



1861 >

am >

AVVENIRE MEDICO

ATTUALITÀ 1861-2011: com'è cambiata la salute degli italiani / 4

FOCUS Ospedali di Comunità: una realtà che deve crescere / 16

CASO CLINICO Shock settico, complicanze e follow up domiciliare / 24

SCIENZA Principio di sostituzione: l'esempio degli ftalati nei dispositivi medici / 33



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale,
Medici di Famiglia,
Medici Continuità Assistenziale,
Medici Emergenza Sanitaria
e Medici Dirigenza Territoriale

3-11

N. 3 - 2011

MENSILE XLIX ANNO

EDITORIALE

Nasce fimmg notizie

Fiorenzo Corti
Responsabile
nazionale
Comunicazione
fimmg

Prende il via nei prossimi giorni "fimmg notizie". Rassegna stampa commentata? Quotidiano on line? News letter di informazione sindacale? Niente di tutto questo, anche se un po' di

tutto questo.

Sarà un pacchetto di notizie dedicato a tutti i medici, ai nostri iscritti, ai colleghi già registrati al sito e a quelli che lo vorranno fare.

Porteremo all'attenzione dei medici, con

particolare attenzione all'area dell'assistenza primaria, le notizie di salute e sanità a nostro avviso più significative a livello nazionale, prestando particolare attenzione alle notizie dalle province e valorizzando il nostro brand associativo.

Qualche rubrica originale servirà a rendere più gradevole la lettura, o almeno ce lo auguriamo.

Leggeteci on line e fatevi sentire!

fn

FIMMG NOTIZIE

1861-2011: com'è cambiata la salute degli italiani



Eravamo poco più di 21 milioni e la speranza di vita media non arrivava a 50 anni, senza contare la mortalità in-

fantile. Al momento dell'Unità d'Italia, la principale causa di morte erano le malattie infettive e parassitarie.

1861 > 2011 >>
150° anniversario: Unità d'Italia

di Eva Antoniotti

Com'è cambiato in un secolo e mezzo di storia unitaria lo stato di salute degli italiani? Alla vigilia della festa per i 150 anni dell'Unità d'Italia proviamo a tracciare qualche linea di questo cambiamento, con l'aiuto dei dati raccolti dall'Istat.

LA POPOLAZIONE

Nel 1861, quando nasceva l'Italia, gli italiani erano 21,777 milioni, con una lieve preponderanza degli uomini sulle donne, rispettivamente 10,897 mln e 10,880 mln. Trent'anni dopo, nel 1891, avevamo già superato quota 30 milioni, con una crescita costante fino al 1915, quando la popolazione italiana era di 36,651 milioni.

La Grande Guerra e l'epidemia di spagnola la riduce, alla fine del 1918 a 35,804 mln. Ma da quel momento in poi la crescita sarà continua e non si interromperà neanche con la seconda guerra mondiale: 38 milioni nel 1921, 41,2 mln nel 1931, quasi 45 mln nel 1941, 47,5 mln nel 1951, 50,6 nel 1961, 54,1 nel 1971, 56,6 nel 1981, 56,7 nel 1991, 57 nel 2001, fino ai 60.574.609 dell'ottobre del 2010, ultimo dato disponibile.

A partire dal 1900, però, a prevalere numericamente sono sempre state le donne rispetto ai maschi. Gli ultimi dati Istat disponibili (ottobre 2010) danno uno scarto tra i sessi di quasi due milioni, 29.384.366 donne e 27.576.326 uomini.

LE SPERANZE DI VITA

Le statistiche più antiche indicano l'età mediana dei morti per ciascun anno. La sua quantificazione "pura", cioè non depurata della mortalità infantile, è impressionante: nel 1863, primo dato disponibile, l'età mediana di morte era di 5,55 anni e cresce molto lentamente, arrivando a 14 anni solo nel 1892, per poi salire sempre più rapidamente.

A pesare enormemente era dunque la mortalità infantile: nel 1863 morirono nel primo anno di vita 223.813 tra bambine e bambini, quasi l'1% della popolazione italiana di allora. Questo "tributo" cala negli anni molto lentamente, con improvvise impennate legate a

segue a pag. 6 ►

1861-2011. AUGURI ITALIA

La Fimmg e la sua Scuola nazionale di medicina degli stili di vita hanno preparato per i 150 anni dell'Unità d'Italia un originale biglietto d'auguri: un video, visibile sulla homepage del sito nazionale Fimmg, centrato sui prodotti alimentari italiani in un continuo accostamento di bianco rosso e verde e

commentato dalle note di "Frattelli d'Italia. Un modo per ricor-

dare il valore salutare della nostra tradizione alimentare e della cucina italiana: "il piacere di gustare i piatti semplici e naturali di una cucina raffinata e protagonista nel mondo". Ma soprattutto per ricordare, come recita l'ultima didascalia del video: "Il medico di famiglia per il progetto di una sana alimentazione; sempre vicino ai cittadini: un esempio di Unità Nazionale".



◀ segue da pag. 4

epidemie o altro. Con il '900 si scende sotto i 200mila neonati morti ogni anno, ma solo negli anni '40, quando la popolazione complessiva è ormai più che raddoppiata, il dato arriva intorno agli 80mila decessi annui.

Proprio per questo, tornando alla popolazione generale, le statistiche più antiche offrono anche tabelle che valutano la speranza di vita escludendo dal calcolo i morti con meno di 5 anni. Così, osservando l'età mediana di morte di allora, possiamo valutare quanti siano gli anni di vita "guadagnati" oggi. Nel 1863 l'età mediana di morte non

arrivava ai 50 anni, fermandosi a 49,29. Negli anni a seguire ci sono aumenti e flessioni, ma con un complessivo trend in crescita che fa registrare come età media di morte 54 anni nel 1881, quasi 60 nel 1891, 62,46 nel 1901, fino ai 71,11 del 1951. Oggi, la speranza di vita per un bambino che nasce in Italia è di 78,67 anni, mentre una bambina può sperare in 84,04 anni da vivere (dati Istat 2007).

LE CAUSE DI MORTE

Come si può vedere nella tabella 1, la principale causa di morte nei primi anni dell'Italia unita, se si escludono gli incidenti, erano le malattie infettive e parassitarie, alle quali erano attribuibili quasi il 30% dei decessi, secondo i dati del 1881 (relativi soltanto ai capoluoghi di provincia). Venivano poi le malattie dell'apparato respiratorio, intorno al 15%, le malattie mentali, del sistema nervoso e organi dei sensi, che superavano il 10%, le malattie del sistema cardiocircolatorio, intorno al 5%. Negli anni a seguire le malattie infettive fanno sempre meno paura e la loro mortalità si va progressivamente riducendo, ad esclusione della terribile epidemia di spagnola del 1918. Anche le malattie "nervose" e quelle respirato-

rie riducono la loro incidenza sulla mortalità, mentre cresce sempre più il rischio per le malattie del sistema circolatorio: dapprima lentamente, poi, a partire dagli anni '60, sempre più velocemente. Come mostra la tabella 2, ogni 100mila abitanti si registravano 188 morti per malattie cardiovascolari nel 1931, 221 nel 1941, 244 nel 1951, 282 nel 1961, che salgono a 446 nel 1971, per arrivare ai dati attuali, che attribuiscono a queste patologie quasi la metà dei decessi.

Non abbiamo finora parlato dei tumori. Nel 1881 a queste patologie si attribuiva il 2,6% dei decessi, ma il loro peso cresce negli anni seguenti fino a "incrociare", alla metà degli anni '40, la tendenza in calo delle morti per infezioni (v.grafico in tabella 1), avviandosi così a diventare il "male del secolo". Ogni 100mila abitanti, si registravano 75 morti per tumori nel 1931, 93,7 nel 1941, 122 nel 1951, 154 nel 1961, 190 nel 1971 e 220 nel 1981. Una tendenza in parte invertita a partire dagli anni '90, quando i progressi delle cure in campo oncologico hanno ridotto i tassi di mortalità, anche se non, purtroppo, l'incidenza complessiva.

Eva Antoniotti

“

Al momento dell'Unità d'Italia la prospettiva di vita era intorno ai 50 anni, escludendo però la mortalità infantile. Oggi, in media, superiamo gli 80 anni

Tabella 1 - Malattie e decessi dal 1881 al 1981

Un sintetico riepilogo – per decenni – delle malattie causa di morte in Italia. Il numero di decessi per 100 mila abitanti. Dati Istat

Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie mentali, del sistema nervoso e organi dei sensi	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio
1881-1890: 776,5	1881-1890: 58,5	1881-1890: 291,7	1881-1890: 169,5	1881-1890: 522,4
1891-1900: 466,2	1891-1900: 60,8	1891-1900: 237,4	1891-1900: 175,5	1891-1900: 504,9
1901-1910: 345,0	1901-1910: 64,0	1901-1910: 210,1	1901-1910: 208,4	1901-1910: 421,5
1911-1920: 416,0	1911-1920: 68,8	1911-1920: 197,6	1911-1920: 224,0	1911-1920: 404,4
1921-1930: 263,7	1921-1930: 67,2	1921-1930: 182,1	1921-1930: 193,1	1921-1930: 301,5
1931-1940: 177,9	1931-1940: 85,6	1931-1940: 169,1	1931-1940: 197,2	1931-1940: 259,3
1941-1950: 135,5	1941-1950: 99,8	1941-1950: 153,7	1941-1950: 219,4	1941-1950: 171,7
1951-1960: 39,1	1951-1960: 135,0	1951-1960: 148,6	1951-1960: 263,9	1951-1960: 89,2
1961-1970: 20,0	1961-1970: 175,0	1961-1970: 80,7	1961-1970: 380,6	1961-1970: 90,6
1971-1980: 11,0	1971-1980: 202,7	1971-1980: 11,9	1971-1980: 468,8	1971-1980: 74,8
2007: 13,4	2007: 289,1	2007: ND	2007: 377,8	2007: 63,7

DALLE PROVINCE

Fimmg Trento

Rinnovato, il 23 febbraio scorso, il direttivo provinciale e l'esecutivo della sezione di Trento della Fimmg: Paolo Colorio è stato eletto segretario, **Giuseppe Depaoli** vicesegretario, **Fabio Chesani** tesoriere; infine, **Matteo Guliani** ha ricevuto la delega per l'approfondimento delle problematiche concernenti il servizio di Continuità assistenziale.

Fimmg Roma

Rinnovato, con il voto del 19 e 20 febbraio, il Consiglio direttivo provinciale della Fimmg di Roma per il quadriennio 2011-2014. Confermato come segretario provinciale **Pier Luigi Bartoletti**, vicesegretaria vicaria Maria Corongiu, con tre vicesegretari: **Alberto Chiriatti**, **Mario D'intinosante** e **Fabio D'Andrea**. **Mario Cirillo** è segre-

tario amministrativo, **Marcello Fornaseri** segretario organizzativo, **Antonio Nigro** responsabile del Centro Studi, **Giampiero Pirro** responsabile comunicazione.

