

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

"CI RACCONTIAMO"

- V / 2017 -

A Cura di

Maria Zamparella

***Redazione: Michele Abbinante, N. Cardonna, R. Dollini, V. Gasparre, S. Lanotte, G. Lops,
T. Perrone, V. Petruzzelli,***

e con il contributo di Pietro Scalera

Gli OBIETTIVI

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

Dyspepsia in primary care: a preliminary study about prevalence, diagnosis and prescriptive appropriateness.

K. Lofano, M. Zamparella

(Ho scelto di inserire tre lavori in lingua inglese, poichè accettati come comunicazione orale a più congressi Wonca Europei ed al Wonca di Pretoria 2017, work in progress pubblicazione di articolo).

Functional dyspepsia (FD) is defined (Rome III) by the presence of epigastric pain or discomfort, and/or postprandial fullness within the last 3 months with symptom onset at least 6 months earlier in the absence of organic or systemic disease explaining them, and a negative upper endoscopy.

Aim is to evaluate the prevalence of dyspepsia and FD in primary care to assess endoscopy (EGDS) and proton pump inhibitors (PPI) prescription appropriateness.

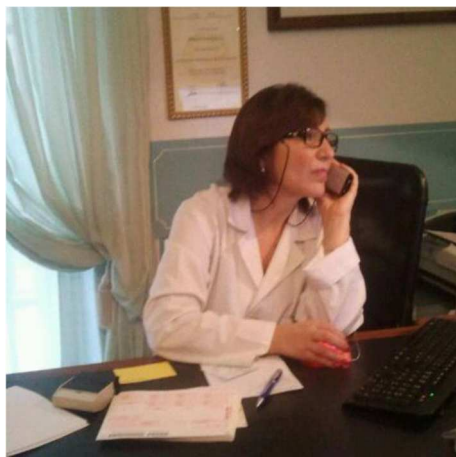
A 34-item anonymous dyspepsia-questionnaire (DQ) was administered to assess medical history, alarm symptoms, performed investigations and ongoing treatments. It was administered by 6 GPs for six months (May-

Siamo alla V Edizione del nostro "Giornale di Ricerca in MG", dopo la pausa estiva ed un autunno, che verrà, ricco di eventi e, che vede coinvolto attivamente il nostro Ordine, della provincia di Bari, in corsi e congressi sulla formazione in Medicina, "**continuiamo a raccontarci**" Anche, con l'obiettivo di aggiornarci e migliorarci nell'appropriatezza prescrittiva, attualmente oggetto di discussione nell'ASL BA ed in tutta la Regione Puglia, causa di non pochi problemi di gestione in Primary Care.

Come gruppo di ricerca in medicina generale, "continuiamo a raccontarci" riportando nel giornale i nostri lavori di ricerca clinica, le interviste, le riflessioni sui percorsi formativi, le proposte e gli aggiornamenti scientifici e non. Il nostro obiettivo è sempre lo stesso: migliorarci nella gestione della salute dei nostri pazienti, e soprattutto formare i futuri MMG.

A loro, ricordo il pensiero che ormai ho adottato come "motto" e riscivo in ogni nuova Edizione, "**La ricerca soddisfa i bisogni professionali ed in tal senso la ricerca può fornire motivazioni. La ricerca è Formazione**".

Maria Zamparella



October 2015) and included 260 patients (mean age 54 yrs; F/M: 143/117), aged > 18, who had never undergone abdominal surgery. The study population was divided into two groups according to the age (G1: 135 pts, < 45 yrs; G2:125 pts, > 45yrs). The dyspeptic patients were 71% of the total ones (60% female); 2. Each GP performed 20 visits/month (5% of total) for dyspepsia; 3. Only 3% in G1 and 30% in G2 of dyspeptic patients suffered from organic dyspepsia; 4. Among FD patients: 66% were thought to have GERD, even if diagnostic tests were negative, 41% suffered from anxious-depressive syndrome, 35 % smoked, and 42% were alcohol drinkers; 5. In G1, 49% of pts underwent EGDS (vs 50% in G2) despite the absence of alarm symptoms; 61% in G1 and 68% in G2 of FD patients received PPI therapy chronically and at high-doses; only 5% took prokinetic therapy. FD is a “real problem” in primary care and affects patient’s quality of life with a high socio-economic burden. The lifestyle correction is not seen essential by patients that often prefer drugs for long periods and at high doses opening the chapter about PPI prescriptive appropriateness. Moreover, the high percentage of inappropriate EGDS performed in absence of alarm symptoms, reveals that FD patients have a high concern about their symptoms. We would need an integrated training program of GPs that, through a correct management of the demand, should increase interaction and collaboration with hospital specialists.

AGGIORNAMENTO

Gestione in Medicina Generale di Sciatica e Lombalgia: revisione 2017 delle linee guida NICE pubblicata sul British Medical Journal.

Le nuove linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sulla gestione precoce del mal di schiena lombare negli adulti pubblicate quest'anno sono una rivisitazione della versione precedente risalente al 2009, ampliata sotto diversi aspetti. La review è suddivisa in tre parti: diagnosi, trattamenti non invasivi, approccio farmacologico per sciatica, lombalgia e lombalgia persistente.

Lombosciatalgia e Diagnostica

Per quanto concerne la diagnosi, gli autori sottolineano l'importanza di utilizzare l'imaging esclusivamente in centri specializzati e nei casi in cui il risultato possa effettivamente cambiare la gestione del problema o la terapia (in particolare la tecnica RMN) . E' fondamentale considerare eventuali patologie sottese e cambiare strumenti o approccio diagnostico nel caso in cui ci siano variazioni dei sintomi. Inoltre va stratificato il rischio considerando la gravità del problema.

Trattamenti non invasivi

E' sufficiente un lieve supporto nei soggetti che presentano una buona prognosi. Le nuove linee guida consigliano di limitare l'uso dei farmaci al minimo indispensabile e riservarli ai casi estremi. La terapia d'approccio per i casi lievi ad esempio consta di esercizi e terapia manuale, fino all'approccio cognitivo comportamentale ed educativo sulla natura di quello specifico dolore e sulla base di informazioni riguardanti i casi specifici dei singoli pazienti, come consigli pratici per proseguire nelle loro attività quotidiane. Sono in questa fase da tenere in alta considerazione la fisioterapia ed esercizi come lo stretching, potenziamento, aerobica, yoga o il tai-chi in un contesto di gruppo per tutti i pazienti con mal di schiena e sciatica come componente principale di trattamento non invasivo. La terapia manuale e gli approcci psicologici dovrebbero essere

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) MANAGEMENT IN PRIMARY CARE (PC): AN EXPERIMENTAL MODEL OF PROFESSIONAL INTEGRATION "CAREGIVER – PC": FROM PREVENTION TO DIAGNOSIS AND TREATMENT.

M. Zamparella , P. Scalera, F. Anelli

Considering that COPD prevalence is increasing worldwide and that its treatment currently allows only to control symptoms without affecting either the disease itself or the progressive decline of pulmonary function, the real goals of COPD management are: prevention (e. g. stop smoking), early diagnosis, and treatment education with adherence and correct use of devices. It is well known that the use of spirometry as a first line diagnostic test and an active integrated (general practitioners, GP, and lung specialists) approach to the patients and disease, significantly improve COPD management. DALY (*Disability Adjusted Life Year*) data report that COPD will become in 2020 the 5th cause among the disabling diseases, and this aspect is sufficient (along with prevention and home-treatment) to strictly involve PC area in its management, also taking into account both the economic and the managerial advantages of Caregiver participation. To develop a Caregiver-PC integrated ideal and experimental model of COPD

raccomandati solo associato ad un simile programma di esercizio, mentre non vanno consigliati elettroterapie o agopunture.

Terapia farmacologica

Quando inevitabile, per l'utilizzo di farmaci si consigliano molecole che siano sicure soprattutto a livello cardiaco, renale e gastrointestinale.

I **FANS** sono la terapia di prima linea che gli autori dicono di utilizzare, sempre tenendo conto degli eventuali effetti collaterali. Solo nei casi in cui i FANS non siano raccomandati o risultino inefficaci, adoperare gli **oppioidi deboli**, con o senza paracetamolo, che possono essere usati negli episodi **acuti** di Lombalgia; nel caso di dolore lombare cronico invece non vanno considerati gli oppioidi. In casi acuti **il paracetamolo non va utilizzato da solo**, bensì in associazione a **farmaci neuropatici** come **gabapentin**. Per la sciatica si possono considerare anche altri trattamenti come: **iniezioni epidurali di anestetici locali e steroidi** nei casi di sciatica acuta e grave oppure la **decompressione spinale** nel caso in cui i trattamenti non chirurgici non abbiano dato sollievo al dolore. In alcuni casi di Low Back Pain (LBP) può essere utile anche la **radiofrequenza**, ad esempio quando il dolore è localizzato

In conclusione, la revisione delle linee guida NICE sulla gestione della sciatica e della lombalgia evidenziano come sia importante la **diagnosi corretta che va approfondita nei casi di variazione o aggiunta di sintomi**. Per quanto riguarda la gestione dei pazienti, bisogna andare per step quindi considerando la gravità crescente del problema e di conseguenza adottare **terapie manuali, fisiche o farmacologiche adeguate**.

