

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

"CI RACCONTIAMO"

-1/2016-

A Cura di

Maria Zamparella

Referente Redattore: Saverio Cramarossa

Collaboratori: M. Abbinante, D. Aloia, M. Ancona, M.A. Antezza, N. Caradonna, F. Carofiglio, E. De Leo, L. De Lucia, C. Di Lascio, D. Ficco, T. Lisi, G. Logrieco, K. Lofano, G. Lops, M. Lorusso, A. Maino, F. Pappagallo, F. Parisi, T. Perrone, F. Rella, V. C. Terenzio

E con il contributo di Pietro Scalera

OBIETTIVI

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' Agenda di Ricerca per la Medicina Generale/Medicina di Famiglia in Europa nel 2009 registrava ancora un sorprendente basso numero (circa 500) di trial clinici in MG, individuati nel periodo dal 2003 al 2008 attraverso MeSH (Medical Subject Headings), anche se ciò è probabilmente dovuto al fatto che molti lavori non erano registrati con la terminologia "family practice".

La maggior parte della ricerca (23%) ha a che fare con indagini sui sistemi sanitari, altri temi sono legati a disordini acuti e cronici delle prime vie respiratorie (9%), salute mentale (8%), diabete (6%), scompenso cardiaco (5%), ipertensione (3%), pediatria (3%) o disordini urogenitali (3%).

Lo sviluppo della sperimentazione è segnato dall'evoluzione normativa in materia, che vede nel Decreto Ministeriale del 10 maggio 2001 una tappa fondamentale. Tale decreto infatti ha introdotto la possibilità per il MMG di condurre studi clinici di Fase III (efficacia) e IV (post-marketing). Successivamente l'Italia ha recepito, con Decreto Legislativo 24 giugno 2003, n. 211, la Direttiva Europea 2001/20/CE con l'obiettivo di standardizzare i processi di ricerca a livello comunitario ed offrire una visione comune a tutti gli operatori coinvolti nei processi di ricerca.

RIFERIMENTO NORMATIVO

Le norme comunitarie (CE)

Dichiarazione di Helsinki, adottata dalla 18° Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale (AMM) nel giugno del 1964 ed emendata più volte, da ultimo dalla 52a Assemblea Generale dell'AMM a Edimburgo, ottobre 2000: *"Principi etici per la ricerca medica che coinvolge soggetti umani"*

Direttiva 65/65/CEE

(G.U. dell'Unione europea 22 del 09/02/1965): *"Ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed Amministrative relative alle specialità medicinali"*

Direttiva 75/318/CEE

(G.U. dell'Unione europea L 147 del 09/06/1975): *"Ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri riguardanti le norme ed i protocolli analitici, tossico-farmacologici e clinici in materia di sperimentazione delle specialità medicinali"*

D.M. 28/07/1977

(G.U. n. 216 del 09/08/1977): *"Regolamento per l'esecuzione degli accertamenti della composizione e della innocuità dei prodotti farmaceutici di nuova istituzione prima della sperimentazione clinica sull'uomo"*

D.M. 25/08/1977

(G.U. n. 238 del 1/09/1977): *"Rettifiche al D.M. 28/07/1977"*

D.M. 04/12/1990

(G.U. n. 297 del 21/12/1990): *"Modificazioni al D.M. 23/06/1981 recante disciplina dell'attività di informazione scientifica sui farmaci"*

Direttiva n. 91/356/CEE

(Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea n.L193 del 17/07/1991): *"Principi e direttrici sulle buone prassi di fabbricazione dei medicinali per uso umano"*

Direttiva n. 91/507/CEE

(Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea n. L 270 del 26/09/1991): *"Norme e protocolli analitici, tossico-farmacologici e clinici in materia di sperimentazione di medicinali"*

D.M. 27/04/1992

(S.O. n. 86 G.U. n. 139 del 15/06/1992): *"Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE"*

CIRCOLARE n. 8 del 10/07/1997

(G.U. n. 168 del 21/07/1997):
"Sperimentazione clinica dei medicinali"

D.M. 15/07/1997

(S.O. n. 162 G.U. n. 191 del 18/08/1997): "Recepimento delle linee guida dell'Unione Europea di Buona Pratica Clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali"

D.M. 21/11/1997

(G.U. n. 57 del 10/03/1998):
"Definizione delle procedure per l'inoltro delle richieste di approvazione di programmi di ricerca clinica comportanti l'esposizione di persone a radiazioni ionizzanti"

D.M. 22/12/1997

(G.U. n. 34 del 10/02/1998):
"Tariffe residuali, di cui al D.M. 19/07/1993, concernente le tariffe e idiritti spettanti al Ministero della Sanità, all'Istituto Superiore di Sanità e all'Istituto Superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro, per prestazioni rese a richiesta e ed utilità dei soggetti interessati"

D.M. 18/03/1998

(G.U. n. 122 del 28/05/1998):
"Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici"

D.M. 18/03/1998

(G.U. n. 122 del 28/05/1998):
"Modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche"

D.M. 19/03/1998

(G.U. n. 122 del 28/05/1998), integrato dal D.M. 07/10/1998 (G.U. n. 274 del 23/11/1998)
"Riconoscimento dell'idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali"

D.M. 15/09/1998

(G.U. n. 222 del 23/09/1998):
"Integrazioni al D.M. 18/03/1998: modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche"

D.M. 06/11/1998

(G.U. n. 10 del 14/01/1999):
"Istituzione, compiti e composizione del Comitato etico nazionale per le sperimentazioni cliniche dei medicinali"

La Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe riassume le aree di ricerca ritenute di rilievo in Medicina Generale nei seguenti gruppi:

- "Ricerca clinica sulla diagnosi, terapia e prevenzione delle malattie comuni, con un approccio pragmatico, che si concentra sulla efficienza pratica (efficiency) piuttosto che sulla efficacia (effectiveness);

- "Ricerca sull'epidemiologia delle cure primarie, tra cui la valutazione del carico di lavoro legato alla malattia, le cause della malattia (o dello stato di benessere, compresi i fattori ambientali, culturali, comportamentali e psicosociali), il monitoraggio a lungo termine della storia naturale dei sintomi e lo svilupparsi degli esiti finali di salute;

- "Ricerca sull'influenza dei fattori di contesto sulla salute (politica sanitaria, cultura, condizioni sociali, fattori ambientali), sulla partecipazione del paziente, sul ruolo delle relazioni e della comunicazione, sul bilancio tra le prove di efficacia clinica ed il punto di vista del paziente, sullo sviluppo di risultati orientati al paziente;

- "Ricerca sui servizi sanitari tra cui l'economia sanitaria, l'efficienza e l'equità dei servizi sanitari, i modelli di assistenza, le competenze di gestione per la pratica e per il sistema sanitario, il miglioramento della qualità, l'integrazione dei servizi, la cooperazione inter-professionale;

- "Ricerca sugli aspetti di orientamento alla comunità, ed il bilancio tra gli interessi della comunità con quelli individuali;

- "L' Etica: la genomica, il razionamento delle cure, le popolazioni vulnerabili, le esigenze della comunità contro quelle individuali, il consenso internazionale".

Il Medico di Famiglia in Italia assiste fino a 1500 pazienti sulla base di un rapporto di libera scelta e quindi di fiducia. Osserva patologie per le quali può ritenere che il paziente faccia riferimento ad uno specialista e altre che nessuno specialista vedrà mai, perché non ve ne è bisogno, ma che comunque possono avere rilevanza sia sulla salute e sulla qualità di vita del paziente, sia dal punto di vista del carico assistenziale e dei costi per il SSN. Prevenzione, cronicità, domiciliarità sono parole chiave che, insieme ai fattori appena citati, spiegano il contatto diretto e continuo del medico di MG con l'assistito e la sua centralità nel SSN. Elementi che rendono la ricerca in MG una grande opportunità di acquisizione e sviluppo di nuove conoscenze. Ed è proprio nella specificità delle cure primarie che sono racchiuse tutte le loro potenzialità: gestione di una quantità enorme di dati a disposizione per popolazioni estese (facilitata dall'associazionismo), contatto con ampia gamma di patologie, possibilità di verificare reale efficacia di una terapia, evidenziandone eventuali limiti nella vita quotidiana del paziente o analizzandone le effettive interazioni con gli stili di vita e i fattori di rischio. In sintesi, parliamo di una medicina ed una ricerca che sono le più vicine al cittadino e che hanno come obiettivo la risoluzione dei problemi del paziente senza mai mettere da parte l'approccio olistico alla tutela della salute.

Il percorso formativo in Medicina Generale nel nostro Paese era originariamente denominato “Tirocinio teorico pratico per la Formazione in Medicina Generale di medici neolaureati” e disciplinato dal Decreto Interministeriale 10/10/1988. La lunga strada che ha portato all’attuale organizzazione del corso vede nel Decreto Legislativo 17 agosto 1999 e nel D.L. 08/07/2003 n. 277, le due tappe normative finali e determinanti. Il d.lgs 368/99 rinvia la definizione degli obiettivi didattici e delle metodologie di insegnamento-apprendimento ad un decreto del Ministro della Salute, previo confronto dello stesso Ministero con il Consiglio Superiore di Sanità, la Conferenza per i rapporti permanenti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la FNOMCeO. Dopo circa sette anni il decreto (7 marzo 2006) recante i “Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in Medicina Generale” viene pubblicato, ma stabilisce all’ art. 13 un rinvio a nuovo decreto per quanto concerne i “principi generali per l’organizzazione dei programmi”.

Un nuovo decreto ad oggi non è stato pubblicato, motivo per il quale il Corso di Formazione in Medicina Generale ancora oggi non è definito da programmi didattici omogenei sul territorio nazionale. La mancata definizione di tali programmi si ripercuote naturalmente anche sulla possibilità che la Ricerca venga insegnata in maniera sistematica ai futuri Medici di Famiglia. Prevenzione, cronicità, domiciliarità sono parole chiave che, insieme ai fattori appena citati, spiegano il contatto diretto e continuo del medico di MG con l’assistito e la sua centralità nel SSN. Elementi che rendono la ricerca in MG una grande opportunità di acquisizione e sviluppo di nuove conoscenze.

Ed è proprio nella specificità delle cure primarie che sono racchiuse tutte le loro potenzialità: gestione di una quantità enorme di dati a disposizione per popolazioni estese (facilitata dall’associazionismo), contatto con ampia gamma di patologie, possibilità di verificare reale efficacia di una terapia, evidenziandone eventuali limiti nella vita quotidiana del paziente o analizzandone le effettive interazioni con gli stili di vita e i fattori di rischio. In sintesi, parliamo di una medicina ed una ricerca che sono le più vicine al cittadino e che hanno come obiettivo la risoluzione dei problemi del paziente senza mai mettere da parte l’approccio olistico alla tutela della salute.

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.

