

4-12  
MENSILE  
XLX ANNO

Enpam Oliveti: "Pensioni al sicuro, patrimonio a 12,5 miliardi" p.8  
Scienza Medicinali falsi. Quando "farmaco" significa davvero "veleno" p.11  
Scienza Il 15% dei pazienti dei mmg soffre di dolore cronico p.14



# I 100 giorni di lotta dei medici in formazione della Fimmg

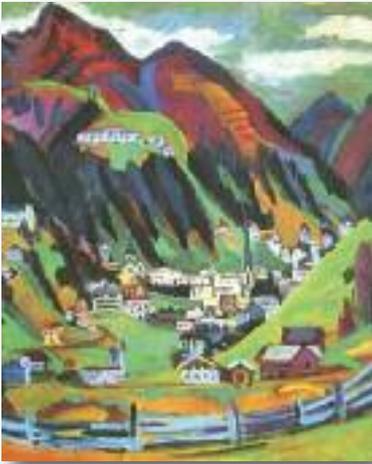
am  
AVVENIRE MEDICO

FI&MG  
ITALIANA

Federazione Italiana Medici  
di Medicina Generale,

# 100 giorni di lotta per tutta la medicina generale

**Daria di Saverio**  
Coordinatrice  
nazionale Fimmg  
Formazione



**In copertina**  
Ernst Ludwig Kirchner  
*Veduta di Davos*  
(1924)

Quella che può sembrare la protesta di pochi giovani medici, futuri medici di medicina generale, in realtà rappresenta il grido di allarme che tutta la medicina generale lancia per portare l'attenzione sulla formazione specifica, atto necessario e essenziale alla sopravvivenza della disciplina della medicina di famiglia e della continuità assistenziale.

La protesta messa in atto da Fimmg Formazione rivendica, infatti, che la formazione in medicina generale si sposti dall'ospedale al territorio, sia arricchita di contenuti aggiornati e attività professionalizzanti, permettendo ai colleghi in formazione di esprimere sempre meglio una scelta vocazionale alla medicina generale. La svalutazione latente della figura del medico di famiglia, infatti, affonda le sue radici nella scarsa attenzione al percorso formativo di accesso alla medicina generale. Riteniamo che l'intera categoria, anche alla luce delle evoluzioni demografiche e conseguentemente previdenziali, non possa più accettare lo scarso investimento economico nella formazione, neanche paragonabile con l'investimento fatto per la formazione specialistica, e che determina un sempre maggiore tasso di abbandono, mettendo in crisi le scelte vocazionali alla medicina generale.

La protesta, appoggiata da tutta la Fimmg e dalla Fnomceo, ha coinvolto medici in formazione di tutte le Regioni, toccando Roma, Napoli, Bologna, Potenza, Torino, Monza, Ancona, Sassari, Catania, Messina e Palermo. Ma non è stato sufficiente, come è stato invece per i colleghi specializzandi (che hanno avuto, anche al di là della loro volontà, il supporto delle lobby universitarie), incrociare le braccia e scendere in piazza per ottenere un trattamento dignitoso.

Tuttavia un primo risultato è stato ottenuto: si aprirà un tavolo ministeriale che si occuperà della rifondazione della formazione.

Considerando però anche il poco rassicurante periodo storico che l'Italia attraversa, resta il timore che le soluzioni ai problemi relativi al corso di formazione specifica in medicina generale non siano così vicine, soprattutto se il problema non viene percepito come tale da tutta la categoria.

Lo spazio che viene dato alla formazione all'interno di Fimmg è vitale, e bisogna fare in modo che sia uno spazio dove sviluppare percorsi di solidarietà intergenerazionale che siano caratterizzati da uno sguardo onnicomprensivo che vada da tematiche di valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale fin dai suoi primi passi, a temi della professione attiva e di carattere previdenziale. Per essere pronti, tutti, a scendere in piazza per difendere la disciplina a qualunque livello venga attaccata.

# I 100 giorni di lotta dei medici in formazione della Fimmg

**100** giorni di protesta per denunciare la condizione difficile in cui si trovano i giovani medici che partecipano al triennio di formazione in Medicina Generale. È questa l'iniziativa organizzata da Fimmg Formazione, che si è articolata in tanti diversi momenti in molte città d'Italia.

Le criticità messe in evidenza dai medici "formandi" in Medicina Generale sono numerose: una borsa di studio annuo esigua (11.600 euro) e tassata come fosse reddito da lavoro, poiché la formazione in Medicina Generale è considerata appunto "formazione al lavoro" e non studio, come accade per le specializzazioni universitarie; nessuna copertura (se non

quella Enpam) per la maternità e le malattie oltre i 30 giorni; incompatibilità a svolgere altre prestazioni professionali.

Il risultato è che molti abbandonano la formazione in MG, migrando verso altre specializzazioni. Una situazione che rischia di farci avere, da qui a poco, una grave carenza di medici di Medicina Generale, visto che molti dei professionisti attualmente in attività andranno in pensione nei prossimi 5/10 anni.

"Pagate le

tasse, ci restano in tasca 750 euro al mese – spiega Daria Di Saverio, coordinatrice nazionale Fimmg Formazione – e nelle Regioni del Sud la situazione è ancora più grave perché è difficile accedere anche alle sostituzioni in Continuità Assistenziale e in Medicina Generale".

"In Lombardia – aggiunge Giulia Zonno, vicecoordinatrice della stessa struttura – possiamo almeno lavorare in Continuità Assistenziale. Ma avremmo bisogno di poter svolgere più lavori qualificanti nell'Area delle Cure Prima-



**I formandi hanno un trattamento davvero discriminatorio: borsa di studio esigua, tasse elevate e incompatibilità a svolgere altri lavori**



rie, con il duplice obiettivo di rafforzare il nostro percorso formativo e ottenere un reddito dignitoso". Giacomo Milillo ha partecipato a diversi momenti di questa mobilitazione: "Tutta la Fimmg sostiene le ragioni di questa protesta – ha detto Milillo – e spero proprio che finalmente il mondo politico capisca quanto sia ingiusta la situazione in cui sono costretti questi ragazzi".



**Solidarietà e impegno a sostenere le ragioni dei giovani medici da parte di Amedeo Bianco e di molti presidenti di Ordine**

“Dobbiamo usare questo momento per ripensare tutta la formazione post laurea – ha aggiunto il vicesegretario nazionale Fimmg Silvestro Scotti – anche per fare in modo che nel percorso di studio degli specializzandi e dei formandi in Medicina Generale ci siano momenti in comune, per poter più facilmente realizzare quell’integrazione tra ospedale e territorio che oggi fatica ad affermarsi”. La prima azione di protesta messa in campo da Fimmg Formazione è stata l’occupazione (simbolica) di una sala dell’Ordine dei medici di Roma, l’8 maggio scorso. Ma non c’è stato bisogno di nessuna prova di forza, visto che il presidente dell’Ordine

ne, Roberto Lala, condivide le ragioni della protesta. È una situazione discriminatoria e inaccettabile – ha detto Lala nel corso dell’assemblea – e mi farò promotore di incontri tra voi e le istituzioni parlamentari e regionali, perché si possa trovare una soluzione”. Manifestazione, con camici, cartelli e striscioni, anche nel corso del Consiglio nazionale Fnomceo, tenuto a Roma l’11 maggio. E il 21 maggio

occupazione dell’Ordine di Torino, con un incontro tra i giovani medici e Amedeo Bianco, che è presidente di quell’Ordine ma anche presidente della Federazione nazionale degli Ordini. Manifestazione anche presso l’Ordine di Napoli e quello di Monza, sempre raccogliendo sostegno e solidarietà in questa protesta.

E un primo risultato, anche se ancora troppo piccolo, è arrivato: il ministro Balduzzi ha accolto infatti la proposta di Milillo per istituire presso il ministero della Salute un tavolo tecnico dedicato proprio ai problemi della formazione in Medicina Generale (v. pagina seguente).



Nell’ordine: a Roma, incontro con **Roberto Lala**; uno striscione davanti alla sede Omceo di Napoli; a Torino incontro con **Amedeo Bianco**; a Torino, un momento della tavola rotonda; lo striscione nella sede Fimmg di Monza

*A Gualdo Tadino Fimmg Formazione e Consiglio nazionale Fimmg*

# Accolta la proposta di Milillo per istituire un tavolo tecnico sui temi della formazione

di Paolo Giarrusso

L'incontro, organizzato dalla Fimmg a Gualdo Tadino il 4 e 5 giugno scorsi, ha visto la partecipazione di tanti colleghi della formazione in medicina generale ed è stata l'occasione per il Consiglio nazionale di conoscere e constatare direttamente le posizioni del ministro della Salute Renato Balduzzi su questo tema scottante per l'area delle Cure primarie.

Giacomo Milillo nella sua introduzione ha evidenziato alcune criticità in sospeso, a cominciare dalla necessità di trovare una via d'uscita per il percorso formativo dei futuri medici di medicina generale del Servizio sanitario nazionale, che merita miglior collocazione rispetto all'attuale corso di formazione regionale, precarizzante e sottopagato.

Notevole rilievo nella relazione del segretario hanno avuto inoltre i temi del personale di studio e le criticità emerse nell'area della medicina penitenziaria, attualmente di competenza regionale.

Il ministro Balduzzi, sottolineando ripetutamente la condizione di "temporaneità" dell'attuale Governo e del suo ministero, ha evidenziato come attualmente la medicina generale non venga percepita dagli italiani come dovrebbe, nel pieno delle sue potenzialità, e ha sottolineato come, al di là delle possibili innovazioni che si potranno realizzare solo compatibilmente con l'attuale situazione economica generale, appaia opportuno "fare insieme un pezzo di strada tale per rendere ancora più autorevole e affidabile la medicina generale nella percezione della gente".

Il ministro ha inoltre ricordato alla platea come il problema dei giovani laureati e del loro inserimento nelle varie professioni sia nel suo insieme all'attenzione di questo esecutivo e che, in tale contesto, l'area della professione medica "non è sicuramente fra le peggiori, se confrontata con quella delle altre professioni", invitando a vedere nella libera circolazione in Europa un'ulteriore opportunità per le nuove generazioni.

