



am

AVVENIRE MEDICO

ATTUALITÀ Fazio: "L'Italia è il Paese che ha comprato meno vaccini" / 4
ATTUALITÀ L'anno appena concluso attraverso le copertine di *Avvenire Medico* / 6
INFORMATICA La P.E.C. Posta Elettronica Certificata / 13
FARMACI La rivoluzione nel prontuario: i farmaci biologici / 19



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

1-10

N. 1 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO

EDITORIALE

Linee di indirizzo per l'Acn: un atto dovuto, ma non scontato. Ora apertura immediata del tavolo delle trattative

Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Le linee d'indirizzo per l'Acn sul secondo biennio economico 2008-2009 sono state inoltrate al Consiglio dei ministri dal Comitato di settore. Lo chiedevamo da tempo e ne siamo soddisfatti. I documenti, le dichiarazioni, il comunicato stampa sono a disposizione di tutti, come al solito, sulla nostra pagina web. Adesso bisogna cominciare a lavorare: si deve chiudere nel brevissimo il contratto ed allinearci al dicembre dello scorso anno. Non sarà un percorso tutto in discesa. Per quanto riguarda la parte economica sono apertissime le questioni legate al finanziamento degli accordi regionali e alla quota del + 0,8%, messo a disposizione dalle Regioni per la dirigenza sanitaria

seppure con limitazioni e vincoli legati alla condizione economico-finanziaria locale. Manifestiamo inoltre contrarietà su talune affermazioni in materia di Ict: occorrerà un grande sforzo di coordinamento e una integrazione degli impegni e dei finanziamenti: non si può continuare a procedere con la stratificazione degli impegni ad isorisorse. Con spirito di coerenza con il progetto complessivo affronteremo questi ed altri pochi argomenti necessari per l'integrazione dell'esistente. Dovremo lavorare poi per porre le basi, molto probabilmente ad elezioni regionali avvenute, della convenzione del cambiamento.

Fazio: "L'Italia è il Paese occidentale che ha comprato meno vaccini"

■ Una riflessione di largo respiro per superare le polemiche

intorno alla vaccinazione contro l'influenza AH1N1

Una giornata di formazione dedicata alle strategie di prevenzione e in particolare a vaccini e vaccinazioni. La Fnomceo ha deciso di affrontare così la problematica sollevata dal sostanziale fallimento della campagna vaccinale contro il virus dell'influenza AH1N1, proprio il giorno dopo la denuncia della Commissione europea rispetto alla correttezza dell'allarme lanciato dall'Oms.

Per Fnomceo il punto è rafforzare un clima di fiducia tra cittadini, medici e istituzioni sanitarie, che aiuti a promuovere comportamenti collettivamente vantaggiosi come le vaccinazioni. "Nella gestione di questa emergenza sanitaria – ha sottolineato il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco – è stato applicato un modello di comunicazione dall'alto verso il basso che oggi, stante una democrazia del dibattito scientifico, non è più efficace". "C'è bisogno – ha continuato Bianco – di coinvolgere i professionisti, anche per rafforzare la trama di fiducia tra cittadini, medici e istituzioni".

"Utilizziamo le criticità come occasione per migliorare insieme: è con voi medici che vogliamo lavorare". Secondo Fazio, la scarsa adesione alla campagna vaccinale contro il virus AH1N1 è stata dovuta a una concomitanza di eventi: i vaccini sono stati resi disponibili a picco iniziato, quando già si percepiva che questa prima ondata non sarebbe stata grave, e la popolazione non è stata, quindi, incentivata a vaccinarsi.

Un'altra criticità, condivisa dal ministro e dai medici, è stata la carenza di comu-

nicazione.

Intervenendo all'incontro, il ministro Fazio ha anticipato i contenuti che nel pomeriggio avrebbe utilizzato per rispondere ad una interrogazione parlamentare in materia. Il ministro ha sottolineato come, davanti all'allarme lanciato dall'Oms, i Governi abbiano adottato il principio di precauzione, dotandosi di vaccini: "Per



fare un paragone è come quando si costruisce con criteri antisismici nelle zone a rischio: se poi non si verificano terremoti, non si può certo accusare nessuno di aver sprecato soldi". Fazio ha anche ricordato che ha programmato l'acquisto di vaccini in misura minore di altri Paesi, proponendosi di vaccinare il 40% della popolazione e ordinando dunque 24 milioni di dosi (per un costo complessivo di 184 milioni di euro), di cui solo 10 milioni sono già state consegnate. Ora che "la campagna vaccinale è sostanzialmente terminata", come ha detto il ministro, l'Italia consegnerà all'Oms il 10%

dei vaccini, perché possano essere trasferiti in Paesi che non hanno potuto acquistarli.

Oltre agli interventi istituzionali, il seminario si è articolato in molte importanti relazioni: seguitissima quella di Donato Greco – già Capo Dipartimento della prevenzione al Ministero e direttore del Ccm – sull'efficacia dei vaccini per la Salute pubblica, mentre Silvestro Scotti ha illustrato problemi e strategie della prevenzione vaccinale nell'attività del medico di famiglia

ATI

Ecografi tascabili per i medici di famiglia

A margine dell'incontro organizzato dalla Fnomceo, Fazio ha annunciato un progetto sperimentale che dovrebbe realizzarsi a breve, dotando alcuni medici di medicina generale di ecografi portatili "grandi come un blackberry" sponsorizzati dall'azienda produttrice.



Un problema da risolvere per medici e cittadini

Le norme contenute nel decreto Legislativo n.150/2009, più noto come “riforma Brunetta”, hanno suscitato in questi mesi molto dibattito. Sotto i riflettori, ora, la parte che riguarda la certificazione delle assenze brevi per i pubblici dipendenti.

Che cosa deve fare un medico nel caso in cui un suo paziente dichiari un’indisposizione lieve che lo terrà lontano dal lavoro per pochi giorni? È del tutto evidente che non è possibile pensare di ricorrere ad esami strumentali o di laboratorio per verificare magari un’indigestione o un colpo di freddo, anche perché questa via intaserebbe di lavoro le strutture diagnostiche e comporterebbe una esplosiva crescita dei costi.

Con una lettera, inviata lo scorso 14 gennaio ai ministri Renato Brunetta, Ferruccio Fazio e Maurizio Sacconi e al presidente e commissario Inps Antonio Mastrapasqua, Milillo ha espresso la preoccupazione della Fimmg riguardo alle nuove norme relative alla certificazione di malattia dei dipendenti pubblici, chiedendo un incontro urgente “altrimenti dovremo prendere in considerazione l’ipotesi di dichiarare lo stato di agitazione di tutta la categoria”.

“Come Fimmg ci siamo caratterizzati in questi ultimi anni come forza propositiva e molto aperta a sostenere i percorsi innovativi del Servizio sanitario nazionale – prosegue Milillo nella lettera – ma in questo caso dobbiamo mettere in guardia tutta la categoria dai gravi pericoli che ogni medico potrebbe trovarsi ad affrontare se passassero le norme così come sono, non tanto nella forma quanto piuttosto nell’interpretazione quotidiana di alcuni aspetti applicativi del decreto Brunetta. La normativa prevede infatti che i certificati non possono riferirsi a ‘dati clinici non direttamente constatati né

oggettivamente documentati’. Ciò vuol dire che il medico di famiglia non potrà redigere il certificato ad un suo paziente, con il quale ha un rapporto fiduciario, che si presentasse in serata per giustificare l’assenza dal lavoro il giorno stesso per banali patologie co-



Renato Brunetta

“
Milillo ha chiesto un incontro urgente ai ministri Brunetta, Fazio e Sacconi sulle nuove norme relative alla certificazione di malattia dei dipendenti pubblici. “Se le norme restano come sono i medici si troverebbero in una situazione pericolosa”

me mal di testa o febbre. A questo si aggiunge lo sproporzionato e irrituale regime sanzionatorio previsto per il medico in caso di inadempienze o errori anche involontari, che lo indurrebbe ad atteggiamenti inappropriatamente difensivi. Chiediamo perciò l’emanazione di un atto ufficiale che riconosca il sintomo soggettivo come ‘dato clinico direttamente constatato’ e ribadiamo ancora una volta la necessità di introdurre l’autocertificazione per periodi brevi di malattia”. Anche la Fnomceo ha chiesto di rap-

presentare al Governo i problemi che la norma pone ai medici italiani. “Non è in discussione la disponibilità dei medici a favorire lo sviluppo della certificazione on line delle assenze per malattia” ha scritto il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco in un comunicato, rimarcando però

“l’ingestibilità tecnico-professionale, medico-legale e deontologica di quegli aspetti della legge che riguardano la certificazione delle assenze brevi, notoriamente in gran parte rilasciate sulla base di sintomi soggettivi riferiti dal lavoratore e non di dati clinici direttamente riscontrati e/o oggettivamente documentati, a cui si fa corrispondere peraltro un poderoso e muscolare apparato sanzionatorio per gli eventuali profili di inadempienza (licenziamento e carcere)”. Tanto Milillo che Bianco hanno però giudicato inopportuno un intervento di Cittadinanzattiva che, plaudendo per l’introduzione dell’invio telematico all’Inps dei certificati medici di assenza per malattia dei dipendenti pubblici da parte dei medici di famiglia, richiama l’art. 24 del Codice di Deontologia Medica, nel quale si legge: “Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati”.

“Ho letto con stupore il comunicato di Cittadinanzattiva che banalizza le problematiche di ordine legale della nuova normativa sulla certificazione di malattia per i dipendenti pubblici. È un atteggiamento dannoso per i medici e soprattutto per i cittadini. Tocca a noi tutelare la categoria e continueremo a farlo con passione e responsabilità” ha affermato Giacomo Milillo. **ATT**

Un anno con *Avvenire Medico*

■ Ripercorriamo i fatti salienti per la Medicina Generale dell'anno appena trascorso,

attraverso le copertine del nostro giornale e qualche brano degli articoli pubblicati



A.M. 1-09 Definito il preaccordo per il rinnovo della Convenzione

Il 22 dicembre 2008 è stato siglato il testo del preaccordo

per il rinnovo della Convenzione per la medicina generale, tra la Fimmg e altri sindacati del settore e la parte pubblica, rappresentata dalla Sisac.

