SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

"CI RACCONTIAMO"

-II/2016-

A Cura di

Maria Zamparella

Referente Redattore: Saverio Cramarossa

Redazione: M. Ancona, M.A. Antezza, S. Cramarossa, E. De Leo, C. Di Lascio, K. Lofano, G. Lops, M. Lorusso, T. Perrone, M. Zamparella

E con il contributo di Pietro Scalera

GRUPPO SCUOLA RICERCA

Michele Abbinante, Domenico Aloia, Michele Ancona, Maria Agostina Antezza, Maria Rosaria Bellotta, Flavio Borgomastro, Anna Bosco, Nicola Caradonna, Francesca Capurso, Francesco Carofiglio, Saverio Cramarossa, Elda De Leo, Luca De Lucia, Carmela di Lascio, Davide Ficco, Angelica Giampetruzzi, Filomena Ladisa, Teresa Lisi, Giuseppe Logrieco, Katia Lofano, Gaetano Lops, Michele Pio Lorusso, Alessandra Maino, Rosa Paolillo, Fabio Pappagallo, Filomena Parisi, Tiziano Perrone, Francesca Rella, Giuseppe Sciannamblo, Filomena Sportelli, Vanessa Carmela Terenzio, Maria Zamparella.

PILLOLE

NOVITA' TERAPEUTICHE

⇒ **APPROVATO IN EUROPA PRIMO TRATTAMENTO CONTRO TUTTI I GENOTIPI DI HCV**

A pochi giorni di distanza dall'approvazione americana, arriva adesso anche quella della commissione europea sulla messa in commercio di "Epclusa", un'associazione di sofosbuvir e di velpatasvir, attiva **contro tutti e 6 i genotipi dell'Hcv**.
La combinazione di sofosbuvir e velpatasvir per 12 settimane è stata autorizzata per l'uso in pazienti senza cirrosi o con cirrosi compensata (Child-Pugh A), e in combinazione con ribavirina per i pazienti con cirrosi scompensata (Child-Pugh B o C). Il nuovo farmaco rappresenta una pietra miliare verso il debellamento dell'epatite C, in quanto primo regime in assoluto a dosaggio fisso in grado di garantire tassi elevati di risposta virologica sostenuta dopo un trattamento di sole 12 settimane in pazienti con tutti i genotipi di HCV.
I dati clinici a supporto sono estremamente confortanti, infatti il 98% dei pazienti trattati ha raggiunto l'indicatore primario di efficacia. Da evitare la somministrazione concomitante di Epclusa e dell'antiaritmico amiodarone a causa di possibili bradicardie e necessità di pacemaker.

⇒ **ARRIVA IL PRIMO ANTICORPO MONOCLONALE PER RIDURRE I LIVELLI DI COLESTEROLO**

L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha raccomandato l'autorizzazione per la messa in commercio di "Repatha" (evolocumab), anticorpo monoclonale individuato come trattamento per la riduzione di livelli elevati di colesterolo LDL nel sangue in soggetti che non riescono a controllare il colesterolo nonostante l'assunzione di dosi ottimali di statine o che non possono assumere statine.
Repatha ha come indicazione anche il trattamento di pazienti dai 12 anni in su con ipercolesterolemia familiare omozigote, malattia ereditaria rara in cui i livelli di colesterolo LDL sono più elevati del normale. La posologia è di una iniezione sottocutanea una volta ogni due settimane o una volta al mese.
Il meccanismo d'azione consiste nel bloccare la proteina PCSK9, diminuendo il numero di recettori LDL nel fegato, riducendone dunque la capacità di rimuovere il colesterolo LDL dal sangue.

Saverio Cramarossa

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA

Imamma: L'APP PER LA MAMMA E PER IL MEDICO.

Sviluppata in collaborazione con medici specialisti in Ginecologia, offre sia alle donne che ai professionisti della Salute la possibilità di monitorare il periodo fertile ed il progresso della gravidanza dal proprio smartphone.
Numerose le funzioni che facilitano il compito del medico nella sua attività ambulatoriale, tra tutte la possibilità di consultare la lista degli esami in esenzione a seconda del periodo della gravidanza e l'utilizzo dell'utile regolo ostetrico.

Le funzioni per il medico:

- Regolo ostetrico
- Database proprie pazienti
- Monitoring sincronizzato alla paziente
- Gestione pazienti per nome/ trimestri di gravidanza
- Planning appuntamenti sincronizzato
- Esami/Esami in esenzione
- Esami salva, invia mail o stampa alle pazienti
- Biometria fetale sincronizzata
- Calcolo peso fetale 3 formule
- Congressi in Italia e all'Estero
- Aggiornamenti in Ostetricia e Ginecologia

App disponibile per iOS e Android

Saverio Cramarossa

NEWS DAL CORSO

PREMIO MIGLIOR TESI IN MEDICINA GENERALE (TRIENNIO 2012-2015):

Il primo premio per la miglior tesi in medicina generale è andato ex aequo a Katia Lofano (tesi sull'appropriatezza prescrittiva dell'endoscopia) e Lucia Marasciulo (tesi sull'applicabilità del Test MNA in medicina generale). Secondo posto per Maria Cacciapaglia. A Francesca Centrone è invece stata assegnata una menzione speciale (tesi in medicina di genere focalizzata sul diabete).

MODELLO D ENPAM:

Ogni anno va dichiarato all'Enpam il reddito da libera professione prodotto nell'anno precedente. Per farlo è necessario compilare online il modello D che si trova nell'area riservata e inviarlo entro il 31 luglio. Se il modello D viene inviato dopo il 31 luglio si deve pagare una sanzione fissa di 120 euro.

Ricordiamo che per i corsisti del corso di formazione in Medicina Generale è possibile dichiarare il reddito da libera professione con aliquota ridotta del 2%, specificandolo nella domanda.

BANDI E GRADUATORIE

⇒ Ambiti carenti di Assistenza Primaria rilevati a marzo e settembre 2014: Bollettino n° 69 pubblicato il 16-06-2016

⇒ Ore carenti di Continuità Assistenziale rilevate a marzo 2015: Bollettino n° 69 pubblicato il 16-06-2016

Carmela di Lascio

NEWS

LE ISTITUZIONI E LA RICERCA: IL PRESIDENTE DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA DI BARI SI COMMENTA IN UNA INTERVISTA VIDEO-FILMATA DURATA CIRCA UN'ORA

Ascoltando il preside di Facoltà parlare di ricerca in medicina generale, il desiderio di meglio approfondire la mia conoscenza su quello che la ricerca è stata, è, e sarà per la sua vita e per le esperienze di vita fatte nei paesi Africani, mi sono ancora di più entusiasmata a camminare lungo quel percorso in salita che è la ricerca in medicina generale.

Cito alcune frasi che ha riferito durante l'intervista:

"La ricerca è una poesia che rende vivo l'uomo";
"In medicina generale la ricerca è a 360 gradi per l'approccio OLISTICO";
"In Primary Care siamo in prima linea, ci prendiamo cura della persona"
"L'insegnamento della ricerca è una scoperta per il nuovo, è curiosità e, per accattivare i giovani bisogna renderli più curiosi"

Ascoltando, ancora la sua intervista ho posto le mie riflessioni sul numero degli italiani senza assistenza sanitaria 11.000.000 e mi sono chiesta perché, come mai, cosa fare…

Forse bisogna rispondere con migliore organizzazione ai bisogni di salute in Primary Care? Lascio ad ognuno di voi la propria riflessione.

Maria Zamparella

CONGRESSI E CORSI DI AGGIORNAMENTO

- COMUNICAZIONE E PERFORMANCE PROFESSIONALE: METODI E STRUMENTI – II MODULO – LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE E TRA OPERATORI SANITARI: il corso eroga 12 crediti ECM e sarà online fino al 31 dicembre 2016 (fadinmed.it)
- IL DOLORE: RICONOSCIMENTO, VALUTAZIONE E GESTIONE: il corso eroga 20 crediti ECM e sarà online fino al 31 agosto 2016 (fadinmed.it)
- LE EMERGENZE INFETTIVE IN SANITA' PUBBLICA: il corso eroga 50 crediti ECM

- EFPC 2016 - RIGA CONFERENCE: "Cross-cutting Informal Care & Professional Primary Care" – Riga, 4-6 Settembre *

**Pubblicato "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, G. Sportelli, F. Anelli*

Carmela di Lascio

OBIETTIVI

A cura di Maria Zamparella

Il Medico di Famiglia è la figura centrale dell'intero SSN, dovendo garantire l'assistenza sanitaria di primo livello, la continuità ospedale-territorio, la prevenzione delle malattie.

Nello svolgere la sua professione, il MMG, deve fronteggiare alcune rilevanti difficoltà, fra le quali le mutazioni del quadro demografico, la necessità di un aggiornamento sempre più rapido legato al progresso delle conoscenze tecnico-scientifiche e alla disponibilità di un numero crescente di farmaci innovativi, il sempre maggiore carico di lavoro amministrativo/burocratico, che tende pericolosamente a sottrarre tempo alla cura del paziente. Queste sono solo alcune delle criticità che hanno almeno parzialmente limitato quella che già da anni il WONCA ha dichiarato essere la sfida per il futuro dei Medici di Famiglia.

La ricerca in MG non deve essere considerata una attività aggiuntiva, parallela al lavoro o da affidare ad altri, deve invece essere considerata parte integrante della quotidiana pratica clinica.

La ricerca in Medicina Generale ha in Italia una storia relativamente recente, soprattutto se si fa riferimento alla tradizione ben più lunga di molti altri Stati in questo campo. Soltanto negli ultimi decenni, infatti, si è assistito nel nostro Paese ad una consistente pubblicazione di lavori scientifici, che si è fatta più significativa a partire dagli anni '90. Tra i fattori determinanti per la crescita sono sicuramente da annoverare l'evoluzione dell'assetto organizzativo professionale (a partire dal primo contratto di convenzione nazionale), la nascita di nuove società scientifiche, la riapertura con specifiche normative a studi sul farmaco (fase III e fase IV), l'importanza sempre più ampiamente riconosciuta alla prevenzione e la crescente consapevolezza della autonomia della MG rispetto ad altre branche mediche. Inoltre, la crescita della medicina generale è stata resa più solida anche dall'istituzione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

L'Italia si è sempre contraddistinta per offrire una ricerca scientifica altamente qualificata e, conseguentemente, per poter vantare la possibilità di condurre sperimentazioni cliniche di grande valore.

Tutto ciò, tuttavia, deve scontrarsi con un male comune del nostro Paese, quale le infrastrutture, la disorganizzazione strutturata e diffusa che, spesso sono di ostacolo a menti che eccellono e che possono far competere l'Italia con le altre Nazioni nell'ospitare trial clinici. La sperimentazione clinica costituisce, ancora oggi, l'unico metodo validato e globalmente accettato per ottenere dati scientifici attendibili sui diversi aspetti di una terapia, siano essi relativi alla sicurezza o all'efficacia della stessa.

L'attuale normativa Nazionale, che prevede la riduzione dei Comitati etici, alcune iniziative regionali, finalizzati a migliorare i processi di gestione della ricerca clinica, il recepimento del nuovo regolamento europeo sulle sperimentazioni cliniche e, il processo di trasformazione del percorso autorizzativo dei farmaci, dimostrano che ci sono grandi opportunità all'orizzonte. Se pur con lentezza con cui queste iniziative vengono implementate, noi MMG dobbiamo avere voce in capitolo e non rimanere solo a subire scelte fatte da altri per poi doversene lamentare.

Infatti gli studi condotti nella medicina generale con pazienti "veri" produrranno risultati più vicini alla realtà assistenziale e immediatamente trasferibili a tutti gli altri pazienti che presentano le stesse caratteristiche e gli stessi problemi**.** I medici di medicina generale si trovano oggi quasi sempre a dover mettere in pratica raccomandazioni che derivano da studi effettuati in ambito ospedaliero o specialistico, *su* pazienti "selezionati" rispetto a quelli che si incontrano ogni giorno in ambulatorio (che spesso sono più anziani, hanno diverse patologie e assumono tanti farmaci). In pratica il contesto attuale di approccio all'uso del farmaco risente fortemente di una carenza di informazioni strutturate e dati che vengono dalla medicina generale. In particolare i profili di efficacia (effectiveness), sicurezza, utilità necessari per definire il place in therapy dei nuovi farmaci, le migliori modalità prescrittive ed erogative in funzione anche della convenienza e sostenibilità economica ed equità di accesso alle cure, nonché *l'appropriatezza dei percorsi nella gestione delle patologie croniche*, poggiano su informazioni derivanti da setting di sperimentazioni diverse dalla medicina generale.

RIFERIMENTO NORMATIVO

Le principali norme italiane

Decreto Ministeriale 15 luglio 1997
"Applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico"

Decreto Dirigenziale 25 maggio 2000
"Istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali"

Decreto Legislativo n.211 del 25 giugno 2003
Recepimento della direttiva europea sul l'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico"

Decreto Ministeriale 12 maggio 2006
"Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali"

Decreto Legislativo n.200 del 6 novembre 2007
Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione importazione di tali medicinali"

Decreto Ministeriale 21 dicembre 2007
Modalità di inoltro della richiesta di autorizzazione all'Autorità Competente, per la comunicazione di emendamenti sostanziali e la dichiarazione di conclusione della sperimentazione clinica e per la richiesta di parere al Comitato Etico

Determinazione AIFA 20 marzo 2008
Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci

Decreto Ministeriale 14 luglio 2009
Linee Requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali

Decreto Ministeriale 15 novembre 2011
Autocertificazione dei requisiti minimi delle Organizzazioni di Ricerca a Contratto (CRO) nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali.

I vari decreti Nazionali ed Europei che, hanno permesso una grande innovazione per la ricerca clinica, hanno riconosciuto in qualche modo un fatto "normale" e cioè che i problemi devono essere studiati dove esistono e da chi quotidianamente se ne fa carico coinvolgendo negli studi sperimentali i pazienti "reali", che possono avere caratteristiche diverse da quelli, molto selezionati, per presenza contemporanea di diverse patologie, maggiore o minore aderenza alla terapia, diversi stile di vita e caratteristiche ambientali non selezionate. Le caratteristiche della MG permettono di osservare contemporaneamente problemi, domanda di salute ed organizzazione dei servizi e può avvalersi di campi in relazione alla popolazione (studi di epidemiologia), di ambiente (studi di osservazione globale), di tempo reale (studi di prevalenza).

La comunità scientifica accademica ha iniziato a guardare alla MG come ad un possibile ambito di raccolta dati di ricerca (più, a dire il vero, come ad uno sfruttamento dei MMG e dei dati da loro raccoglibili, che ad un discorso collaborativo e paritario), ma non si può fare da soli, per migliorare l'attività professionale della classe medica e l'assistenza sanitaria e per strutturare la, da molto tempo, "predicata e famigerata" integrazione ospedale-territorio ***bisogna essere" in/un" gruppo!!!!!***

Pertanto per intervenire sul terreno della ricerca è necessario formare gruppi di ricercatori in Medicina Generale ma anche di insegnare e formare i futuri MMG.

L'obiettivo didattico e lo scopo formativo nei corsi di Formazione Specifica per la Medicina Generale, è quello di diffondere le conoscenze della ricerca in MG, di motivare e "contaminare", i futuri MMG a fare ricerca, anche se la stessa richiede impegno personalecostante; nel contempo si permette ai MMG tutors di fare ricerca, che senza i tirocinanti non avrebbero effettuato. Tanto, ai fini di rilevare criticità, elaborare strategie terapeutiche e fornire ai MMG un supporto per la loro pratica professionale e per l'utilizzo dei farmaci.

L'obiettivo didattico e lo scopo formativo nei corsi di Formazione Specifica per la Medicina Generale, è quello di diffondere le conoscenze della ricerca in MG, di motivare e "contaminare", i futuri MMG a fare ricerca, anche se la stessa richiede impegno personalecostante; nel contempo si permette ai MMG tutors di fare ricerca, che senza i tirocinanti non avrebbero effettuato. Tanto, ai fini di rilevare criticità, elaborare strategie terapeutiche e fornire ai MMG un supporto per la loro pratica professionale e per l'utilizzo dei farmaci.

Per i MMG, la sperimentazione è la pietra miliare d'ogni atto prescrittivo consapevole, sia esso diagnostico che terapeutico; una prescrizione, è, infatti, già di per sé l'inizio di un "esperimento individuale".

Grazie alla nuova presa di coscienza della MG, ad un suo nuovo modello organizzativo, con la creazione di poli di aggregazione professionale, è possibile uno sviluppo spontaneo di esperienze di ricerca. E' evidente che la ricerca richiede, anche, una struttura e un'organizzazione adeguata, tempi rigorosamente dedicati a quest'attività, ed una preparazione specifica del medico; quest'ultima affermazione è uno degli obiettivi più importante del percorso didattico di ricerca nei Corsi di formazione Specifica per la Medicina generale.

►per il lavoro sugli **"ANZIANI E PSICOFARMACI: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI BENZODIAZEPINE E ANTIPSICOTICI NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE"** poiché l'uso dei neurolettici per migliorare le manifestazioni senili di alterazioni comportamentali e sonno è poco frequente in MG, mentre, gli antipsicotici a basso dosaggio al posto di benzodiazepine dovrebbero essere incoraggiati per una più buona efficacia e tollerabilità negli anziani (Effetti indesiderati: sonnolenza 32%, vertigini 14% e ipotensione ortostatica 13%), **scopo del nostro studio** è stato quello di comparare l'efficacia di neurolettici e BDZ nel trattamento di alterazioni comportamentali e sonno trattando e valutando in ambiente ambulatoriale ed ospedaliero quattro pazienti con diverse comorbilità e polifarmacoterapia. L'efficacia degli interventi è stata comparata nel setting di MG e gli interventi coordinati dal MMG, con gli obiettivi di migliorare la qualità ed i percorsi delle cure offerte, per un supporto alla gestione clinica, attraverso interventi condivisi e l'impostazione del trattamento farmacologico. Dai risultati ottenuti possiamo affermare che la terapia psicofarmacologica dell'anziano serve a migliorare la qualità di vita, valutando con grande attenzione il rapporto tra costi e benefici; privilegiando l'assunzione di neurolettici al posto di BD; esiste una correlazione significativa ($p<0.01$) tra uso di BDZ e traumi da caduta. Infatti secondo la linea guida NICE è utile rivalutare e modificare quantità e qualità di farmaci assunti, rivedendo regolarmente la terapia. Dato l'aumento dell'invecchiamento della popolazione, il quale comporta modificazioni anatomiche e biochimiche, particolari e caratteristiche problematiche psicologiche con importanti cambiamenti, il nostro obiettivo generale è sensibilizzare , nel setting della MG, ad una gestione di visione psicopatologica dell'anziano (considerando la sofferenza emotiva) , incrementando e migliorando gli interventi di cura per rinforzare le difese e stimolare adattamenti. Pertanto gli operatori sanitari hanno la necessità di ricorrere ad un approccio integrato e multidimensionale, tanto non solo ai fini di gestione integrata dell'anziano spesso in politerapia poiché affetto da pluripatologie ma, anche al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e gestionale di farmaci "delicati" con una più specifica caratteristica specialistica.

Maria Zamparella

La squadra ha analizzato l'attinenza dei soggetti a partecipare in qualunque attività che potrebbe essere considerata non sicura per un soggetto affetto da demenza, quali guidare, badare ad un'altra persona, gestire finanze, maneggiare farmaci e cucinare.

Non si prende atto di problemi funzionali con la demenza non diagnosticata. I risultati dello studio hanno presentato delle buone notizie. Rispetto ai gruppi di adulti che avevano possibile demenza o non demenza, quelli con demenza –sia diagnosticata che non diagnosticata- avevano meno probabilità di intraprendere attività potenzialmente pericolose. Ad esempio, solo il 23 per cento degli anziani con una demenza non diagnosticata si prodigano a guidare, rispetto al 59 percento di coloro con possibile demenza e all'84 percento senza demenza. *"Questa in sé è una buona notizia, nonostante i numeri sono ancora importanti da un punto di vista di salute pubblica e sicurezza," denota il Dr. Amjad "o i pazienti stessi o i loro famigliari si auto regolano e svolgono queste attività meno frequentemente con il progredire della patologia".*

Tuttavia, i risultati dello studio rivelano anche che, rispetto agli adulti che hanno ricevuto una formale diagnosi di demenza, questi con una demenza non diagnosticata erano molto più propensi a partecipare ad attività rischiose. Infatti, hanno rilevato che il 28 percento circa degli adulti con demenza non diagnosticata si cimentano a guidare, rispetto a quasi il 17 percento di questi con demenza diagnosticata. Circa il 29 percento degli adulti con demenza non diagnosticata stavano ancora gestendo le loro finanze, contro il solo 12 percento di questi con demenza diagnosticata. Un totale di 42 percento di questi con demenza non diagnosticata continuava a cucinare pietanze calde, rispetto al 17 percento di questi con demenza diagnosticata. Inoltre, circa il 50 percento degli adulti con una demenza non diagnosticata stavano ancora badando alle loro stesse medicazioni e farmaci, comparato al 22 percento con demenza diagnosticata.

"Quando I pazienti ricevono una formale diagnosi di demenza, le loro famiglie sono tipicamente consapevoli che, ad un certo punto, i loro amati non saranno in grado di guidare e avranno maggio bisogno di aiuto con le loro medicine," spiega il Dr. Amjad *"Ma quando le persone non hanno una diagnosi, le famiglie e gli amici possono ignorare o essere inconsapevoli dei problemi funzionali che già esistono."*

Una "sveglia" per medici e famiglie con anziani. Secondo il co-autore dello studio David Roth, Ph.D., direttore del Johns Hopkins Center for Aging and Health, le scoperte sollevano importanti questioni riguardanti la diagnosi di demenza.

"Prima di tutto, coloro con demenza stanno ricevendo una cura medica adeguata, includendo diagnosi accurate e aggiornate?" chiede "Secondo, le diagnosi di demenza sono comunicate propriamente ai pazienti e alle loro famiglie?".

Il Dr. Amjad aggiunge che il risultato dovrebbe essere una sorta di "sveglia" per i medici a cui importa degli anziani e per le famiglie i cui cari potrebbero essere in stadi precoci di demenza.

"Se i pazienti anziani hanno difficoltà con queste attività, loro possono beneficiare da un medico che faccia screening formale per demenza. Ma le famiglie si trovano davvero in prima linea nel riconoscere quando qualcuno non dovrebbe guidare o necessità di aiuto per gestire le medicine. Ciò significa essere osservatori e consapevoli man mano che i nostri amati diventano più anziani e la demenza diventa più probabile".

Dr. Halima Amjad
Articolo originale di Honor Whiteman
Pubblicato: giovedì 2 Giugno 2016

Selezionato e commentato da
Tiziano Perrone

LAVORI SCIENTIFICI DAL MONDO

LA DEMENZA NON DIAGNOSTICATA PUO' METTERE LA VITA DEGLI ANZIANI A RISCHIO

Dati epidemiologici demenza

- Circa 46,8 milioni di persone al mondo che vivono con la demenza
- Circa 9,9 milioni di nuovi casi di demenza diagnosticati nel mondo ogni anno
- Entro il 2050, è stimato che ci saranno circa 131,5 milioni di persone con tale condizione

Molti anziani possono essere ad aumentato rischio di intraprendere attività potenzialmente rischiose a causa della mancata diagnosi di demenza. Questa è la conclusione di un nuovo studio di un ricercatore della Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore, MD.
Anziani con demenza non diagnosticata sono più propensi a intraprendere attività potenzialmente rischiose – come guidare- rispetto a coloro che hanno ricevuto una formale diagnosi.
Lo studio ha scoperto che gli anziani che avevano sintomi di demenza ma a cui non era stata fatta una diagnosi formale avevano probabilità quasi doppie di trovarsi a guidare, cucinare, gestire medicazioni o fare altre attività che potrebbero metterli a rischio, rispetto ai grandi adulti a cui era stata fatta una diagnosi appropriata di demenza.
L'autore trainante Dr. Halima Amjad, della divisione di Medicina Geriatrica e Gerontologia della Johns Hopkins, e i suoi colleghi recentemente hanno pubblicato le loro scoperte nel *Journal of the American Geriatrics Society*.
Demenza è un termine usato per descrivere un numero di patologie caratterizzate da un declino della memoria, delle capacità cognitive e del pensiero. La malattia di Alzheimer è la più comune forma di demenza, costituendo circa il 60-80% di tutti i casi. I sintomi della demenza possono variare da persona a persona, sebbene segni molto comuni sono i problemi con la memoria a breve termine -come ricordare di pagare le bollette, localizzare chiavi e portafoglio, ricordare appuntamenti-, la concentrazione ridotta, e la scarsa capacità di ragionamento e giudizio. Attualmente, non c'è un test unico per fare diagnosi di demenza; l'Alzheimer e le altre forme di demenza sono diagnosticate sulla base della storia clinica individuale, di un esame obiettivo, e dei cambiamenti sia nella memoria sia nella funzionalità e comportamento quotidiani.
Comparazione di attività rischiose nelle demenze diagnosticate vs. demenze non diagnosticate. Studi precedenti hanno dimostrato che gli individui con demenza corrono un maggior rischio legati a problemi di sicurezza quando svolgono determinate attività, rispetto a coloro che non hanno questa condizione. Tuttavia, il Dr. Amjad e colleghi denotano che questi studi hanno incluso un piccolo numero di pazienti ed hanno solo investigato l'effetto della demenza su singole situazioni. Per la sua ultima ricerca, la squadra ha analizzato I dati di 7609 adulti all'età di 65 anni e oltre che erano parte dello studio National Health and Aging Trends Study (NHATS). Come parti di tale studio, i partecipanti sono stati sottoposti a regolari interviste personali, che hanno raccolto una abbondanza di informazioni, includendo dati sulle attività quotidiane, condizioni di vita, e benessere.
I partecipanti sono stati sottoposti anche a test cognitivi e esami fisici, usati per inquadrare la loro salute all'aumentare dell'età. Per raggiungere l'obiettivo della loro ricerca, il Dr. Amjad e colleghi hanno collocato i partecipanti in uno dei quattro gruppi seguenti:
- Adulti che hanno ricevuto una formale diagnosi di demenza da un medico, gruppo basato su riferimento di tale diagnosi da parte dei pazienti stessi o da un convivente;
- Adulti che hanno la demenza basata su punteggi di test cognitivi e colloqui, ma a cui non era stata fatta una diagnosi formale da un medico – definiti dunque come pazienti con demenze "non diagnosticate";
- Adulti con possibile demenza;
- Adulti senza demenza.

AGGIORNAMENTO

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

Continuiamo a raccontarci

Nella I edizione ho inserito una sintesi, con risultati e conclusioni, di alcuni lavori di ricerca in MG, ma, ritengo doveroso raccontare il perché di questi lavori e quali i nostri obiettivi. Pertanto, mi sono detta, in questa seconda edizione la finestra sui nostri lavori continua, ma inserendo e raccontando le motivazioni, gli obiettivi, oltre che i risultati e conclusioni già precedentemente descritti. E, quindi:

►**per il lavoro sul "COUNSELLING COME METODO PER LA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO IN MEDICINA GENERALE"** poiché il fumo di tabacco è coinvolto nella patogenesi di almeno otto tipi di cancro e di diverse altre malattie non tumorali, tutte patologie responsabili di una elevata spesa sanitaria è necessario in Primary Care (CP), mettere in atto qualunque iniziativa volta alla cessazione del fumo per l'importanza sociale che ne riveste. La disassuefazione dal fumo di tabacco è un difficile e complesso intervento medico che spesso necessita di approcci sequenziali volti ad educare il paziente ed allo stesso tempo ad indurlo alla cessazione del fumo.
Pertanto il nostro scopo è stato quello di valutare l'efficacia del counselling individuale,di gruppo e telefonico associato alla somministrazione di materiale informativo (brochure, locandine) al fine di ottenere la disassuefazione dal tabagismo nei pazienti fumatori afferenti presso un ambulatorio di Medicina Generale, organizzando un "ambulatorio dedicato" durato sei mesi.
I pazienti intervistati (220 pz) (176 non fumatori e 44 fumatori) hanno compilato in maniera autografa i questionari di Fagerstrom (grado di dipendenza) e Nardini (grado di motivazione nello smettere di fumare) e sono stati sottoposti, contemporaneamente, a "counselling breve introduttivo" della durata di 3 minuti circa. L'ambulatorio dedicato era organizzato con l'intervento di counselling (4 sedute di counselling individuale e 2 successive di gruppo), seguite da nuove sedute di counselling individuale e telefoniche fino al completamento dello studio. Gli obiettivi raggiunti, dai risultati ottenuti, hanno confermato l'obiettivo generale e il progetto che, l'organizzazione degli ambulatori dedicati per patologie croniche, sono indispensabili per il futuro e l'innovazione della MG, la quale ha il fine di aumentare la prevenzione, di fare medicina di iniziativa, di fornire i primi livelli di assistenza cure e diagnosi, di ottimizzare le risorse, con riduzione della spesa e collaborazione/integrazione di lavoro nelle CP e con l'ospedale;

►**per il lavoro sul "DAY SERVICE: GESTIONE TERRITORIALE INTEGRATA DELLA MALATTIA IPERTENSIVA"** essendo un modello assistenziale alternativo per rispondere all'esigenza di una gestione più appropriata di 43 DRG precedentemente erogati in regime di ricovero ordinario, recepito dalle Regioni che, secondo le LG hanno organizzato i pacchetti. **Lo scopo del nostro studio** in Regione Puglia che ha attivato con DGR n. 433 del 10/03/2011 due PCA e due PACC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati), è stato quello di dimostrare l'efficienza di un modello organizzativo territoriale, basato su criteri clinici formulati da specialisti ambulatoriali, cui i MMG devono attenersi per le proposte di attivazione del PACC per il follow-up della malattia ipertensiva. Tanto al fine di valutare se l'appropriatezza prescrittiva migliori la qualità dell'assistenza e consenta una riduzione dei costi (ottimizzazione delle risorse). Dai risultati ottenuti (tutti i criteri, individuati per l'appropriatezza prescrittiva relativa all'accesso ai Day Service, sono stati rispettati dai MMG) prendendo in considerazione 92 pazienti inviati al Day Service per il follow-up della malattia ipertensiva da parte di 50 dei 91 MMG del DSS8 dell'ASL BA (Ottobre 2012 ad Aprile 2013), il nostro obiettivo generale è stato raggiunto; si è dimostrato che ai fini di aumentare l'appropriatezza nella gestione di follow up delle patologie croniche è necessario realizzare un percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) che contempli Linee Guida condivise (MMG-Cardiologi Ambulatoriali) per garantire nelle malattie croniche ed in particolare nella malattia ipertensiva (oggetto di studio) sia la qualità dell' assistenza che la valorizzazione/ottimizzazione delle risorse presenti sul territorio, nonché la prevenzione di complicanze ed eventi cardiovascolari acuti ad essa correlati, migliorandone così la gestione integrata.

La ricerca soddisfa i bisogni professionali ed in tal senso la ricerca può fornire motivazioni. La ricerca è Formazione.

La realizzazione e l'esperienza di due anni circa di un percorso didattico per l'insegnamento della ricerca clinica in medicina generale (nell'ambito del CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Bari), ha portato a nominare un Coordinatore scientifico che promuova, coordini ed organizzi oltre al programma didattico per la ricerca anche tesi clinico-sperimentali per i corsisti. Inoltre, il percorso formativo in oggetto è condiviso con un ufficio di Presidenza (Istituito per la "efficiency" dello stesso Corso) composto dal Direttore del Corso, dai tre CAI e dal Coordinatore Scientifico.

Dai lavori di ricerca condotti in Medicina Generale si sono elaborati Abstract pubblicati in atti di congressi Nazionali (SIMG) ed Europei WONCA ed articoli pubblicati in riviste.

Inoltre i progetti di ricerca hanno portato a realizzare sei aree di ricerca (elenco a piè di pagina), di cui sono onorata esserne la coordinatrice insieme agli illustri colleghi referenti universitari. In elaborazione gli studi di ricerca, delle varie aree, in MG, si sono prodotti già lavori, Abstract e Articoli, pubblicati.

Maria Zamparella

Elenco Aree di Ricerca – Coordinatore dott. M. Zamparella:

* Gastroenterologia (referente prof. E. Ierardi e prof. A. Di Leo);
* Cardio-metabolica (Referente prof. A. Moschetta);
* Management (Referente Prof. F. Albergo);
* Onco-ematologica (dott.A. Guarini);
* Onco-Polmonare (Referente dott. D. Galetta);
* Medicina Di Genere (Referente dott. A.M. Moretti).

Legge n.189 8 Novembre 2012 (Decreto Balduzzi)
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 Settembre 2012, n.158 recante disposizioni urgenti per Promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di Tutela della salute.
Determinazione AIFA 7 Gennaio 2013
Modalità di gestione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali a seguito del trasferimento della funzione dell'Autorità Competente all'Agenzia italiana del farmaco.
Decreto Ministeriale 8 Febbraio 2013
Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici.

In caso di studi interventistici:
Decreto Ministeriale 15 Luglio 1997 e Direttiva 2005/28/CE (recepita dal D.Lvo 200/2007): responsabilità dello sperimentatore, ai sensi delle Norme di Buona pratica Clinica, nell'esecuzione degli studi clinici.
Direttiva Europea 2001/20/CE (recepita dal D.Lvo Decreto Legislativo 211/2003) in merito alle procedure di attivazione di uno studio clinico, al ruolo dei Comitati etici, alle modalità di segnalazione degli eventi/reazioni avverse in corso di sperimentazione clinica, alla trasmissione dei dati ai Database nazionali e internazionali, alle procedure di fabbricazione ed etichettatura dei medicinali sperimentali.

Quali norme impattano sul medico di MMG quando conduce uno studio clinico in caso di studi interventistici:
Decreto Ministeriale 21 Dicembre 2007 in merito alle modalità di presentazione degli studi clinici al Comitato etico e all'Autoritàcompetente;
Decreto Ministeriale 14 luglio 2009 in merito ai requisiti minimi che devono avere le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali.

Quali norme impattano sul medico di MMG quando conduce uno studio clinico in caso di studi osservazionali:
Determinazione AIFA 20 marzo 2008 "Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci".

IL PREMIO TESI E IL CFSMG: "LE RIFLESSIONI DI UNA Neo-DIPLOMATA"

Numerose le emozioni del settembre 2012, in occasione del test d'ammissione per il CFSMG. Dopo una formazione specialistica universitaria, ero affascinata dall'assistenza primaria ma anche convinta di avere già sufficienti nozioni per affrontare le problematiche di un ambulatorio; *"in primis"* mi chiedevo che cosa l'eventuale superamento del test e la conseguente frequenza di un Corso addirittura triennale potesse offrirmi.
Mi sono dunque affacciata alla Medicina Generale con scetticismo, sentimento che credo di avere abbandonato da subito nel momento in cui mi sono ritrovata ad affiancare un collega di MG che, da solo nel suo ambulatorio, ho visto a volte anche in seria difficoltà rispetto ad una decisione clinica "vitale" per il paziente da affrontare solo con se stesso, senza poter ricorrere ad alcun consulente o ad esami ematochimici/strumentali d'urgenza.
Ho così iniziato a capire le problematiche di chi si era trovato a ricevere le lettere di dimissione da me precedentemente compilate in calce alle quali ero abituata a scrivere: si rimanda al proprio MMG per il proseguo clinico. Ad oggi, ritengo doveroso sfatare il concetto comune, anche in ambito medico, del MMG come semplice prescrittore o burocrate ma a questa conclusione posso giungere solo dopo essermi immersa personalmente in questo mondo durante il corso formativo.
Di certo, durante lo stesso corso, non sono mancati i momenti di sconforto soprattutto in occasione di talune frequenze ospedaliere ove la presenza del formando sembrava essere un motivo di ostacolo oppure a causa dei repentini cambiamenti di U.O. da frequentare; è sempre stato inevitabile, infatti, integrarsi con il personale delle singole Unità per poi salutare tutti dopo aver condiviso mesi insieme, pronti per affezionarsi, sempre per breve tempo, ad altre splendide persone e professionisti. Ogni singola frequenza mi ha dato molto e non nego di tornare frequentemente c/o quegli ambulatori anche solo per un saluto; un sorriso che nasconde un sentito ringraziamento per le occasioni formative, le diagnosi impossibili, le linee guida condivise, gli schemi terapeutici imparati. Inoltre, il corso mi ha permesso di stabilire rapporti di amicizia sinceri con colleghi speciali con cui ho condiviso le esperienze ospedaliere, i seminari del primo pomeriggio, le accese discussioni sulle possibili impostazioni degli iter diagnostico-terapeutici, il consulto dei sacri testi ma anche qualche caffè in allegria.

FORMAZIONE

LA GIORNATA DELLA RICERCA 2016: "IL PREMIO TESI AL FEMMINILE"

Il 25 maggio 2016 in occasione della giornata di ricerca organizzata all'Omceo di bari sono state premiate per la miglior tesi in medicina generale le colleghe:
dott.ssa Cacciapaglia Maria, dott.ssa Centrone Francesca, dott.ssa Katia Lofano e dott.ssa Lucia Marasciulo.
Io mi sono diplomata 3 anni fa e ho rivisitato nella mia mente le immagini e le emozioni di quella giornata. Il desiderio di condividere con loro le stesse emozioni e la voglia di conoscere cosa si prova nell'essere vincitore del premio e menzione per la miglior tesi, che l'ordine di bari ogni anno seleziona per i mmg in diploma, mi porta a concordare con loro una piccola chiacchierata e soprattutto di viverla tutta al **"femminile".** Per brevità di tempo tre di loro le raggiungo telefonicamente e ognuna ha la sua storia da raccontare.

LUCIA MARASCIULO COLLEGA MONOPOLITANA DI 33 ANNI, PIENA DI ENTUSIASMO PER LA MEDICINA GENERALE

"Mi dice che ha scelto la sua strada, ne è convinta e con caparbietà la percorrerà fino ad ottenere il suo obiettivo: divenire un medico di famiglia. Quando le chiedo di definirsi la sua voce al telefono è allegra ed entusiasta, mi dice che è una persona determinata, volenterosa e caparbia. Quando si è iscritta al corso di medicina generale la sua intenzione è stata fin da subito quella di imparare il più possibile soprattutto da colleghi più esperti e più anziani professionalmente. Non ha perso occasione continuando infatti a frequentare l'ambulatorio del suo tutor mmg anche al di fuori delle ore necessarie e per tutti e tre gli anni di corso. Assetata di esperienza ha come sogno quello costruire un rapporto umano e continuativo con i suoi pazienti prendendosi carico delle loro problematiche. Sono stata premiata…il cuore mi batteva…mi arriva una telefonata il giorno prima in cui mi dicevano di essere presente al congresso sulla ricerca…una delle migliori tesi: la sua. Due anni di studio sullo stato di nutrizione di pazienti con precedenti neoplasie, ascite e disturbi elettrolitici. Prossima tappa corso per l'abilitazione al servizio del 118 a completamento della formazione in medicina generale".

FRANCESCA CENTRONE 30 ANNI, BARESE, LA PIÙ GIOVANE COLLEGA PREMIATA. LA RINTRACCIO MENTRE È ALLA GUIDA DELLA SUA AUTO DIRETTA AL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, HA APPENA AVUTO UN INCARICO ANNUALE A TARANTO

"Si definisce studiosa e attenta ai particolari, precisa. Ha scelto la medicina generale già durante il corso universitario anche lei affascinata dal ruolo del medico di famiglia e dal rapporto stretto e continuativo con il paziente. La sua tesi nasce in spagna durante le due settimane trascorse nell'ambito del progetto HippoKrates del Wonca di scambio in medicina generale. Li studiando la popolazione diabetica e si è resa conto delle differenze tra uomini e donne, e dunque nell'area della ricerca della medicina di genere, strutturata nella scuola di ricerca dell'ordine di bari, si è dedicata d una tesi sul rischio cardiovascolare nei pazienti diabetici mettendo a confronto maschi e femmine. Ha inoltre approfondito la percezione delle donne riguardo ai rischi di malattia che le riguardano. Il lavoro verrà approfondito e continuerà con la ricerca di nuovi dati".

Dopo l'esauriente intervento del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, si è voluto intervistare la dott.ssa ***Tommasa Maio***, Segretario Nazionale settore Continuità Assistenziale Fimmg. Anche la dott.ssa Maio ha espresso grande apprezzamento per la creazione, a Bari, di specifici corsi sulla ricerca in medicina generale. Alla domanda: Nella Scuola di medicina generale, in particolare in quella di Bari sono stati avviati dei corsi di formazione sulla ricerca in medicina generale, secondo lei quali prospettive si potrebbero aprire per il corsista, anche dal punto di vista lavorativo futuro? *La collega ha risposto " Educare alla ricerca credo che sia un fatto importante già a priori, ed è un educazione che nella storia passata della MG in qualche caso è mancata, quindi io ne faccio, innanzitutto un concetto di valorizzazione, un discorso quasi etico, di completamento di quelle che sono le proprie competenze nell' ambito professionale. Possibilità ne vedo tante, ritengo che questa sia un iniziativa assolutamente importante, spero che sia replicata e ripresa anche in altre scuole."*
Riserve sono state espresse, invece, per quanto riguarda il "peso" che le pubblicazioni scientifiche potrebbero avere all'interno delle graduatorie regionali di medicina generale. *"Bella domanda, il punto è mettersi d'accordo sui criteri! Le competenze sulla base dei titoli di studi vengono individuate su delle leggi ben precise rispetto a quella che è la concorsistica nazionale. Francamente, si tratta di rivedere i criteri e poi con quale finalità, infatti una cosa può essere un progettualità definita altra cosa possono essere attività, lì bisogna rispettare delle norme, le cosiddette leggi cornice"; son queste le parole utilizzate dalla Segretaria Nazionale CA Fimmg.*
Uno dei dubbi principali del Corsista in Medicina Generale, ma anche dei colleghi già diplomati, è relativo alle future possibilità lavorative all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali. Ecco perché anche alla dott.ssa Maio è stata posta la seguente domanda: Durante le ore diurne il medico a quota oraria, che molto spesso sarà il giovane collega, che incarichi andrebbe ad effettuare e da chi sarebbero organizzati questi incarichi? *Secondo la Maio : "Nel rinnovamento che noi stiamo cercando di fare, si parla della creazione di una squadra che lavora in maniera più efficiente, questo non intacca però, il singolo professionista che rimane il perno del sistema. Se io come Medico a Ruolo Unico avrò l'esigenza di un supporto da parte di un collega il rapporto sarà esclusivo e diretto tra me e lui, se io andrò ad un convegno ed avrò bisogno di un sostituto, sarò io ad instaurare questo percorso, e quindi questo potrà avvenire così come avviene adesso. Se la domanda è riferita a compiti e funzioni che può svolgere il medico all'interno della AFT, non in rapporto fiduciario, quindi con tutte quelle attività che possono supportare, il ventaglio è piuttosto ampio: si passa da quella che oggi è conosciuta come Continuità Assistenziale, cioè una forma di assistenza di medicina di attesa a quella che è ad una medicina di iniziativa.*
Noi speriamo ardentemente, che si riesca a realizzare tutto questo perché questa è l'esigenza del Sistema Sanitario Nazionale." In particolare, riguardo ai compiti specifici del Medico a quota Oraria, è stato risposto: *"Il medico che verrà remunerato a quota oraria potrà svolgere attività che vanno dalla gestione della cronicità, l'osservazione breve, le dimissioni protette, la domiciliarità sul paziente fragile, sul paziente oncologico, sui pazienti terminali, chiaramente tutto questo supportato da precisi percorsi formativi e da una costante verifica e revisione della qualità assistenziale. Si dovranno avviare anche dei percorsi rispetto il risk managment, la ricerca di cui si parlava prima, la formazione, il tutoraggio; a quel punto la medicina generale organizzata in squadra potrà addirittura ampliare anche su attività che oggi noi non immaginiamo nemmeno."*

Al fine di meglio delineare lo stato dell'arte del rinnovamento del nuovo ACN, è stato intervistato anche il dott. ***Vincenzo Pomo***, coordinatore della SISAC e autore della bozza dell' accordo collettivo nazionale diffuso in rete. Anche al dott. Pomo abbiamo chiesto cosa ne pensasse dell'apertura di corsi specifici di ricerca in medicina generale durante il CFSM nonché quali prospettive si intravedessero per il corsista *ed è emersa, anche in questo caso, l'importanza innanzitutto della ricerca in medicina in quanto "la ricerca fondamento della medicina, entrando a pieno regime all'interno della formazione stessa del medico formando costituirà non solo un miglioramento dell'assistenza sanitaria ma anche e soprattutto un notevole risparmio per lo Stato perché ricerca è innovazione e innovazione è valorizzazione delle risorse".*
Nella bozza dell'ACN della SISAC non sono ben chiari quali compiti andrà il corsista nonché il medico a quota oraria a svolgere all'interno delle AFT, pertanto abbiamo posto al coordinatore della SISAC la seguente domanda: Durante le ore diurne il medico a quota oraria, che molto spesso sarà il giovane collega, che incarichi andrebbe ad effettuare e da chi sarebbero organizzati questi incarichi? Ed il corsista del Corso in Medicina Generale, che attività potrà svolgere? *Il dott. Pomo, sminuendo le polemiche degli ultimi giorni, perché a suo dire frutto di informazioni distorte, ha risposto specificando che tutto sarà specificato nell' ACN e che comunque le attività saranno coordinate dal referente AFT, fatti salvi i rapporti libero-professionali tra titolare e collega sostituto, che ugualmente al passato, potranno liberamente essere affidati al corsista in medicina generale.*

Ad oggi, tuttavia, nonostante siano state analizzate le diverse versioni della bozza ACN, non sembra essere chiaro cosa o come il giovane medico di medicina generale effettuerà le proprie prestazioni all'interno delle nuove aggregazioni territoriali.
In definitiva, è emerso che soltanto implementando le competenze del medico di medicina generale fin dall'inizio della formazione, si potrà auspicare un miglioramento dell'assistenza medica sul territorio nonché un miglioramento ed un'implementazione delle risorse a disposizione del medico di famiglia. Importante, in questo processo modernizzante della medicina generale è la compattezza e la partecipazione della categoria, in particolare dei formandi, perché soltanto in questo modo sarà più facile superare gli ostacoli che la società oggi ci pone di fronte e disegnare, quindi, la medicina generale del Futuro.

Michele Lorusso
Maria Agostina Antezza

"L'IMPORTANZA DELL'ELETTROCARDIOGRAFIA IN MEDICINA GENERALE"

Uno dei corsi master inserito nel Corso di Formazione Specifica è quello dell'elettrocardiografia clinica. L'ECG importante strumento diagnostico in Primary Care, come indagine di I livello e come follow up nelle patologie cardiache e nei pazienti con fattori di Rischio Cardiovascolare Globale.

L'elettrocardiogramma (ECG) è la registrazione e la riproduzione grafica dell'attività elettrica del cuore nelle varie fasi dell'attività cardiaca. Resta il cardine di ogni primo approccio diagnostico nelle malattie cardiache.

Le indicazioni più frequenti sono: disturbi del ritmo, dolore toracico sospetto per infarto miocardico ed angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, cardiopatie congenite; preparazione ad interventi chirurgici, ad esami semi-invasivi (es. gastroscopia) o ad esami radiologici con mezzo di contrasto per via parenterale (es. urografia); motivi medico-legali (es. idoneità ad attività sportiva).

E' una metodica sicura, facile da utilizzare e di basso costo. I suoi potenziali usi clinici nelle malattie cardiache, anormalità elettriche e metaboliche, nel monitoraggio di terapie farmacologiche (valutazione del QTc) e nei disturbi aritmici (Fibrillazione Atriale, Flutter) ne fanno una metodica di grande rilevanza per la pratica ambulatoriale del medico di medicina generale (MMG).

La società europea di Cardiologia (ESC) nelle linee guida 2013 per la diagnosi ed il trattamento dell'ipertensione arteriosa, sottolinea l'importanza di una corretta valutazione del rischio cardiovascolare congiuntamente all'esecuzione dell'ECG tra i test di routine.

La Società Italiana di Medicina Generale ribadisce il ruolo del MMG nel mettere in atto una strategia di screening della fibrillazione atriale, valutando la regolarità del polso in tutte le persone di età ≥ 65 anni (come da linee guida europee 2012) ed effettuando una valutazione ECGgrafica.

Secondo un report dell' American Heart Association, risulta, inoltre, ragionevole effettuare un ECG, in soggetti asintomatici con importante rischio cardiovascolare, ipertesi o diabetici.

L'ECG è, dunque, uno strumento diagnostico fondamentale e insostituibile, che deve comunque, essere sempre valutato nel contesto clinico e nella storia del paziente. E' un esame facilmente eseguibile in un setting di cure primarie ma necessita di un operatore preparato. In questo percorso di acquisizione di nuove competenze, il MMG assume la rilevanza gestionale nell'iter diagnostico iniziale e nel follow-up dei pazienti con patologia cardiaca, attraverso una nuova visione di collaborazione con i colleghi specialisti individuando insieme dei percorsi territorio-ospedale facilitati per i pazienti.

In alcuni paesi dell'Unione Europea il training per l'interpretazione dell'ECG comincia all'Università e continua durante la formazione in medicina generale. Risulta chiara, dunque, la grande possibilità derivante dal Master in elettrocardiografia inserito nel percorso di Formazione Specifica in Medicina Generale, e la conseguente necessità di espandere le competenze in tal senso, mediante percorsi di formazione continua e di verifica sul campo.

Maria Agostina Antezza

INNOVAZIONE

LA RICERCA E LE NUOVE COMPETENZE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DEL FUTURO

In questi ultimi mesi, in vista della stesura del nuovo Accordo Collettivo Nazionale, la Medicina Generale, in tutti i suoi settori, vive dei momenti di gran fermento. Protagonisti di questo grande cambiamento sono senz'altro i corsisti del CFSMG in quanto con il prossimo ACN si andrà a disegnare il loro futuro lavorativo.

Lo scorso 10 Giugno si è svolto a Bari il Congresso dal titolo: "La nuova Medicina Generale: il Ruolo Unico al centro del sistema" al quale sono intervenuti diversi artefici e addetti ai lavori per il prossimo futuro della Medicina Generale. Abbiamo chiesto, pertanto, ad alcuni dei relatori di chiarire dubbi o aspettative dei Corsisti del corso di Formazione in Medicina Generale.

Abbiamo intervistato, innanzitutto il dott. ***Filippo Anelli***, presidente dell' Ordine dei Medici della Provincia di Bari nonché delegato FNOMCEO al tavolo ministeriale sull'appropriatezza descrittiva e alla domanda su quali prospettive si potrebbero aprire all'interno della ricerca per il corsista e su come i corsisti potrebbero utilizzare queste competenze dal punto di vista lavorativo, *il dott. Anelli ha risposto ribadendo l'importanza innanzitutto della ricerca in medicina in quanto "la ricerca è l'anima della medicina e senza di essa non ci sarebbe futuro" ma anche perché deve pian piano diventare una peculiarità di branca e entrando all'interno della formazione del medico di medicina generale deve diventare "non solo una peculiarità durante l'attività assistenziale ma anche una vera e propria modalità di lavoro della medicina generale".*

Alla domanda sulla possibilità di considerare pubblicazioni scientifiche come punteggio accessorio per la formazione delle graduatorie di Medicina Generale, *il dott. Anelli non ha manifestato alcuna preclusione a riguardo ma giustamente ha manifestato riserve sul fatto che ciò possa favorire o meno i medici possessori del titolo specifico in Medicina Generale rispetto ad altre branche specialistiche.*

Attualmente gli unici incarichi permessi al Medico frequentante il corso di formazione in Medicina Generale sono gli Incarichi di Reperibilità in Continuità Assistenziale e le sostituzioni del Medico di Assistenza Primaria. Con l'avvento del Ruolo Unico e del medico ad attività oraria facente parte dell'AFT quale gli incarichi che potrebbe svolgere il corsista e come regolamenterebbe l'accesso di chi possiede l'attestato in Medicina Generale al cosiddetto Ruolo Unico? *A queste domande il Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari ha subito risposto che l'accesso alle AFT sarà realizzato molto probabilmente analogamente alle modalità attuali sfruttando la graduatoria regionale e pertanto i corsisti, al fine di migliorare il proprio reddito attualmente basato soprattutto sull'esigua borsa di studio regionale, potranno "svolgere attività professionalizzanti nelle AFT, anche durante le ore serali, anche al fine di dare maggiore praticità al corso così come avviene nel resto d' Europa".*

L'attuazione delle UCCP all'interno di strutture Aziendali utilizzando arredi e strumentazioni aziendali, potrebbe in qualche maniera far perdere al medico di famiglia l'autonomia organizzativa e decisionale che da sempre ha caratterizzato la Medicina Generale causando così notevoli perplessità tra colleghi che avevano scelto tale branca della medicina proprio in vista di questa autonomia; *il dott. Filippo Anelli, entusiasta per aver indagato su una tematica a lui molto a cuore, ha suggerito un ottima soluzione al fine di garantire sia maggiori servizi ai cittadini tramite l'UCCP sia l'autonomia del Medico di Medicina Generale, ovvero quella di pagare un affitto mensile alla ASL per l'utilizzo dei locali e della strumentazione messa a disposizione del singolo medico in modo da garantire piena autonomia al Medico che in questo caso risulterebbe locatario della ASL e quindi privo da ogni vincolo operativo nei confronti della stessa.*

MARIA CACCIAPAGLIA, 36 ANNI, ORIGINARIA DI SANTERAMO, GERIATRA È IMPEGNATISSIMA. PROVO E RIPROVO A CHIAMARLA. FINITO IL CORSO HA ACCETTATO L'INCARICO AL PPI DI LOCOROTONDO E GESTISCE LE SUE 38 ORE SETTIMANALI E LA FAMIGLIA

"Pero' il 25 maggio c'era ...solita telefonata e la collega viene invitata al congresso sulla ricerca dell'Omceo. Declina l'invito, è impegnata e il poco tempo libero che ha, lo dedica ai suoi due bimbi piccoli, insistono deve venire...ha vinto un premio... grande soddisfazione ed emozione invadono Maria...i suoi sacrifici sono stati premiati".

LE CHIEDO DI DARE UNA DEFINIZIONE DI SE STESSA E PRONTAMENTE MI DICE TENACE E MI RACCONTA LE SUE DIFFICOLTÀ

"I km percorsi, la famiglia, lo studio e la voglia di imparare. E c'era anche lei il giorno del premio accolta insieme alle sue colleghe dagli applausi contenti dei colleghi. L'idea della tesi le balenava in testa dal primo anno di corso in medicina generale quando di fronte all'incidenza di steatosi epatica non alcolica di grado lieve si è chiesta se fosse il caso di approfondire altre comorbilità. Dunque ha cercato la correlazione tra steatosi epatica e ateromasia delle carotidi scoprendo una notevole correlazione tra le due. Se le chiedo del corso di medicina generale la voce le si affievolisce e dice: posso dirlo? Non mi è piaciuto proprio tutto. Certo l'esperienza con i tutor mmg, i seminari mi hanno insegnato molto ma il percorso ospedaliero va meglio organizzato per non farci sentire fuori luogo e senza guida durante l'anno e mezzo di percorso previsto".

NEGLI ANNI DI CORSO DI MG MOLTI DI NOI SONO STATI GUIDATI E SPRONATI NELLA COSTRUZIONE DI UN METODO SCIENTIFICO NELLA RICERCA CLINICA, FORMANDO DA CIRCA DUE ANNI UN GRUPPO DI RICERCA (coordinato dalla dott.ssa Maria Zamparella) COSTANTEMENTE ATTIVO E NUMEROSO DI COLLEGHI GIÀ DIPLOMATI IN MG O ANCORA FREQUENTANTI IL CORSO CHE SI OCCUPA DI INSEGNARE E FARE RICERCA OLTRE CHE DI PROSEGUIRE E COMPLETARE I LAVORI DI TESI FINO A OTTENERE PUBBLICAZIONI SULLE MIGLIORI RIVISTE SCIENTIFICHE.

COLLEGHE AD MAIORA!

Elda De Leo

Tre anni di corso che si sono conclusi con *l'avventura della Ricerca in Medicina Generale, percorso strutturato nel CFSMG e coordinato dalla dott.ssa Maria Zamparella*, ***un progetto che sembrava "futuristico"*** ma che è risultato appassionante, tanto da decidere di dedicarmici per la tesi di fine corso. Anche in questo caso, notevole l'impegno richiesto ma anche stimolante la compliance dei colleghi di MG prima e dei pazienti dopo.

Un lavoro inaspettatamente valorizzato al momento del Premio OMCeO Bari per la miglior tesi in MG. Una commissione esaminatrice esterna è stata incaricata di consultare le tesi dei formandi al fine di giudicare quali fossero le più meritevoli e sapere che tra queste il giudizio positivo era ricaduto proprio sul mio lavoro, mi ha emozionata profondamente. Avere poi condiviso in ex-equo quel premio con una delle persone speciali di cui sopra, una collega con cui ho percorso tutti i tre anni di cammino, è stato un riconoscimento che è difficile esprimere con parole. Il vedere premiare il proprio impegno e dedizione è stato fonte di grande gioia ed allo stesso tempo stimolo a non demordere ed a continuare ad impegnarsi per migliorarsi e per contribuire a questa grande scienza che è la Medicina.

"La ricerca medica va intesa come strumento di conoscenza e non come oggetto di competizione e strumento di potere", da questa semplice ma efficace frase di Rita Levi Montalcini, si può dedurre come sia encomiabile l'avere introdotto l'insegnamento della Ricerca anche nell'ambito del CFSMG così che, considerato l'ampio bacino d'utenza della Primary Care, si possa contribuire al progresso scientifico e quindi al miglioramento della qualità di vita. E' indubbio che il progresso della scienza dipenda strettamente dalle risorse che vi vengono investite, risorse non solo di capitale ma anche umane e l'aver investito su queste ultime è un merito che va riconosciuto a chi coordina il nostro corso perché la cosa più soddisfacente è sapere che qualcuno crede in te e nelle tue potenzialità.

In conclusione, ma non ultimo, entusiasmante è stato il percorso che ha portato un gruppo di giovani medici della Scuola di ricerca del CFSMG, ***alla redazione di un periodico dedicato proprio alla MG "La Medicina Generale in ricerca. Ci Raccontiamo"*** *e a cura della stessa dott.ssa Maria Zamparella.*

Tale periodico si pone come obiettivo, attraverso il costante confronto tra professionisti e i progetti di ricerca in Primary Care, di promuovere e migliorare la qualità di assistenza migliorare e soddisfare i bisogni di salute ai fini, anche dell'integrazione territorio-ospedale. Tutto ciò ritengo costituisca la pietra angolare della stessa Ricerca in Medicina Generale.

Katia Lofano

FORMAZIONE

I FUTURI MMG IN AUSTRIA: INTERVISTA AD UN TRENTUNENNE ITALIANO "SPECIALIZZANDO" A LINZ (AUSTRIA) IN MEDICINA GENERALE

GRAZIE PER AVER ACCETTATO DI PRENDERE PARTE ALL'INTERVISTA Dr. A.RINALDI. PUO' INIZIARE SPIEGANDOCI COME SI ACCEDE ALLA MEDICINA GENERALE IN AUSTRIA?

Si accede per colloquio. Prima di tutto ti servono i certificati originali che dimostrano che sei laureato e abilitato in Italia, ovviamente tradotti in modo ufficiale in tedesco con la traduzione certificata. Il minimo di conoscenza di tedesco richiesto in molti ospedali è il livello B2, più un esame di C1 medico alla camera dei medici di Vienna che è alquanto difficile e costa circa 1000 euro sostenerlo, ed è una grossa spesa considerando che puoi essere bocciato. Dopodiché ci si prenota ai singoli ospedali per fare il colloquio di lavoro, però l'ospedale deve pubblicare di avere posti liberi per quel corso di Medicina Generale. Non ci si prepara in modo specifico per sostenere l'incontro, è un normale colloquio di lavoro come fosse per assumere una segretaria. Ti chiedono cosa puoi fare, perché hai scelto di andare in Austria, si legge insieme il curriculum; dopodiché il primario ti può chiedere qualunque cosa abbia in mente quando ti vuole assumere, e poi aspetti una mail o una chiamata della serie "le faremo sapere".

QUANTO DURA E COM'E' STRUTTURATO IL CORSO DI MG IN AUSTRIA?

Dura 3 anni e 6 mesi. I primi tre anni li passi in ospedale senza una precisa distribuzione tra i reparti, cioè ne vedi alcuni ma dipende molto da che buchi hanno loro da riempire. Ad esempio puoi fare 1 anno in medicina interna, 3 mesi di psichiatria, o 3 mesi di ginecologia, 3 di pediatra e così via, ma nessuno sa esattamente quando li farai, se al primo anno, al secondo o al terzo...sempre in base a quando e dove hanno una necessità di un medico. Terminati questi 3 anni, trascorri 6 mesi dal medico di famiglia. Purtroppo ancora non si sa chi pagherà per il periodo dal medico di famiglia perché è un corso relativamente nuovo e ovviamente non è interesse del medico di famiglia pagarti, per cui non è ancora chiaro. Alla fine del corso non c'è una tesi bensì un esame scritto e orale, se non superi il quale non ottieni il titolo, ma è ripetibile alcune volte ma non so precisamente quante.

Devi fare minimo 48 ore la settimana di reparto diurno, più le notti e i weekend, che sono retribuite a parte ma causano molta pressione e stress. Le notti sono obbligatorie: puoi chiedere di farne di più ma non puoi non farne. Inoltre nessuno ti insegna nulla, nel senso che non è ben strutturato e organizzato dal punto di vista formativo purtroppo. Da ***"specializzandi non c'è possibilità di fare ricerca".*** *Ci sono corsi obbligatori, da farne uno o due a settimana per raggiungere un monte punti, in più ne devi farne altri privatamente nei fine settimana perché si deve raggiungere il punteggio mensile ma in ospedale non ne organizzano a sufficienza, quindi devi usare i weekend liberi e pagare i corsi aggiuntivi. La maggior parte dei seminari interessanti sono a pagamento, ma possono costare anche 100€ al giorno,* ***per cui si guadagna un po' di più che in Italia ma quei soldi li spendi poi per cose comunque inerenti al lavoro.***

IL FLUSSO IN EUROPA DEI MMG ALL'ESTERO

Negli ultimi anni si è registrato un aumento della mobilità internazionale dei medici specialisti e non, nelle varie nazioni europee. I flussi migratori degli aspiranti specializzandi e giovani medici specialisti si dirigono principalmente verso: Inghilterra, Svizzera e Germania, Danimarca e Spagna. Secondo un'analisi svolta dal SISM (Segretariato Italiano degli Studenti in Medicina) nell'anno 2009 circa 1.000 giovani medici hanno fatto richiesta al Ministero della Salute del certificato di congruità, e dal 2009 al 2012 si è registrato un aumento di queste richieste pari al 40%. Negli ultimi quattro anni sono arrivate al Ministero della Salute circa 5.000 richieste.

In questo momento particolare per l'Europa, a poche settimane dalla Brexit è importante comprendere come poter ampliare il respiro del percorso formativo dei giovani medici di medicina generale. I principi che regolano la professione del MMG si basano sulla libera circolazione dei professionisti negli stati membri dell'Unione Europea e l'equivalenza dei titoli formativi. Il riconoscimento del corso di formazione specifica in medicina generale nei paesi dell'Unione Europea è regolamentato dalla direttiva europea del 2005/36 che la sua ultima versione aggiornata nella direttiva 2013/55. In tale testo si parla del riconoscimento a livello europeo di diversi titoli professionali come ad esempio per avvocati, dentisti, fisioterapisti, ingegneri architetti e medici. In particolare dall'articolo 28 all'articolo 30 si fa riferimento alla formazione specifica in medicina generale che tramite tabelle suddivise per ogni nazione europea definisce come i titoli italiani tra cui il diploma in medicina generale equivalga alle attestazioni/lauree specialistiche in medicina generale dei paesi esteri.

Tuttavia, un ostacolo alla libera circolazione dei professionisti nell'unione europea è spesso la difficoltà di avere informazioni di carattere pratico sulle modalità in cui si può avere una convalida del titolo. A tal proposito indichiamo quali enti in particolare possono sono volti a fornire a livello istituzionale europeo le informazioni di convalida dei titoli accademici e professionali. Gli enti NARIC (promossa dalla commissione europea) e l'ENIC (promosso dal Consiglio europeo e dall'UNESCO) hanno infatti il compito informare e quindi di facilitare la comprensione e applicazione delle numerose e differenti norme e procedure che regolano il riconoscimento dei titoli accademici e professionali da paese a paese, ivi inclusi i paesi extracomunità europea. E' possibile quindi rivolgersi direttamente al portale NARIC-ENIC del paese d'interesse per avere informazioni sulla modalità di riconoscimento più specifiche.

Uno dei documenti fondamentali per poter esercitare la professione di MMG all'estero e la fruizione del titolo è il certificato di congruità, che certifica la validità del titolo conseguito in Italia. Tale documento viene rilasciato dal Ministero della Salute. In questa dimensione europea della professione è importante che anche la formazione si adegui, offrendo ai giovani corsisti opportunità di trascorrere esperienze formative all'estero per conoscere sistemi sanitari diversi da quello del proprio paese.

Il progetto Hippokrates, è un progetto che offre ai corsisti ed i giovani medici di famiglia la possibilità di poter sperimentare, in un breve periodo, quelle che sono le diverse realtà nell'ambito delle cure primarie negli altri paesi europei. Il Wonca Europe e in particolare i suoi giovani membri, nella figura del Vasco de Gama Movement e i suoi enti di riferimenti nazionali, hanno istituito un progetto di scambi internazionali Hippokrates che permette di svolgere un periodo di osservazione nell'ambito delle cure primarie nella maggior parte dei paesi europei, tramite una rete di MMG-tutor internazionali. Abbiamo quindi intervistato un corsista che ha fatto questa esperienza di scambio. ***Antonio Piccolomo*** è un corsista al suo 3° anno del corso di formazione di medicina generale a Bari.

Come è iniziata la tua esperienza all'estero? Dove sei stato? Come hai scoperto il progetto di scambio internazionale?

"Ho avuto la possibilità di partire per l'Inghilterra e per l'esattezza sono stato a Croydon, un quartiere a sud di Londra a circa 15 minuti dal centro. Il mio periodo di soggiorno è stato di 2 settimane tra i mesi di Settembre e Ottobre 2015. Ho scoperto il progetto scambi durante il mio primo anno grazie alle lezioni dei seminari interdisciplinari. Il primo a parlarcene fu il Dott. Contursi, in una lezione dove ci illustrava l'organizzazione del Wonca, del Wonca Europe e del Vasco de Gama Movement (VdGM). Già da quella lezione sapevo che per questi scambi non esisteva ancora un riconoscimento da parte della regione Puglia e, come in altre regioni di Italia, se si era interessati a parteciparvi, sarebbe stato necessario sacrificare giorni di assenze per motivi personali giustificate e supportare lo scambio a proprie spese. La voglia di fare questa esperienza però è stata troppo forte e nei mesi successivi navigando su internet ho raccolto ulteriori informazioni. In breve tempo sono entrato in contatto con l'allora responsabile Nazionale Italiana del Progetto, Sara Rigon (NEC del Movimento Giotto) e con una semplice e-mail lei si è messa subito a disposizione per aiutarmi nel produrre tutta la documentazione necessaria e nel mettermi in contatto con la coordinatrice Nazionale Inglese KatrinaWhalley".

Nello specifico quale è stata la tua attività in Inghilterra?

"Il mio scambio è stato svolto in una practice di medicina generale (Parkside Group Practice) in cui svolgevano il loro tirocinio anche i colleghi inglesi dell'ultimo anno di formazione. Nella clinica erano presenti 8 mmg più il personale infermieristico ed amministrativo oltre al manager della practice. Prima della partenza sono stati stabiliti quali sarebbero stati i miei obiettivi formativi per le 2 settimane di permanenza. Ho avuto quindi la possibilità di ruotare in tutti gli ambulatori della struttura, sotto la supervisione del dott. Khalid Khan, tutor responsabile delle attività formative della practice. La clinica era aperta 5 giorni a settimana dalle 8 alle 18.30. Oltre ai tradizionali ambulatori dei vari mmg erano presenti 3 ambulatori dedicati: uno sullo scompenso cardiaco, uno sul diabete e uno sulle patologie ostruttive croniche polmonari. In questi 3 ambulatori erano presenti strumenti di approfondimento diagnostico quali ecg, mini laboratorio per la misurazione dell'emoglobina glicata e spirometro, ma l'attività principale di questi ambulatori era anche di promozione della salute: empowerment dei pazienti, educazione sui corretti stili di vita, valutazione dell'aderenza alla terapia prescritta ed educazione al corretto uso di device. Inoltre nella clinica erano presenti una piccola sala chirurgica in cui si praticavano piccoli interventi chirurgici tra cui ad esempio rimozioni di lesioni dermatologiche e vasectomie. In più era possibile ricevere delle prestazioni di tipo infermieristico tra cui infusione di farmaci e prelievi per eventuali indagini successivamente inviati in laboratori associati.

Oltre all'attività pratica ho avuto la possibilità di seguire delle lezioni con gli altri formandi. Queste lezioni avevano lo scopo di potenziare le capacità comunicative dei futuri MMG grazie a delle lezioni teoriche seguite da attività pratiche di simulazioni di scenari clinici. Questi si svolgevano grazie al supporto di attori nel ruolo di pazienti con problematiche ben definite quali: terapia contraccettiva in adolescente, patologia psichiatrica, patologia ipertensiva non controllata. Al termine della simulazione si veniva valutati sia sul piano di risoluzione del quesito clinico sia sulle capacità comunicative e di empatia".

Quali sono secondo te i punti di forza del sistema Inglese per quanto riguarda la formazione in medicina generale e la medicina generale, in base alla tua esperienza?

"Per quanto riguarda la formazione i punti di forza sono sicuramente un maggior ruolo attivo da parte del medico in formazione sul versante delle attività pratiche. Ad esempio, durante il semestre finale svolto dai miei colleghi inglesi nella practice, venivano loro assegnati un certo numero di pazienti che dovevano gestire in completa autonomia con una supervisione in caso di particolare difficoltà. Altro aspetto sicuramente di forza è quello di lavorare su obbiettivi educativi più che su monte ore nell'attività pratica. Per quanto riguarda l'attività di medicina generale ho apprezzato molto gli aspetti di gestione dei dati clinici. Gli MMG inglesi hanno un sistema che permette loro una migliore e sistematica registrazione dei dati clinici dei vari pazienti e grazie alla sostanziale omogeneità del sistema informatico era possibile ottenere dati utili per l'attività di ricerca, epidemiologica e sperimentale, oltre che per l'attività clinica quotidiana. Per quel che invece riguarda i servizi offerti ai cittadini dal sistema sanitario inglese probabilmente potrei dire che sono inferiori rispetto a quelli previsti dai nostri LEA. Il sistema inglese però ovvia a questa carenza con percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali più lineari e condivisi tra la medicina del territorio e la medicina ospedaliera".

Quindi consiglieresti di effettuare un progetto di scambi in Europa ad un altro tuo collega corsista?

"Sicuramente si. L'unione Europea è un patrimonio prezioso, di cui essere grati ai nostri predecessori. In quest'ottica questi progetti volti all'internazionalizzazione proposti da WONCA Europe e VdGM sono una grande opportunità per il corsista in MMG. Si ha così la possibilità di poter entrare in contatto con modelli diversi, non per forza migliori del nostro, e poter aprire così i propri orizzonti. Questa esperienza ha un valore formativo enorme ed è un peccato che questo non sia stato ancora riconosciuto da alcune regioni".

Gaetano Lops
Michele Ancona

La flessibilità lavorativa qui purtroppo non esiste e non è possibile. Non puoi neanche prenderti un permesso per una visita medica e si hanno 20 giorni di ferie l'anno senza altre pause, anzi a Natale e a ferragosto si fanno più turni così gli specializzandi possono avere il giorno libero.

Non si ha tempo libero, al pari di ogni altra specializzazione. Devi fare 48h la settimana più i week end che comunque sono obbligatori per avere riconosciuto il titolo, puoi anche avere due-tre notti la settimana, con turni da 26h a volte dove di notte sei l'unico medico per 5/6 reparti quindi non dormi, ed il giorno dopo ce l'hai libero ma poi ritorni a lavoro e c'è molta responsabilità. Qui si lavora molto duramente.

Peraltro puoi essere licenziato in qualunque momento anche senza un motivo, con un preavviso di uno o due mesi in cui comunque sei invitato per lo più a non presentarti al lavoro. C'è un periodo di prova che varia da uno a sei mesi nel quale ti possono licenziare dall' oggi al domani senza preavviso, e dal giorno dopo non hai un euro.

Ci hai parlato di un guadagno in più, rispetto all'Italia ma LO STIPENDIO QUANTO E'?

Lo stipendio base è di circa 1200 euro lordi, non molto più alto di quello italiano. Netti sarebbero 800 euro, perché ogni mese sottraggono automaticamente all'erogazione circa 400 euro di tasse e di permanenza di iscrizione all'ordine dei medici: in altre zone dell'Austria si arriva ad uno stipendio base minimo di soli 600 euro, rimane meno che a uno "specializzando italiano", una cifra irrisoria da cui pagare affitto e costi di vita. Fortunatamente le notti sono pagate a parte e più ne fai più ti pagano: si tratta di 100 euro lordi a turno notturno ma di cui circa il 40% se ne va di tasse. Per arrotondare puoi chiedere, in base ai colleghi che hai, se ti cedono qualche turno notturno in più, ma spesso non lo permettono perché giustamente vogliono fare soldi, considerando che se ne fai molte puoi arrivare a guadagnare anche oltre i 2000 euro al mese.

QUALI SONO LE TUE PROSPETTIVE FUTURE DOPO LA SPECIALIZZAZIONE IN MMG IN AUSTRIA?

Non mi sono iscritto ad altri concorsi italiani quest'anno, ormai penso di concludere il percorso qui, sebbene non faccio altro che essere in ospedale e ciò nonostante si impara poco in quanto non si è seguiti. Fortunatamente il titolo di specializzazione ottenuto in Austria è riconosciuto in Italia e viceversa. Ma qui si ha un lavoro come medico di famiglia solo se vai in paesini di poche migliaia di abitanti, in quanto si viene considerati sempre dopo i medici locali, a questo punto preferirei esercitare nel mio, di paesino. ***In Austria non c'è l'obbligo di avere un medico di famiglia, né essi fanno da filtro prima delle visite specialistiche, per cui la maggior parte lavorano privatamente senza contratto.*** *Per uno stipendio di poche centinaia di euro in più forse non valeva la pena emigrare. Magari la mia testimonianza può essere di aiuto e sfata il mito che se vai all'estero chissà quanto guadagni e che la formazione sia sempre e comunque qualitativamente migliore.*

Grazie per aver risposto in maniera esauriente, ma vorrei un ultimo chiarimento: IL TITOLO IN AUSTRIA E' DI SPECIALIZZAZIONE O DI DIPLOMA?

Ad oggi si tratta di un Diploma, diverso dal titolo di specializzazione ed anche per questo motivo lo stipendio durante la formazione è ridotto rispetto a quello degli altri specializzandi. C'è però già da anni un continuo dibattito riguardo eventuali modifiche e miglioramenti del corso, che potrebbero portare anche ad un cambiamento non solo formale, ma anche sostanziale, del valore di questo titolo.

Tiziano Perrone