

5-15

MENSILE
LIII ANNO

ATTUALITÀ

La mobilitazione dei medici,
dagli Stati Generali allo sciopero pag. 6

SCIENZA

Perché è necessario rilanciare
la vaccinazione antinfluenzale pag. 13

RICERCA IN MG

Al via il primo progetto
della Scuola di ricerca Fimmg pag. 21



16 DICEMBRE 2015

Uno sciopero per difendere il Ssn e la dignità professionale

am

AVVENIRE MEDICO



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

Un sciopero necessario, uno sciopero indispensabile per il rilancio delle Cure Primarie

di Giacomo Milillo
Segretario generale nazionale
Fimmg

A nome di tutta la Fimmg non posso fare a meno di ringraziare i nostri quadri e tutti i colleghi per la massiccia adesione allo sciopero del 16 dicembre.

È un risultato che ci incoraggia a proseguire nel percorso di riqualificazione della medicina di famiglia in particolare e delle cure primarie in generale su tutto il territorio nazionale.

Nel mese di gennaio la mobilitazione continuerà e prevediamo un intensificarsi delle azioni di lotta sindacale fino al raggiungimento di un confronto serio e costruttivo con il Governo. Unitariamente abbiamo lanciato un grido d'allarme: la mancanza di un progetto nazionale per la sanità, che non coinvolga i professionisti, determina una riduzione dei servizi erogati al cittadino.

La sostenibilità del Ssn passa anche dalla valorizzazione dei suoi professionisti.

Certamente obiettivo primario della Fimmg resta la conclusione della trattativa per il rinnovo della Convenzione il cui prolungato blocco rappresenta una oltraggiosa negazione del ruolo e del valore dei professionisti del territorio ed impedisce la sostenibilità stessa del Ssn.

È stata dura, ma la fermezza che abbiamo mantenuto sembra che stia per essere premiata. Con la dovuta prudenza, e salvo imprevisti dell'ultima ora, si sono create le condizioni che possono consentire un rapido avvio del rinnovo convenzionale e la sua conclusione entro il prossimo anno.

Non è il momento di mollare, la compattezza della categoria e del Sindacato è anche funzionale al raggiungimento del miglior risultato nel 2016.

Con questo spirito faccio a tutti i colleghi i migliori auguri di buon anno!

EDITORIALE

Medici in mobilitazione: un autunno caldo per difendere il Ssn e la dignità professionale

Contro i decreti sanzionatori, contro una politica di smantellamento del Ssn, il primo appuntamento è stato lanciato dalla Fnomceo, con gli Stati Generali del 21 ottobre. Poi si è arrivati alla manifestazione del 28 novembre, dove c'erano tanti medici della Fimmg, pronti allo sciopero, fissato per il 16 dicembre

Gennaro Barbieri

“**P**ensiamo che in questo momento ci sia un caos dovuto al passaggio delle competenze del Servizio sanitario nazionale alle Regioni”. Così Giacomo Milillo sintetizza le ragioni del difficilissimo momento in cui si trova la sanità italiana e che hanno condotto la categoria medica ad una serie di iniziative di protesta, dalla convocazione degli Stati Generali il 21 ottobre, alla manifestazione di piazza del 28 novembre, fino alla proclamazione dello sciopero della Medicina Generale del 16 dicembre. “Il nostro interlocutore, ormai - ha dichiarato Milillo in un'intervista - è il governo: le Regioni le abbiamo messe da parte. Sono infatti decenni che abbiamo con le Regioni rapporto e dialogo, senza però aver visto nessun risultato. Neppure loro sanno esattamente quello che vogliono fare, a parte il cercare di recuperare più risorse possibili per i loro bilanci”.

Una politica miope che, come mostrano tutte le fonti, sta gravando sempre più sulle tasche dei cittadini e che dunque mina alla base l'universalità e la tenuta stessa del Ssn. Proprio per queste ragioni, il 28 novembre, medici provenienti da tutta Italia si sono ritrovati a piazza SS. Apostoli a Roma, ri-

spondendo massicciamente all'appello della Fnomceo e aderendo alla Piattaforma unitaria, che pubblichiamo nelle pagine seguenti. Una manifestazione unitaria, che ha raccolto tutte le sigle del comparto, come non accadeva da diversi anni. Palloncini e bandiere hanno colorato il pomeriggio capitolino, mentre si mescolavano uomini e donne con differenti esperienze umane e

Stati Generali della
professione medica
**“Non vogliamo
essere governati
per decreti”**



no tempo alla relazione di cura, no a una formazione che non si confronta con i bisogni di salute, no a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure”. Questi i ‘niet’ che la professione medica ha lanciato, il 21 ottobre scorso, agli Stati generali indetti dalla Fnomceo.

Ma dai camici bianchi non arrivano solo dei “no”. I medici dicono “sì” a una Professione libera di curare in un Ssn che offra equità e pari opportunità di accesso, sì a una formazione finalizzata ai bisogni di cura ed alla coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale, sì a una informatizzazione che





professionali, ma accomunati dalla volontà di salvaguardare il Ssn pubblico e universalista. Disparità territoriali, la crescente e soffocante burocratizzazione, la scarsità di personale e l'abuso di contratti atipici, una governance che mira quasi esclusivamente a contenere i costi: queste le principali criticità denunciate dai manifestanti. Dal palco, **Roberta Chersevani**, presidente della Fnomceo, ha evidenziato: "Il rischio è che venga alterata la nostra mission. Problematiche che chiedono una vicinanza costante ai pazienti, anche a fronte dell'invecchiamento della popolazione, non possono invece essere affrontate con efficacia e costanza da medici e operatori sanitari. Il problema delle lunghissime liste di attesa è sotto gli occhi di tutti. Oggi abbiamo costruito l'unità, al di là delle singole sigle, per ribadire al Governo che deve prestare maggiore attenzione verso quello che accade in sanità". Chersevani ha poi invitato la piazza a un minuto di raccoglimento, in memoria delle vittime degli attentati di Parigi. Il resto del pomeriggio è proseguito con le testimonianze di chi ogni giorno lavora in prima linea. Gli interventi, che hanno coinvolto sempre operatori e non dirigenti sindacali, sono stati inframmezzati da numerosi contributi video riguardanti soprattutto le condizioni di lavoro del comparto e la percezione dei cittadini nei confronti della sanità italiana. Nel frattempo su uno schermo compaiono i tweet legati all'hashtag #io-mimobilitoetu e i messaggi sono inequivocabili: "Alla sanità italiana occorre una radicale e immediata inversione di marcia".



offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute, si alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia, si ai medici con e per le persone. "Vogliamo che il governo risponda immediatamente alle nostre istanze - affermano i medici - .Non è più il tempo della diplomazia e della mediazione!". "Gli Stati generali di oggi sono una chiamata a raccolta delle sigle dei sindacati da parte della federazione per vedere di condividere assieme un percorso che possa togliere dall'impasse la sanità italiana", ha affermato **Roberta Chersevani**, presidente nazionale Fnomceo. "Le problematiche sono legate a fattori economici - ha aggiunto - e stanno mettendo a serio rischio la sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Una grande criticità è la frammentarietà del servizio a seconda delle regioni, un'altra è che i cittadini iniziano ad avere problemi nel riuscire a curarsi". La presidente Chersevani ha poi annunciato la manifestazione del 28 novembre per denunciare ancora il disagio della professione. "C'è una politica marcia che si occupa

dei suoi equilibri e non degli interessi del Paese. Se non arrivano risposte soddisfacenti, cioè fatti concreti che ci facciano mettere la collaborazione dei professionisti davanti alle istanze della conferenza delle regioni ed alla tecnocrazia regionale, ci sarà lo sciopero a dicembre". Questo l'annuncio di **Giacomo Milillo**, segretario della Federazione italiana medici medicina generale (FIMMG), durante lo svolgimento degli Stati Generali. "Abbiamo creato le condizioni per poter dichiarare lo sciopero - ha spiegato Milillo. - Chiediamo un progetto coerente di sostenibilità del servizio sanitario nazionale per il riconoscimento di una universalità e eguaglianza di tutti i cittadini. Il Governo ha perso capacità di interlocuzione con la società perché si nasconde dietro 21 interlocutori schizofrenici, che sono le regioni. Il ministro Lorenzin sta rispondendo con attenzione ma non ha dato risposte concrete. Le sanzioni rivolte ai medici sono un aspetto di questa degenerazione del Servizio sanitario nazionale".

Piattaforma della professione per i principi del Ssn. Universalità, equità, solidarietà e sostenibilità

I medici italiani denunciano

Le politiche in atto che, considerando la Sanità come puro costo, stanno riducendo i livelli di assistenza e accesso alle cure, compromettendo in maniera progressiva il diritto dei cittadini alla tutela della salute: l'unico che la Costituzione italiana definisce fondamentale.

La incapacità di Governo e Regioni nell'assicurare ai cittadini livelli uniformi di assistenza e di esigibilità del diritto alla salute, a causa della ambiguità conflittuale creata dalla legislazione concorrente ex articolo 117 del Titolo V della Costituzione.

Lo spostamento dell'asse della politica sanitaria verso le Regioni con il corteo di piani di rientro e commissariamenti; i LEA sono diventati realtà virtuali e la migrazione sanitaria ne è lo specchio.

La crescita della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che già finanziano la Sanità con le loro tasse; ci sono fasce sempre più larghe di popolazione a rischio povertà che non accedono alle cure per difficoltà economiche.

La spersonalizzazione dell'assistenza e la compromissione della relazione di cura tra medico e paziente, per la invadenza di norme nazionali e regionali che limitano la libertà di curare e il tempo della cura. La ricerca della appropriatezza passa attraverso burocratici criteri di prescrizione che minano l'autonomia, la libertà e la responsabilità della Professione medica, imponendo ai cittadini prestazioni standardizzate.

L'inefficienza delle azioni amministrative ed organizzative messe in atto da parte del Governo e delle Regioni. Non c'è alcun criterio di uniformità nel riordino della Rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, e manca la sincroniz-

zazione con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie.

La crisi del sistema della formazione medica, un imbuto che produce disoccupazione, incapace di rispondere alle necessità quantitative e qualitative di una sanità moderna coerente con i bisogni di salute, privando il Ssn della possibilità di trasmettere, tra le generazioni, le competenze professionali.

L'esclusione dell'assistenza odontoiatrica dai LEA, lasciata a totale carico del cittadino. L'assenza di risposte alla crescente richiesta di assistenza Long Term Care, conseguente all'invecchiamento della popolazione, all'aumento dei malati cronici e alle difficoltà delle famiglie di farsi carico di problemi socio-assistenziali complessi. La negazione di ruolo e valore del lavoro professionale nel Sistema Sanitario pubblico e privato accreditato, con CCNL e Convenzioni mutilati e bloccati sine die per via legislativa.

L'uso intensivo del lavoro professionale e l'abuso di contratti atipici: quantità e qualità dell'assistenza sono possibili solo grazie all'impegno di professionisti, spesso precari.

Una governance delle aziende sanitarie votata al puro controllo dei costi, che considera i medici anonimi fattori produttivi, limitando gli ambiti di autonomia clinica e negando il loro ruolo centrale nelle funzioni di garanzia e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali, fino ad escluderli dai processi programmatori e gestionali delle attività sanitarie, demandati ad una tecnocrazia prevalentemente orientata al controllo dei costi.

10 punti per una riforma della sanità che assicuri:

- 1 La salvaguardia dell'universalità del Diritto alla Tutela della Salute
- 2 Il riconoscimento al medico ed all'odontoiatra del ruolo di prestatori d'opera intellettuale con garanzia di equilibrio tra la pubblica utilità e la autonomia del professionista
- 3 La coerenza e complementarietà degli ordinamenti professionali
- 4 La riforma della formazione SI a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e alla coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale.
- 5 Un nuovo modello di Governance
- 6 Ruolo e regolamentazione dei Fondi Sanitari Integrativi
- 7 La riforma del Titolo V della Costituzione
- 8 La revisione della Responsabilità professionale
- 9 La informatizzazione come occasione di conoscenza dei bisogni di salute
- 10 La verifica tra pari, dei comportamenti professionali e la meritocrazia

La piattaforma è siglata da Fnomceo e dalle sigle sindacali: Anaao Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid (Aipac-Simet-Snr) - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici - Cimop - Fimmg - Sumai - Snami - Smi - Intesa Sindacale - Cisl Medici - Fp Cgil Medici - Sumai-Simet - Fespa - Fimp - Cipe - Andi

Di certo il quadro non è dei più facili. L'allarme sul calo delle vaccinazioni lanciato dall'Iss e le possibili sanzioni anche contrattuali per i medici e operatori che in qualche modo ostacolano o comunque non supportino adeguatamente la pratica vaccinale, avevano già buttato parecchia benzina sul fuoco. Per non parlare del fatto che il nuovo Piano vaccini costerà molto più del precedente e che in tutto serviranno almeno 620 milioni per farlo funzionare a dovere. Così, dopo essere stato approvato il 5 novembre scorso dalla Conferenza delle Regioni, il Piano nazionale vaccini 2016-2018 è "sospeso", in attesa che il ministero dell'Economia dia la sua approvazione al varo. Il testo, salvo ulteriori sorprese, dovrebbe comunque essere quello varato dalle Regioni, che riassumiamo per punti.

Obiettivi

Gli obiettivi del Piano sono ambiziosi. Mantenere lo stato polio-free, raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free, garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio. Aumentare l'adesione consapevole, contrastare le disuguaglianze, completare l'informaticizzazione delle anagrafi vaccinali, migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili, promuovere nella popolazione generale e nei professionisti sanitari una cultura delle vaccinazioni, attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo e favorire la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

Sanzioni ai medici

Il testo non prevede, di fatto, sanzioni per medici o operatori sanitari che non supportino la pratica vaccinale, rinviando a norme successive da definire. Tuttavia vi è un passaggio che allude a questa futura possibilità, raccogliendo (in una logica punitiva e sanzionatoria) le criticità che stanno emergendo, anche nel mondo medico, riguardo alle vaccinazioni obbligatorie. Riportiamo integralmente il paragrafo in questione: "La discussione internazionale relativa al sueramento dell'obbligo vaccinale e alla valorizzazione delle scelte consapevoli dei cittadini sul tema si avvale dell'esperienza re-

Vaccini: in stallo il Piano nazionale 2016-2018

I vaccini sono diventati un tema caldo, da una parte per l'allarme lanciato dall'Iss sul calo del numero di vaccinazioni e dall'altra per l'annuncio su possibili sanzioni ai medici che non vaccinano. Ma intanto, mentre si moltiplicano le dichiarazioni, il Piano nazionale Vaccini, già approvato dalle Regioni, è fermo in attesa di trovare la copertura finanziaria



gionale che permette di comprendere le procedure, la tempistica e i costi organizzativi che ne conseguono.