D.M. 20/01/1999

(G.U. n. 31 dell’08/02/1999): “*Misure relative all’immissione in commercio e alla sperimentazione clinica dei medicinali contenenti materiali di origine bovina*”

CIRCOLARE n. 6 dell’08/04/1999

(G.U. n. 90 del 19/04/1999): “*Chiarimenti sui DD.MM. 18/03/1998 e 19/03/1998*”

D.M. 13/05/1999

(G.U. n. 174 del 27/07/1999): “*Integrazioni al D.M. 18/03/1998: modalità per l’esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche e al D.M.19/03/1998: riconoscimento dell’idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali*”

D. Lgs. n. 229 del 19/06/1999

(S.O. n. 132/L alla G.U. n. 165 del 16/07/1999): “*Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell’art. 1 della L. 30/11/1998, n. 419*”

Direttiva 1999/83/CE

(G.U. dell’Unione Europea L 243 del 15/09/1999): “*Modifica all’allegato della Direttiva 75/318/CEE relativa al ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri riguardanti le norme ed i protocolli analitici, tossicofarmacologici e clinici in materia di sperimentazione delle specialità medicinali*”

REGOLAMENTO (UE) N. 536/2014 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano (di prossima implementazione – previsto Maggio 2016)

Direttiva 2005/28/CE “principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l’autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali”

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.

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.

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 raccogliibili, 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 personale-costante; 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.

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'Autorità competente;

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".

CORSI MASTER ALL'INTERNO DEL CORSO MG

L'esperienza clinica ha dimostrato, che, la medicina generale con il suo approccio olistico, il rapporto fiduciario, la continuità dell'assistenza terapeutica, la capillarità sul territorio, la possibilità di osservare la malattia e i suoi fattori di rischio, svolge un ruolo centrale all'interno del sistema sanitario. Inoltre il cambiamento continuo degli scenari economico-legislativi che governano tale sistema, modifica ormai costantemente la realtà lavorativa. Pertanto il medico deve possedere le capacità di "un adattamento creativo" alla realtà in evoluzione, motivo per cui, il processo formativo in Medicina Generale deve comportare l'acquisizione di competenze necessarie ad assolvere tale basilare ruolo.

Nello specifico i corsi Master sono corsi multidisciplinari che permettono di diffondere e trasmettere ai corsisti in Medicina Generale competenze specifiche in Primary Care, politica che nel resto d' Europa è ormai consolidata da tempo e che in Italia, in particolare in Puglia, rappresenta un obiettivo che si cerca di raggiungere per adeguarsi al trend Europeo.

I Corsi Master si configurano dunque come seminari di alta formazione che consentiranno ai futuri MMG di strutturare il proprio lavoro di prevenzione, cura e diagnosi con conoscenze e competenze specifiche e con procedure diagnostiche e terapeutiche appropriate.

L'obiettivo di tali master è quello di riuscire a rendere disponibile, all'interno degli studi dei MMG, l'esecuzione di esami di diagnostica di primo livello, fondamentali nella gestione delle principali patologie croniche, per essere in grado di erogare prestazioni e percorsi assistenziali in maniera idonea ai nuovi bisogni di salute.

"INTERVISTA AL CORSISTA"

Confronto- Intervista tra due corsisti:
Michele Ancona - Gaetano Lops

⇒ **Perché hai scelto di fare il Medico di Medicina Generale (MMG)?**

Mi presento: sono Michele Ancona corsista al 2° anno del corso di formazione specifica in medicina generale (CFSMG) ed ultimerò il corso a Ottobre del 2017. Ogni specialità ha i suoi pregi e i suoi difetti. Quello che ritengo un punto di forza dell'assistenza della medicina primaria è che ti permette di concentrarti non solo sulle acuzie ma di curare il paziente nella sua complessità favorendo quindi non solo "la cura della persona" ma la sua "presa in carico globale della persona" e la gestione in toto della sua salute. Il tirocinio pre-laurea, il tirocinio per l'abilitazione alla professione e il primo semestre di tirocinio pratico svolto dal MMG durante il CFSMG mi hanno motivato e dato conferma dell'importanza di questa figura professionale, rafforzando la mia scelta nel perseguire questo tipo di percorso formativo. Un altro aspetto che mi ha interessato sin da subito è la pluridimensionalità e l'assenza di una super-specializzazione dove, per le attitudini professionali che vengono richieste, si perdono di vista gli altri aspetti della medicina. Una criticità attuale nel nostro campo è che spesso il completamento del percorso diagnostico e terapeutico viene effettuato dallo specialista e che per vari motivi, mancando i canali di comunicazione e di integrazione con le altre figure professionali, si avverte la sensazione di non occuparsi in prima persona del paziente, di perdere la continuità dell'assistenza andandosi così a interrompere e alterarsi quel rapporto medico - paziente, aspetto peculiare e di grande rilevanza in Primary Care: "RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE".



⇒ Com'è strutturato il corso, criticità e proposte

Il corso è strutturato in una parte teorica di seminari e una parte pratica che si divide in: tirocinio dal tutor di MG, tirocinio in ambito extraospedaliero (sul territorio, nei DSS) ed in quello ospedaliero. Uno dei punti che ritengo di forza dei seminari è la struttura in "master/mini-master" nel quale si acquisiscono competenze diagnostico-terapeutiche nell'ambito dell'assistenza primaria.