Membri del Direttivo provinciale dei Fimmg Roma: **Piero Amodeo**, **Teresa Battista**, **Francesco Buono**, **Maria Antonietta Caponi**, **Vincenzo Calcaterra**, **Virgilio Calzini**, **Roberto Cecarelli**, **Alfonso Fiorillo**, **Luigi Galieti**, **Augusto Gambardella**, **Giuseppe Grasso**, **Massimo Mazzilli**, **Giulio Nati**, **Antonella Parnofiello**, **Mario Pitrolo**, **Massimo Sabatini**, **Sergio Tartaglia**.

Fimmg C.A. Piemonte

In seguito alle dimissioni di Raffaele Bosco dall'incarico di segretario regionale, il Consiglio Regionale Fimmg C.A. Piemonte ha eletto, il

24 febbraio scorso, il nuovo esecutivo: **Alessandro Dabbene** è il nuovo segretario regionale, **Ornelia di Carlo** vicesegretaria regionale, **Concetto Drago** tesoriere.

Fimmg Calabria

Il 19 febbraio si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio direttivo Fimmg Calabria per il quadriennio 2011-2014: **Giuseppe Varina** è stato eletto segretario regionale, **Rosalbino Cerra** vicesegretario, **Nazzareno Brissa** segretario organizzativo, **Roberto Russo** segretario amministrativo.

Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da **Salvatore Cotroneo**, **Piero Vasapollo** e **Antonio De Vuono** (supplente). Sono inoltre membri del Consiglio direttivo: **Bruno Cristiano**, **Gennaro De Nardo**, **Giuseppe Gualtieri** e **Mario Santelli**.

Enterogermina

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE ENTEROGERMINA 2 miliardi / 5ml sospensione orale - ENTEROGERMINA 2 miliardi capsule rigide. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Un flaconcino contiene: **Principio attivo:** Spore di *Bacillus clausii* poliantibiotico resistente 2 miliardi. **Una capsula rigida contiene:** Sospensione orale. Capsule rigide. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disvitaminosi endogene. Terapia coadiuvante il ripristino della flora microbica intestinale, alterata nel corso di trattamenti antibiotici o chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-enteriche dei lattanti, imputabili ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disvitaminosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: 2-3 flaconcini al giorno o 2-3 capsule al giorno; bambini: 1-2 flaconcini al giorno o 1-2 capsule al giorno; lattanti: 1-2 flaconcini al giorno. Flaconcini: somministrazione ad intervalli regolari (3-4 ore), assumendo il contenuto del flaconcino tal quale o diluendo in acqua o altre bevande (ad es. latte, the, aranciata). Capsule: deglutire con un sorso d'acqua o di altre bevande. Specialmente nei bambini più piccoli, in caso di difficoltà a deglutire le capsule rigide, è opportuno impiegare la sospensione orale. Questo medicinale è per esclusivo uso orale. Non iniettare né somministrare in nessun altro modo. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** **Avvertenze speciali** L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei flaconcini di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus clausii*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il flaconcino prima dell'uso. **Precauzioni d'impiego** Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Non esistono preclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari** Il farmaco non interferisce con la capacità di guidare veicoli e di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Durante la commercializzazione del prodotto, sono stati riportati casi di reazioni di ipersensibilità, compresi rash e orticaria. **4.9 Sovradosaggio** A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** **Categoria farmacoterapeutica: A07FA49 - microrganismi antidiarroidici** ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus clausii*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus clausii* grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministrazione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus clausii*. Essendo, inoltre, il *Bacillus clausii* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica specifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del clausii. Inoltre il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: penicilline, cefalosporine, tetracicline, macrolidi, aminoglicosidi, novobiocina, cloramfenicolo, tiamfenicolo, lincomicina, isoniazide, cicloserina, rifampicina, acido nalidixico e acido pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** **Flaconcini:** Acqua depurata. **Capsule:** Caolino, Cellulosa microcristallina, Magnesio stearato, Gelatina, Titanio diossido (E171), Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** **Flaconcini** 2 anni. Dopo apertura del flaconcino è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **Capsule** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore a 30°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** **Flaconcini:** astuccio di cartone litografato contenente 10 o 20 flaconcini. **Capsule:** astuccio di cartone litografato contenente 1 o 2 blister da 12 capsule cadauno. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** **Flaconcini:** agitare il flaconcino prima dell'uso. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** sanofi-aventis S.p.A. - Viale L. Bodio, 37/b - 20158 Milano, Italia **8. NUMERI DELLE AUTORIZZAZIONI ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Confezione di 10 flaconcini AIC 013046038 • Confezione di 20 flaconcini AIC 013046040 • Confezione di 12 capsule AIC 013046053 • Confezione di 24 capsule AIC 013046065 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** **Data prima autorizzazione:** Sospensione orale 14 novembre 2001. Capsule 9 dicembre 2004. **Data ultimo rinnovo:** 30 luglio 2008 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Febbraio 2010. **Classe di rimborsabilità:** C. **Regime di dispensazione al pubblico:** OTC - medicinale di automedicazione da vendersi senza prescrizione.

Certificazione: novità nella circolare n.4

La circolare, firmata il 18 marzo dal Ministro Brunetta e dal Ministro Sacconi, contiene elementi di grande interesse per tutti i medici di famiglia.

Innanzitutto è scritto molto chiaramente che, in presenza di difficoltà alla trasmissione del certificato on line, si possa continuare a certificare su carta. Viene inoltre ribadito che la trasmissione dei certificati debba essere fatta da tutti i medici, sia mmg che medici operanti in struttura pubblica.

Fra tre mesi inoltre, al termine del periodo transitorio previsto dalla circolare, i datori di lavoro non potranno più richiedere al dipendente la copia su carta del certificato telematico, ma dovranno prendere visione delle attestazioni di malattia dei propri dipendenti avvalendosi esclusivamente dei servizi messi a disposizione dall'Inps.

Software: la Fimmg incontra le aziende produttrici

Il 28 marzo scorso una delegazione Fimmg, composta da Filippo Anelli, Silvestro Scotti, Renzo Le Pera, Sabatino Orsini Federici, Vittorio Boscherini e Fiorenzo Corti, ha incontrato i rappresentanti delle principali aziende produttrici di schede cliniche informatizzate, ovvero Dedalus (Millennium e altri), DS Medica (Cartella Clinica Bracco), E Shark, Compu Group (Profim e altri), Senetech software, Tc Mednet, Videopress (Perseo). Ai rappresentanti delle aziende è stato proposto un protocollo di intesa per superare le numerose criticità verificatesi negli ultimi mesi, avviando un percorso di partnership stabile. L'incontro, che avrà presto un seguito operativo, ha consentito di raggiungere un primo risultato condividendo alcuni dei punti posti in discussione e trovando un'intesa sui seguenti punti:

1. al fine di favorire la libera scelta da parte del medico del software gestionale le aziende si impegnano a rendere convertibili i dati presenti nella propria scheda informatizzata con tutti i software in commercio;
2. le parti si impegnano a costituire un osservatorio permanente che pro-

ponga la definizione di un livello di qualità degli stessi software attraverso l'individuazione di un data set minimo che ogni software deve garantire;

3. la gestione in remoto della scheda sanitaria informatizzata, specie nelle forme associative tipo rete, deve prevedere la possibilità di interazione tra software diversi al fine di garantire l'attività assistenziale anche a quei medici che, pur aderendo alla stessa forma associativa, sono in possesso di software tra loro diversi.

Ok della Bicamerale su fisco regionale e costi standard in sanità

Il federalismo fiscale regionale e i costi standard saranno presto legge dello Stato. Il 24 marzo la Commissione bicamerale per l'attuazione del fede-

ralismo fiscale, nota come "bicamerale", ha dato il via libera al decreto che ristabilisce ambiti e parametri della fiscalità regionale e introduce il criterio dei costi standard quale riferimento per la determinazione del fabbisogno finanziario per il Ssn.

Ad aprire la strada a questo esito positivo, non scontato, era arrivato il giorno prima l'intesa in via definitiva del decreto da parte delle Regioni, visto l'inserimento degli emendamenti richiesti in materia di trasporto pubblico locale e di un maggior ruolo della Conferenza delle Regioni negli snodi di monitoraggio e di decisione previsti nello stesso decreto.

Fondamentale in bicamerale la scelta del Pd di astenersi, dopo aver viste accolte le richieste per evitare alcuni tagli ai bilanci regionali. Hanno invece confermato il loro voto contrario i Centristi e i rappresentanti dell'Idv.

FERTIFOL
400 mcg

Acido Folico

Classe A

EFFIK
ITALY S.p.A.

Un manuale per migliorare la qualità della vita di pazienti e famiglie

Il libro, rivolto principalmente ai medici di medicina generale che hanno l'occasione e la necessità di confrontarsi con i malati nella fase terminale di una malattia cronica evolutiva e con i loro familiari, contribuisce a rafforzare la consapevolezza che un periodo significativamente esteso delle cure palliative può ottenere un'adeguata risposta proprio dalla medicina generale e dai servizi territoriali, consentendo di assistere i malati nel loro ambiente familiare e con i ritmi a loro più favorevoli. Nella pubblicazione sarà infatti possibile trovare, ben organizzati, i contenuti più importanti delle cure palliative: coloro che si avvicinano alle cure palliative non da specialista, ma da medico o da operatore, potranno reperire in questo testo [attraverso i saggi di 80 diversi autori, ndr] preziose indicazioni e precisi suggerimenti

per rispondere efficacemente ai bisogni dei malati in fase terminale e delle loro famiglie. L'elevato numero degli autori rappresenta in maniera convincente la multidisciplinarietà delle cure palliative e la necessità che esse si arricchiscano di competenze, di conoscenze, di attitudini solo apparentemente eccentriche, ma, in realtà, assolutamente funzionali alla complessità dell'assistenza e dell'accompagnamento di questi malati e delle loro famiglie, le cui necessità sono ben più estese del buon controllo dei sintomi o di una buona igiene personale, poiché si trovano ad affrontare la dimensione esistenziale e più ampiamente sociale del vivere e – necessariamente – del morire.

(Dalla prefazione del professor Giovanni Zaninetta, past president Sisp).



Manuale sulle cure palliative

**Giovanni B. D'Errico,
Vanna M. Valori
(a cura di)**

Edicare Publishing, pp. 600



**Boehringer Ingelheim e Eli Lilly and Company
annunciano un'alleanza strategica per offrire nuove terapie
ai pazienti che soffrono di diabete nel mondo**

Boehringer Ingelheim e Eli Lilly and Company (NYSE: LLY) hanno annunciato un accordo a livello mondiale per la collaborazione nello sviluppo e nella commercializzazione di principi attivi attualmente in fase di sviluppo intermedio e avanzato, in area diabetologica. Specificatamente la collaborazione riguarda due antidiabetici orali di Boehringer Ingelheim, Inagipitin e BI10773, e due analoghi dell'insulina basale di Lilly, LY2605541 e LY2963036, oltre a un'opzione di collaborazione nello sviluppo e commercializzazione dell'anticorpo monoclonale anti TGF-beta di Lilly.