Insomma, davvero non si può dire che si sia

avuta piena sintonia, come anche sulla questione della non sostituibilità dei farmaci equivalenti, per la quale Balduzzi ha parlato di "mancata comprensione". Nel corso del suo intervento il ministro ha anche annunciato che la ricetta elettronica dovrà partire entro l'anno.

Nella relazione pomeridiana Milillo ha avanzato la proposta di istituire un tavolo tecnico per la formazione, al quale partecipino tutti gli attori interessati, proposta che solo in serata ha avuto l'ok dal ministro. Il dibattito in Consiglio nazionale ha poi evidenziato le diverse criticità ancora presenti nelle relazioni con la parte pubblica per quanto riguarda l'applicazione dell'Acn (il problema della quota di ponderazione, la tendenza ad introdurre compiti propri di un rapporto di dipendenza, il problema dei farmaci a brevetto scaduto ecc.), che certo non favoriscono un clima di serenità fra le parti.

Concludendo la sua relazione, Milillo ha poi dato alcune indicazioni di lavoro: innanzi tutto la necessità di affrontare in un'ottica nazionale e non regionale i problemi, cui deve unirsi anche un rafforzamento del coordinamento legale da parte della nostra associazione, per tutelare sempre meglio i medici di medicina generale.

L'incontro si è concluso esprimendo la piena solidarietà alle popolazioni e ai medici colpiti dal sisma in Emilia e in Lombardia, non senza avere evidenziato come i presidi che la medicina generale e la continuità assistenziale abbiano risposto appieno ai bisogni della gente che attualmente vive nelle tendopoli.



Il ministro Renato Balduzzi e Giacomo Milillo all'incontro di Gualdo Tadino

# Un decalogo sul corretto rapporto tra mmg e produttori di software

di Paolo Misericordia\*

**I**l Convegno Quadri della Fimmg ad Acireale (CT), svoltosi a maggio scorso, è stata anche l'occasione per aprire un dibattito sulle opportunità ma anche sui possibili rischi percepiti dalla Medicina Generale in relazione alle evoluzioni dei sistemi informatici e ai processi di digitalizzazione avanzata dei dati sanitari. È stata affrontata una ampia gamma di problematiche: dalla condivisione dei dati assistenziali in prospettiva del lavoro in squadra, al "cloud computing", che, se offrirà facilitazioni operative ed agevolazioni nelle procedure, potrebbe però comportare limitazioni

nell'autonomia e forse anche alla sicurezza della professione.

Un'attenzione particolare è stata rivolta al rapporto del mmg con il mercato dei gestionali ambulatoriali; la Fimmg ha proposto una serie di osservazioni e di "alert" destinati a migliorare le consapevolezze dei mmg su questo delicato aspetto dell'attività. Su questo argomento è stato proposto un documento che dovrebbe costituire una sorta di "decalogo" per un corretto rapporto tra mmg e aziende produttrici di gestionali ambulatoriali per medici di famiglia. Questi sono risultati i punti salienti del documento:

1. il mmg è il legittimo proprietario del database;
2. il mmg ha la libertà di scegliere il gestionale in un mercato che rispetti le regole della concorrenza;
3. al database deve essere garantita/adequata l'interoperabilità con le altre risorse del sistema;
4. deve essere garantita la portabilità dei dati;
5. il database dovrebbe essere strutturato secondo i principi dell'Open Data;
6. deve essere tutelata la sicurezza del database;
7. deve essere garantita libertà di scelta nella localizzazione del database;
8. nel gestionale deve essere garantito l'esercizio delle diverse opzioni facoltative quando implicano assunzione di responsabilità;
9. il gestionale non deve presentare condizionamenti per l'attività intellettuale del medico;
10. la modalità per implementare normative complesse dovrebbe essere condivisa con le rappresentanze della categoria.

\*Centro Studi Fimmg

## LE NEWS

### Rinnovati i vertici di Fidiprof, Giacomo Milillo e Dario Grisillo nei Cda

Si sono svolte a Roma le assemblee di Fidiprof Nord e Fidiprof Centro Sud, i primi due consorzi di garanzia



**Dario Grisillo**

fidi promossi da Confprofessioni dedicati ai liberi professionisti. Dopo l'approvazione del bilancio chiuso al 31 dicembre 2011, le rispettive assemblee hanno proceduto alla nomina degli amministratori. Per il triennio 2012-2014 il consiglio di amministrazione di Fidiprof Nord risulta composto dal presidente Francesco Giacomini, e dai consiglieri Gerardo Ghetti, Giacomo Milillo, Maria Paglia ed Ezio Maria Reggiani. Il cda di Fidiprof Centro Sud, che rimarrà in carica per il triennio 2012-2014, è composto dal presidente Gelsomina Maisto e dai consiglieri Luigi Alfredo Carunchio, Dario Grisillo, Leonardo Pascazio e Carlo Ghirlanda. Intanto fioccano le adesioni ai due confidi promossi da Confprofessioni, che si avvicinano a grandi passi all'obiettivo di raggiungere complessivamente i 1.500 soci. Al Nord le regioni più

attive risultano Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte, mentre nel Centro Sud Puglia, Toscana e Campania guidano la corsa alle adesioni. Sia al Nord che al Centro Sud le categorie più dinamiche risultano quelle dell'area Sanità e Salute, seguite dall'area Economia e Lavoro.



**Giacomo Milillo**

# Oliveti: "Pensioni al sicuro, patrimonio a 12,5 miliardi"

Alberto Oliveti ha assunto tutte le deleghe rimesse da Eolo Parodi e annuncia una nuova stagione: investimenti meno redditizi ma sicuri, taglio dei consulenti esterni, più trasparenza

**L**e pensioni dei medici sono sacre". È questa la frase che ripete più spesso Alberto Oliveti, che dal maggio scorso ha assunto tutte le deleghe rimesse da Eolo Parodi. E per difendere le pensioni dei medici Oliveti ricorda che l'Enpam ha già avviato tre riforme: quella del modello di governance del patrimonio, quella del sistema di previdenza e quella della rappresentanza interna all'Ente.

Tutta l'attenzione è rivolta a "mettere in sicurezza" la previdenza dei medici, anche facendo una riforma difficile che lo stesso Oliveti, rivolto ai medici, riassume così: "Ti darò un po' più tardi e un po' di meno, ma ti garantisco che avrai la tua pensione".

Parole chiare anche sui criteri che guidano ora gli investi-

menti. Oliveti li riassume nella formula "zero virgola", che spiega così: "Dobbiamo rovesciare l'approccio agli investimenti finanziari, che solitamente puntano a massimizzare i rendimenti, alzando di conseguenza i costi delle commissioni. I nostri investimenti sono rivolti solo a garantire la previdenza e dunque devono essere prudenti, sicuri, sia pure con una rendita bassa, e dunque con una commissione da 'zero virgola'".

Anche per il patrimonio immobiliare si è aperta una stagione più austera. Gestione "in house" attraverso Enpam Real Estate, ricontrattazione degli accordi con Ata Hotel, il gruppo che gestisce i complessi turistici di proprietà dell'Ente, e recupero di un contenzioso di 40 milioni che si trascinava dal 2008. Il risultato è che nel 2011 la gestione del patrimonio immobiliare Enpam è costata 2,5 milioni di euro in meno.

Riguardo all'indagine della Procura di Roma che ha portato Eolo Parodi ad autosospendersi, Oliveti, che ha già incontrato gli inquirenti (il procuratore aggiunto Rossi e il sostituto procuratore Farinelli), ricorda il coinvolgimento di Parodi nell'inchiesta sia stato in qualche modo obbligato, avendo Parodi stesso la responsabilità formale delle scelte operate dal CdA Enpam.

L'indagine riguarda in particolare prodotti finanziari acquistati nei primi anni 2000. "In quel periodo – sottolinea Oliveti – un po' tutti hanno comprato prodotti opachi, Comuni, Regioni, anche il Fondo pensioni della Banca d'Italia. Noi ci siamo trovati circa 400 milioni a rischio perdita, ma siamo intervenuti subito e nel bilancio consuntivo 2011, che approveremo a breve, questa quota a rischio è scesa a 250 milioni".

Nella stessa inchiesta sono entrati anche tre acquisti immobiliari che l'Enpam avrebbe pagato eccessivamente, in rapporto alla cifra per la quale erano stati acquistati in precedenza: il palazzo de La Rinascente a Milano e due stabili in via del Serafico a Roma. Oliveti difende però il valore di queste acquisizioni: "Il palazzo de La Rinascente a fianco del Duomo è un immobile unico, di grande valore – ha detto – mentre i due immobili romani sono stati acquistati già affittati alla Regione Lazio e hanno quindi una redditività intorno al 6%, che mi sembra soddisfacente". In ogni caso, il presidente f.f. ricorda che "se qualcuno ha lucrato sulle pensioni sarà chiamato a risponderne", annunciando la volontà di agire per vie legali contro chiunque danneggi l'Enpam sia sotto il profilo finanziario che sotto il profilo dell'immagine.

## Terremoto

### Fimmg lancia una raccolta fondi a sostegno dei colleghi delle aree colpite

Dopo aver seguito con attenzione la situazione nei primi giorni dopo il terremoto che ha colpito l'Emilia Romagna e alcune zone della Lombardia, il Consiglio nazionale Fimmg riunito a Gualdo Tadino il 5 giugno scorso ha deciso l'avvio di una raccolta fondi destinati a sostenere i colleghi di quelle aree. Le notizie che provengono dalle zone terremotate, infatti, so-

no gravi anche per i danni ai beni professionali e personali dei mmg. In alcuni distretti il 70% degli studi sono inagibili e danni di diversa entità riguardano le province di Modena, Ferrara, Bologna e Reggio Emilia. Anche in provincia di Mantova alcuni medici stanno operando in tenda o in strutture provvisorie messe a disposizione dalla Asl.

