



am

AVVENIRE MEDICO

ATTUALITÀ Il dibattito al Convegno Quadri Fimmg del 6-7 maggio / 4
FOCUS I ticket farmaceutici, Regione per Regione / 7
FIMMG A luglio il primo incontro nazionale del Progetto Giovani / 11
SCIENZA Farmaci contraffatti, un fenomeno in aumento / 16



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

5-11

N. 5 - 2011

MENSILE XLIX ANNO



5

per mille

CODICE FISCALE

80015110580

*Un piccolo gesto
Un grande dono
Che non ti costa nulla!*

Destina la tua quota alla nostra Fondazione.



Il senso dell'appartenenza

EDITORIALE

Un Progetto per i giovani medici di medicina generale

**Celeste Russo,
Alessandro Dabbene,
Michele Ferrara**

Ancora una volta, Fimmg investe su noi giovani. Dopo la nascita della Sezione Medici in Formazione e dopo crescenti segnali volti a favorire interazione e integrazione tra generazioni, parte il Progetto Giovani. Un Concorso stimolerà idee e modelli di un

futuro che ancora vogliamo sognare e progettare, un Convegno metterà a confronto medici di diversa età, esperienza, provenienza, tre Stage testimonieranno che un mondo diverso è possibile. La scommessa è percepire l'unità di un Sindacato che vuole iniziare oggi a governare, insieme, il domani della Medicina Generale.

A Villa San Giovanni il Convegno Quadri 2011 e il Consiglio nazionale Fimmg

Come cambia la professione: nuovo quadro demografico e fattori di produzione

Un incontro per ragionare delle criticità che deve affrontare la Medicina Generale. Al centro soprattutto il grande cambiamento nella composizione dei medici di medicina generale, con una crescente presenza di donne e

un'ondata di pensionamenti che si profila per i prossimi anni, e la necessità di dotarsi di strumenti sempre più complessi, quei "fattori di produzione" che devono anche trovare un corretto inquadramento economico.

di Paolo Giarrusso

Il Convegno quadri Fimmg 2011 svoltosi a Villa San Giovanni (RC) dal 5 al 7 maggio è stata l'occasione per interrogarsi su temi di estrema importanza quali la complessità organizzativa, le risorse umane e i fattori di produzione che rischiano di penalizzare la nostra attività di liberi professionisti in questo particolare momento storico in cui viene chiesta una modernizzazione della sanità territoriale per meglio rispondere ai nuovi bisogni di salute che emergono dalla società.

Una professione in cambiamento, con una demografia ben differente rispetto al passato, deve saper prepararsi alle nuove risultanze (vedi pagina seguente), così come la professione deve trovarsi pronta a scegliere le migliori soluzioni per offrire servizi sempre più corrispondenti alla realtà in cambiamento (personale di studio medico, informatizzazione e vertenza informatica, società di servizi e fonti di finanziamento, etc) senza appesantire l'attività clinica medica che è e rimane sempre la nostra mission professionale. Facile a dirsi, ma assai più difficile a farsi, poiché in una realtà complessa e strutturata come la nostra entrano in gioco diversi fattori (come ad esempio i rapporti di lavoro con il collaboratore di studio, i rapporti professionali con le altre categorie del comparto sanitario, o i rapporti con le softer-house in un momento

“
Prepararsi
a saper rispondere
alle nuove domande
di salute, anche
attraverso migliori
“fattori
di produzione”

di vertiginosa evoluzione del mondo informatico etc.) che pesano nella gestione dei fattori di produzione, indispensabili per lo svolgimento della nostra attività. E proprio su questi elementi si concentra l'impegno dei quadri Fimmg a qualsiasi livello, nazionale o regionale, per ottenere le risposte più convenienti per la categoria. Il tutto in un contesto storico caratterizzato dalla limitatezza di risorse che ci obbliga a cercare nuove strade di finanziamento per adempiere ai nostri obblighi professionali. Da qui la necessità di trovare soluzioni non demagogiche ma di fattiva attuazione, evitando che l'incentivazione possa trasformarsi, come in passato, in una remunerazione strutturale "mascherata", assumendola piuttosto come una variabile proporzionata ai risultati ottenuti e al raggiun-

gimento di obiettivi prefissati. Nella relazione esposta a Villa San Giovanni, Giacomo Milillo ha affrontato questi temi, proponendo alcuni obiettivi intermedi da raggiungere:

- l'accesso e il ruolo unico;
- la ristrutturazione del compenso;
- la modifica dell'articolo 8 dell'Acn (regolarizzazione dei mmg nelle società dei servizi) o la costituzione e la regolamentazione di una società di servizio controllata dalla professione che possa offrire ai medici, da sola o consorziata con altre società di servizi di altri operatori sanitari, tutti quegli strumenti di cui la professione ha bisogno per non distogliere i medici dallo svolgimento dell'attività clinico assistenziale che rappresenta la mission della nostra attività.

Il Convegno quadri e il successivo Consiglio nazionale hanno affrontato anche un altro tema di estrema importanza per la professione: la situazione dell'Enpam e della sostenibilità del sistema pensionistico. Su questo nodo, già ampiamente anticipato nel numero 4 di Avvenire Medico, Alberto Olivetti ha fornito un contributo di informazioni, rinviando un ulteriore approfondimento al prossimo Consiglio nazionale che si terrà entro l'estate e che avrà proprio come unico tema all'ordine del giorno la questione previdenziale. **ATI**

La mozione approvata dal Consiglio nazionale Fimmg del 6-7 maggio 2011

Il Consiglio nazionale della Fimmg, riunito a Santa Trada di Cannitello-Villa San Giovanni (RC) in data 6 e 7 maggio 2011 presso l'Altafiumara Hotel, sentita la relazione del segretario generale nazionale Giacomo Milillo, la

approva

Il Consiglio nazionale della Fimmg, in particolare,

conferma

l'impegno del segretario nazionale generale per la strutturazione di un Coordinamento tra i principali sindacati medici autonomi, proiettato alla costruzione di una reciproca conoscenza e

di una alleanza su alcuni aspetti comuni alla professione medica.

Il Consiglio nazionale della Fimmg altresì

conferma

l'opportunità di proseguire nelle relazioni con le Centrali Cooperative, avendo cura di ribadire il rapporto convenzionale individuale del medico di medicina generale con il Ssn ed il divieto convenzionale di erogazione di prestazioni sanitarie da parte delle Società di servizio, anche cooperative, dei mmg.

Il Consiglio nazionale della Fimmg

esaminato

il documento redatto sulla vertenza telematica, che fa parte integrante della presente mozione, lo approva e dà mandato al Segretario Generale Nazionale e all'Esecutivo Nazionale di avviare le procedure e le interlocuzioni necessarie per conseguire gli obiettivi in esso contenuti.

Il Consiglio nazionale della Fimmg

condivide

il progetto di ottenere, a carico del servizio pubblico, la gestione dei fattori di produzione della Medicina Generale, nel contesto della ne-

cessaria ristrutturazione del compenso del mmg sotto forma di negoziazione e contabilizzazione separata.

Il Consiglio nazionale della Fimmg

condivide

l'impegno a considerare la politica per i medici neo inseriti elemento di valorizzazione assoluta e quindi uno tra gli obiettivi prioritari dell'azione del Sindacato, peculiarmente centrato sui temi della qualità della formazione e dell'inserimento nella professione.

Approvata all'unanimità

Fimmg apre la "vertenza informatica"

Importante l'indagine presentata al Convegno Quadri Fimmg da Paolo Misericordia, responsabile del Centro Studi del sindacato, che fotografa la realtà attuale del rapporto tra medici di famiglia e strumenti informatici. Il computer è entrato in tutti gli studi, visto che il 99% dei medici si collega abitualmente a Internet e il 95% gestisce una cartella clinica informatizzata, ma è ancora difficile usarlo come strumento di dialogo verso l'esterno: soltanto il 59% scambia informazioni con le Asl attraverso l'email e un modesto 11,8% usa

le ricette on line.

Eppure la nostra professione dovrà poter contare sempre di più sugli strumenti informatici, anche tenendo conto del Piano e-Gov 2012 approvato dal Governo per informatizzare la Pubblica Amministrazione.



Per poter realizzare tutto questo, Fimmg ha lanciato la proposta di una "valigetta informatica" da garantire a tutti i medici di medicina generale. In sostanza si tratta di una dotazione di base, comprendente collegamento a banda larga, hardware e software, antivirus e connessioni privilegiate con la Asl e i colleghi con cui si opera in associazione. Tutti fattori di produzione indispensabili, che saranno al centro di una vertenza da avviare con gli interlocutori pubblici, Governo e Regioni, per trovare soluzioni che sostengano i medici e tutelino la loro possibilità di essere "informatizzati", senza intaccare il loro lavoro clinico.

La Medicina Generale sta cambiando: sempre più donne e sempre più pensionati

La relazione di Tommasa Maio fotografa una realtà che chiede di intervenire in fretta, tenendo conto del processo di fem-

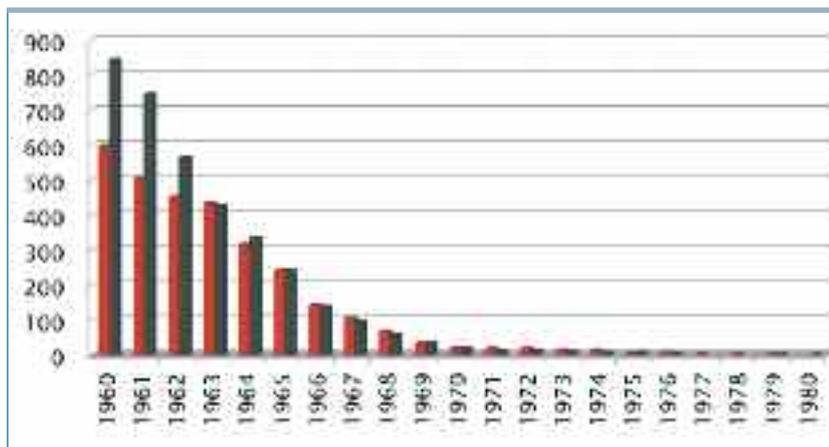
minilizzazione in atto e dando sempre più spazio ai giovani che scelgono di essere professionisti dell'assistenza primaria

La demografia di una professione in un futuro oramai alle porte è stato il tema della interessante relazione che Tommasa Maio ha presentato al Convegno Quadri Fimmg 2011.

Maio fotografa la realtà della nostra professione e la sua evoluzione, anche in prospettiva futura, cercando di trovare fin da adesso soluzioni pratiche ai bisogni che da qua ad un ventennio si evidenzieranno sempre più nella nostra attività.