Tale percorso sarà approfondito e dal nuovo piano potrà essere generata una normativa aggiornata, garantendo, peraltro, la protezione degli individui e delle comunità, con misure correlate, come, ad esempio, l'obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico. Parte integrante di questi vincoli sarà anche la ricognizione continua delle possibili violazioni del supporto alla pratica vaccinale e dell'offerta attiva delle vaccinazioni da parte dei medici e del personale sanitario dipendente e convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali, che possano portare anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali qualora ne venga ravvisata l'opportunità".

In sostanza si delinea una probabile innovazione normativa sul tema dell'obbligatorietà che dovrebbe scaturire dall'esperienza di questi ultimi anni sui pro e contro dell'obbligo/non obbligo rispetto all'impatto che i due regimi hanno sulle scelte dei cittadini e, per quanto riguarda i medici, si annuncia un monitoraggio ferreo dell'operato dei medici e del personale sanitario in generale, dipendente e convenzionato, prevedendo audit e revisioni tra pari insieme a Ordini, associazioni e sindacati, dai quali potrebbero uscire anche sanzioni disciplinari o contrattuali per i sanitari ritenuti responsabili di ostacolare o boicottare in qualche modo le vaccinazioni senza validi motivi clinici.

Vaccinazioni obbligatorie

Nel documento si prevede anche la possibilità di rendere obbligatorie le vaccinazioni per l'ingresso a scuola. Ma servirà anche in questo caso una norma ad hoc, come si legge chiaramente nella prima parte del testo citato.

Il decalogo dell'Iss sulle vaccinazioni

“I dati dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicati dal Ministero della Salute indicano un tasso di vaccinazione al di sotto degli obiettivi minimi previsti dal precedente piano. Scendono, infatti, al di sotto del 95% le vaccinazioni per poliomielite, tetano, difterite ed epatite B e la percentuale scende ulteriormente per le vaccinazioni contro il morbillo, la parotite e la rosolia che raggiunge una copertura del 86%, diminuendo di oltre 4 punti percentuali”. Così Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, ha lanciato nei mesi scorsi l'allarme, proponendo un decalogo per sostenere la cultura vaccinale nel nostro Paese.



Antinfluenzale: #iomivaccinoetu

Una campagna a sostegno della vaccinazione antinfluenzale sostenuta da Fimmg attraverso i social media, su Twitter e YouTube. Il primo a far circolare la sua foto mentre si vaccina è stato Giacomo Milillo, ma molti colleghi hanno poi inviato la loro immagine utilizzando l'hashtag. Una scelta responsabile che va oltre la proposta restrittiva di sanzionare i medici che non vaccinano. “I medici di famiglia danno il buon esempio dimostrando ai propri pazienti la sicurezza dei vaccini” dichiara Milillo, “Mi sono vaccinato e ho diffuso sui social la mia foto. Invito tutti i colleghi ad aderire all'iniziativa”. La sfida consiste nel farsi riprendere o fotografare mentre si esegue o riceve la vaccinazione e divulgare le immagini sui social, utilizzando l'hashtag e invitando altri colleghi a raccogliere la sfida. “L'obiettivo è sensibilizzare con l'esempio i nostri pazienti, motivare una massiccia adesione alla campagna di vaccinazione antiinfluenzale in atto e contribuire - conclude il segretario - a invertire la tendenza delle ultime stagioni che hanno visto calare vertiginosamente le coperture vaccinali”.

1. Sicurezza

I vaccini sono una delle tecnologie biomediche più sicure, perché vengono sperimentati e testati prima, durante e dopo la loro introduzione nella pratica clinica. La loro scoperta e il loro impiego hanno contribuito a proteggere milioni di persone in tutto il mondo.

2. Efficacia

I vaccini consentono di preservare la salute delle persone stimolando un'efficace protezione contro numerose malattie, evitando sintomi ed effetti dannosi, alcuni potenzialmente mortali.

3. Efficienza

I vaccini sono tra le tecnologie più efficienti per il rapporto favorevole tra il loro costo e quelli degli effetti sia diretti che indiretti delle malattie evitate.

4. Organizzazione

I programmi di vaccinazione devono essere oggetto di attenta programmazione, organizzazione e gestione da parte delle strutture sanitarie. Devono essere altresì monitorati attraverso l'istituzione di un'anagrafe vaccinale che alimenti il relativo sistema informativo e di sorveglianza.

Ogni individuo è tenuto a vaccinarsi in accordo alle strategie condivise a livello nazionale al fine di contribuire al mantenimento della propria salute ed alla riduzione della circolazione delle malattie infettive e del carico di malattia a queste associate. La vaccinazione è particolarmente raccomandata per il personale sanitario e tutti coloro che abbiano una funzione di pubblica utilità o svolgano attività a contatto con altri individui, al fine di assicurare la massima protezione nei confronti delle fasce di popolazione più fragili (pazienti, bambini, anziani).

5. Etica

Ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Ssn, è eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da par-

te di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltretutto essere contrattualmente e legalmente perseguibile.

6. Formazione

Il personale sanitario e gli studenti in medicina e delle professioni sanitarie devono essere formati e aggiornati relativamente alla vaccinologia e alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica, pertanto appositi corsi destinati alla vaccinologia devono essere all'interno dei corsi universitari e la vaccinologia va inserita fra gli obiettivi formativi della formazione continua per tutta l'area sanitaria.

7. Informazione

I Servizi Sanitari sono ovunque chiamati a informare i cittadini e a proporre attivamente strategie vaccinali che, tenendo in considerazione l'epidemiologia, la storia naturale delle malattie e i fattori di rischio della popolazione, impattino significativamente su patologie gravose per la salute e la sicurezza dei singoli cittadini e della popolazione in considerazione della loro gravità, onerosità e contagiosità.

8. Investimento

In considerazione del loro valore, alle vaccinazioni sono dedicate risorse economiche e organizzative stabili, programmate attraverso un'attenta e periodica pianificazione nazionale che identifichi le vaccinazioni prioritarie da inserire nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale che è un Livello Essenziale di Assistenza. Le decisioni sulle priorità vaccinali devono nascere da valutazioni di Health Technology Assessment condotte a livello nazionale, in grado di offrire dimostrazione epidemiologica di efficacia, utilità e sicurezza, nonché possibilità di ottenere i risultati previsti.

9. Valutazione

L'impatto di un intervento vaccinale in termini di salute di una popolazione deve essere periodicamente valutato, anche da studi indipendenti, con la collaborazione dell'Iss e delle Società Scientifiche.

10. Futuro

Al fine di incrementare continuamente le conoscenze sulla sicurezza, efficacia, utilità ed equità di accesso in merito alle vaccinazioni ed orientare conseguentemente le strategie vaccinali, deve essere favorita, con la collaborazione delle massime Istituzioni Nazionali e delle Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

Enpam presenta il bilancio sociale 2014

Alberto Oliveti: “Nostro obiettivo è dare un futuro sicuro agli iscritti”

Sostenibilità e sicurezza, welfare di categoria, gestione del patrimonio e sostegno al Sistema Italia. Sono le quattro sfide affrontate dall'Enpam, ente di previdenza e assistenza dei medici e dei dentisti, raccontate e rendicontate nel Bilancio sociale 2014. Il documento, di 120 pagine, racconta con numeri e fatti il modello di welfare costruito dalla Fondazione e spiega come sia in grado di reggere le sfide dei nuovi scenari economici e demografici. “Il nostro obiettivo è di dare un futuro in sicurezza a tutti i nostri iscritti – dichiara il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti – ed è sostanziato da quattro punti fermi: una sostenibilità dimostrata, la possibilità di dare un'assistenza strategica non più solo nei momenti eccezionali di bisogno ma anche durante la formazione e la vita professionale, inoltre la garanzia che il nostro patrimonio è gestito in maniera sicura, redditizia e duratura e con competenze e procedure che si ispirano alle migliori pratiche internazionali”. “Il quarto nostro punto fermo – continua Oliveti – è quello di fare investimenti che

Sostenibilità del sistema pensionistico, welfare di categoria, gestione del patrimonio e sostegno al Sistema Italia. Queste le sfide riassunte nel secondo bilancio sociale dell'Ente. Per Alberto Oliveti, presidente della Fondazione, “la sfida è chiamare il decisore a ridefinire regole certe e condivise a difesa della nostra autonomia, che è la base su cui si poggia la nostra sicurezza, confermata dai numeri e dai fatti”.



siano utili anche al nostro Paese come quelli per potenziare l'assistenza sul territorio, per sviluppare la ricerca e promuovere corretti stili di vita, che è il presupposto indispensabile affinché si consumi sanità solo

laddove occorre. In un momento in un cui si discute molto di appropriatezza, penso che questi nostri obiettivi strategici di investimento abbiano il loro perché”. Oliveti ha anche commentato il decreto sull'appropriatezza sottolineando come questa sia una “battaglia sacrosanta. Sarebbe giusto che tutti fossero appropriati. I medici nel loro esercizio, i cittadini nelle loro richieste, la componente politica nell'esercitare correttamente la programmazione e pianificazione. Una professione valida deve essere esercitata su base di evidenze scientifiche di provata efficacia. Crediamo che la formazione debba essere qualificata e misurabile, ma crediamo che il medico debba lavorare in autonomia responsabile”.

I numeri del Bilancio sociale Enpam 2014



Il bilancio sociale scatta una fotografia aggiornata della categoria: i medici e i dentisti attivi sono 356.375 mentre sono 95.428 i pensionati. In crescita il numero delle donne medico, che nella fascia di età inferiore ai 39 anni superano gli uomini (49.767 di contro a 32.719).

Dal punto di vista previdenziale si mostra uno scenario in cui il saldo tra i contributi versati dagli iscritti, il rendimento del patrimonio e i costi delle prestazioni previdenziali e assistenziali erogate è sempre positivo per il prossimo mezzo secolo, con un patrimonio stimato nel 2060 a circa 100 miliardi.

Per quanto riguarda l'assistenza sono più di 1.500 i medici e i dentisti che nell'ultimo anno hanno usufruito dei sussidi assistenziali dell'Enpam, la quota mag-

giore – quasi mille – ha fatto richiesta di sussidi straordinari. Ma il bilancio illustra anche gli ambiti verso i quali la Fondazione sta estendendo la sua attività, come la concessione di mutui agevolati agli iscritti.

Nel capitolo del contributo al Sistema Italia si fa il punto sugli investimenti socialmente responsabili di tipo “Mission Related”, come 150 milioni di euro destinati alla ricerca e 25 milioni impegnati nel mondo delle residenze sanitarie assistenziali.

Il Bilancio sociale dell'Enpam è redatto secondo gli standard e le linee guida del Global Reporting Initiative (Gri), l'organizzazione no-profit che stabilisce i criteri più diffusi al mondo per la rendicontazione della sostenibilità.

Giornata Mondiale Aids.

Lila: “Aumentano le persone che non fanno il test dell’Hiv”

La popolazione italiana ha un rapporto problematico con il test dell’Hiv: è quanto emerge dal Rapporto 2015 dei centralini telefonici Lila presentato in occasione della Giornata Mondiale di lotta contro l’Aids. Il 20,62% delle 5703 persone che hanno chiamato la Lega Italiana per la Lotta contro l’Aids (Lila) tra il 30 settembre 2014 e il 30 settembre 2015 non avevano mai fatto l’esame dell’Hiv, nonostante che, avendo contattato l’associazione, hanno dimostrato di essere sensibili al tema. La percentuale di persone che non hanno mai fatto il test raggiunge il 36% del totale nello studio *Questionaids* condotto dalla Lila e dal Dipartimento



di Psicologia dell’Università di Bologna su un campione di popolazione generale. “Fare il test rappresenta un problema per sempre più persone – commenta il presidente della Lila **Massimo Oldrini** – si tratta di un dato che va di pari passo con il fatto che in Italia oltre il 50% delle persone scopre di avere contratto l’Hiv in una fase molto avanzata dell’infezione. Nel nostro paese continuano a mancare completamente programmi nazionali di informazione e prevenzione – denuncia Oldrini – nonostante ogni anno contraggano l’Hiv circa 4.000 persone. Sappiamo che molte persone che hanno avuto rapporti sessuali a rischio evitano di fare il test perché spaventate dalle frequenti discriminazioni e dall’isolamento che seguirebbero un eventuale esito positivo – prosegue – per questo anche le attività di contrasto allo stigma possono favorire la prevenzione”. Oggi il virus viene trasmesso nella maggior parte dei casi da persone non consapevoli di aver contratto l’Hiv che, nel periodo che intercorre tra l’infezione e i sintomi che le obbligano a fare il test, possono trasmettere il virus a molte altre”.

Per fare fronte al fenomeno delle diagnosi tardive, da qualche anno Lila sta sperimentando percorsi di proposta del test dell’Hiv fuori dagli ambiti ospedalieri al fine di facilitarne l’accesso e raggiungere gruppi di popolazione a più alto rischio di infezione. Per finanziare questa iniziativa Lila ha lanciato la Campagna *Fatti un regalo, fai il test!* con la testimonial **Nina Zilli**, che durerà fino al 6 dicembre: inviando un sms al 45504 si doneranno 2 euro che saranno utilizzati per promuovere la conoscenza e la diffusione del test rapido salivare per l’Hiv.

Graduatoria unica nazionale: per Fimmg Formazione è inammissibile e insostenibile

Tra gli ultimi atti intorno al Ddl di Stabilità, che dovrebbe arrivare in Parlamento dopo la metà di dicembre, c’è la reintroduzione degli emendamenti 17.76 e 17.189, dichiarati in precedenza inammissibili in Commissione Bilancio, che prevedono l’istituzione di una graduatoria unica nazionale per l’accesso ai Corsi di formazione specifica in MG.



Fimmg Formazione, attraverso la sua segretaria nazionale **Giuliana Arciello**, denuncia come inammissibile e insostenibile questa decisione “non essendo in alcun modo migliorativa dell’attuale selezione e non ponendo in alcun modo rimedio alla condizione, profondamente discriminata, del corsista in Medicina Generale che percepisce una borsa di studio misera, non adeguata al tasso di inflazione e gravata da imposte e dall’obbligo assicurativo per la frequenza al corso stesso”.



Giuliana Arciello

“Una graduatoria unica nazionale al contrario – spiega Arciello – comporterebbe una disparità di condizioni tra chi, avendo reddito più alto, potrebbe permettersi di svolgere il corso di formazione in altre regioni e chi dovrebbe rinunciarci a causa dell’esiguità della borsa di studio, sua unica fonte di

reddito”. Fimmg Formazione riconosce la necessità di una modifica dell’attuale concorso di ammissione, ed evidenzia come la proposta di mantenere distinte le graduatorie regionali, con un test composto di 70 domande uguali e 30 distinte per ogni regione, eviterebbe la separazione tra il Corso di Formazione ed il territorio e permetterebbe il mantenimento degli attuali criteri meritocratici mettendolo al riparo da eventuali ricorsi che provocherebbero evidenti problemi di programmazione. Fimmg Formazione, inoltre, sottolinea ancora una volta la necessità di adeguamento della borsa di studio e la parificazione delle condizioni contrattuali rispetto ai colleghi specializzandi, principali criteri limitanti ai fini di intraprendere un percorso post-laurea orientato alla Medicina Generale.