Si può dare il proprio contributo attraverso il C/C bancario con queste coordinate:  
IBAN: IT 25 S 02008 05085 000102100585 intestato a FIMMG

# La sanità e la crisi, tra spending review e ticket

di Eva Antoniotti

**D**iverse ipotesi ancora allo studio per la rimodulazione dei ticket che, sulla base della manovra di luglio 2010, porteranno ad un aumento della compartecipazione alla spesa sanitaria di 2 miliardi. Si è parlato di franchigia, di riduzione delle esenzioni, di valutazione del reddito, ma ancora nulla sembra definito. D'altra parte, si tratta di misure che dovrebbero entrare in vigore al 1° gennaio 2014, come ricorda il ministro della Salute Renato Balduzzi che, intervistato da Emanuela Medi per Radio Rai 1, ha sottolineato come l'obiettivo sia "dare maggiore trasparenza, equità e omogeneità".

Ma anche la spending review suscita preoccupazioni nel mondo sanitario, visto che il ministro Giarda ha annunciato una revisione di spesa su 900 mld di euro in sanità, quasi il totale del finanziamento al Ssn, che per il 2012 vale circa 106 mld. Per il ministro della Salute, però, "non si tratterà di nuovi tagli alla sanità" ma solo di "operazioni necessarie per rendere il sistema sempre migliore".

## Regioni e spending review

In materia di spending review le Regioni hanno anche chiesto numerosi emendamenti al decreto, sottolineando come in diverse Regioni questo sistema di controllo sia già una pratica acquisita, che ha infatti consentito di contenere in questi anni la crescita della spesa sanitaria.

"Le Regioni chiedono di essere coinvolte nei processi di razionalizzazione della spesa e di non essere discriminate tra virtuose e non", ha detto il presidente della Regione Molise e vicepresidente della Conferenza delle Regioni Michele Iorio, che nelle ultime settimane ha spesso sostituito Va-

sco Errani, presidente della Conferenza, impegnato per affrontare la situazione prodotta dal terremoto in Emilia Romagna.

In particolare, le Regioni chiedono un ruolo maggiore per la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, prevista dalla legge sul federalismo fiscale (42/2009) e mai insediata. A questa Conferenza le Regioni vorrebbero assegnare il compito di "definire il livello di spesa per beni e servizi", che nel testo

governativo è dato invece al Commissario straordinario, la nuova figura prevista dal decreto e individuata in Enrico Bondi, noto per l'intervento dopo il crac Parmalat.

Critiche anche a quanto previsto nel ddl per la sospensione, revoca o annullamento di singole procedure d'acquisto di beni e servizi, "anche per ragioni di opportunità". Nel caso in cui si rilevassero differenze di costo rilevanti per lo stesso bene, le Regioni ipotizzano in prima istanza una ricontrattazione con la ditta fornitrice e solo successivamente la revoca del contratto.

Ma soprattutto le Regioni chiedono, proponendo anche in questo caso emendamenti, che la funzione di benchmarking non sia svolta solo dalla Consip, "in quanto i parametri di altre Centrali di acquisti regionali possono essere migliorativi".

Ultimo punto, ma non di poca importanza, riguarda le Regioni in piano di rientro, che secondo il ddl del Governo dovrebbero es-

Congresso Fimmg



1 - 6 ottobre 2012

## 67° congresso nazionale Fimmg

Integrazione Professionale:  
una scelta necessaria

Il 67° Congresso nazionale del nostro sindacato quest'anno si svolgerà nella prima settimana del mese di ottobre e avrà come sede il Tanka Village di Villasimius, sulle coste della Sardegna.

Il tema scelto è importante e ineludibile, quello dell'integrazione tra i professionisti del mondo sanitario.

Per ulteriori informazioni sul programma, in via di definizione, e per prenotazioni si può consultare il sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org) oppure contattare la Segreteria organizzativa

Fimmg-Metis, Piazza Marconi 25, Roma; tel: 06 54896627; e-mail: [congresso@fimmg.org](mailto:congresso@fimmg.org)

## ATTUALITÀ

sere sottoposte a controlli diretti alla stregua di amministrazioni statali. Secondo il documento regionale “ciò priva di fatto tali Regioni delle loro prerogative costituzionali, intervenendo ben oltre l’ambito sanitario”.

### I ritardi nel riparto 2012

Intanto continua ad essere rinviata la definitiva approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni del riparto fra le Regioni del fabbisogno destinato alla sanità, che vale circa 106 miliardi di euro.

Il riparto era già stato definito dalle stesse Regioni in aprile, ma il ministero dell’Economia ha chiesto di poter esaminare in modo più approfondito il documento.

“Non vorremmo che questi rinvii ingiustificati, visto che il riparto del Fondo sanitario è già stato definito da settimane, abbiano come ragione le voci che circolano riguardo a nuovi tagli del finanziamento”, ha dichiarato Michele Iorio, abbandonando per



**Iorio: Il timore è che il Governo voglia “tagliare” circa un miliardo e mezzo di euro, ovvero quei “fondi vincolati” che, in carenza di nuovi finanziamenti, erano stati usati proprio per “equilibrare” il riparto tra le Regioni**

protesta il 22 maggio scorso la sede della Conferenza Stato Regioni. Il timore è che il Governo voglia “tagliare” circa un miliardo e mezzo di euro, ovvero quei “fondi vincolati” che, in carenza di nuovi finanziamenti, erano stati usati proprio per “equilibrare” il riparto tra le Regioni. “Siamo quasi al dileggio delle Regioni – ha commentato l’assessore al Bilancio della Regione Lombardia Romano Colozzi, coordinatore della Commissione economia delle Regioni – e sembra quasi che ci sia qualcuno nel Governo che non riconosce valore istituzionale alla Conferenza Stato Regioni”.

La mancata approvazione del riparto, oltre ad alimentare la paura di nuovi tagli, impedisce il trasferimento dei fondi dallo Stato alle Regioni. “Una decisione grave, che mette in difficoltà le Regioni proprio ora che si discute tanto dei ritardi nei pagamenti ai fornitori”, ha detto ancora Iorio.



## PSYLLOGEL<sup>®</sup> fibra

Per un perfetto equilibrio intestinale

### PSYLLOGEL<sup>®</sup> fibra

Integratore alimentare di fibra di psyllium pura al 99%

- Fibra di psyllium pura al 99%
- La fibra in polvere più venduta in Italia
- La massima efficacia al miglior costo pro-dose di 0,31 euro
- 5 gradevoli gusti:



Arome  
rose

Tè Limone

Fragole

Cacao

Vaniglia

### PSYLLOGEL<sup>®</sup> fibra

Tanti buoni motivi per consigliarla

IN FARMACIA. Maggiori informazioni  
su [www.farmacianaturale.it](http://www.farmacianaturale.it)



# Medicinali falsi. Quando “farmaco” significa davvero “veleno”

di Domenico Di Giorgio e Marta Gramazio\*

I farmaci falsificati sono oggi in tutto il mondo uno dei pericoli emergenti per la salute pubblica. Per prodotti illegali, come l'antitumorale contraffatto scoperto lo scorso febbraio negli Usa o il medicinale per cardiopatici che ha causato oltre 100 vittime in Pakistan nel mese di gennaio, non vale la massima di Paracelso sulla dose che può trasformare la cura in veleno: *omnia venenum sunt*, il “pharmakon” greco diventa pura “sostanza tossica” perdendo il più rassicurante significato di “terapia”.

Non parliamo purtroppo di un rischio teorico, ma di un'emergenza sanitaria che è stata causa di periodiche “epidemie”, a volte invisibili, con decine o centinaia di pazienti danneggiati o uccisi da prodotti di ogni genere, dallo sciroppo per la tosse (oltre 300 vittime dal 1995 ad Haiti e Panama) agli anticoagulanti (150 decessi dal 2008 negli Usa), per arrivare a quei prodotti venduti attraverso Internet e pensati in particolare per chi vuole dimagrire o recuperare potenza sessuale, i cui incauti acquirenti finiscono in ospedali disseminati in tutto il mondo.

## Cosa sono i farmaci contraffatti?

I farmaci contraffatti (o falsificati, secondo la recente normativa europea) sono prodotti la cui etichetta riporta informazioni ingannevoli sul contenuto o sull'origine rispetto a quanto effettivamente presente nella confezione. Alcuni di questi prodotti sono medicinali senza ingredienti attivi, altri hanno all'interno ingredienti attivi differenti o presenti in quantità diversa da quella dichiarata o, ancora, ingredienti “corretti” prodotti in una struttura diversa da quella (prestigiosa e sicura) dichiarata sui documenti.

La casistica è ampia, dallo sciroppo per la tosse contenente un solvente tossico invece della più costosa glicerina, al medicinale rubato, rietichettato e rimesso sul mercato con l'indicazione di un dosaggio superiore o di una data di scadenza posticipata rispetto a quello del farmaco originale. In tutti questi casi, il paziente che assume il farmaco subirà danni, sia per il mancato effetto terapeutico, che per gli eventuali effetti collaterali, che talvolta sono

tossici o letali, come dimostrato dai recenti casi registrati nel Regno Unito, a Singapore e in Pakistan.

Dietro questi casi si celano il più delle volte organizzazioni criminali internazionali, per le quali i farmaci falsi sono diventati una risorsa redditizia, forse non come la droga, ma sicuramente più vantaggiosa di questa per il rapporto rischio/beneficio, data l'assenza di normative stringenti e di attività di polizia paragonabili a quelle esistenti per gli stupefacenti.

## Un pericolo invisibile

I farmaci contraffatti sono tutti pericolosi perché mancano sempre di alcune caratteristiche garantite invece nella produzione dei medicinali legali (che sono soggetti a controllo nelle fasi di sperimentazione, autorizzazione, produzione e commercializzazione): due compresse apparentemente identiche possono essere di-

verse nella realtà, rispetto a parametri che un acquirente non può misurare o riconoscere a colpo d'occhio, come la presenza di contaminanti esterni, o la distribuzione disomogenea degli ingredienti nelle diverse unità.

Chi prepara un prodotto illegale non è ovviamente interessato a certificarne la qualità.