La possibilità di acquisire nuove competenze, come nella diagnostica elettrocardiografica ed ecografica, è stata per me uno degli aspetti più utili e stimolanti nell'ambito del corso di formazione. In prospettiva, grazie alle competenze acquisite durante questa peculiare occasione formativa, potrò svolgere la professione con altri colleghi di MMG in una maniera più completa e potremo assecondare le propensioni e passioni nell'ambito diagnostico-terapeutico di primo livello. Un aspetto di criticità è la ridotta responsabilità durante le attività pratiche del tirocinio, dovunque esse siano svolte, in cui spesso si ha un ruolo osservazionale e senza avere la possibilità di mettere in pratica le competenze progressivamente acquisite.

⇒ Quali sono le tue prospettive future?

Per mie propensioni personali e per mie peculiarità di vita sono molto attratto dall'idea di poter spendere il mio titolo in tutto il territorio europeo e ritengo che svolgere un'attività lavorativa in altre Regioni e/o Nazioni Europee, sarebbe un'occasione di confronto con altri modelli formativi ed operativi ai fini di scambi di organizzazione in ambito sanitario. La fortuna di chi lavora nell'ambito dell'assistenza sanitaria è la possibilità di poter prendersi cura del paziente e per me ha la medesima importanza ovunque questa attività si eserciti.

⇒ Ruolo della ricerca in MG: quanto parte del tuo lavoro dedicheresti alla ricerca?

Io oggi vedo nella ricerca una possibilità ed uno stimolo al continuo aggiornamento e a poter comprendere maggiormente gli aspetti della professione. Grazie ad essa credo che nell'attività lavorativa quotidiana il MMG possa essere spronato a mantenersi costantemente aggiornato e a porsi dei quesiti clinici evitando di dare per scontato l'esercizio della propria professione.

Gaetano Lops

In tal modo, il Medico di Medicina Generale diventa ancor più figura di riferimento all'interno del nuovo SSN, ragione per cui la sua formazione specifica dovrà adeguarsi alle aspettative in termini di competenza scientifica e capacità manageriali e relazionali.

Il futuro è nella formazione: conoscere e utilizzare i principi dell'apprendimento costante e del miglioramento della qualità, dovrebbe essere considerata una prerogativa per i giovani professionisti.

Per tutte le ragioni già esposte, i master sono dunque una grandissima opportunità offertaci e spetta a noi corsisti MMG coglierne le potenzialità in vista della professione che ci apprestiamo ad intraprendere.

Maria Agostina Antezza
Giuseppe P. Logrieco

NEWS DAL CORSO

Bandito il concorso per 80 posti per Corso di Formazione in Medicina Generale - Regione Puglia, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 465 del 15 aprile 2016. Pubblicato il 3 Maggio 2016, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, IV Serie Speciale n. 35, l'avviso di avvenuta emanazione da parte delle Regioni dei bandi per l'ammissione ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale.

La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dà il via alla presentazione delle domande. Il termine per la presentazione delle domande di partecipazione è di 30 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, ovvero a partire dal 4 maggio ed entro il 3 giugno p.v.

25 Maggio 2016 Giornata della Ricerca OMCeO 2016: durante la manifestazione oltre a Premio OMCeO Bari per la Ricerca 2016 verrà conferito il Premio per la Migliore Tesi in Medicina Generale, premio coordinato dal dr P. Scalera, Consigliere dell'Ordine.

Carmela di Lascio

FUTURO DELLA MEDICINA GENERALE: DEFINIZIONE DI RUOLO UNICO (AFT)

L'art.1 della legge 189/2012 e il Patto della Salute 2014-2016 propongono una diversa configurazione strutturale dell'assistenza territoriale. Si parla infatti di **ruolo unico**, in cui l'assistenza primaria e continuità assistenziale confluiscono in un'unica convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale. L'obiettivo è organizzare il territorio in **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**, al fine di garantire, in un contesto di sostenibilità finanziaria ed appropriatezza delle cure, migliori servizi per il paziente.

Il nuovo modello organizzativo territoriale sarà costituito senza alcun onere finanziario, e sarà composto da medici di cure primarie (medici di assistenza primaria e continuità assistenziale), i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali. Per garantire l'assistenza delle cure, a seconda delle esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, si creeranno le aggregazioni funzionali territoriali delle cure primarie e della pediatria di libera scelta, e le unità complesse di cure primarie.

L'AFT dei medici di cure primarie sarà articolata su un bacino di utenza riferito ad una popolazione di circa 30.000 abitanti e assicurerà assistenza tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 8.00 alle ore 24.00. La continuità delle prestazioni sarà garantita dal servizio di emergenza - urgenza - 118. In tale struttura lavoreranno i medici a ruolo unico, fornendo servizi di prevenzione, diagnosi precoce e gestione del paziente cronico. In futuro grazie all'utilizzo della diagnostica di primo livello e della medicina di iniziativa, si ridurranno gli accessi al pronto soccorso, garantendo una migliore e continuativa gestione del territorio.

IL PDTA IN PRIMARY CARE: IERI, OGGI E DOMANI

In questi ultimi giorni la maggior parte delle discussioni sui social e sulla stampa medica, è incentrata su quello che sarà il futuro della Medicina del territorio: Il ruolo Unico e l' AFT.

Nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali, il cittadino si troverà di fronte ad una medicina del territorio ritagliata a misura di ammalato in quanto oltre a svolgersi le tradizionali attività della medicina generale nonché la Medicina d'Iniziativa, si creeranno Ambulatori dedicati alle cure per le patologie croniche più diffuse; tale nuovo compito e servizio potrebbe magari essere gestito proprio da quei medici che rappresentano la novità nell'assistenza primaria ovvero i medici con incarico ad ore dato che tale figura avrebbe un' autonoma flessibilità organizzativa.