Paolo Bonanni
Dipartimento di Scienze della Salute
DSS, Università degli Studi di Firenze

Perché è necessario rilanciare la **vaccinazione anti-influenzale**

Siamo ormai nel pieno della nuova campagna stagionale per la vaccinazione anti-influenzale, e mai come quest'anno è importante valutare quale sarà l'atteggiamento dei cittadini, ma anche di noi medici e di tutti gli operatori sanitari, dopo la crisi mediatica verificatasi a fine novembre 2014, a seguito del cosiddetto "caso Flud". La segnalazione di tre morti a breve distanza dalla somministrazione di uno stesso lotto di vaccino adiuvato aveva indotto AIFA alla sospensione cautelativa dell'utilizzo del lotto stesso, scatenando un'epidemia di allarmismo incontrollato su tutti i media, e di conseguente panico nella popolazione. Il risultato, anche se ai più avveduti era chiaro fin dall'inizio come non vi fosse alcun reale rischio, è stato un calo storico delle coperture vaccinali negli ultra-sessantacinquenni, che si è attestato ad una media nazionale del 49%. Non a valori ancora peggiori solamente perché la crisi è per fortuna intervenuta a campagna ormai in stadio avanzato di attuazione.

A seguito di questa vicenda, abbiamo provato a calcolare quale fosse in Italia il numero di ultra-sessantacinquenni deceduti che, per pura probabilità statistica e senza alcuna responsabilità né ruolo del vaccino per l'influenza, fossero attesi nei mesi di campagna entro due giorni dalla somministrazione del vaccino, scoprendo che si trattava di 15-20 morti (Signorelli et al., British Medical Journal 2015). Si comprende bene come lo stillicidio di "nuovi casi di morte dopo somministrazione del vaccino anti-influenzale" che nelle settimane successive alla crisi ci è stato raccontato dai giornali fosse inferiore a quanto statisticamente atteso. Probabilmente l'effettuazione di questo semplice calcolo da parte della agenzia regolatoria e un maggior grado di interazione tra diverse istituzioni centrali avrebbe potuto evitare un episodio i cui ef-



Lo scorso anno si è scatenata un'onda di allarmismo che ha prodotto un calo storico delle coperture vaccinali negli ultra-sessantacinquenni

fetti sono stati devastanti e che non trova eguali in altri Paesi Europei.

Gli errori commessi non saranno stati vani se questa crisi ci insegnerà come affrontare possibili problematiche future riguardanti la comunicazione sulla sicurezza dei vaccini, e se riusciamo oggi a comprende-

re adeguatamente quanto sia importante per la salute della popolazione raggiungere elevate coperture per l'anti-influenzale.

Le caratteristiche della stagione influenzale 2014-15

Il calo delle coperture vaccinali in anziani e soggetti a rischio di qualunque età ha coinciso con una stagione influenzale di grande impatto. Lo scorso inverno 2014-15 è stato infatti quello caratterizzato dalla terza più elevata attività influenzale da quando è stato istituito il sistema di sorveglianza Influnet basato sui *medici sentinella*. Se non è possibile ritenere che la maggiore diffusione e gravità dell'influenza nella scorsa stagione invernale sia solamente attribuibile al calo delle coperture vaccinali,

senza ombra di dubbio esso ha contribuito notevolmente a questa epidemia particolarmente importante. Infatti, lo scorso anno nel nostro Paese, tra i virus isolati completamente tipizzati (3.489), il 46% sono stati A H1N1 del tutto indistinguibili dal ceppo pandemico del 2009 e antigenicamente identici al ceppo vaccinale, gli isolati A H3N2 (parzialmente driftati e non identici al ceppo vaccinale) sono stati il 37%, mentre il 17% erano virus di tipo B (Rapporto Influnet Sorveglianza Virologica dell'Influenza n. 24 del 29 aprile 2015). Il dato più rilevante della sorveglianza integrata epidemiologica-virologica Influnet degli scorsi anni è l'evidenza della stretta correlazione tra circolazione di virus A H1N1 e casi gravi di influenza. Dal momento che la non perfetta coincidenza antigenica tra ceppo vaccinale e virus circolante (*mismatch*) ha interessato nella scorsa stagione solo il virus A H3N2, è evidente come una più elevata copertura ci avrebbe consentito di evitare parte rilevante dei casi più gravi e delle ospedalizzazioni e morti che invece abbiamo registrato in quantità notevoli.

Il peso della copertura vaccinale

Secondo un recente calcolo del Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI) dell'Università di Genova, basato su diversi parametri raccolti nelle epidemie influenzali degli ultimi 13 anni, per ogni incremento di 1 punto percentuale di copertura, è possibile evitare ogni anno 5.226 casi di sindrome influenzale tra gli anziani in Italia (*dati in corso di pubblicazione*). Se si considera che le morti direttamente provocate dall'influenza annualmente sono circa 8.000 nel nostro Paese (oltre due volte il numero di morti per incidenti stradali, per avere un termine di paragone), e che le complicanze e le ospedalizzazioni sono in numero chiaramente più elevato, si comprende l'importanza di un forte impegno di tutti per ripristinare al più presto coperture vaccinali che consentano di evitare danni così rilevanti per la popolazione. E la prima prova dell'importanza dell'immunizzazione anti-influenzale la possiamo dare vaccinandoci noi per primi. Purtroppo i dati storici di copertura vaccinale tra medici e infermieri indicano valori medi tra il 15 e il 20% (pur con ampie varia-



La prima prova dell'importanza dell'immunizzazione anti-influenzale la possiamo dare vaccinandoci noi per primi

Secondo un recente calcolo del Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI) dell'Università di Genova, per ogni incremento di 1 punto percentuale di copertura, è possibile evitare ogni anno 5.226 casi di sindrome influenzale tra gli anziani in Italia

ni), il che non deprime per una testimonianza particolarmente efficace da parte del mondo sanitario...

Le paure infondate

Ogni medico di medicina generale è il primo consigliere dei propri assistiti, ed è quindi necessario che rassicuri anche rispetto a voci prive di ogni fondamento sulla presunta pericolosità di alcuni componenti dei vaccini. I vaccini adiuvati contengono MF59, emulsione di olio in acqua contenente squalene. Tale composto (la cui unica colpa è probabilmente quella di essere stato denominato per il suo isolamento da una specie animale che spaventa...) non è altro che un normale componente del metabolismo del colesterolo presente costantemente nel nostro organismo, peraltro utilizzato ampiamente nell'industria cosmetica per la produzione di creme. Tutti i dati di sicurezza disponibili dopo l'utilizzo di milioni di dosi di vaccino adiuvato confermano la sua sicurezza, anche nel suo utilizzo per le donne in gravidanza che si era reso necessario durante la pandemia del 2009.

Un altro composto su cui si sono concentrate spesso le attenzioni in tema di sicu-

rezza è il tiomersale (sodio etilmercurio tiosalicato), che alcuni anni fa è stato eliminato da tutti i vaccini in commercio pur non avendo mai causato alcun danno neurologico documentato ma solo qualche raro caso di allergia. Ai molti rumori aveva contribuito un'agenzia per la protezione dell'ambiente statunitense, che aveva affermato che, per i bambini molto piccoli e soprattutto di basso peso, l'effettuazione in breve tempo di più vaccini potesse far superare le soglie prudenziali di esposizione al mercurio. Nessun danno documentato, quindi, solo prudenza. In realtà le valutazioni dell'agenzia americana erano errate in quanto il rischio di esposizione era presunto sulla supposizione che il sodio etilmercurio avesse le stesse caratteristiche farmacocinetiche del sodio metilmercurio, per il quale erano state calcolate le soglie di esposizione. In realtà, il sodio etilmercurio è eliminato molto rapidamente dall'organismo, diversamente dal sodio metilmercurio. Ciò spiega perché non fosse indispensabile eliminare il tiomersale (che è un composto utilizzato come antibatterico) dai vaccini, ma come ciò sia stato fatto ugualmente per eliminare un falso argomento di sicurezza contro i vaccini. Infatti, ormai le moderne tecniche di preparazione sono in grado di supplire alla mancanza di tale componente, specie per i vaccini monodose. Nonostante quindi siano ormai trascorsi parecchi anni da quando il tiomersale non è più presente in alcun vaccino, tuttavia l'argomento mercurio è ancora oggi ricorrente in chi diffonde false informazioni.

Conclusioni

In conclusione, il recente rilancio da parte delle autorità sanitarie delle vaccinazioni per tutte le fasce di età deve essere un'opportunità di rinnovato impegno nella promozione di tutte le vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano. Una sempre maggiore attenzione del mondo della medicina generale nei confronti dell'immunizzazione attiva (testimoniato dal ruolo di protagonista svolto da FIMMG nella predisposizione del Calendario Vaccinale per la Vita) è di buon auspicio affinché vi sia sempre più spazio per le vaccinazioni nei programmi di formazione continua del mmg, e che il medico di medicina generale sia sempre più protagonista nel *counselling* e nell'offerta diretta delle vaccinazioni ai propri assistiti.

Giornata Internazionale del Volontariato. Cerimonia al Quirinale. Mattarella: “Non solo ruolo di supplenza”

Si è svolta il 5 dicembre scorso al Palazzo del Quirinale, alla presenza del Presidente della Repubblica, **Sergio Mattarella**, la cerimonia sulla Giornata Internazionale del Volontariato, istituita dalle Nazioni Unite nel 1985 allo scopo di promuovere, valorizzare e incoraggiare l'attività svolta dai volontari di tutto il mondo.

Dopo la proiezione di un video sull'attività del volontariato in Italia, la conduttrice, **Geppi Cucciari**, ha intervistato sei volontari impegnati in diverse aree: **Teresio Cagliero**, per le attività socio-assistenziali dei “senza fissa dimora”; **Marta Bernardini**, per l'assistenza ai rifugiati, operante in una struttura a Lampedusa; **Silvia Lombardo**, per l'assistenza nelle carceri, operante presso l'Istituto minorile Beccaria di Milano; **Lorenzo Mazzieri**, volontario della Protezione Civile; **Alessia De Fabiani**, volontaria del Touring Club Italiano, per la valorizzazione dei beni comuni; **Alessandro Manciana**, medico volontario della Federazione Organismi Cristiani Servizio Internazionale di Volontariato (FOCSIV).

Il Presidente della Repubblica si è poi rivolto ai volontari, ricordando in apertura del suo discorso **Rita Fossaceca**, la dottoressa volontaria uccisa in Kenya, dove si occupava di un orfanotrofio. “Care volontarie, cari volontari – ha detto poi Mattarella – un Paese impaurito, un Paese dove si costruiscono muri, un Paese dove si allentano i legami sociali è un Paese più debole,



destinato ad incontrare gravi difficoltà nel mondo globalizzato. Un Paese unito, un Paese solidale, un Paese dove i cittadini avvertono il senso della responsabilità sociale è un Paese più forte, in grado di affrontare le sfide del nostro tempo, così complesse e impegnative. **La giornata mondiale del volontariato, che celebriamo qui, oggi, tutti insieme, è l'occasione per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sul valore dell'impegno e della gratuità, che rendono più umane e più vivibili le nostre città, le nostre contrade e quelle di tutto il mondo. Ne risultano rafforzati l'identità nazionale e i valori di democrazia, libertà e uguaglianza sanciti dalla Carta costituzionale. Ne risulta rafforzato quel tessuto di solidarietà che contribuisce a garantire la pace. Voglio, quindi, esprimere, nei vostri confronti, a nome dei nostri concittadini, riconoscenza e incoraggiamento. La vostra attività e il vostro impegno concorrono largamente alla costruzione di un presente e di un futuro migliori per il nostro Paese”.**

Operatori sanitari: sempre più attaccati Oms: “Solo nel 2014 ne sono stati uccisi 603”

Nelle prime ore del 3 ottobre, alcuni razzi si sono abbattuti su di un ospedale di Medici Senza Frontiere (MSF) a Kunduz, in Afghanistan, uccidendo almeno 14 operatori sanitari e ferendone 37. Un altro presidio MSF nella città meridionale dello Yemen di Taiz è stato bombardato il 2 dicembre, ferendo 9 persone, tra cui 2 operatori di MSF. Dal 2012, quasi il 60% degli ospedali in Siria sono stati parzialmente o completamente distrutti, e più della metà degli operatori sanitari del paese sono fuggiti o sono stati uccisi.

Ma non solo, dall'Ucraina all'Afghanistan, gli operatori sanitari sono in prima linea di fuoco. Nel solo 2014, 603 operatori sanitari sono stati uccisi e 958 feriti in questi attacchi in 32 paesi, secondo i dati dell'Oms che sottolinea come “gli attacchi e le morti sono tragiche, ma la perdita di operatori sanitari, di servizi e strutture risultati in meno cura per le persone, aggrava le sofferenze causate dai conflitti e da altre emergenze”.

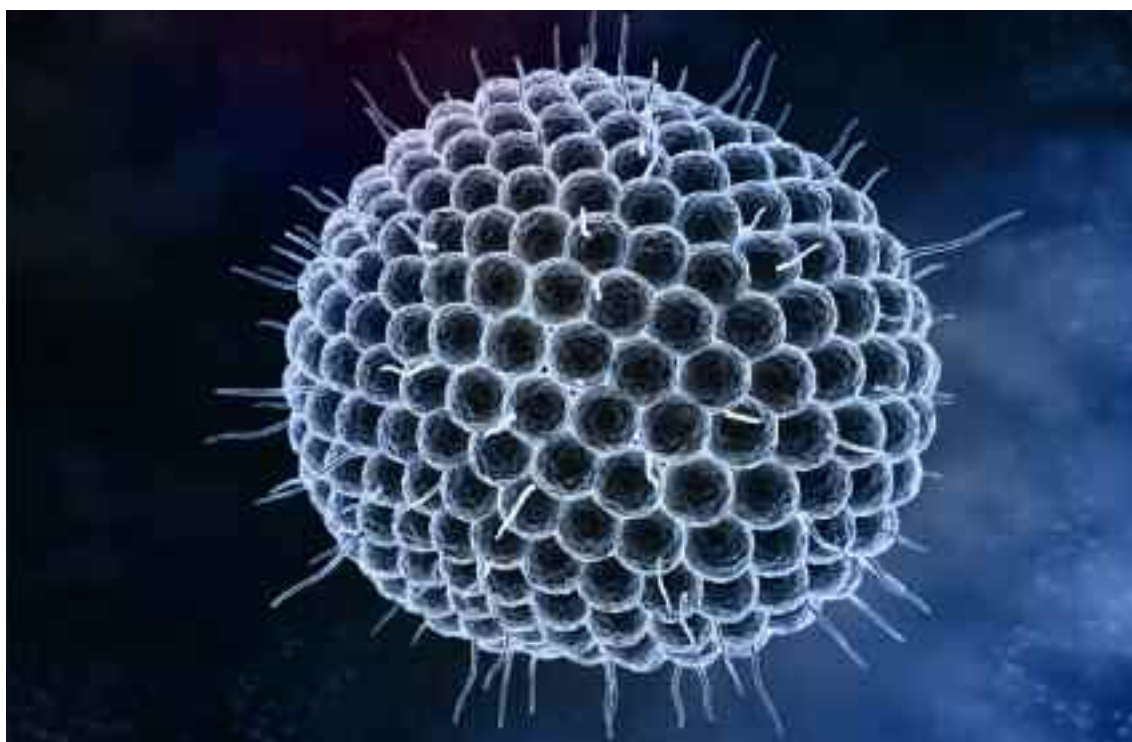
“Proteggere gli operatori sanitari è una delle responsabilità più pressanti della comunità internazionale”, ha dichiarato **Jim Campbell**, direttore del dipartimento di salute della forza lavoro dell'Oms. “Senza la salute dei lavoratori, non c'è assistenza sanitaria”.