Nel caso di un finto “Viagra”, una compressa con dosaggio trascurabile e inefficace potrebbe trovarsi nel blister con altre contenenti invece una dose doppia e potenzialmente letale. Ai pericoli immediati vanno poi aggiunti i rischi di medio e lungo termine: i contraffattori spesso non usano gli ingredienti giusti, ma derivati di questi, più economici e meno attivi, che vengono utilizzati in quantità abbondanti

per ottenere un effetto di breve termine paragonabile a quello dei farmaci legali.

In Olanda sono stati recentemente analizzati dei “generici illegali” asiatici per il trattamento delle disfunzioni erettili che, invece del sildenafil, contenevano un derivato meno attivo e più tossico, in un dosaggio altissimo.

Chi avesse usato questo “generico illegale” avrebbe sperimentato immediatamente l'effetto atteso, ma contemporaneamente avrebbe

segue a pag 13



**Chi prepara un  
prodotto illegale  
non è  
ovviamente  
interessato a  
certificarne la  
qualità**

segue da pag 11

be “avvelenato” il suo organismo, con danni visibili solo a distanza di qualche mese.

### Se conviene farlo, conviene contraffarlo

Qualsiasi farmaco che abbia rilevanza commerciale può diventare oggetto di interesse per le organizzazioni criminali.

I prodotti più frequentemente falsificati sono i medicinali destinati al trattamento delle disfunzioni erettili e quelli che hanno restrizioni all'uso su molti mercati come gli anoressizzanti; tuttavia, crisi come quella dell'influenza suina generano un mercato occasionale per farmaci diversi.

Nel tempo la contraffazione si è progressivamente spostata dai “marchi” ai “generici asiatici”, fino ad arrivare a tipologie di prodotto meno controllate: oggi gran parte dei farmaci contraffatti arrivano sui mercati europei mascherati da finti integratori, o da falsi prodotti naturali che vantano attività terapeutica, come tè dimagranti o rimedi tradizionali contro le disfunzioni erettili.

Il sequestro del “superviagra vegetale” effettuato a febbraio dai Nas di Trento presso i negozi di integratori conferma questa tendenza, che ormai ha iniziato a infiltrare anche il nostro mercato. Questo finto integratore alimentare, di provenienza cinese, conteneva in realtà sostanze potenzialmente pericolose non indicate nell'etichetta, come molti suoi analoghi venduti in rete come “prodotti naturali”.

L'ingenuo che lo avesse acquistato sul web e assunto sarebbe potuto finire in ospedale: e se fosse stato particolarmente sfortunato, avrebbe ricevuto lì anche una denuncia da parte dei Nas per importazione illegale di farmaci, come capitato poche settimane fa a un signore di Rivoli.

### Due casi recenti

L'Health Sciences Authority di Singapore ha lanciato l'allarme sulle gravi reazioni avverse causate dall'uso di prodotti sanitari illegali per le disfunzioni erettili: vengono venduti come integratori, rimedi naturali o direttamente dentro le confezioni dei medicinali legali destinati agli stessi usi, ma garantiscono la “performance” attraverso pericolose miscele di ingredienti, a volte appartenenti alla famiglia chimica di quelli previsti, altre volte com-



## I prodotti più frequentemente falsificati sono i medicinali destinati al trattamento delle disfunzioni erettili. Ma crisi come quella dell'influenza suina generano un mercato occasionale anche per altri farmaci

pletamente differenti, come la glibenclamide trovata nelle capsule etichettate come “Santi Penis Erecting”.

Questi prodotti hanno causato poche settimane fa a Singapore il ricovero di quattro uomini in stato di incoscienza, con livelli di zuccheri molto bassi nel sangue; gravi effetti collaterali che possono condurre anche al coma e alla morte, se non trattati tempestivamente.

Gli ingredienti dei prodotti illegali garantivano nel breve termine l'effetto atteso in termini di potenza sessuale: a rendere attivi questi “farmaci” non erano però gli ingredienti testati e controllati dei medicinali venduti legalmente per la cura delle disfunzioni erettili, ma un cocktail di sostanze chimiche che nel caso in analisi ha causato immediatamente effetti collaterali.

In altri casi noti i gravi danni ai consumatori dei prodotti si sono evidenziati invece dopo mesi o anni.

100 decessi e 250 persone ricoverate per gravi effetti collaterali: questo il bilancio delle vittime trattate con falsi farmaci per la cura di problemi cardiovascolari, somministrati, dal dicembre 2011, a circa 40.000 pazienti del Punjab Institute of Cardiology (Pakistan, Lahore).

I sintomi manifestati hanno dapprima fatto credere che i pazienti soffrissero di una forma di febbre tropicale trasmessa da una zanzara molto comune in Pakistan nel periodo dei monsoni.

Ulteriori approfondimenti hanno invece evidenziato che le vittime, nelle quali è stato riscontrato un rapido esaurimento dei globuli bianchi e delle piastrine nel sangue, soffrivano tutte di disturbi cardiaci ed avevano assunto farmaci per il trattamento di patologie cardiovascolari distribuiti gratuitamente dall'ospedale pakistano.

Campioni dei prodotti sospetti sono stati sottoposti ad analisi di laboratorio, evidenziando la natura contraffatta dei farmaci.

A seguito delle indagini, il tribunale ha disposto la custodia cautelare per tre persone titolari di ditte farmaceutiche responsabili della fornitura dei farmaci falsificati. I proprietari di altre due società coinvolte sono tuttora ricercati.

*\*Unità Prevenzione Contraffazione Aifa  
Agenzia Italiana del Farmaco*

# Il 15% dei pazienti dei mmg soffre di dolore cronico

di Lorenza Bacchini\*

Sono stati recentemente resi noti i risultati di *Primary Care Open Minds Group*, un'indagine sul dolore cronico non oncologico (Dnco) in cure primarie condotta in tutta Europa con il contributo non vincolante di Mundipharma. In particolare i dati pubblicati finora si riferiscono al report del Belgio, messo però a confronto con il resto dei paesi europei.

L'indagine è stata realizzata proponendo un questionario on line a medici di cure primarie di 13 paesi europei, tra cui 100 medici di medicina generale italiani.

L'obiettivo generale della ricerca è quantificare le criticità nell'affrontare la gestione del dolore cronico non oncologico e l'uso di oppioidi nell'ambito delle Cure primarie in tutta Europa

## Premessa

Secondo studi recenti<sup>1</sup>, più dei due terzi dei pazienti che soffrono di dolore sono convinti che i farmaci che stanno assumendo non siano sufficienti per controllare il loro dolore; per questa ragione circa tre quarti di questi pazienti si vedono costretti ad accentuare i sintomi durante la visita invece di essere valutati obiettivamente dal proprio medico.

Va sottolineato che, nonostante il dolore sia il motivo più comune per cui un paziente consulta il proprio medico di medicina generale, gli elementi di diagnosi, valutazione e trattamento del dolore rappresentano meno dell'1% dell'insegnamento universitario di base per gli operatori sanitari.

## I risultati della ricerca

Ai medici che hanno risposto al questionario è stata indicata la definizione di Dolore Cronico proposta dall'International Association for the Study of Pain (IASP): "Il dolore cronico è definito come un dolore presente alcuni giorni al mese per almeno 3 mesi, e presente nel corso dell'ultimo mese per i pazienti indicati".

Questa definizione riguarda mediamente il 15% dei pazienti visitati in Europa, mentre in Italia la percentuale sale al 17%, di cui il 13% di casi già noti e il 4% di nuovi casi che

soffrono di dolore cronico non oncologico. Si può quindi considerare che ogni mese nell'ambulatorio del mmg (per una media di 35 accessi al giorno per 5 giorni alla settimana) vengano visitati circa 42 pazienti che soffrono di Dnco, 10 dei quali sono nuovi casi. Per i medici europei intervistati, il paziente con dolore cronico non oncologico è considerato più difficile da gestire rispetto al paziente medio (88%), e la presenza di dolore è considerata una delle condizioni più complesse da trattare, anche per l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti che ne soffrono. Tuttavia questa condizione tende ad essere sottovalutata nelle cure primarie e solitamente si considera il dolore solo come sintomo e non come una malattia vera e propria.

Inoltre, c'è una certa confusione nel valutare il dolore cronico come sintomo prettamente fisico piuttosto che psicologico: la maggior parte dei mmg in Europa (80%) lo ritiene un sintomo sia fisico che psicologico, ma il 6% ancora crede sia un sintomo puramente psicologico.

Rispetto ad altre condizioni patologiche croniche, come diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, malattie psichiatriche, malattie oncologiche, il dolore cronico non oncologico è ritenuto difficile da affrontare ma, rispetto alle altre, sembra anche ave-

re una bassa priorità nel sistema sanitario.

In Italia, con la legge 38/2010 (*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*), la terapia del dolore è stata inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), con l'obiettivo di sanare una situazione che vedeva il nostro paese all'ultimo posto in Europa per il consumo procapite di morfina (parametro indicato dall'Oms come indicatore per l'appropriatezza della terapia del dolore).

La legge stessa, nell'articolo 7, pone l'obbligo dei sanitari a valutare il dolore con scale validate e a registrare nella cartella clinica il valore, la terapia prescritta e il risultato antalgico conseguito.

L'indagine indica che in Europa il 48% dei medici usa scale di valutazione del dolore, e in particolare la Visual analogue scale (VAS) e la Numerical rating scale (NRS).

Per realizzare un'adeguata terapia del dolore cronico non oncologico, la possibilità di accedere ad un centro di terapia del dolore è un punto qualificante del trattamento: l'87% degli intervistati afferma di potersi avvalere di consulenze specialistiche in appositi centri, ai quali vengono indirizzati in media 15 pazienti all'anno per medico.

Le principali ragioni per l'invio ad un centro di terapia antalgica sono che il medico di me-

1 Breivik H. et al., *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*, *Eur J Pain* 2006;10:287-333

## Quanti sono i pazienti affetti da dolore cronico negli studi dei medici di famiglia?



Fonte: Primary Care Open Mind Italy Report

dicina generale ritiene di aver esaurito le opzioni terapeutiche (66%), oppure perché ritiene che il paziente necessiti di infiltrazione epidurale (48%), perché valuta il caso come particolarmente complesso (46%) o, infine, perché non ci sono stati segni di miglioramento con la terapia impostata dal medico stesso (49%).