Sarà, perciò, proprio il "Chronic care model" il fulcro della nuova medicina generale. La corretta gestione delle patologie croniche, che assorbono la maggior parte delle risorse a disposizione della sanità pubblica, infatti, permetterà un notevole risparmio per le amministrazioni; tale risparmio, in un sistema ad risorse, si convertirebbe nella possibilità di maggiori risorse a disposizione del medico e di conseguenza in maggiori servizi offerti ai cittadini da parte del medico di medicina generale.

E' ovvio che tutto ciò è realizzabile soltanto acquisendo idonee competenze e pianificando correttamente il lavoro negli ambulatori dedicati dell'AFT.

A tal proposito, per quanto riguarda le competenze da acquisire, queste vengono fornite tramite appositi corsi e master proposti anche durante il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

La pianificazione e gestione delle patologie croniche dovrà, invece, essere fornita grazie all'applicazione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA); ovvero una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni ambulatoriali e/o territoriali che prevede la partecipazione integrata di diverse figure del mondo della sanità, al fine di realizzare la diagnosi e le terapie più adeguate per una determinata patologia.

L'applicazione di appositi PDTA, infatti, oltre a tutelare il medico da eventuali richieste risarcitorie permette anche l'incremento non solo della Customer satisfaction del paziente cronico, in quanto quest'ultimo sarà seguito in maniera fruttuosa all'interno del suo stesso territorio, ma anche e soprattutto garantirà una diminuzione delle acuzie (diminuendo quindi l'accesso ai Pronto Soccorso o al 118); aumenterà, infine, il risparmio delle risorse messe a disposizione dell'AFT. Tali risorse potranno essere utilizzate, quindi, per aumentare i servizi che la nuova concezione di medico di medicina generale potrà fornire ai propri pazienti rimasti orfani di una concezione ospedalocentrica

L'obiettivo dei PDTA è, anche, quello di facilitare un dialogo attivo e proficuo confronto tra MMG e specialista al fine di favorire quanto più possibile il prezioso obiettivo della continuità di cura del paziente e di proporre PDTA integrati tra ospedale e territorio. Gli ostacoli locali per la produzione di un PDTA sono: Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Professionali e dipendono anche da Normative sanitarie, dal Contesto socio culturale e geografico.

L'utilizzo dei PDTA consente di:

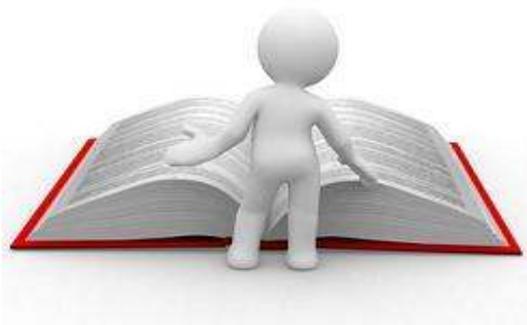
- Integrare le evidenze scientifiche nella pratica clinica;
- Supportare le decisioni cliniche;
- Ridurre la variabilità dei comportamenti;
- Aumentare l'appropriatezza delle procedure;
- Favorire l'integrazione tra i diversi professionisti;
- Valutare le prestazioni erogate mediante gli indicatori.

Il PDTA è il risultato di un Gruppo di lavoro multiprofessionale e multispecialistico che coinvolge Specialisti ospedalieri, Professionisti del territorio (MMG, Specialista, Specialista in "Primary Care", PLS, Distretto), Professioni sanitarie non mediche, Direzione sanitaria/assistenziale, Componente di supporto metodologico (EBP, CG) Componente di supporto metodologico (EBP, CG), Rappresentanti degli utenti.

Il gruppo multiprofessionale garantisce la vera integrazione tra i professionisti ma altre condizioni essenziali per la realizzazione dei PDTA sono la Valutazione del percorso attuale, la Costruzione del percorso ideale, la Costruzione del percorso di riferimento e l'Applicazione del PDTA.

Da tutto ciò deriva, anche, l'importanza della ricerca in medicina generale perché anche grazie a questa, e sfruttando la grande casistica a disposizione del settore, si potranno mettere a punto PDTA sempre più specifici per il singolo territorio e soprattutto più utili al miglioramento della quality of life del paziente. Sempre dalla ricerca scaturisce "l'appropriatezza" termine molto discusso in qualsiasi ambiente sanitario e molto piaciuto e richiesto dai nostri amministratori pubblici, è fondamentale nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutico e nella rete ospedale-territorio.

*Maria Zamparella
Michele Lorusso*



Le AFT della pediatria di libera scelta, assisterà una popolazione tra 0-6 e saranno impegnati in particolare nelle attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e gestione delle patologie croniche, coordinandosi con la medicina generale.

L'unità complessa di Cure primarie (UCCP) sarà una struttura organizzativa di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzata da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Tramite il coordinamento dei medici della medicina generale e specialistica ambulatoriale saranno garantite oltre alle cure primarie, anche assistenza infermieristica, ostetrica, tecniche riabilitative e assistenza sociale a rilevanza sanitaria.

Con questi modelli organizzativi si ottimizzerà il corretto uso dei servizi sanitari, si creeranno procedure sistematiche ed autogestite di audit e peer review, e si cercherà di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica ed organizzativa. L'obiettivo primario sarà migliorare l'assistenza territoriale, in questo modo si ridurranno gli accessi al pronto soccorso ospedaliero. Tramite opportuni indirizzi definiti a livello regionale si svilupperanno programmi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza con l'unico fine di garantire il benessere psico - fisico del paziente.