I professionisti che attualmente esercitano la medicina generale almeno per i due terzi saranno in pensione entro i prossimi 20 anni. I giovani che entrano nella professione sono, ormai da qualche anno, in prevalenza donne e, soprattutto, sono sempre meno "giovani", perché i tempi di inserimento nella piena attività lavorativa sono sempre più lunghi. Per la precisione le donne sono in maggioranza tra i

Figura 1 - Mmg nati dal 1960: distinzione per sesso



mmg nati dopo il 1964, mentre l'età di ingresso nella professione evidenzia una ulteriore differenza tra Nord, dove si riesce a lavorare prima, e Sud, dove l'attesa di occupazione anche per

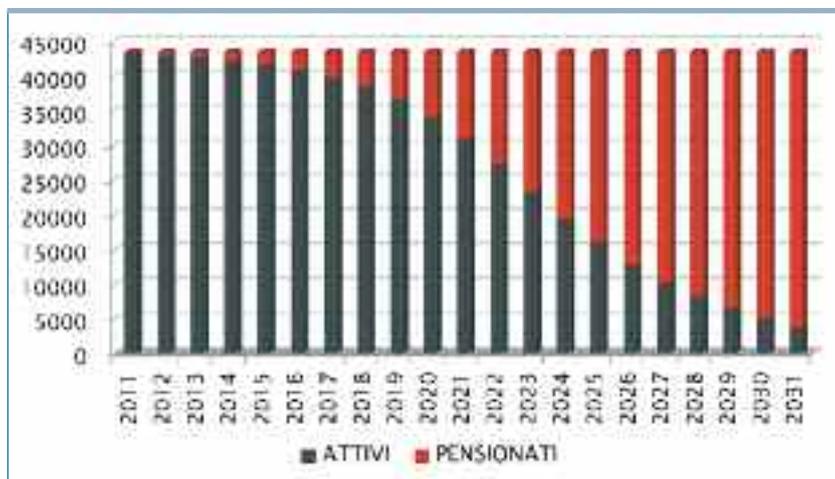
i medici è più lunga.

Per programmare il futuro della medicina territoriale, dunque, occorre tener conto di questi due elementi essenziali, che producono anche esigenze nuove che vanno armonizzate nel programma della ri-fondazione della medicina generale.

“Si deve evitare – ha sottolineato Tommasa “Sina” Maio nel suo intervento – il rischio di compiere errori nella programmazione analoghi a quelli compiuti nel nostro Paese negli anni '70, quando si è costruita una rete autostradale buona, forse, per quegli anni ma assolutamente insufficiente per la realtà, prevedibile se correttamente analizzata, di oggi”. Insomma, conoscere e analizzare a fondo l'esistente per poter fare una programmazione efficiente, in grado di soddisfare la richiesta di salute della popolazione e anche le legittime aspettative dei medici. A cominciare, per una volta, dalle giovani donne medico.

ATT

Figura 2 - Previsioni quiescenza



Regione che vai, ticket che trovi

Si pagano su farmaci, Pronto Soccorso e specialistica. Ma ogni Regione usa criteri diversi, in ragione della propria autonomia ma spesso anche del proprio deficit e del conseguente Piano di Rientro. L'ultima rilevazione dell'Agenas sui ticket in Pron-

to Soccorso e sulla specialistica indica che nell'ultimo anno sono aumentati solo in Campania e Calabria, mentre secondo Federfarma nel 2010 i ticket sui farmaci sono costati ai cittadini quasi 1 miliardo di euro.

di Luciano Fassari

C'è quello sugli accessi al Pronto soccorso che può costare anche 50 euro e quello per le prestazioni specialistiche che può arrivare fino a 46 euro. E in generale in ogni Regione, se si parla di ticket, vige una sorta di "fai da te". Una constatazione resa ancor più evidente se si guarda al ticket sui farmaci, contemplato in "sole" 12 Regioni, anche se in tutte vige comunque il criterio del prezzo di riferimento per i farmaci a brevetto scaduto. Inoltre, sono cambiate le regole per la verifica dell'esenzione e a giugno scade la copertura per il superticket della specialistica da 10 euro. Insomma, parlare di "giungla" per il sistema di compartecipazione alla spesa non è un azzardo e risulta quindi molto utile l'ultima rilevazione dell'Agenas, pubblicata il 24 maggio scorso, che fotografa la situazione per i ticket in Pronto Soccorso e per le prestazioni specialistiche, mentre attraverso i dati di Federfarma è possibile ricostruire la realtà dei ticket sui medicinali.

TICKET PRONTO SOCCORSO

Solo la Basilicata non lo applica, mentre la Campania lo ha raddoppiato rispetto a un anno fa. Regione che vai ticket sul Pronto Soccorso che trovi, tranne in Basilicata dove esso non viene applicato. Il ticket sui codici bianchi non seguiti da ricovero è stato introdotto dalla Finanziaria 2007 e prevede, salvo alcune eccezioni, il pagamento di una quota fissa di 25 euro. Il ticket, in ogni caso, non è uguale in tutte le Regioni. C'è chi applica solo la quota fissa, c'è chi fa pagare anche altre prestazioni (diagno-

stiche di laboratorio, strumentali o altre terapie) e chi mette il ticket anche sui codici verdi. Ma vediamo più nel dettaglio. Alcune Regioni (Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, PA Trento, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna) hanno previsto solo l'applicazione della quota fissa nazionale, 25 euro per l'appunto, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano e in Campania (che nell'ultima rilevazione Agenas del 31 gennaio 2010 faceva pagare 25 euro) la quota fissa è il doppio: 50 euro. Ma i distinguo non finiscono qui, perché in Veneto, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Calabria, oltre al pagamento della quota fissa, il cittadino compartecipa alla spesa anche per eventuali prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie erogate in concomitanza con la visita al Pronto Soccorso. Per questi casi alcune Regioni (PA Bolzano, Liguria, Toscana, Puglia, Calabria) prevedono dei massimali del ticket o come fa il

Friuli Venezia Giulia un tariffario per le singole prestazioni erogate in regime di pronto soccorso. Sempre in Friuli Venezia Giulia è previsto anche il pagamento per le prestazioni programmate successive al primo trattamento, mentre nella Provincia di Trento viene fatto pagare un ticket fisso di 35 euro agli stranieri non forniti di apposito modello di assistenza internazionale. Oltre al ticket sui codici bianchi c'è poi chi come Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa anche per i codici verdi non seguiti da ricovero. Niente ticket, infine, per i minori di 14 anni ed i cittadini esenti (secondo le norme di ogni singola Regione), tranne che per il Friuli e la PA di Bolzano dove non esiste esenzione per l'accesso al pronto soccorso.

TICKET SPECIALISTICA

Al centro sud è più alto. In ogni Regione italiana è previsto il ticket sulle prestazioni specialistiche. Esiste una normativa nazionale, applicata nella gran parte delle Regioni, secondo la quale per determinate fasce di popolazione, di patologie e reddito è prevista l'esenzione. In ogni caso, molte Regioni hanno deciso di ampliare la fasce di esenzione. Ma quanto costa il ticket sulla specialistica? L'importo massimo del ticket per ricetta è fissato a livello nazionale in 36,15 euro. In Calabria, però, sale a 45 euro + 1 euro di quota fissa (nell'ultimo rilevamento Agenas del 31 dicembre 2009 non c'era), mentre in Sardegna è di 46 euro. Poi c'è la Campania che, rispetto all'ultima rilevazione Agenas, ha introdot-



to il pagamento di un'ulteriore quota di 10 euro e in cui sono previste come nel Lazio e nel Molise ulteriori quote in base a specifiche prestazioni. (Vedi norme Regione per Regione su ticket specialistica)

TICKET FARMACI

Nel 2010 gli italiani hanno speso quasi 1 miliardo in ticket per i farmaci. Al ticket sul Pronto Soccorso e sulle prestazioni specialistiche, vanno poi aggiunti i numerosi e diversi ticket sui farmaci, presenti in 12 Regioni e che nel 2010 hanno portato nelle casse delle Asl 987,543 milioni di euro versati direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci di fascia A. Una cifra pari al 7,6% della spesa farmaceutica a carico del Ssn. Si passa dal ticket fisso sulla ricetta a diverse forme di compartecipazione legate al numero di confezioni acquistate. E questo vale, come abbiamo detto, in 12 Regioni (P.A. Bolzano, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Mediamente il

costo del ticket è di 1,68 euro su ogni ricetta del Ssn con un onere pro capite (calcolando tutta la popolazione e quindi anche coloro che non consumano farmaci o che sono esentati a vario titolo dal ticket) di 16,8 euro per italiano all'anno. L'incidenza maggiore del ticket si registra in Sicilia, Veneto e Lombardia con un peso di oltre il 10% sul totale della spesa. La più bassa a Trento, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia con un'incidenza inferiore al 4%. Ma in tutta Italia è comunque in vigore un'altra forma di compartecipazione che non prevede alcun tipo di esenzione. Parliamo delle cosiddette "liste di trasparenza Aifa" (recentemente aggiornate a seguito della manovra economica del luglio scorso, con un risparmio atteso di circa 600 milioni di euro) che prevedono un prezzo di riferimento per tutti i farmaci con brevetto scaduto che costituisce la soglia di rimborsabilità massima garantita dal Ssn. Se si acquista un prodotto con prezzo uguale o inferiore a quella soglia non si paga nulla. Ma se si preferisce un altro prodotto più

costoso della stessa categoria si deve pagare la differenza (vedi le norme Regione per Regione).

ARRIVERÀ IL TICKET SULLA SPECIALISTICA?

Per tutte le Regioni, come disciplinato dalla Finanziaria 2007, resta in vigore un ulteriore ticket di 10 euro sulle prescrizioni specialistiche, per un ammontare complessivo annuo stimato in 834 milioni di euro. In realtà, come è noto, questo ticket non è mai stato applicato a seguito della decisione dei vari governi (prima Prodi e poi Berlusconi) di coprire tale onere con fondi statali.

È andata così anche nel 2011, anche se la copertura economica messa in bilancio arriva solo al 31 maggio. In teoria, quindi, dal 1° giugno sarebbe potuto scattare questo ticket in tutte le Regioni, che però chiedono al Governo di coprire anche i sette mesi mancanti, secondo quanto previsto dall'accordo tra Governo e Regioni siglato nel dicembre 2010. **ATT**

REGIONE PER REGIONE, QUANTO COSTANO I TICKET SUI FARMACI

■ Provincia Autonoma di Bolzano

2 € per confezione con un massimo di 4 € per due o più confezioni.

Pagano, invece, 1 € per ricetta undici categorie di persone individuate per ragioni di malattia, invalidità o disagio economico.

Pagano 1 € per confezione e 2 € per due o più confezioni, invece, i figli fiscalmente a carico dei genitori.