I contenuti definiti in questo "accordo base", sono descritti in modo analitico da un articolo di Stefano Zingoni e da un contributo di Alberto Olivetti, che esamina in particolare il valore di questa intesa sotto il profilo previdenziale e assicurativo. Il testo integrale del preaccordo è disponibile sul sito www.fimmg.org

A.M. 2-09

Farmaci nel terzo millennio

C'è aria di grandi cambiamenti nel mondo dei farmaci. Quelli che abbiamo imparato a chiamare farmaci innovativi sono in realtà una gamma variegata di terapie, sempre più incentrati sull'applicazione delle nuove conoscenze nel campo della genetica e della medicina molecolare.



E il loro sviluppo cambierà molte cose, a partire dalla ricerca e dalle metodologie impiegate, per arrivare alle regole autorizzative e all'impiego da farne, con

l'inevitabile questione aperta sulla sostenibilità economica del sistema sanitario. Per capire meglio cosa si sta preparando nel (prossimo) futuro, abbiamo intervistato i massimi rappresentanti di medici, industria e autorità regolatoria del

settore: Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, Sergio Dompé, presidente di Farmindustria, e Guido Rasi, direttore dell'Aifa.

A.M. 3-09

La lista Bianco-Benato vince le elezioni Fnomceo

Una netta vittoria per la lista guidata da Amedeo Bianco e Maurizio Benato, che chiedeva di poter proseguire il lavoro avviato nel triennio precedente, riassunto simbolicamente nella Prima Conferenza nazionale



della professione medica organizzata a Fiuggi nel giugno del 2008.

Il Comitato Centrale, pur nella continuità, è stato rinnovato e oggi

risulta "ringiovanito", con un'età media di cinquant'anni. "Il lavoro 'paga', soprattutto se viene compiuto con competenza" è stato il primo commento di Giacomo Milillo alla luce dei risultati. "Come Fimmg siamo certamente soddisfatti per il risultato, che premia il lavoro del Presidente e del Comitato Centrale uscente - ha proseguito Milillo - e il mio personale apprezzamento va al confronto civile e democratico, che ha contraddistinto queste votazioni. Nonostante la competizione elettorale abbia visto divisi su più fronti i medici italiani, sono certo che il Comitato Centrale Fnomceo appena eletto potrà contare sulla piena collaborazione di tutti i presidenti degli Ordini della penisola", ha concluso Milillo, inviando un particolare ringraziamento a tutti i presidenti degli Ordini dei medici iscritti alla Fimmg.

A.M. 4-09

Terremoto in Abruzzo: medici di famiglia in prima linea

Quasi 300 morti, 1.500 feriti e 50mila sfollati. Questo il bilancio del terremoto che nella notte tra il 5 e il 6 aprile ha devastato l'Abruzzo e dato il via a numerose azioni di solidarietà, anche da parte



della Fimmg e dei medici di famiglia.

La Protezione civile, i pompieri e le unità addestrate hanno scavato a mani nude per una settimana. Poco più

in là i medici, gli infermieri e i volontari di ogni specie, ad assistere la popolazione sfollata. E con le fredde notte passate nelle tende sono arrivate le influenze e le polmoniti, soprattutto tra i bambini e gli anziani. Curati sotto le tende, perché all'Aquila, per esempio, non è più agibile neanche l'ospedale. Ma uno degli aspetti che questa tragedia ha evidenziato è l'istinto di solidarietà degli italiani, che ha visto in prima linea anche la Fimmg. A partire dai medici abruzzesi, che hanno subito offerto alle Istituzioni la loro disponibilità, mentre la Federazione nazionale predisponendo altri interventi, lanciando anche un appello ai medici di tutta Italia per affiancare i colleghi abruzzesi nella fase dell'emergenza e in quella successiva: in pochi giorni 125 medici hanno risposto all'appello.

A.M. 5-09

Sigolato l'Accordo Collettivo nazionale

La trattativa con la Sisac è stata lunga e difficile. Più volte siamo stati vicinissimi alla rottura. Ma il testo che il 27 maggio scorso abbiamo



firmato contiene molte conquiste importanti ed anche le basi per la prossima trattativa, quella per il biennio economico 2008-2009, che c'è l'impegno a far

partire al più presto.

Dopo la preintesa di dicembre 2008, passata positivamente a più vagli del Con-

siglio nazionale e fatta propria, praticamente, da tutto il Sindacato, il testo di accordo presentato dalla Sisac il 16 aprile di quest'anno era invece nei fatti, anche se non nella forma, assai lontano dalle garanzie e dalle tutele che avevamo negoziato nel preaccordo; tanto da portarci a dichiarare pubblicamente che non esistevano le condizioni per la firma. La pazienza, la capacità di mediazione, la lungimiranza del gruppo dirigente Fimmg guidato da Giacomo Milillo è riuscito invece a costruire le condizioni indispensabili a siglare l'Accordo del 27 maggio.

A.M. 6/7-09

La previdenza è una canzone

L'articolo di Alberto Oliveti utilizza alcuni testi di cantautori italiani e stranieri per ripercorrere i concetti chiave che ispirano l'attività dell'Enpam.

“Mio padre in fondo aveva anche ragione a dir che la pensione è davvero importante...” (da “l'Avvelenata” di F. Guccini 1976)

Ce l'hanno insegnato i nostri padri, non è tanto importante quello che guadagni, ma quello che metti da parte.



Il salario che ogni lavoratore ottiene in busta paga in cambio del proprio lavoro è solo una parte del salario complessivo che percepisce: un'altra parte è posticipata

nel tempo – cosiddetto salario differito – per costituire con opportuni accantonamenti la pensione da riscuotere dopo la fine dell'attività produttiva. Probabilmente ne è la componente più importante perché destinata ad una fase della vita in cui non si potrà più attingere a risorse lavorative.

A.M. 8-09

Fimmg: tanti settori, ma una visione comune

Intervista a Mario Stella, presidente nazionale Fimmg, in vista del 64° Congresso Fimmg-Metis. Dottor Stella, tante articolazioni riunite sotto la stessa bandiera. Perché? La Fimmg è il sindacato maggioritario della Medicina generale, riconosciuto e accreditato come interlocutore di riferimento di confronto e di proposta. Il personale medico operante nei settori citati eroga prestazioni di pertinenza dell'area medicina



generale. La costituzione dei nuovi settori consente alla Fimmg di rappresentare i medici in essi operanti a tutela dei loro interessi professionali, economici e previdenziali. E la presenza della Fimmg ai vari tavoli di contrattazione potrà consentire la necessaria armonizzazione normativa intersettoriale nel rispetto delle rispettive specificità, finalizzata all'integrazione professionale in funzione del miglioramento dell'assistenza nell'area di competenza. Può farci una veloce rassegna delle categorie che ad oggi sono rappresentate dalla Fimmg? La Fimmg rappresenta i medici dell'Assistenza primaria ed è attualmente articolata in otto settori: oltre a quelli già citati, distinti in convenzionati e dipendenti, sono entrati nel mondo Fimmg i Medici in formazione, inseriti nella C.A., i Medici Sasn, (Servizio di Assistenza sanitaria ai naviganti), i Medici Inps (visite fiscali) e, infine, i Medici penitenziari come Settore speciale Fimmg Amapi.

A.M. 9-09

I lavori del 64° Congresso Fimmg/Metis

“Siamo in una crisi economica e di sistema da cui si può uscire solo con una forte e decisa innovazione non solo di tecnologie, ma di cultura. Per questo vogliamo dire con forza che è urgente un'innovazione culturale della nostra professione”. Così Giacomo Milillo ha spiegato il significato del titolo scelto per il 64° Congresso Fimmg Metis I sistemi sanitari tra sostenibilità e innovazione: una sfida per la medicina generale, svoltosi a Santa Margherita di Pu-la dal 12 al 17 ottobre scorsi. Al centro del dibattito tutti i temi che investono la professione del mmg, dall'innovazione tecnologica alla



ricerca clinica in medicina generale alle problematiche fiscali e previdenziali. Accanto a moltissimi appuntamenti scientifici, le giornate congressuali hanno avuto anche molte occasioni di incontro con interlocutori del mondo sanitario, istituzionali, politici e

imprenditoriali. Nella mattinata di martedì, il ministro del Welfare Maurizio Sacconi si è messo in collegamento con il Congresso per una lunga video-conferenza. La giornata “politica” del Congresso è stata invece quella di giovedì. La mattinata è stata dedicata al volume L'assistenza primaria in Italia, mentre il pomeriggio si è aperto con i saluti delle autorità locali e di Eolo Parodi, presidente Enpam. Dopo i saluti Giacomo Milillo ha esposto la sua relazione programmatica alla presenza del viceministro Ferruccio Fazio. “Non voglio dimenticare la realtà di partenza: i medici che tutti i giorni danno un'ottima assistenza ai loro pazienti senza alcun aiuto. Sicuramente noi dovremo essere gradualmente nel nostro percorso futuro, piccoli passi concreti: information technology, cartella online, sistema integrato”. La relazione, disponibile integralmente nel sito www.congressofimmg.org come molti altri materiali congressuali, ha poi affrontato i temi della formazione, il nodo delle società di servizio, i rapporti con Enpam, Aifa e Agenzia delle Entrate, concludendosi con un'ampia rassegna ragionata dei nuovi settori Fimmg.

A.M. 10-09

Ferruccio Fazio è ministro



Il 15 dicembre scorso, al Palazzo del Quirinale, ha prestato giuramento nelle mani del presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, il ministro della Salute, Ferruccio Fazio.

“Siamo felici per la scelta della persona” ha dichiarato il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo, aggiungendo come “del professor Ferruccio Fazio abbiamo già avuto modo di apprezzare il tenace impegno e il caratteristico pragmatismo nell'affrontare i problemi. Va sottolineata –ha proseguito Milillo – anche la costante disponibilità dimostrata alla interlocuzione con tutti i soggetti del modo sanitario ed infine, aspetto che a noi fa particolare piacere, la spiccata attenzione al ruolo della medicina generale”.

Fazio guiderà il nuovo ministero della Salute, ripristinato con una legge ad hoc approvata dalla Camera ai primi di dicembre.