L'uso di linee guida risulta essere più frequente per il dolore da malattia oncologica che non per quello cronico non oncologico; la linea guida più seguita è la scala analgesica WHO, anche se la maggior parte dei medici è concorde nel ritenere che sarebbero necessarie linee guida specifiche.

Il 70% dei mmg europei credono che siano necessari orientamenti specifici per la gestione del dolore, ma sono ritenuti molto più urgenti quelli relativi alla gestione del dolore da cancro (85% UE) piuttosto che per il dolore cronico non oncologico.

### Consapevolezza nell'uso di oppioidi

Nel questionario proposto ai medici europei di cure primarie si è voluto testare anche l'utilizzo di oppioidi nel dolore cronico non oncologico in medicina generale.

In Europa, in media, il 15% dei pazienti visitati in un mese presenta dolore cronico non oncologico, di questi il 6% non è trattato con oppioidi, mentre un altro 6% è in terapia con oppioidi deboli, il 2% con oppioidi forti e l'1% con entrambi.

Ciò vuol dire che il 40% dei pazienti con dolore cronico non riceve una terapia con oppioidi, ed il dolore è gestito con altri farmaci (presumibilmente Fans, almeno in Italia). Per testare la consapevolezza nell'uso di farmaci oppioidi è stato chiesto ai partecipanti allo studio di classificare le varie molecole

in base alla presunta potenza d'azione. Secondo i medici del Belgio (unico dato pubblicato) la morfina è l'oppiaceo più potente, il fentanyl transdermico il secondo, l'ossicodone il terzo, l'idromorfone il quarto, la buprenorfina transdermica al quinto posto, seguiti da tramadolo e codeina.

Quando si tratta di Dcno i medici generici in Belgio sono in genere più sicuri nel prescrivere oppioidi deboli piuttosto che oppioidi forti, prescritti invece con maggior sicurezza nel dolore da neoplasia.

Dopo aver prescritto una terapia con oppioidi forti, la maggior parte dei medici intervistati pianifica un follow up di routine indipendentemente dal risultato della terapia (80%), in media con una visita di con-

trollo dopo 17 giorni.

Cosa spinge i mmg a prescrivere oppioidi forti nel dolore cronico non oncologico?

Per la maggior parte degli intervistati l'efficacia nel ridurre il dolore è la motivazione principale, ma anche il miglioramento della qualità della vita e delle performance hanno grande importanza nel decidere di iniziare la terapia con oppioidi forti mentre la possibile comparsa di effetti collaterali non incide in modo rilevante nella scelta.

Peraltro i mmg europei sono dissuasi da una serie di fattori nel prescrivere oppioidi forti nel dolore non oncologico e in particolare preoccupa la capacità del paziente a lavorare, a guidare, a occuparsi della casa e dei figli.

Gli effetti collaterali che secondo i medici intervistati vengono vissuti come più problematici dai pazienti in terapia con oppioidi forti sono senz'altro la stipsi e la sonnolenza (83%), ma circa il 50% dei pazienti trova poco tollerabili nausea e vertigini.

L'opinione dei colleghi, in tutta Europa, è che la formazione specifica sul dolore sia stata scarsa durante il corso di laurea in Medicina, ma i tre quarti hanno fatto formazione sull'argomento con corsi specifici ed Ecm di almeno 10 ore in media nell'ultimo anno, pur con significative differenze (in Belgio la media scende a 3 ore) e la stragrande maggioranza sente la necessità di approfondire ulteriormente con giornate dedicate o corsi brevi.

*\*referente nazionale per le cure palliative e la terapia del dolore*





di  
**Bruno  
Cristiano**

## Orfeo ed Euridice

■ ■ In questo nostro modesto itinerario fra i miti greci, finalmente non incontriamo un "eroe", ma troviamo (udite, udite) un poeta. La vita di tutti i giorni, per noi mortali, può essere bella anche senza i soliti rambo, senza quelle improbabili figure di superuomini che tutto possono e che tutto hanno, ormai fortunatamente rintracciabili solo negli spot pubblicitari e nei film americani. La vita è bella anche se ci compare davanti un semplice uomo molto comune, dall'animo tenero e dai sentimenti poetici. E un poeta fu il nostro mitico Orfeo, che con la sola interiorità dei suoi versi era riuscito a incantare persino le maliarde e pericolose Sirene, quando ne era stato assediato sulla nave degli Argonauti.

Ebbe momenti sereni e felici questo giovane uomo, di una felicità fatta di cose semplici e comuni, in una terra ridente dove viveva con la sua amata sposa, la ninfa Euridice. Le selve e i placidi corsi d'acqua erano il loro mondo, il mondo dei miti, s'intende. Dolce beatitudine: una sposa, l'amore, la serenità. Chiederemmo di più, noi, dalla vita? (sì, dirà certamente qualcuno: un conto in banca).

Ma c'è un detto che, nel suo pessimismo, trovo abbastanza realistico e veritiero: *quando vedi che la tua felicità sta durando da troppo tempo, comincia a preoccuparti*. E così fu anche per il nostro poeta, forse troppo felice.

Il mondo – ci avrete fatto caso – è pieno di seduttori, o di quei pigmei del pensiero che si credono tali: e uno di questi piom-

bò un giorno, d'un tratto, nella vita serena di Orfeo ed Euridice. Colto da irrefrenabili eccedenze ormonali, questo fusto di borgata si mise in testa che "lui" avrebbe posseduto la bella ninfa, le si parò davanti con fare concupiscente e, alle resistenze di lei, la inseguì per i boschi, furioso perché lei gli sfuggiva e proprio per ciò ancora più eccitato dalla mania di possederla: non le offriva l'Amore, voleva solo sbatterla su un prato e affondare nel suo corpo l'unico argomento virile che fosse capace di usare. Era uno di quelli (e sono tanti) che nella testa hanno solo spermatozoi.

Il Cielo fu pietoso con Euridice, pur nella sua crudeltà. Nell'affannosa fuga la ninfa mise un piede sopra un serpe velenoso nascosto nell'erba: un grido soffocato, il bel corpo cadde e i colori della vita impallidirono sul suo volto. Fra le braccia di Orfeo disperato, Euridice uscì dalla vita. Non è nelle capacità mie, ma dei poeti, descrivere e sublimare la disperazione del giovane Orfeo: la stessa natura rimane turbata dal suo grido angosciato, persino gli animali e le rupi, intorno, si commuovono e fanno eco di gemiti ai lamenti del suo cuore colpito; le ombre si fermano, mute e incantate, in un crepuscolo senza fine. Il dolore di aver perso l'amata, così turpemente e così all'improvviso, era troppo grande perché potesse accettarlo. Decise di andarla a cercare, dovunque fosse, anche nell'aldilà: per ritrovarla, per riportarla – chissà? – alla vita. E scese nell'oltretomba.

Anche Plutone, il dio degl'Inferi,

ne ebbe compassione; vide l'Amore, quello che va oltre la morte. E al disperato poeta che, vivo fra i morti, brancolava piangendo la compagna dei suoi giorni sereni, concesse una grazia: che, dalla folla evanescente delle ombre, una, quella di Euridice, se ne potesse staccare e riprendere il cammino verso la terra, dove splendono il sole e l'amore. Ma a una condizione – fu l'inesorabile patto – : che nel cammino verso la vita, Orfeo non si volgesse mai indietro per guardare la sposa, finché entrambi non fossero giunti nel mondo della luce. E l'uomo accettò quel patto.

La via fu lunga, e penoso non poter riguardare la sposa ritrovata; ma il duro impegno che l'amante si era assunto fu a lungo mantenuto, per la gioia e nella certezza che quel sacrificio significava la vita.

Ma se la vita è un sogno, la morte è purtroppo drammaticamente reale. Non le si può sfuggire. A un tratto, giunti quasi sul limitare fra le tenebre e lo splendore, Orfeo non udì più sull'erba i passi della moglie. E si voltò. Vide un'ombra che lentamente si dileguava, scomparendo fra le nebbie del nulla. L'Erebo se l'era ripresa per sempre. Un mattino il corpo di Orfeo fu trovato smembrato in un bosco: in una notte di orge, le fedeli di un dio nemico lo avevano dilaniato.

Ma forse, chissà, al mite poeta non fu negato, quel giorno, di ricongiungersi alla sua sposa amata, e nelle nebbie dei sogni ritornare, entrambi vivi e reali, insieme a lei.

*Disponibile anche in Italia un nuovo contraccettivo d'emergenza*

# Cosa dobbiamo sapere della "pillola dei 5 giorni dopo"

di Ester Maragò

**D**al 2 aprile scorso è disponibile nelle farmacie italiane un nuovo farmaco per la contraccezione d'emergenza a base di Ulipristal acetato, da assumere fino a cinque giorni dal rapporto a rischio di gravidanza indesiderata.

La pillola potrà essere dispensata solo dietro ricetta medica e dopo avere accertato che la donna non sia già incinta, utilizzando ad esempio un test sulle urine basato sul dosaggio dell'HCG, liberamente acquistabile in farmacia.

L'Ulipristal acetato 30 mg è stato approvato dall'Ema come contraccettivo d'emergenza già nel maggio del 2009 e successivamente anche dalla Fda nell'agosto 2010, mentre in Italia ha ricevuto il via libera dell'Aifa l'8 novembre del 2011. Ad oggi è autorizzato in ben 39 Paesi (27 Ue, Norvegia, Islanda, Liechtenstein, Serbia, Croazia, Bosnia, Djibouti, Gabon, Israele, Singapore, Sud Corea e Stati Uniti), e già commercializzato in 28 Stati. Come ha sottolineato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la contraccezione di emergenza agisce evitando il concepimento e non ha effetti abortivi. Il meccanismo d'azione principale di Ulipristal acetato 30 mg è, in-

fatti, quello di inibire o ritardare l'ovulazione. In sostanza, riduce la possibilità di incontro dell'ovulo e degli spermatozoi, rendendo potenzialmente non fertile il rapporto a rischio. Non solo, se assunto immediatamente prima dell'ovulazione, può essere ancora in grado di posticipare la rottura del follicolo.

La nuova pillola va assunta il prima possibile e non oltre le 120 ore dal rapporto non protetto, subito dalla donna in condizione di violenza o costrizione oppure nel caso in cui la donna sia consapevole di un "errore" nell'uso di un altro metodo contraccettivo (ad esempio quando la donna ha dimenticato di assumere 2-3 o più pillole anticoncezionali,



c'è stato un distacco del cerotto, la rottura di un preservativo). Non può quindi, e non deve mai, sostituire un metodo contraccettivo di routine.

Nel suo ruolo di primo contatto con i problemi della salute e in ragione del rapporto fiduciario che lo lega ai suoi pazienti, il medico di medicina generale è spesso interpellato anche su questo tipo di problematiche, legate non tanto ad una strategia di con-

traccezione, quanto a vicende impreviste e spesso anche drammatiche. Per questo pubblichiamo una sintesi del documento messo a punto dalla Società Italiana di Contraccezione (Sic) e dalla Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), con il supporto della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), che illustra gli aspetti clinici, medico legali e i percorsi di utilizzo dell'Ulipristal acetato.

## Executive Summary del documento firmato da Sic, Smic e Sigo

Ulipristal acetato 30 mg è un farmaco recentemente autorizzato al commercio in Italia. Il prodotto è un modulatore selettivo del recettore del progesterone, che trova indicazione nella contraccezione d'emergenza.

Ulipristal acetato 30 mg in unica somministrazione ha dimostrato di inibire o spostare l'ovulazione, mantenendo tale attività anche in periodo periovulatorio, laddove altri

farmaci già approvati per la stessa indicazione non hanno più possibilità di agire.

In Italia, secondo la delibera Aifa, 8 Novembre 2011, il farmaco è stato classificato nella classe di rimborsabilità C (a carico del cittadino), con fornitura di ricetta non ripetibile e prescrizione del farmaco subordinata " alla presentazione di un test di gravidanza (ad esito negativo) basato sul dosaggio dell'HCG beta".

L'iter clinico diagnostico è finalizzato all'esclusione delle controindicazioni al farmaco, che sono l'ipersensibilità al principio attivo o ai suoi eccipienti e la gravidanza in atto, instauratasi in un ciclo precedente.

Il medico, si assume la responsabilità della prescrizione, una volta direttamente constatata la negatività del test. La trac-

ciabilità di tale atto è obbligatoria per i medici operanti in strutture pubbliche e per i medici di medicina generale e raccomandata per i medici operanti nel settore privato.

L'atto prescrittivo si conclude con l'indispensabile counseling per informare la donna e ricordarle che i farmaci per la contraccezione d'emergenza non sono adatti ad un uso regolare.

L'Ulipristal acetato come tutti i farmaci di recente introduzione, è inserito nel registro dei farmaci a monitoraggio intensivo; è stato inoltre istituito un Registro delle gravidanze per raccogliere informazioni riguardo qualsiasi gravidanza non diagnosticata prima dell'assunzione del farmaco o susseguente al fallimento terapeutico.

### Il farmaco

Ulipristal acetato 30 mg (EllaOne®) è un nuovo contraccettivo d'emergenza, approvato dall'Ema il 15 maggio 2009 ed introdotto in Italia con determina Aifa 08 novembre 2011, pubblicata in GU il 17 novembre 2011.

Ulipristal acetato è un modulatore selettivo del recettore del progesterone (Selective Progesterone Receptor Modulator o

SPRM) derivato dal 19-norprogesterone.

Ulipristal acetato è stato sviluppato come contraccettivo d'emergenza sulla base di studi preclinici che hanno mostrato un effetto anti-ovulatorio dose-dipendente, già al dosaggio più basso impiegato (0,5 mg /kg), con una potenza otto volte maggiore rispetto ad altri SPRM. Il meccanismo d'azione primario come contraccettivo d'emergenza consiste nel ritardare o inibire l'ovulazione.

Ulipristal acetato è rapidamente assorbito dopo somministrazione orale, con una C max media pari a  $176 \pm 89$  ng/ml in circa 0.5-2.0 ore post dose, ed un AUC<sub>0-∞</sub> (area sotto la curva) di  $556 \pm 260$  ng.h/ml. L'emivita terminale è stimata pari a  $32 \pm 6.3$  ore. Ulipristal acetato è fortemente legato alle plasma proteine (soprattutto alfa glicoproteina, albumina, HDL e LDL), mentre la quota libera non supera l'1%. Il suo metabolismo è mediato soprattutto dal CYP3A4, ed uno dei suoi metaboliti identificati in vivo, l'11-demetilato è biologicamente attivo. Il farmaco non inibisce il CYP1A2, CYP2C19 o CYP2E1, e non induce l'attività enzimatica del CYP1A2 e CYP3A4 a dosi più di 10 volte le concentrazioni rilevanti clinicamente.

# cinque notizie per cinque righe

a cura di Stefano Nobili

## 1- Colite ulcerosa e Morbo di Crohn non aumentano il rischio di cancro

Lo afferma una review francese che stabilisce un'aspettativa di vita normale riguardo la colite ulcerosa, con una lievissima riduzione dell'aspettativa di vita per i soggetti affetti dal Morbo di Crohn, anche se l'analisi di questi ultimi avrebbe portato alla luce un alto numero di fumatori. Tali dati corrispondono ad una precedente e ampia raccolta di dati californiana che non evidenziava alcun aumento di mortalità per cancro nei soggetti affetti da tali malattie infiammatorie intestinali.

Beaugerie L, Gut 2012; 61:476-83.



## 2- Esami, terapie e procedure iperprescritte dai medici Usa



La lista è stata stilata all'interno del progetto "Choose Wisely", a cura dell'American Board of Internal Medicine (ABIM) e ha coinvolto 9 organizzazioni specialistiche mediche con lo scopo di migliorare l'accuratezza prescrittiva e ridurre gli sprechi. Ai primi posti dell'iperprescrizione, gli esami di "imaging" per le cefalee non complicate, a seguire il test da sforzo per lo screening di routine nei soggetti a basso rischio cardiovascolare.

Gever J, MedPage Today, April 4, 2012.

## 3- Il rischio di DNID dipende dalla frequenza dei pasti nella giornata

Saltare la prima colazione aumenta il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2. Così come consumare 1 o 2 pasti rispetto ai 3 al giorno. In uno studio di coorte su oltre 29.000 soggetti Usa di sesso maschile chi non mangia al mattino aumenta il rischio di sviluppare DNID del 21%. Il rischio di ammalarsi di diabete, riguardo al numero dei pasti, è verosimilmente legato ad effetti metabolici che influirebbero sfavorevolmente sugli zuccheri.



## 4- La protesi d'anca non aumenta il rischio di tumore nei 7 anni successivi all'intervento



L'obiettivo di questo studio condotto in Gran Bretagna era di determinare se l'utilizzo delle protesi metalliche d'anca fosse associato ad un aumento di cancro nei 7 anni successivi alla sostituzione. Per questo motivo sono stati studiati oltre 40.000 soggetti protesizzati ed è stata valutata l'incidenza di diversi tipi di tumori (prostatico, renale, del sangue e il melanoma), rispetto alla popolazione generale. Nei soggetti sottoposti a protesi non sono stati rilevati aumenti dell'incidenza di cancro.

Smith AJ et al, BMJ 2012;344:e2383.

## 5- Appendicite non complicata: può essere sufficiente la terapia antibiotica

Una metanalisi ha stabilito che il trattamento antibiotico per l'appendicite non complicata può essere utilizzato al posto della chirurgia. Nello specifico, la terapia antibiotica può prevenire il trattamento chirurgico nel 63% dei pazienti e addirittura la terapia medica diminuisce del 31% il rischio di complicanze confrontate con quelle derivate dall'appendicectomia. In ogni caso, l'appendicectomia rimane la terapia d'elezione per le appendiciti perforate o nella peritonite.

MedPage Today, Apr 05, 2012.



Ogni settimana 5 notizie X 5 righe è su:

fn

FIMMG NOTIZIE

# Metamorfosi della Prevenzione: da fattori protettivi a fattori da prevenire

di Andrea Poli\*

La durata media della vita si è allungata in modo molto chiaro, negli ultimi 100 anni, nei paesi industrializzati come l'Italia, con un "passo" che non ha precedenti nella storia della specie umana. Dopo essere stata probabilmente per millenni attorno ai 25-30 anni, la speranza di vita alla nascita ha infatti raggiunto i 50 anni all'inizio del 1900, in Italia ed in Europa: mentre oggi supera in media gli 80 anni, e per le donne sfiora ormai gli 85 anni. La contropartita di questo imponente aumento, che secondo le rilevazioni più recenti sta tuttora continuando, è l'aumento dell'incidenza delle malattie degenerative come i tumori, le malattie cardiovascolari, le demenze, che ormai rappresentano i principali problemi sanitari nelle società come la nostra.

Ci si può forse chiedere come mai i meccanismi dell'evoluzione darwiniana non abbiano sviluppato efficienti meccanismi di protezione da queste patologie, e come mai, in particolare, i fattori di rischio che ne condizionano la comparsa (e che sono ben noti, per esempio, nel caso delle malattie cardiovascolari) non siano adeguatamente controllati nel nostro organismo. I livelli della colesterolemia LDL, per esempio, sono attorno ai 130-140 mg per decilitro nella popolazione italiana moderna (1), ma a tali valori si associa un rischio cardiovascolare nettamente più elevato di quello che si osserva, per esempio, tra coloro i cui livelli della colesterolemia LDL stessa sono più bassi, e si collocano attorno ai 70 mg decilitro (2). Analogamente, i valori pressori più diffusi nella popolazione italiana, specie in età adulta o avanzata, superano nettamente i va-

lori ottimali (tanto che circa il 50% della popolazione può essere considerato iperteso); e lo stesso può dirsi per il BMI, collocato in media nel range di valori che caratterizzano il sovrappeso o l'obesità (1).