L'accordo si basa sulle conoscenze e competenze scientifiche delle due aziende farmaceutiche, entrambe caratterizzate da una forte attività di Ricerca e Sviluppo, per affrontare le necessità di nuove opzioni terapeutiche derivanti dalla crescente diffusione della patologia diabetica a livello mondiale.

«Siamo davvero entusiasti di questa nuova alleanza con Boehringer Ingelheim, un'azienda con cui abbiamo già proficuamente collaborato in passato» ha dichiarato Vincenzo Navarra, Lilly Sr. Director Diabetes. «La nostra collaborazione ci porterà ad avere una delle pipeline più interessanti di tutto il settore farmaceutico in area diabetologica. Per Lilly questa alleanza amplia la gamma di trattamenti per i pazienti con diabete e rafforza le nostre competenze nell'area terapeutica».

«Boehringer Ingelheim e Lilly hanno deciso di dare vita a una partnership strategica in area diabetologica» ha dichiarato Sergio Lai, Head of Prescription Medicines di Boehringer Ingelheim, «in un momento in cui Boehringer Ingelheim sta entrando in un'ultima nuova area terapeutica con farmaci innovativi frutto della Ricerca e Sviluppo interni. Questa collaborazione porta a Boehringer Ingelheim e Lilly molti benefici che derivano dall'esperienza di Lilly in diabetologia e dei suoi due analoghi dell'insulina basale in fase di sviluppo, uniti alla ricca pipeline di molecole anch'esse in fase finale di sviluppo di Boehringer Ingelheim».

Sergio Lai
Head of Prescription
Boehringer Ingelheim S.p.A.

Vincenzo Navarra
Sr. Director Diabetes Medicines
Eli Lilly Italia S.p.A.

Cassa Galeno, quando i medici si sanno organizzare

di Angelo Sabani

Come abbiamo più volte ricordato, Cassa Galeno non è un'assicurazione; non ha clienti ma Soci che possono decidere di personalizzare liberamente il ventaglio delle prestazioni che vengono offerte, ma che godono tutti degli stessi diritti. Le parole chiave di questa forma organizzativa dei medici, sono: Mutualità, Solidarietà, Autogestione, Personalizzazione e Convenienza. Questi principi si traducono nella tutela globale offerta ai soci: assistenza sanitaria, tutela per la invalidità e premorienza, previdenza integrativa e fondo di solidarietà a sostegno delle situazioni più difficili della vita familiare. Grazie alla forza collettiva di più di 12.000 assistiti, il risparmio per le prestazioni che la Cassa prevede, arriva a toccare una media del 40% rispetto ai costi di mercato.

La vera differenza

Ma la vera differenza rispetto alle molteplici forme di assistenza sanitaria integrativa sta soprattutto nella fondamentale ispirazione della Cassa, fondata dai medici per i medici e le loro famiglie. Ciò significa che Galeno non nasce per fare utili, ma per fornire servizi e garanzie ai suoi soci, non clienti.

In generale l'impresa assicurativa di ispirazione privata è tenuta a realizzare guadagni da distribuire agli investitori e a

sostenere, per tale scopo, costi di gestione considerevoli. Dunque le imprese sono logicamente portate a limitare rischi di liquidazione di danni, superiori ai margini di realizzo. Ciò si può ottenere aumentando considerevolmente i premi assicurativi dei soggetti più "a rischio" per età o malattia, oppure non accettando più di assicurarli, dopo un certo numero di eventi sfavorevoli o ancora restringendo le garanzie.

Galeno, in controtendenza, mantiene comunque i propri soci nella Cassa, senza alcuna limitazione a seguito di eventuale malattia recidivante. Con il Piano Cent'anni il socio e la sua famiglia possono usufruire dall'assistenza sanitaria per tutta la vita, senza timore di ricevere disdetta o di vedersi applicare restrizioni alle garanzie. In più Galeno premia la fedeltà, fornendo agli assistiti con 25 anni di appartenenza alla Cassa l'assistenza sanitaria gratuita dal 70° anno di età in poi.

Ma c'è ancora molto di più

Nel tradizionale rapporto tra assicurato ed assicuratore, nel campo dell'assistenza integrativa, il pagamento del premio rappresenta una cifra che copre un rischio ma che non viene recuperata dall'assicurato nel caso che non si sia verificato, in un determinato lasso di tempo, alcun evento sfavorevole. Per i soci

Galeno, parte del contributo versato alimenta un Fondo Previdenziale individuale, destinato ad integrare la pensione che verrà erogata dall'Enpam o scegliere un capitale di liquidazione di fine rapporto. Grazie al meccanismo di gestione della Cassa, ispirato ad una conduzione "familiare" attenta all'interesse di ogni socio, il fondo, alimentato da parte del contributo individuale, viene periodicamente aumentato gratuitamente da quanto viene risparmiato nella gestione dell'assistenza globale, con un notevole incremento del risparmio previdenziale accantonato. Il Fondo previdenziale consiste, quindi, in un'assicurazione di rendita vitalizia differita, che garantisce principalmente un rendimento minimo garantito del 2,5% annuale, il consolidamento annuale di quanto maturato (capitale più interessi), che non potrà mai diminuire nel corso degli anni. Inoltre viene assicurata al socio la possibilità di ritiro anticipato del capitale versato (capitale più interessi), in caso di uscita dalla Cassa Galeno, senza dover pagare alcuna penalità. Per chi resta nella Cassa, viene riconosciuta la rivalutazione, nel tempo, delle prestazioni di godimento della pensione. Infine è garantita al socio la possibilità di richiesta di anticipazioni del capitale dopo i primi 5 anni di permanenza nella Cassa.

CASSA GALENO SI ORGANIZZA ANCORA MEGLIO

Il primo passo è la gestione diretta dei RID, per una gestione ancora più veloce e puntuale.

La Cassa mutua cooperativa sta iniziando il percorso di riorganizzazione e di ampliamento, secondo il mandato conferitole dai suoi soci nei lavori dell'ultima Assemblea ordinaria. Un primo passo in questa direzione è rappresentato dalla riscos-

sione diretta dei RID, cioè delle quote versate dal singolo socio mensilmente, attraverso il proprio conto corrente bancario. Ciò si è reso necessario anche dal progressivo e continuo aumento delle adesioni e potrà consentire una gestione ancora più efficiente e veloce, nei confronti di ogni socio, ma soprattutto fornirà alla Cassa una più diretta ed immediata visione strategica del proprio potenziale contrattuale e della conseguente ricerca dei migliori prodotti e garanzie per i propri iscritti.

Tutti i soci riceveranno quanto prima le indicazioni da fornire, in tal senso alla propria Banca, per mettere la Cassa in condizione di attuare questa tappa nel suo percorso di ulteriore ammodernamento. Resta sempre più evidente che Galeno rappresenta un virtuoso e concreto esempio dei vantaggi che i Medici possono ottenere in forma organizzata rappresentando pienamente il vecchio detto: "l'unione fa la forza."

Mario Costa

Ospedali di Comunità

di Giancarlo Aulizio*

Per gli Ospedali di Comunità è finita la lunga marcia nel deserto: dopo dodici anni dalle prime esperienze italiane, fu proposta dall'Azienda Usl di Forlì a metà degli anni '90, e dopo cinque anni dall'elaborazione delle Linee Guida nazionali della Fimmg (2003), hanno raggiunto finalmente col Piano sanitario nazionale 2006-08 la dignità di un servizio sanitario normato a livello statale e cofinanziato, per i progetti regionali, con 10 milioni di euro su specifiche materie considerate di particolare interesse sanitario (Legge Finanziaria 2007, n° 296 del 27/12/2006). Infatti, il Psn 2006-2008, a proposito della riorganizzazione delle Cure Primarie e nello specifico nell'ambito delle Case della Salute, recita (par. 3.5): "Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto, ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti". L'OdC è quindi una struttura sanitaria territoriale residenziale inserita nella rete dei servizi delle cure primarie, in grado di rispondere anche ad alcune esigenze sociali, che prevede la gestione diretta di posti letto da parte di medici di medicina generale (mmg) di quel bacino d'utenza, destinata a persone residenti e quindi loro assistiti, prevalentemente anziane non autosufficienti, che non necessitano della complessità del secondo livello (ospedaliero) ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio. Come noto, la soluzione più moderna dell'assistenza ospedaliera ai malati cronici passa dal territorio. Il 56% degli ultra 75enni in Italia è affetto da almeno tre patologie croniche che sono nell'ordine osteoarticolari, cardiovascolari, re-

spiratorie, dismetaboliche; mentre l'Istat ci informa che il 20% degli ultra 65enni presenta la perdita di almeno una delle attività di base della vita quotidiana (disabilità). L'Oms stima per i prossimi anni in una percentuale elevatissima la spesa sanitaria destinata alla cura della cronicità, almeno il doppio di quanto sarà riservato all'acuzie. Nell'articolo pubblicato sullo scorso numero di *Avvenire Medico* (v. n.2/2001, pp. 16-17) che annunciava la collaborazione tra Metis e Sifop si dava la misura del problema: "L'impatto di una malattia sulla salute è espresso generalmente in Daly (Disability Adjusted Life Year), cioè anno di vita sana perduto, e circa il 50% dei Daly nel mondo è causato da disturbi cronici". Nello stesso articolo si sottolineava che "un rapporto dell'Ocse afferma che l'organizzazione del Ssn italiano è più adatta ad affrontare malattie acute che patologie croniche, cioè adotta un modello di assistenza reattiva, non programmata, episodica e frammentaria, mentre in Europa il 77% delle spese sanitarie è imputabile alle malattie croniche, carico destinato a crescere al punto di minare la sostenibilità dei vari sistemi se non verranno attuati interventi efficaci". Vi sono poi altri dati che fanno tremare le vene dei polsi agli studiosi di politiche sanitarie che dipendono, in gran parte, dalla sottostimata programmazione relativa all'accesso ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia avvenuta soprattutto negli ultimi anni.

Secondo una recente ricerca della Fnomceo, centoquindicimila medici, oggi compresi nella fascia di età tra i 51 e i 59 anni, ovvero il 38% di tutta la popolazione medica attiva, andranno in pensione nei prossimi dieci-quindici anni. Tra questi sono compresi il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza dai Servizi sanitari regionali e dalle Università, il 62% dei medici di medicina generale, il 58% dei pediatri di libera scelta, il 55% degli specialisti convenzionati interni. Per tutte queste ragioni, la gestione della cronicità deve necessariamente passare in gran parte dall'ospedale al territo-

rio, realizzando una rete diffusa di strutture sanitarie di ricovero in grado di accogliere i pazienti dagli ospedali, con una intensità di cure calibrata secondo la complessità del quadro clinico ma che sarebbe improprio, forse pericoloso ed inutilmente costoso seguire nei reparti ospedalieri.

COSA OFFRE L'ODC?