Tiziano Perrone

Fonte originale linee guida: Bernstein IA et al. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. BMJ. 2017 Jan 6;356:i6748. doi: 10.1136/bmj.i6748, modificato.

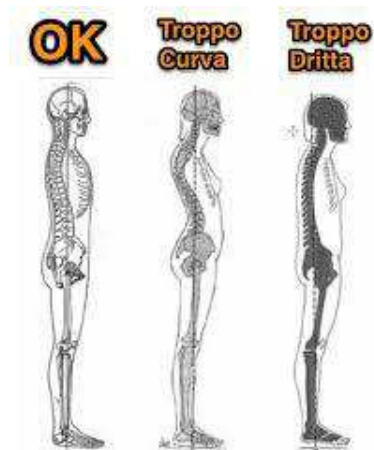
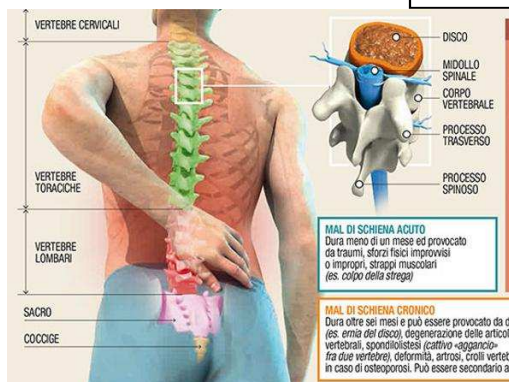
management, able to allow a prevention improvement (stop smoking), an early diagnosis, the therapeutical suitability, patient's adherence with correct use of devices, and, finally, a lowering of management costs.

1. organization of a dedicated surgery (2 hours a week) for Caregivers (patients' relatives or carers) of patients having COPD risk factors and/or symptoms, or a COPD diagnosis.
2. Caregiver education (also using brochures and slides) about the importance of motivation counselling and lifestyle in COPD prevention and cure, as well as about COPD related risk factors and symptoms.
3. Demonstration of CAT questionnaire and of the correct use of spirometry and therapeutical devices.
4. Caregiver active involvement in patient's follow up and relapse management. In patients with COPD risk factors, and/or symptoms or with an already established COPD diagnosis, the presence of the Caregiver (thanks to "peer education method") should allow an easier weaning from smoking, a correct lifestyle adoption, a better willingness to undergo clinical and functional evaluations useful for an early diagnosis, and, finally, a correct therapy (doses and use of devices). All together, these results will improve COPD primary prevention, early diagnosis (case finding), therapeutical suitability (patient's empowerment) and adherence, as well as the management of relapses and of associated diseases with a

In Medicina Generale circa il 70% degli accessi giornalieri hanno come patologia il dolore osteoarticolare, in Italia circa 5.000.000 di persone soffrono di osteoartrosi, patologia e sintomo dolore che impattano notevolmente sulla qualità di vita del paziente ed hanno ampio impatto socio-sanitario per spesa farmacologica, diagnostica, di consulenze specialistiche, ospedalizzazioni e di riabilitazione e per patologia invalidante. Il risultato migliore per le patologie osteoarticolari è la prevenzione con l'obiettivo di una gestione qualificante e propria della Primary Care che porti alla promozione di una buona salute generale. Consigli di utilità pratica, possono accrescere l'empowerment del paziente come*

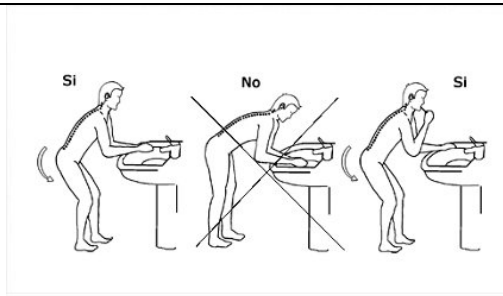
Maria Zamparella

Note di Anatomia e Fisiopatologia

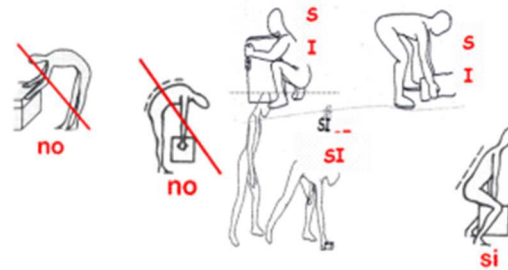


Fisiologia

resource optimization and a Lowering of management costs. The Caregiver has to be integrated with an active and well defined role, together with GP, in the different disease-related diagnostic and therapeutical-welfare projects and/or Chronic Care Models in order to allow a real disease prevention, an increase of COPD diagnoses and a better therapeutical line-guided management. These goals have to be pursued because of the progressive increase in COPD prevalence (also related to ageing), the low rate of smoke-weaning before 60 years, the low rate of diagnosis that often arrives late and the high rate of inappropriate treatment (adherence, doses, use of devices, etc), all causing suboptimal results and cost increase.



Prevenzione



*OSMED 2015, modificato: %Nazionale spesa lorda procatipe terapia del dolore(7,20-DDD, 7.9); FANS (3.44-DDD, 21.1); osteoporotici(3.96-DDD,11.8)

UNA FINESTRA SUI NOSTRI
LAVORI

**"PRIMARY CARE IBD
SCREENING IN HIGH SCHOOL".**

T. Perrone, A. Antezza, M.
Zamparella

Inflammatory Bowel Diseases (IBD) include ulcerative colitis (UC), Crohn's disease (CD) and the so-called indeterminate colitis. About 200.000 people in Italy are currently affected by these pathologies. IBD strike with the same frequency both genders (with a slight prevalence in females) with early clinical signs that usually appear between the age of 15 and 45. The number of diagnosis of new cases and the number of affected patients are 20 times as large as 10 years ago. However, there are only a few screening studies investigating the initial symptoms of such diseases in late-teenagers. The goal of our study is to evaluate: 1. The prevalence of IBD in a young population in late high school age (15-19 yo); 2. The prevalence of IBD in males and females; 3. The percentage of familiarity among them; 3. The percentage in the screened population of those who had alert symptoms for IBD; 4. The percentage of subjects with alert symptoms who has sought for medical counselling (GPs and/or gastroenterologists) and in-depth diagnostics. 660 patients aged between 15 and 19 have been included in the study, out of which 345 males (52%) and 315 females (48%). They have been asked to fill in a form made of 25 items focused on gastrointestinal pathologies

AGGIORNAMENTO

**EPATOPATIA CRONICA HCV CORRELATA E LIVELLI CIRCOLANTI
DI VITAMINA D. NUOVI MODELLI TERAPEUTICI.**

L'infezione da Virus dell'epatite C, è la più comune causa di malattia cronica epatica. L'evoluzione della malattia è generalmente lenta, si svolge nel corso di decenni (10-20 anni). Gli esiti sono molto variabili in base alla gravità e ai mutamenti isto-patologici riscontrati nel tessuto epatico. Queste alterazioni possono essere di grado minimo oppure assumere comportamento evolutivo ed ingravescente, fino alla cirrosi epatica e all'epatocarcinoma. In una percentuale ancora troppo elevata, la malattia decorre asintomatica per anni fino alle fasi più avanzate. Circa il 70% delle persone infette non sa di esserlo. Alcune valutazioni epidemiologiche stimano che la prevalenza dell'epatite cronica C, nel nostro paese, sia compresa tra il 2,4% e il 3,3% della popolazione generale, con un gradiente crescente Nord-Sud. A differenza del SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta), non sono disponibili studi epidemiologici eseguiti sull'intero territorio nazionale per la stima numerica dei pazienti suscettibili di trattamento eradicante. Alcune stime (in attesa di conferma), attestano in circa 600.00 le persone con diagnosi di epatite cronica C sulle quali pianificare il trattamento terapeutico. L'attuale Piano Nazionale di eradicazione dell'epatite C prevede che nel triennio 2017-2019 verranno trattati non meno di 250.000 malati con infezione cronica. Sono stati evidenziati 6 genotipi di Virus C la cui distribuzione e frequenza varia molto in base alla geografia. Nel nostro Paese è più diffuso il genotipo 1 (in particolare 1b), responsabile da solo, di almeno il 50% delle infezioni croniche. A prescindere dal genotipo, tale infezione causa un processo infiammatorio sostenuto nel tempo, con evoluzione lenta verso fibrosi epatica progressiva. Tale processo degenerativo può essere accelerato da diversi fattori come:

1. Abuso di bevande alcoliche e/o stupefacenti
2. Età in cui l'infezione è stata contratta
3. Diabete mellito (malattia metabolica a cui la stessa infezione pare predisporre)

and regarding all their anamnesis: familiar, physiological, recent and remote pathological anamnesis, pharmacological and psychological status. Following this, all the collected data has been statistically analyzed using NCSS 10. 660 subjects took part in the study, 345 males (52%) and 315 females (48%). 17 individuals already had a IBD diagnosis (2,57%), among which 11 females (61%) and 6 males (39%). Among them, 6 had familiarity (all females). By analyzing the prodromal symptoms of IBD in the studied population, we found out that 110 of them accused abdominal pain (17%), 85 constipation (13%), 42 blood in the feces (6%), 30 diarrhea (5%) and 21 mucus in stool (3%). Out of the 110 subjects with abdominal pain, 75 of them were women (68%) and 35 men (32%). Of these 110, 31 had constipation (28%), 22 blood in the feces (20%), 13 diarrhea (12%), 12 mucus in stool (11%). Subjects with constipation were 85, 76 females (89%) and 9 men (11%). By correlating the various symptoms through the Pearson linear correlation coefficient, a weak positive correlation has been detected among all symptoms and abdominal pain, while no correlation with blood, mucus, constipation and diarrhea has been found. Moreover, it has been found that 12% of the population has accessed the A&E for abdominal discomfort, out of which 42% were reporting abdominal pain and 13% anxiety feelings. It is highly relevant to notice the

4. Co-infezione con virus HIV o altro virus epatotropo
5. Malnutrizione o, al contrario, pre-esistente steatosi epatica metabolico-alimentare.

La fibrosi epatica evolve in cirrosi nel 10-50% dei casi di epatite cronica C. La mortalità annua per complicanze legate alla cirrosi è del 5% circa. Il carcinoma epatocellulare (HCC) rappresenta il 79%. DI TUTTI I TUMORI PRIMITIVI EPATICI.

La cirrosi HCV correlata, evolve in epatocarcinoma, con incidenza annuale compresa tra l'1 e il 7%. L'epatocarcinoma presenta una prognosi quoad vitam, ancor oggi particolarmente sfavorevole. A 5 anni dalla diagnosi, nel biennio 2005-2007, solo il 17% dei pazienti di sesso maschile e il 16% di quello femminile erano ancora in vita (dati AIOM). Il picco di decessi si è osservato ad 1 anno dalla diagnosi. Negli ultimi anni, probabilmente per un miglioramento delle strategie terapeutiche, la sopravvivenza è leggermente aumentata, ma ciò non deve distogliere la nostra attenzione dai dati poc'anzi citati, che parlano di una neoplasia molto grave e con un indice di mortalità tra i più elevati. Tra i pazienti con HCC la presenza di virus C è stata riscontrata, a seconda dei dati geografici, nel 64-80% dei casi. Ovviamente tra i virus epatotropi, il C non è l'unico responsabile dell'insorgenza dell'epatocarcinoma, anche l'HBV può essere una delle cause di questa neoplasia, tuttavia conviene ricordare che mentre quest'ultimo svolge un ruolo oncogeno anche in assenza di cirrosi, l'HCV è il fattore eziologico più importante di HCC alle nostre latitudini e la cirrosi che provoca è il fattore di rischio più frequentemente riscontrato.

Roberto Dollini



large number of students with declared anxiety: 406 out of 660 (62%), with 245 females (60%) and 161 males (40%). 89 among them also reported abdominal pain (22%), 73 constipation (18%), 33 blood in the feces (8%), 23 diarrhea (6%), 17 mucus in stool (4%). This screening confirms that the prevalence of IBD is equal to the National average for those age boundaries, it is more relevant in females and familiarity showed to be relevant only in females. Although there was a weak positive correlation between all symptoms and abdominal pain, which was present in 22% of anxious subjects, only 12% of the whole group went to A&E and none of them referred to their GP or a gastroenterologist. Therefore we can conclude that abdominal pain associated with anxiety feelings is not perceived as an acute disturb that requires an immediate solution and is not related to other potential symptoms, which on the contrary would deserve some deeper diagnostics. So far the forms we used for our study have been handed out only in two high schools and are still in the process of deeper statistical analysis by means of GPs clinics. This further research aims at highlighting those initial symptoms in Primary Care, where General practitioners have a major role in screening and early diagnosis of various diseases, including IBD. Finally, our goal is to shed light on the correlation with anxiety, which is object of deeper diagnostics and requires specialist counselling.

La vitamina D è oggetto di attenzione dal nostro gruppo di ricerca, attualmente impegnato in un lavoro di ricerca clinica in medicina generale che interessa la vitamina D; poiché di largo uso terapeutico, spesso non dosata e in MG, è poco conosciuto il suo ruolo in svariate patologie e la correlazione, della sua carenza, nello sviluppo di molte altre, tra cui le epatopatie. Molti i quesiti che ci siamo posti, per es. sulla prevalenza della carenza, il ruolo dell'alimentazione e/dell'esposizione solare, etc...; è nato un questionario ed il lavoro del gruppo, da me coordinato, ha come referente la collega A. Cicoria.

Maria Zamparella



VITAMINA D.

Sotto tale dicitura rientra un gruppo di composti liposolubili, stabili al calore e agli alcali, instabili in ambiente acido, facilmente ossidabili. La forma più diffusa nell'organismo umano è la Vitamina D3(1,25-diidrossicolecalciferolo) ottenuta dal colesterolo che in ambiente intestinale subisce un processo di deidrogenazione convertendosi in 7-deidrocolesterolo. Questo composto in conseguenza dell'irradiazione solare attraverso la cute viene convertito in Vitamina D3 che rappresenta già una forma attiva. Attraverso questa via metabolica il corpo umano produce l'80% della Vitamina D di cui ha bisogno. Il restante 20% viene assunto con la dieta. Questi aspetti peculiari ci fanno capire che la Vitamina D ha un comportamento biologico "sui generis". Infatti, se può, a buon diritto essere considerata un composto vitaminico in ragione della sua assunzione dietetica, una volta trasformata nella sua forma attiva, essa si comporta



News dal

CFSMG:

Un primo manuale di elettrocardiografia dedicato ai medici in formazione del corso di medicina generale è il progetto work in progress che vede coinvolti molti colleghi del "gruppo ricerca".

L'elettrocardiogramma è uno dei più potenti mezzi, sia clinici che strumentali, da cui il medico di famiglia può carpire informazioni utili circa la salute del cuore dei suoi pazienti. La facilità di esecuzione, il costo non troppo elevato e la non invasività lo rendono fruibile a varie fasce di età, ma la sua corretta interpretazione dipende essenzialmente dalla preparazione e dall'esperienza del medico. Saper decifrare i segni di un battito cardiaco, sia esso normale o patologico, è infatti cosa utilissima: può far porre diagnosi di un infarto miocardico acuto, di un'aritmia potenzialmente letale di effetti cronici di una ipertensione sostenuta, di effetti acuti di una embolia polmonare o semplicemente assicurare chi vuole intraprendere un'attività sportiva. Il futuro medico di medicina generale dunque deve imparare a leggere l'ECG per fornire ai propri assistiti una valutazione

come un vero e proprio ormone in grado di regolare moltissime funzioni nel nostro organismo. Qui ci limiteremo a menzionare che oltre ad aiutare a fissare il calcio nelle ossa, essa agisce su moltissimi altri tessuti (muscoli, encefalo, occhi, cuore, polmoni, rene, fegato, come ben vedremo dopo) e influenza in modo decisivo molti processi biologici alla base della proliferazione cellulare. I suoi recettori sono infatti ubiquitari. I livelli circolanti di Vit.D3 sono diretta espressione delle sue riserve nell'organismo. Esse si misurano in nanogrammi per millilitro (ng/ml) o nanomoli per litro (nmol/L). $1\text{ng/ml} \times 2,5 = 1\text{nmol/L}$.

I valori di riferimento sono così espressi:

Carenza: <20 ng/ml (<50 nmol/L); Insufficienza: 20-30 ng/ml (50-75 nmol/L); Sufficienza: >30 ng/ml (>75 nmol/L); Eccesso: >100 ng/ml (>250 nmol/L); Intossicazione: >150 ng/ml (>375 nmol/L)

Il fabbisogno quotidiano di Vit. D varia secondo l'età e la condizione ormonale e metabolica: 400 UI dalla nascita fino al primo anno di vita; 600 UI dal primo anno di vita in poi.

Questo fabbisogno può aumentare se i bambini non vengono esposti al sole: 1000-1500 UI per gli adulti sani; fino a 2300 UI per gli anziani in ragione del mantenimento dell'omeostasi calcica; 1000-2000 UI in allattamento e gravidanza.