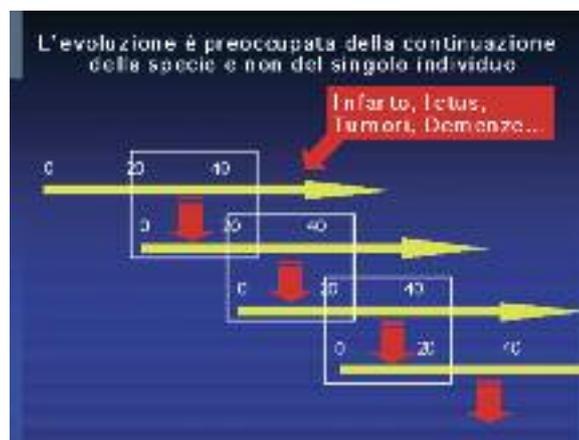
Come mai, ci si potrebbe chiedere, i livelli del colesterolo serico, il peso, la pressione arteriosa della popolazione si sono spostati verso valori in media elevati? La risposta è apparentemente facile: perché ci alimentiamo in maniera eccessiva, consumando in particolare troppi grassi e troppo sale. Ma questa risposta in realtà non fa che spostare il problema; la domanda infatti diventerebbe: perché ci alimentiamo in maniera eccessiva, consumando in particolare troppi grassi e troppo sale?

Una prima osservazione pertinente al proposito è che questi fattori di rischio (ipercolesterolemia, ipertensione, sovrappeso, così diffusi nella popolazione moderna), aumentano le probabilità di comparsa di patologie (soprattutto l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale) che colpiscono mediamente oltre i cinquant'anni di età. Un'età che ormai larghissima parte della popolazione moderna raggiunge, ma che, nell'ottica della continuazione della specie (l'unico obiettivo dei meccanismi dell'evoluzione descritti da Darwin), è probabilmente del tutto ridondante.

Anche in una specie caratterizzata da lento accrescimen-

to e lenta maturazione dei piccoli, come la nostra, gli individui sono infatti pronti per la riproduzione nella seconda decade di vita, e gli adulti oltre i quaranta-cinquant'anni, che hanno già generato e cresciuto fino a renderla autonoma la generazione successiva, hanno di fatto esaurito il loro ruolo biologico nel mantenimento della specie stessa (fig. 1).

La più ragionevole spiegazione dell'assenza di adeguati ed efficaci meccanismi di controllo dei livelli di alcuni fattori di rischio delle principali malattie cardiovascolari, pertanto, ha a che fare con un "principio di economia": le patologie che derivano dal loro insufficiente controllo colpiscono gli individui in una fase della loro vita che non è



**Fig. 1** - I primi 40-50 anni della vita sono rilevanti ai fini della continuazione della specie; durante questa fase della vita viene infatti generata, e resa autonoma, la generazione successiva. La fase successiva della vita di un singolo individuo (nella quale si manifestano spesso le malattie degenerative tipiche della società moderna) non gioca invece di fatto alcun ruolo nella continuazione della specie stessa, e non è stata quindi "protetta" dall'evoluzione.

più importante nell'ottica della continuazione della specie, e ciò rende irrilevante ottimizzarne il controllo; con la conseguenza che tale controllo ottimale (inutile e quindi "costoso" in termini evolutivisti) non è stato perseguito dai meccanismi evolutivi che hanno modellato, nel tempo, il patrimonio genetico della nostra specie, e quindi, semplicemente, non si è sviluppato.

L'interrelazione tra il nostro patrimonio genetico e la lunga vita moderna è tuttavia, in realtà, ulteriormente più complessa. Se le si guarda in un'ottica di mantenimento della specie, infatti, si può osservare che almeno alcune delle condizioni che noi definiamo "fattori di rischio cardiovascolare" potevano rappresentare in realtà, nella prime decadi della vita dei nostri lontani progenitori, fattori ad azione protettiva, in grado di migliorare la loro probabilità di sopravvivenza. È comprensibile, quindi, che questi fattori siano stati "protetti" dall'evoluzione. È intuitivo, per esempio, che un aumento del peso corporeo (e quindi del tessuto adiposo dell'organismo) rappresentasse un meccanismo di protezione per l'uomo preistorico, qualche decina o centinaia di migliaia di anni addietro; questi individui si confrontavano spesso, durante la loro breve e tumultuosa vita, con carestie o lunghi periodi invernali (o addirittura glaciali) durante i quali il reperimento di cibo era certamente difficoltoso, ed una certa quota di grasso di riserva era quindi potenzialmente preziosa. Oggi è inoltre ben noto che un'adeguata quantità di grasso corporeo è necessaria anche per la fertilità femminile (si pensi all'amenorrea che si associa ad una eccessiva riduzione del grasso corporeo stesso): una funzione evidentemente essenziale per la continuazione della specie, e quindi fortemente protetta dai meccanismi evolutivi. Ancora, un bambino con qualche riserva calorica aggiuntiva poteva avere maggiori probabilità di sopravvivenza, nel mondo preistorico (in realtà, fino forse a non più di 100 anni addietro, in alcune povere zone rurali del nostro Paese): e non è quindi sorprendente che le madri tendano, probabilmente per una forte pressione comportamentale di tipo istintuale, ad "iperalimentare" i propri figli, con conseguenze, nell'opulento mondo moderno, facilmente prevedibili.

In questo contesto, è quindi ben comprensibile che i meccanismi che presiedono all'alimentazione ed alla sazietà tendessero a consentire (e probabilmente a facilitare) lo sviluppo di sovrappeso, in presenza di

adeguate quantità di cibo, sia negli adulti e sia nei bambini: con l'obiettivo di permettere la deposizione di tessuto adiposo di riserva che potesse svolgere il duplice ruolo di protezione nei riguardi delle carestie e nei riguardi della possibile infertilità e facilitare pertanto il ruolo del singolo individuo nella continuazione della specie. Il limite di opportunità nella deposizione di grasso corporeo, e quindi nell'incremento ponderale, era, evidentemente, solo la comparsa di un'obesità così grave da rendere difficoltoso lo spostamento dell'individuo, che aumentava la probabilità che lo stesso cadesse vittima di animali feroci (o di attacchi dei suoi simili).

Ma i meccanismi comportamentali che facilitano un elevato apporto di cibo, e che sono tra l'altro associati ad un assetto meta-



**In una prospettiva puramente evolutivista, gli adulti oltre i quaranta-cinquant'anni, che hanno già generato e cresciuto fino a renderla autonoma la generazione successiva, hanno di fatto esaurito il loro ruolo biologico**

bolico orientato alla tesaurizzazione delle calorie sotto forma di grasso corporeo (il cosiddetto "genotipo risparmiato"), continuano a funzionare anche nel mondo moderno, nel quale la maggior parte delle persone gode di un accesso al cibo di fatto illimitato: con il risultato che questo eccesso di calorie disponibili tende a trasformarsi in accumulo di grasso corporeo, spiegando probabilmente, in buona parte, la crescente diffusione di sovrappeso e di obesità nelle società evolute. Ed è d'altra parte intuitivo, seguendo il ragionamento prima considerato, che l'aumentato rischio di malattie diabetica e di malattie cardiovascolari che si associa al sovrappeso o all'obesità, e che colpiscono le persone nella seconda parte della loro vi-

ta (dopo i cinquant'anni, in media), non rappresenta un deterrente significativo in un'ottica evolutivista, e non abbia quindi promosso la comparsa di efficaci meccanismi di controllo di questi fenomeni.

Del tutto analogamente, un efficiente meccanismo di aggregazione piastrinica, certamente protettivo durante l'esistenza dei nostri progenitori che vivevano in un mondo ostile ed erano probabilmente esposti ad un alto rischio di emorragie anche gravi, era auspicabile; ma nel mondo moderno l'aggregazione delle piastrine rappresenta uno dei meccanismi più rilevanti della formazione di un trombo, da cui può derivare un evento vascolare ischemico: tanto che una quota ormai significativa della popolazione inibisce, mediante farmaci adeguati (aspirina) o alimenti specifici (come il pesce grasso, ricco di acidi grassi omega 3 a lunga catena) questi meccanismi biochimici per ridurre il proprio rischio cardiovascolare.

Meccanismi simili sono probabilmente operativi per la ritenzione del sodio nell'organismo, che aveva un significato protettivo nelle aree a bassa disponibilità sodica, come l'area centraficana in cui si è sviluppata la nostra specie, ma che nel mondo moderno, nel quale la disponibilità di sale è invece virtualmente illimitata, svolge un ruolo patogenetico nello sviluppo dell'ipertensione; l'evoluzione può inoltre aver "scelto" di privilegiare valori pressori lievemente più elevati di quelli ottimali per ridurre quanto possibile il rischio di episodi ipotensivi, che nell'ostile mondo in cui i nostri progenitori vivevano potevano comportare facilmente la morte.

Anche elevati livelli delle lipoproteine LDL possono svolgere un effetto protettivo contro il rischio (del tutto teorico, nella società moderna) di una carenza di colesterolo, essenziale per lo sviluppo delle membrane cellulari e in particolare delle guaine mieliniche che proteggono gli assoni neuronali nel nostro cervello e nel sistema nervoso periferico. Questo può forse spiegare perché l'organismo si sia dotato addirittura di un triplice meccanismo biochimico (l'assorbimento intestinale, la sintesi epatica e la captazione recettoriale delle LDL) per tutelare la disponibilità epatica di colesterolo praticamente in qualunque condizione metabolica; ciascuna di queste vie tende inoltre immediatamente a compensare interventi che modifichino l'efficienza delle altre due.