ATT

Publicato il Rapporto 2007 sull'attività di ricovero ospedaliero

Cosa fanno gli ospedali ...

di Ester Maragò

Cosa succede negli ospedali italiani? Crescono le prestazioni mediche e chirurgiche di alta complessità e diminuiscono un po' ovunque i ricoveri e le giornate di degenza, sia pure con variazioni importanti tra aree geografiche e a seconda delle specialità. Così, ad esempio, l'eccessivo ricorso al parto cesareo continua a rimanere una macchia nell'appropriatezza clinica. La diagnosi delle strutture sanitarie italiane è quella che arriva dal Rapporto 2007 sull'attività di ricovero ospedaliero, pubblicato il 21 dicembre 2009, ed elaborato dal ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Un Rapporto che dà la misura della complessa attività del sistema ospedaliero italiano: i ricoveri superano i dodici milioni, le giornata-

te sono oltre i 76 milioni. Dati correlati anche dall'analisi preliminare sull'attività del 2008 che confermano la tendenza dell'ospedale italiano a cambiare ruolo e funzioni per migliorare i propri standard organizzativi e qualitativi, e passare la mano alla sanità extraospedaliera.

Dal 2007 al 2008: cosa scende e cosa sale

I dati del ministero confermano il trend in discesa dei ricoveri ospedalieri, ma anche una crescita di quelli per lungodegenza.

Il numero delle dimissioni nel 2007 è stato pari a 12.342.537, le giornate di ricovero 76.340.751: oltre 510mila ricoveri e 1 milione e 600 mila giornate di degenza in meno rispetto al 2006. Una tendenza che prosegue anche nel 2008 con l'1,7 % di ricoveri in meno

“

Nel 2007 gli ospedali italiani hanno compiuto oltre dodici milioni di ricoveri, con complessive 76 milioni di giornate di degenza.

Rispetto all'anno precedente le giornate di ospedalizzazione si sono ridotte di un milione e seicentomila unità

rispetto all'anno precedente, e un calo dello 0,9% delle giornate di degenza. In particolare nel 2007, rispetto al 2006, si è ridotto del 3,05% il numero

....e la medicina generale che fa?

di Paolo Giarrusso

Che grande vantaggio riuscire a dimostrare quello che si fa! L'attività ospedaliera, infatti, attraverso la metodica dei Drg (Diagnosis Related Groups) e delle Sdo (Schede di dimissione ospedaliera), riesce in qualunque momento a quantificare con dati misurabili l'entità del proprio lavoro: attraverso lo strumento delle Sdo e l'elaborazione delle informa-

zioni in esse contenute si riesce a conoscere, confrontare e monetizzare l'attività di un ciascun presidio ospedaliero e di ciascuna unità operativa, determinando un flusso di informazioni codificate ed uniformi in tutto il territorio nazionale e regionale che, una volta raccolte ed opportunamente analizzate, possono costituire le precondizioni per giustificare eventuali provvedimenti gestionali e am-

ministrativi atti a indirizzare l'entità dei finanziamenti e delle risorse che ogni singola Regione intende mettere a disposizione per quel presidio o per quella unità operativa. Come si vede, quindi, uno strumento di non poco conto che condiziona l'attività clinica ospedaliera.

Uno strumento che, traslato in numeri, diventa un mezzo inoppugnabile per dimostrare il perché di impegni finanziari da parte della Regione verso l'ospedale magari a scapito del territorio e della medicina generale che ben difficilmente riesce per sua natura a dimostrare i numeri della propria attività. Mi spiego meglio: per diversi motivi, anche culturali, la me-

dicina generale non riesce a dimostrare con propri numeri le mille cose che quotidianamente ogni medico di famiglia fa a favore dei propri assistiti. La mancanza di tali numeri, di dati obiettivamente quantificabili e confrontabili spesso porta i vari decisori politico-amministrativi, che come si sa vivono in un empirico superiore a quello della gente comune, a sottovalutare l'attività della medicina generale e a portare come alibi delle loro decisioni proprio l'entità delle attività ospedaliere che appunto grazie alle Sdo sono ben quantificabili. Questa nostra grave pecca culturale-organizzativa fa sì che il nostro lavoro professionale non

Sintesi dell'attività ospedaliera 2008

Tipo di attività	Numero	Variazione % rispetto al 2007
Acuti Ordinario	7.735.053	- 1,7 %
Day Hospital	3.504.217	- 2,3 %
Riabilitazione Ordinario	296.644	- 0,4 %
Day Hospital	64.747	- 2,5 %
Lungodegenza	104.608	+ 3,0 %
Neonati	423.949	+ 2,2 %
Totale	12.128.678	- 1,7 %

delle dimissioni per acuti in regime ordinario ed in modo più consistente quello in regime diurno (-6,96 %). Il 2008 procede sul solco segnato nel 2007: il numero delle dimissioni per acuti in regime ordinario è diminuito di un ulteriore 1,7%, quello in Day hospital del 2,3%.

Crescono invece, rispetto agli anni precedenti, le dimissioni per lungodegenza: +2,7% nel 2007, e +3% nel 2008. Ma anche nei reparti per i neonati sani si registra un incremento dello 0,96 nel 2007 e ben del 2,2% nel 2008. Diminuiscono, nel 2007, le dimissioni per riabilitazione in entrambi i regimi di ricovero (-1,51% in regime ordinario e -6,04 % in Day hospital).

La degenza media per acuti in regime ordinario si è ormai stabilizzata sul valore di 6,7 giorni a partire dal 2002. A livello regionale si va da un minimo di 6,26 giorni in Campania (degenza media standardizzata per case-mix) ad un

massimo di 7,76 giorni nella Provincia autonoma di Trento.

La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane sostanzialmente ferma a poco meno di 2 giorni (1,99 nel 2007 e 1,97 nel 2008). I valori più alti, nel 2008, si registrano nel Lazio e nel Molise (rispettivamente 2,59 e 2,58 giorni) ed in Liguria e Basilicata (rispettivamente 2,47 e 2,45 giorni), i valori più bassi nelle Marche (1,37 giorni) e in Friuli Venezia Giulia (1,53).

I tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco utili per valutare l'efficacia dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale (sono più bassi dove l'offerta territoriale è efficace e funzionante), negli anni diminuiti significativamente, nel 2008 confermano grossomodo i valori del 2007: per il diabete il tasso di ospedalizzazione passa da 91 a 89 ricoveri per 100mila abitanti, per l'asma da 32 a 33 e per lo scompenso cardiaco il tasso varia da 320 a 322. Su questo fronte però si registrano importanti variazioni regionali.

Le patologie più trattate nel 2007

La frequenza maggiore di dimissioni nell'ambito delle categorie diagnostiche maggiori è attribuita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,8%), seguite da quelle del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo (12,1%) e dell'apparato digerente (9,8%); troviamo poi le dimissioni per gravidanza, parto e puerperio (9,6%) e le malattie del sistema nervoso (7,5 %).

La graduatoria dei primi 10 Drg per numerosità dei casi trattati rimane negli anni pressoché immutata. In pole position si riconferma il parto vaginale senza diagnosi complicanti, seguito dall'insufficienza cardiaca e shock e dal parto cesareo senza complicazioni.

Nei primi 10 aggregati clinici di codici (Acc) di diagnosi e procedure sono comprese le dimissioni per gravidanza e parto, malattie cardiache e vascolari, trattamento delle neoplasie e malattie polmonari. Per quanto riguarda il ricovero diurno le categorie più frequenti riguardano le malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, le malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate, le malattie e disturbi dell'occhio, gli interventi sul cristallino, le malattie e disturbi di pelle, tessuto sotto-cutaneo e mammella e le terapie chemioterapiche. **ATT**

venga adeguatamente valutato e valorizzato.

Questa nostra cattiva abitudine a non misurarci a non quantificare le mille cose che facciamo in ambulatorio e a domicilio ci fa restare subalterni a chi riesce a produrre numeri. Spesso i colleghi infatti ignorano che un qualsiasi medico di famiglia italiano con 1.200 assistiti a carico ha una media di contatti globali fra i 10.000 i 12.000 all'anno. Una cifra impressionante che i nostri interlocutori politico amministrativi, non avendo dati, non valorizzano adeguatamente in quantità e qualità.

Chissà come andrebbero le cose se anche il territorio riuscisse ad avere dei propri Drg e una qualche forma di Sdo territoriale.



di Walter Ricciardi, Giuseppe La Torre

Health Technology Assessment Principi, dimensioni e strumenti

144 pagine - 20,00 €

Le innovazioni tecnologiche e organizzative sono all'ordine del giorno in ambito sanitario: valutarne l'efficacia, i benefici e i costi rappresenta una sfida fondamentale per i decisori coinvolti. L'Health Technology Assessment (Hta) costituisce un valido aiuto a questo scopo, fornendo informazioni basate

sull'evidenza volte a valutare le tecnologie sanitarie e a prendere decisioni in merito al loro impiego o alla loro sostenibilità.

Il libro descrive gli aspetti di base dell'Hta, ne riassume gli strumenti di valutazione e ne esamina gli effetti sui sistemi sanitari proponendosi di incrementare la consapevolezza dell'esistenza e dell'utilità delle tecniche di Hta.

Si rivolge quindi ai manager della sanità, ma anche ai medici e a tutti coloro che vogliono avvicinarsi a questa nuova realtà, destinata ad avere sempre maggiore spazio nel mondo sanitario.

Walter Ricciardi è professore ordinario e direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Giuseppe La Torre è professore associato del Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università La Sapienza di Roma.

Carlo Favaretti, che ha curato la presentazione del volume, è presidente della Società Italiana di Health Technology Assessment.



Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

Parole

■ ■ Parole scagliate, schiantate come una cascata verso la valle. Come stalagmiti di ghiaccio, bellissime e fredde, scintillanti e feroci. Le parole hanno inventato i sentimenti. Le parole hanno inventato l'uomo, e non il contrario. Le parole disegnano i contorni, sono un seme piantato nella terra, il grano che cresce, il vento che piega le spighe, la grandine che le schiaccia, il sole che le matura e la falce che le taglia. Oggi non avevo più parole, le avevo finite tutte. E per un istante, quell'istante in cui sono rimasto senza parole, ho smesso di esistere.