Domenico Aloia

LAVORI SCIENTIFICI DAL MONDO

Analisi del Colesterolo: Digiunare non è più necessario, secondo gli esperti

Per la prima volta, una squadra di esperti internazionali afferma che per la maggior parte delle persone non è necessario digiunare prima delle analisi dei loro livelli ematici di colesterolo e trigliceridi.

Nell'articolo del European Heart Journal, i ricercatori discutono sul digiunare o non-digiunare prima di testare il profilo lipidico e raccomandano di non digiunare per la maggior parte dei pazienti, ma evidenziano che ci sono casi in cui i test a digiuno sono a volte necessari, ed i due test dovrebbero essere "visti come complementari, e non mutualmente esclusivi".

Non digiunare è raccomandato per la maggior parte dei pazienti, in particolare: per il loro primo test del profilo lipidico, per la valutazione del rischio cardiovascolare, o se il paziente esprime la preferenza al test non a digiuno.

Anche i pazienti diabetici dovrebbero fare analisi non a digiuno, per il maggior rischio di ipoglicemia, e perchè il digiuno può mascherare alti livelli di trigliceridi (ipertrigliceridemia). Un test a digiuno a volte può essere richiesto se il test non a digiuno mostra livelli di trigliceridi superiori alle 5 mmol/L (440 mg/dL)

Ci sono anche altri casi specifici, legati all'ipertrigliceridemia, in cui i test a digiuno sono necessari. Per esempio, in pazienti con una nota ipertrigliceridemia seguita in cliniche cardiometaboliche, in coloro che iniziano cure che causano severa ipertrigliceridemia, ed in coloro con postumi da pancreatiti causate da ipertrigliceridemia.

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

IL COUNSELING COME METODO PER LA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO IN MEDICINA GENERALE

F. Borgomastro, M. Zamparella

Risultati:

In base ai due questionari compilati i pazienti risultano così distribuiti: 11 pazienti corrispondevano ai pazienti più dipendenti e meno motivati, 29 corrispondevano ai pazienti più dipendenti e con motivazione medio-alta e 4 corrispondevano ai pazienti meno dipendenti e molto motivati. A conclusione dello studio 3 pazienti (=13.6%) hanno smesso di fumare, 4 (=18.2%) hanno ridotto drasticamente il consumo di tabacco da circa 30-35 sigarette/die a 3-5/die I restanti 22 pazienti hanno abbandonato le sedute in quanto incompatibili con i propri impegni lavorativi e familiari.

Conclusioni:

Tutti i pazienti partecipanti alla iniziativa hanno dimostrato soddisfazione per la possibilità offerta e hanno sollecitato la realizzazione di iniziative simili, facendo emergere la centralità del counseling come strumento a disposizione del MMG nella lotta al tabagismo e più in generale nella prevenzione. Questo rafforza ulteriormente il nostro impegno in un percorso già intrapreso di collaborazione con le ASL e i Distretti Socio Sanitari al fine di formare personale qualificato volto alla realizzazione di campagne di prevenzione e alla partecipazione attiva dei MMG nella costituzione e funzionamento dei Centri Antifumo.

ANZIANI E PSICOFARMACI: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI BENZODIAZEPINE E ANTIPSICOTICI NEL SETTING DELLA MEDICINA GE- NERALE

A. Tatulli, M. Zamparella

Risultati/Conclusioni:

L'invecchiamento comporta modificazioni anatomiche e biochimiche, particolari e caratteristiche problematiche psicologiche con importanti cambiamenti. Una visione psicopatologica tende a considerare la sofferenza emotiva senile come condizione suscettibile di miglioramento, se vengono organizzati opportuni interventi per rinforzare le difese e stimolare adattamenti. Negli ultimi anni, gli operatori sanitari hanno tenuto in considerazione la necessità di ricorrere ad un approccio integrato e multidimensionale. 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 BDZ (sedazione mattutina, tremori, fragilità ossea, maggior rischio di cadute, relative fratture e conseguenti disabilità con forte componente di spesa socio-sanitaria). Esiste una correlazione significativa ($p < 0.01$) tra uso di BDZ e traumi da caduta. Secondo la linea guida NICE è utile rivalutare e modificare quantità e qualità di farmaci assunti, rivedendo regolarmente la terapia.

Maria Zamparella



Tuttavia, anche nel caso del glucosio a digiuno, gli autori evidenziano che in molti Paesi questa misura è stata rimpiazzata dal valore dell'emoglobina glicata (A1c) senza la necessità di digiunare.

Le analisi non-fasting (non a digiuno) "miglioreranno la compliance dei pazienti": la squadra di ricercatori dice che in Danimarca tutti (pazienti, medici e laboratori di analisi) hanno tratto benefici dalle analisi non a digiuno. Taglia i costi delle visite di ritorno, email, telefonate e follow-up. I medici risparmiano tempo, posticipando meno la data della visione delle analisi.

Il primo autore Børge Nordestgaard, professore della University of Copenhagen, afferma che spostarsi a un sistema di analisi di assetto lipidico non a digiuno "migliorerà la compliance dei pazienti verso un trattamento preventivo mirato a ridurre il numero di infarti e ictus, i più grandi killer nel mondo".

Più pazienti eseguono le analisi, più opportunità hanno i medici di fare consulenza su come prevenire gli infarti e gli ictus, dichiara.

"Noi speriamo che l'analisi del colesterolo eseguita non digiunando unirà i pazienti all'intento dei medici, - ha affermato il Prof. Børge Nordestgaard cioè di migliorare il loro stile di vita e se necessario eseguire il trattamento con statine, il tutto per ridurre il fardello globale delle patologie cardiovascolari e le morti premature".)