L'OdC è il servizio residenziale territoriale a maggiore valenza sanitaria in grado, quindi, di favorire risposte assistenziali in regime di ricovero a pazienti affetti da riacutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali per cui non sono necessarie terapie intensive o diagnostica ad elevata tecnologia. In grado cioè di prevenire ricoveri ospedalieri impropri o dimissioni precoci perché l'attività si svolge in ambiente con assistenza infermieristica e addetti alla cura della persona H24 e presenza e/o reperibilità del mmg dalle 8 alle 20 e da parte della continui-

segue a pag. 18 ►

COS'È UN OSPEDALE DI COMUNITÀ?

È una struttura gestita dai mmg per i loro pazienti che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media-bassa medicalizzazione per la gestione appropriata di patologie cronicodegenerative, momentaneamente scompensate o riacutizzate, che necessitano di monitoraggio, associate a condizioni di rischio sociale variabile. È fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia la rete assistenziale territoriale in quelle situazioni in cui il ricovero ospedaliero appaia ad alto tasso di inappropriata e non rappresenti un miglioramento nella qualità della assistenza alla persona.

Definizione tratta dalle Linee Guida Fimmg 2003

Ricomponi l'equilibrio intestinale

NOVITÀ:
Fuori Frigo

FLOREtrix™

INTEGRATORE ALIMENTARE PROBIOTICO
con 50 miliardi di lattobacilli vivi e vitamine

 sigma-tau

tà assistenziale nell'orario di sua competenza. Gli obiettivi primari, secondo il criterio dell'intensità di cure, sono: la stabilizzazione dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia per il rientro a domicilio, ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali; in sostanza ridurre i ricoveri impropri ed attenuare l'effetto delle dimissioni precoci dall'ospedale.

Gli OdC sono necessari al territorio perché hanno la maggiore valenza sanitaria e rispondono più tempestivamente alle necessità cliniche della persona malata, perché il ricovero è deciso direttamente dal mmg o concordato col collega ospedaliero alla dimissione, a differenza degli altri servizi (Rsa, Case protette o di riposo) in cui prevalgono gli aspetti sociali o socio-sanitari e i cui accessi sono determinati da commissioni di valutazione o da liste d'attesa. Gli OdC collaborano con l'ospedale tradizionale riducendone i ricoveri impropri e consentendo così di rispettare i Drg, destinando le risorse tecnologiche e professionali a chi ne ha effettivamente bisogno e contribuendo a ridurre le liste d'attesa, infine mitigano il problema sempre più attuale delle dimissioni anticipate.

Attualmente sono attivi in Italia 65 OdC, la maggior parte dei quali sorti in piccoli comuni disagiati perché lontani da un ospedale tradizionale. Oggi la necessità di OdC è davvero esplosa, basta collegarsi ad internet per verificarlo, non solo per i tagli avvenuti in questi anni dei posti letto ospedalieri in generale (120 mila posti letto pubblici in meno dal 1995 in Italia, con altri 10 mila a perdere entro il 2011) e per la necessità di trovare altre soluzioni di ricovero sul territorio a costi più contenuti ed elevata assistenza sanitaria, ma anche perché alcune realtà (Regioni, Ausl) si trovano nelle necessità di rientrare da importanti deficit economici. Gli OdC sono inseriti nei Psr di tredici Regioni, altre li hanno attivati senza normarli e ci sono riferimenti anche nell'Accordo collettivo nazionale della Medicina Generale (Art.59 comma c).

Le undici Regioni che li hanno attivati sono nell'ordine: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Puglia, Friuli



Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Liguria, Veneto, Lombardia. Sono coinvolti oltre 200 comuni, con un bacino d'utenza di due milioni di persone; 700 sono i posti letto, circa 500 i mmg impegnati con almeno altre due mila persone fra infermieri e operatori sociosanitari.

La promozione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni rappresenta uno dei punti chiave del processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e quindi, contemporaneamente e necessariamente, della rete dei servizi territoriali che, secondo l'intensità decrescente dei bisogni sanitari, vede intervenire OdC, Rsa, Case protette e di riposo, in una sorta di lungodegenza territoriale flessibile. Ciò comporta che per la migliore assistenza al paziente si debbano ridurre i tassi di ospedalizzazione e di inapproprietezza dei ricoveri, stimati attualmente in un milione degli undici per anno in Italia (Atlante 2009 sulla ospedalizzazione evitabile del Ministero della Salute su dati 2005-2008). Si rende quindi necessario riconvertire nell'ambito del primo livello dell'intervento (Cure Primarie) una serie di presidi ospedalieri, magari in Centri per l'Assistenza Primaria (CAP), come si legge nel Piano sanitario nazionale 2010-2012, che dedica ampio spazio alla gestione territoriale di posti letto affidata a mmg ed infermieri secondo diversi livelli d'intensità di cure; o in Case della Salute, la cui normativa istitutiva (Psn 2006-2008) già prevedeva e finanziava gli OdC.

Alla fine quindi di un percorso iniziato

nella metà degli anni '90 sono finalmente arrivate le normative statali, necessarie perché cadessero anche le ultime riserve da parte di quelle Regioni ed Aziende sanitarie che fino ad allora avevano attivato gli Ospedali di Comunità con risorse proprie. Gli OdC si dividono in quattro modalità organizzative e pur essendo stati lasciati liberi di volare secondo le risorse, la logistica e le disponibilità locali (sia delle Aziende sanitarie che dei mmg) hanno avuto finora paletti invalicabili per impedire che si realizzassero "chimere" di assistenza sanitaria territoriale rispondenti a logiche di interessi anche economici, rischiando così di mettere in difficoltà le stesse Aziende più propense ad attivarli ed i mmg disposti ad assumerne la responsabilità clinica. Questo attento monitoraggio delle future attivazioni di OdC deve anche razionalizzare le strategie regionali dell'offerta sanitaria: mantenendo l'ospedale come luogo di cura ad elevata tecnologia e turn over con proprio personale altamente qualificato per questo settore, ma dotando il territorio di quei letti sanitari a piccola-media intensità destinati alla cronicità, anch'essi ad elevato turn over, affidati ai mmg ed agli infermieri insieme agli specialisti ambulatoriali. Infatti, in questa forsennata corsa al risparmio ed al progettare comunque qualcosa, potrebbero nascere soluzioni di tipo ancora "sperimentale" che confondano le finalità e le tipologie gestionali degli OdC, persino vanifican-

segue a pag. 22 ▶

dalla ricerca Sigma-Tau

CARNIFAST®

INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di Propionil-L-carnitina, Coenzima Q₁₀,
Vitamina B₂, Vitamina B₃, Vitamina B₅

Energia... *rapidamente*

In tutte le situazioni:

- stress psicofisico da lavoro/studio
- convalescenza
- età avanzata



**1 compressa al dì
o secondo indicazione
del Medico**

30 compresse orodispersibili

Prezzo € 18,50

 **sigma-tau** s.p.a.
Industria farmaceutica ricerca

prendi 2 a canoni zero

La CARTA la di CREDITO
del CLUB MEDICI, l'unica che
ti fa entrare GRATUTAMENTE
in un Club all inclusive

- la carta di credito immediatamente disponibile con € 3.600,00, in OMAGGIO l'ISCRIZIONE ANNUA 2011 al Club Medici
- esente da spese di attivazione e da canone triennale
- sconti riservati per l'acquisto di polizze assicurative, prenotazioni turistiche e di eventi, etc... presso le sedi Club Medici

 www.clubmedici.it
ClubMedici

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Per le condizioni economiche e contrattuali, fare riferimento agli avvisi e ai fogli informativi disponibili presso le sedi Club Medici. Finanziamento: Club Medici - P.IVA 02477241000. Indirizzo: Area Medici/1, Direttore: Banca d'Italia n° 87791. Indirizzo Area Agenti: P. Area/1, Finanziaria presso Banca d'Italia n° 80771.



La carta di credito che non può mancare
nella tua tasca e che ti fa entrare
GRATUTAMENTE in un Club all inclusive.
RICHIEDILA SUBITO.

- direttamente dal sito www.clubmedici.it
- presso tutte le sedi Club Medici

Area Blu

Via G. Marchi, 10 Roma
info@clubmedici.it

chiama
06 8607891

Area Verde

Centro Direzionale: Isola ES
Palazzo Avalon Napoli
areaes@clubmedici.it

chiama
081 7879520

al Club Medici
tutti i giorni è un...

OpenDay

i nostri funzionari
sono a tua completa
disposizione



Fimmg under 40



Formazione specifica senza frontiere: esperienze in Europa

Alessandro Dabbene*

La Formazione Specifica in Medicina Generale si è organizzata in Italia coinvolgendo in tutto il Paese reparti ospedalieri, ambulatori territoriali, migliaia di medici di famiglia tutor e docenti che organizzano seminari in cui, spesso, descrivono l'organizzazione della medicina generale in diversi paesi d'Europa confrontandone il modello con quello italiano. Un sistema così articolato potrebbe prevedere facilmente anche l'organizzazione di esperienze dirette all'estero per i medici in formazione, ma pare non sia esattamente così. Abbiamo quindi deciso di approfondire questo tema con il dottor Carlo Spezia, coordinatore della Sezione Fimmg Medici in Formazione della Regione Emilia Romagna, rappresentante italiano nel 2008-2009 nel Consiglio europeo del Vasco de Gama Movement, il gruppo giovani di Wonca Europe.

PERCHÉ È DIFFICILE FARE TIROCINIO ALL'ESTERO

Dottor Spezia, i medici in formazione italiani partecipano ai programmi di scambio europei?

Molti vorrebbero! Ma in Italia i programmi didattici hanno esclusivamente una dimensione regionale e nazionale: sono limitati gli esempi di contatti tra le scuole italiane e gli altri paesi europei, così come non è prevista in maniera esplicita la possibilità del corsista di svolgere periodi di tirocinio all'estero. Lo stesso Decreto che regola il triennio non parla di questa possibilità, anzi, pare ostacolarla diffidando i medici dall'intraprendere percorsi didattici integrativi oltre quelli previsti dal programma istituzionale. La situazione è paradossale soprattutto se consideriamo che la mobilità in Europa è ormai un fatto consolidato da tempo: per gli studenti con l'Erasmus così come per

gli specializzandi universitari, con l'autorizzazione del direttore di Scuola, anche per lunghi periodi.

Se le cose stanno così pare difficile immaginare anche solo una sperimentazione di tirocini all'estero

In realtà, pur incontrando molte difficoltà, nel Corso Regionale dell'Emilia-Romagna si sono concretizzate esperienze innovative e qualificanti. Tra molti colleghi della mia Regione è emersa l'esigenza di svolgere all'estero un periodo formativo per conoscere come lavora un medico di medicina generale in un altro paese europeo. Ho raccolto queste richieste cercando di trovare una soluzione.

Puoi raccontarci come ci sei riuscito?