Fino ad oggi, i dati relativi agli attacchi contro gli operatori sanitari sono stati frammentari e non c'è alcuno standard per le segnalazioni. Per far fronte a questa necessità l'Oms ha sviluppato un nuovo sistema di raccolta dei dati che è in fase di sperimentazione in Repubblica Centrafricana, Repubblica Araba di Siria e Cisgiordania e Striscia di Gaza. Sarà disponibile per l'uso all'inizio del prossimo anno. Ma il progetto non ha solo lo scopo di raccogliere i dati. Si prevede anche di utilizzare le informazioni per identificare i modelli e trovare il modo di evitare le aggressioni o mitigare le loro conseguenze.

“Ogni volta che un medico ha troppo paura di venire a lavoro, o un ospedale è bombardato, o le forniture vengono saccheggiate, s'impedisce l'accesso alle cure sanitarie”, ha detto **Erin Kenney**, che gestisce il progetto OMS che ha sviluppato il nuovo sistema. In Pakistan, dove 32 operatori sanitari e altro personale coinvolti l'eradicazione della polio sono stati uccisi dal 2012, ci sono stati meno incidenti passando dall'effettuazione di campagne di quattro giorni a campagne di un giorno, e studiando i momenti più sicuri in cui inviare i vaccinatori.

Sorveglianza dell'herpes zoster nella ASL4 Chiavarese

Studio caso-controllo sui fattori di rischio in collaborazione con i medici di Medicina Generale



Stefanati A¹, Brignole G², Franchi M¹, Atzei M³, Avanzino G³, Brunetti F³, Valente N¹, Casaretto R³, Durando A³, Malcotti A³, Romano F³, Pescatori R³, Prato R³, Zampogna A³, Zoppi G², Gabutti G¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Ferrara.

² Dipartimento Prevenzione, S.C. Igiene e Sanità Pubblica, ASL4 Chiavarese, Regione Liguria

³ MMG ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria

ABSTRACT Introduzione

L'herpes zoster (HZ) è una manifestazione clinica conseguente alla riattivazione del virus varicella-zoster rimasto latente nei gangli nervosi sensitivi del midollo spinale e dei nervi cranici. L'infezione, associata al declino dell'immunità cellulo-mediata ed età correlata, è caratterizzata da un'eruzione vescicolare dolorosa che può esitare in un dolore neuropatico cronico (nevralgia post-erpetica).

Metodi

È stato condotto uno studio monocentrico caso-controllo. Le interviste sono state realizzate dai mmg dell'ASL4 Chiavarese-Regione Liguria. Ad ogni caso sono stati as-

sociati due controlli con caratteristiche demografiche sovrapponibili.

Risultati

Sono stati arruolati 38 pazienti affetti da HZ. Lo studio conferma il peso della patologia erpetica a livello sanitario e sociale; ogni caso comporta circa 2,5 visite del MMG (prevalentemente in regime ambulatoriale), la somministrazione di una terapia polifarmacologica (antivirale, antidolorifico, topico), una notevole durata media della malattia (oltre 26 giorni), la possibilità di sequele anche severe (1 caso di encefalite, 5 nevralgie post-erpetiche), la richiesta di approfondimenti specialistici in 1 paziente su 5 ed eventuali ricoveri. Il numero limitato di pazienti arruolati non

ha permesso di evidenziare particolari significatività dal confronto tra casi e controlli; è stata comunque rilevata con relativa frequenza l'associazione tra un pregresso evento traumatico e la sede di manifestazione dell'HZ, spesso dopo un limitato intervallo di tempo.

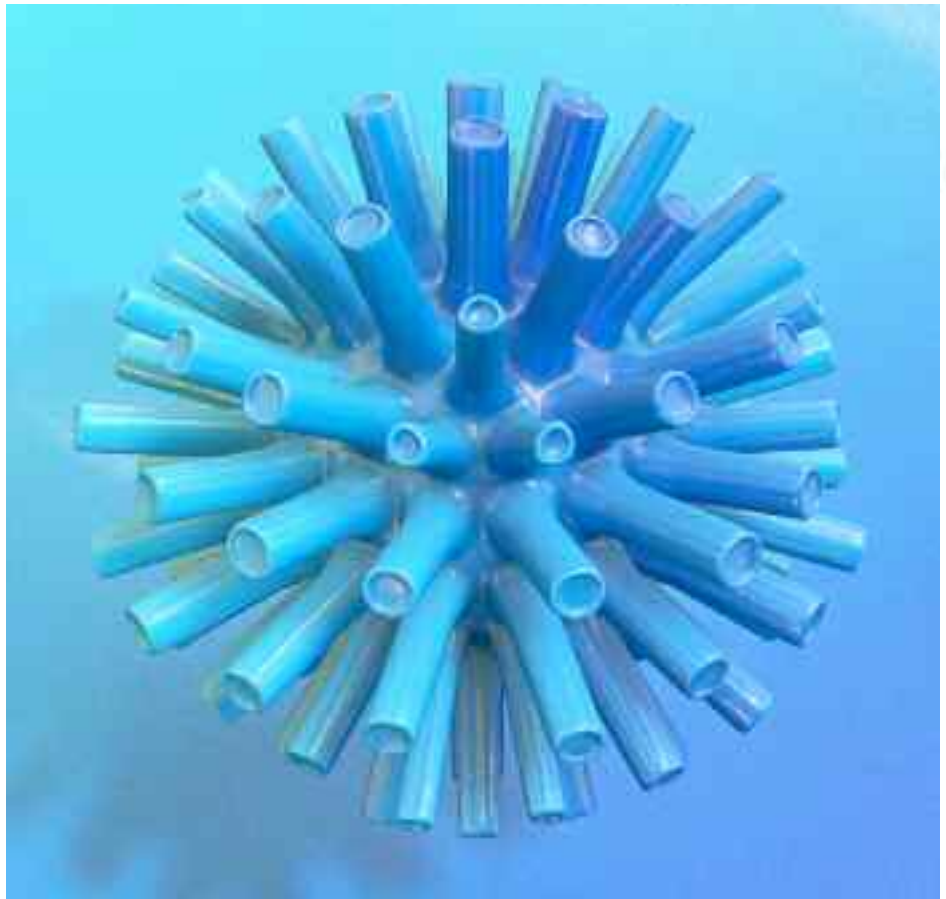
Conclusioni

Emergono spunti di riflessione sulla opportunità di prevenire importanti costi economici e sociali alla luce della disponibilità del nuovo vaccino contro l'HZ. Appaiono inoltre necessarie ulteriori valutazioni al fine di approfondire il ruolo di traumi meccanici come fattore di rischio della patologia.

Introduzione

L'herpes zoster (HZ) è una manifestazione clinica conseguente alla riattivazione del virus varicella-zoster rimasto latente nei gangli nervosi sensitivi del midollo spinale e dei nervi cranici successivamente all'infezione primaria (varicella). È caratterizzato da un'eruzione vescicolare dolorosa, localizzata lungo il decorso del nervo interessato e può esitare in un dolore cronico che persiste per almeno 3 mesi dopo l'insorgenza del rash o del dolore acuto da HZ (nevralgia post-erpetica, PHN)⁽¹⁾. Fattori di rischio per lo sviluppo della patologia includono età avanzata, neoplasie, infezione HIV, diabete e BPCO, trapianto d'organo e altre condizioni d'immunodeficienza, in particolare cellulo-mediata⁽²⁻³⁾. Al contrario, l'esposizione a booster esogeni, come contatti con casi di varicella o con il virus selvaggio, avrebbe un ruolo protettivo determinando una riattivazione della risposta cellulo-mediata VZV-specifica⁽⁴⁻⁵⁾. Tra le complicanze più frequenti dell'HZ, vi è nevralgia post-erpetica, una mielopatia delle radici posteriori del midollo spinale, seguono poi le complicanze a carico dell'occhio nei pazienti in cui l'infezione colpisce la branca oftalmica del trigemino. Talvolta si instaurano deficit motori a causa delle lesioni determinate dall'infezione dei motoneuroni delle corna anteriori del midollo spinale. La PHN è caratterizzata da un dolore continuo, urente, superficiale, tipicamente dermatomero, associato ad allodinia o iperpatia e disestesia. La durata del dolore associato a HZ aumenta con l'aumentare dell'età ed è maggiore nei soggetti di età pari o maggiore di 70 anni.

In Italia un recente studio, condotto attraverso un network di medici di Medicina



Generale, ha mostrato che nei 413 soggetti arruolati nello studio, 370 (86,2%) hanno riferito dolore HZ-correlato; rispettivamente nel 20,6% ed nel 9,2% dei pazienti con HZ era presente una nevralgia post-erpetica a 3 e 6 mesi con conseguente impatto negativo sulla qualità della vita⁽⁶⁾.

Globalmente, gli studi stimano un rischio di HZ, in un soggetto che abbia contratto la varicella, pari al 5-30%, circa 1 persona su 4 sviluppa HZ nell'arco della vita⁽⁷⁾. L'incidenza di HZ descritta in letteratura varia da 1,3 a 4,8 casi su 1.000 anni/persona. In Europa, si verificano ogni anno circa 2 milioni di casi di HZ, con un'incidenza pari a 1-4/1.000 in soggetti <50 anni, 7-8/1.000 casi in soggetti >50 anni fino ad arrivare a 10/1.000 dopo gli 80 anni; almeno il 20% sviluppa successivamente PHN (circa 360.000 casi per anno)⁽⁸⁾.

In Italia non esiste un sistema di sorveglianza specifico per l'HZ e pertanto i dati epidemiologici disponibili non sono completi ed aggiornati. Si stima comunque che su una popolazione di circa 24 mila persone di età >50 anni, vi siano 153.000 nuovi casi di HZ/anno con un'incidenza annuale

di 6,3/1.000 persone-anno. I pazienti di età >50anni con PHN vengono in media visitati dai MMG 12 volte/anno, 1 paziente su 3 viene trattato con oppioidi e l'1-2% vengono ospedalizzati.

Le implicazioni economiche sanitarie sono quindi rilevanti; si stimano costi totali dell'HZ e PHN pari a €41 milioni/anno (tra cure primarie ed ospedalizzazioni) con costi diretti di €166 per HZ e €560 per PHN. I costi indiretti invece, intesi come assenza dal lavoro e perdita di produttività, costituiscono 1/3 dei costi totali per la malattia, pari a €13 milioni annualmente⁽⁹⁾.

La disponibilità di un vaccino, autorizzato da FDA e EMA, per prevenire l'HZ nella popolazione adulta-anziana (>50 anni di età)⁽¹⁰⁻¹¹⁾, ha aperto interessanti prospettive di prevenzione nei confronti di una patologia a così elevato impatto epidemiologico, economico e sociale⁽¹²⁾. In particolare è sembrato utile approfondire l'analisi dei fattori di rischio per HZ attraverso uno studio caso-controllo, che è stato condotto nell'ambito di un progetto nazionale cofinanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica.

Materiali e metodi

Lo studio è stato di tipo osservazionale prospettico monocentrico, con innesto di caso-controllo che ha visto il coinvolgimento di alcuni medici di Medicina Generale operanti nell'ambito della ASL4 Chiavrese-Regione Liguria, previa acquisizione del parere del Comitato etico aziendale. Ciascun medico partecipante ha arruolato, nel periodo 2012-2014, i casi identificati ed ha proceduto con l'intervista degli stessi durante la sorveglianza, provvedendo all'appaiamento dei controlli per sesso ed età. L'intervista verteva su condizioni, quali eventi stressanti, traumi, contatti con soggetti con infezione da VZV. I criteri di inclusione prevedevano l'arruolamento di soggetti d'età superiore ai 14 anni, iscritti nelle liste degli assistiti dei Medici di Medicina Generale (mmg) della ASL4 Chiavrese-Regione Liguria aderenti allo studio. Sono stati inclusi tutti i soggetti d'età >45 anni indipendentemente dall'anamnesi per varicella ed i soggetti d'età ≤44 anni con ricordo anamnestico positivo per varicella. I casi sono stati definiti come soggetti che avessero sviluppato HZ, la cui diagnosi è stata fatta su base clinica da ciascun mmg, secondo una definizione condivisa tra i partecipanti. Sono stati presi in considerazione solo i casi con prima diagnosi di HZ (non le recidive). I controlli sono risultati costituiti da soggetti che si erano presentati presso l'ambulatorio del mmg nei 10 giorni successivi all'osserva-

zione del caso, senza HZ in atto o precedente, dello stesso sesso e della stessa età del caso (± 5 anni), che avessero avuto la varicella e non avessero assunto farmaci antivirali nel mese precedente all'arruolamento. Ad ogni caso sono stati associati due controlli.

Sono stati esclusi dallo studio i controlli con età ≤44 anni senza anamnesi positiva per varicella; casi e controlli con i seguenti fattori di rischio: neoplasia in atto o nei 5 anni precedenti, terapia immunosoppressiva nei 6 mesi precedenti, disturbi dell'immunità cellulo-mediata, infezione da HIV/AIDS; casi e controlli non caucasici; casi e controlli vaccinati per varicella. Il periodo di arruolamento è stato preceduto da una serie di incontri con i mmg per la presentazione del progetto e la spiegazione del protocollo di studio. Ai Medici è stato richiesto di fornire dati generali sulla propria popolazione di assistiti e di effettuare le interviste sui fattori di rischio per lo studio caso-controllo.

L'arruolamento è stato condotto, previa raccolta del consenso informato firmato, da parte dei soggetti, definibili casi o controlli secondo i criteri sopra riportati, che

si erano presentati spontaneamente presso il proprio mmg.

I dati raccolti sono stati trasferiti su supporto informatico (EPIINFO ed Excel) ed elaborati applicando i metodi della statistica descrittiva.