Per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del Ssn, il cittadino, oltre alla differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso, paga anche il ticket di 2 € per confezione ovvero di 1 € per ricetta (con esclusione degli invalidi di guerra).

■ Piemonte

2 € per confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta.

Per antibiotici monodose, medicinali sommi-

nistrabili solo per fleboclisi, interferoni per soggetti affetti da epatiti croniche, di cui sono prescrivibili fino a 6 confezioni per ricetta, si paga un ticket di 1 € per confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta.

Per i farmaci correlati alla patologia cronica che dà il diritto all'esenzione, di cui sono prescrivibili fino a 3 confezioni per ricetta, si paga un ticket di 1 € a confezione fino a un massimo di 3 € per ricetta.

Nel caso di medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento, non si paga la quota fissa di 2 €, ma solo la differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso (dal 01/07/05).

■ Lombardia

2 € per confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta.

1 € per confezione fino a un massimo di 3 € per ricetta:

- per i pazienti esenti per patologia e malattie rare relativamente ai farmaci correlati alla patologia con redditi superiori a quelli previsti per l'esenzione totale;
- per gli invalidi civili con percentuale supe-

riore ai 2/3 o con assegno di accompagnamento e per gli invalidi del lavoro con percentuale superiore ai 2/3, solo per gli antibiotici monodose, i medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica e medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi (pluriprescrizione fino a 6 confezioni per ricetta).

Nel caso di medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento, la quota fissa si somma all'eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso.

■ Veneto

2 € per confezione fino ad un massimo di 4 € per ricetta (anche per antibiotici monodose, medicinali somministrabili solo per fleboclisi, di cui sono prescrivibili fino a 6 confezioni per ricetta).

Per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del Ssn, il cittadino, oltre al-

segue a pag. 10 ►

la differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso, paga anche la quota fissa.

■ Liguria

2 € per confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta.

La quota fissa si somma alla differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del Ssn.

■ Molise

1 € per confezione fino a un massimo di 3 € per ricetta, per i farmaci di prezzo superiore a 5 €.

0,50 € per confezione per i farmaci generici ad esclusione delle confezioni di prezzo inferiore a 5 €.

La quota fissa si somma alla differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del Ssn (con l'eccezione dei pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie).

■ Abruzzo

Per ogni confezione avente prezzo di vendita superiore a 5 €:

- 2 € sino a un massimo di 4 € a ricetta a carico degli assistiti che non abbiano diritto ad alcuna delle esenzioni previste dalla normativa vigente.

Per ogni confezione avente prezzo di vendita inferiore o uguale a 5 €:

- 0,50 € sino a un massimo di 1 € a ricetta a carico degli assistiti che non abbiano diritto ad alcuna delle esenzioni previste dalla normativa vigente.

Pagano, invece, 1 € per confezione con un massimo di 2 € a ricetta sei categorie di invalidi civili e del lavoro.

La quota di compartecipazione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto che si adeguano al prezzo di riferimento regionale. Dal 27 aprile 2011, per i farmaci non coperti da brevetto che non si adeguano al prezzo di ri-

ferimento, è previsto un ticket di 0,50 € a confezione in aggiunta alla differenza di prezzo.

■ Lazio

Per ogni confezione avente prezzo di vendita superiore a 5 €:

- 4,00 € a confezione a carico degli assistiti che non abbiano diritto ad alcuna delle esenzioni previste dalla normativa vigente;
- 2,00 € a confezione a carico degli altri assistiti con l'eccezione di quanti, secondo la normativa vigente, hanno diritto a esenzione totale, per reddito e per categoria.

Per ogni confezione avente prezzo di vendita inferiore o uguale a 5 €:

- 2,50 € a confezione a carico degli assistiti che non abbiano diritto ad alcuna delle esenzioni previste dalla normativa vigente
- 1,00 € a confezione a carico degli altri assistiti con l'eccezione di quanti, secondo la normativa vigente, hanno diritto a esenzione totale, per reddito e per categoria.

La misura si applica a tutte le confezioni non incluse nelle liste di trasparenza Aifa.

■ Campania

1,50 € per confezione più una quota fissa di 2 € a ricetta.

Il ticket di 1,5 € per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale.

La quota fissa di 2 € a ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno liquido e gassoso e ai farmaci del PHT.

■ Puglia

2 € per confezione fino a un massimo di 5,5 € per ricetta + 1 € per ricetta.

0,50 € per confezione + 1 € per ricetta per:

- medicinali pluriprescrivibili di cui all'art. 9 della legge n. 405/2001 (antibiotici monodose, medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da eptatite cronica, medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi);
- farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore severo di cui alla legge n. 12/2001;
- deferoxamina nel trattamento della talassemia;
- farmaci compresi nei protocolli di terapia immunosoppressiva per i trapiantati;
- preparazioni galeniche magistrali e officinali nella terapia del dolore di natura neoplastica, secondo le necessità del singolo paziente e in linea con i protocolli dell'Oms.

I farmaci, il cui prezzo non è allineato al prezzo di riferimento, sono soggetti al pagamen-

to della differenza a carico dell'assistito ma non al pagamento del ticket; le specialità medicinali il cui prezzo è allineato al prezzo di riferimento non sono soggette né al pagamento del ticket né a quello della differenza a carico dell'assistito.

■ Calabria

1 € per ciascuna ricetta o impegnativa del medico curante.

2 € per ciascun pezzo prescritto (massimo 2), per un limite massimo per ricetta pari a 5 euro (compresa la quota fissa).

I medici prescrittori potranno prescrivere un numero massimo di 2 confezioni, anche se della medesima specialità, fatta eccezione per gli antibiotici monodose, fleboclisi, medicinali a base di interferone, farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di pezzi sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni.

■ Sicilia

4 euro per confezione per i farmaci con prezzo fino a 25,00 euro.

2 euro a confezione per i farmaci generici con prezzo fino a 25,00 euro.

4,50 euro a confezione per i farmaci con prezzo superiore a 25,00 euro.

2,50 euro a confezione per i farmaci generici con prezzo superiore a 25,00 euro.

I soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare pagano:

- 1,50 euro per confezione per i farmaci con prezzo fino a 25,00 euro;
- 1 euro a confezione per i farmaci generici con prezzo fino a 25,00 euro;
- 2 euro a confezione per i farmaci con prezzo superiore a 25,00 euro;
- 1,50 euro a confezione per i farmaci generici con prezzo superiore a 25,00 euro.

A tali quote si somma la differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del Ssn.

Fonte: Federfarma, elaborazione Quotidiano Sanità

Lo schema, completo di tutti i casi di esenzione, è pubblicata sul sito www.quotidianosanita.it

*Un Concorso per idee nuove
sulla formazione in Medicina Generale*

Al via il Progetto Giovani

"Governare insieme il domani della Medicina Generale". È partita la prima edizione del Progetto Giovani Fimmg, dimostrazione di interesse vero del sindacato maggioritario della Medicina Generale alle opinioni, all'esperienza, alla sensibilità di chi sarà il medico di Medicina Generale del domani, di chi ha intrapreso questa scelta consapevolmente e non la vive come un ripiego professionale ma vi fa l'investimento della propria vita professionale.

In un periodo storico in cui si sente parlare molto di problematiche inerenti i giovani, considerati la risorsa principale del progresso, ma poco si attua per il futuro, ecco finalmente una proposta concreta: l'iniziativa del Progetto Giovani è un'opportunità reale e unica per quanti vogliono contribuire fattivamente ed attivamente alla trasformazione professionale della Medicina Generale. Per volere dell'Esecutivo Nazionale, si chiede l'opinione pura e sincera su quanto si dovrebbe fare per trasfor-



mare i tre percorsi che interessano i giovani, tramite la presentazione di lavori inerenti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, l'accesso alla professione, l'integrazione tra figure professionali. Tutti i lavori inviati saranno attentamente valutati e le proposte ritenute più interessanti potranno essere inserite nel progetto più vasto della Rifondazione della Medicina Generale. Ci saranno dei vincitori, uno per ogni percorso, ai quali sarà data in premio l'opportunità di conoscere una realtà europea di organizzazione della Medicina Generale. Ma vincitrice sarà tutta la Medicina Generale, se grazie al contributo di molti riusciremo ad arricchire idee e proposte per il nostro

futuro sindacale e professionale.

Culmine del Progetto, coordinato dalla dottoressa Tommasa Maio, sarà il Convegno che si terrà a Roma il prossimo 8 luglio, durante il quale verranno presentati i vincitori del concorso e raccolte le opinioni dei presenti; davanti a centinaia di giovani medici i dirigenti Fimmg saranno a disposizione per rispondere alle domande di un aperto dibattito che terminerà con l'intervento del Ministro della Salute Ferruccio Fazio.

Un'occasione unica, insomma, per coloro che si affacciano alla Medicina Generale per esprimere la propria opinione sullo stato attuale della formazione e della professione, per interrogarsi sulle problematiche vissute e per suggerire le possibili soluzioni per "governare insieme il domani della medicina generale".

*L'Esecutivo nazionale
di Fimmg Formazione*



Scrivi a
progetto_giovani@fimmg.org
e visita
www.fimmg.org/progetto_giovani/2011/
navigando con il menu a sinistra
nelle varie sezioni del progetto

Oltre 200.000
visite
al mese*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano sanità.it

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.
www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA



Health Communication editore



Progetto Giovani: la lettera di *Giacomo Milillo*

Care Colleghe e Cari Colleghi, il dialogo che la Medicina Generale deve inderogabilmente avviare con i giovani medici interessati a quest'area professionale può compiere in queste settimane il salto di qualità grazie alla vostra attiva partecipazione al Progetto Giovani.

Questa iniziativa, infatti, vuole offrirvi la possibilità di contribuire all'elaborazione di un modello di Medicina Generale adeguato alle necessità e alle possibilità dei medici del domani.

Chiunque oggi abbia responsabilità di negoziazione normativa e/o contrattuale nella Medicina Generale deve lavorare per superare il momento di difficoltà che la professione sta vivendo e soprattutto per gettare le premesse per il cambiamento. La Ri-Fondazione della Medicina Generale è pertanto un lavoro avviato con la consapevolezza che, perché una rivoluzione si compia concretamente, è necessario che

ne siano artefici i portatori di una cultura nuova e libera dai condizionamenti che hanno creato i problemi presenti.

Attraverso il Progetto Giovani vogliamo confrontarci con tutti i giovani mmg, ancora in formazione o appena entrati nella Medicina del Territorio, per l'elaborazione di proposte di trasformazione dell'esistente conformi alle loro aspettative e capaci di offrire al sistema sostenibilità, qualità dell'assistenza e gratificazione professionale.