Una lista (certamente incompleta) dei fat-

**Tabella 1 - Numerosi fenomeni biologici possono svolgere un effetto protettivo nella prima fase della vita (fino a 40-50 anni), facilitando la sopravvivenza o specifiche funzioni dell'organismo, ed effetti invece sfavorevoli oltre tale età; i meccanismi evolutivi privilegeranno tuttavia gli effetti favorevoli a breve, tutelando quindi la persistenza dei fenomeni biologici che li generano, indipendentemente dai loro possibili effetti negativi a lungo termine**

Meccanismi biologici	Effetti a breve	Effetti tardivi
Aggregazione piastrinica	Riduzione del rischio di emorragie	Trombosi (infarto, ictus)
Ritenzione sodica	Vantaggio nelle aree dove il sodio è scarso	Iperensione
Ipercolesterolemia	Protezione dei meccanismi della mielinizzazione e della formazione delle membrane cellulari	Aterosclerosi ed infarto
Iperalimentazione dei bambini	Protezione dalle carestie	Obesità infantile ed adulta
Obesità	Protezione dalle carestie/fertilità	Diabete Aterosclerosi
Infiammazione	Controllo delle infezioni	Malattie autoimmuni Aterosclerosi

tori che possono svolgere un ruolo protettivo nella prima fase della vita, ed un ruolo al contrario negativo nella seconda, è presentato nella Tabella 1.

Nel mondo moderno, e nel contesto della nostra lunga durata di vita, fattori una volta caratterizzati da un evidente significato protettivo rappresentano quindi in realtà ormai dei fattori di rischio; ed il loro controllo mediante interventi di stile di vita, o di natura alimentare o farmacologica, diviene pertanto essenziale per continuare il trend di allungamento della durata della vita stessa, e di miglioramento della sua qualità, che è in essere ormai da molti decenni.

Ma va tenuto ben presente che tale controllo, che interferisce con processi biologici o comportamentali consolidati, è complesso, e può in particolare interferire con scelte che l'evoluzione ha rafforzato mediante il meccanismo del "piacere". Mangiare è per esempio piacevole, e per molte persone il controllo del piacere derivante dall'apporto di cibo non è di fatto gestibile: comportando, in presenza di una disponibilità alimentare illimitata, l'eccessivo apporto calorico, più volte ricordato in queste righe, che si trasformerà, più o meno inevitabilmente, in sovrappeso o obesità.

È quindi necessario, per controllare questi fattori protettivi ormai divenuti "di rischio", adottare un approccio pragmatico e disincentato, che talvolta punti deliberatamente ad "ingannare", o almeno ad ignorare, i processi sviluppati e tutelati dall'evoluzione. La moderna scienza nutrizionale fornisce numerosi elementi di riflessione a questo proposito.

I grassi alimentari sono per esempio sostanzialmente indistinguibili dal punto di vista dell'apporto calorico (uguale per tutti, con trascurabili differenze, e pari a circa 9 Kcalorie per grammo), ma gli effetti di al-

cuni grassi insaturi nel controllo della colesterolemia, e gli effetti sfavorevoli dei saturi o degli insaturi a conformazione trans sui fenomeni infiammatori, rendono profondamente differente l'effetto biologico complessivo del consumo dei vari acidi grassi, suggerendo scelte precise che, in un contesto di breve durata di vita, sarebbero state del tutto irrilevanti. Analogamente, i differenti carboidrati complessi e gli zuccheri a rapida o lenta digestione, che inducono, dopo il loro consumo, differenti risposte glicemiche, hanno svolto un ruolo sostanzialmente indistinguibile di fonte energetica durante tutta la storia della nostra specie; ma nel mondo moderno, nel quale gli effetti metabolici connessi alle oscillazioni della glicemia giocano invece un ruolo importante e talora essenziale, la scelta di carboidrati a basso indice glicemico diventa rilevante nel controllo del metabolismo glico-lipidico, e delle loro conseguenze sul rischio cardiovascolare.

E la scelta di alimenti ad elevato potere saziante, che "ingannino", mettendoli a tacere, i meccanismi che controllano l'appetito e l'apporto di cibo, può rappresentare una delle strategie più utili per facilitare il controllo del sovrappeso in una società ad am-

pia disponibilità di cibo come la nostra.

Da questo scenario emerge quindi un quadro complesso, e di non semplice gestione. Le malattie degenerative tipiche della nostra società sono probabilmente figlie di un'inappropriatezza genetica a gestire la nostra prolungata durata di vita, del maggior tempo a disposizione dei fattori di rischio per facilitarne la comparsa, della presenza di una "zavorra evolutivistica" ormai inutile e spesso sfavorevole che è fortemente radicata nel nostro patrimonio genetico. La conoscenza di questa situazione, e degli interventi che possono aiutare a controllarla, è sempre più necessaria: e va diffusa alle fasce meno favorite della popolazione, che meno hanno finora incorporato tali interventi nella loro vita.

Il non semplice obiettivo cui puntare, nel lungo periodo, è una vita nella quale le scelte siano sempre più controllate da decisioni di carattere razionale, basate sulle conoscenze scientifiche, più che istintuale: ben sapendo come la forza degli istinti (che ha permesso alla vita di mantenersi, nella fase "pre-razionale" della storia della vita stessa sulla terra) sia spesso di difficilissimo controllo.

\* Nutrition Foundation of Italy, Milano

## Bibliografia

1. Poli A, Tragni E, Casula M, Filippi A, Diotti R, Brignoli O, Cricelli C, Catapano AL; CHECK Group. How many patients need statin treatment in a low-cardiovascular-risk country? Low-densitylipoprotein-cholesterol target and distance from target distribution in an Italian cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012;22(4):327-36.
2. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R., Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 201;376(9753):1670-81.

## Gender Innovation. Un Premio per la ricerca farmacologica di genere

Le donne consumano più farmaci, fino al 30% in più, e rispetto agli uomini sono colpite con maggior frequenza (fino a 1,7 volte) e in maniera più pesante dagli effetti collaterali. È una delle evidenze che dimostrano come i due sessi rispondano in modo diverso alle terapie: dello studio di queste differenze si occupa la Farmacologia di Genere.

Per incentivare i ricercatori che studiano le differenze di genere in Farmacologia, nasce Gender Innovation - Premio di Ricerca SIF in Farmacologia di Genere, promosso dalla Società Italiana di Farmacologia (Sif) con il contributo di Novartis, che premierà i migliori progetti di ricerca tesi a risolvere le questioni relative alla Farmacologia di Genere in campo cardiovascolare, neurologico e respiratorio per arrivare all'appropriatezza della cura ed a una medicina basata sull'evidenza per ambedue i generi. "In passato le differenze di genere nelle risposte farmacologiche sono state sottovalutate dalla medicina ufficiale e le donne sono state escluse o quasi dalla sperimentazione clinica fino al 1993, riducendo la possibilità di evidenziare le differenze di genere per quanto riguarda la farmacocinetica, la farmacodinamica, l'efficacia e la tossicità", ha spiegato Pier Luigi Canonico, presidente della Sif. Potranno concorrere al Premio ricercatori italiani d'età inferiore ai 38 anni iscritti alla Sif, che non siano strutturati e che possano attestare almeno 5 anni continuativi di at-

tività di ricerca, titolo di dottorato o specializzazione nell'ambito delle discipline farmacologiche.

## Anziani. Meno soli e più attivi di quanto si pensi, ma fanno poca attività fisica

Sono mediamente soddisfatti della loro qualità della vita e si sentono poco soli, questo l'identikit degli ultrasessantacinquenni italiani. A dirlo l'indagine SEBA (Salute e Benessere nell'Anziano), realizzata dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria in collaborazione con la Fondazione Sanofi-Aventis.

Lo studio ha sottoposto circa 1.500 anziani di tre Asl del Nord, Centro e Sud a un questionario di oltre 25 domande, a cui è stato aggiunto un test della marcia per valutare l'eventuale impaccio motorio. Le interviste sono state condotte da medici di medicina generale su un campione di over 65 che si erano presentati in ambulatorio, quasi sempre per la prescrizione di farmaci o esami (57%) o per una malattia cronica non ben controllata (30%). Nonostante il campione parziale, spiegano i medici, il quadro è comunque indicativo. E si tratta di una situazione piuttosto buona. "La quasi totalità degli ultrasessantacinquenni (oltre il 90%) è in grado di svolgere in modo autonomo le attività di base della vita quotidiana, come al-

zarsi dal letto, vestirsi, lavarsi il viso, mangiare. Solo il 6,2% ha difficoltà in attività più complesse come fare il bagno o la doccia, fare la spesa, cucinare, fare il bucato, usare mezzi di trasporto pubblici e seguire la terapia prescritta", ha spiegato Niccolò Marchionni, coordinatore dello studio SEBA. "Basti pensare che solo l'8% ha consistenti problemi di vista e appena il 4,4% non ha un buon udito. Uno su tre riferisce che la memoria perde colpi, tanto da interferire con le proprie relazioni, ma questa è una lamentela comune fra gli anziani che non sempre trova riscontro in difficoltà oggettive".

In ogni caso, seppure devono assumere farmaci quotidianamente, gli over65 sono piuttosto sereni e dichiarano di condurre un'esistenza appagante. "Più del 60% assume cinque o più farmaci al giorno, ma il 22% è abbastanza soddisfatto della propria salute e si dichiara contento della propria vita in generale", ha spiegato il medico. "Purtroppo sono molto pochi quelli che fanno regolarmente esercizio fisico: appena il 15% lo pratica più volte a settimana", ha detto ancora Marchionni. "Lo stesso vale per altre attività del tempo libero. Com'era prevedibile, la parte del leone la fa la televisione: il 73% guarda la tv almeno tre ore al giorno e un anziano su 4 almeno sei ore, però il 53% legge quotidiani, riviste e libri almeno una volta a settimana".



**am**  
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**  
Edizioni 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**  
Lorenza Bacchini,  
Laura Berardi, Lucia Conti,  
Fiorenzo Corti, Bruno Cristiano,  
Domenico Di Giorgio,  
Paolo Giarrusso, Ester Maragò,  
Marta Gramazio,  
Paolo Misericordia,  
Stefano Nobili, Andrea Poli,  
Giovanni Rodriguez

**Progetto grafico**  
Giancarlo D'Orsi

**Ufficio grafico**  
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare  
nel mese di giugno 2012  
Registrazione  
al Tribunale di Bologna  
n. 7381 del 19/11/2003  
Costo a copia 2,50€

Testata associata a

**A.N.E.S.**  
AGENZIA NAZIONALE  
PER LE TESTATE PERIODICHE

Editore



**Edizioni Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**CSST** CERTIFICAZIONE  
SISTEMI DI GESTIONE  
PER LE TESTATE PERIODICHE

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