Nel Vasco da Gama ci siamo sempre battuti per aprire le porte delle scuole regionali di medicina generale agli scambi costruendo il Progetto Hippocrates, un net-

UN'ESPERIENZA POSITIVA

Tra le esperienze che Carlo Spezia è riuscito a concretizzare c'è quella di Silvia Bonetti, diplomatasi da pochi mesi; durante il triennio è stata per 15 giorni in un CAP, Centro di Assistenza Primaria, nel cuore di Barcellona.

Silvia, come valuti l'esperienza che hai vissuto?

È stata davvero molto interessante e formativa! L'assetto organizzativo di un CAP catalano è molto più funzionale del mo-

dello italiano, i pazienti ricevono un'assistenza senza soluzione di continuità e i medici di famiglia hanno turni ben definiti, un infermiere di medicina generale a disposizione, la possibilità in tempo reale di consulto e consulenze di specialisti. Si confrontano costantemente tra di loro, fanno ricerca – nel mio caso in ambito pneumologico – e svolgono le visite domiciliari solo un giorno a settimana, per i pazienti di tutto il CAP. Questa organizzazione, oltre ad elevare la qualità dell'assistenza, abbatte il fenomeno del burn-out e incrementa le soddisfa-

zioni professionali!

Pensi che il medico in formazione possa arricchire le proprie competenze in un ambito simile?

Nel CAP è già così! All'ultimo anno di corso ai medici in formazione viene assegnato un ambulatorio in cui lavorano da soli, e l'attività svolta viene poi verificata insieme con il tutor di riferimento. Credo sia una fase molto importante, dopo quella dell'apprendimento, sviluppare e verificare la propria autonomia professionale.

work autogestito che mette in contatto corsisti di tutta Europa con medici di medicina generale disposti ad ospitarli nel loro studio per brevi periodi. È stato così possibile organizzare diverse trasferte per colleghi del corso 2007-2010 che hanno potuto frequentare chi un CAP catalano, chi una group practice del sud dell'Inghilterra. L'iniziativa ha suscitato grande interesse da parte dei Coordinatori dell'attività didattica che si sono impegnati moltissimo per dare ai medici in partenza tutti gli strumenti per affrontare al meglio l'esperienza nuova. Perplesità invece da parte degli Uffici Regionali, ma d'altro canto non c'erano molti precedenti...

Quindi la difficoltà maggiore è stata superare la barriera della burocrazia.

Sì, proprio così. Ma come coordinatore Fimmg Formazione mi sono battuto fermamente perché fosse tutelato il diritto dei colleghi di fare queste esperienze che qualificavano il loro curriculum. La que-

stione è stata oggetto di numerosi incontri anche animati ma, guadagnato il supporto del Consiglio Didattico Regionale, è stato possibile arrivare ad una formulazione equilibrata che permettesse di inserire questi periodi svolti all'estero nel percorso formativo.

Che riscontri hai avuto?

Ottimi! I corsisti al rientro hanno presentato le loro esperienze ai colleghi. È stato molto interessante il racconto e il dibattito che ne è seguito: si lavora meglio a Barcellona, nel Sussex o nell'Italia di oggi? La medicina generale in Italia, in cosa è debole e in cosa eccelle? Il confronto è stato stimolante, considerando anche che nel nostro paese siamo ad un passo da grandi riforme.

Dottor Spezia, per concludere, quali prospettive ci sono per il superamento delle difficoltà che ad oggi limitano esperienze importanti di questo tipo?

Il quadro normativo che regola il Corso

Regionale è datato e ormai inadeguato. Ho cercato di far arrivare il tema mobilità a Bruxelles: il dr. Marco Patierno, membro del Consiglio Didattico Regionale, sensibile al tema e tra i delegati italiani alla Uemo, si è preso l'incarico di promuovere la nascita di un gruppo di lavoro sull'argomento presso questa autorevole istituzione europea. Uemo è in grado di dare linee di indirizzo di grande impatto su questioni che riguardano la nostra professione. Bisogna aggiungere che tra tutor e docenti la novità degli scambi tra l'Emilia Romagna e l'Europa ha creato un gran fermento e così molti medici di famiglia si sono resi disponibili ad ospitare corsisti che potranno arrivare dall'estero: è chiaro che anche i tutor trovano spunti e stimoli nuovi nel confrontarsi con uno specializzando che viene dall'estero e che può avere un curriculum molto diverso dal nostro.

**vicecoordinatore
nazionale Fimmg Formazione*

IN FORMAZIONE, GUARDANDO ALL'INGHILTERRA

Michela Rosso frequenta il primo anno di corso in Piemonte, ma guarda già oltre confine.

Michela, so che hai già preso con-

tatti con il dottor Spezia. Quali sono i tuoi progetti?

Sto seriamente pensando di aderire a un progetto del Vasco de Gama Movement e volare in Inghilterra a scoprire come funziona il sistema anglosassone della Medicina Generale: ho iniziato da pochi mesi la formazione specifica

e più volte mi è stato spiegato che il modello inglese è stato di ispirazione per il nostro. Essendo molto curiosa voglio vivere in prima persona ciò di cui sento tanto parlare, del resto anche la medicina è ormai globalizzata e non è pensabile fare esperienza solo di ciò che ci circonda!

◀ segue da pag. 18

do un percorso che ormai li ha accreditati con un anello fondamentale di congiunzione tra l'ospedale tradizionale ed il territorio. Concludo con una osservazione. Il disavanzo della sanità italiana è di 3,2 miliardi di euro, imputabile per il 55,5% alle Regioni del Sud ed al 44,5% a quelle del Centro-Nord, e sta accadendo una cosa strana. Le Regioni del Sud, dove la sanità pubblica aveva molto abdicato al suo ruolo accreditando forse troppi servizi al privato, stanno cercando di ridisegnare la mappa dei loro interventi partendo dalla ricostruzione delle Cure Primarie e dismettendo

molti costosi accreditamenti rivelatisi difficili da controllare ed anche superflui, magari sostituendoli con quelli elaborati in altre realtà e ormai testati come efficaci; mentre alcune Regioni del Centro-Nord stanno dismettendo o fortemente riducendo molti servizi territoriali ed ospedalieri pubblici contando sulla sanità privata o mista pubblico-privato, relegandosi sempre più ad un ruolo di committente. Certo è che il sempre maggior trasferimento di risorse economiche dall'ospedale al territorio sta portando con sé anche modalità organizzative, professionalità, linee guida, valu-

tazioni economiche di stretta osservanza ospedaliera (esempio Drg territoriali) che mal si conciliano con la straordinaria diversità delle Cure Primarie, dove a volte è anche difficile distinguere se si è in presenza di una domanda sanitaria o sociale, ma che sono assolutamente compatibili con un sistema di monitoraggio diventato tanto asfissiante quanto evidentemente poco efficace, visti i costi e gli sprechi della sanità alimentati anche dagli stessi apparati di controllo.

**referente nazionale Fimmg
per gli Ospedali di Comunità*

LA SALUTE IN TAVOLA

PROGETTO DI VALORIZZAZIONE DELLA DIETA MEDITERRANEA
E DELLO STILE ALIMENTARE ITALIANO

Terza Età e alimentazione

di Emilio Mortilla - Comitato scientifico, Unesco - Dess

Quando suona la campanella del traguardo dei 65 anni, non è soltanto il momento di andare in pensione ed esercitare la difficile arte di arredare il tanto tempo libero da impegni di lavoro, ma è anche il momento di fare un bilancio di salute. Qual è lo stato di efficienza del nostro organismo? Quali patologie sono in atto? Come possiamo cronicizzare la salute e contrastare l'aggressione che l'usura del tempo esercita sui nostri organi ed apparati?

Bene, se abbiamo avuto la fortuna di scegliere genitori con un buon patrimonio genetico, se siamo vissuti in un ambiente salubre, con sufficienti possibilità economiche, se abbiamo avuto la fortuna di studiare e se... abbiamo ottime possibilità di essere in quell'85% di over 65 che godono di buona salute. Ma la salute va coltivata, custodita e preservata, mantenendo, correggendo o adottando uno stile di vita sano e capace di interferire positivamente sulle varie funzioni di un organismo che vede ridurre progressivamente le proprie capacità funzionali. Ne sentiamo continuamente parlare: sana alimentazione ed attività motoria. Ma sarà vero che sono così importanti? Direi proprio di sì. Il movimento, ad esempio, per un anziano, è efficace più dei farmaci anche se, come questi ultimi, ha indicazioni, avvertenze, effetti collaterali e specifiche modalità d'uso. L'alimentazione - non la dieta - è qualcosa di ancor più importante, ma non poco complicata da gestire in un mondo in cui impera il fast food e si è perso il piacere dello slow food. Purtroppo l'UNESCO ha deliberato che i contenuti salutistici dell'alimentazione mediterranea meritano di essere proclamati "patrimonio immateriale dell'umanità". E ciò vorrà pur dire qualcosa!

In sostanza, se siamo un popolo fra i più longevi del mondo, molto si deve alla tradizione culinaria dei Paesi del Mediterraneo, all'ecosistema in cui viviamo ed al buon livello di condizioni socio economiche che caratterizzano i popoli di questa parte del mondo.

Come avevano ben compreso i cinesi, alcune migliaia di anni fa, gli alimenti rappresentano pur sempre dei "farmaci" che assumiamo tre volte al giorno e i cui effetti, positivi o negativi, riscontriamo solo dopo molti anni. Sempre

più insistentemente e con autorevolezza, la letteratura scientifica internazionale pone l'accento su alcuni aspetti della senescenza che privilegiano il fenomeno legato alla formazione di prodotti ossidati ed al corretto funzionamento delle membrane biologiche. Questi due aspetti sono all'attenzione della Comunità Scientifica come siti specifici di interventi per correggere e/o ritardare quei fenomeni che anche dal normale processo di invecchiamento possono deviare verso importanti patologie.

La natura dell'invecchiamento vede, tra le possibili cause, la teoria dell'implicazione dei cosiddetti "radicali liberi" come base delle ricerche sulla teoria molecolare della senescenza e delle condizioni a questa correlate quali cancro, diabete, aterosclerosi, patologie oculari (retinopatia, degenerazione maculare senile, cataratta), cutanee, cerebrali, neurodegenerative, etc. La strategia possibile per contrastare tali effetti è quella di favorire l'assunzione ottimale di nutrienti antiossidanti, dei quali è appunto ricca l'alimentazione mediterranea, come parte determinante dell'approccio preventivo della moderna medicina, soprattutto con alimenti naturali, i cui processi di produzione siano certificati dal punto di vista qualitativo. Infatti, ad esempio, dal punto di vista organolettico e nutrizionale, i pomodori pro-



Emilio Mortilla
Comitato scientifico
Unesco - Dess

dotti nel nostro Paese non hanno le stesse caratteristiche di quelli prodotti in Cina. È ormai evidente, dal punto di vista scientifico, che disordini di origine

alimentare che coinvolgono la società occidentale, sono individuati come importanti fattori di rischio in diverse patologie, come quelle cardiovascolari che rappresentano la prima causa di morte.