E non sono solo le parole. Anche il corpo mi sta abbandonan-

do. I colori, per esempio. Ho già perso il rosso, il giallo, l'arancio, e il sole dell'alba, del pomeriggio e del tramonto hanno un colore solo. C'era tra il verde e l'azzurro una differenza nitida, evidente, incontrovertibile, come tra il cielo e il mare, o tra il cielo e la terra. Ora non più, e forse questo vuol dire che anche la differenza tra il cielo e il mare va svanendo, la stessa differenza tra il cielo e la terra è più sfumata, più presente nei miei ricordi, qualcosa che prendo per scontato, più che sperimentarlo con scientifica obiettività nel tempo della mia vita attuale. Forse stiamo tornando a quel tempo primordiale in cui non c'era separazione tra i con-



tinenti, le acque e la volta celeste. Forse stiamo tornando al Caos. Sono sempre stato un venditore di parole, parole di luce, parole d'ombra, parole di follia, parole di saggezza. E mai il silenzio. Perché ho capito che il giorno del silenzio sarebbe stato il giorno della nostra resa e della nostra morte. L'avevo ca-

pito, che se avessi smesso di ricordare, se avessi perso le parole che avevo accumulato per tutti i giorni, i minuti e gli istanti della mia vita, la mia mente avrebbe perso la memoria. Avrei perso tutto, per sempre. Le parole, tutte le parole hanno un colore, un sapore, una consistenza, una forma. E questo è il mio colore, il mio sapore, la mia consistenza, la mia forma. Questo sono io, e devo scrivere prima di dimenticare. Il mondo buio, senza sapore, senza odore, senza forma e consistenza che mi siano visibili, posso ricostruirlo con le parole, ma senza le parole tutto sarà finito.

a cura di Bruno Cristiano

P.E.C. La Posta Elettronica Certificata

di Renzo Le Pera

L'e-mail, la comune posta elettronica, è da tempo lo strumento elettronico più utilizzato di scambio di informazioni, anche tra i medici di medicina generale. Si è diffusa in maniera spontanea, per le intrinseche qualità e caratteristiche, soppiantando in maniera quasi completa la tradizionale corrispondenza cartacea.

Uno dei principali motivi, anche se non il solo, per cui l'e-mail non ha sostituito finora completamente la corrispondenza tradizionale si ritrova nel cosiddetto "valore giuridico" della sola posta raccomandata con ricevuta di ritorno.

Ognuno di noi, sia come professionista che come semplice cittadino, ha spesso bisogno di assicurare valore giuridico alla propria corrispondenza; basti pensare alle comunicazioni ad Enti pubblici e privati, alla propria Asl, alle convocazioni ufficiali di riunioni e commissioni, a transazioni commerciali, reclami ed esposti. La Posta Elettronica Certificata (PEC) è la soluzione fornita dallo sviluppo della tecnologia informatica che assicura ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore giuridico di una raccomandata con ricevuta di ritorno.

Non è difficile prevedere che nel breve periodo la PEC probabilmente avrà una diffusione simile a quello avuto dalla e-mail, indipendentemente da Decreti Legge e altre disposizioni governative tendenti a renderne l'utilizzo più o meno obbligatorio.

Cos'è la PEC

La Posta Elettronica Certificata è un sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la consegna di documenti informatici.

"Certificare" l'invio e la ricezione – i due momenti fondamentali nella trasmissione dei documenti informatici – significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale allegata documentazione. Allo stesso modo, quando il messaggio perviene al destinatario, il gestore invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna con precisa indicazione temporale. Nel caso in cui il mittente smarrisca le ricevute, la traccia informatica delle operazioni svolte, conservata per legge per un periodo di 30 mesi, consente la riproduzione, con lo stesso valore giuridico, delle ricevute stesse.

Come si ottiene

Si ottiene da un Gestore, tra quelli compresi in un elenco, regolarmente aggiornato. L'elenco pubblico dei gestori di Posta Elettronica Certificata, previsto dall'art. 14 del DPR 11 febbraio 2005, n. 68, viene tenuto dal CNIPA (www.cnipa.gov.it) e viene reso disponibile attraverso la rete Internet. Scorrendo l'elenco si trovano Gestori anche molto noti, come ad esempio l'Acì, Poste Italiane, Sogei ed altri. L'attivazione può essere richiesta per via telematica, spesso anche telefonica. Successivamente, comunque, è necessaria la ovvia identificazione certa del richiedente.

Quanto costa

Tralasciando quella fornita gratuitamente dall'Inps, che ha serie limitazioni di utilizzo, al momento la PEC è fornita gratuitamente dall'Acì (funziona nei confronti di tutta la Pubblica Amministrazione) e a pagamento da altri gestori. Nel dettaglio, ad esempio, Aruba fornisce un

servizio di PEC completa al costo annuo di 5 euro + Iva nella versione standard e 25 euro in quella Pro, mentre con Poste Italiane ha un costo annuo di 12 euro + Iva. Le differenze consistono nelle dimensioni in Megabyte dello spazio riservato, nella possibilità di utilizzo anche tramite programmi di gestione posta come Outlook, Mail etc, e in altre opzioni consultabili nei siti web dei rispettivi Gestori.

Come si utilizza

I compiti del mittente di un messaggio PEC sono sovrapponibili a quelli utilizzati nell'invio di una normale e-mail. Allo stesso modo è possibile l'invio del medesimo messaggio a destinatari multipli. Quando il mittente possessore di una casella di PEC invia un messaggio ad un altro utente certificato, il messaggio viene "racchiuso" in una busta di trasporto contenente una firma elettronica in modo da garantirne inalterabilità e provenienza. Il messaggio viene quindi inviato al gestore di PEC destinatario che verifica la firma e lo consegna al destinatario (punto di consegna). Una volta consegnato il messaggio, il gestore PEC destinatario invia una ricevuta di avvenuta consegna all'utente mittente che può essere quindi certo che il suo messaggio è giunto a destinazione. Nel caso in cui il mittente smarrisca la ricevuta di avvenuta consegna, la traccia informatica delle operazioni svolte viene, come già detto, conservata per 30 mesi in un apposito registro informatico custodito dai gestori stessi: tale registro ha lo stesso valore giuridico delle ricevute. **ATT**

Due punti critici

- Attualmente la PEC non è uno standard internazionale, ma rappresenta un insieme di regole e norme italiane. Inoltre, altre tecniche di firma digitale e di tracciamento della consegna analoghi, sono già disponibili per le e-mail tradizionali da diversi anni.
- La conservazione per 30 mesi delle ricevute includono anche l'intero messaggio e suoi eventuali allegati, che sono in chiaro; cioè né più e né meno come quelli di una normale raccomandata. La raccomandata tradizionale, però, viene trattenuta dall'ufficio postale il solo tempo stabilito dal regolamento postale e poi restituita integra al mittente a compiuta giacenza.

La previdenza di Galeno

GALENO

2010: il Salvadanaio si rinnova

di Ezio Cotrozzi*

Entambe le convenzioni relative alla previdenza integrativa di Galeno, convenzioni che si diversificano per il "circuito fiscale" applicato (pre e post 31 dicembre 2000) recano, dal 1° gennaio 2010, una serie importante di miglioramenti. In entrambe le convenzioni è già presente:

a. il consolidamento delle prestazioni assicurate, con il vantaggio che il

montante annuale (capitale più interessi) non potrà mai diminuire nel corso degli anni;

b. il rendimento minimo garantito, che non potrà mai essere inferiore al 2,5% all'anno, indipendentemente dai risultati conseguiti dalle gestioni separate Sai;

c. il riscatto speciale e quindi la disponibilità per i soci che intendessero uscire dalla cassa di entrare in pos-

sesto dell'intero montante accumulato senza penalità;

d. la rivalutazione delle prestazioni ovvero il plus di poter contare anche nel lungo periodo di pensioni che si rivalutano automaticamente nel tempo.

Alcuni interventi migliorativi ora in vigore e comuni alle due convenzioni del Salvadanaio riguardano:

a. le richieste di anticipazioni ora possibili non più dopo 10 anni di contribuzione ma già dopo i primi 5 e senza vincoli (ristrutturazione, spese sanitarie, ecc.);

b. la riduzione delle spese di gestione con la revisione dei "caricamenti" applicati. Le spese di gestione ora ridotte portano ai soci il vantaggio di veder aumentare il proprio patrimonio;

c. un aumento degli interessi annuali grazie alla partecipazione totale (100% e non più 94%) ai rendimenti delle gestioni separate.

**segretario di Cassa Galeno*

Grandi novità con l'anno nuovo

Dal primo gennaio Galeno si presenta ai soci con un nuovo volto. Le novità sono molte e sono tutte molto importanti. Vediamole da vicino.

La copertura sanitaria di Galeno porta con il nuovo anno massimali più alti per alcune garanzie e diarie più ricche. Infatti, alla regina delle prestazioni assistenziali, ovvero il rimborso delle spese mediche, è stata apportata una serie congrua di miglioramenti a tutto vantaggio di soci e familiari. Tra questi segnaliamo l'innalzamento del massimale per rimborsi spese extraricovero fino a 6.500 euro per anno e per nucleo e l'incremento del massimale fino a 500 euro

ogni due anni per persona (massimale in vigore nel 2009: 250 euro), nell'ambito della medicina oncologia preventiva.

Novità anche per le diarie: sostitutiva fino a 200 euro al giorno; gravi mali fino a 75 euro.

Infine un'importante novità tra le prestazioni extraricovero all'interno delle quali è stato inserito il rimborso per interventi di correzione della miopia grave (oltre 6 diottrie), con sottolimiti onnicomprensivi di 1.500 euro.



La tecnologia al servizio del Medico di famiglia

di Dario Grisillo

Doctor Shop è uno dei principali distributori nazionali di tecnologia ambulatoriale, di materiale da consumo e di arredi ed attrezzature per studio medico.

Fimmgmatica ha stipulato un accordo con Doctor Shop per mettere a disposizione degli iscritti a Fimmg la possibilità di acquisire a prezzi scontati la vasta gamma di prodotti offerti.

Il catalogo on-line di Doctor Shop comprende attrezzature ed arredi per ambulatorio, apparecchiature diagnostiche ambulatoriali, strumenti per la piccola chirurgia, vestiario e protezio-



ni, attrezzature per terapia e riabilitazione, strumenti per l'emergenza, attrezzature per l'igiene e la sterilizzazione, materiale monouso e da consumo, attrezzature per la endoscopia.