BASSI LIVELLI DI VIT.D E INGRAVESCENZA DELL'EPATITE C CRONICA

Insufficienti livelli circolanti di Vit D (espressione delle riserve nell'organismo) sono presenti nella quasi totalità dei pazienti affetti da epatite cronica HCV correlata, mentre il 33% circa presenta condizioni di deficit vitaminico conclamato. Inoltre una recente pubblicazione sul World Journal of Hepatology evidenziava che bassi livelli di Vit. D erano associati ad un maggior rischio di sviluppo di steatosi epatica non alcolica e, soprattutto, di fibrosi epatica avanzata in soggetti colpiti da epatite cronica C. Circa la riduzione dei livelli circolanti di Vit. D, il fenomeno non può essere associato esclusivamente ad un panorama patologico per quanto grave. Secondo alcune stime, livelli insufficienti o carenziali di Vit. D si riscontrano in una percentuale prossima al 50% della popolazione sana dei paesi industrializzati. L'associazione documentata tra Vit. D e malattia epatica appare quindi insufficiente a stabilire una relazione di causa-effetto tra deficit vitaminico e gravità dell'epatopatia.

attenta nel momento acuto del disturbo (il dolore al petto, la dispnea, le palpitazioni sono tra i sintomi più frequenti che spingono il paziente nell'ambulatorio del proprio medico) e per fare rapidamente una diagnosi differenziale tra malattie che necessitano del 118 o dell'invio in PS, e altre che invece devono essere trattate ambulatorialmente a breve o a lungo termine (dolori toracici di natura muscolo scheletrica, reflusso gastro esofageo, stati ansiosi generalizzati).

Da queste specifiche esigenze e dalla voglia di collaborare sempre più con la figura dello specialista, inviandogli il paziente in maniera mirata, e con il medico di pronto soccorso, snellendo le lunghe attese per presunti infarti, nasce l'idea di un manuale di elettrocardiografia per i medici in formazione del corso di formazione specifica in medicina generale.

Trattasi di un libro snello, dal linguaggio chiaro, completo di tutte le patologie cardiache che terrà conto delle preziose nozioni acquisite dal master in elettrocardiografia; gli argomenti trattati spazieranno dalle basi elettrofisiologiche della contrazione cardiaca, alle problematiche acute (infarto, angina, alcune aritmie) sino ad arrivare ai blocchi di conduzione e alle malattie croniche (ipertrofia e dilatazione). Immagini di ECG reali e piccoli schemi riassuntivi aiuteranno i lettori a focalizzarsi rapidamente sui segni diagnostici di

Secondo alcuni, il deficit nei soggetti epatopatici cronici, rappresenterebbe un semplice marker dello stato di salute. Più recenti osservazioni hanno stabilito una correlazione tra espressione del recettore epatico per la Vit. D e severità della malattia epatica stessa. In altre parole la severità dell'epatopatia sarebbe inversamente proporzionale alla rappresentatività dei recettori (Vdr). La vit. D ha effetti anti proliferativi ed antifibrotici e ha un ruolo immunomodulatore nella riduzione dell'infiammazione e nell'innalzamento della risposta immunitaria protettiva. E' noto infatti che alcuni segnali pro infiammatori di macrofagi e monociti sono in grado di stimolare l'attivazione locale della vitamina che, a sua volta, sarebbe in grado di contenere l'eccesso di risposta infiammatoria profibrotica attraverso la promozione di citochine(veri e propri ormoni cellulari) ad azione modulatrice. Poichè il 90% dei macrofagi risiede nel fegato, risulta chiaro come la sintesi epatica di vitamina D attiva (colecalfiferolo), possa essere influenzata proprio nel corso delle epatopatie a patogenesi infiammatoria. I recettori vitaminici sono presenti inoltre sui macrofagi, su altre cellule non parenchimali e sulle cellule epiteliali biliari. Dopo la loro attivazione, queste cellule aumentano la sintesi di catelicidina e beta-difensine, peptidi antimicrobici (la catelicidina è in grado di lisare il micobatterio tubercolare) dotati di attività anti-endotossinica, inibitori della sintesi di acidi biliari, proteggendo in tal modo gli epatociti dall'azione di questi. Sono in atto alcuni studi di genetica che partendo da alcuni polimorfismi dei geni codificanti i Vdr, darebbero origine a recettori anomali associati ad una maggior severità della malattia epatica cronica, l'insorgenza di cirrosi, epatite autoimmune, carcinoma epatocellulare. L'ipotesi allo studio è che la malattia epatica cronica HCV correlata, nel corso della sua evoluzione possa svolgere un'azione mutagena di auto-perpetuazione e di auto-aggravamento che ha come risultante un deficit quantitativo e soprattutto qualitativo della sintesi di recettori Vdr ad azione protettiva e di cui l'epatocarcinoma rappresenta solo l'evento finale. Per cercare di chiarire gli effetti della Vit. D sul fegato, i ricercatori del Centro Nazionale di Microbiologia dell'Istituto di Salute Carlos 3° di Madrid, hanno condotto una metanalisi su 14 tra i più

malattia, tralasciando minuzie e particolarità riservate esclusivamente ai cardiologi.

L'obiettivo è quello di creare un vero e proprio codice di analisi dell'ECG comprensibile a tutti noi.

Speriamo davvero di riuscirci!

Vita Petruzzella



autorevoli studi pubblicati, per un totale di 3700 pazienti affetti da epatite C cronica. In generale è emerso che quasi 8 pazienti su 10 presentavano livelli ridotti di Vit. D e 1 su 2 quadri di vera e propria carenza. Inoltre i livelli della vitamina erano più bassi in quei pazienti che presentavano una concomitante infezione da HCV e HIV rispetto ai pazienti con sola infezione da HCV. I risultati hanno evidenziato che quando l'apporto di Vit. D è insufficiente, i soggetti colpiti da epatite cronica HCV correlata, presentavano probabilità di molto maggiori, di sviluppare fibrosi epatica avanzata, uno stato che precede la cirrosi e l'epatocarcinoma. Se il livello della Vitamina D è ridotto, anche la probabilità di rispondere con successo alla terapia combinata con interferone peghilato alfa e ribavirina, è più bassa. Da qui la raccomandazione di valutare periodicamente i livelli circolanti di Vitamina D in tutti i pazienti con infezione HCV e l'interesse ad approfondire un possibile utilizzo della Vitamina D nei pazienti interessati da epatite C cronica. Il panorama è in continuo fermento soprattutto dopo l'ingresso sul mercato dei farmaci antivirali ad azione diretta (DAA). Si attendono sviluppi clamorosi.

Roberto Dollini



News dal CFSMG:

In Primary Care l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva ha indotto a strutturare un altro Corso master che si aggiunge ai 10, con l'obiettivo di definire l'appropriatezza in Medicina Generale che non è relegata alla sola spesa farmaceutica e ad un calcolo ragioneristico ma al **"prodotto salute"** di ogni singolo cittadino. Pertanto, aspetti medico-legali, deontologici, etici, note AIFA, Linee Guida e naturalmente aggiornamento sui percorsi diagnostici, terapeutici e di gestione di svariate patologie sarà l'obiettivo didattico del percorso formativo del corso in oggetto con l'intento di sviluppare, con i docenti, un percorso didattico pratico-clinico.

Maria Zamparella

***I Nuovi Lea 2017, cosa cambia in Primary Care: aggiornamenti e novità*****Nuovi LEA e ruolo del medico di medicina generale**

Il Ministero della salute ha dato il via ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), andando così a ridefinire i criteri di appropriatezza per le cure e le prestazioni garantite dal Sistema Sanitario Nazionale.

Di fatto, da questo momento, l'appropriatezza non sarà più strettamente correlata ad una mera valutazione economica, con l'effetto di ridurre spesso l'autonomia del medico prescrittore, ma si farà riferimento ad indicazioni nella pratica clinica del medico, supportate dalle più recenti Linee guida ed evidenze scientifiche.

Nell'ambito degli accordi regionali e dei modelli organizzativi adottati, il medico di famiglia dovrà necessariamente rimodulare il suo rapporto con il paziente, evitando prescrizioni inappropriate e definendo ancor di più una progetto finalizzato alla salute del singolo, dal prendersi cura, alla prevenzione, al trattamento farmacologico. In questo modo, il senso di responsabilità del medico aumenta e non è più relegato al ruolo di esecutore di istruzioni imposte dall'alto come sembrava essere con il decreto appropriatezza. Infatti, sulla base dell'EBM potrà individuare indagini diagnostiche e prescrivere i farmaci che riterrà più opportuni, rammentando di indicare sempre il sospetto diagnostico o la diagnosi che accorderanno la prescrizione come appropriata, mentre per un numero ridotto di prestazioni sussisteranno delle condizioni di erogabilità perché possano rientrare nei LEA.

Il nuovo provvedimento definisce con precisione le attività, i servizi e le prestazioni per ogni area medica, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo quelle ormai obsolete, come per esempio nell'assistenza protesica; nell'ambito dei diversi servizi come il SERT, il consultorio familiare, i servizi di riabilitazione vengono specificate le attività di competenza.