Frutta, vegetali appropriati, con contenuto significativo di vitamina C, betacarotene, licopene, flavonoidi, fenoli, etc. possono costituire un'adeguata linea di difesa contro le attività pro-ossidative, unitamente a sostanze antiossidanti e ad acidi grassi polinsaturi, come ad esempio il DHA, di cui è particolarmente ricco il pesce azzurro. Un livello ematico, adeguato e costante, di sostanze che svolgano un'azione antiossidante è dunque un intervento fondamentale per conseguire e/o garantire un idoneo livello di salute e di efficienza in grado di interferire nell'evoluzione di malattie croniche quali l'aterosclerosi, le succitate patologie oculari, ma anche il declino delle funzioni cognitive o l'evoluzione di alcune neoplasie. L'adozione, quindi, di un modello di alimentazione, quale quello tipico dei popoli mediterranei, rappresenta un'importante azione di contrasto, semplice ed economicamente sostenibile, ai processi di invecchiamento. Come diceva Mark Twain: "dobbiamo fare oggi qualcosa per il nostro futuro in quanto è là che dovremmo passare la maggior parte del nostro tempo".

FEDERSANITÀ ANCI

Associazione Nazionale Comuni Italiani



Associazione Nazionale Comuni Italiani organizza Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e le Conferenze dei Sindaci, agisce come strumento istituzionale sul piano della rappresentanza per i Comuni per assicurare i percorsi di integrazione sociosanitaria e socio assistenziale; opera come centro di elaborazione culturale di politiche della salute sui territori. I principali obiettivi sono: attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato, delle Regioni e con le istituzioni per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia delle politiche sanitarie e di welfare; assicurare la rappresentanza degli operatori della sanità al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale; individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative culturali, di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati. Le finalità che persegue Federsanità Anci sono una serie di progetti in collaborazione con i Comuni volti alla diffusione di temi legati alla prevenzione, alla cultura del benessere, degli stili di vita corretti, ecc. i cui destinatari sono gli "orientatori comportamentali", ovvero professionisti che per la loro attività possono influenzare il comportamento del cittadino consumatore: Comunità medico scientifiche, Enti locali ed Operatori dell'informazione.

Shock settico, complicanze e follow up domiciliare

di Stefano Nobili*

IL CASO

Viene descritto il caso di una paziente di 74 anni, sopravvissuta a uno shock settico e che, tornata al domicilio, viene posta in Assistenza Domiciliare Integrata. Daniela aveva conservato uno stato di buona salute fino a quattro anni prima della presente osservazione: in seguito a dolori addominali ricorrenti, le veniva diagnosticata una colelitiasi e una diverticolosi diffusa del sigma. I dolori addominali evidentemente nascondevano anche altre cause in quanto, una TC dell'addome diagnosticava un carcinoma spino cellulare della cervice uterina localmente avanzato, non aggredibile chirurgicamente e quindi trattato con radioterapia. Quest'ultima le aveva provocato un'idronefrosi, per la quale era stata sottoposta a nefrostomia bilaterale e l'anno dopo veniva posizionato stent ureterale destro e l'anno successivo uno stent ureterale sinistro, complicato quest'ultimo da malfunzionamento per cui veniva rimosso e riposizionato, anche se il tentativo non sortiva effetto. Durante la procedura di sostituzione si notava la presenza di urine purulente dalla stomia sinistra; stesso quadro di urine ematiche e purulente al controllo della stomia destra. Subito dopo tale procedura, la paziente presentava urosepsi con iperpiressia (40°), ipotensione marcata, insufficienza respiratoria, obnubilamento del sensorio quindi perdita di coscienza e veniva ricoverata in terapia intensiva.

Daniela veniva quindi intubata, sedata e connessa alla ventilazione meccanica; l'ipotensione e la tachicardia rendevano necessaria l'infusione di noradrenalina con stabilizzazione del circolo. L'ecocardiogramma mostrava un alterato rilasciamento diastolico e lieve insufficienza tricuspide per cui si

iniziava l'infusione di dobutamina con successivo miglioramento del circolo e riduzione dei lattati. La stabilizzazione emodinamica permetteva la sospensione delle amine due giorni dopo e l'introduzione in terapia con ace inibitore per rialzo pressorio. Veniva iniziata terapia antibiotica empirica con Levofloxacin e Cefotaxime, scelta poi confermata da urino-coltura positiva per E. Coli. L'emogasanalisi presentava un quadro di acidosi metabolica compensata. Gli indici di funzionalità renale mostravano creatinina 3.8mg/dl, aumento degli indici di colestasi, delle lipasi e delle transaminasi. Per questi motivi veniva eseguita in urgenza una TC addome: dilatazione delle vie biliari intraepatiche e del coledoco con immagine ipoerdensa di natura litiasica nella porzione intrapancreatica di 1.5cm, sludge biliare nella porzione prossimale del coledoco stesso. Non tumefazioni pancreatiche o raccolte liquide peripancreatiche. Versamento pleurico basale bilaterale maggiore a sx con ispessimento pericardico; non raccolte perirenali.

Dopo cinque giorni dall'ingresso la paziente veniva estubata con il mantenimento del quadro respiratorio ed emodinamico stabile. Apiretica con riduzione degli indici di flogosi, la paziente si mostrava sveglia, tranquilla, col-

laborante, eupnoica pur in ossigeno e con saturazione 99%, MV senza rumori patologici. La pressione arteriosa era mantenuta ai livelli di normalità con ace inibitore. Urine spontanee. Addome trattabile talvolta dolorante, alvo aperto a feci semisolide, nutrizione enterale ben tollerata via sondino naso gastrico.

Dimessa dalla rianimazione e trasferita in urologia, la paziente presentava episodio di proctorragia e melena per cui veniva sottoposta a esofagogastroduodenoscopia: negativa. Alla colonoscopia si apprezzava "sigma con presenza di numerosissimi diverticoli. A 11 cm dalla rima anale si osserva orifizio di diverticolo ascessualizzato e presenza di fistola con multiple erosioni satelliti (l'esame istologico della mucosa del grosso intestino non mostrava alterazioni di rilievo). Emorroidi congeste". Cistouretrografia retrograda: non immagini radiopache di significato litiasico. Vescica da sforzo. A livello della parete laterale dx della vescica si osservano due spandimenti di mezzo di contrasto che potrebbero essere in accordo con il sospetto di fistole. Le condizioni della paziente non hanno consentito l'esecuzione delle fasi minzionali e postminzionali.

Viene posizionato catetere vescicale per rilevamento della fistola retto-vescicale, per la quale, dopo consulto collegiale, non è stata posta indicazione a intervento chirurgico in considerazione della scarsa prognosi quoad vitam. A un controllo pochi giorni dopo, il quadro fistoloso è autorisolto verosimilmente per la terapia antibiotica. La paziente si presenta stabile, apiretica, allettata, mantiene digiuno, non è in grado di provvedere autonomamen-

“

La patogenesi dello shock settico non è ancora del tutto chiara

segue a pag. 26 ►

◀ segue da pag. 24

te alla propria igiene e all'assunzione della terapia necessaria; presenta micosi orofaringea (trattamento con antifungini e sciacqui di bicarbonato) e Herpes labialis in terapia con aciclovir; la nefrostomia, il catetere vescicale e il catetere venoso centrale devono essere gestiti costantemente dal personale infermieristico. Per questi motivi viene inviata presso l'Hospice di riferimento.

Qui la paziente, ha presentato un episodio di sub occlusione intestinale risolto con terapia medica e due infezioni urinarie trattate con levofloxacina e imipenem cilastatina, oltre a proctorragia che ha determinato anemia trattata per la quale è stata emotrasmusa con recupero dei valori dell'emoglobina da 7 a 10.5.

Alfine la paziente, previa informazione dei parenti, viene dimessa e inviata al domicilio dove si attiva Adi consistente nell'intervento da parte del mmg una/due volte la settimana, del medico palliativista, due volte la settimana e del personale infermieristico, tre volte la settimana in modo da avere un quadro assistenziale quasi giornaliero. Attualmente le esigenze sono legate alla gestione delle nefrostomie,

alla prevenzione del decubito in quanto la paziente è pressoché allettata per tutta la giornata, anche se viene mobilizzata su carrozzina e il passaggio letto-carrozzina viene effettuato con aiuto pur mantenendo la posizione eretta per alcuni passi, all'alimentazione che è autonoma, pur essendo la paziente incapace di prepararsi il cibo. Il quadro, nonostante la storia pregressa e la complessità della situazione clinica della paziente, rimane stabile fino alla rimozione e sostituzione dello stent della nefrostomia dx dopo i programmati tre mesi. A sei mesi dalla dimissione, la paziente, contro le previsioni dei medici, è stabile e non ha più avuto episodi acuti.

COMMENTI

Lo shock settico è definito come un quadro di ipotensione persistente nonostante l'introduzione adeguata di liquidi o un'ipoperfusione tissutale che presenta un'alta concentrazione di lattati (American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Chest. Jun 1992;101(6):1644-55). Non è ancora così chiara la patogenesi dello shock settico: l'attivazione dei meccanismi di difesa scatenati dai patogeni interessa il sistema immunitario dell'ospite con l'attivazione di una

serie di mediatori infiammatori, di neutrofilo e monociti, associata a vasodilatazione locale, aumento della permeabilità endoteliale e attivazione della coagulazione.

Se inizialmente è presente un'alcalosi respiratoria che compensa l'aumento della produzione dei lattati, compare nel tempo un'acidosi metabolica. Appaiono inoltre insufficienza respiratoria, aritmie atriali o ventricolari, insufficienza renale. La mortalità per shock settico va dal 20 al 50% (Crit Care Med. Mar 2004;32(3):858-73). La prognosi è peggiore quando si instaura un'acidosi metabolica scompensata associata a insufficienza multi organo che porta a una irreversibilità del quadro generale.

Sul piano invece delle cure domiciliari, l'Adi, come noto, è una forma di assistenza, prevista dall'Acn per la medicina generale, che permette il mantenimento del paziente a domicilio con un team sanitario che copre le esigenze del paziente stesso. Solitamente è ben gradito da pazienti e familiari che lo richiedono al mmg il quale si relaziona col Distretto Sanitario per la sua attivazione.

**medico di famiglia, Fimmg Milano stefanonobili@fimmg.org*

LE NEWS

BPCO: meglio il tiotropio del salmeterolo

Il tiotropio è più efficace del salmeterolo nel ridurre il rischio di riacutizzazioni della broncopneumopatia cronica ostruttiva. È questo il risultato dello studio POET-COPDTM pubblicato sul New England Journal of Medicine.

Il trial, durato un anno, ha valutato l'efficacia dei due farmaci in oltre 7mila pazienti affetti da BPCO di grado da moderato a grave e con una storia di riacutizzazioni.