Risultati

Sono stati complessivamente arruolati 38 casi di HZ e 76 controlli. Come riportato in tabella 1, 25 casi hanno riguardato donne; l'età media complessiva è risultata pari a 66 anni e 7 mesi. In 3 casi si trattava di lavoratori autonomi, in 7 di lavoratori dipendenti, mentre 28 casi hanno interessato figure non professionalmente attive (studenti, pensionati, disoccupati, casalinghe). Nessuno dei pazienti era stato precedentemente vaccinato per la varicella. Per quanto riguarda la localizzazione della manifestazione erpetica (possibili anche localizzazioni multiple), in 20 casi è stata interessata la regione toracica, in 5 la sacro-lombare, in 9 la cervico-facciale, in 3 la addominale, in 3 l'arto inferiore, infine in 4 casi si è trattato di un herpes oftalmico. In alcuni casi sono stati riportati fattori di condizioni patologiche potenzialmente associati alla manifestazione erpetica: 1 ca-

Tabella 1. Analisi dei casi

Sesso	M: 13 F: 25
Età media	66 anni 7 mesi
Occupazione	28 non produttivi; 7 lavoratori dipendenti; 3 lavoratori autonomi.
Localizzazione (possibili localiz. multiple)	20 torace; 5 sacro-lombare; 9 cervico-faciale; 3 addominale; 3 arto inferiore; 4 oftalmica
Terapia antivirale	37 /38 34/37 inizio terapia entro 72 h
Durata media	7,7 giorni
Principio attivo antivirale	23 pz brivudina;
10 pz aciclovir;	
4 pz valaciclovir	
Terapia topica (aciclovir)	25 / 38
Durata media	9,8 giorni
Terapia analgesica	23 pz: 18 un solo farmaco, 5 due farmaci
Principio attivo analgesico	pregabalin 8; paracetamolo+codeina 6; tramadolo 6; paracetamolo 5; paracetamolo+tramadolo 1; ketorolac 1; paracetamolo+oxicodone 1
Durata media del trattamento	14 giorni
Altre terapie	13 pz vitamine gruppo B;
8 pz neutrofici	
Durata media herpes zoster	22,6 giorni
Astensione lavorativa media	26,6 giorni
Visite domiciliari/caso	2,13
Visite ambulatoriali/caso	0,34
Consulenze specialistiche richieste	13 (per 8 pazienti/38)
Consulenze/caso	0,34
Tipologia consulenze	6 oculistiche;
5 dermatologiche;	
1 orl	
Complicanze	8 pazienti /38
Tipologia complicanze	5 nevralgia post-erpetica;
1 cheratite;	
1 labirintite;	
1 encefalite	

so di BPCO, 1 caso con pregressa (30 anni prima) neoplasia, 1 caso con recente episodio di virosi respiratoria, 1 caso in associazione a vaginite da candida, 4 situazioni di stress non meglio specificate.

La totalità dei pazienti (37/38) è stata trattata con antivirale, per una durata media della terapia di 7,7 giorni. In 35 pazienti su 37 infatti la terapia ha seguito uno schema-tipo di 7 giorni, con l'eccezione di due terapie più prolungate (10 e 30 giorni, rispettivamente). L'antivirale più utilizzato è stata la brivudina (23 pazienti), seguita da aciclovir (10 pazienti) e valaciclovir (4 pazienti). In 34 casi su 37 la terapia è iniziata entro 72 ore dalla comparsa dei sintomi cutanei, mentre in 3 casi questo limite di tempo è stato superato. A 25 pazienti su 38 (65,8%) è stato prescritto anche un trattamento topico, in 15 casi la durata del trattamento è stata specificata con una durata media pari a 9,8 giorni. Ventiquattro pazienti su 25 sono stati trattati topicamente con aciclovir, mentre in un solo è stato utilizzato blu di metilene. Per quanto concerne le terapie analgesiche, comprendendo anche i farmaci per il dolore di origine neuropatica, 18 pazienti sono stati trattati con un solo antidolorifico, mentre 5 con 2 farmaci. Il principio attivo più utilizzato è stato il pregabalin (8 casi), seguito da una combinazione di paracetamolo e codeina (6 casi), tramadolo (6 casi), paracetamolo (5 casi), paracetamolo + tramadolo (1 caso), ketorolac (1 caso), paracetamolo + oxicodone (1 caso). La durata media del trattamento analgesico nei 24 casi in cui questa informazione era disponibile è stata pari a 14 giorni. Altri farmaci utilizzati si inseriscono nelle categorie delle vitamine del gruppo B (13 pazienti) e dei neurotrofici (8 pazienti). La durata media della malattia erpetica è stata pari a 22,6 giorni. È stata se-

Tabella 2. Confronto casi-controlli

	Casi (38)	Controlli (76)
Patologie croniche	24	52
Età media varicella	9 anni 5 mesi	10 anni 8 mesi
Contatto con caso varicella	9	11
Contatto con caso di zoster	6	13
Bambini nucleo familiare	10	26
Contatti sociali con bambini	9	12
Contatti sociali con gruppi di bambini	7	8
Contatti occupazionali con bambini	5	4
Traumi pregressi	8	5



gnalata un'astensione lavorativa per 3 pazienti con un'assenza media di 26,6 giorni. Per quanto riguarda le visite effettuate dal MMG, quelle domiciliari sono state complessivamente 13 (0,34 per ogni caso di HZ) e 81 quelle ambulatoriali (2,13 per ogni caso). Per quanto concerne le consulenze spe-

cialistiche 8 pazienti hanno richiesto approfondimenti (21%), per un totale di 13 consulenze (0,34 per ogni caso): 6 oculistiche, 5 dermatologiche, 1 otorinolaringoiatrica. E' stato segnalato un ricovero in conseguenza della patologia. In 8 pazienti su 38 è stata infine segnalata una complica-

za: 5 casi di nevralgia post-erpetica (13,15%), un singolo caso di cheratite, labirintite ed encefalite, rispettivamente.

Considerato il numero limitato di casi arruolati, non è stato possibile rilevare differenze significative confrontando i casi affetti da patologia erpetica con i controlli (tabella 2). Entrando nello specifico, 24 casi su 38 presentavano patologie croniche così come 52 controlli su 76. L'età media di acquisizione della varicella (laddove segnalata) è stata pari a 9 anni e 5 mesi tra i casi e a 10 anni e 8 mesi tra i controlli; nessun soggetto ha riferito complicanze da varicella. Il 23,7% dei casi (9/38) ha riferito un contatto con un soggetto affetto da varicella ed il 15,8% (6 soggetti) con un soggetto affetto da HZ. Nell'ambito dei 76 controlli un pregresso contatto con malati di varicella e con soggetti affetti da HZ è stato riferito rispettivamente da 11 e 13 soggetti. 10 casi e 26 controlli hanno riportato la presenza di bambini nel proprio nucleo familiare. Contatti sociali con bambini, con gruppi di bambini e contatti occupazionali con bambini sono stati riportati rispettivamente da 9, 7 e 5 casi e da 12, 8 e 4 controlli. Eventi stressanti di varia natura (malattie di familiari, problemi di lavoro, di salute, abitativi, con il partner, ecc.) sono stati riferiti da 16 casi e da 18 controlli. Per quanto concerne traumi pregressi, questi sono stati riportati rispettivamente dal 21% dei casi (8/38) e dal 6,6% dei controlli (5/76). L'analisi dei dati anamnestici dei pazienti affetti da HZ ha permesso di evidenziare che 5 degli 8 soggetti con storia di trauma presentavano un'associazione tra la sede del pregresso trauma e la sede della manifestazione erpetica; 4 di questi pazienti riportavano un episodio traumatico piuttosto recente (poche settimane) in corrispondenza della successiva localizzazione erpetica.

Conclusioni

Una delle limitazioni più evidenti dello studio consta nella casistica limitata, legata al numero esiguo di casi di HZ che i professionisti coinvolti nello studio hanno avuto modo di trattare nel periodo considerato. Nonostante ciò viene ampiamente confermato il peso della patologia erpetica a livello sanitario e sociale. Una quota rilevante dei pazienti arruolati hanno infatti richiesto diversi interventi farmacologici e assistenziali nel corso della manifestazione patologica. Circa 2,5 visite del mmg (prevalentemente in regime ambulatoriale) e la somministrazione di una terapia polifarmacologica rendono conto del peso per il Ssn anche dei casi non gravati da complicazioni. La durata media della malattia (oltre 26 giorni), la possibilità di complicanze anche severe (nevralgia post-erpetica in particolare), la richiesta di approfondimenti specialistici in un paziente su cinque ed eventuali ricoveri impongono una riflessione sulla possibilità di prevenire questi costi economici e sociali attraverso una strategia di immunizzazione rivolta in primo luogo alle fasce d'età più avanzate, che più frequentemente sono anche gravate da complicanze. Relativamente al confronto tra casi di HZ e controlli il numero limitato di pazienti non ha permesso di evidenziare particolari significatività relativamente ad un eventuale effetto protettivo dell'esposizione al virus della varicella o del contatto con bambini a livello familiare o sociale sull'incidenza della patologia erpetica. È interessante notare tuttavia come sia stata riportata con relativa frequenza l'associazione tra un evento traumatico pregresso e la sede di manifestazione dell'HZ, spesso dopo un breve intervallo di tempo, come riportato già in letteratura, seppure in un numero limitato di studi⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾. Sembrano quindi utili ulter-

riori valutazioni al fine di verificare in modo più specifico il ruolo di traumi meccanici come fattore di rischio della patologia.

Bibliografia

- ¹ Arvin A. *Varicella-zoster virus*. Clin Microbiol Rev 1996;9:361-81
- ² Gnann JW, Whitley RJ. *Clinical practice. Herpes zoster*. N Engl J Med 2002;347:340-6
- ³ Thomas SL, Hall AJ. *What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster*. Lancet Infect Dis 2004;4:26-33
- ⁴ Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. *Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study*. Lancet 2002;360:678-82
- ⁵ Brisson M, Gay NJ, Edmunds WJ, Andrews NJ. *Exposure to varicella boosts immunity to herpes-zoster: implications for mass vaccination against chickenpox*. Vaccine 2002;20:2500-7.
- ⁶ Bricout H, Perinetti E, Marchettini P, Ragni P, Zotti CM, Gabutti G, et al. *Burden of herpes zoster-associated chronic pain in Italian patients aged 50 years and over (2009-2010): a GP-based prospective cohort study*. BMC Infect Dis. 2014;14:637. doi: 10.1186/s12879-014-0637-6
- ⁷ Kosuke Kawai, Berhanu G Gebremeskel, Camilo J Acosta. *Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective*. BMJ Open. 2014;4(6):e004833.
- ⁸ Pinchinat S, Cebrian-Cuenca AM, Bricout H, Johnson RW: *Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review*. BMC Infect Dis 2013;13:170
- ⁹ Gialloreti LE, Merito M, Pezzotti P, Naldi L, Gatti A, Beillat M, et al. *Epidemiology and economic burden of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: a retrospective, population-based study*. BMC Infect Dis. 2010;10:230. doi: 10.1186/1471-2334-10-230.

¹⁰ Oxman MN. *Zoster vaccine: current status and future prospects*. Clin Infect Dis. 2010;51:197-213.

¹¹ Herpes Zoster vaccine (live). *Zostavax Summary of product characteristics 2013. Revision 18 December 2013*.

¹² Gabutti G, Azzari C. *Priorix Tetra: a new combined vaccine against measles, rubella, mumps and varicella*. Minerva Pediatr. 2008;60(4):429-41

Zhang JX, Joesoef RM, Bialek S, Wang C, Harpaz R. *Association of physical trauma with risk of herpes zoster among Medicare beneficiaries in the United States*. J Infect Dis. 2013;207(6):1007-11

Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. *Case control study of the effect of mechanical trauma on the risk of herpes zoster*. BMJ 2004;328:7437-9.

Lin K-C, Wang C-C, Wang K-Y, Liao Y-C, Kuo J-R. *Reactivation of herpes zoster along the trigeminal nerve with intractable pain after facial trauma: a case report and literature review*. BMJ Case Rep. 2009. doi: 10.1136/bcr.07.2008.0525

Genitori si può, anche con la Sclerosi Multipla

Ha preso il via una campagna di sensibilizzazione e informazione sulla possibilità di diventare genitori anche in presenza di una diagnosi di Sclerosi Multipla (SM), nata da un'idea del Centro per la Sclerosi Multipla della Seconda Università di Napoli e supportata da Merck.

L'iniziativa ha l'obiettivo di aiutare e incoraggiare chi convive con questa malattia a vincere le paure e i dubbi di fronte alla scelta di diventare madre o padre. Come hanno spiegato gli esperti, infatti, gli studi più recenti dimostrano che la SM è compatibile con il progetto di genitorialità.

“Sino agli ultimi anni dello scorso secolo – sottolinea Luigi Lavorgna, neurologo del Centro SM di Napoli – alle donne con diagnosi di SM veniva sconsigliata la gravidanza perché non si conoscevano gli effetti che questa avrebbe potuto avere sulla malattia e, viceversa, quelli che la malattia avrebbe potuto avere sulla gravidanza. Gli studi condotti nel corso degli ultimi anni hanno però ormai stabilito che il decorso nel lungo periodo della SM non viene influenzato dalla gravidanza. In gravidanza, con il fisiologico aumento degli estrogeni, si ha poi un effetto protettivo per quan-



to riguarda le ricadute cliniche della malattia. Diventare genitori, insomma, è un sogno possibile”.

Protagoniste della campagna sono 5 giovani coppie “in attesa” e con diagnosi di SM di uno dei due partner. Attraverso le loro storie, un reportage fotografico e i loro video racconti – tutto online su www.genitoriconsclerosimultipla.it – rappresentano un esempio e un incoraggiamento per chi vuole diventare genitore pur in presenza della malattia. Sullo stesso sito, è disponibile un libretto informativo i cui contenuti, dal linguaggio semplice e basati su evidenze scientifiche, rispondono ai dubbi più frequenti di chi vuole diventare genitore pur con una diagnosi di SM.



Nasce QualityCare™ Web e app dedicati ai pazienti con psoriasi

In Italia una persona su due ricerca sul web informazioni sulla salute; secondo una ricerca di GfK Eurisko, nelle fasce centrali d'età l'uso di Internet per informarsi su malattie e terapie arriva addirittura al 69% tra i 35 e i 44 anni e il 63% tra i 45 e i 54 anni. La rete in tutte le sue articolazioni è diventata ormai il secondo riferimento in tema di salute dopo il medico. Quando si convive con malattie croniche, come la psoriasi, non appena si manifestano i primi sintomi o arriva la diagnosi, i pazienti iniziano un'incessante navigazione destinata a entrare a far parte delle loro abitudini quotidiane. A sostegno di questi pazienti e per migliorare la loro qualità di vita da oggi è disponibile *QualityCare™* (www.qualitycare.it), il sito web dedicato ai pazienti con psoriasi lieve-moderata, ideato e realizzato da LEO Pharma, validato e certificato dalle due Società scientifiche dermatologiche italiane, SIDEMaST e ADOI: un vero e proprio portale che si candida a diventare un punto di riferimento quotidiano per le migliaia di persone che in Italia convivono con questa patologia, con possibilità di ricevere informazioni personalizzate; la App “MyPso”, scaricabile gratuitamente sul proprio smartphone attraverso Play Store o iTunes, permetterà di avere sempre a portata di mano i consigli di *QualityCare™* e rafforzare il rapporto con il proprio dermatologo.