Tiziano Perrone

Bibliografia: articolo originale di Catharine Paddock PhD , Published: Monday 2 May 2016, MedicalNewsToday

LAVORI SCIENTIFICI DAL MONDO**VIRUS ZIKA:
LO STATO DELL'ARTE SU
JAMA NEUROLOGY**

Sulla rivista Jama Neurology, è stato pubblicato recentemente uno studio di revisione condotto dalla Neuro-Infectious Disease Group alla University of Colorado School of Medicine di Aurora.

Con questo lavoro viene esposto lo stato dell'arte sulle attuali conoscenze sullo Zika virus (Zikv), le sue complicanze neurologiche e il suo impatto sulla salute umana.

«Lo Zika virus appartiene alla famiglia Flaviviridae, un gruppo di virus a RNA, i cui membri sono responsabili di malattie anche gravi tra cui la febbre gialla, la dengue, l'encefalite giapponese, la malattia da virus del Nilo occidentale».

Nell'articolo vengono elencate le ricerche in corso per la produzione di un vaccino e di altri trattamenti anti-Zika virus, patogeno diffusosi rapidamente, causando estese epidemie con infezioni intrauterine che provocano encefaliti e microcefalia fetale e minacciando diverse aree del mondo occidentale.

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI**DAY SERVICE: GESTIONE TERRITORIALE INTEGRATA DELLA MALATTIA IPERTENSIVA**

F. Capurso, A. De Giosa, M. Zamparella

Risultati:

Il 95% dei pazienti esaminati, inviati al Day Service, possiede almeno due dei criteri di appropriatezza per l'accesso al PACC. Nel dettaglio: l'83% dei pazienti ha rischio CV basso (<10%) o non stimabile (MCV 0) e il restante 17% ha rischio CV moderato-alto (>10%).

La valutazione dei parametri utilizzati per ogni singolo criterio ha dato i seguenti risultati:

Criterio 1: il 48% dei pazienti ha ECG suggestivo di IVS e/o pregressa necrosi, l'80% all'ecocardio presenta SIV > 11mm, il 23% ha all'eco-doppler TSA IMT > 0,9 mm, il 33% ha eGFR < 60 ml/min/m² (1 pz su 3 è affetto da insufficienza renale), l'86% dei pazienti ha l'esenzione 0031;

Criterio 2: il 35% dei pazienti è obeso (BMI > 30) ed il 49% è in sovrappeso (25 < BMI < 29,9); il 57% ha LDL > 115 mg/dl e il 30% ha Trigliceridi > 150 mg/dl; il 25% dei pazienti ha DM2 e il 25% ha IFG, il 10% è fumatore, il 14% ha distiroidismo, il 78% ha familiarità per patologie CV;

Criterio 3: il 57% dei pazienti ha PA sistolica non a Target (>140/90 mmHg), mentre il 57% dei pazienti ha PA sistolica non a Target (>140/90 mmHg), mentre il 22% ha PA resistente;

Criterio 4: il 39% ha sintomi associati.

Conclusioni:

Il nostro studio ha dimostrato che tutti i criteri, individuati per l'appropriatezza prescrittiva relativa all'accesso ai Day Service, sono stati rispettati dai MMG.

I criteri più rispettati dei pz esaminati sono l'ipertensione arteriosa con danno d'organo (86%) e l'ipertensione associata ad altri fattori di rischio CV (92%).

Inoltre, non vi è correlazione tra i criteri di appropriatezza prescrittiva per l'accesso ai Day Service e i livelli di RCVG contemplati dalle Carte del Rischio CV del 2007 e dal calcolo del RCV Individuale.

E' evidente la necessità di realizzare un percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) che contempli Linee Guida condivise (MMG-Cardiologi Ambulatoriali) per garantire nella malattia ipertensiva 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.

Maria Zamparella



«Non esistono allo stato attuale terapie o vaccini efficaci, e l'approccio migliore per evitare complicazioni da Zika virus resta quello di evitare l'esposizione alle zanzare utilizzando repellenti per insetti, indossando camicie a maniche lunghe e pantaloni e usando l'aria condizionata e le zanzariere alle finestre» scrivono gli autori.

«Per le donne che viaggiano nelle zone interessate da un'epidemia del virus, particolari precauzioni devono essere prese in caso di gravidanza, come indicato dalle linee guida dei Centers for Disease Control and Prevention». Emerge in maniera evidente che sia per uomini che per donne residenti nelle aree endemiche servono soluzioni urgenti e interventi in grado di prevenire i difetti di nascita che gli ultimi studi indicano come chiaramente correlati con l'infezione acuta nelle gestanti.

Saverio Cramarossa

Bibliografia: Jama Neurology 2016.

BANDI E GRADUATORIE

Concorso per 80 posti per Corso di Formazione in Medicina Generale - Regione Puglia:

Il termine per la presentazione delle domande di partecipazione è di 30 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, ovvero a partire dal 4 maggio ed entro il 3 giugno 2016.

Graduatoria valevole per il conferimento di incarichi di sostituzione nel servizio di continuità assistenziale ASL BA:

Approvata con delibera aziendale n° 857 del 05/05/2016

Avviso pubblico per la reperibilità domiciliare di Continuità Assistenziale ASL BA:
Bollettino della Regione Puglia n° 47 del 28-04-2016

Graduatoria regionale Medicina Generale 2015—approvazione definitiva:
Bollettino della Regione Puglia n° 5 del 21-01-2016.