Il tiotropio ha ritardato in maniera significativa la comparsa della prima riacutizzazione della BPCO, con una

riduzione del rischio del 17 per cento rispetto al salmeterolo. Nel gruppo in trattamento con tiotropio è risultato ridotto del 14 per cento il rischio di riacutizzazioni di grado moderato e del 28 per cento quelle gravi che han-



no reso necessaria l'ospedalizzazione. Più basso anche il numero di riacutizzazioni che hanno richiesto il trattamento con steroidi sistemici, antibiotici, o entrambi.

"Le riacutizzazioni hanno impatti considerevoli sui pazienti in termini di qualità di vita, morbilità e aumento del rischio di mortalità", ha dichiarato Claus Vogelmeier, dell'Università di Marburg, Germania e coordinatore dello studio. "Questo ampio studio conferma che il tiotropio resta il farmaco di prima linea nella gestione della BPCO per contribuire a minimizzare il rischio di riacutizzazioni, già in fase precoce, permettendo, così, ai pazienti di condurre una vita attiva più a lungo".

La frustrazione di svegliarsi con l'artrite reumatoide

di Giovanni Mirra

Più di tre pazienti su cinque, tra quelli affetti dalla patologia infiammatoria, soffrono di compromessa funzionalità mattutina. Pesanti le conse-

guenze sulla qualità di vita: frustrazione, compromissione della capacità di compiere le azioni quotidiane e difficoltà di svolgere il proprio lavoro

È il mattino il momento peggiore per le persone affette da artrite reumatoide. Almeno il 60 per cento di esse soffre infatti di compromessa funzionalità mattutina, la difficoltà a svolgere i propri compiti e attività a causa della rigidità articolare, del dolore e di altri sintomi indotti dalla patologia infiammatoria. A determinare i disturbi è l'aumento della concentrazione di citochine nelle ore notturne.

Una di esse, l'interleuchina-6, per esempio, segue perfettamente il ritmo circadiano dell'organismo e si accumula nel corso della notte tra le 2.00 e le 7.00 del mattino, causando infiammazione, dolore e rigidità a livello delle articolazioni al momento del risveglio. Ora, uno studio effettuato da Ipsos MORI e commissionata da Mundipharma, fotografa l'impatto della rigidità mattutina su questa parte di malati e i loro bisogni insoddisfatti.

Dolente, rigido, bloccato, dolorante, gonfio, infiammato, limitato nei movimenti. Così i pazienti descrivono la loro sensazione al risveglio nell'indagine condotta in 11 Paesi europei su 518 reumatologi e 750 pazienti (tra essi anche 76 reumatologi e 100 pazienti italiani). Uno stato che si protrae in media per 53 minuti e che per il 76 per cento del campione condiziona pesantemente l'esistenza.

La maggior parte dei pazienti è costretta a usare ausili per svolgere le normali attività mattutine: un calzascarpe per infilarsi le scarpe o utensili da cucina speciali, come gli apriscatole. Non stupisce allora che per oltre la metà di es-

si (il 53%) la frustrazione sia lo stato d'animo che accompagna il risveglio, né che il 60 per cento si senta un peso per gli altri.

Anche il lavoro ne risente: il 64 per cento del campione ha ammesso che a un certo momento della vita, rigidità e dolore mattutini legati alla malattia hanno impedito loro di lavorare.

Dati, questi, di cui sono ben consapevoli i reumatologi italiani: dall'indagine è infatti emerso che il 64 per cento di essi ritiene che la compromessa funzionalità mattutina dovrebbe essere trattata in modo specifico, il 72 per cento che le opzioni di trattamento attualmente disponibili non sono specificamente mirate a preservare la funzionalità mattutina e il 74 per cento che ci sia bisogno di nuove terapie per trattare questo problema.

“La terapia cortisonica ha rappresentato e rappresenta uno dei migliori sistemi di trattamento dell'infiammazione nell'artrite reumatoide”, ha commentato Maurizio Cutolo, direttore della Clinica Reumatologica del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Genova. “La disponibilità di



cortisonici in grado di ottimizzare l'effetto anti-infiammatorio e, quindi, di migliorare il problema della rigidità articolare mattutina è diventata una realtà, grazie alla tecnica farmaceutica che oggi ci permette una somministrazione programmata notturna del farmaco”.

È recente, infatti, l'approvazione anche nel nostro Paese, di una nuova formulazione di prednisone a rilascio programmato (Lodotra®). Grazie a un guscio di silice anidra, che funge da barriera tra i succhi gastro-intestinali e il nucleo attivo del farmaco, il nuovo medicinale, assunto alle 22.00, eroga basse dosi di prednisone da 4 a 6 ore dopo l'ingestione, cioè quando, nelle prime ore della notte, si sviluppa l'infiammazione e si verifica il danno tissutale a causa dell'innalzamento dei livelli di citochine. La massima concentrazione di prednisone nel sangue viene così raggiunta al momento ottimale, quando i livelli di queste sostanze proinfiammatorie raggiungono il picco massimo.

I trial clinici su cui si è basata l'approvazione hanno dimostrato la capacità del nuovo farmaco di produrre una riduzione della rigidità e del dolore mattutini alle articolazioni maggiore, in termini di durata, rispetto a quella osservata dopo la somministrazione al mattino del prednisone tradizionale. Nello studio Circadian Administration of Prednisone in Rheumatoid Arthritis (CAPRA-1) pubblicato su Lancet il nuovo prodotto ha mostrato di ridurre del 22,7 per cento la durata della rigidità mattutina rispetto allo 0,4 per cento del prednisone a rilascio immediato. Inoltre, dopo 3 mesi, si ottiene una riduzione dei livelli sierici di interleuchina 6 (effetto non ottenuto con il prednisone convenzionale). Tutto ciò mantenendo un profilo di sicurezza sovrapponibile a quello del prednisone tradizionale.

Il prednisone a rilascio programmato, in associazione con un antireumatico modificante la malattia (DMARD), ha dimostrato inoltre di essere più efficace della monoterapia con DMARD in un altro studio clinico di Fase III (CAPRA-2). Inoltre non induce un'inibizione della sintesi endogena del cortisone, dimostrandosi sicuro dal punto di vista della corticodipendenza che spesso i cortisonici assunti durante il giorno determinano.

LE NEWS

Bendaggio gastrico: complicanze nel 40 per cento dei casi

Il bendaggio gastrico, che consiste nel restringimento dello stomaco attraverso l'impianto di un anello di silicone, in quasi la metà dei casi porta complicanze che il più delle volte costringono a un secondo intervento. È questo il risultato dell'indagine condotta dal Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre di Bruxelles e pubblicata sugli *Archives of Surgery*.

Lo studio, effettuato su 82 pazienti, ha evidenziato che a circa 12 anni dall'intervento, circa il 60 per cento si dichiarava soddisfatto e la tecnica ha consentito una riduzione di peso del 42,8 per cento. Tuttavia, il 39 per cento di essi era andato in contro a serie complicazioni come l'espansione della tasca gastrica, l'infezione o l'erosione dell'anello. Complicazioni più lievi per il 22 per cento del campione. In circa il 60 per cento dei casi è stato necessario ricorrere a un nuovo intervento chirurgico, mentre nel 50 per cento si è stati costretti a rimuovere il bendaggio. Dati che hanno indotto i ricercatori ad affermare che "la procedura sembra ottenere outcome relativamente scarsi nel lungo periodo".

Arriva in Europa il primo trattamento orale contro la sclerosi multipla

La Commissione europea ha concesso l'autorizzazione al commercio per fingolimod, il primo trattamento orale per i pazienti affetti da sclerosi multipla recidivante-remittente ad elevata attività che non rispondono al trattamento con interferone beta e per quelli con sclerosi multipla recidivante-remittente severa. La decisione, che fa seguito al parere positivo espresso lo scorso 20 gennaio dal Committee for Medicinal Products for Human Use, "segna un importante passo nel modo di gestire in Europa questa malattia cronica e debilitante", ha dichiarato Hans-Peter Hartung, dell'Heinrich-Heine Universität di

Düsseldorf in Germania.

L'approvazione si è basata sui risultati di un ampio studio clinico, da cui è emersa la capacità di fingolimod di ridurre (dopo un anno dall'inizio del trattamento) le ricadute caratteristiche della patologia del 52 per cento rispetto all'interferone-beta-1a. A due anni, inoltre, la progressione della disabilità è risultata ridotta del 30 per cento rispetto al placebo. Significativa anche la riduzione delle lesioni cerebrali.

Un adolescente ogni 5 ha carenza di ferro

Il 18% degli adolescenti presenta una riduzione delle riserve di ferro, con una prevalenza significativamente più elevata tra le ragazze (21%) rispetto ai ragazzi (13%). Per quanto riguarda l'Italia, in particolare la città di Roma, bassi depositi di ferro sono stati osservati nel 21% delle ragazze e nel

17% dei ragazzi, mentre la carenza conclamata di ferro è risultata più elevata tra le ragazze con il 4% rispetto al 2% dei ragazzi e la comparsa di anemia conseguente alla carenza di ferro è risultata presente nel 2% delle ragazze e in nessun ragazzo.

Sono questi i principali risultati dello studio sulla valutazione della carenza di ferro negli adolescenti europei condotto dall'Inran (l'ente pubblico italiano per la ricerca in materia di alimenti e nutrizione) nell'ambito del progetto europeo Helena (VI programma quadro UE) e in collaborazione con gli altri partner. Lo studio, pubblicato su *European Journal of Clinical Nutrition*, si basa su un campione di 940 ragazzi, 438 maschi e 502 femmine, tra 12 e 17 anni, provenienti da 10 città europee (tra cui Roma) ed evidenzia come la prevalenza di carenza di ferro tra gli adolescenti sia un fenomeno trasversale nei diversi Paesi europei.

www.epatiteb.info

Informazioni sull'epatite B
disponibili in 11 lingue



È un'iniziativa
Bristol-Myers Squibb

**Se il gioco non è più un gioco
c'è qualcuno
che può darti una mano**



**chiama il Numero Verde
GiocaResponsabile 800.921.121
oppure collegati a www.giocaresponsabile.it**

Se pensi di avere un problema col gioco o che lo abbia un tuo familiare o amico, puoi trovare aiuto nel servizio GiocaResponsabile, chiamando il numero verde 800.921.121, oppure collegandoti al sito www.giocaresponsabile.it. Il servizio garantisce l'anonimato ed è del tutto gratuito; è gestito da esperti psicologi, medici e legali di FeDerSerD, che potranno fornirti un supporto immediato e orientarti verso la struttura pubblica o privata a te più vicina.