L'accordo prevede, oltre ad uno sconto su tutti i prodotti, particolari "offerte speciali" messe a disposizione in esclusiva agli iscritti Fimmg, a costi

particolarmente interessanti, frequentemente rinnovate e con la possibilità che gli stessi iscritti attraverso Fimmgmatica possano suggerire i prodotti che vorrebbero in offerta speciale. Per consultare i termini dell'accordo, il catalogo on-line e le offerte speciali consulta la sezione "Accordi e Convenzioni" sul sito FimmgMatica (www.fimmg.org/fimmgmatica/convenzioni).

Per suggerire i prodotti da inserire in offerta speciale scrivi a FimmgMatica (fimmgmatica@fimmg.org): i prodotti più "gettonati" saranno messi in offerta a cura di Doctor Shop. **ATT**

Libertà, ma con consapevolezza

■ L'Istituto superiore di sanità lancia un'iniziativa per il corretto uso delle medicine complementari.

Non per sdoganarle, ma per conoscere i reali rischi ed efficacia

di Antonino Michienzi

Agopuntura, medicina tradizionale cinese, omeopatia, fitoterapia, manipolazioni osteoarticolari, medicina ayurvedica. Sono "medicine" e pratiche discretamente diffuse in Italia e nel resto del mondo (vedi scheda) ma che molto spesso non hanno alcuna evidenza scientifica a supporto della loro efficacia e non sono esenti da rischi. Nonostante ciò continua a essere diffusa l'opinione che la loro supposta "naturalità" sia sinonimo di innocuità. Vi si ricorre perciò in totale autonomia senza consultare né informare il medico curante. Un'abitudine che può avere conseguenze anche gravi. Soprattutto quando si tratta di preparazioni a base di piante officinali, infatti, ci si trova di fronte a prodotti con proprietà farmacologiche vere e proprie. Ed è per questo importante valutare la loro sicurezza. Il ricorso a questi prodotti come

rimedi di automedicazione, infatti, può provocare il ritardo di una diagnosi o, peggio, portare all'abbandono o alla sostituzione di medicinali convenzionali con preparati "naturali" non adeguati.

Al di là di questi ultimi pericoli, di cui la cronaca porta numerosi esempi, i rischi derivanti dall'uso delle medicine non convenzionali sono fotografate dal sistema di sorveglianza su questa tipologia di prodotti attivato ad aprile 2002 dal Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità. "Il sistema – ha spiegato Francesca Menniti-Ippolito, primo ricercatore al Cnesps – è nato proprio dalla necessità di valutare la sicurezza di questi prodotti. Come indicato dalle linee guida dell'Oms sulla farmacovigilanza dei prodotti derivanti da piante medicinali, le segnalazioni più gravi vengono analizzate da un comitato

LO STORICO DOCUMENTO DI TERNI

Nel maggio del 2002, un Convegno organizzato dalla Fnomceo a Terni affrontò il tema delle medicine non convenzionali, fissando alcuni principi irrinunciabili. Secondo il documento votato a Terni l'esercizio delle medicine e pratiche non convenzionali è da ritenersi a tutti gli effetti atto medico, dunque va esercitato e gestito esclusivamente da parte del medico chirurgo ed odontoiatra, con l'acquisizione di esplicito consenso consapevole del paziente. Inoltre queste cure dovranno essere proposte solo a chi possa averne un effettivo beneficio, "per evitare che le medicine e le pratiche non convenzionali vengano proposte e prescritte a pazienti senza possibilità di vantaggio, sottraendoli alle disponibili terapie scientificamente accreditate".

scientifico multidisciplinare".

Oltre 400 le segnalazioni pervenute dall'attivazione. E quasi sempre hanno riguardato eventi gravi: nel 36% dei report è stata indicata una ospedalizzazione, nel 5% l'evento aveva messo in pericolo la vita del paziente e sono stati riportati 3 decessi. Un'attività di estrema importanza, quella di sorveglianza, dal momento che proprio dalla sottovalutazione dei rischi deriva spesso il ricorso a questa tipologia di prodotti, che, non solo in Italia, per la maggior parte "sono notificati (e non registrati) al Ministero della salute come integratori", ha illustrato Menniti-Ippolito. "Non devono dunque vantare proprietà terapeutiche (dimostrate attraverso rigorose sperimentazioni cliniche) ma soltanto 'salutistiche'. Un confine molto sottile, tanto che non mancano prodotti notificati come integratori ma poi di fatto usati come agenti terapeutici". Per affrontare queste problematiche il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità stanno lanciando una campagna informativa sul corretto uso delle medicine non convenzionali. Uno spazio sarà dedicato all'argomento sul sito dell'Iss, inoltre saranno diffusi un poster, allegato a questo numero di *Avvenire Medico*, e un decalogo (condiviso e sottoscritto da numerose società di medicina non convenzionale) per dare ai cittadini le informazioni essenziali sul tema. "Ciascuno ha il diritto di curarsi come meglio crede – ha concluso Menniti-Ippolito – ciò che noi ci auspichiamo è che lo faccia con consapevolezza".

ITALIANI A CACCIA DI MEDICINE NON CONVENZIONALI

Non è un fenomeno raro il ricorso a terapie non convenzionali nel nostro Paese.

Secondo l'Istat nel 2005 il 13,6% della popolazione residente aveva utilizzato metodi di cura "dolci" nei tre anni precedenti l'intervista. Tra i vari tipi di terapie la più diffusa è l'omeopatia, utilizzata dal 7% della popolazione; seguono i trattamenti manuali (6,4%), la fitoterapia (3,7%) e l'agopuntura (1,8%). Più diffusa tra le donne (15,8%) che tra gli uomini (11,2%) e tra le persone di status sociale alto e che vi-

vono nel Nord.

Non manca, inoltre, l'impiego nei minori: secondo l'Istituto nazionale di statistica, tra i bambini e ragazzi fino a 14 anni, il 9,6% è stato sottoposto a trattamenti non convenzionali.

Più della metà dei fruitori si dichiarano soddisfatti degli effetti delle terapie.

Da non trascurare, infine, il fatto che sono soprattutto le persone in buona salute a usare in modo esclusivo o prevalente i prodotti omeopatici o fitoterapici.

POLITICA DEL FARMACO

La rivoluzione nel prontuario

■ ■ Biologia molecolare e biotecnologie stanno rivoluzionando la medicina. La comprensione di come le malattie agiscono in ciascun

paziente sta aprendo nuovi orizzonti nella diagnosi e nella cura con la messa a punto di terapie sempre più a misura di malato

A cura di Roberto Venesia*

L'ultima frontiera della farmacologia è rappresentata dai farmaci biologici. Si tratta di farmaci che derivano dalla ricerca molecolare e sono il risultato dei progressi fatti nel campo delle biotecnologie. Inseriti nel prontuario farmaceutico da pochi anni, hanno già cambiato la storia clinica di molti pazienti dimostrandosi in grado di cambiare la prognosi di alcune malattie, da quelle oncologiche a quelle autoimmuni (come l'artrite reumatoide) e infiammatorie croniche (come morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa). Considerando quanto sono sofisticate le procedure per ottenerli sarebbe appropriato chiamarli farmaci "biotecnologici". Questi farmaci sono prodotti con tecniche di ingegneria genetica: i geni umani, responsabili della produzione di queste proteine, vengono inseriti in colture cellulari non umane

per produrre grosse quantità di medicinale.

I principi attivi dei farmaci biologici o biotecnologici (biotech), prodotti o derivati a partire da un organismo vivente, sono analoghi a prodotti naturali dell'organismo e sono estremamente selettivi perché puntano a colpire in modo preciso una singola struttura (recettore, proteina, sequenza di dna), riducendo così gli effetti collaterali e aumentando l'efficacia della terapia.

Un esempio tipico è l'insulina che viene prodotta inserendo in un organismo vivente come un batterio un gene che ordina di produrre insulina.

Tra i principali medicinali biotech si possono annoverare i derivati del sangue, gli ormoni (in particolare quelli della crescita), i farmaci anti-tumorali basati sui fattori di crescita cellulare. Questi prodotti sono impiegati inol-

tre anche nel settore diagnostico. Sono disponibili per ora farmaci biologici contro l'artrite reumatoide, la psoriasi, le malattie infiammatorie croniche dell'intestino e alcuni tipi di cancro (linfomi, carcinoma del colon, tumori della mammella). Inoltre sono in corso numerosi studi per aumentare il loro impiego in campo oncologico, dove rappresentano una promessa terapeutica senza precedenti (nel caso dell'epatocarcinoma o del tumore del polmone, per esempio).

I farmaci biologici in oncologia

I nuovi farmaci biologici sono oggi utilizzati in oncologia perché in grado di agire in modo molto selettivo sui meccanismi di regolazione delle cellule neoplastiche, ad esempio bloccandone il fattore di crescita o inibendo la formazione di vasi che portano al tumore il nutrimento. I risultati finora ottenuti sono estremamente interessanti.

Sono almeno una quindicina i farmaci di questo genere attualmente già in uso e oltre mille quelli in fase di sperimentazione clinica. Il primo farmaco biologico utilizzato è stato

FINALMENTE ANCHE PER BOCCA

Sono stati recentemente annunciati i risultati di uno studio clinico sull'impiego del primo farmaco biologico orale, l'erlotinib, che ha dimostrato di aumentare la sopravvivenza dei pazienti con carcinoma polmonare in fase avanzata, malattia che ancora oggi è la prima causa di morte per cancro nel mondo e che mediamente, nei soggetti con metastasi, ha un'attesa di vita che non supera i dieci mesi. L'erlotinib prolunga in modo significativo la sopravvivenza dei pazienti affetti da neoplasia polmonare, contribuendo a rallentare la progressione della malattia e riducendo anche il manifestarsi dei sintomi più dolorosi a essa collegati, come la tosse e le difficoltà respiratorie. Grazie a questa molecola, l'aspettativa di vita è significativamente aumentata e in alcuni pazienti con particolari caratteristiche biologiche la sopravvivenza mediana è praticamente raddoppiata. Uno studio da noi condotto ha dimostra-

to che l'erlotinib dato al termine dei "classici" 4-6 cicli di chemioterapia riduce significativamente il rischio di progressione tumorale, rispondendo in tal modo a una frequente richiesta del paziente che desidera una terapia di mantenimento che rispetti la sua qualità di vita. Infatti, l'assunzione che avviene semplicemente attraverso una pillola permette al malato di curarsi a casa: risultato, questo, che non è possibile ottenere con la chemioterapia tradizionale. Esiste inoltre un altro aspetto estremamente interessante messo in evidenza dalle ricerche su questa molecola: i pazienti che rispondono meglio alla terapia sono quelli che hanno una particolare mutazione genetica, presente in circa il 10% dei malati. Un'ulteriore conferma che le indagini genetiche possono offrire preziose informazioni sulle caratteristiche delle patologie e, quindi, incoraggianti prospettive di cura.



l'herceptin, che si è rivelato utile nel ridurre, in oltre il 50% dei casi, il rischio di recidiva nel tumore mammario operabile. Mentre tra i più recenti c'è il lapatinib, che si sta dimostrando efficace nel contrastare la comparsa di metastasi da tumore della mammella. Esistono molecole che vengono impiegate con successo contro il tumore al colon (cetuximab, bevacizumab) e altre (sunitinib, sorafenib) che hanno aperto nuove prospettive per la cura dei carcinomi renali e al fegato, per i quali fino a poco tempo fa c'erano pochissime possibilità terapeutiche. È il caso per esempio del carcinoma del fegato: uno studio pubblicato sul *new england journal of medicine* ha dimostrato l'efficacia di una molecola (sorafenib) nel bloccare la progressione di questo tumore e nell'aumentare la sopravvivenza dei pazienti sottoposti alla terapia. Precedentemente, al di fuori delle terapie locali (chirurgia, radiofrequenza, embolizzazione), non esisteva nessun farmaco in grado di modificare l'evoluzione dell'epatocarcinoma.