Punti di forza del sito, le sezioni *Nutrition*, con consigli su cibo e ricette ‘PSO-Ok’, senza però dimenticare il gusto e il piacere di mangiare, *Chiedi all'esperto* con la consulenza online di un dermatologo, e le *Pillole informative* aggiornate ogni giorno e dedicate a tutte le tematiche che ruotano intorno alla psoriasi.



Al via il primo progetto della Scuola di ricerca Fimmg

Studio POF La prevenzione delle cadute domiciliari degli anziani

Walter Marrocco
Antonella Galli
Giulia Zonno

Scuola di ricerca
in Medicina Generale Fimmg

Si parte dall'acronimo di un titolo in lingua inglese (POF: *Prevention Old people's Falls*) e si arriva allo Studio POF, il primo progetto della Scuola di Ricerca in Medicina Generale della Fimmg. Il tema scelto è rilevante, per l'incidenza che ha in termini di costi umani, sociali ed economici, ed è del tutto evidente che il mmg, per il suo ruolo sul territorio ed il rapporto di fiducia con l'assistito, è l'interlocutore privilegiato per l'implementazione di programmi di prevenzione delle cadute.

Le cadute domestiche degli anziani

Ogni anno si verificano in Italia fra i tre e i quattro milioni di incidenti domestici, che come è noto colpiscono prevalentemente gli anziani, con conseguenze rilevanti in termini di disabilità, ricoveri e mortalità. Tra gli incidenti domestici, le cadute rappresentano la voce più importante, tanto che si calcola che un terzo degli ultrasessantenni ne rimanga vittima, con costi umani, sociali e materiali straordinari. È quindi compito prioritario occuparsi di questa emergenza, individuando e studiando strategie di informazione e intervento finalizzate a prevenire quanto più possibile il fenomeno; e lo sarà sempre di più in futuro, visto il continuo aumento di longevità della popolazione italiana. In questo contesto, l'anziano fragile, cioè la fascia maggiormente affetta da declino fisico, psichico, sociale, che può rappresentare fino al 20% di tutti gli anziani, è sicuramente un target prioritario

Partirà a gennaio prossimo il primo studio interventistico educativo non farmacologico condotto interamente da medici di Medicina Generale. Un ulteriore passo avanti per la crescita dei colleghi che vogliono sviluppare un'attività di ricerca, contribuendo a rafforzare il nostro ruolo professionale



Come partecipare allo Studio POF

Secondo il progetto parteciperanno allo studio 100 mmg, selezionati tra coloro che hanno seguito i Corsi della Scuola di Ricerca e Gestione del Farmaco della Fimmg. Per maggiori informazioni, visitare le pagine della Scuola di Ricerca Fimmg all'interno del sito nazionale Fimmg: www.fimmg.org

di ogni strategia di prevenzione. Fattori di rischio riconosciuti sono: uso di sedativi, deficit cognitivo, debolezza degli arti inferiori, scarsi riflessi, anomalie dell'equilibrio e della camminata, problemi podologici, rischi ambientali.

Scopo dello studio

Obiettivo dello Studio POF è valutare se un programma di intervento di prevenzione pro-attivo, condotto da parte del medico di Medicina Generale, può ridurre il numero di cadute in soggetti anziani (>65 anni) ad elevato rischio di caduta e di conseguenza il numero di fratture post-traumatiche.

Per ottenere questa valutazione si metteranno a confronto due gruppi di pazienti: un primo gruppo seguirà un programma di intervento coordinato dal mmg mentre il secondo avrà il ruolo di gruppo di controllo.

Ad un anno dall'inizio dello studio, si potrà compiere una valutazione comparativa sul numero di cadute riportate periodicamente al medico dai due gruppi di pazienti. Inoltre si potranno comparare, sempre a un anno di distanza, quali siano stati gli andamenti relativi a fratture post traumatiche, ricoveri ospedalieri e accesso al PS.

Caratteristiche dello studio

Lo Studio POF è uno studio interventistico educativo non farmacologico.

Saranno interessati circa 100 mmg ai quali verrà richiesto di reclutare, previo la firma del consenso informato, 20 pazienti ad alto rischio caduta (con anamnesi positiva per 5 fattori di rischio da selezionare da una lista estratta dalla letteratura).

Per ogni medico di Medicina Generale 10 pazienti saranno randomizzati per ricevere un "decalogo" di istruzioni e suggerimenti per evitare le cadute soprattutto in ambito domestico, unitamente a specifiche raccomandazioni in merito alla corretta nutrizione. L'intervento sarà focalizzato sul counselling medico e comportamentale, sulla valutazione dei fattori di rischio domestici (con visita a domicilio del paziente), e su di un programma di attività fisica. Gli altri 10 soggetti saranno seguiti secondo *normal practice* misurando e riportando gli *end points* dello studio alle stesse scadenze utilizzate per il gruppo

di trattamento. Per garantire un analogo senso di coinvolgimento nello studio e per evitare discriminazioni di rilevanza etica, a questi pazienti verranno proposte specifiche raccomandazioni in merito alla nutrizione.

Periodicamente (ogni mese) il medico contatterà i soggetti del gruppo di intervento (dieci pazienti) al fine di reiterare i contenuti del decalogo. Inoltre, il medico al-

lo scadere del 3°, 6° e 9° mese ed alla conclusione del trattamento (12° mese) raccoglierà il diario individuale su cui i pazienti riporteranno eventuali cadute (tutti i 20 pazienti) e per il gruppo in studio (10 pazienti) anche l'adesione al programma (es. attività fisica). All'inizio dello studio ed a metà del trattamento il medico o un operatore sanitario esperto di prevenzione cadute dovrà eseguire una visita domiciliare al paziente per valutare la presenza di rischi nell'ambiente domestico e lasciare le indicazioni su come evitarli.

La durata complessiva dello studio è di 18 mesi, di cui 6 rivolti all'avvio e all'arruolamento dei pazienti e 12 di trattamento. Saranno coinvolti nello studio 2.000 soggetti, tutti pazienti anziani (maggiori di 65 anni) definiti *ad alto rischio caduta* in base ai fattori di rischio più comunemente riportati dalla letteratura (v.box).

Le caratteristiche del campione dello Studio POF

I pazienti arruolati nello studio dovranno:

- avere più di 65 anni all'inizio dello studio;
- firmare il consenso informato;
- far rilevare la presenza di almeno cinque fattori di rischio tra:
 - storia di precedenti cadute;
 - paura di cadere;
 - polifarmacoterapie e assunzione di farmaci "particolari";
 - alterazione della vista;
 - rischi domestici;
 - isolamento sociale;
 - salute precaria;
 - malattie cardiovascolari;
 - epilessia;
 - difficoltà nell'estensione delle ginocchia;
 - confusione;
 - clearance della creatinina < 65 ml/min;
 - utilizzo di lenti multifocali;
 - artrite e artrosi;
 - uso di sedativi,
 - debolezza degli arti inferiori,
 - scarsi riflessi,
 - anomalie dell'equilibrio e della camminata,
 - problemi podologici.

Non potranno essere inseriti nello Studio POF i pazienti con una speranza di vita inferiore a un anno, quelli affetti da demenza o da depressione (assunzione di farmaci antidepressivi), quelli allettati e infine coloro che mostrano condizioni di rischio non suscettibili di essere migliorate attraverso il decalogo.



I bambini e l'apporto di micronutrienti: la situazione italiana

Di Angie Jefferson, Dietista

Durante l'infanzia, seguire una dieta nutrizionalmente adeguata è importante per una crescita e uno sviluppo ottimali, nonché per la salute futura. Ciò può però risultare difficile a causa di differenti preferenze e fabbisogni alimentari in famiglia, disinformazione, scarse abilità culinarie e, per alcuni, anche limitazioni economiche; la combinazione di questi fattori può limitare lo sviluppo di abitudini alimentari salutari.¹ Sebbene la malnutrizione non sia comunemente associata alla dieta italiana, le indagini alimentari indicano che un gran numero di bambini assume un apporto ridotto o in alcuni casi insufficiente di vitamine e/o minerali.² Il presente articolo analizza i livelli di assunzione attuali, le aree che destano maggiori preoccupazioni e le possibili soluzioni alimentari per la correzione dei deficit esistenti.

L'attuale situazione dei micronutrienti nei bambini

In Europa meridionale, bambini e adolescenti sono stati identificati come il gruppo maggiormente a rischio di carenze nutrizionali, soprattutto per quanto riguarda ferro, calcio, vitamine C, E e B6.³ Le indagini alimentari sui bambini italiani in età scolare mostrano la carenza di una gamma di vitamine e minerali quali calcio, zinco, iodio, vitamine del gruppo B, oltre a vitamina A, D ed E.^{4,5} I rischi di un'analoga deficienza di micronutrienti sono stati evidenziati anche in studi precedenti, suggerendo quindi che l'inadeguatezza dell'alimentazione non sia un fenomeno nuovo.^{6,7}

La carenza di vitamina D è una delle deficienze vitaminiche più frequenti in Italia e anche in Europa, a causa di una combinazione di fattori quali ridotta esposizione alla luce solare e minor tempo trascorso all'aperto, uso di protezione solare (che blocca la produzione di vitamina D) e in alcuni casi, utilizzo di capi coprenti che limitano l'esposizione ai raggi solari.^{8,9} Nonostante il clima soleggiato, in Italia si riscontra un apporto non ottimale di vitamina D in tutte le fasce di età.¹⁰ Studi recenti hanno rilevato che sia al nord che al sud, i bambini italiani hanno un apporto inadeguato di vitamina D e, secondo quanto rilevato dai test di misurazione di 25(OH)D nel siero, la maggioranza (otto o più su dieci) mostra tale carenza.¹¹

Per i bambini al di sopra dell'anno, la dose attualmente consigliata è di 15 µg di vitamina D al giorno.¹² Tuttavia, i dati mostrano che l'apporto giornaliero è nettamente inferiore, in media soltanto tra i 2 e i 5 µg al giorno, e i bambini che ne assumono la dose maggiore ne consumano comunque soltanto 5 µg al giorno.¹³ Un'analisi condotta sui gruppi alimentari che contribuiscono maggiormente all'apporto di vitamina D per i bambini italiani ha classificato la carne al primo posto (33%), seguita da cereali (23%), uova (17%), pesce (13%) e latticini (10%).¹⁴



Correzione degli apporti inadeguati

Una recente rassegna sistematica dei dati scientifici ha sottolineato che un modello alimentare ricco di cibi ad alta densità energetica ma poveri di nutrienti è legato a un maggior rischio di sovrappeso e obesità nei bambini.¹⁶

Al contrario, un modello alimentare che include grandi quantità di cibi ricchi di sostanze nutritive come frutta, verdura, cereali per la colazione ricchi di fibre e altri alimenti integrali è associato a un rischio più basso.

Sono state sollevate diverse domande riguardanti il cambiamento dei modelli alimentari e l'impatto degli stessi sulla qualità della dieta seguita, oltre che sull'apporto di nutrienti.¹⁸

I bambini ed i genitori dovrebbero essere incoraggiati ad aumentare il consumo di cibi contenenti maggiori quantità di vitamine e minerali quali parte di una dieta varia ed equilibrata. Pertanto sarebbe consigliabile includere più frutta e verdura, carni magre, pesce e latticini a basso contenuto di grassi, oltre a cibi fortificati per aumentare l'apporto di vitamine e minerali.

Il ruolo dei cibi fortificati nella soddisfazione dei bisogni alimentari

I cibi fortificati (cioè arricchiti con vitamine e minerali) sono spesso considerati alimenti ad alta densità nutritiva, (ovvero contenenti una maggior quantità di nutrienti, vitamine e minerali rispetto al loro apporto energetico) e possono costituire un valido contributo per la dieta di bambini e adolescenti.¹⁷ Molti prodotti alimentari presenti sul mercato sono arricchiti con vitamine, minerali e altre sostanze nutritive. La colazione è un momento chiave della giornata e le scelte alimentari che si fanno per questo pasto possono aumentare in maniera significativa la qualità della dieta, dato che un bambino italiano su quattro (il 25%) non consuma una colazione adeguata dal punto di vista nutrizionale.¹⁸

I cereali sono spesso arricchiti con vitamine del gruppo B, vitamina D e ferro. È stato dimostrato che il consumo di cereali per la colazione da parte di bambini e adulti migliora l'apporto di una gamma di micronutrienti, inclusa

la maggior parte delle vitamine del gruppo B, ferro, calcio e vitamina D.¹⁹ Inoltre, nella maggior parte dei casi (il 93%), i cereali per la colazione sono consumati assieme al latte, un'importante fonte di calcio e proteine.²⁰ I dati mostrano che un bambino italiano su cinque smette di bere latte all'età di sei anni;²¹ il valore di un'abitudine alimentare che incoraggi il consumo quotidiano di latte a colazione non va quindi sottovalutato.

Riassunto

L'Italia non è diversa da altri Paesi europei in cui sono state identificate problematiche concernenti la qualità della dieta e l'apporto di micronutrienti in bambini e giovani. Un basso apporto di micronutrienti non ha soltanto un impatto sulla salute di oggi, ma anche su quella di domani. La promozione del consumo di alimenti ricchi di nutrienti all'interno di una dieta sana e bilanciata potrebbe essere un passo importante nella riduzione del rischio di carenze alimentari per i bambini italiani.

Punti chiave:

- Molti bambini italiani non soddisfano l'apporto di nutrienti consigliato.
- Il basso apporto di vitamina D è un problema universale che non va sottovalutato.
- La scelta di alimenti ricchi di nutrienti come frutta, verdura e cereali per la colazione fortificati può migliorare in maniera significativa l'apporto di vitamine e minerali aiutandoci a raggiungere i livelli di assunzione giornaliera raccomandati.
- Gli alimenti fortificati come i cereali per la colazione possono costituire un importante contributo per l'apporto di micronutrienti della dieta italiana.
- La colazione è un'importante opportunità per aumentare l'apporto di micronutrienti; ad esempio, una ciotola di cereali per la colazione fortificati, consumata con del latte può fornire fino a un quinto del fabbisogno quotidiano di calcio, ferro e vitamine del gruppo B di un bambino.