È possibile richiedere materiale informativo - locandina e pieghevoli illustrativi - da mettere a disposizione negli ambulatori, negli uffici di pubblica utilità, negli uffici dei servizi sociali e in tutti i luoghi di aggregazione sociale, culturale e sanitaria chiamando la Segreteria GiocaResponsabile al numero di telefono 366.6797004 o mandando una richiesta all'indirizzo email: segreteria@giocaresponsabile.it

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA GIOCHI RESPONSABILI
del Dipartimento di Scienze della Comunicazione

Il servizio GiocaResponsabile è realizzato grazie al sostegno di

LOTTOMATICA



Principio di sostituzione: l'esempio degli ftalati nei dispositivi biomedicali



QUANDO SI USANO GLI FTALATI

Gli ftalati vengono utilizzati nella produzione di molti oggetti d'uso quotidiano come giocattoli, imballaggi, tubi, rivestimenti o oggetti d'arredamento per la loro proprietà di rendere le materie plastiche più morbide e flessibili. Non sono però legati chimicamente nella plastica e possono quindi staccarsi facilmente, finendo negli alimenti, nell'acqua potabile, nell'aria o sulla pelle. Sono assimilati prevalentemente attraverso gli alimenti. I più esposti a questo rischio sono tuttavia i bambini che, mettendo in bocca i giocattoli, possono assumerne quantità maggiori rispetto agli adulti.

Da alcuni anni sono in vigore delle leggi che vietano o limitano l'uso di determinati ftalati nei giocattoli per neonati o bambini, nei prodotti chimici per la casa, nei cosmetici e nelle pellicole ad uso alimentare.

Morbido, ma pericoloso

Giuseppe Latini*
Alberto Mantovani**

La presenza sul mercato di prodotti che possano mettere a repentaglio la nostra salute non è più accettabile, soprattutto perché in molti casi esistono delle soluzioni alternative di bassa tossicità e, nel caso dei biomateriali, assolutamente biocompatibili (1).

Il di-(2-etil-esil) ftalato (Dehp) è ancora il plasticizzante più ampiamente utilizzato nei dispositivi sanitari in polivinilcloruro (Pvc). Tuttavia, il Dehp non è chimicamente stabile all'interno del Pvc e, con il passare del tempo e l'uso prolungato, migra dai dispositivi medici. Il potenziale del Dehp nel produrre effetti avversi sugli esseri umani è stato oggetto di considerevole dibattito nella comunità scientifica; in particolare, i neonati prematuri sono i soggetti a più alto rischio, a causa delle loro dimensioni, delle condizioni fisiche e per l'essere esposti a molteplici dispositivi medici contemporaneamente (2). Studi sperimentali

ed alcuni dati epidemiologici indicano come esposizioni precoci a Dehp possano avere serie ripercussioni sullo sviluppo riproduttivo e metabolico (3, 4).

Un modello sulla possibilità di rimpiazzare sostanze identificate come IE, e specificamente gli ftalati, viene dai risultati del progetto di ricerca Brite (Biocompatible Flexible Polymer Alloys Based on Polyesters from Renewable Resources for Mass-Consumer Applications Involving Contact with

COSA SONO GLI FTALATI

Gli ftalati sono sostanze chimiche organiche prodotte dal petrolio e sono i plastificanti più comuni al mondo. Sono una famiglia di sostanze chimiche usate da oltre 50 anni, principalmente per rendere morbido e flessibile il cloruro di

polivinile (PVC). Benché i vari tipi utilizzati oggi abbiano delle similitudini strutturali, ognuno ha prestazioni diverse. Gli ftalati hanno l'aspetto di un olio vegetale chiaro e hanno poco o nessun odore.

(Fonte: Centro Italiano di Informazione sugli Ftalati)

human fluids and tissues, 2000-4). Nonostante il successo del progetto, che ha prodotto un nuovo plasticizzante assolutamente biocompatibile e privo di tossicità, vi è ancora una mancanza di decisioni normative verso la presenza di ftalati in dispositivi medici.

Il Comitato Scientifico della Commissione Europea sui Rischi Nuovi ed Emergenti (Scenih) – DG Sanco ha valutato nel 2008 l'uso del Dehp come plasticizzante nei dispositivi biomedicali (5). Lo Scenih ha ritenuto fondate le preoccupazioni circa l'esposizione al Dehp nei neonati prematuri; il Comitato ha inoltre considerato con attenzione otto possibili plasticizzanti alternativi che risultano meno tossici del Dehp nell'animale da laboratorio, raccomandando ulteriori studi sulla migrazione dai dispositivi e sull'efficacia di utilizzo.

Una spinta verso i nuovi studi raccomandati dallo Scenih non potrà, tuttavia, che venire dall'attenzione del legislatore verso una possibile sostituzione del Dehp. Qualsiasi soluzione alternativa non potrà che avere, nel momento in cui viene immessa sul mercato, un prezzo superiore al prodotto utilizzato da anni; è anche chiaro che nel computo dei costi e dei benefici vanno compresi i costi sanitari per la famiglia e per la comunità associati ai rischi per la salute – a lungo termine e per le generazioni future – derivanti dall'uso di "vecchi" composti identificati come IE.

**Ospedale "A. Perrino",
Brindisi, gilatini@tin.it*

***Rep. Tossicologia Alimentare
e Veterinaria, ISS,
alberto.mantovani@iss.it*

GLI FTALATI NEI DISPOSITIVI MEDICI

Gli ftalati sono presenti in numerosi dispositivi medici in PVC:

- **sondini per alimentazione, tubi endotracheali, cateteri per infusione,**
- **cateteri ombelicali, sacche di plasma e di sangue, tubi per tracheotomia,**
- **cateteri per emodialisi, cateteri per dialisi peritoneale, tubi di raccordo dei respiratori, bypass cardiopolmonari, circuiti per ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, ovvero Ossigenazione Extracorporea a Membrana).**



Solo per alcuni di essi (sondini per alimentazione, bypass, cateteri per infusione e quelli per dialisi) esistono soluzioni alternative sul mercato. Ma oggi, come spiega l'articolo a fianco, gli Ftalati sono sostituibili.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Comitato Nazionale Biosicurezza Biotecnologie e Scienze della Vita (2010) "Priorità e obiettivi per la valutazione e gestione del rischio per la salute umana e la qualità ambientale da esposizione a Interferenti Endocrini" http://www.governo.it/biotecnologie/documenti/abstract_Documento_1nterferenti_Endocrini2.pdf
2. Latini G, Ferri M, Chiellini F. Materials degradation in PVC medical devices, DEHP leaching and neonatal outcomes. *Curr Med Chem.* 2010;17:2979-89.
3. Maranghi F, Lorenzetti S, Tassinari R, Moracci G, Tassinari V, Marcoccia D, Di Virgilio A, Eusepi A, Romeo A, Magrelli A, Salvatore M, Tosto F, Viganotti M, Antoccia A, Di Masi A, Azza-
- lin G, Tanzarella C, Macino G, Taruscio D, Mantovani A (2010). In utero exposure to di-(2-ethylhexyl) phthalate affects liver morphology and metabolism in post-natal CD-1 mice. *Reprod Toxicol.* 29: 427-32.
4. Latini G, Knipp G, Mantovani A, Loredana M, Chiarelli F, Söder O. (2010) Endocrine disruptors and human health. *Mini Rev Med Chem.* 10: 846-55.
5. Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks-SCENIHR (2008). Opinion on the safety of medical devices containing DEHP plasticized PVC or other plasticizers on neonates and other groups possibly at risk. http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenih/docs/scenih_o_014.pdf.



AVVENIRE MEDICO
Mensile della Fimmg
piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625 Telefax
06.54896645

Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo
Direttore Responsabile
Michele Olivetti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Editore
Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Giancarlo Aulizio, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti, Bruno Cristiano,
Mario Costa, Alessandro Dabbene,
Paolo Giarrusso, Giuseppe Latini,
Alberto Mantovani,
Ester Maragò, Antonino Michienzi,
Giovanni Mirra, Emilio Mortilla,
Stefano Nobili,
Mariano Rampini, Angelo Sabani

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti
Foto
Fabio Ruggiero

Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare nel mese di marzo 2011
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/1/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010
Tiratura media: 41.264
Diffusione media: 40.749
Certificato CSST n.2010-2105 del 28/02/2011
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C.Sas

Per la cura del paziente con una ferita cronica o acuta affidati a un trattamento efficace, sicuro e ben tollerato¹

 **smith&nephew**

NORUXOL®

Unguento a base di
Collagenasi 1,2U
(Clostridiopeptidasi A)

NORUXOL contribuisce ad una cicatrizzazione rapida e qualitativamente valida^{2,3,4,5}. Inoltre, è ben tollerato dai pazienti e favorisce il contenimento del dolore nelle ustioni⁶.



In Italia oltre 2 milioni di persone soffrono di lesioni cutanee croniche come le piaghe da decubito, le ulcere venose e degli arti inferiori, coinvolgendo oltre 600.000 nuclei familiari. Il costo annuale per il sistema sanitario italiano è stimato superiore a 1,5 miliardi di euro⁷.



Wound Management!
Smith & Nephew s.r.l.
Via De Capitari, 2A
20041 Agrate Brianza (MB)
Italia

T +39 039 60941
F +39 039 651535

contact@smith-nephew.com
www.smith-nephew.it/wound
www.globalwoundacademy.com
www.curaadelleferite.it

© Smith & Nephew

Doc0476 (01/16) - 4/16 11/16/10/10

Bibliografia

1. Dargatzis C, Wroblewski C, Sunkalabrak D, et al. Pain and analgesic administration in the elderly: a review of relevance of delirium and functional decline. *Drugs* 2010; 70(11): 1447-1460.
2. Jurek W and Wilder H. Collagenase: the use of Clostridia Collagenase in Clinical Practice. *Clin Drug Res* 2000; 19(1): 243-257.
3. Cutler M, Alarcon-Solis S, et al. Antifibrotic actions of human collagenase 1 on skin fibroblasts. *Wound Rep Reg* 1998; 7(5): 481-484.
4. Lachman W. Stimulation of Human Fibrocyte Migration and Proliferation by King and White and Cellular Responses to Injury and Wound Healing. *Wound Rep Reg* 2001; 9(2): 133-140.
5. Jurek W, Alarcon-Solis S, et al. Clostridium histolyticum collagenase reduces pain and improves wound healing by releasing matrix molecules. *J Wound Care* 2000; 11(9): 207-211.
6. Wroblewski C, Wilder H, et al. The use of collagenase in the treatment of burn wounds. *J Wound Care* 2001; 12(5): 18-21.
7. *Wound Care* 2001; 12(5): 18-21. The Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, USA.

ANTIBIOTICO
RESISTENTE¹⁻³

TERMO
RESISTENTE¹

GASTRO/BILE
RESISTENTE⁴⁻⁶



Spore di *Bacillus clausii*

resistenti a fattori chimico-fisici,
in grado di arrivare a livello enterico
e di germinare in cellule metabolicamente attive.^{1,7}
Per la profilassi e cura del dismicrobismo intestinale.¹

1. Enterogermina RCP.
2. Bozdogan B et al. Antimicrob Agents Chemother 2003;47:1343-1346.
3. Bozdogan B, Galogun S, Lederog R Appl Environ Microbiol 2004;70:280-284.
4. Cirfo F et al. Farmaci e Terapia 1987;4:163-169.
5. Duc le H et al. Appl Environ Microbiol 2004;70:2161-2171.
6. Cenci G, Trotta F, Caidini G J Appl Microbiol 2006;101:1208-1215.
7. Marza F Boll Chim Farmaceutico 1994;13:18.