L'impiego in campo reumatico

I farmaci biologici hanno rappresentato un avanzamento molto importante anche nella terapia di molti reumatismi infiammatori autoimmuni.

Nella cura dell'artrite reumatoide e delle spondiloartriti da circa 10 anni sono disponibili farmaci biotecnologici la cui efficacia si è dimostrata impareggiabile nei pazienti che non rispondono favorevolmente alle cure tradizionali ben condotte.

In particolare, l'aggiunta di questi medicinali arresta di fatto la progressione del danno articolare nell'artrite reumatoide e, nella maggior parte dei casi, dell'invalidità, consentendo al malato di continuare a svolgere molte delle consuete attività quotidiane, come quella lavorativa.

Terapie da usare con cura

I farmaci biologici, tuttavia, non sono esenti da possibili effetti collaterali anche gravi e non sono sempre efficaci. Vanno per questo attentamente monitorati da medici esperti nel loro utilizzo. Inoltre sono ancora tante le domande che restano aperte circa il loro rappor-

to rischio/beneficio, la durata della loro efficacia - e quindi la durata delle terapie - la sicurezza a lungo termine, il rischio che un prolungato blocco immunitario possa dar luogo a degenerazioni neoplastiche. Il loro costo, inoltre, è molto elevato. Per queste ragioni i pazienti vanno attentamente selezionati e seguiti nella risposta clinica che, se non importante, controindica il proseguo del loro utilizzo.

Dovremo abituarci col tempo, ad avere sempre più a che fare con i farmaci biologici, pertanto è opportuno che i medici di medicina generale acquistino dimestichezza con questi farmaci, sia per la valutazione della loro efficacia, sia per il monitoraggio attento dei loro eventuali effetti collaterali. Senza puntuali e tempestive segnalazioni non sarà possibile valutare correttamente il rapporto rischio beneficio dei biologici nel setting della pratica clinica.

Prospettive di ricerca

I farmaci biologici rappresentano soltanto uno dei campi in cui si sta muovendo la ricerca. Altro ambito di indubbio interesse è la farmacogenomica, un ramo della biologia che studia l'interazione tra i geni dell'individuo e la reazione dell'organismo ai farma-



ci. Lo scopo è quello di arrivare a personalizzare le cure e a dare a ciascun individuo la terapia adatta, non solo alla malattia, ma anche alle caratteristiche genetiche del malato. Un fronte

di ricerca altrettanto promettente e molto attuale è quello della terapia genica, una procedura che consente di trasferire all'organismo umano materiale genetico (Dna) allo scopo di prevenire o curare una malattia.

Nel caso delle malattie genetiche, in cui un gene è difettoso o assente, la terapia genica consiste nel trasferire la versione funzionante del gene nell'organismo del paziente in modo da rimediare al difetto. In altre patologie si può, invece, voler colpire in modo mirato le cellule che la causano.

Parallelamente ai farmaci biologici, si registrano successi anche nel campo dell'immunologia dei tumori, con la creazione dei cosiddetti vaccini contro il cancro. Il primo di essi è stato commercializzato per la cura del melanoma, ma ulteriori studi sono in corso per estendere questa strategia ad altre forme di cancro.

* *coordinatore Commissione nazionale farmaco*

IDENTIKIT DEGLI ANTI-REUMATICI

I farmaci biologici sono anticorpi monoclonali, citochine (interferoni e interleuchine) e fattori di crescita tissutali, cioè "copie" di sostanze che l'organismo sarebbe in grado di produrre da sé. Nell'artrite reumatoide, così come in altre patologie infiammatorie croniche (psoriasi, artropatia psoriasica, spondilite anchilosante, artrite cronica giovanile, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa), esiste uno squilibrio tra le citochine ad attività anti-infiammatoria e quelle ad azione infiammatoria, a favore di queste ultime. I farmaci biologici agiscono bloccando l'attività delle citochine ad azione infiammatoria.

L'*infliximab* (remicade®) è un anticorpo anti-tnf- α (ossia una sostanza che è in gra-

do di bloccare l'attività del tnf- α) che viene somministrato per via endovenosa in strutture ospedaliere specializzate. Viene usato nel trattamento dell'artrite reumatoide, della spondilite anchilosante e dell'artropatia psoriasica. Gli altri farmaci biologici attualmente in commercio (con le stesse indicazioni) vengono invece somministrati attraverso iniezioni sottocutanee.

L'*etanercept* (enbrel®) è un recettore del tnf- α che viene somministrato due volte alla settimana. L'*adalimumab* (humira®) è un anticorpo anti-tnf- α che viene generalmente somministrato ogni due settimane. L'*akinra* (kineret®) è un antagonista del recettore dell'il-1 che viene somministrato una volta al giorno.

Un caso di carcinoma papillare della tiroide

di C. Ravandoni, A. Campanini, C. Benedetti, M. Dolciotti, A. Petrucci, A. Pizzo, F. Bono

■ In questa rubrica la Scuola di Ecografia Generalista presenta casi la cui sintomatologia è di frequente riscontro negli studi dei medici di

medicina generale, ma dove l'utilizzo della ecografia permette o di concludere l'iter diagnostico o di indirizzarlo fortemente.

Contestualmente si fornisce al lettore un inquadramento della patologia in questione orientato in senso Ecografico.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Donna di anni 57, nubile, condizioni di salute che potremmo definire ottimali.

Stile di vita sano, pratica attività sportiva amatoriale costante (sci, passeggiate in montagna, palestra), vita sociale attiva, impegno proficuo in attività culturali e nel volontariato. Non fuma, non fa uso di alcool, alimentazione corretta.

Esegue annualmente esami ematochimici che risultano costantemente nella norma, compresi gli esami di funzionalità tiroidea. Chiede di eseguire un esame ecografico addome superiore per approfondimenti diagnostici in epigastralgie, dispepsia e difficoltà digestive, accompagnate da fastidioso meteorismo intestinale. L'esame ecografico evidenzia un quadro di normalità per tutti gli organi esaminati. Vengono prescritti i normali controlli degli esami ematochimici, compresi gli esami di funzionalità tiroidea, e la cura per la dispepsia e le epigastralgie. Torna al controllo con gli esami ematochimici che risultano perfettamente normali, riferisce miglioramento della sintomatologia dispeptica e chiede di eseguire un'ecografia tiroidea per screening di eventuale patologia tiroidea.

La richiesta di questo esame ecografico viene motivata da episodi di faringodinia che saltuariamente la infastidiscono.

L'esame obiettivo del collo negativo.

All'esame ecografico la tiroide appare di volume normale, simmetrica, a margini regolari (Fig. 1). Il lobo destro ha un'ecostruttura omogenea, senza immagini riferibili a lesioni di tipo nodulare. Il lobo sinistro ha un'ecostruttura omogenea ma si evidenzia, nella porzione anteriore della ghiandola, una piccola immagine quadrangolare del diametro di 0,5 cm, a margini non ben definiti ed irregolari, ipoecogena, con all'interno alcune piccole immagini lineari iperecogene (Fig. 2).

All'esame ecocolor Doppler è presente un debole segnale vascolare perinodulare, non completo (Fig. 3). Analogo quadro all'esame power Doppler.

Non vi è evidenza di linfonodi peritiroidei e laterocervicali ingrossati. La lesione è piccola ed assolutamente asintomatica.

L'ipoecogenicità, i margini non ben definiti e soprattutto l'aspetto ecografico che gli autori anglosassoni definiscono del tipo "more tall than wide" (tendenza all'espansione in profondità, da anteriore a posteriore, perpendicolarmente alle linee di espansione gravitarie) segno di sospetto per possibile lesione di tipo maligno, fa propendere per l'esecuzione di un agoaspirato.

Viene eseguito un ago aspirato sul nodulo descritto e la diagnosi citologica sul materiale prelevato è stata di Carcinoma Papillare.

La paziente è stata affidata al chirurgo per le cure del caso.

La patologia nodulare della tiroide

Definizione di nodulo tiroideo

La American Thyroid Association Guidelines Taskforce¹ proponeva nel 2006 questa definizione di nodulo tiroideo: "Un nodulo tiroideo è una lesione che si distingue all'interno della ghiandola tiroidea e che può essere riconoscibile, palpatoriamente o ultrasonograficamente, dal circostante parenchima tiroideo".

La prevalenza dei noduli tiroidei

Il problema che si pone al mmg ecografista affrontando la patologia nodulare tiroidea non è affatto semplice, ma non è semplice neppure per gli specialisti, siano essi endocrinologi o radiologi. Infatti la patologia nodulare nella popolazione adulta è riscontrabile, in forma singola o multipla, in 8-10 individui su 100. In realtà va subito detto che nel 90% dei casi si tratta comunque di patologia benigna.

L'introduzione della ultrasonografia e l'impiego di sonde lineari a frequenza sempre più elevata (> dei 10-12 MHz) ha condotto alla identificazione di noduli non palpabili in una percentuale di soggetti che varia, a seconda degli autori dal 40 al 60%²⁻³.