Puntì, F; Mazzucco, A; Neri, M; et al (2014) Country-specific dietary patterns and associations with cardiovascular status in European children: the IDEFES study. *Eur J Clin Nutr* 68:911-21. *Kocumov B et al (2013) Suboptimal Micronutrient Intake among Children in Europe. *Nutrients* 5: 2624-2635. *Serra-Majem L (2001) Vitamins and mineral intake in European children: is food fortification needed? *Nutrition Health* 16: 105-107. *Isozaki S et al (2012) Food intake and nutritional status of adolescents in Emilia-Romagna, Italy. *Nutr Food Intake* 25: 623-633. *Gardasevic J et al (2012) Intake of the essential vitamins and minerals in a cross-sectional study of adolescents in the island of Gornji Grad, Croatia. *Nutr Food Intake* 25: 719-726. *Serra-Majem L et al (2002) Food intake of Spanish schoolchildren and adolescents. The 1994 Study. *Public Health Nutr* 5: 1420-1426. *Serra-Majem L, Garcia-Albarola D. Assessment of vitamin D intake and status in Europe. *Consultat online* <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02461.x>. *Pineda A et al (2014) Prevalence of Inadequate Vitamin D intake in Italian healthy adolescents. *Nutr Food Intake* 27: 116-121. *Pineda A et al (2014) Vitamin D deficiency in Spain: results in middle. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 49: 505-511. *Serra-Majem L et al (2012) Calcium and vitamin D intake in children: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 12: 1389. *United Kingdom Government (2011) *Nutrition: the challenge of obesity*. London: HMSO. *Hollmann S et al (2011) The third Italian National Food Consumption Survey (INRAN 2008-09): food intake and nutrient intake in Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 21: 1027-1032. *Hollmann S et al (2011) The third National Food Consumption Survey (INRAN 2008-09): energy density and nutrient density of food intake in Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 21: 1033-1039. *Hollmann S et al (2011) Nutrient intake of European adolescents: results of the HELENA Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition Study. *Public Health Nutr* 12: 486-497. *Hollmann S et al (2011) The contribution of animal products to the nutrient intake of the moderately depressed UK population. *European Journal of Clinical Nutrition* 65: 1045-1051. *Hollmann S et al (2011) What are children's breakfast habits and how is breakfast meal prepared by them? A study conducted in Italy. *Nutrition* 27: 301-307. *Mickley H et al (2012) European adolescent ready-to-eat cereal, B-VIT, consumption and body composition compared with non-BVIT consumers. *Eur J Nutr* 51: 853-864. *Makizaki H et al (2010) Ready-to-eat cereal, vegetable, milk and fruit intake of breakfast in European adolescents. *Eur J Nutr* 49: 100-107. *Mangler E et al (2000) A comparison of nutrient intake in the diet and in the diet and in the diet and in the diet. *Am J Clin Nutr* 72: 126-131.

Kellogg's®

Vitamina D



Vitamine B
e ferro

B+

Latte e cereali, si sa, sono elementi **importanti** del fabbisogno nutrizionale dei bambini*



Insieme, latte e cereali forniscono 5 nutrienti chiave
che favoriscono funzioni essenziali dell'organismo

6 vitamine del gruppo B

I cereali Kellogg's contengono vitamine B1, B2, B5, B12 e niacina, che aiutano a trasformare il cibo in energia. Questi cereali contengono anche acido folico, che aiuta a combattere la stanchezza e l'affaticamento.

Ferro

Il ferro è importante per la crescita ed è stato dimostrato che contribuisce alla normale funzione cognitiva.

Calcio e vitamina D

Il latte è un'importante fonte di calcio e i cereali Kellogg's sono una fonte di vitamina D. Calcio e vitamina D sono necessari per una crescita sana e un corretto sviluppo delle ossa.

Proteine

Le proteine svolgono un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento della muscolatura.



I cereali Kellogg's comprendono Miel Pops, Rice Krispies, Frosties e Corn Flakes. Tutti questi cereali contengono più del 15% dei valori nutritivi di riferimento di ferro, niacina, acido folico, vitamine B1, B2, B12 e D. Il latte parzialmente scremato fornisce più del 15% dei valori nutritivi di riferimento di calcio e più del 12% di energia ricavata dalle proteine. Da consumare come parte di una alimentazione varia e bilanciata, accompagnata da uno stile di vita sano. Referenza: S. Hennessy A et al. (2013) The impact of voluntary food fortification on micronutrient intakes and status in European countries: a review. Proc Nutr Soc 72(4): 433-40.

Un difetto mitocondriale è responsabile di un tipo di sordità ereditaria

Utilizzando un modello di ratto geneticamente modificato attraverso una disfunzione mitocondriale che si traduce in una perdita prematura dell'udito, si è potuto dimostrare che l'inibizione dell'enzima mitocondriale AMP chinasi (AMPK), può salvare dalla perdita dell'udito. Un difetto mitocondriale, infatti, è responsabile nell'uomo di un tipo di ipoacusia ereditaria che peggiora nel tempo e può portare alla sordità totale. In generale, le disfunzioni mitocondriali provocano malattie nell'uomo, in un caso ogni 5-10.000 nati vivi. Le malattie mitocondriali sono eterogenee e caratterizzate da risposte cellulo-specifiche e tessuto-specifiche. Un esempio di specificità tissutale è la mutazione DNA mito-



condriale A1555G (mtDNA) che causa la sordità materna-ereditaria. Per studiare questo particolare tipo di sordità, sono stati allevati topi transgenici, Tg-mtTFB1, che sviluppano perdita dell'udito a un ritmo molto più veloce rispetto ai controlli. Nella loro coclea sono stati osservati difetti multipli, così come nei nervi gangliari a spirale e nelle *vascularis stria*. Per verificare l'ipotesi della riduzione dell'attività dell'AMPK, che potrebbe prevenire la perdita dell'udito, sono stati allevati topi Tg-mtTFB1 che avevano l'AMPK inibito. Tra i 9 e i 12 mesi di età, il gruppo Tg-mtTFB1 ha mostrato il previsto aumento della risposta uditiva del tronco encefalico (ABR).

S. E. McKay et al, The American Journal of Pathology, 2015.

L'orologio circadiano controlla insulina e glicemia

Un nuovo studio della Northwestern University di Chicago ha individuato un orologio interno all'organismo che regola come e quando il pancreas deve produrre insulina e zuccheri, il che potrebbe portare in futuro a nuove terapie per i soggetti con diabete. Gli orologi circadiani del nostro organismo coordinano comportamenti come mangiare e dormire, così come le attività metaboliche. Nel cervello umano esiste un orologio principale, così come esistono orologi periferici nei singoli organi. Quando la genetica, l'ambiente o il comportamento disturbano la sincronia di questi orologi, si possono sviluppare disordini metabolici. In una precedente pubblicazione su *Nature*, i ricercatori della Northwestern avevano dimostrato che l'orologio circadiano del pancreas è essenziale per la regolazione della secrezione insulinica e per bilanciare i livelli di zucchero nel sangue degli animali da esperimento. Gli scienziati avevano poi dimostrato che la disregolazione dei cosiddetti "geni orologio" porta a obesità e diabete di tipo 2. "Il pancreas non svolge la sua attività se rimuoviamo i geni orologio (responsabili della produzione dei fattori di trascrizione, proteine speciali che aiutano la cellula a svolgere le sue funzioni), ma non sappiamo come questi geni regolino la normale funzione del pancreas", dice Joe Bass, direttore dell'Unità di Endocrinologia della Northwestern University Feinberg School of Medicine. Nel nuovo studio, pubblicato su *Science* del 6 novembre 2015, Bass ha rilevato migliaia di geni nel pancreas come fattori di trascrizione di controllo dell'orologio biologico interno in sincronia con il ritmo circadiano. Utilizzando la tecnologia di sequenziamento di tutto il genoma delle cellule beta, gli scienziati sono stati in grado di tracciare la mappa dettagliata dei fattori di trascrizione. Il gruppo di Bass ha inoltre studiato come il ritmo degli orologi circadiani si alteri non solo nel diabete, ma anche durante il normale processo di invecchiamento e nelle condizioni come jetlag, stress o dieta ipocalorica. "Questo studio rafforza l'idea che i geni orologio delle cellule pancreatiche siano fondamentali per la salute e rappresentino un importante bersaglio non sfruttato per migliorare le funzioni delle cellule del pancreas stesso" conclude Bass.

C. Dibner et al. Science, 2015; 350 (6261): 628.

Supplementazione di ferro: il ruolo dell'epcidina

L'anemia è spesso il risultato di una carenza di ferro. La terapia, in questi casi, è la supplementazione di ferro da assumere di norma quotidianamente. In caso di carenza grave, la posologia può prevedere dosi più volte al giorno. Un nuovo studio recentemente pubblicato sulla rivista *Blood* rivela che una proteina, l'epcidina, diminuisce la capacità dell'organismo di assorbire il ferro somministrato in terapia. L'epcidina inibisce direttamente la ferroportina1, una proteina transmembrana che trasporta il ferro dall'interno di una cellula al di fuori di essa. Inibendo la ferroportina, l'epcidina inibisce il rilascio di ferro nel sangue da parte degli enterociti. Non appena il ferro entra nell'organismo, inizia la produzione di epcidina nel fegato per poi giungere nell'intestino, allo scopo, tra l'altro, di regolare la quantità di ferro assorbita attraverso le cellule del tratto gastrointestinale. Un gruppo di ricercatori dell'Università di Zurigo ha dimostrato come l'epcidina inibisce più profondamente di quanto si pensasse l'assorbimento degli integratori di ferro a

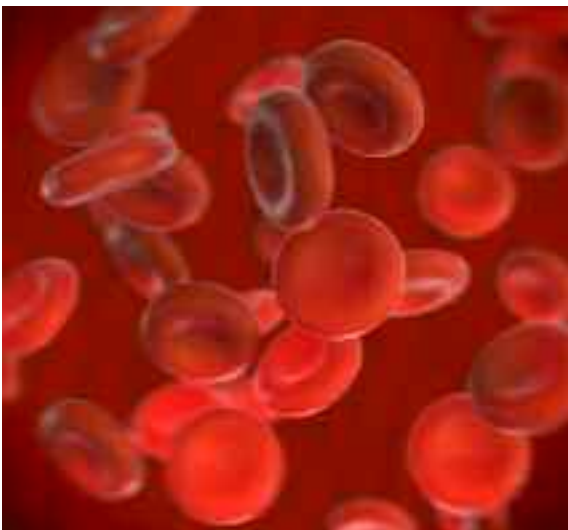


USA: giovani adulti più felici degli adulti maturi

I ricercatori della San Diego State University hanno scoperto che gli adulti oltre i 30 anni non sono felici come i loro genitori, mentre sembrano più felici gli adolescenti e i giovani sotto i 30 anni. I ricercatori hanno analizzato i dati provenienti da campioni rappresentativi a livello nazionale su 1,3 milioni di americani di età compresa tra i 13 e i 96 anni, dal 1972 al 2014. Essi hanno scoperto che dopo il 2010, la felicità riferita è diminuita: gli adulti di età superiore ai 30 anni non sono significativamente più felici rispetto a quelli con età dai 18 ai 29 anni. Secondo i ricercatori, l'attuale cultura basata sulla tecnologia pervasiva, sulla ricerca di attenzione e sulle relazioni fugaci è interessante e stimolante per adolescenti e giovani adulti, ma non può fornire la stabilità e il senso di comunità che gli adulti maturi richiedono. I dati hanno mostrato che

il 38 per cento degli adulti di età superiore ai 30 anni ha dichiarato di essere "molto felice" nei primi anni dopo il 1970 con una riduzione al 32% nel 2010. Il 28% dei soggetti tra i 18 e i 29 anni ha dichiarato di essere "molto felice" nei primi anni dopo il 1970, contro il 30 per cento del 2010. Nello stesso tempo, la felicità dei ragazzi è aumentata: il 19% ha dichiarato di essere "molto felice" alla fine degli anni '70, contro il 23 per cento del 2010. La cultura americana ha sempre posto l'accento sull'"American dream", tuttavia, gli adulti maturi si sono resi conto che le loro aspettative potrebbero non essere soddisfatte e una minore felicità è il risultato inevitabile. Questo calo della felicità si è verificato sia per gli uomini sia per le donne. Un precedente studio del 2008 aveva rilevato che la felicità delle donne era scesa maggiormente rispetto a quella degli uomini. Ora troviamo cali di felicità sia negli uomini sia nelle donne, soprattutto dopo il 2010.

J. M. Twenge et al. Social Psychological and Personality Science, 2015.



livello intestinale. Gli scienziati hanno osservato più di 50 giovani donne con riserve di ferro esaurite, che hanno ricevuto una dose giornaliera di 40 mg di ferro, come comunemente prescritto nei casi di carenza. In seguito, i ricercatori hanno misurato come l'epcidina aveva influenzato l'assorbimento delle dosi successive di ferro e hanno scoperto che l'epcidina raggiungeva il suo picco di concentrazione dopo sei-otto ore, ma era presente anche 24 ore dopo la prima dose di ferro assunta, in modo da ridurre notevolmente l'assorbimento della seconda dose. I ricercatori si sono quindi posti la domanda se era per caso meglio un dosaggio ridotto di ferro, poiché la supplementazione di ferro tradizionale è spesso associata con effetti collaterali indesiderati, come i disturbi gastrointestinali e sono anche uno dei motivi per cui molti pazienti smettono di assumere ferro. Se l'efficacia dell'assorbimento dovesse essere migliorata con dosi più basse, sarebbe possibile ottenere un maggiore effetto biologico con, appunto, una dose minore di ferro riducendo così anche gli effetti collaterali. "Per migliorare la percentuale di ferro assorbita, sarebbe probabilmente più efficace aumentare l'intervallo tra un'assunzione di ferro e l'altra", dicono i ricercatori.

D. Moretti et al. Blood, 2015; 126 (17): 1981.

lo posso

*essere certo che
l'impegno di Mylan per
la qualità è costante*

lo posso...

perché

Mylan sottopone ogni fase produttiva dei propri farmaci a rigorosi controlli di qualità, dal principio attivo e gli eccipienti utilizzati, fino al prodotto finito e all'imballaggio, indipendentemente dal sito di produzione.

In Italia, Mylan è la prima e unica realtà commerciale ad aver ottenuto nel gennaio 2013 da AIFA l'autorizzazione GMP (Good Manufacturing Practices) come sito di rilascio lotti sul mercato. Un'importante garanzia di qualità riconosciuta dall'autorità competente.

Visitate Mylan.it

Eamon

Direttore Mylan

La nostra
Mylan è
la vostra
Mylan.

 Mylan

 Mylan

Seeing
is believing

Idrosadenite suppurativa cronica: una patologia infiammatoria cronica dimenticata

Simone Garcovich *

Vito Albano **

Antonio P. D'Ingianna **

Maurizio Pirro**

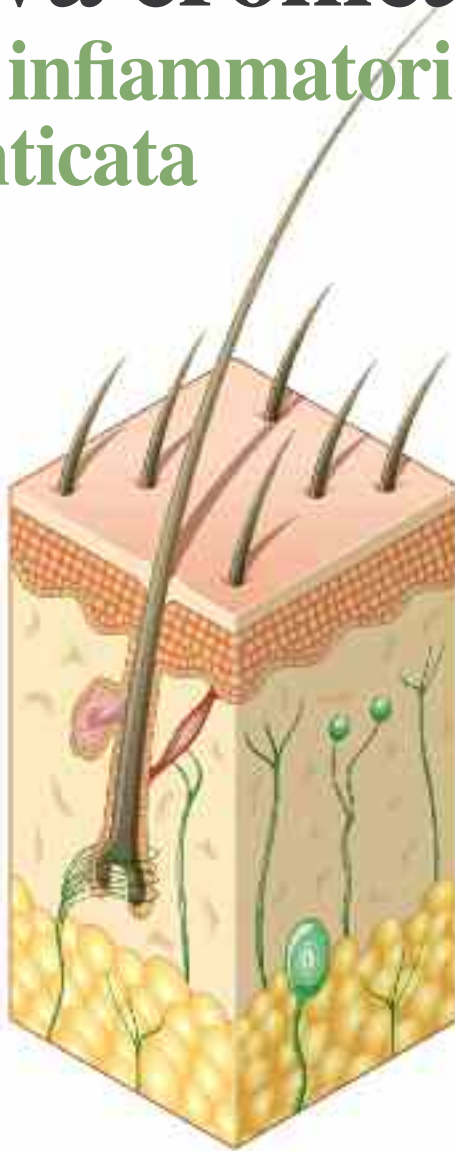
*Istituto di Dermatologia

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

**Medici di Medicina Generale Fimmg-Simpesv

L'articolo che pubblichiamo rientra in un progetto Simpesv per la realizzazione di un algoritmo per la presa in carico del paziente con Idrosadenite Suppurativa da parte del medico di Medicina Generale. L'impatto negativo della malattia sulla qualità della vita del paziente è significativo ed è amplificato dal ritardo diagnostico: avere dei test di screening validati può favorire una diagnosi precoce ed una gestione più efficace

L' idrosadenite suppurativa cronica (HS), anche nota come acne inversa o *malattia di Verneuil*, è una malattia infiammatoria cronica che interessa l'epitelio del follicolo pilifero (o unità pilo-sebacea) e solo secondariamente le ghiandole sudoripare apocrine, delle regioni inverse del corpo, ossia le pieghe di ascelle, seno, glutei, inguine e regione perianale. Considerata in passato malattia rara, l'HS in realtà presenta una prevalenza stimata del 1-4% a livello europeo, interessando prevalentemente il sesso femminile (rapporto M:Fdi 1:2 fino a 1:5), e l'età giovane adulta (20-30 anni). Può insorgere altresì anche in età prepuberale, in particolare nei casi familiari, e dopo i 50 anni. Non esistono dati precisi sulla reale incidenza della patologia in Italia, perché la diagnosi di HS è difficile e spes-



so tardiva, in media dopo 5-9 anni dall'esordio, a causa anche di una scarsa conoscenza del problema da parte della popolazione e degli operatori sanitari.

La diagnosi

Come malattia a decorso cronico-recidivante, criterio fondamentale per la diagnosi insieme al tipo di lesioni e alle loro localizzazioni, ha un impatto molto significativo sulla qualità di vita delle persone affette, a causa dell'intenso dolore, della sup-



purazione, dell'impotenza funzionale e delle lesioni maleodoranti e fortemente stigmatizzanti. Le lesioni tipiche a sede cutanea e sottocutanea sono i noduli infiammatori e gli ascessi, dolenti, che vanno incontro a suppurazione e a secrezione di materiale purulento. L'infiammazione può anche estendersi orizzontalmente e in profondità nei tessuti sottocutanei, con la formazione di seni e tragitti fistolosi. Le lesioni infiammatorie guariscono con cicatrici ipertrofiche e cordoni fibrotici, a volte importanti e in grado di compromettere la funzionalità del distretto anatomico.

Lo spettro di manifestazioni e di gravità clinica dell'HS è molto variabile: alcuni pazienti presentano l'interessamento di una singola regione corporea inversa da parte di noduli e ascessi sottocutanei, mentre in altri casi di malattia poli-distrettuale sono coinvolte più sedi corporee. Il caso tipico è quella di una giovane donna, obesa, fumatrice che presenta lesioni suppurative a livello delle pieghe ascellari, sottomammare e/o genitali. Negli uomini sono più frequentemente colpite le regioni ascellare, inguinale e glutea. La diagnosi della malattia si basa esclusivamente su criteri clinici, mentre gli aspetti istologici e di diagnostica strumentali sono solo ancillari.

Perché compare questa malattia?

La patogenesi dell'HS è tuttora sconosciu-

ta, ma la maggior parte degli studi indicano la centralità dell'*ipercheratosi della porzione infundibulare del follicolo pilifero* e della conseguente infiammazione dell'unità pilo-sebacea, con alterazioni nella risposta immunitaria innata e rilascio a livello tissutale di citochine infiammatorie, come il TNF-alfa e le interleuchine IL-1 beta e IL-17. Il ruolo dei microrganismi, in particolare dei batteri, è controverso, e del tutto secondario rispetto all'infiammazione cutanea. La HS non è quindi una malattia infettiva, ma la sovra-infezione batterica può essere rilevante nel complicare la suppurazione cutanea durante le recidive infiammatorie. Tra i principali fattori eziologici dell'HS vi sono il fumo di sigaretta, l'obesità, il trauma e la frizione locale a livello delle pieghe cutanee. Il fumo di sigaretta induce direttamente i fenomeni di ipercheratosi e infiammazione a livello dell'epitelio follicolare. L'obesità invece è associata sia ad un aumento dei fenomeni di frizione/trauma meccanico localmente a livello delle pieghe cutanee che ad uno stato pro-infiammatorio sistemico, per l'aumentata sintesi di adipochine e citochine infiammatorie.

Recenti studi epidemiologici hanno inoltre evidenziato una associazione tra HS e le componenti della sindrome metabolica, in particolare con l'obesità patologica, il diabete e l'insulino-resistenza. Gli studi di popolazione e su registri clinici hanno inoltre confermato un significativo aumento del rischio cardiovascolare nei pazienti affetti da HS, riconducibile sia alla aumentata prevalenza della sindrome metabolica che al rilevante stato infiammatorio sistemico associato alla malattia. Altri fattori aggravanti comprendono l'utilizzo di deodoranti e prodotti topici con potenziale irritante, l'eccessiva sudorazione correlata ai cambiamenti di temperatura, le alterazioni ormonali correlate al ciclo mestruale e l'aumen-

to ponderale. L'impatto della sindrome metabolica e delle altre comorbidità sulla gravità e il decorso dell'HS è considerato di grande interesse a livello scientifico, per le notevoli implicazioni cliniche e terapeutiche.

Assistenza: una malattia orfana

Il carico assistenziale associato all'HS è molto rilevante, perché i pazienti si rivolgono alle strutture di primo soccorso e al medico di medicina generale durante gli episodi di suppurazione acuta e di complicanza. L'assistenza ai pazienti con HS nel nostro Paese è purtroppo insufficiente, risultando frammentata tra diversi operatori sanitari, come il medico di famiglia, il medico di urgenza e gli specialisti dermatologo, infettivologo e chirurgo generale. Dal punto di vista terapeutico la HS è sicuramente una *malattia orfana*, perché i trattamenti sono poco codificati e si basano su una limitata evidenza clinica. La terapia di prima linea dell'HS è rappresentata in gran parte da antibiotici topici o sistemici, spesso utilizzati in modo sintomatico o cronico, in assenza di una indicazione microbiologica specifica e di relativo antibiogramma. Altre terapie utilizzate in seconda linea nei casi moderati-severi da parte del Dermatologo sono particolari combinazioni di antibiotici sistemici (clindamicina e rifampicina), i retinoidi (acitretina), gli immunosoppressori (ciclosporina), e recentemente gli inibitori del TNF-alfa (adalimumab).

In molti casi la gestione terapeutica dell'HS è difficile, perché la maggior parte dei pazienti arriva all'osservazione dello specialista con una diagnosi tardiva e con un quadro cutaneo avanzato. Nell'HS di grado moderato-severo è richiesto inoltre un approccio combinato di tipo medico-chirurgico, con l'intervento coordinato dello spe-

cialista dermatologo e del chirurgo generale. Il medico di medicina generale si trova quindi in un nodo cruciale del percorso assistenziale al paziente affetto da HS, in quanto coinvolto nella diagnosi precoce, nel collegamento tra i pazienti e lo specialista Dermatologo e infine nella correzione dei principali fattori di rischio (fumo, obesità e sindrome metabolica). La promozione dei corretti stili di vita da parte del medico di medicina generale ha la potenzialità di modificare la storia naturale della malattia e di migliorare in modo significativo lo stato globale di salute dei pazienti affetti da HS.

L'iniziativa Fimmg sull'idrosadenite suppurativa, con il contributo incondizionato di AbbVie, avrà il fine di proporre un modello di gestione clinica per la Medicina Generale, in modo da armonizzare i percorsi di diagnosi e cura con la promozione dei corretti stili di vita nei pazienti affetti da questa malattia invalidante.

Riferimenti bibliografici:

- Jemec GB. *Clinical practice. Hidradenitis suppurativa*. N Engl J Med. 2012 Jan 12;366(2):158-64. Jemec GBE, Kimball AB. *Hidradenitis suppurativa: Epidemiology and scope of the problem*. J Am Acad Dermatol. 2015 Nov;73(5 Suppl 1):S4-7.
- Miller IM, Ellervik C, Vinding GR, Zarchi K, Ibler KS, Knudsen KM, Jemec GB. *Association of metabolic syndrome and hidradenitis suppurativa*. JAMA Dermatol. 2014 Dec;150(12):1273-80.
- Tzellos T, Zouboulis CC, Gulliver W, Cohen AD, Wolkenstein P, Jemec GB. *Cardiovascular disease risk factors in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Br J Dermatol. 2015 Jul 6. doi: 10.1111/bjd.14024.
- Saunte DM, Boer J, Stratigos a., Szepietowski JC, Hamzavi I, Kim KH, et al. *Diagnostic Delay in Hidradenitis Suppurativa is a Global Problem*. Br J Dermatol. 2015 Jul 21. doi: 10.1111/bjd.14038.

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
Fiorenzo Corti
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
Vito Albano, Gennaro Barbieri,
Paolo Bonanni,
Lucia Conti, Antonio P. D'Ingianna,
Luciano Fassari, Antonella Galli,
Simone Garcovich, Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Stefano A. Nobili, Maurizio Pirro,
Giovanni Rodriguez, Giulia Zonno

Ufficio grafico
Daniele Lucia

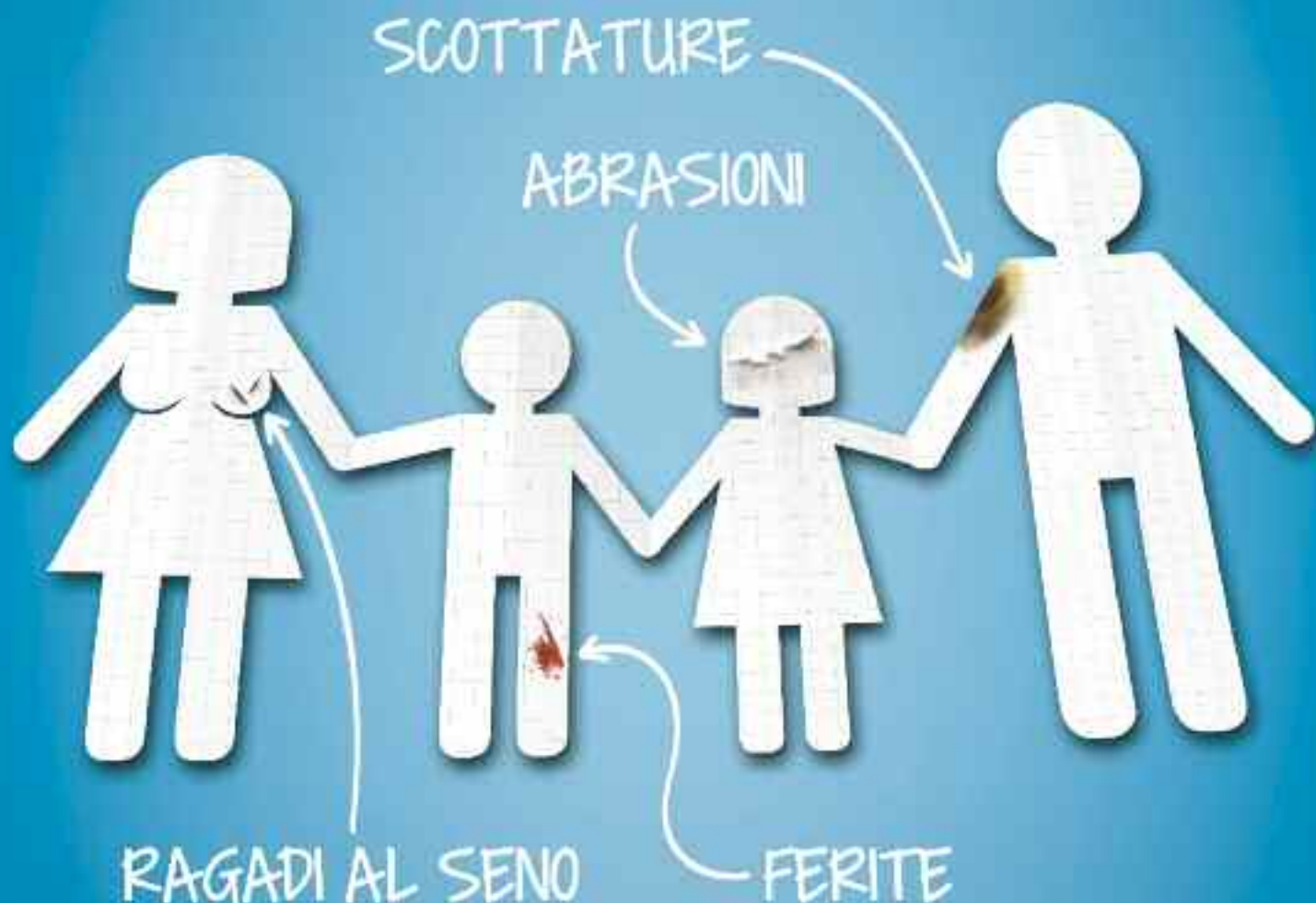
Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di dicembre 2015

Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 euro

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Per le ferite superficiali o profonde
da oggi c'è un **lieto fine**



Tubo da 15 ml e 40 ml

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

NATHURA.COM

Crema a base d'ingredienti
attivi naturali e arricchita
con colostro, per una
perfetta rigenerazione e
protezione dei tessuti.
Tutto questo è **LIETOFIX**



NATHURA

LA NOSTRA RICERCA.
IL TUO STAR BENE.

Oltre 40.000
visitatori unici
giornalieri*

*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

UN'INIZIATIVA

QSe

Quotidiano
Sanità
edizioni