Posso già dirvi che i numerosi elaborati che stanno arrivando e che mostrano il vostro interesse a questo progetto ci motivano a proseguire in questa direzione.

Grazie dunque a quanti stanno lavorando per partecipare al Concorso e a quanti saranno presenti a Roma il prossimo 8 luglio per proporre le loro idee nella consapevolezza che si sta lavorando, insieme, per la Medicina Generale che tutti "vogliamo vedere".

Giacomo Milillo

Progetto Giovani: Il programma del Convegno

Governiamo insieme il domani della Medicina Generale: i giovani e la Fimmg

8 LUGLIO 2011

NH Villa Carpegna
Via Pio IV, 6 Roma

Ore 14:00

Accoglienza, registrazione e distribuzione schede del Question Time

Ore 14:20

Saluti ed apertura dei lavori
Stefano Zingoni

Ore 14:40

Il presente ed il futuro della Medicina Generale
Giacomo Milillo

Ore 15:00

Fimmg Progetto Giovani. Presentazione e premiazione dei Vincitori del Concorso

Ore 15:10

Il percorso formativo. Stato dell'Arte
Jacopo Cepparo
Il futuro. La proposta del vincitore della Sez. 1 del Concorso
Progetto Giovani

Ore 15:40

L'accesso alla professione. Stato dell'Arte. *Floriana Bandera*
Il futuro. La proposta del Vincitore della Sez. 2 del Concorso
Progetto Giovani

Ore 16:10

L'integrazione nel sistema dell'Assistenza Primaria dei nuovi mmg. Stato dell'Arte
Antonio Di Bernardo
Il futuro. La proposta del Vincitore della Sez. 3 del Concorso
Progetto Giovani

Ore 16:40

Le criticità dell'avvio della Professione di MMG. Compilazione individuale della esercitazione scritta e consegna schede question time

Ore 17:00

Tavola rotonda
I giovani interrogano la Fimmg: analisi del contesto, criticità, proposte. Risposte ai quesiti raccolti in sala
Moderatore: *Andrea Pancani*
Partecipanti: *Giacomo Milillo, Celeste Russo, Silvestro Scotti, Stefano Zingoni*

Ore 18:00

Il Domani della Medicina Generale
Ferruccio Fazio,
Ministro della Salute

Ore 18:30

Conclusione dei lavori
Stefano Zingoni

FISCO

Tassazione agevolata per il personale di studio

Con ConfProfessioni una opportunità di "risparmio" fiscale

La presenza di un collaboratore di studio medico è divenuta oramai una necessità inderogabile per il medico di medicina generale, infatti il collaboratore di studio, opportunamente formato, può svolgere buona parte delle incombenze non cliniche a tutto vantaggio dell'attività clinica e della qualità dell'assistenza. Tutto ciò impone comunque degli obblighi contrattuali che devono essere convenienti per noi, nella nostra veste di datori di lavoro. A tal fine appare consigliabile che il personale di studio sia assunto esclusivamente a norma del Contratto Collettivo nazionale di Lavoro degli studi professionali di ConfProfessioni, direttamente dal medico di medicina generale o tramite società di servizio/cooperative mediche. Tale personale, che dovrà essere opportunamente formato ai compiti propri della medicina generale, riceverà tutte le in-

formazioni necessarie attraverso i corsi che regolarmente anche Fondoprofessione mette gratuitamente a disposizione di quei professionisti che abbiano regolarmente assunto secondo il Ccnl sopracitato e che ne abbiano fatto richiesta tramite le nostre sedi provinciali all'Ente Attuatore accreditato, che per Fimmg è FimmgMatica.

Si ricorda che avere personale di studio regolarmente assunto per un numero di ore di supporto pari alle ore di ambulatorio da effettuare a norma di Acn (pari ad almeno 10 ore settimanali con possibili economie di scala per coloro che lavorano nelle forme aggregative della medicina generale) permette di ricevere un contributo onnicomprensivo pari a 3.50 €/annuo/per assistito

A partire dal 1° gennaio 2011, inoltre, gli studi professionali e le aziende aderenti a ConfProfessioni – e quindi anche i di-

pendenti dei medici di famiglia assunti col Contratto collettivo nazionale degli studi professionali, visto che Fimmg è parte datoriale aderente a ConfProfessioni – potranno, come spiega Dario Grisillo "applicare una tassazione agevolata del 10% su diverse voci della busta paga dei dipendenti. Tassazione che si applica su straordinari, lavoro supplementare, clausole elastiche e flessibili, lavoro notturno, festivo e domenicale e altre prestazioni correlate all'aumento della produttività negli studi, con evidente vantaggio e soddisfazione dei dipendenti stessi". "Questa possibilità è subordinata alla stipula di un Accordo regionale tra la delegazione regionale di ConfProfessioni e le organizzazioni sindacali territoriali di Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl e Uil-tucs-Uil e – continua Grisillo – accordi in tal senso sono già stati sottoscritti in diverse Regioni in virtù dell'accordo quadro nazionale sulla detassazione sottoscritto da ConfProfessioni e da Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl e Uil-tucs-Uil lo scorso 13 aprile a Roma".

L'imposta ridotta sulle componenti accessorie della retribuzione è, infatti, prevista da una circolare dell'Agenzia delle Entrate e del Ministero del Lavoro del 14 febbraio scorso e riguarda i dipendenti degli studi e delle aziende collegate che applicano il Ccnl degli studi professionali. L'agevolazione fiscale per l'anno 2011 opera entro il limite complessivo di 6.000 euro lordi, in favore dei lavoratori titolari di reddito da lavoro dipendente non superiore all'importo di 40.000 euro lordi. P.G.

LE NEWS

Oliveti: "Le pensioni dei medici sono al sicuro"

Sullo scorso numero di *Avvenire Medico* abbiamo dato largo spazio all'Enpam ed alle scelte compiute dal suo gruppo dirigente, rinnovato meno di un anno fa. Nelle scorse settimane c'è stato però un fatto nuovo che ha creato qualche preoccupazione nel mondo medico: un membro del CdA dell'Ente, Salvatore Schiacchitano, e 5 presidenti di Ordine (Ercole Cirino, presidente dell'Ordine di Catania; Bruno Di Lascio, di Ferrara; Enrico Mazzeo-Cicchetti, di Potenza; Giancarlo Pizzi, di Bologna; Giovanni Maria Righetti, di

Latina) hanno infatti presentato un esposto alla Procura di Bologna per chiarire "natura, circostanze e legittimità dei complessi investimenti patrimoniali effettuati dalla Fondazione negli ultimi anni, a fronte dei quali è risultato apparentemente accertato, da parte di una società di consulenza internazionale all'uopo incaricata, un danno patrimoniale di oltre un miliardo di euro".

La risposta dell'Enpam è stata immediata, attraverso un proprio esposto contro la società di consulenza finanziaria, la SRI Capital Advisers, incaricata della revisione dei bilanci, chiedendo al Tribunale civile di Roma la condanna della società e il risarcimento dei

danni subiti, sia per esser venuta meno alla clausola di riservatezza sia per aver propagato notizie "lesive dell'onorabilità dell'Enpam". Il risarcimento richiesto è di 43.412.700 euro, ovvero cento euro per ogni iscritto all'Enpam (397.109 medici a cui vanno aggiunti 37.023 superstiti), sottraendo dal calcolo i 5 iscritti firmatari dell'esposto di Bologna.

Intanto il CdA dell'Ente ha approvato il bilancio consuntivo 2010, che registra un utile di 1,137 miliardi di euro e un patrimonio stimato in 11,443 miliardi. "I medici possono stare tranquilli – ha dichiarato il vicepresidente vicario Alberto Oliveti – l'Enpam pagherà le pensioni in atto e quelle future".

Il medico ragiona della morte

La morte, al di là delle implicazioni religiose, rappresenta la fine del naturale ciclo di ogni creatura vivente. E come tale noi medici abbiamo il dovere di affrontarla cercando di lenire al massimo le sofferenze dell'uomo ammalato e di accompagnarlo con dignità al suo ineluttabile destino. Anche noi medici di famiglia, che seguiamo per anni questi pazienti, dobbiamo essere preparati, mediante una formazione specifica, a questa evenienza che inevitabilmente ci coinvolgerà come uomini e come medici, cercando di assicurare ai nostri pazienti l'accompagnamento e la cura nelle fasi finali evitandone l'abbandono e l'isolamento, mettendo in atto tutte le appropriate terapie palliative e antidolorifiche ed assistendo nella sua complessità la persona ammalata e la famiglia nel suo insieme in simili contesti. Giuliano Bono, medico di famiglia e consigliere provinciale della Fimmg Torino, giustamente sostiene che per trattare un malato morente, ognuno di noi dovrebbe maturare esperienza e competenze che si acquisiscono solo dopo anni di pratica poiché la sola disponibilità, motivazione ed empatia da sole non bastano per non commettere errori che potrebbero essere causa di ulteriori sofferenze, non solo fisici ma anche interiori in un momento così delicato per il malato e la sua famiglia. Da qui la necessità di corsi di formazio-

ne complementari che sappiano mettere in tempi relativamente brevi il medico di fronte a questa realtà che spesso i mass media ignorano volutamente. Tutto ciò in un momento in cui che il medico di famiglia rappresenta, spesso, l'unico riferimento assistenziale per quel paziente e quella famiglia considerando che nella nostra attuale società le cure del dolore e la cura del malato terminale sono considerate un vero e proprio diritto del cittadino, un ultimo servizio che il medico deve rendere a quell'assistito che lo aveva scelto per essere preso in cura.

In un simile contesto dove per diversi motivi assistiamo ad un'incredibile rivalorizzazione delle cure domiciliari e

territoriali, la figura del medico di famiglia rimane il fulcro che deve saper coniugare in sé tecnologia e umanesimo ponendo sempre al centro l'uomo ammalato.

P.G.



Il tempo di morire
Giuliano Bono
 Il Pensiero Scientifico
 Editore
 Pgg. 176, euro 16,00

5 PER MILLE ALL'ENPAM

Anche quest'anno è possibile devolvere il 5 per mille alla Fondazione Enpam. Per farlo nella prossima dichiarazione dei redditi è sufficiente firmare e scrivere il codice fiscale della Fondazione Enpam (80015110580) nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale..."

www.epatiteb.info

Informazioni sull'epatite B
 disponibili in 11 lingue



È un'iniziativa
 Bristol-Myers Squibb

Farmaci contraffatti, un fenomeno in preoccupante aumento

A livello mondiale si calcola che i medicinali contraffatti rappresentino circa il 7% del totale. In Italia il fenomeno è

no è purtroppo in crescita attraverso canali diversi dalle farmacie: palestre, beauty center e, soprattutto, internet.

di Amedeo Schipani*

Il fenomeno della contraffazione dei farmaci ha avuto negli ultimi dieci anni uno sviluppo enorme, destando preoccupazione per i possibili effetti sulla salute, oltre che per il danno economico provocato.

DEFINIZIONE

L'Oms definisce come farmaco contraffatto un farmaco la cui etichettatura è stata deliberatamente e fraudolentemente preparata con informazioni ingannevoli circa il contenuto o

l'origine del prodotto. La contraffazione colpisce tanto i farmaci di marca quanto quelli generici (1).

QUANTIFICAZIONE DEL FENOMENO

Una stima precisa dell'entità del fenomeno è difficile da fare, ma si ritiene che mediamente sia contraffatto il 7% dei farmaci a livello mondiale, con un 1% riferito ai paesi più sviluppati e un 10%-30% riferito ai paesi in via di sviluppo. Il giro d'affari è valutato in decine di miliardi di dollari. La vendita di farmaci contraffatti ha provocato in diversi casi la morte di svariate decine di persone che hanno assunto tali prodotti: è successo, per esempio, per il consumo di uno sciroppo per la tosse contenente un solvente tossico, il dietilenglicole, al posto della più costosa glicerina, o per il consumo di farmaci a base di eparina contraffatta (2). In Italia il mercato illegale riguarda solo lo 0,1% dei farmaci distribuiti, ma c'è stato comunque una crescita enorme tra il 2005 ed oggi. Mentre tra il 2005 e il 2008 i Nas hanno sequestrato 136.000 tra fiale e compresse, nel biennio 2008-2009 ne hanno sequestrato 1.593.000. La cre-



SCIENZA

scita tra il 2005 e oggi è stata quindi del 400% (3).

IL FENOMENO IN ITALIA

La rete di distribuzione farmaceutica italiana è considerata tra le più sicure a livello internazionale, per merito del sistema di tracciatura (il cosiddetto "bollino") che permette di seguire i farmaci in tutto il loro percorso, dal produttore alla farmacia. Nelle farmacie italiane non è dunque possibile acquistare farmaci contraffatti. Questo invece può avvenire in strutture non deputate ufficialmente a ciò, come palestre, beauty center, negozi etnici e, sempre di più, su Internet: le farmacie illegali presenti sulla rete rappresentano oggi uno dei principali canali di distribuzione dei farmaci contraffatti; più del 50% dei farmaci venduti da queste farmacie online sarebbero contraffatti (4).

TIPOLOGIA E PERICOLOSITÀ DELLE CONTRAFFAZIONI

Un farmaco contraffatto può contenere le sostanze attive attese, sostanze diverse da quelle attese, nessuna sostanza attiva, quantità insufficienti di sostanza attiva, o può essere contenuto in una confezione contraffatta (5). La contraffazione può riguardare anche gli eccipienti. In ogni caso non vengono rispettate le norme di buona fabbricazione, a tutto scapito della qualità e quindi della sicurezza. I rischi variano dall'inefficacia del farmaco, per assenza del principio attivo (che diventa un dramma se si tratta di un salvavita), alla tossicità, al ritardo o all'incompletezza della risposta terapeutica.

FARMACI PIÙ SPESSO CONTRAFFATTI

Nei paesi in via di sviluppo vengono contraffatti principalmente farmaci salvavita: antibiotici, antimalarici, antitubercolari, antiretrovirali. Nei paesi più sviluppati la contraffazione riguarda soprattutto farmaci costosi, che migliorano lo stile di vita, e che vengono acquistati soprattutto per risparmiare: ormoni anabolizzanti, farmaci anoressizzanti, farmaci per il deficit erettile, steroidi, ma anche antistaminici, antiipertensivi, antitumorali, ecc. (6).

LOTTA ALLA CONTRAFFAZIONE DEI FARMACI

L'Italia è stato il primo paese in Europa e uno dei pochissimi a livello mondiale ad aver costituito fin dal 2005 una struttura trasversale fra le diverse amministrazioni interessate al fenomeno della contraffazione dei medicinali, struttura che nel 2008 ha preso il nome di IMPACT Italia, ramo della Oms IMPACT (International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce) e rappresenta il punto di riferimento per le attività in questo settore (www.impactitalia.gov.it). Ne fanno parte Aifa, Istituto Superiore di Sanità, Comando Carabinieri - Nas e Ministero della Salute, che, insieme ad Agenzia delle Dogane, Ministero dello Sviluppo Economico e Ministero dell'Interno (Direzione Generale Po-

lizia Criminale), sviluppano attività e indagini congiunte che permettono di coinvolgere anche le altre amministrazioni interessate a singoli progetti mirati e partecipano ad iniziative di collaborazione a livello internazionale (2).

LEGISLAZIONE

Il 16 febbraio 2011 il Parlamento Europeo ha approvato una nuova legge contro la contraffazione dei farmaci (7). La nuova legislazione europea, che entrerà in vigore tra due anni per dare il tempo agli Stati membri di recepirne nei rispettivi ordinamenti nazionali, prevede di introdurre un sistema di tracciabilità dei medicinali lungo tutta la catena di distribuzione attraverso un codice di identificazione (un po' come il nostro "bollino") e un imballaggio sigillato che assicuri che la confezione non sia stata manomessa all'uscita dalla fabbrica. Tutte le farmacie online dovranno avere un'autorizzazione speciale ed un logo comune, riconoscibile in tutta Europa, in modo che il cliente possa individuare più agevolmente le farmacie autorizzate. Il cliente dovrà comunque venire informato sui rischi degli acquisti in rete. Non solo i distributori ma anche i mediatori di farmaci dovranno essere regolarmente registrati. E si dovranno imporre regole di informazione trasparente anche per import e export dai paesi terzi. Infine la direttiva prevede sanzioni in caso di violazioni delle nuove norme europee (8).

**medico di famiglia*

“
Tra il 2005
e il 2008 i Nas
hanno sequestrato
136.000 tra fiale
e compresse,
ma 1.593.000
nei due anni
seguenti:
una crescita
del 400%

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Counterfeit drugs: report of a joint WHO/IFPMA workshop. WHO/DMO/CFD/92. WHO: Geneva; 1992.
2. D. Di Giorgio. Farmaci contraffatti. Il fenomeno e le attività di contrasto. AIFA/EDQM. Tecniche Nuove, settembre 2010.
3. Farmaci contraffatti, il business è in rete. L'Ue approva la direttiva "anti-falsi". La Repubblica.it, 16 febbraio 2011.
4. Indagine conoscitiva sul fenomeno della contraffazione e dell'e-commerce farmaceutico. Atti parlamentari - XVI Legislatura - Doc. 17, n. 6. 29 luglio 2010.
5. Farmaci veri, farmaci falsi. BIF XIV, N. 3, 2007, pagg. 97-98.
6. M.C. Gaudiano, Contraffazione farmaceutica: rischi per la salute e attività di Impact Italia, Convegno "Farmaci innovativi: Qualità, Efficacia, Appropriatezza", 11 giugno 2010. Roma, Camera dei Deputati, palazzo San Macuto.
7. Parlamento Europeo 16 febbraio 2011, Testi approvati N. P7_TA-PROV(2011)0056.
8. Tracciabilità UE per i farmaci, Il Sole 24 ore. 17 febbraio 2011.

Talassemia: pazienti sempre più longevi

Un terzo dei pazienti talassemici italiani ha più di 35 anni e non mancano malati anziani che hanno tagliato il traguardo dei 60 anni. Inoltre,

si assiste alla ripresa delle nascite: segno della fiducia nel futuro da parte di un numero sempre più alto di genitori.

di Antonino Michienzi

Aumenta l'età media dei circa 7.000 pazienti talassemici italiani, così come migliora la loro qualità di vita. Ciò, grazie alle nuove terapie rese disponibili negli ultimi anni dalla ricerca. È questo il dato saliente reso noto in occasione della Giornata Mondiale della Talassemia, promossa l'8 maggio scorso dalla Talassemia International Foundation e, in Italia, dalla Fondazione Leonardo Giambone per la Guarigione dalla Talassemia.

Le persone con talassemia, oggi, vanno a scuola, lavorano, si sposano, scelgono di fare figli, alcuni sono addirittura diventati nonni. Tuttavia la talassemia, malattia genetica ereditaria rara, endemica nel bacino del Mediterraneo, dovuta a un difetto genetico che compromette il trasporto di ossigeno nel sangue e porta l'emoglobina a valori incompatibili con la vita, resta una patologia seria, ancora inguaribile, sulla quale si concentrano gli sforzi della ricerca italiana e internazionale per offrire a questi malati una possibilità di guarigione.

“La talassemia non è ancora una malattia superata come vogliono far credere i media che spesso la considerano normale”, ha commentato Franco Mansi, vicepresidente della Fondazione Leonardo Giambone per la Guarigione dalla Talassemia. “Purtroppo non è così, tanti giovani sono costretti a sottoporsi a continue trasfusioni di sangue, controlli e ad assumere farmaci chelanti del ferro. La Gior-

nata è l'occasione per coinvolgere l'opinione pubblica e sensibilizzare tutti su questa dura realtà”.

È vero, però, che l'evoluzione delle terapie, in particolare i farmaci chelanti del ferro di ultima generazione assunti per bocca, la possibilità di personalizzare le cure, la disponibilità di indagini diagnostiche quali la risonanza magnetica, stanno cambiando la malattia. L'età media dei pazienti è adesso arrivata a 39 anni, con un incremento di ben dieci anni nell'arco di una sola decade. Cresce l'attesa di vita, che raggiunge oggi i 40-50 anni. Un terzo dei pazienti ha più di 35 anni e i più anziani hanno tagliato il traguardo dei 60 anni.

Inoltre, si assiste alla ripresa delle nascite, per scelta dei genitori, segno di fiducia nel futuro e nella possibilità di una vita normale. “Dai primi dati ancora incompleti del Registro interregionale è evidente lo spostarsi in avanti dell'età media dei talassemici, la presenza di una quota importante, 10%, di bambini talassemici sotto i 10 anni, la ripresa delle nascite e, infine, l'incremento del flusso migratorio che porta in Italia popolazioni particolarmente colpite dalla patologia che, come è presumibile, contribuiranno alla sua diffusione e per le quali i Servizi Sanitari Regionali devono cominciare a prepararsi con piani di prevenzione”, ha affermato Adriana Ceci, Consigliere scientifico del Board della Fondazione Giambone e componente del Pediatric Committee del-

l'Ena.

Intanto si è in attesa dei risultati di diverse sperimentazioni di terapia genica e cellulare condotte dal Centro del San Matteo di Pavia, dal Centro dell'Ospedale “Cervello” di Palermo e dal Centro Microcitemie di Cagliari in collaborazione con il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York. Nel frattempo, è importante potenziare la rete assistenziale e mantenere sotto stretto controllo le complicanze della malattia legate soprattutto alle continue trasfusioni, che comportano un accumulo di ferro nel sangue e in organi vitali come il cuore, nel fegato e nelle ghiandole endocrine. “I chelanti orali hanno cambiato totalmente la vita di questi pazienti”, ha spiegato spiega Renzo Galanello, direttore della Seconda Clinica pediatrica dell'Università di Cagliari. “Basti dire che il primo farmaco chelante, la deferoxamina, introdotta negli anni Settanta, non essendo assorbibile nel tratto digerente, va somministrato per via sottocutanea lenta, costringendo il paziente a infusioni con pompa di 10-12 ore al giorno per almeno 5 giorni alla settimana. L'adesione alla terapia in queste condizioni è estremamente difficile. Oggi un chelante orale, deferasirox, può essere assunto in monosomministrazione quotidiana, con un grande incremento della compliance”. Passi avanti sono stati inoltre compiuti anche sul fronte epidemiologico: oggi i dati dei talassemici italiani sono inseriti, in forma anonima e criptata, all'interno del Web Thal, un programma computerizzato sviluppato nel 1998, grazie a un finanziamento di Novartis, dai Centri di Torino, Genova, Milano, Cagliari e Brindisi. Il programma consente la gestione quotidiana dei pazienti tramite cartella clinica elettronica. Tutti i dati salienti del malato vengono registrati permettendo di seguire negli anni la sua storia clinica. Si tratta di un prezioso strumento di informazione per il medico e di comunicazione tra specialista e paziente. Consente inoltre lo scambio di informazioni cliniche tra i Centri e facilita l'elaborazione di protocolli di monitoraggio e di terapia e gli studi cooperativi. **ATT**

Nuovi arrivi dall'Europa

Nei giorni scorsi il Comitato per i medicinali per uso umano dell'Ema ha espresso quattro pareri positivi

per nuovi farmaci. Un via libera definitivo anche dalla Commissione



Tocilizumab

Il farmaco, un anticorpo monoclonale umanizzato che inibisce il recettore per l'interleuchina 6, ha ricevuto un'estensione delle indicazioni: potrà essere impiegato nel trattamento dell'artrite idiopatica giovanile sistemica in pazienti con più di due anni di età che non hanno risposto al trattamento con Fans o corticosteroidi. Secondo le indicazioni del Chmp, potrà essere somministrato da solo o in combinazione con metotrexato. La decisione è fondata sull'analisi dei risultati dello studio di fase III Tender, da cui è emerso che l'85 per cento dei bambini in trattamento con tocilizumab mostrava un miglioramento del 30 per cento di segni e sintomi della malattia e l'assenza di febbre dopo 12 settimane di trattamento contro il 24 per cento dei bambini che ricevevano il placebo. Attualmente tocilizumab è approvato in Europa per il trattamento dell'artrite reumatoide in pazienti che non rispondono adeguatamente o sono intolleranti alla terapia con farmaci antireumatici modificanti la malattia o con inibitori del tumour necrosis factor.



Ipilimumab

È un anticorpo monoclonale interamente umano che agisce nei confronti di CTLA-4 (cytotoxic T lymphocyte antigen 4), che svolge un ruolo cruciale nel regolare la risposta immunitaria naturale, inviando segna-

li inibitori alle cellule T (globuli bianchi che possono eliminare o neutralizzare le cellule cancerogene o di un agente infettivo). Ipilimumab blocca l'attività di CTLA-4, consentendo al sistema immunitario di reagire e attaccare le cellule tumorali.

Il Chmp ne ha raccomandato l'approvazione per il trattamento dei pazienti adulti con melanoma non operabile o metastatico precedentemente trattati.

Il parere positivo del Comitato si basa sui risultati di uno studio pilota di Fase III, randomizzato in doppio cieco, pubblicato sul New England Journal of Medicine.



Belimumab

A due mesi dall'approvazione in Usa da parte della Food and Drug Administration, anche il Chmp ha espresso parere positivo per il farmaco nel trattamento del lupus eritematoso sistemico. L'indicazione prevista dal Chmp è "in aggiunta al trattamento standard in pazienti adulti con lupus e alto grado della malattia nonostante il trattamento standard". Il nuovo medicinale è un anticorpo monoclonale completamente umano che inibisce lo stimolatore dei linfociti B ed è perciò in grado di ridurre il numero di cellule B anomale coinvolte nell'insorgenza della sintomatologia del lupus.

La decisione si basa sui risultati di due studi clinici di fase III (Bliss 52 e Bliss 76) in cui sono stati arruolati

circa 1700 pazienti con lupus randomizzati per ricevere l'anticorpo monoclonale o un placebo in associazione alla tradizionale terapia.



Fampridina

Il medicinale, nella formulazione di compresse a rilascio prolungato è indicato per i pazienti con sclerosi multipla con difficoltà motorie. Quella concessa dal Chmp è un'autorizzazione condizionata, rilasciata cioè anche in assenza di dati completi in virtù della capacità del farmaco di soddisfare una necessità clinica ancora non soddisfatta e di una preliminare dimostrazione di un profilo beneficio-rischio favorevole.

La decisione del comitato si è basata sui dati di due studi clinici di fase III che avevano evidenziato un notevole miglioramento della velocità di deambulazione dei pazienti appartenenti al gruppo in trattamento con fampridina rispetto al gruppo di controllo (placebo). Il risultato è stato osservato in tutti i tipi di sclerosi multipla che erano stati inclusi negli studi clinici.



Apixaban

Ok definitivo da parte della Commissione europea all'impiego per la prevenzione di eventi tromboembolici venosi nei pazienti adulti sottoposti a interventi di sostituzione di protesi d'anca o di ginocchio. Il farmaco è un inibitore diretto del fattore X attivato (Xa) della coagulazione. La decisione della Commissione fa seguito al parere positivo espresso lo scorso marzo dal Chmp che aveva preso in considerazione i trial Advance 2 e Advance 3 che hanno coinvolto circa 8 mila pazienti e in cui apixaban, somministrato due volte al giorno, aveva dimostrato maggiore efficacia rispetto all'enoxaparina (somministrata una volta al giorno) nella prevenzione degli episodi sintomatici e asintomatici di trombosi venosa profonda e dell'embole polmonare. A.M.

Dall'antichità un luogo di cura e di benessere

Fiuggi, le sue acque, il suo territorio

di Pier Giorgio Simeoni*

LE ORIGINI

In epoca preistorica un grande lago ricopriva tutta la conca di Fiuggi. È nella storia del colmamento di questo lago, di cui si possono trovare resti fossili un po' dappertutto, che sta l'origine dell'acqua. Questo lago, infatti, è andato riempiendosi grazie a due fenomeni, sedimentazione lacustre e fenomeni vulcanici: i primi hanno riempito il fondo di uno strato di limo e argilla, praticamente impermeabili, i secondi si sono sovrapposti ai primi con materiali vulcanici, soprattutto tufi e cenere. Una fitta vegetazione di boschi di castagno ha ricoperto il terreno.

L'acqua filtra attraverso la coltre vulcanica, si arricchisce di sostanze attive, raggiunge lo stato argilloso e su queste scorre, emergendo in numerose sorgenti alcune di portata maggiore, altre più piccole. Il segreto delle proprietà dell'acqua Fiuggi, come vedremo, sta proprio nella sua composizione mirabile che non è solo una miscela polielettrolitica, ma che contiene sostanze organiche che derivano dalla degradazione nei millenni della vegetazione che ricopre il terreno.

L'USO

L'uso dell'acqua di Fiuggi a fini curativi è antichissimo, a dimostrazione che l'osservazione empirica può precedere, qualche volta di secoli, conclusioni che solo oggi e con difficoltà la scienza medica ha tratto.

Da sempre le acque che scaturiscono tra i suoi boschi di castagno sono usa-

te per la cura della calcolosi renale. È comune il riscontro di eliminazione di renella e calcoli già dopo pochi giorni dall'inizio della terapia termale e ciò ha fatto sì che per anni la cura alle Terme di Fiuggi abbia rappresentato l'unica arma concreta contro una malattia che tende fatalmente a recidivare e è gravata da complicazioni gravissime.

L'EFFETTO TSUNAMI

L'ingestione dell'acqua di Fiuggi induce un rapido e potente effetto diuretico che porta all'eliminazione di

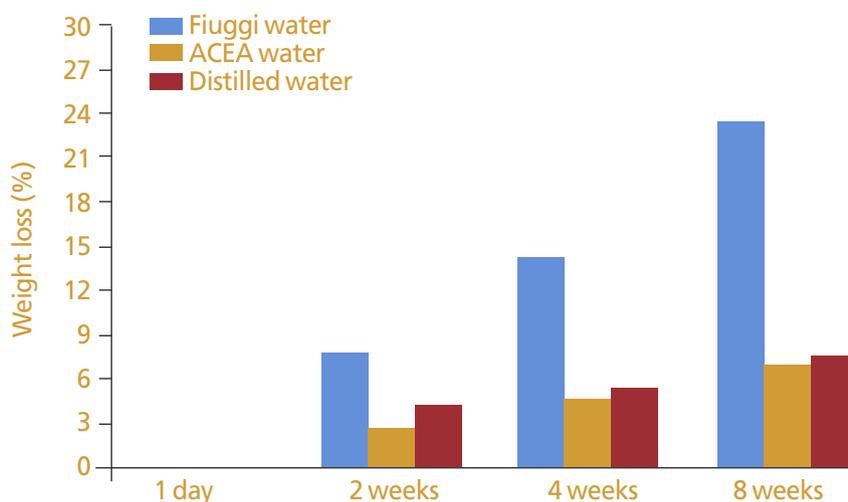
grosse quantità di urine in un tempo brevissimo. A pieno regime terapeutico il flusso urinario incrementa di circa quaranta volte e ciò comporta un effetto paragonabile a quello di un fiume in piena che spazza via tutto ciò che incontra lungo il suo percorso: detriti batterici, cellule desquamate, cristalli, calcoli. Si tratta di un vero e proprio Tsunami benefico che libera le nostre vie urinarie da incrostazioni e impurità che, aggiunto alla nota capacità dell'acqua di sciogliere i calcoli, fa delle Terme di Fiuggi il luogo deputato da secoli alla cura e prevenzione della calcolosi renale.

L'effetto litolitico

“Per quello che giudicano i medici ci ho il male della pietra (...). Di poi sendomi stato da bere una certa acqua (...) di una fontana che è a quaranta miglia da Roma la quale rompe la pietra e questa ha rotto la mia e fattomene urinare gran parte” scriveva Michelangelo Buonarroti, affetto da coliche renali dolorosissime che egli descriveva in maniera mirabile.

Negli anni numerose sperimentazioni sono state condotte per dimostrare l'effetto litolitico dell'acqua. L'ultima è quella eseguita dal professor D'Ascenzo, allora preside della Facoltà di Chimica dell'Università La Sapienza di

Tabella 1 - Percentuale di riduzione del volume di 20 calcoli umani con differenti tipi di acque in 8 settimane (D'Ascenzo Nephron '98)



Roma poi Magnifico Rettore della stessa, che, paragonando l'effetto erosivo di tre diverse acque (Fiuggi, acqua distillata, fonte Acea), dimostrava che con l'acqua di Fiuggi si otteneva una riduzione del volume dei calcoli di calcio ossalato molto superiore rispetto alle altre acque.

Quale era la ragione di questo fenomeno? La bassa concentrazione di sali minerali non poteva spiegarlo dal momento che l'effetto litolitico era superiore a quello della stessa acqua distillata che ne è del tutto priva. Ci doveva essere qualcosa d'altro, qualcosa legato alla natura stessa dell'acqua. Così il professore ha condotto un ulteriore esperimento: ha concentrato 10 litri di Acqua Fiuggi in solo 100 cc, li ha messi a contatto con 2 calcoli e ha ottenuto la loro dissoluzione in polvere finissima. Cosa c'è dunque nell'acqua di Fiuggi che corrode i calcoli? Il professor D'Ascenzo ritiene che questo effetto sia legato alla presenza di una molecola proteica della famiglia degli acidi umici, formatasi dalla degradazione del materiale organico della vegetazione che ricopre il terreno di Fiuggi e quindi caratteristica solo

di questa zona che, disponendosi come un film sul reticolo cristallino del calcolo, agisce come un sistema pompa che, interagendo con gli ioni calcio del cristallo, dissolve gli ioni di ossalato di calcio riducendo il calcolo in polvere finissima.

LA CURA ALLE TERME

La cura della calcolosi alle Terme di Fiuggi avviene sotto stretto controllo di medici termalisti che sanno adattare la quantità di acqua da somministrare alle condizioni di salute e alle esigenze terapeutiche del paziente così da ottimizzare i risultati e ridurre le complicazioni.

IL TERRITORIO

Fiuggi è una città che sorge a 750 metri dal livello del mare, immersa in secolari boschi di castagno. È circondata da una poderosa cinta di monti, il parco naturale dei Simbruini e i monti Ernici, ricchi di fageti e di acque, di una flora e una fauna incomparabili, con scorci paesaggistici di grande suggestione. Antichi monasteri e città d'arte sono raggiungibili in pochi minuti. Basti citare fra tutti il monaste-

ro di San Benedetto e di Santa Scolastica a Subiaco, il cuore della nostra storia religiosa e culturale; la certosa di Trisulti con la sua antica farmacia; Anagni città dei Papi, con la sua Cattedrale e la cripta, vero gioiello di arte pregiottesca; Alatri e le sue mura ciclopiche; Casamari e la sua superba cattedrale gotica. Si potrebbe continuare per ore e non si riuscirebbe a citare se non una parte dei tesori contenuti in questo territorio al centro dell'Italia.

Un magnifico campo di golf a 18 buche, alberghi di ogni categoria, centri benessere moderni ed efficienti, completano l'offerta turistica della città.

CONCLUSIONI

Fiuggi è una opportunità per curarsi e rigenerare il proprio corpo, ma è anche l'occasione per divertirsi e arricchirsi culturalmente.

La storia di Fiuggi è dunque nelle sue acque, ma anche nel suo territorio, nella sua cultura, nei suoi sapori, nella sua cortesia.

**primario nefrologo*



Broncopolmonite e diarrea da *Clostridium Difficile*

L'utilità e i rischi degli antibiotici

di Stefano Nobili*

La paziente ha 88 anni. In anamnesi ipertensione arteriosa trattata con amlodipina 5mg, fibrillazione atriale cronica in terapia con digitale (esclusa la terapia anticoagulante orale per scarsa compliance); utilizza fluticasone spray per BPCO e FANS AB per la sua poliartrite diffusa con difficoltà alla deambulazione. Durante l'ultima stagione invernale, pur dopo aver eseguito vaccinazione antinfluenzale, presentava attacco febbrile (39°) con dolore all'emittoce sinistro. L'auscultazione del torace evidenziava rari rumori umidi alla base polmonare sx con un'iniziale lieve dispnea senza escreato o segni di cianosi. Sat PO2 96%. Veniva trattata con ciprofloxacina 500mg x2 die x 10 giorni. Rivalutata dopo un paio di giorni

dal curante a domicilio, il quadro peggiorava con aumento della dispnea e Sat PO2 90%, quindi si disponeva il ricovero.

All'ingresso in PS la paziente era cosciente anche se con lieve obnubilamento del sensorio e dispnea. PA 145-85, FC 78ar. Torace: rumori umidi alla base sinistra, toni cardiaci aritmici, presenza di soffio eiettivo in focolo aortico irradiato al collo. Addome ndp. Succulenza pretibiale bilaterale.

Principali esami ematochimici in urgenza: GB 18.000 (neutrofili al 78%), GR 4.120.000, Hb 11.9, PCR 7, VES 80, azotemia 60, creatinemia 1.2, sgot 54, sgpt 68.

ECG: fibrillazione atriale cronica con FC 90ar, anomalie diffuse della ripolarizzazione.

Rx torace: disomogeneo opacamento al campo polmonare inferiore sinistro come da processo flogistico in atto.

Emogasanalisi: pH 7.41, pO2 76, pCO2 44, Sat. 86%: per questi valori viene posta in ossigenoterapia.

Terapia: amikacina f im 250mg x 2 x 10 gg e si introduce claritromicina 500mg x 2.

Al quarto giorno di degenza, la paziente non mostra miglioramenti sostanziali, anzi presenta peggioramento del quadro generale con leggero dolore anche all'emittoce destro, ulteriore dispnea e diarrea. I sanitari richiedono radiografia di controllo che evidenzia, oltre alla risoluzione parziale della flogosi all'emittoce sinistro, un abbondante versamento pleurico destro fino al tratto posteriore della sesta costa. Le scariche diarroiche vengono trattate con loperamide a basso dosaggio. Al tutto viene aggiunta terapia steroidea con betametasona 4mg die e copertura gastrica con omeprazolo 20mg. La paziente viene sottoposta a toracentesi con fuoriuscita di 200cc circa di essudato e ricerca di CTM e BK negativa.

La terapia con amikacina e claritromicina viene sostituita da imipenem-cilastatina 500mg x2 die ev. A distanza di ulteriori cinque giorni si assiste alla riduzione del versamento pleurico che si riassorbe quasi completamente nella successiva valutazione radiografica a due settimane. Permane comunque la sintomatologia addominale con diarrea alternante che viene imputata ad

segue a pag. 25 ►

CLOSTRIDIUM DIFFICILE: L'FDA APPROVA UN NUOVO TRATTAMENTO

La scienza, si sa, è in continua evoluzione. Proprio mentre preparavamo questo numero di *Avvenire Medico* è arrivata dagli Stati Uniti una notizia riguardante il tema analizzato nel nostro Caso clinico. La Food and Drug Administration, infatti, ha approvato nei giorni scorsi un nuovo farmaco (fidaxomicina) per il trattamento della diarrea associata a infezione da *Clostridium difficile*. Si tratta della prima novità in questo campo da 25 anni a questa parte. La decisione dell'agenzia americana si è basata sui risultati di

due trial clinici che hanno confrontato l'efficacia e la sicurezza di fidaxomicin con vancomicina. La risposta clinica è stata simile per entrambi i farmaci, ma nel gruppo in trattamento con fidaxomicina si sono registrati minori episodi di recidiva nelle tre settimane successive.

"Negli anni recenti, la comunità degli infettivologi ha osservato un aumento nel numero di casi di infezioni da *Clostridium difficile*", ha commentato Edward Cox, direttore dell'Office of Antimicrobial Products presso il Center for Drug Evaluation and Research dell'FDA. "La fidaxomicina è un'efficace nuova opzione di trattamento

per i pazienti che sviluppano diarrea associata a infezioni da *Clostridium difficile*". Il nuovo farmaco è un antibiotico macrolide, da assumere due volte al giorno per 10 giorni a stomaco sia vuoto sia pieno. Per proteggere il nuovo antibiotico dalla comparsa di resistenza, il farmaco deve essere impiegato per trattare soltanto infezioni la cui causa provata sia il *Clostridium difficile*. O comunque quelle per cui vi sia un fondato e forte sospetto.

Gli esperti dell'FDA sottolineano però che è possibile prevenire l'infezione: basta lavarsi le mani con sapone e acqua calda.

Per medici di base, ospedalieri,
pediatri, summaisti, pensionati.

fino a Euro
100 mila
senza spine

la cessione del V
di Club Medici nella
massima riservatezza.



l'iter della pratica è
a cura dei funzionari
Club Medici

 **Club Medici**

Sede Nazionale e Interrog.
Via G. Mariti, 10 Roma
info@clubmedici.it

chiamata
06 8607891

Sede Interrog. area sud
Centro Direzionale, Isola E3,
Palazzo Aviano Napoli
area.sud@clubmedici.it

chiamata
081 7879520



al Club Medici tutti i giorni a un...

OpenDay

I nostri funzionari sono
a tua completa disposizione

www.clubmedici.it

CASO CLINICO

◀ segue da pag. 23

effetto collaterale della terapia antibiotica. La paziente viene ben idratata e non ci sono sostanziali modificazioni del quadro elettrolitico. Visto il perdurare del quadro diarroico si effettua coprocoltura e si inizia terapia orale con metronidazolo 250mg 4v die. L'esito dell'esame mostra la presenza di *Clostridium difficile*.

La paziente viene comunque dimessa e la terapia per il quadro addominale viene impostata per un totale di 15 giorni. Il quadro respiratorio è in miglioramento, gli esami mostrano GB 5430, PCR 1.2, nella norma gli altri. La terapia consigliata a domicilio prevede oltre a metronidazolo e betametazone 0.5mg x os x 10gg, digossina 0.125mcg, furosemide 25mg, ASA 100mg, omeprazolo 10mg, soluzione di potassio e magnesio 1v die. Al mo-

mento viene sospesa la terapia antipertensiva con amlodipina, da rivalutare con i controlli pressori.

COMMENTO

Le complicanze intestinali da terapia antibiotica possono essere anche fatali (Miller M et al, Clin Infect Dis. Jan 15 2010;50(2):194-201) se si passa da un quadro di diarrea da antibiotici ad una colite pseudomembranosa. La prima forma è osservata in diversa percentuale nell'utilizzo di quasi tutti gli antibiotici. La diagnosi di diarrea da antibiotici deve essere posta in pazienti che assumono antibiotici o che li hanno assunti nelle precedenti 2-6 settimane. In ambiente ospedaliero il *Clostridium difficile* in gran parte non provoca diarrea franca nei pazienti. Più frequente nei pazienti al di sopra dei 50 anni, la presenza del batterio è asintomatica dal 6 al 36% dei casi e in que-

sti soggetti non viene consigliata la terapia per la possibilità di sviluppare resistenze antibiotiche o complicanze dipendenti dall'uso degli stessi. La terapia consigliata (Cohen SH et al. Infect Control Hosp Epidemiol. May 2010;31(5):431-55) è a base di vancomicina 125-500mg x os 4 volte al giorno per 5-10 giorni, gravata però di una discreta percentuale di recidive che necessitano di un secondo ciclo terapeutico. Il metronidazolo è un'opzione terapeutica ugualmente efficace e meno costosa della vancomicina, al dosaggio di 250mg 4 volte al giorno per 10 giorni. Secondo la Cochrane review del 2005 gli antibiotici previsti nel trattamento del *Clostridium Difficile* comprendono metronidazolo, vancomicina, bacitracina, teicoplanina, acido fusico e rifaximina (Cochrane Database Syst Rev; 2005 Jan 25).

• mmg, Fimmg Milano

LE NEWS

Osteoporosi: il bifosfonato non funziona senza vitamina D

Arriva dal 93esimo meeting annuale dell'Endocrine Society, svoltosi a Boston, l'ultima novità in tema di vitamina D. Le donne con ridotta densità ossea hanno una probabilità 7 volte maggiore di beneficiare dei bifosfonati se i loro livelli di vitamina D sono nella norma. "Mantenere adeguati livelli di vitamina D, al di sopra da quelli raccomandati recentemente dall' Institute of Medicine è importante per ottimizzare la terapia standard per l'osteoporosi: quella con bifosfonati", ha commentato Richard Bockman, primario del reparto di Endocrinologia al Weill Cornell Medical College di New York City. Secondo l'istituto americano, gli anziani con più di 70 anni non dovrebbero scendere al di sotto delle 600 unità internazionali di vitamina al giorno, una quantità appena sufficiente a far raggiungere i 20 nano-

grammi per millilitro ai livelli circolanti di vitamina.

Dallo studio, condotto in 160 donne con osteoporosi, è emerso che le donne con livelli di vitamina D circolante compresi tra i 20 e i 30 nanogrammi per millilitro avevano il 77,8 per cento di probabilità di non rispondere al trattamento con bifosfonati. Mentre era del 42,3 la percentuale dei non responders nel gruppo con livelli di vitamina compresi tra i 30 e i 40 nanogrammi per millilitro. In particolare, i pazienti con un valore superiore a 33 presentavano una probabilità 7 volte più alta di rispondere al trattamento con bifosfonati rispetto a quelli con un livello inferiore.

"Questo livello è più alto rispetto a quello considerato adeguato dall'Institute of Medicine e molto probabilmente è necessario un consumo di vitamina D superiore alle 600 UI per raggiungere questi valori", ha affermato Bockman.

Intanto, in Italia, un recente studio ha evidenziato che sono gravemen-

te carenti di vitamina D il 40% delle persone con meno di 45 anni e il 95% di quelle oltre i 65 anni.

Tra i motivi alla base di questo fenomeno le abitudini di vita, il lavoro sedentario, la scarsa attività all'aperto.

Per questo gli esperti consigliano di passeggiare all'aria aperta per circa 20 minuti tutti i giorni, con braccia, mani e viso scoperti nelle ore centrali della giornata. Fare un'alimentazione attenta che comprenda per esempio pesce "grasso", come salmone, merluzzo e sgombri, almeno tre volte alla settimana.

E, se necessario, ricorrere alla supplementazione farmacologica. "Per migliorare l'aderenza alla terapia la soluzione più idonea è quella di ricorrere alla monosomministrazione mensile", ha commentato Silvano Adami, ordinario di Reumatologia della Università di Verona. "Una volta ingerito, il bolo viene stoccato nel tessuto adiposo e rilasciato man mano nell'arco dei 30 giorni, in base alle richieste dell'organismo".

Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

Penelope, la figura del femminile

La figura più celebre che meglio rappresenta nella letteratura greca la donna-moglie è probabilmente Penelope. Anche Platone, nel Fedone (84 a-b), parlando dell'anima del filosofo che, finalmente slegata dal corpo, dovrà ancora di nuovo tornare a congiungersi con questo e così "fare il lavoro senza fine di Penelope che disfa e ritesse la tela", ci riporta la figura di questa donna così legata all'immagine della stanza del telaio e alla trama del suo telo infinitamente tessuto e poi disfatto per sottrarsi ai Proci.

Penelope, la moglie fedele. Lavoriamo su quest'immagine. Penelope, in effetti, non è moglie di nessuno: Ulisse è lontano e il suo ritorno sarebbe la fine dell'infinito lavoro del tessere. Ma la figura di Penelope è in questo lavoro senza fine, è in questo suo vivere nelle stanze del privato e in una piccola storia che si contrappone all'errare per mare del grande eroe e alla grande storia che lui rappresenta e di cui Penelope nulla sa. Penelope non è la reggia, ma la sua stanza del telaio: il potere e i discorsi spettano agli uomini, alle donne l'opera del telaio. Ma al telaio Penelope non produce panni,

bensi – disfando il tessuto – tesse il suo tempo impenetrabile: sottrae agli eventi il suo tempo che così diventa assoluto. Al tempo dell'azione di Ulisse, tempo che si svolge nell'infinito del mare ed è conservato nella memoria omerica, Penelope oppone l'assenza dell'azione, nega e sconvolge il tempo e il luogo che le sono assegnati: infatti, non produce/tesse e trasforma le sue stanze in una separazione che diventa per lei lo "stare presso di sé", luogo femminile dell'appartenersi dove le ragioni degli uomini rimangono estranee. Il cantuccio della casa, dice Adriana Cavarero (Nonostante Platone) si fa luogo impenetrabile dalle ragioni del mondo, dimora propria.

Anche rispetto al pensiero, la figura di Penelope misura uno scarto: al pensiero eterno (immobile e solenne, senza corpo né gesti) dei filosofi, Penelope oppone un'intelligenza e astuzia che conosce la situazione e la tiene in scacco: è la metis, intelligenza sostenuta dall'abilità manuale attribuibile a quel femminile – animale umano "inferiore" – a cui è invece preclusa la parte noetica della mente. Il suo posto è allora la stanza del telaio, non il mare, e il suo limite la



riva del mare, limite asimmetrico rispetto a quello esperito da Ulisse. Penelope sa che il mare è di Ulisse e lascia che la leggenda narri dei suoi dolori e delle sue guerre, lo lascia andare a giocare il senso del suo essere nella sfida con la morte; sa di non essere come Ulisse, né vuole esserlo, ma neppure si piega passivamente al ruolo che le viene imposto. Penelope fa della sua stanza la sua leggenda, la sua nascita e il suo radicamento: qui lei tesse e, tessendo, tiene insieme anima e corpo, cor-

po e pensiero (la metis), intelligenza e sensibilità che così legate esistono nel suo genere come nel mondo reale. Quello che la filosofia (il pensiero maschile) slega e separa (l'anima e il pensiero dal corpo e dal terreno), quelle donne, nella stanza del telaio, non separarono: l'iperurano e il mare non era cosa loro, esse stavano invece, in quella quiete dimora, a scambiarsi sguardi e parole radicate nell'interezza della loro esistenza, tessendo e ridendo.

Bruno Cristiano



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
Lucia Conti, Fiorenzo Corti,
Bruno Cristiano,
Luciano Fassari,
Paolo Giarrusso,
Ester Maragò,
Antonino Michienzi,
Stefano Nobili,
Mariano Rampini,
Amedeo Schipani,
Piergiorgio Simeoni
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti
Foto
Fabio Ruggiero

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

Testata associata a
ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE
DEI QUOTIDIANI E DEI QUOTIDIANI QUOTIDIANI



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Testata volontariamente sottoposta a
certificazione di tiratura e diffusione
in conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoriale 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

Nuovo Multicentrum Cardio. L'aiuto in più contro il colesterolo.



Steroli vegetali

Multicentrum Cardio è stato appositamente formulato con **steroli vegetali** per aiutare a controllare il colesterolo e **vitamine e minerali** specifici per aiutare a mantenere il cuore in salute.

Steroli vegetali per aiutare a controllare il colesterolo

Multicentrum Cardio contiene steroli vegetali Corowise™ (1g per dose giornaliera), ingredienti di origine naturale derivati da piante.

Gli **steroli vegetali** sono molecole strutturalmente simili al colesterolo, che svolgono un'azione **ipocolesterolemizzante**, riducendo l'assorbimento del colesterolo.^{1,2}

Numerosi studi dimostrano che la riduzione della colesterolemia è dose-dipendente nell'intervallo tra 0,7 e 2,0-2,5 g/die, in particolare l'assunzione di quantità inferiori (1g di steroli vegetali) porta ad una riduzione del colesterolo, LDL, mediamente superiore al 5%.^{3,4}

Vitamine e minerali specifici per aiutare a mantenere il cuore in salute

La formula di Multicentrum Cardio è completa di vitamine e minerali, tra cui le vitamine **B1, B6, B12, Acido Folico e Magnesio** che aiutano a mantenere il cuore in salute.

Elevati livelli di omocisteina plasmatica (Hcy) sono da considerarsi un rischio cardiovascolare poiché ossidano il colesterolo LDL e favoriscono la formazione delle placche aterosclerotiche.^{5,6}

L'assunzione di Acido Folico, Vitamina B6 e Vitamina B12 favorisce una riduzione dell'omocisteina plasmatica.⁷



Completo [®] A + Zinco [™]

www.multicentrum.it

1. Kuvshinov H, et al. "Effects of Sterols (SITOL) on LDL Cholesterol in vivo in healthy normolipidemic subjects." *Journal of Nutrition* 2004; 134: 100-104.
2. Pagan A, et al. "Plant sterols reduce plasma cholesterol and triglyceride levels in healthy subjects." *Journal of Nutrition* 2004; 134: 100-104.
3. Pagan A, et al. "The Multicentrum Sterols Study: a community-based study of hypercholesterolemia, its management and association with disease." *Journal of Nutrition* 2004; 134: 100-104.
4. Pagan A, et al. "The Multicentrum Sterols Study: a community-based study of hypercholesterolemia, its management and association with disease." *Journal of Nutrition* 2004; 134: 100-104.
5. Pagan A, et al. "The Multicentrum Sterols Study: a community-based study of hypercholesterolemia, its management and association with disease." *Journal of Nutrition* 2004; 134: 100-104.