Ruolo della ecografia

A fronte di questa prevalenza quindi qual è il ruolo della ecografia nello studio, nella diagnosi, nel follow up delle patologie nodulari della tiroide? Fondamentalmente è quello di identificare e caratterizzare quei noduli che abbiano una elevata probabilità di essere clinicamente rilevanti per malignità. Il problema è ulteriormente complicato dal fatto che anche nelle patologie "diffuse" della tiroide, come la malattia di Flaiani Basedow Graves o la tiroidine di Hashimoto, che pure presentano un imaging ecografico ben diverso da quello ottenibile da un tessuto tiroideo normale, può risultare difficile porre la diagnosi differenziale tra un interessamento asimmetrico della ghiandola da uno di questi processi diffusi da un nodulo "diverso" della tiroide.

Le linee guida

Allo stato attuale delle conoscenze, i principali documenti scientifici, cui ci si dovrebbe attenere, nella diagnostica US dei noduli tiroidei, sono tre linee guida pubblicate rispettivamente dalla Society of Radiologists in Ultrasound nel 2005 (Consensus Conference Statement)⁴, dalla già citata American Thyroid Association nel 2006¹, dalla American Association of

Clinical Endocrinologists e Associazione Medici Endocrinologi⁵.

Nodulo evidente all'esame obiettivo

Per l'ecografia generalista è importante considerare che dalle raccomandazioni delle linee guida discende che il primo esame da effettuarsi in paziente con nodulo visibile o palpabile è proprio l'esame ultrasonografico che, integrato naturalmente dalla valutazione del TSH nel siero, ha i seguenti obiettivi:

- conferma US della presenza del nodulo in corrispondenza della anomalia apprezzabile all'esame obiettivo (ispezione - palpazione);
- individuazione di ulteriori noduli non apprezzati alla palpazione e per i quali la FNA potrebbe essere indicata;
- identificazione delle caratteristiche ultrasonografiche del/dei nodulo/i.

Quest'ultimo punto è cruciale, infatti vi sono alcuni aspetti ultrasonografici che si sono dimostrati essere associati ad una più alta probabilità di malignità.

Aspetti ultrasonografici associati ad una elevata probabilità di malignità

- Presenza di microcalcificazioni (valutabile in B-mode)
- Assenza di alone periferico (valutabile in B-mode)
- Presenza di margini irregolari (valutabile in B-mode)
- Ipoecogenicità (valutabile in B-mode)
- Aumento del flusso intranodulare (valutabile al Color e/o Power Doppler).

Questi aspetti sono di aiuto nel prendere la decisione di inviare o meno il paziente ad una FNA (Fine Needle Aspiration) soprattutto quando le dimensioni del

nodulo sono al di sotto del cut off di 1 cm di diametro massimo.

Se la tiroide risulta normale all'esame obiettivo?

Le linee guida sono concordi nell'affermare che l'esame con US non deve essere eseguito di routine in pazienti che presentano una tiroide normale e soprattutto che l'esame US non deve sostituirsi dell'esame obiettivo.

Esistono tuttavia alcune eccezioni a queste raccomandazioni e si riferiscono a quei pazienti che vanno incasellati nei gruppi con alta prevalenza del cancro tiroideo ovvero che presentano:

- anamnesi personale positiva per precedenti trattamenti radianti al collo o alla testa;
- anamnesi familiare positiva per cancro tiroideo, inclusa la forma papillare;
- soggetti che all'epoca di "Chernobyl" avevano meno di 16 anni.

Si debbono programmare infatti esami US da effettuarsi in pazienti con anamnesi familiare positiva per cancro tiroideo, incluso k papillare, dal momento che vi sono prove che il cancro papillare può essere familiare in oltre il 10% dei casi⁶ 7, che il 10% dei familiari di pazienti con tumore non midollare sviluppa una neoplasia tiroidea, che nel 50% di casi è multifocale⁸. Il discorso per i familiari di pazienti con k midollare (isolato o parte di MEN tipe II syndrom) è un po' più complesso in quanto andrebbero sottoposti US solo se positivi per mutazione del proto-oncogene RET (eco tiroidea e dei linfonodi del collo) sempre secondo le ricordate Linee Guida.

Test sierologici

Dal momento che la tireoglobulina nel siero può essere aumentata nella maggior parte

Tabella 1

Segni ecografici predittivi di malignità nel nodulo tiroideo non palpabile

Segni ultrasonografici	Sensibilità %	Specificità %	PPV %
Microcalcificazioni	29.0	95.0	33.0
Margini "sporchi"- definizione	74.2	80.8	24.0
Ipoecogenicità	87.1	43.3	11.4
Vascolarizzazione intranodale	74.2	80.8	24.0
Nodulo solitario	32.7	92.5	66.7
Diametro > 1 cm	61.3	32.0	7.0

(modificata da Papini et al., JCEM, 87:1941, 2002).

Uno supporto ulteriore è offerto dalla tabella 2 che è tratta e modificata da un agile testo comparso alla fine del 2008¹³ e che vede tra gli Autori il Dott. Valcavi, Direttore dell'UOC di Endocrinologia dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, che collabora attivamente con la Scuola Nazionale di Ecografia Generalista FIMMG - Metis da anni.

delle patologie tiroidee, questo test si è dimostrato essere non sensibile e non specifico per il cancro della tiroidee quindi la sua determinazione nel siero dei pazienti non è raccomandata nella valutazione iniziale dei noduli tiroidei.

Più articolato (ed indaginoso) risulta il discorso sulla misurazione della calcitonina, la cui utilità è stata valutata in studi prospettici non randomizzati^{9, 10, 11}. Questi dati suggeriscono che l'impiego routinario della determinazione dei livelli di calcitonina, come uno screening, può rivelare una iperplasia delle cellule C ed un cancro midollare ad uno stadio precoce. Rimangono tuttavia non risolti aspetti relativi alla sensibilità, specificità e performance stessa del test e che vi sia una reale "cost-effectiveness". I diversi pannel di esperti che si sono cimentati nella stesura delle linee guida non possono portare raccomandazioni né a favore né contro l'impiego del dosaggio della calcitonina, come già sottolineato da altri autori nel 2005¹².

Parametri ecografici

In presenza di nodulo tiroideo si debbono valutare e descrivere i seguenti parametri ecografici:

- dimensioni, numero, sede;
- ecogenicità ed omogeneità (iso, ipo, iper, anecogeno);
- ecostruttura (nodulo solido, misto, con componente cistica);
- margini (regolarità, alone);
- calcificazioni (presenza/assenza, tipo e caratteri);
- mappatura con color doppler (tipo di vascularizzazione).

Per tentare una prima diagnosi differenziale tra lesione "probabilmente benigna" e "probabilmente maligna" in quei noduli < a 1 cm, ci basiamo sul valore predittivo (positivo e negativo) e sulla

Tabella 2

Recente valutazione di sensibilità e specificità dei segni ecografici predittivi di malignità (nodulo non palpabile)

Segni ultrasonografici	Mediana % Sensibilità	Range %	Mediana Specificità %	Range %
Microcalcificazioni	50	26 – 73	85	69 – 96
Margini irregolari	55	17 – 77	76	63 – 85
Assenza di alone	66	46 – 91	54	30 – 72
Ipoecogenicità	80	49 – 90	53	36 – 66
Aumentata Vascolarizzazione Intranodale	67	37 – 74	81	49 – 89

(modificata da *Thyroid Ultrasound and Ultrasound Guided FNA – Second Edition 2008 – pag 78*)
 Agli elementi sopra considerati va aggiunto un ulteriore parametro che è definito col termine "more tall than wide" e che (mutuato dagli aspetti di ecopatologia mammaria) vuol descrivere un nodulo che ha diametri di crescita più in senso anteroposteriore che trasversale nelle scansioni ecografiche, in trasversale appunto, della tiroide. Questo segno di sospetta malignità è proprio quello messo in evidenza dal case report ecografico sopra descritto.

Tabella 3

Valutazione ecografica del nodulo tiroideo

	Maligno Mal definiti	Benigno Ben definiti
Margini	Irregolare	Regolare
Forma	Si	No
Microcalcificazioni	Si	No
Ecogenicità	Ipoecogeno	Iso/iperecogeno
Ecostruttura	Solido	Misto/cistico
Pattern colore	III	II
More tall than wide	Si	No
Linfonodi patologici	Si	No

Eseguendo pertanto la valutazione ecografica del nodulo tiroideo in base agli elementi di sospetto, possiamo orientare la diagnosi, o il "giudizio ecografico", secondo il seguente schema riassuntivo.

Diagnosi orientata

verso la benignità se sono presenti: < 2 segni di sospetto > 5 segni di benignità
 verso la malignità se sono presenti: < 2 segni di benignità > 5 segni di sospetto.
 Il "giudizio ecografico" rimane incerto se sono presenti 3-4 segni di sospetto.

sensibilità e specificità dei parametri sintetizzati nella tabella 1.

Una scala di lettura pratica per esprimere un giudizio ecografico

Per concludere quindi si illustra una scala di lettura (tabella 3) sintetica e

sinottica proposta da Valcavi con relativo grading di calcolo delle probabilità di trovarci di fronte ad una lesione benigna o maligna in base all'associarsi dei singoli parametri ecografici.