**Coordinamento WONCA
Italia International
Conference**

Sarà la Puglia ad ospitare il congresso annuale di WONCA Italia associazione appartenente alla rete WONCA Europe. In apertura di questo evento il 26 Settembre è previsto un Conference Exchange Programme, durante il quale giovani medici in formazione provenienti da diverse parti del mondo verranno ospitati presso la sede dell'OMCEO Bari e saranno fornite informazioni per comprendere il funzionamento del Sistema Sanitario Italiano e più nello specifico la pratica delle cure primarie e la formazione in medicina generale. Nella giornata del 27 i colleghi internazionali avranno la possibilità di frequentare gli ambulatori di medicina generale delle città della provincia di Bari e di Lecce, dove effettueranno un tirocinio osservazionale per poter comprendere meglio l'attività pratica svolta in Italia. Le attività continueranno a Lecce il 28 con il workshop del *Movimento*

Per l'area socio-sanitaria descrive i diversi tipi di assistenza domiciliare dei pazienti cronici, in base alla complessità in livelli di progressiva intensità, e per l'assistenza residenziale, in base al tipo di struttura e di disponibilità del personale, per il trattamento specialistico o il supporto delle funzioni vitali, o riabilitativo o di lungodegenza.

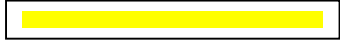
Attenzione si pone all'organizzazione delle cure, con un aggiornamento dei DRG inappropriati in regime di ricovero ordinario e l'integrazione con altri DRG (secondo il patto per la salute 2010-12) per i quali la regione dovrà dare indicazioni sulle percentuali di ricoveri possibili ed inappropriati; segue la lista di alcune procedure non più eseguibili in ricovero diurno bensì in regime ambulatoriale.

È stato aggiornato l'elenco delle malattie croniche e rare con le rispettive esenzioni, l'introduzione di nuove patologie e la revisione delle prestazioni erogabili, alla luce del parere delle società scientifiche e dell'esperienza maturata con il tempo, così come i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per la gravidanza, alla luce delle ultime evidenze scientifiche.

Sotto il profilo economico-finanziario le disposizioni dei nuovi LEA per la MMG, CA, assistenza turistica, SEU 118, assistenza farmaceutica, non presentano modifiche della normativa vigente.

La tendenza sembra quindi quella di avere una maggiore attenzione per le patologie gravi e una maggiore appropriatezza clinica.

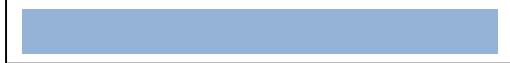
Di certo, in questa fase di cambiamento, il medico di famiglia ricoprirà un ruolo strategico, essendo custode della fiducia del paziente e la prima figura di riferimento di ogni cittadino quando si parla di salute. Sulla base di questo rapporto medico-paziente è necessario costruire un percorso diagnostico-terapeutico partecipato col paziente, per compiere scelte condivise con quest'ultimo, secondo necessità, scienza e coscienza. Anche il singolo assistito sarà reso maggiormente responsabile e consapevole: il dialogo medico-paziente è il vero punto di forza, per spiegare e informare tutti gli assistiti sugli aggiornamenti normativi e scientifici.



Giotto e nelle giornate del 29 e 30 da parte di del *Coordinamento WONCA Italia*.

Il tema centrale sarà la “Sovromedicalizzazione e la prevenzione quaternaria”. Le cure primarie in questo tema necessitano sicuramente di un incremento di consapevolezza per quanto riguarda i vari risvolti legati alla professione e il relativo miglioramento delle tecniche di comunicazione e informazione degli assistiti. In tutti questi incontri è forte la motivazione nell’elaborare insieme strategie nuove nell’ambito delle cure primarie anche con l’apporto di prospettive differenti date da un’ottica internazionale. Parafrasando il tema del recente congresso *WONCA Europe* di Praga: *Growing (Stronger) together in diversity!*

Gaetano Lops



L’adeguamento delle risorse assistenziali a livello clinico ed organizzativo-gestionale è ormai divenuto indispensabile alla luce del nuovo quadro di morbidità nella popolazione, per lo più anziana ed affetta da patologie croniche o a rischio di cronicità. Quindi, appare d’obbligo un’inversione di tendenza culturale, con l’obiettivo di avere un approccio integrato e multidisciplinare nei confronti del paziente, cosiddetto approccio sistematico alla complessità, per valutare il paziente in modo globale e non per malattia. Si supera così, la figura solitaria del medico di famiglia e delle cure primarie, cercando di migliorare quindi sia l’aspetto organizzativo che medico-assistenziale, provando a coordinare le strutture assistenziali del territorio, integrandole con l’ospedale, al fine di pianificare una strategia terapeutica e assistenziale unitaria. La gestione olistica del cittadino, che diviene il centro del sistema sanitario, non può prescindere dal ridisegnare la realtà sanitaria odierna, ultraspecialistica e frammentata, che vede il paziente girare spesso a vuoto con spreco di risorse ed energie, mancando un progetto sul singolo. Pertanto, auspichiamo che presto si possano vedere i risultati di questa nuova clinical governance, per ridimensionare gli sprechi ma soprattutto per ottenere un sistema sanitario efficiente, per tutti, e di cui il cittadino possa andar fiero. Ad majora!

Valentina Gasparre





APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA

App di Medicina: le più quotate per iOS Apple
Di seguito sono elencate alcune delle più utili app scelte tra quelle classificate da <http://medmedicine.it/15-migliori-app-medici-2016/> 2017 per medici e laureandi utili in molteplici campi clinici e non, dalla cardiologia alla farmacologia fino all'anatomia umana:

“ECG Guide” è la più completa



guida ECG nell'App Store per quanto riguarda l'apprendimento per ogni medico e non solo per cardiologi, con oltre 200 esempi di tracciati elettrocardiografici, utile per l'approccio all'interpretazione ECG.

“iFarmaci” è il più utilizzato



prontuario farmaceutico professionale di Apple. Sempre aggiornato, veloce e facile da usare, funziona anche senza internet ed è ormai considerata un'app fondamentale per ogni medico dotato di iPhone.



Nuovi Lea 2017, cosa cambia in Primary Care: aggiornamenti e novità


Per approfondimenti: Cfr. Nota regionale 169111 e nota regionale 173321, modificato.

- Dal giorno 19/3/2017, esattamente il giorno dopo la pubblicazione in G.U. e 180 giorni dopo l'entrata in vigore del DCPM del 12 gennaio, vi è stata l'introduzione dei nuovi codici in allegato 7 per le malattie rare.
<https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/1897678/DELIBERAZIONE+DELLA+GIUNTA+REGIONALE+28+febbraio+2017%2C+n.+253/275d8156-4622-4e16-9fb5-c95532c3abda>
- Dal giorno 1/06/2017 decorre l'applicazione delle prestazioni dell'allegato 8-bis “Elenco delle malattie e delle condizioni croniche invalidanti” per le esenzioni dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie
http://www.sist.puglia.it/opencms/export/sites/sist/portale/files_download/3486-2017-esenzioni0001.pdf

Per le seguenti esenzioni che hanno cambiato codice secondo quanto previsto dall'allegato 8 bis del DPCM 12/1/2017 si è provveduto ad un allineamento automatico nell'anagrafe assistibili con i nuovi codice esenzione al fine di non arrecare disservizio agli assistiti e non costringerli a recarsi presso i Distretto sociosanitari per il rinnovo dell'attestato di esenzione

VECCHI CODICI ESENZIONE		NUOVI CODICI ESENZIONE	
codice	descrizione	codice	descrizione
RI0060	SPRUE CELIACA	059.579.0	MALATTIA CELIACA
RL0020	DERMATITE ERPETIFORME	059.694.0	DERMATITE ERPETIFORME
RN0660	DOWN SINDROME DI	065.758.0	SINDROME DI DOWN
RN0690	KLINFELTER SINDROME DI	066.758.7	SINDROME DI KLINFELTER
RMG010	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE	067.710.9	MALATTIE DIFFUSE DEL CONNETTIVO NON SPECIFICATE
998V599	DONATORI DI ORGANO	058	DONATORI D'ORGANO
024.518.81	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (CRONICA)	024.518.83	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (CRONICA)

Si evidenzia che per tali esenzioni i codici vecchi rimarranno attivi ed utilizzabili in fase di erogazione fino al 30/09/2017. Inoltre nulla cambia per quanto riguarda le esenzioni della farmaceutica in quanto i nuovi codici esenzione sono legati al codice ricetta TOT04



“InfusiCalc” è un calcolatore del dosaggio di farmaci sia per infusioni continue che per farmaci in bolo somministrati per via parenterale, app utilissima in anestesia, pronto soccorso, terapia intensiva e molti altri campi medici, utile sia con pazienti adulti che pediatrici.



Per la medicina di laboratorio: “**Medical Lab Tests**” comprende gli esami di laboratorio più comuni e la loro interpretazione in maniera rapida e completa, e similmente.

“**LabGear Medical Lab Values & Tests Reference**”

possiede anche i test di un laboratorio



medico con contenuti “peer reviewed”. Entrambe hanno contenuti riguardo la diagnosi differenziale e sintomi correlati alle alterazioni dei parametri di laboratorio analizzati.



FORMAZIONE

Il prossimo 25 ottobre 2017 è indetto il Concorso Nazionale per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale che vede impegnati in Regione Puglia oltre 1000 giovani medici laureati. L’allargamento alla presentazione della domanda ai medici laureati, possibile anche ai non abilitati, e l’impegno della FNOMCeO ha consentito di ampliare il numero delle borse di studio.

FIMMG FOMRAZIONE PUGLIA PER IL PROGETTO GIOVANI 2017 è impegnata il 22 settembre alle ore 15.00 presso la sede OMCEO Bari, a promuovere la formazione in Medicina Generale. Si terrà l’incontro “Simulazione del test di ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio 2017-2020” organizzato da Fimmg Formazione Puglia con l’obiettivo di facilitare il percorso formativo per i colleghi neoabilitati e di avere una “performance adeguata” per il Concorso per l’accesso al C.F.S.M.G.

In dettaglio il programma organizzativo del 22 settembre 2017, coordinato dal responsabile del Regionale Fimmg Formazione Puglia:

- > Valutazione dei test degli anni precedenti;
- > Riepilogo degli argomenti più frequenti;
- > Simulazione del test;
- > Suggestimenti per facilitare l’approccio al concorso ai giovani colleghi interessati alla Medicina Generale come percorso formativo e professionale.

Daremo luogo ad un incontro interattivo, in cui il confronto con i medici frequentati il Corso di Medicina Generale permetterà a tutti i partecipanti di recepire informazioni utili al superamento della prova di concorso del prossimo 25 ottobre.

Michele Abbinante

Per la terapia antimicrobica

“The Sanford

Guide to Antimicrobial

Therapy” e’ un’utilissima app a pagamento (~30\$ l’anno), la versione ufficiale iPhone della medesima guida Sanford stampata, da sempre un riferimento per le malattie infettive, ma con contenuti digitali esclusivi e numerose caratteristiche interattive.



“OsyrIX HD” e’ un software DICOM che

consente di archiviare ed inviare immagini mediche (ecografia o US, TAC o CT, risonanza magnetica MRI, PET, ecc) in ogni formato oltre all’originale direttamente su qualunque dispositivo iOS.



Per la Ricerca e l’aggiornamento medico, sono

consigliate le 2 seguenti applicazioni:

“Pubmed on tap” cerca negli archivi di “PubMed” e “PubMed Central” per trovare, visualizzare e scaricare le informazioni di riferimento e



FORMAZIONE

MMG tra aggiornamenti e formazione

La complessità della medicina, le sfide delle comorbidità e della cronicità, insieme alla necessità di appropriatezza prescrittiva e alla sostenibilità economica, rendono questi anni spartiacque tra la vecchia e la nuova modalità di fare il medico. Di fronte al cambiamento ci si aspetta infatti che il medico di medicina generale sia pronto ed abbia le giuste competenze per assumere ruoli organizzativi e gestionali complessi. Inoltre, viene richiesta la capacità e la volontà di confronto tra i diversi colleghi MMG, essendo quindi pronti a mettere in discussione il proprio operato e a misurarsi con questo.

Sicuramente diventerà più prezioso il contributo di quei colleghi che possiedono anche una specializzazione o hanno particolari competenze specifiche di cui tutti potranno giovare, diventando risorse per rendere il territorio fulcro della salute pubblica, senza però perdere di vista il rapporto fiduciario medico-paziente che contraddistingue i MMG dalle altre categorie mediche. Pertanto, diventa imprescindibile il saper fare *Audit*, quale strumento per individuare criticità ed intervenire per ridurle o eliminarle.

La domanda nasce spontanea ed è in parte intenzionalmente provocatoria per ciascuno di noi: siamo tutti disposti, giovani e meno giovani, specialisti e non, a sederci uno di fronte all’altro a confrontarsi, ad esprimere pareri, a discutere casi clinici, lasciando spazio ad altri colleghi di dare il loro parere, di riconoscere eventuali errori o lacune nella propria preparazione? Siamo pronti a metterci in gioco e a crescere ancora, anche con i capelli bianchi?

Molti operatori sanitari hanno già in parte cambiato il proprio modo di agire, sull’onda di diffusione dei principi delle EBM, sviluppando una capacità di lettura critica e di interpretazione degli studi scientifici per l’applicazione nella pratica clinica quotidiana, senza tuttavia perdere il valore dell’intuito personale, del confronto tra colleghi e dello studio della fisiopatologia medica. La pratica clinica resta infatti, un’arte

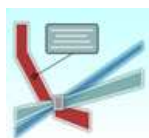
il file in pdf dell'articolo completo (se si dispone di privilegi di accesso).

**"Journal Club:
Landmark
medical**



trials at your fingertips" analizza i migliori articoli in medicina interna e li ripropone sinteticamente. Tali review scritte da medici sono riassunte in modo molto intuitivo, rapidamente consultabile dai clinici.

**L'app "Graphic
Emogasanalisi"**



consente una valutazione grafica rapida dell'EGA incluso il calcolo dell' Anion Gap (AG), con l'obiettivo di migliorare la comprensione dello scambio dei gas e dell'equilibrio Acido-Base del paziente: effettua una lettura integrata dell'EGA ed elabora due grafici, PaCO₂-PaO₂ ed il grafico PaCO₂-pH.

**"MediMath
Medical**



Calculator" è un'app che permette di disporre tra 135 delle più importanti formule, score ed equazioni mediche a portata di mano sul proprio

basata sull'interpretazione che si compie integrando le varie conoscenze scientifiche, dei colleghi con la storia del paziente.

Alla luce delle diverse note pubblicate in merito all'integrazione delle linee guida e all'appropriatezza prescrittiva rispetto a statine, antibiotici e inibitori di pompa protonica, diviene fondamentale applicare un *Self-Audit* per ciascun medico per evitare potenziali inappropriate prescrizioni e per correggere eventuali errori. In tal modo, si aumenta la qualità del lavoro e la sostenibilità economica del servizio sanitario. Diviene necessario quindi, instaurare un vero e proprio percorso formativo per indurre i medici alla pratica del self-audit, in virtù anche, e non solo, delle richieste che giungono dalla nostra ASL e Regione.

Ulteriormente, per i medici in formazione di Medicina Generale, è bene iniziare questo iter già da subito per acquisire la capacità di essere appropriati nelle prescrizioni e allo stesso tempo soddisfare le necessità del paziente, rispondendo all'outcome terapeutico e diagnostico attesi.

A questo scopo, è in cantiere la realizzazione di un Master sull'appropriatezza prescrittiva per i futuri MMG.

Concludendo, il momento che stiamo vivendo ci offre una grande opportunità di vivere uno scambio intergenerazionale e interprofessionale, ricco di esperienze, competenze, e forte di una preparazione di qualità, supportata da ausilii tecnologici pronti all'uso, con l'entusiasmo di apprendere e crescere professionalmente, senza mai tralasciare lo studio.

Un'occasione che può vestire di freschezza questa professione tanto antica quanto attuale ancora, perché riacquisti la dignità che un tempo rendeva il medico di famiglia così autorevole.

Valentina Gasparre

Per maggiori approfondimenti:

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 febbraio 2017, n. 250
[http://por.regione.puglia.it/documents/10192/8960204/DEL250.pdf/4f243a7b-0d49-40e0-b154-](http://por.regione.puglia.it/documents/10192/8960204/DEL250.pdf/4f243a7b-0d49-40e0-b154-0d2c488b6659;jsessionid=0730E25C5D197219ABE2A80396AE8B5C?version=1.0)

[0d2c488b6659;jsessionid=0730E25C5D197219ABE2A80396AE8B5C?version=1.0](http://www.regione.puglia.it/documents/10192/8826906/DEL177.pdf/28968114-56a8-4063-b7cc-599027de9839?version=1.0)
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 febbraio 2017, n. 177
<http://www.regione.puglia.it/documents/10192/8826906/DEL177.pdf/28968114-56a8-4063-b7cc-599027de9839?version=1.0>

dispositivo, tutto tradotto in italiano.

Con
"Mediquations
Medical
Calculator" si



hanno a disposizione 234 formule e "score", sia nel formato USA che nel formato IS (sistema internazionale). Solo in lingua inglese ed a pagamento ma completissima, l'app per ogni punteggio o equazione mostra: equazioni complete, informazioni dettagliate, immagini attinenti e link a Pubmed.

MOSAlingua
"Medical
English" è



l'app ideale e piu' consigliata per apprendere l'inglese medico anche solo con brevi usi quotidiani: per un prezzo di lancio di circa 10€, contiene un'immensita' di informazioni tra cui vocaboli ed oltre 3000 espressioni di uso comune, esercitazioni, pronuncia, il tutto con un ottimo metodo di apprendimento per padroneggiare l'inglese medico sia orale che scritto.

*Tiziano Perrone
Nicola Caradonna*

FORMAZIONE

**LA RICERCA IN
MG DI BARI IN SUDAFRICA**



TRE ABSTRACT DELLA SCUOLA DI RICERCA DI MEDICINA GENERALE DI BARI AL CONGRESSO WONCA AGOSTO 2017 A PRETORIA, SUDAFRICA

La Scuola di Ricerca in Medicina Generale di Bari, i cui membri sono principalmente giovani medici chirurghi baresi del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) coordinati dalla dott.ssa Zamparella Maria, sta continuando a produrre i suoi frutti. Tre lavori redatti in lingua inglese di questi medici MG e ricercatori italiani infatti sono stati accettati al congresso internazionale di medicina generale "Joint 5th Wonca Africa & 20th National Family Practitioners Conference".

Il congresso si è tenuto nel Protea Hotel Manor Arcadia, a Pretoria nei giorni 18-20 Agosto 2017, ed i titoli degli abstract accettati di cui i primi due come esposizione orale ed il terzo come presentazione di poster, i loro titoli sono:

-Dyspepsia in primary care: a preliminary study about prevalence, diagnosis and prescriptive appropriateness.

-Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) management in primary care (PC): an experimental model of professional integration "caregiver – pc": from prevention to diagnosis and treatment



-Primary Care Ibd Screening In High School

Tutti gli Abstract completi sono stati riportati in questa V edizione e consultabili sul sito ufficiale del congresso WONCA: <http://saafp.org/conferences/index.php/JNFPC/5th/schedConf/presentations>

Continuano inoltre i successi a livello nazionale: già l'anno scorso ben 5 lavori redatti da questo gruppo di ricerca (di cui vari membri appartenenti alla SIMG) furono presentati al 33° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, da sempre il più importante incontro di Medici di Medicina Generale che si tiene tradizionalmente a Firenze presso il Palazzo dei Congressi in Autunno. Allo stesso modo, anche quest'anno altri 2 diversi abstract dei nostri giovani medici e ricercatori baresi sono stati accettati al 34° Congresso Nazionale SIMG, che si terrà questo 30 Novembre-2 Dicembre 2017.

Continua dunque il profondo impegno del nostro team di ricerca, parallelamente alle sfide quotidiane che la professione medica che pratichiamo ci impone, per la passione della scoperta e del voler far parte dell'esplorazione di nuove frontiere della scienza. ***Anche perché, citando Socrate, "Una vita senza ricerca non è degna di essere vissuta".***

Tiziano Perrone



ONCOLOGIA

Ricerca, Malattia, Pazienti, Associazioni, Volontariato...

Cibo e Cancro

Da quasi 30 anni l'oncologia mondiale studia il rapporto tra cibo e cancro e la maggior parte degli studi attribuisce a una "buona dieta" la possibilità di evitare complessivamente il 30-40% di tutti i tumori. Secondo i dati del OMS nel 1996 in tutto il mondo più di 10 milioni di persone si sono ammalate di cancro, ebbene 3 o 4 milioni avrebbero potuto evitare la malattia se negli anni precedenti si fossero alimentati

Studi statistici definiti "ecologici" o "di correlazione geografica" confrontano l'incidenza delle malattie tumorali in diverse aree geografiche e le differenze sono notevoli:

il cancro dello stomaco in Giappone è 25 volte più frequente che in Uganda, quello del colon negli Stati Uniti è 10 volte più diffuso che in Nigeria, il cancro del fegato in Mozambico è 100 volte più frequente che in Inghilterra . Forti differenze nell'incidenza del cancro si riscontrano tra popolazioni indigene ed emigranti.: i nigeriani che vivono in Africa hanno meno tumori del colon, del retto e del fegato di quelli emigrati negli Stati Uniti, tra i giapponesi emigrati nelle Hawaii, dove lo stile di vita è di tipo occidentale, la frequenza dei tumori è diversa rispetto a quella che si registra nella madre-patria.

Anche l'incidenza di cancro mammario varia nei diversi Paesi: elevata negli USA e nel mondo occidentale, bassa nelle popolazioni asiatiche. Se le donne appartenenti a popolazioni a basso rischio migrano verso paesi "civilizzati", il vantaggio viene azzerato.



CONGRESSI

Controlla che i tuoi nevi siano
tutti di bellezza

Nevi e Melanoma

Castellana Grotte 23
settembre 2017

I.R.C.C.S. "Saverio De Bellis"
Presidenti Dr. Giuseppe Carrieri,
Prof. Franco Silvestris

1° Summer School
QUALITÀ DELL'ACQUA E
SALUTE

Maria Teresa Montagna
Università degli Studi di Bari
"Aldo Moro"
Luca Lucentini Istituto Superiore
di Sanità - Roma
BARI, 2-6 OTTOBRE 2017 Villa
Romanazzi Carducci



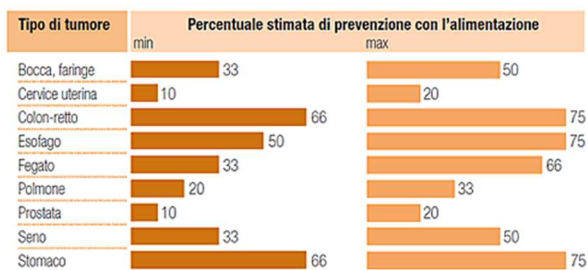
<http://www.globalfamilydoctor/CConferences/VascodaGamaForum.aspx>

Portogallo gennaio 2018

<http://www.globalfamilydoctor/CConferences/WoncaEurope2018.aspx>

Cracovia 24-27 maggio 2018

CONGRESSI



Fonte: Food, nutrition and prevention of cancer - American Institute for Cancer Research.

Modificato

In Italia esistono evidenze sulla influenza del cibo nella diffusione del cancro. Ad esempio, per il tumore dello stomaco i registri-tumori evidenziano che Forlì-Ravenna e Firenze sono aree a alto rischio con incidenza doppia rispetto alla media italiana e 4 volte superiore rispetto al centro-sud.

Uno dei fattori che spiega l'incidenza in queste zone è il forte consumo di salumi e di insaccati.

Perché queste differenze?



Nei paesi occidentali ricchi, nel corso dell'ultimo secolo, ci si è progressivamente discostati dalla dieta tradizionale nel nostro caso dalla "Dieta Mediterranea" Cibi che un tempo venivano assunti solo occasionalmente, come molti alimenti di origine animale, a cominciare dalla carne ma anche dal latte che era difficilmente conservabile, oppure che non erano neppure conosciuti, come lo zucchero e le farine molto raffinate, sono diventate un nutrimento quotidiano. Possiamo parlare di "Malattie da civiltà" Questo modo di mangiare, sempre più ricco di calorie, di zuccheri semplici e di proteine ma in realtà povero di alimenti naturalmente completi, ha contribuito grandemente



allo sviluppo delle malattie “da civiltà”: l’obesità, il diabete, l’ipertensione, l’aterosclerosi, l’infarto cardiaco, l’osteoporosi, la stitichezza, l’ipertrofia prostatica e molti tipi di tumori tra cui quello dell’intestino, della mammella e della prostata”.

In molti casi è in gioco tutto lo stile di vita, non solo il modo di mangiare. Forte è l’evidenza che le verdure esercitano un’azione protettiva nei confronti del cancro del polmone: chi le mangia regolarmente riduce della metà il rischio di ammalarsi rispetto a chi non le consuma. Ma se continua a fumare il pericolo del cancro al polmone rimane comunque alto.

Il numero dei casi di malattia che la dieta può risparmiare è altissimo: in 3 casi (colon e retto, stomaco e esofago) tutti gli studi concludono che una alimentazione più “naturale” eviterebbe una percentuale di malattia superiore al 50% in altri due casi (mammella e cavo orale) una riduzione del 50% viene ipotizzata dalle indagini più ottimistiche.

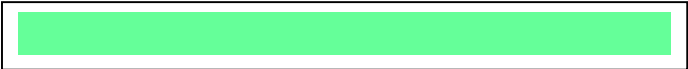
La World Cancer Research Found e American Institute for Cancer –nel 1997 ha emanate delle Linee Guida Dietetiche.

L’importanza di tale L.G. e la loro diffusione nell’ambito sanitario, di medicina generale e verso i cittadini è vitale per gli obiettivi di “buona salute”, poiché circa il 80% dei pazienti,

oggetto di svariati studi e come ha evidenziato uno studio del nostro gruppo di ricerca (STILI DI VITA, COME AIUTARE IL CAMBIAMENTO: LA PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE E L’ADERENZA ALLA DIETA MEDITERRANEA -G. Lops, M. Abbinante, N. Cascione, V. C. Terenzio, F. Carofiglio, M. Zamparella-), ha una bassa percezione del proprio stato di salute, crede che, per il proprio benessere ed un buon stile di vita, si alimenti bene e mangi “sano/naturale”.

Però le insidie del Naturale, sono tante e anche molti medici che usano curare con “le erbe da sempre”, affermano che è fondamentale conoscere tutte le possibili insidie che vengono dal mondo del Naturale, per prevenirle e imparare così ad evitarle. Molti nostri pazienti non solo ritengono di “mangiare naturale” ma spesso integrano la loro alimentazione con integratori e fitoterapici che quando assunti in modo sbagliato, possono creare problemi di gestione di salute. È sicuramente vero che dalla Natura e dagli Alimenti ci vengono in aiuto molti possibili e anche ottimi rimedi, ma è anche altrettanto vero che





una risorsa, pur affidabile, possa trasformarsi in una insidia se mal consigliata, ad esempio in presenza di particolari malattie. Oppure ancora, le interazioni tra alimenti e farmaci.



Nella relazione medico-paziente il counselling motivazionale dovrebbe essere potenziato per trasmettere le giuste informazioni su stili di vita adeguati a raggiungere l'obiettivo di buona salute e l'empowerment dello stesso.

Ecco quindi il perché della strutturazione, nel percorso formativo dei futuri MMG, di un corso master sugli stili di vita. Inoltre, un progetto, work in progress, che vede coinvolto attivamente il nostro ordine della provincia di Bari e l'IRCS di Bari, rivolto ai medici ed ai cittadini sulle **“REGOLE DELL'ALIMENTAZIONE IN ONCOLOGIA: DALLA PREVENZIONE ALLE CURE E POST-CURE”**

*Pietro Scalera
Maria Zamparella*





Il Board del Calendario Vaccinale per la Vita, riunitosi recentemente a Roma per fornire supporto scientifico e tecnico e chiarimenti procedurali sull'applicazione della Legge 119 del 31 luglio 2017 sull'obbligo vaccinale per l'iscrizione a scuola, sottolinea che non esistono rischi aggiuntivi tali da controindicare la vaccinazione nei soggetti già immuni per malattia naturale o precedente vaccinazione per una o più malattie. Pertanto, l'utilizzo di **vaccini combinati** non pone alcun problema di incremento della frequenza e della gravità di effetti collaterali rispetto ai vaccini monocomponenti. Le vaccinazioni in formulazioni monocomponenti saranno utilizzate solo quando i servizi vaccinali saranno stati opportunamente dotati. In tale ottica si raccomanda di **evitare l'utilizzo dei test sierologici** per verificare l'eventuale pregressa immunizzazione. Sono invece totalmente **inutili e privi di qualsiasi valore predittivo i test** che vengono proposti da alcuni per verificare la potenziale pericolosità dei vaccini per bambini con particolari **profili genetici**. Resta ferma la necessità che il medico certifichi, ove a lui



PILLOLE

VACCINI, VACCINAZIONI

Alcune precisazione di carattere medico e scientifico.....

Il difetto di vaccinazione della popolazione implica il grave rischio sanitario di diffusione di pericolose e spesso letali malattie infettive, debellate in passato, proprio grazie all'uso dei vaccini, come, ad esempio, il morbillo, la rosolia e la varicella.


Come rilevato dall'Istituto Superiore di Sanità italiano, a partire dal 2013, si è registrata una progressiva tendenza in diminuzione delle coperture vaccinali e i dati di copertura vaccinale per morbillo e rosolia sono passati dal 90,4% nel 2013 all'85,3% nel 2015, a fronte delle indicazioni dell'OMS che raccomandano una copertura vaccinale del 95% per eliminare la circolazione del virus.

Nel passato i vaccini possono essere stati preparati da cellule provenienti da feti umani abortiti, ma al momento le linee cellulari utilizzate sono molto distanti dagli aborti originali.

I vaccini a cui si fa riferimento, fra quelli maggiormente in uso in Italia, sono quelli contro la rosolia, la varicella, la poliomielite e l'epatite A.

Va considerato che oggi non è più necessario ricavare cellule da nuovi aborti volontari, e che le linee cellulari sulle quali i vaccini in questione sono coltivati derivano unicamente dai due feti abortiti originariamente negli Anni Sessanta del Novecento. Dal punto di vista clinico va, inoltre, ribadito che il trattamento coi vaccini, pur a fronte di rarissimi effetti collaterali (gli eventi che si verificano più comunemente sono di lieve entità e dovuti alla risposta immunitaria al vaccino stesso), è sicuro ed efficace e che nessuna correlazione sussiste fra somministrazione del vaccino ed insorgenza dell'autismo.

Dal punto di vista etico, la Pontificia Accademia per la Vita aveva pubblicato nel 2005 un documento intitolato: "Riflessioni morali circa i vaccini preparati a partire da cellule provenienti da feti umani abortiti" che, alla luce dei progressi della medicina e delle attuali condizioni di preparazione di alcuni vaccini, potrebbe essere a breve rivisto e aggiornato,



note, perché risultanti dalla storia clinica, condizioni di rarissime patologie (la cui lista è validata dall'Istituto Superiore di Sanità) che controindicano alcune vaccinazioni in modo permanente o temporaneo. Questi pazienti sono già noti e seguiti presso da centri specialistici.

Da ultimo si segnala come la legge prevede quali condizioni esimenti dall'obbligo vaccinale in caso di pregressa immunizzazione da malattia naturale, esclusivamente: la notifica effettuata all'atto della diagnosi o in alternativa i referti di analisi sierologica. Nessun altro certificato o attestazione può considerarsi equipollente.

A breve il Board fornirà un documento tecnico pubblico contenete indicazioni operative.


Serafina Lanotte

Fonte originale:

SITI - SIP - FIMMG – FIMP

Firmato il 7 settembre 2017

Roma, modificato



soprattutto in considerazione del fatto che le linee cellulari attualmente utilizzate sono molto distanti dagli aborti originali e non implicano più quel legame di cooperazione morale indispensabile per una valutazione eticamente negativa del loro utilizzo.

D'altro canto, non meno urgente risulta l'obbligo morale di garantire la copertura vaccinale necessaria per la sicurezza altrui, soprattutto di quei soggetti deboli e vulnerabili come le donne in gravidanza e i soggetti colpiti da immunodeficienza che non possono direttamente vaccinarsi contro queste patologie.

Per quanto riguarda la questione di vaccini che nella loro preparazione potrebbero impiegare o avere impiegato cellule provenienti da feti abortiti volontariamente, va specificato che il "male" in senso morale sta nelle azioni, non nelle cose o nella materia in quanto tali.

Le caratteristiche tecniche di produzione dei vaccini più comunemente utilizzati in età infantile ci portano ad escludere che vi sia una cooperazione moralmente rilevante tra coloro che oggi utilizzano questi vaccini e la pratica dell'aborto volontario. Quindi riteniamo che si possano applicare tutte le vaccinazioni clinicamente consigliate con coscienza sicura che il ricorso a tali vaccini non significhi una cooperazione all'aborto volontario. Pur nell'impegno comune a far sì che ogni vaccino non abbia alcun riferimento per la sua preparazione ad eventuale materiale di origine abortivo, si ribadisce la responsabilità morale alla vaccinazione per non far correre dei gravi rischi di salute ai bambini e alla popolazione in generale.

Serafina Lanotte

Fonte originale:

Roma, 31 luglio 2017

Pontificia Accademia per la Vita Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute (CEI) Associazione Medici Cattolici Italiani, modificato

PILLOLE

L'attualità dei vaccini e la vaccinazione, impegna non solo il sistema socio-sanitario ma anche le istituzioni e la politica.

I MMG dell'area barese, ed in particolare il Consiglio Direttivo della FIMMG della provincia di Bari, è impegnato in un lavoro di valutazione della percentuale di copertura vaccinale negli adulti/anziani diabetici e con BPCO, in osservazione retrospettiva; promuovendo la vaccinazione antipneumococcica come prevenzione primaria, soprattutto nei pazienti over 65 e quelli affetti da patologie croniche e comorbidity, aumentandone l'aderenza e favorendo la destagionalizzazione, migliorando le conoscenze del MMG e stimando l'impatto della strategia vaccinale sull'organizzazione dei servizi sanitari. Tanto, poichè le malattie infettive sono la causa principale di morte per il genere umano e la vaccinazione è uno dei più importanti atti di prevenzione primaria.

Il PCV7 ha ridotto l'incidenza di malattia invasiva pneumococcica, di polmonite ed otite media. L'uso del PPV23 e dell'attuale PCV13 è ancora subottimale in Puglia, in pazienti con età ≥ 65 aa. I costi economici e sociali delle infezioni da pneumococco sono elevati, sebbene non facilmente quantificabili. La registrazione dei dati, lo sviluppo dei Self Audit e degli Audit clinici, attraverso strumenti informatici (Net-Medica) in grado di misurare gli indicatori in tempo reale e in forma anonimizzata, ha consentito il confronto e la valutazione della copertura vaccinale.

Maria Zamparella



--	--



Stampato presso l'Ordine dei Medici di Bari

Edizione di Settembre 2017