CONGRESSI E CORSI DI AGGIORNAMENTO

- ICTUS CEREBRALE - DIAGNOSI E TERAPIA: UNA GESTIONE CONDIVISA - 21 maggio 2016 - Altamura, Ospedale "F. Perinei"
- RICERCA: DALL'INTUIZIONE AL RISULTATO. ESPERIENZE A CONFRONTO - 25 Maggio 2016 - Bari, Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- NUOVI STANDARD TERAPEUTICI NELLA GESTIONE DELLA FA - 28 Maggio 2016 - Acquaviva, O.G.R. "F. Miulli"
- IL PAZIENTE CON DISTURBI FUNZIONALI DELL'INTESTINO - FOCUS DAY - 28 Maggio 2016 - Bari, Hotel Parco dei Principi
- DEPRESSIONE, MANIA, PSICOSI: IL FUTURO DELLE CURE - 27/28 Maggio 2016 - Polignano, Covo dei Saraceni
- ◆ INSTANT LEARNING: CORSO FAD SU ZIKA—Il corso eroga 5 crediti ECM e sarà online fino al 31 dicembre 2016 (fadinmed.it)
- ◆ LETTURA CRITICA DELL'ARTICOLO MEDICO-SCIENTIFICO—Il corso eroga 5 crediti ECM e sarà online fino al 31 dicembre 2016 (fadinmed.it)

Carmela di Lascio

NOVITA' TERAPEUTICHE

NOVITA' TERAPEUTICA PER L'ERADICAZIONE DELL'HP: TRE FARMACI IN UNA COMPRESSA

Secondo dati Oms, la prevalenza dell'infezione da H. pylori nei Paesi industrializzati riguarda il 20% circa degli individui al di sotto dei 40 anni e il 50% di quelli al di sopra dei 60 anni, è rara fra i bambini, un basso stato socioeconomico è un fattore di rischio per l'infezione e può aumentare nelle aree caratterizzate da un forte flusso migratorio. Nei Paesi in via di sviluppo riguarda l'80% della popolazione adulta e il 10 % dei bambini tra 2 e 8 anni.

Disponibile in Italia la nuova terapia contro l'infezione da Helicobacter Pylori, rappresentata da una capsula a tripla combinazione fissa che contiene tre sostanze: bismuto subcitrato potassio, metronidazolo e tetraciclina cloridrato che viene assunta in associazione con omeprazolo, prendendo il nome di quadruplica terapia contenente bismuto.

La terapia a base di bismuto è stata raccomandata dalle linee guida internazionali per il trattamento dell'infezione da H. pylori nelle zone ad alta e bassa resistenza alla claritromicina e dalle recenti linee guida italiane anche in prima linea nel trattamento dell'Helicobacter Pylori.

Dalla nuova combinazione di farmaci ci si attende una buona aderenza terapeutica da parte del paziente e un sensibile abbattimento dei costi, essendo contenuta in un'unica compressa da assumere in dose di 3 compresse per 4 volte al giorno nell'arco di 10 giorni.

PILLOLA DEL GIORNO DOPO DIVENTA 'SENZA OBBLIGO DI PRESCRIZIONE' PER LE DONNE MAGGIORENNI

La Determina dell'Aifa che modifica la prescrizione della "pillola del giorno dopo", è stata pubblicata sulla Gazzetta ufficiale del 3 marzo ed è entrata in vigore il giorno successivo.

La determina stabilisce che il regime prescrittivo del Norlevo (nelle due confezioni 1cpr 1,5 mg e 2 cpr 0,75 mg) passa da Rnr a Sop (senza obbligo di prescrizione) per le pazienti di età pari o superiore a 18 anni, mantiene invece la ricetta non ripetibile per le pazienti di età inferiore a 18 anni. Alla paziente maggiorenne pertanto basterà rivolgersi direttamente in farmacia per l'erogazione del farmaco.

Questa determina segue una analoga del Maggio 2015 riguardante la cosiddetta "pillola dei 5 giorni dopo", Ellaone, anch'essa farmaco SOP da quella data.

Saverio Cramarossa

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA

SmartPharma per Android

SmartPharma è un prontuario farmaceutico che viene aggiornato ogni 3 mesi circa. Contiene più di 70.000 specialità farmaceutiche con monografia integrale e diverse opzioni per personalizzare la ricerca da parte dell'utente. SmartPharma include anche tutti i Parafarmaci ed i Dispositivi Medici vendibili in Italia. Una volta eseguito il download del database, SmartPharma non richiede una connessione ad internet. Solo al primo avvio sarà richiesto di effettuare il download del database. App gratuita.

IFarmaci per iPhone

Contiene tutti i farmaci, in commercio e fuori commercio, compresi i farmaci ospedalieri, specialistici e veterinari. I dati vengono aggiornati ogni 2 mesi circa. Non richiede connessione internet.

La ricerca dei farmaci avviene tramite: ricerca per nome commerciale, principio attivo o codice AIC, lettura codice a barre sulla confezione, ricerca di testo nelle monografie, filtrata per categoria, forma, prescrizione, ricetta, presenza di glutine o lattosio, stupefacente, dopante o veterinario, navigazione per classificazione ATC, navigazione per azienda. Per ciascun farmaco vengono presentate tutte le sue caratteristiche: produttore, prezzo, principio attivo, gruppo, tipo, classe, ricetta SSN, forma, presenza di glutine e lattosio, se stupefacente o dopante, conservazione, scadenza, note AIFA, monitoraggio addizionale (triangolo nero), codice a barre e codice AIC.

App non gratuita.

Saverio Cramarossa

SPAZIO PER LA FOTO