1 The American Thyroid Association Guidelines Taskforce, Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* Volume 16, Number 2, 2006 Members: David S. Cooper, (Chair), Gerard M. Doherty, Bryan R. Haugen, Richard T. Kloos, Stephanie L. Lee, Susan J. Mandel, Ernest L. Mazzaferri, Bryan McIver, Steven I. Sherman, and R. Michael Tuttle.
 2 Mazzaferri EL, Management of a solitary thyroid nodule. *N Engl J Med* 328(8): 553 – 559.
 3 Robuschi G., comunicazione personale
 4 Management of Thyroid Nodules Detected at US, Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology*; December 2005, Volume 237 – Number 3: 794 – 800.
 5 Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi. *Endocrine practice*. Vol 12, 1, January/February 2006
 6 Hemminki K. et Al., Familial risks for nonmedullary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 90(10): 5747-53; 2005
 7 Malchoff CD et Al., The genetics and hereditary nonmedullary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 87(6): 2455 – 59; 2002
 8 Uchino S. et Al, Detection of asymptomatic differentiated thyroid carcinoma by neck ul-

trasonographic screening for familial non medullary thyroid carcinoma. *World J Surg* 28(11): 1099 – 1102; 2004
 9 Elisei R, Botticci V, Luchetti F, Di Coscio G, Romei C, Grasso L, Miccoli P, Iacconi P, Basolo F, Pinchera A, Pacini F, 2004, Impact of routine measurement of serum calcitonin on the diagnosis and outcome of medullary thyroid cancer: Experience in 10,864 patients with nodular thyroid disorders. *J Clin Endocrinol Metab* 89:163–168.
 10 25. Hahn JR, Lee MS, Min YK, Lee MK, Kim KW, Nam SJ, Yang JH, Chung JH, 2001, Routine measurement of serum calcitonin is useful for early detection of medullary thyroid carcinoma in patients with nodular thyroid diseases. *Thyroid* 11:73–80.
 11 Niccoli P, Wion-Barbot N, Caron P, Henry JF, de Micco C, Saint Andre JP, Bigorgne JC, Modigliani E, Conte-Devolx B, 1997, Interest of routine measurement of serum calcitonin: Study in a large series of thyroidectomized patients. *The French Medullary Study Group. J Clin Endocrinol Metab* 82:338–341.
 12 Gagel RF, Hoff AO, Cote GJ, 2005, Medullary thyroid carcinoma. In: Werner and Ingbar's *The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp. 967–988.
 13 *Thyroid Ultrasound and Ultrasound Guided FNA, Second Edition, pag 78 (modificata), 2008*

Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita

Perché la “pausa pranzo” fa bene

di Francesco Filippo Morbiato e Italo Guido Ricagni*

Qualche tempo fa le dichiarazioni del ministro Rotondi sulla “pausa pranzo” hanno suscitato numerose e vivaci reazioni. In breve sintesi, la pausa pranzo non sarebbe di alcuna utilità, anzi potrebbe essere considerata dannosa perché nel periodo di tempo normalmente dedicato ad essa, “si lavorerebbe meglio”.

Immaginiamo che, prima di giungere a questa conclusione, il ministro si sia posto alcune domande, come:

- non fare la “pausa pranzo” aumenta o riduce la produttività?
- possono esserci ripercussioni sulla salute o, quanto meno, sul benessere quotidiano?
- questa modificazione dello “stile di vita” è complessivamente positiva, oppure no?

A queste domande abbiamo provato anche noi a rispondere, basandoci su dati scientifici e non emozionali.

A livello internazionale, si ritiene che, per una corretta alimentazione, l’apporto calorico giornaliero deve essere assunto in cinque tempi, cioè fornito da colazione, pranzo, cena e due spuntini, uno a metà mattina, uno a metà pomeriggio (v. tabella).

La logica della suddivisione sta nella necessità di fornire all’organismo l’apporto energetico utile per lo svolgimento delle attività giornaliere, modulate secondo la spesa derivante dal lavoro e per questo l’apporto calorico del pranzo è il maggiore della giornata.

L’attività intellettuale necessita dell’energia derivante dal pasto e non può essere svolta in stato di digiuno o

di semi-digiuno; il pranzo è indispensabile per qualunque tipo di attività e deve essere variato ed equilibrato nei suoi componenti, tenendo presente tanto il tipo di lavoro quanto l’attività fisica che tutti dovremmo fare. È doveroso ricordare anche che nel caso di lavoro con attività fisica moderata o pesante questa deve iniziare dopo 3 ore da un pasto completo.

Basta semplicemente leggere la tabella per dare le risposte alle domande inizialmente formulate, riassunte nel box in questa pagina.

Inoltre, il ministero della Salute indica, per i prossimi anni, il sovrappeso/obesità come il nemico da combattere e vincere proprio con un corretto stile di vita alimentare. La riduzione/abolizione della pausa pranzo va esattamente nella direzione opposta.

C’è da supporre che la riduzione/abolizione della pausa pranzo sia stata prospettata avendo la visione dell’attività lavorativa esclusivamente di tipo sedentaria e/o impiegatizia perché è impossibile che un lavoro pesante possa

procedere ininterrottamente, senza l’apporto energetico del pranzo.

Il problema del pranzo nell’ambito del lavoro va piuttosto affrontato in termini diversi: occorre fare in modo che coloro i quali lavorano e non hanno la possibilità di tornare a casa per il pranzo possano avere la possibilità di continuare a nutrirsi in maniera sana.

Piuttosto che l’abolizione della pausa pranzo, c’è la necessità che la ristorazione extramoenia sia in grado di offrire pasti preparati secondo dettami salutari, possibilmente facenti riferimento a quelli della dieta mediterranea.

La nostra Scuola si è già posta questo problema, lo ha affrontato e ha prospettato semplici esempi di soluzioni nell’ambito del 64° Congresso nazionale Fimmg.

Anche l’Unione Europea si è accorta dell’importanza del problema dell’alimentazione, lanciando in molti Paesi il Progetto Food con la collaborazione di Accor Services e il coinvolgimento di partners come i ministeri della Salute, Centri di Ricerca, Atenei (per l’Italia partecipa Università di Perugia) e il nostro Istituto nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (Inran).

Se si riterrà utile apportare modifiche alle abitudini alimentari in funzione dell’attività lavorativa, noi medici di famiglia siamo disponibili ad affrontare il problema, ma sempre tenendo conto dell’obiettivo di promozione della salute e del benessere dei nostri cittadini-lavoratori.

*Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita



Il virus che c'è in noi

■ L'otto per cento del genoma umano è costituito da materiale virale "riassorbito" nel nostro Dna.

Un'impronta genetica che potrebbe aver offerto un vantaggio evolutivo all'uomo o dato origine a patologie



di Antonino Michienzi

L'evoluzione non lavora come un ingegnere, piuttosto come un bricoleur che raccatta ciò che l'ambiente fornisce per costruire organismi più adatti al contesto contingente. È una delle più note metafore del paleontologo Stephen J. Gould, che viene per l'ennesima volta confermata da una scoperta scientifica pubblicata nelle scorse settimane sulla rivista Nature. Un team di ricercatori nippo-americani ha riconosciuto nel genoma di diverse specie di mammiferi (tra cui l'uomo) la presenza di sequenze di Dna riconducibili al genoma del bornavirus, un virus dalle caratteristiche non comuni che infetta in particolare il sistema nervoso (vedi box). Non che il fenomeno in sé sia una novità: è stato stimato che circa l'8 per cento del genoma umano sia costituito da Dna virale inglobato (il fenomeno è noto come endogenizzazione). Tuttavia, sostengono i ricercatori, le peculiarità di questo virus aprirebbero la porta ad affascinanti ipotesi, non soltanto sull'evoluzione umana, ma anche sull'eziologia di alcune malattie.

La ricerca

Come nei più classici racconti da laboratorio, anche nel caso del gruppo del virologo Keizo Tomonaga della Osaka University, la serendipità ci ha messo lo zampino. Cercava di comprendere se la struttura genetica del borna-

virus si fosse evoluta "mimando" le proteine umane quando ha notato che in realtà erano quattro segmenti del Dna umano a essere discendenti del patrimonio genetico del bornavirus. "Sono stato sorpreso quando ho fatto la scoperta", ha commentato Tomonaga. Meno sorprendente il fatto che le sequenze geniche siano state riscontrate anche in altri primati. Un dato che fa pensare che il virus sia stato inglobato nel genoma di un progenitore dell'uomo circa 40 milioni di anni fa.

Ma non soltanto all'analisi dei primati si è limitato il team: è stato infatti passato al setaccio il genoma di tutti i 234 organismi eucarioti finora completamente sequenziati alla ricerca di sequenze di Dna simili a quelle del bornavirus. E il genoma del bornavirus è stato riscontrato in diversi mammiferi.

Cause e effetti

Come ciò sia esattamente avvenuto è ancora argomento di dibattito. Cédric Feschotte, docente alla University of Texas di Arlington, in un articolo apparso sullo stesso numero di Nature, ha sostenuto l'ipotesi secondo cui un'infezione da bornavirus, grazie alla capacità del virus di persistere a lungo nel nucleo delle cellule, sarebbe in grado di indurre delle mutazioni persistenti nel genoma delle cellule cerebrali.

Ipotesi in parte confermata dagli stes-

si ricercatori giapponesi che hanno rilevato le sequenze del genoma di bornavirus nei cromosomi di culture cellulari umane precedentemente infettate.

Feschotte, tuttavia, è andato oltre ipotizzando che da tali mutazioni possano originare la schizofrenia o alcuni disordini dell'umore.

Tuttavia, i ricercatori giapponesi hanno un'ipotesi forse più affascinante. È probabile – sostengono – che non sia stato il virus ad "aggreire" il genoma umano. Viceversa, il Dna virale sarebbe stato catturato dal nostro organismo che lo avrebbe usato come materiale per la produzione di Dna umano.

Ciò non è stato senza conseguenze: delle quattro sequenze identificate da Tomonaga, due, infatti, sono strutturalmente intatte. È perciò probabile che abbiano codificato (e continuano a farlo) per proteine che l'organismo umano usa per le sue normali funzioni.

È un fenomeno che già è stato riscontrato per altre proteine di origine virale: la sincitina, per esempio - che era una proteina di superficie di un virus, poi fusa con il Dna umano - ha oggi un ruolo fondamentale nel processo che porta all'impianto dell'embrione. In sostanza, proprio come nella metafora di Gould: il materiale raccattato nell'ambiente sarebbe stato integrato nell'organismo per ottenerne un vantaggio evolutivo.

ATT

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 Millilo
Direttore Responsabile
Michele Olivetti
Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

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

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti
Hanno collaborato
C. Benedetti, Fabio Bono,
A. Campanili, Lucia Conti,
Firenze Corti, Ezio Cotrozzi,
Bruno Cristiano, M. Dolciotti,
Paolo Giarrusso, Renzo Le Pera,
Ester Maragò, Antonino Michienzi,
Francesco Filippo Morbiato, A. Petrucci,
A. Pizzo, Mariano Rampini,
C. Ravandoni, Italo Guido Ricagni

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

Foto
Fabio Ruggiero

Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare nel mese di gennaio 2010
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a
A.N.E.S.
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE
PERIODICI "PUBBLICITÀ" - L'ESPRESSO



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario