

Oltre 28.000
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

1100 - 02 47411000

QSe

Quotidiano
Sanità
edizioni



Rinnovo ACN. Partiamo dall'indice

di Giacomo Milillo
Segretario nazionale Fimmg

Non possiamo certo ritenerci soddisfatti di come si sono avviate le trattative per il rinnovo della Convenzione, siamo però decisi ad andare avanti facendoci guidare dallo slogan lanciato da un giovane collega pugliese di Fimmg Formazione: "O vinciamo o moriamo lentamente".

Ruolo unico e ridisegno dell'area delle cure primarie: vogliamo tradurre in contratto quello che prevede la legge, mantenendo e potenziando la nostra figura di medici liberi professionisti convenzionati.

Contenuti ne abbiamo e i documenti prodotti, pubblicati e diffusi a partire dal 2006 ne sono testimonianza. Il prossimo passo sarà quello di trattare con la parte pubblica un indice dell'articolato convenzionale.

Per questo in queste settimane #indice è stato uno degli hashtag più twittati dalle centinaia di colleghi e sezioni provinciali e regionali attivi sui social.

Lo trovate qui sotto



EDITORIALE

La Fnomceo approva il nuovo Codice di Deontologia Medica

Competenze del medico e relazione medico-paziente. Tutte le novità del nuovo Codice

Il nuovo testo del Codice di Deontologia Medica, approvato a Torino lo scorso 18 maggio dal Consiglio nazionale Fnomceo, è stato quasi interamente riscritto rispetto al Codice in vigore dal 2006.

Tra le novità, una chiara indicazione delle competenze esclusive del medico (diagnosi, prescrizione e raccolta del consenso/dissenso) e la valorizzazione della “relazione di cura”, posta alla base del rapporto tra medico e persona assistita

Un lungo lavoro di elaborazione, durato oltre un anno, che ha riscritto il Codice deontologico dei medici italiani. Innanzi tutto, pur mantenendo la sequenza degli articoli già esistenti, è stata modificata la suddivisione, che nel 2006 prevedeva 6 grandi temi, “Titoli”, internamente suddivisi in capitoli, “Capi”, mentre ora si articola in 18 Titoli senza ulteriori sud-

divisioni.

Rivista poi la definizione di quello che nel 2006 era definito “paziente” o “malato” o “cittadino”, mentre ora viene indicato come “persona assistita” o “paziente”, a seconda delle circostanze.

Inoltre, mentre nel 2006 il Codice si esprimeva di frequente in termini prescrittivi (“il medico deve fare”), oggi la formula scelta è quella effettuale (“il medico fa”).

In termini di contenuti il nuovo Codice presenta due grandi innovazioni. La prima è la chiara indicazione delle competenze esclusive del medico (diagnosi, prescrizione e raccolta del consenso/dissenso) e la seconda è la trasformazione del “rispetto dei diritti del cittadino” in una valorizzazione della “relazione di cura”, posta alla base del rapporto tra medico e persona assistita.

Scompaiono le parole “eutanasia” e “comparaggio”, sostituite da definizioni più neutre, e entrano a far parte del Codice quattro nuovi articoli, dedicati rispettivamente alla medicina potenziativa, alla medicina militare, all’innovazione tecnologica in sanità e all’organizzazione sanitaria.

Di seguito un’analisi del testo, Titolo per Titolo e articolo per articolo.

Titolo I - Contenuti e finalità

Cambia il titolo, che nel 2006 era “Oggetto e campo di applicazione”, le formulazioni sono più snelle, ma non ci sono modifiche sostanziali.

Titolo II - Doveri e competenze del medico

Il Titolo II introduce fin dal titolo una novità: accanto ai “doveri” si indicano infatti anche

Riflessioni sul nuovo Codice Deontologico

Il nuovo Codice Deontologico è stato approvato a maggioranza, non all’unanimità. I contrari sono circa il 10% dei Presidenti di Ordine: dunque a favore è risultata una maggioranza come non si è mai vista nelle nostre istituzioni democratiche.

Eppure c’è chi dice che, nell’era di internet, in cui le opinioni tendono a distribuirsi secondo una gaussiana e in cui il 51% di consenso è un trionfo, sarebbe stata necessaria l’unanimità,

magari gli stessi che sostengono che il Codice non è abbastanza innovativo, insomma che non rifonda la professione medica, che rappresenta troppo l’esistente.

Mettiamoci d’accordo: il Codice Deontologico deve essere espressione di un’avanguardia (chiamiamola così), per definizione minoritaria, o deve essere sostenibile da tutti?

In realtà il nuovo Codice nasce da un lungo processo, durato più di due an-

ni, di consultazioni di esperti, dentro e fuori la professione, di rappresentanti del mondo dell’associazionismo sia medico che dei cittadini e di dibattito nei Consigli degli Ordini e nel Consiglio Nazionale della FNOMCeO.

È quindi necessariamente un’opera di mediazione, che fotografa la realtà attuale della professione, ma ne rivendica anche con forza l’autonomia e l’indipendenza e affronta con equilibrio e rispetto il problema della convivenza delle diverse convinzioni etiche presenti nella nostra società. Affronta anche alcuni temi emergenti come la medicina potenziativa ed estetica e la me-

le “competenze” del medico. Di conseguenza, la rinnovata formulazione dell’articolo 3 recita: “Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell’insegnamento e della ricerca. La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità”.

Snellita la parte che impegna a non discriminare le persone assistite: mentre nel Codice 2006 si elencava “senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra”, nel Codice 2014, dopo molte richieste in direzione di integrazioni all’elenco (come ad esempio “senza distinzioni nell’orientamento sessuale”), si è scelta una formula riassuntiva, “senza discriminazione alcuna”.

Nell’articolo 4 sono stati eliminati i riferimenti ai “valori etici della professione”, optando per una formula sintetica che accanto a “libertà e indipendenza della professione” inserisce i concetti di “autonomia e responsabilità”.

Rafforzato l’articolo 5, dedicato all’ambien-

te, che indica “l’ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva”, impegnando il medico a collaborare a “politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute”.

Più netto l’impegno sociale nell’articolo 6, dedicato alla qualità professionale, dove il nuovo Codice afferma che il medico “persegue l’uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l’efficacia, la sicurezza e l’umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell’accesso alle cure”.

All’articolo 7, dedicato allo status professionale, una breve aggiunta che sembra orientata ad una riflessione sulla necessità di porre un limite all’esercizio professionale in età avanzata: “Il medico valuta responsabilmente la propria condizione psico-fisica in rapporto all’attività professionale”.

Nessuna novità sostanziale riguardo all’obbligo di intervento (articoli 8 e 9) e sui temi del segreto professionale e del trattamento dei dati personali e sensibili (articoli 10, 11 e 12).

Nell’articolo 13, dedicato alla prescrizione, si ripropone il concetto di competenza, già indicato all’articolo 3: “La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico”.

Rammodernati nella stesura gli articoli dedicati alla sicurezza delle cure (articolo 14, con

più attenzione alla “gestione del rischio clinico”), alle pratiche non convenzionali (articolo 15) e all’accanimento terapeutico, indicato ora come “Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati (articolo 16). Pur sostituendo alla parola “malato” la parola “paziente”, resta sostanzialmente identico nella formulazione l’articolo 17, che nel 2006 era però intitolato “Eutanasia”, mentre oggi si titola, in modo più anodino, “Atti finalizzati a provocare la morte”. Sostanzialmente invariato anche l’articolo 18, dedicato ai “Trattamenti che incidono sull’integrità psico-fisica”.

Più nettamente orientato alle regole Ecm l’articolo 19 sull’aggiornamento e formazione professionale permanente. Si indica infatti che “L’Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze”, mentre l’obbligo formativo diventa regola deontologica: “Il medico assolve agli obblighi formativi”.

Titolo III - Rapporti con la persona assistita

Nel Codice 2006 questa parte del Codice era intitolata “Rapporti con il cittadino”, modificata ora in “Rapporti con la persona assistita”.

Profondamente rimaneggiato l’articolo 20, improntato in precedenza al “rispetto dei diritti della persona”, mentre oggi è dedicato alla “relazione di cura”, “costituita sulla libertà di scelta e sull’individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità”.

Più sintetica la formulazione dell’articolo 21, sui limiti della competenza professionale, mentre l’articolo 22, indirettamente riferito all’obiezione di coscienza, è formulato in modo più esplicito riguardo al diritto alla prestazione da parte del cittadino: “Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione”.

Lievi modifiche agli articoli 23, 24, 25 e 26, dedicati rispettivamente a continuità delle cure, certificazione, documentazione clinica e cartella clinica, dove vengono esplicitati i com-

dicina militare. Mette a punto i riferimenti della professione sui temi dell’informatica e della telemedicina. Interviene sull’etica della ricerca, sui nodi del conflitto di interesse e nell’art. 3, da alcuni contestato, entra nel merito della definizione delle competenze del medico, integrando i contenuti degli ordinamenti didattici con le abilità tecniche e non tecniche connesse con la pratica professionale.

L’art. 3 inserisce nelle competenze del medico le innovazioni organizzative e gestionali in sanità, passaggio da alcuni contestato, ma, al contrario, di straordinaria valenza rivendicativa, rispet-

to alla visione opposta che vedrebbe il medico operare in un sistema rispetto alla cui organizzazione si dichiarerebbe estraneo e incompetente.

In un momento di crisi della società e di cambio generazionale del mondo medico la professione ha saputo trovare una larga convergenza che si sostanzia nel giuramento professionale (per favore smettiamo di chiamarlo giuramento di Ippocrate, andiamolo a rileggere) e nella rivendicazione della responsabilità individuale del medico, che ne legittima autonomia, indipendenza e capacità di integrarsi in un sistema organizzato di assistenza.

portamenti da tenere nel caso in cui i pazienti siano inseriti in protocolli di ricerca.

Più sintetici, ma invariati nella sostanza, gli articoli 27, libertà di scelta del cittadino, e 28, rinuncia del medico al rapporto di cura. Più netto l'articolo 29 sulla fornitura di farmaci, che sembra rinviare anche a recenti casi controversi, come "Stamina": "Il medico non può cedere farmaci a scopo di lucro".

Aggiornato l'articolo 30 dedicato al conflitto di interessi, orientato più alla trasparenza che al divieto: "Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati".

All'articolo 31 scompare la dicitura di "comparaggio", sostituita da una più neutra definizione di "Accordi illeciti nella prescrizione". Ampliata, nell'articolo 32, la definizione dei soggetti fragili nei confronti dei quali il medico ha specifici doveri. Nel Codice 2006 indicava infatti un particolare impegno "a tutelare il minore, l'anziano e il disabile", mentre nel testo attuale si dice che "il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile".

Titolo IV - Informazione e comunicazione. Consenso e dissenso

Due le novità negli articoli riguardanti l'informazione e il consenso (articoli 33, 34 e 35). La prima è la sottolineatura secondo la quale "L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile", mentre la seconda è una specifica attenzione ai minori, chiamati in causa nel percorso decisionale.

Entrano nel Codice le DAT, Dichiarazioni anticipate di trattamento, esplicitamente richiamate agli articoli 36, 37, 38 e 39. "Il medico -recita l'articolo 38- tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazio-

ne medica di cui resta traccia documentale".

Titolo V - Trapianti di organi, tessuti e cellule

Riformulati, ma senza sostanziali novità gli articoli 40 e 41 dedicati alla donazione di organi, tessuti e cellule.

Titolo VI - Sessualità, riproduzione e genetica

La sfera sessuale e riproduttiva diventa oggetto di uno specifico segmento del Codice. Invariati gli articoli 42 e 43, dedicati all'informazione in materia di sessualità e all'IVG, mentre è stato rivisto l'articolo 44 dedicato alla PMA: i divieti all'intervento medico non investono le specifiche situazioni della coppia o della donna, ma si rivolgono a "ogni pratica di procreazione medicalmente assistita a fini di selezione etnica o genetica; non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca e ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali".

Ribaditi i limiti agli interventi sul genoma (articolo 45) e sull'utilizzo dei test predittivi (articolo 46).

Titolo VII - Ricerca e sperimentazione

Una blanda apertura alle istanze animaliste nell'articolo 47, dove si dice che in materia di sperimentazione "Il medico incentiva model-

li alternativi a quelli umani e animali, purché siano fondatamente equivalenti nei profili di efficacia sperimentale".

Più stringenti gli altri articoli sulle sperimentazioni cliniche, sull'uomo e sull'animale (articoli 48, 49 e 50).

Titolo VIII - Trattamento medico e libertà personale

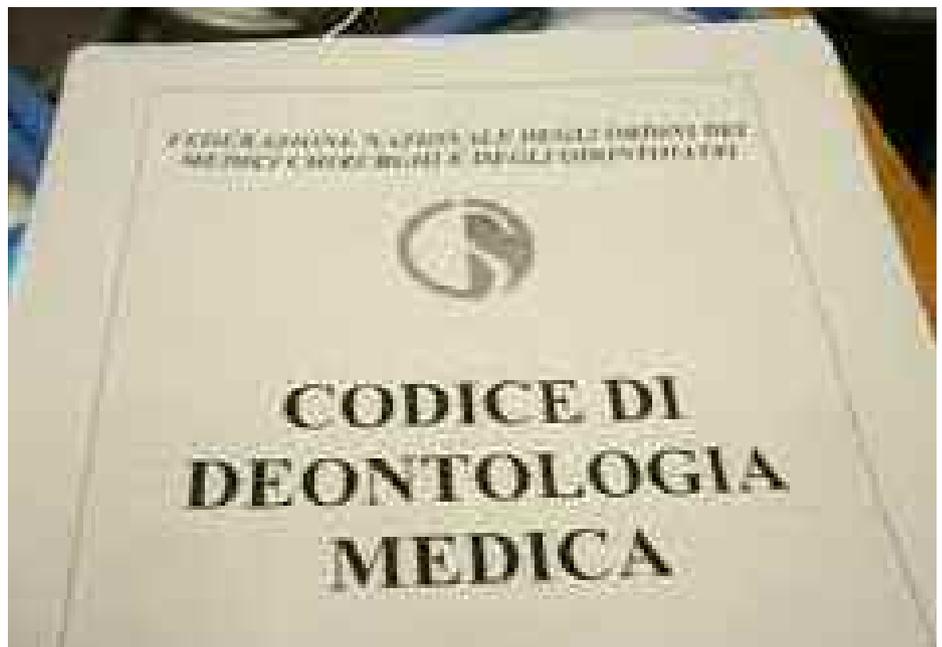
Più chiaro il titolo dato all'articolo 51, che nel 2006 era "Obblighi del medico", mentre ora è stato modificato in "Soggetti in stato di limitata libertà personale", mantenendo le indicazioni di rispetto della dignità della persona già previste.

Sostanzialmente immutati l'articolo 52, dedicato alla tortura, e l'articolo 53, rivolto al rifiuto consapevole di alimentarsi.

Titolo IX - Onorari professionali, informazione e pubblicità sanitaria

L'articolo 54 è ora esplicitamente dedicato all'esercizio libero professionale e prevede espressamente che "il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi".

Resta la distinzione tra informazione sanitaria (articolo 55) e pubblicità informativa sanitaria (articolo 56) per la quale è vietata ogni forma di pubblicità comparativa. Vietato anche il patrocinio a forme pubblicitarie (articolo 57).



Titolo X - Rapporti con i colleghi

Invariati nella sostanza l'articolo 58, sulla correttezza dei rapporti tra medici, l'articolo 59, sui rapporti tra specialisti e medici curanti, l'articolo 60, sul consulto, e l'articolo 61, sulle sostituzioni che si modifica però in "affidamento degli assistiti", improntandosi ad una maggiore reciprocità tra medici.

Titolo XI - Attività medico legale

Ribaditi gli obblighi dell'attività medico legale (articolo 62) e della medicina fiscale (articolo 63), nel rispetto del Codice.

Titolo XII - Rapporti intra e interprofessionali

Al primo posto di questo nuovo Titolo i rapporti con l'Ordine professionale, definiti dall'articolo 64 (già presente anche nel Codice 2006, anche se diversamente rubricato).

Ridefiniti poi i limiti delle società tra professionisti, articolo 65, investite anche in dimensione interprofessionale: "Il medico non può partecipare a intese dirette o indirette con altre professioni sanitarie o categorie professionali per svolgere attività di impresa industriale o commerciale o di altra natura che ne condizionino la dignità, l'indipendenza e l'autonomia professionale".

Oggetto di polemiche la riscrittura dell'articolo 66, dedicato al rapporto con altre professioni sanitarie, che secondo alcuni risulta troppo "ecumenico", rinunciando ad indicare una primazia del medico. "Il medico – recita ora l'articolo 66 – si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità".

Quasi invariato l'articolo 67, che sanziona prestanomismo e abusivismo professionale.

Titolo XIII - Rapporti con le strutture sanitarie pubbliche e private

Riscritto, ma senza novità sostanziali, l'articolo 68 che regola i doveri del medico operante in strutture pubbliche o private, facendo prevalere gli obblighi deontologici e con una particolare attenzione a evitare il conflitto di interessi a favore della libera professione intramoenia.

Riscritto anche l'articolo 69, relativo ai medici che assumono incarichi di Direzione Sanitaria, per i quali è esplicitamente indicato il divieto ad assumere "incarichi plurimi, incompatibili con le funzioni di vigilanza attiva e continuativa".

Confermato nella sostanza anche l'articolo 70, relativo alla qualità delle prestazioni in relazione ai carichi di lavoro e alle condizioni della struttura sanitaria.

Titolo XIV - Medicina dello sport

Appena ritoccati gli articoli che regolano l'attività medica in ambito sportivo, ribadendo i principi di cautela nella valutazione dell'idoneità fisica alla pratica sportiva (articolo 71) e agonistica (articolo 72), nonché il divieto a prescrivere forme di doping (articolo 73).

Titolo XV - Tutela della salute collettiva

Identico alla formulazione del 2006 il testo dell'articolo 74, sul trattamento sanitario obbligatorio, e appena ritoccato quello dell'articolo 75, sulla cura delle tossicodipendenze.

Titolo XVI - Medicina potenziativa ed estetica

È questo uno dei nuovi articoli introdotti nel Codice, che inserisce per la prima volta una nuova frontiera della medicina, rivolta al potenziamento delle capacità fisiologiche umane e accostata agli interventi di medicina estetica. "Il medico – recita il nuovo articolo 76 – quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta.

Il medico, nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche, garantisce il possesso di idonee competenze e, nell'informazione preliminare al consenso scritto, non suscita né alimenta aspettative illusorie, individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate. Gli interventi diagnostico-terapeutici con finalità estetiche rivolti a minori o a incapaci si attengono all'ordinamento".

Titolo XVII - Medicina militare

Innovativo anche l'inserimento dei medici militari nel Codice, con un delicato gioco di equilibri tra il rispetto degli obblighi deontologici e la catena di comando delle Forze Armate. Il risultato è il nuovo articolo 77 del Codice: "Il medico militare, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, ha una responsabilità che non muta in tutti gli interventi di forza armata sia in tempo di pace che di guerra.

Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui. È dovere del medico militare segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano depresso le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani tali da essere degradanti per la dignità della persona. In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare".

Titolo XVIII - Informatizzazione e innovazione sanitaria

Altri due nuovi articoli del Codice 2014. Il primo, articolo 78, è dedicato alle tecnologie informatiche in sanità e sottolinea la necessità di rispettare le norme sulla sicurezza dei dati e sul consenso da parte della persona assistita, invitando il medico ad utilizzarle secondo "criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza".

Il secondo, articolo 79, è invece rivolto alle innovazioni nell'organizzazione sanitaria, sottolineando come "il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria".

E.A.

Sempre più ICT tra i mmg. E costi crescenti

I dati dell'indagine condotta del Centro Studi Fimmg in collaborazione con il Politecnico di Milano offrono un quadro incoraggiante: il 98% dei mmg produce certificazione online e il 90% utilizza la rete per la sua attività. Un risultato ancora più apprezzabile se si considera che in Italia oltre il 65% dei mmg ha più di 55 anni.

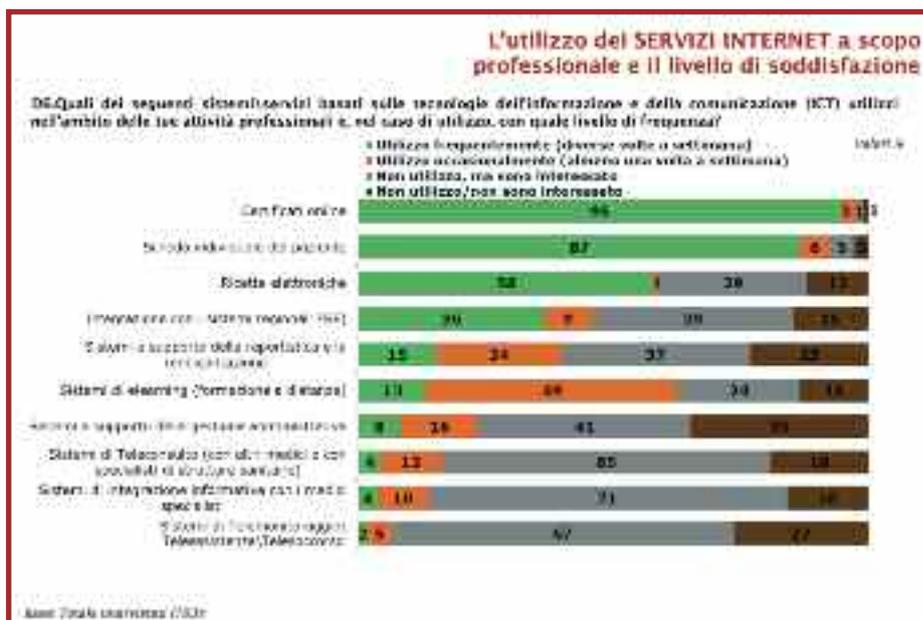
di Eva Antoniotti

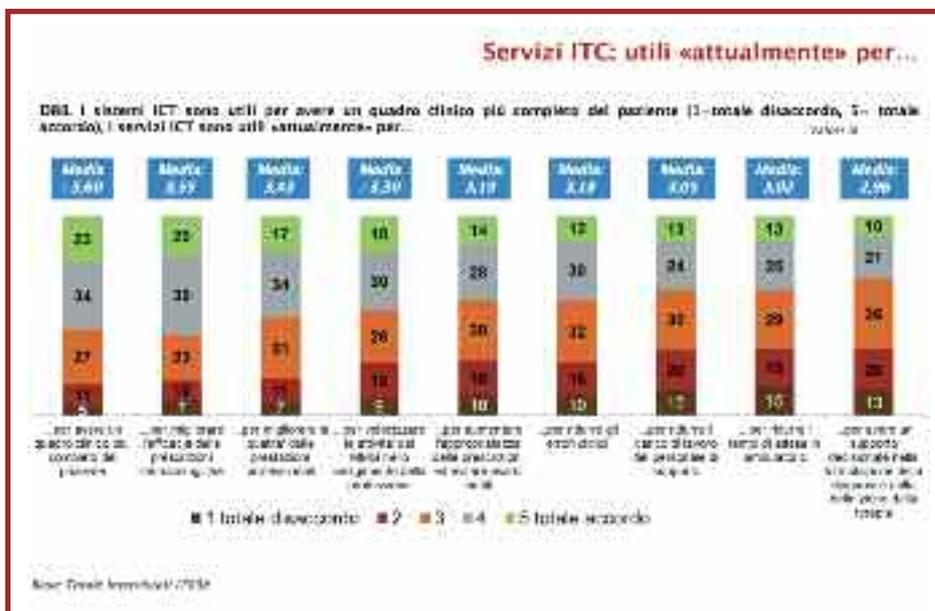
Un costante monitoraggio della realtà della Medicina Generale italiana in rapporto agli strumenti offerti dall'ICT. È questo il lavoro che sta conducendo il Centro Studi nazionale Fimmg in collaborazione con il Politecnico di Milano nell'ambito dell'Osservatorio ICT in sanità, i cui risultati vengono poi elaborati da DoxaFarma.

Gli ultimi dati, pubblicati lo scorso aprile, mostrano come le tecnologie informatiche siano ormai entrate pienamente nella "borsa" del mmg, sebbene in Italia l'età media della categoria sia piuttosto alta, con più del 65% oltre i 55 anni.

Lo studio è stato realizzato attraverso un questionario lanciato via web ad un ampio bacino di mmg, nel quale sono state raccolte 704 interviste complete. Per garantire la rappresentatività geografica del campione è stata applicata (ex-post) una ponderazione statistica per riportare il campione all'universo reale della Medicina Generale, secondo la seguente distribuzione: Nord Ovest (27%), Nord Est (18%), Centro (20%), Sud e Isole (35%).

Escludendo la certificazione on line e la condivisione dei database del Ssn, solo l'1% del campione dichiara di non utilizzare mai internet, mentre l'88% lo utilizza una o più volte al giorno (vedi tabella 1).





(62%). Ancora poco ricorrente l'impiego di supporti online per la gestione amministrativa (24%), il teleconsulto (16%), l'integrazione ICT con gli specialisti (14%) e i sistemi di Telemedicina (7%) (vedi tabella 2).

Se quasi tutti utilizzano le tecnologie informatiche, anche per scopi amministrativi, burocratici o formativi, non tutti ne sono entusiasti sotto il profilo dell'utilità clinica. L'utilità degli strumenti ICT per avere un quadro clinico più completo del paziente, infatti, viene pienamente riconosciuta solo da parte di una minoranza del campione (dal 24% al 10% a seconda del singolo aspetto), mentre una quota più consistente nutre qualche perplessità (dal 34% al 21% a seconda del singolo aspetto) e gli altri hanno dubbi crescenti (vedi tabella 3).



Quanto spendono i mmg per l'ICT

In media nel 2013 i mmg hanno speso per i servizi ICT 1.270 euro, ma nel 2014 prevedono di spendere mediamente 1.345 euro, 75 euro in più ciascuno. Scorporando il dato, solo il 14-15% spende in un anno meno di 500 euro, mentre il 18-20% spende tra 1.000 e 1.500 euro e il 4-5 supera i 3.000 euro l'anno (vedi tabella 4).

Al di là delle legittime considerazioni relative al recupero dei costi di produzione, che rinviamo ad altra sede, questo vuol dire che la MG rappresenta un mercato amplissimo per l'ICT, visto che nel 2014 potrebbe arrivare a spendere complessivamente oltre 63 milioni di euro. Un dato che certamente merita una riflessione anche da parte delle aziende impegnate in questo settore.

hanno in rete anche la scheda individuale del paziente (93%) e scrivono ricette elettroniche (59%). Utilizzati in modo signifi-

cativo anche il FSE (45%), le schede di report e rendicontazione (39%) e, in modo ovviamente meno frequente, l'e-learning

E-health e MG in Europa. L'Italia è tra i primi 10

Il primo passo è stato fatto, ma per i successivi c'è ancora molto da fare. Se è infatti vero che l'accesso e l'uso delle tecnologie di base (come un computer connesso a internet) sono ormai all'ordine del giorno per i medici di famiglia europei, tuttavia sono ancora molti pochi coloro che scambiano dati e informazioni per via telematica con gli specialisti o le

strutture ospedaliere, e la telemedicina resta un miraggio nella stragrande maggioranza dei paesi europei. A rilevarlo è il recente Rapporto della Commissione Ue su medici di medicina generale e sanità elettronica, svolto in 31 Paesi (Eu-27 più Croazia, Islanda, Norvegia e Turchia) attraverso un sondaggio su un campione di 9.116 medici di base, tra cui 416

italiani.

Dall'indagine emerge che i medici di famiglia più informatizzati si trovano in Danimarca, Spagna e Norvegia. Quelli meno informatizzati in Repubblica slovacca, Lettonia e Lituania. L'Italia si piazza al 9° posto.

Quattro, in particolare, gli indicatori utilizzati nel Rapporto per comprendere lo stato di avanzamento dei medici di famiglia nell'uso della medicina elettronica: uso della cartella clinica elettronica, condivisione delle informazioni di salute dei pazienti, telemedicina e fascicolo personale del paziente.

Cartella clinica elettronica. A livello europeo, solo il 30% degli intervistati afferma che le informazioni contenute nella cartella clinica sono registrate totalmente in forma elettronica (il 42% in forma combinata elettronico-cartacea), nonostante il 92% abbia a disposizione tutto il necessario per l'archiviazione elettronica dei dati clinici e amministrativi. Il fatto è che, per il 32%, lo ritiene "troppo complicato" e il 27% afferma di "non essere ancora sicuro riguardo le questioni inerenti il rispetto della privacy". Per il 19% è troppo costoso e per il 14% è inutile. Rispetto alle 25 differenti funzionalità della cartella clinica elettronica presi in esame dalla Commissione, il 92% e il 90% dei medici che hanno partecipato al sondaggio hanno affermato di usare la Cartella elettronica in modo abitudinale per segnare le prescrizioni e la lista delle medicazioni effettuate. Il minore utilizzo riguarda invece l'inserimento delle immagini radiologiche e delle interazioni tra farmaci (registrate in modo digitale rispettivamente solo dal 25% e 26% dei medici intervistati). Paesi Bassi, Danimarca e Regno Unito sono i Paesi dove si registra il maggiore utilizzo delle funzionalità della Cartella elettronica. L'Italia si posiziona al quinto posto. In coda Lituania e Grecia.

Condivisione di dati e informazioni. La ricezione dei risultati dei test di laboratorio e la certificazione di assenza per malattia sono le due funzionalità più comunemente utilizzate in Europa per quanto riguarda lo scambio di informazioni in modalità elettronica da parte dei medici di famiglia (rispettivamente 64% e 47%). Tutte le altre possibilità, tuttavia, sono ancora poco utilizzate. In particolare solo per l'8% degli intervistati è normale scambiare informazioni e dati sui pazienti con gli specialisti e le strutture di altri Paesi e solo il 14% interagisce con i pazienti tramite mail per questioni riguardanti la salute.

I più avanzati in fatto di scambio di dati e informazioni di salute sono i danesi e gli estoni. All'ultimo posto i medici della Repubblica Slovacca e di Malta. Italiani al 9° posto.

Telemedicina. Meno del 10% dei medici intervistati moni-



torano la salute dei loro pazienti in remoto. Solo il 15% e 35%, rispettivamente, consultano o formano in remoto i caregiver. Del resto, la disponibilità delle tecnologie è decisamente bassa (solo il 3% del campione ha la possibilità tecnica di accedere alla telemedicina). A far scuola, in questo campo, sono gli ungheresi e i finlandesi. Lituania e Lettonia sono invece in fondo alla classifica. L'Italia, anche in questo caso, è nona.

Fascicolo personale del paziente. Poco utilizzato dai pazienti che, solo nel 25% dei casi, secondo quanto affermato dai medici di famiglia, richiedono prescrizioni o appuntamenti online. Ai primi posti i pazienti danesi e norvegesi, agli ultimi quelli di Cipro e Malta. Gli italiani si posizionano al 17° posto in classifica.

I progressi dal 2007 a oggi. Nonostante tutto, sono stati rilevanti i progressi registrati nel 2013 rispetto all'indagine analoga effettuata nel 2007. Ormai la quasi totalità (99%) dei Mmg ha un computer in studio (erano il 66% nel 2007) e il 79% usa la rete per ricevere i risultati degli esami di laboratorio (40% nel 2007). Resta tuttavia basso, seppure in crescita, lo scambio di dati per via elettronica con gli altri professionisti (28% nel 2013 contro l'11% del 2007) e l'uso della rete per il trasferimento delle ricette elettroniche in farmacia (32% nel 2013 contro il 6% del 2011).

Gli hashtag Fimmg e Twitter

Le trattative per il Patto per la Salute entrano nel vivo e la Fimmg è come sempre in prima linea nella battaglia sindacale per la difesa dei diritti della categoria: ruolo storico, ma strumenti aggiornati. E tanti, veloci hashtag

di Saverio Cramarossa

Twitter, come dimostrano le ultime vicende politiche, sta diventando il mezzo di comunicazione e di diffusione di contenuti maggiormente utilizzato da politici ed istituzioni, i quali hanno mostrato di essere molto più recettivi su questo social network rispetto a tutti gli altri.

È dunque in questo contesto che l'utilizzo dei tweet, incorporando gli hashtag #Fimmg, potrebbe rappresentare un importante supporto alla fase di trattativa.

#lalottabuona per giungere ad un #pattosalute-subito entra nel vivo, senza mai perdere di vista l'obiettivo principale, scrivere un #acn2014fimmg che porti a #cureprimarie d'avanguardia, con l'istituzione del #ruolounicoMMG, in cui i #16543MCA italiani siano i co-protagonisti di una medicina del Territorio dove al centro vi è il paziente. Il tutto nell'ambito di un patto intergenerazionale in cui i giovani medici, sostenuti da tutta Fimmg, chiedono una #ProgrammazioneOra secondo i reali fabbisogni lavorativi della Sanità italiana, inquadrando in quest'ottica l' #accessorapido alla professione ed una riduzione dei tempi morti che ne rallentano l'inserimento.

L'invito è dunque quello di provare a twittare, incorporando gli hashtag Fimmg e cercando di menzionare profili di politici ed istituzioni, per far giungere ancora più forte la nostra voce.

Unica regola da non dimenticare: utilizzare un linguaggio telegrafico, i caratteri a nostra disposizione sono solo 140!

Buon tweet a tutti!

Come ridare trono ai baroni
detronizzati? Ci pensa
@SteGiannini con abolizione test!
#lalottabuona ora ha nuova
battaglia: #iltestnonsitocca

Oggi non finisce alle 8 il turno dei
#16543MCA Tutti in servizio attivo
per #lalottabuona per
#ACN2014Fimmg avanti tutta
verso #RuoloUnicoMG

@fimmgnotizie @FimmgNazionale
senza medicina generale sul
territorio, ospedali inutili come
cattedrali nel deserto
#lalottabuona @MireAnnie

actionaid

5x1000

un gol  contro la fame

Ancora oggi al mondo 171 milioni di bambini sono malnutriti.
Questa è una partita che non possiamo perdere.
Partecipa anche tu. Aiutaci a segnare il gol vincente contro la fame.

**Dona il tuo 5x1000
ad ActionAid!**

**Nella tua dichiarazione dei redditi, scrivi
CODICE FISCALE **09686720153****

Epidemiologia e prevenzione dell'herpes zoster: attualità e prospettive future

Giovanni Gabutti

Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

La lotta alle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ha permesso di conseguire importanti successi, particolarmente in ambito pediatrico. Oggi esiste una maggiore consapevolezza sia dell'impatto epidemiologico di molte patologie infettive prevenibili mediante vaccinazione negli adulti e negli anziani che dell'esistenza di possibili ampie applicazioni della pratica vaccinale negli stessi.

In questo contesto si inserisce la tematica dell'herpes zoster.

L'herpes zoster (HZ) è una patologia conosciuta fin dall'antichità e viene comunemente definita come "fuoco di sant'Antonio" protettore di coloro che hanno a che fare con il fuoco. L'HZ è una dermatite vescicolosa acuta, a tipica distribuzione unilaterale ganglionare, dovuta alla slatentizzazione del virus della varicella zoster (VZV), la cui infezione primaria (varicella) era stata superata con successo in età pediatrica.

Il VZV è un herpesvirus, trasmesso per via aerea e/o per contatto diretto con le lesioni cutanee di un soggetto malato. Il serbatoio di infezione è esclusivamente umano ed il virus tipicamente diffonde con un andamento endemo-epidemico colpendo prevalentemente durante l'età pediatrica (CDC, 2007).

In Italia, come in altre nazioni in cui non vi è indicazione per la vaccinazione estensiva, la varicella rappresenta la malattia infettiva pediatrica prevenibile mediante vaccinazione a maggiore impatto epidemiologico. L'analisi dei dati derivanti dai sistemi



di sorveglianza passiva ed attiva indica che ogni anno si verificano circa 500.000 casi di questa malattia infettiva (Gabutti G et al, 2008). Nonostante la stessa venga considerata a decorso benigno, esiste la possibilità di avere forme complicate, anche severe, che correlano con ospedalizzazione e, in alcuni casi, con decessi (Heininger U et al, 2006).

Il VZV durante l'infezione primaria va a localizzarsi, ed entra in una fase di quiescenza-latenza, a livello dei nervi cranici e nei gangli delle radici posteriori. La latenziazione del VZV sembra strettamente correlata alla fase viremica, al numero delle lesioni cutanee (vescicole) ed al peso della manifestazione clinica. Durante la riattivazione/slatentizzazione, il ganglio nervoso è



sede di replicazione virale con conseguente danno neuropatico della fibra nervosa. Il VZV riattivato/slatentizzato segue la terminazione sensitiva corrispondente fino alle diramazioni cutanee e causa l'HZ clinicamente evidente (Oxman MN, 2009).

L'insorgenza dello zoster è un processo multifattoriale, anche se la comparsa dello stesso è strettamente correlata ad una diminuzione dell'immunità cellulo-mediata (CMI) e quindi dei T-linfociti specifici. Sebbene virtualmente tutti gli adulti vengono infettati da VZV nel corso della propria vita, non esiste un parametro immunologico specifico che permette di individuare i soggetti che svilupperanno lo zoster. La presenza di anticorpi specifici anti-VZV non rappresenta un marcatore di protezione nei confronti dello zoster e, nel corso della vita, il rischio di avere un episodio di zoster è stimato pari a 10-30%. L'immunità acquisita naturale non previene né la latenziazione del VZV né la possibile successiva riattivazione (Zoster); la mancanza di anticorpi anti-VZV non implica necessariamente suscettibilità, in quanto può persistere la CMI corrispondente. Circa il 20% delle persone di 55-65 anni di età non hanno una CMI specifica misurabile, nonostante la persistenza di anticorpi specifici ed un'anamnesi positiva (Arvin A, 2005). Un eventuale episodio di HZ comporta una riattivazione della risposta T-cellulare specifica (Gershon AA et al,

2010) e questa è probabilmente la ragione per cui le recidive sono relativamente rare. Il decadimento della risposta cellulo-mediata è strettamente età-dipendente, aumentando notevolmente con l'avanzare dell'età (Weaver BA, 2009).

Degno di nota è il fatto che oltre il 95% della popolazione europea adulta è sieropositiva per anticorpi anti-VZV (Nardone A et al, 2007); questo significa che la maggioranza della popolazione adulta da un lato ha acquisito l'infezione da VZV nel corso della propria vita e dall'altro che è potenzialmente suscettibile a sviluppare nel corso della vita un episodio di HZ.

L'HZ si presenta in modo sporadico durante tutto l'anno e non ha un trend correlato con eventuali picchi epidemici di varicella. Il paziente affetto da HZ è infetto ed infettante ed è in grado di trasmettere VZV, e pertanto varicella, ai soggetti suscettibili con cui viene a contatto; l'HZ non può pertanto essere trasmesso. Un paziente affetto da HZ ha invariabilmente una storia anamnestica positiva per varicella.

Clinicamente, lo zoster è caratterizzato da un rash cutaneo vescicolare ad estensione dermatomera, che nel paziente immunocompetente può perdurare per circa 2-3 settimane ed è accompagnato da dolore moderato o severo. In una parte importante di pazienti il dolore non termina con la scomparsa del rash cutaneo, ma perdura alcune set-

timane e talvolta mesi o anni. Questo dolore persistente viene definito nevralgia post-erpetica (PHN) e rappresenta una importante causa di stress e disabilità con decadimento della qualità della vita del paziente (Fashner J et al, 2011). L'incidenza di PHN, che risente delle diverse definizioni della stessa e dell'età dei pazienti osservati, è stimata generalmente fra il 10 e il 20% dei casi di zoster (sino al 30% nei soggetti anziani). La PHN è una condizione dolorosa cronica temibile perché resiste a moltissimi trattamenti farmacologici (Nalamachu S et al, 2012; Massengill JS et al, 2014).

L'HZ rappresenta un'esperienza estremamente debilitante per il soggetto con compromissione delle capacità fisiche, produttive, relazionali e, in caso di cronicizzazione, psicologiche. L'HZ e la PHN influenzano negativamente la qualità della vita (QoL) delle persone affette; le persone non solo soffrono per la sintomatologia tipica delle lesioni cutanee e per il dolore associato ma possono anche manifestare una compromissione della capacità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana o di mantenere relazioni sociali e famigliari. Il complesso dei sintomi e dei correlati funzionali e sociali possono produrre un'alterazione cronica dello stato psicologico del soggetto affetto (Oster G et al, 2005; Lukas K et al, 2012).

Molteplici fattori sono stati associati all'epi-

demologia dell'HZ; esiste un consenso unanime su ruolo svolto da età (invecchiamento), depressione dell'immunità cellulo-mediata, esposizione intrauterina a VZV e varicella acquisita nei primi 18 mesi di vita. Secondo alcuni autori un ruolo nel determinismo dell'HZ può esser svolto anche da genere, stagionalità, razza, stress psicologico, trauma meccanico, sostanze chimiche immunotossiche e predisposizione genetica (Thomas SL et al, 2004)

L'incidenza dell'HZ è simile in tutto il mondo, L'andamento correla con l'età della popolazione: da 2-3 casi/1000 persone/anno fra 20 e 50 anni a 5/1000 nella sesta decade, 6-7/1000 nella settima-ottava decade di vita. Si stimano oltre 1,7 milioni di casi di HZ ogni anno; circa 1 persona su 4 sviluppa HZ nel corso della vita e due terzi dei casi si verificano in individui di età >50 anni (Pichinat S et al, 2013).

In rapporto all'incremento della popolazione anziana e fragile, si prevede un aumento dei casi di HZ nel prossimo futuro.

L'immunosenescenza ha un ruolo di rilievo; peraltro si stima che il 90% dei pazienti con HZ non sia affetto da una specifica immunocompromissione. Il rischio di HZ può essere correlato, oltre che all'età, anche a condizioni mediche quali diabete, de-

pressione maggiore, eventi stressanti della vita, trattamenti immunosoppressivi, che comportano una ridotta risposta CMI VZV-specifica (Okamoto S et al, 2009).

L'herpes zoster in Italia

A livello nazionale non è disponibile un database completo sull'HZ. Ricerche condotte in ambiti geografici diversi ed in modo non sempre omogeneo, hanno permesso in passato stime non precise della casistica. Più attendibile è il dato derivante dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che evidenzia peraltro i casi più severi/complicati che hanno richiesto l'ospedalizzazione. Nel periodo 1999-2005 sono stati complessivamente registrati 35.328 ricoveri per Zoster, di cui 31.526 ordinari e 3.802 in regime di day hospital. La media annuale è stata pari a 4.503 ricoveri ordinari e 543 day hospital, ovvero circa 14 ricoveri al giorno. I ricoveri per Herpes Zoster stratificati per classi di età indicano un incremento degli stessi correlato con l'invecchiamento; nel periodo 1999-2005, il 61,9% dei ricoveri ha interessato soggetti di età >65 anni (26% e 35,9% nelle classi di età 65-74 aa e >75 aa, rispettivamente); la degenza media è risultata pari a 8 giorni. Questi dati, pur limitati esclusivamente ai casi ricoverati registrati a livello nazionale, confermano l'impatto epidemiologico dello zoster e delle complicanze ad esso associate. Questa patologia colpisce tutte le classi di età con un maggiore impatto nella popolazione anziana. Con l'avanzare dell'età incrementa anche la durata media della degenza e questo fatto è probabilmente correlabile con la maggiore co-morbosità tipica dei soggetti più anziani (Gabutti G et al, 2009).

Più recentemente è stato valutato l'impatto dello zoster nella popolazione italiana (Gialloreti et al., 2010). Considerato che la quota di popolazione >50aa di età assomma ad oltre 22 milioni di persone, sono stati stimati 157.000 nuovi casi di HZ/anno, con un'incidenza annuale pari a 6,3/1.000 anni-persona. Il trattamento dello zoster nella fase acuta, la prevenzione dell'insorgenza della PHN nei pazienti colpiti da zoster ed il trattamento farmacologico della PHN stessa rappresentano un problema clinico estremamente complesso. Anche nello studio di

Gialloreti et al viene evidenziato che il trattamento farmacologico attuale non è soddisfacente. I pazienti >50 anni con PHN sono stati visitati dai MMG in media 12 volte/anno; 1 su 3 è stato trattato con oppioidi e l'1-2% è stato ospedalizzato.

Quanto sopra riportato ha importanti implicazioni economiche; i costi totali stimati per HZ e PHN sono pari a 41 milioni di euro/anno (Gialloreti LE et al, 2010).

In Italia è stato anche condotto uno studio prospettico condotto in collaborazione con un network di MMG che ha dimostrato che il 20,6% ed il 9,2% dei pazienti >50aa con HZ presentava PHN a 3 e 6 mesi, rispettivamente, nonostante il trattamento antivirale precoce (entro 72 ore dalla comparsa del rash). Lo studio ha altresì confermato che il burden di HZ/PHN aumenta con l'aumentare dell'età e che HZ/PHN impattano significativamente sulla qualità della vita dei pazienti (Franco E et al, 2013).

La strategia vaccinale

In sintesi, la valutazione dell'impatto epidemiologico, delle complicanze frequenti e debilitanti (PHN in particolare), la possibilità sub-ottimale di trattamento delle complicanze stesse ed i costi per la gestione diagnostica e clinico-terapeutica della persona affetta da HZ (considerando anche costi per complicanze e ospedalizzazioni e costi sociali) hanno costituito il razionale e la motivazione per l'identificazione di una adeguata misura preventiva nei confronti di questa importante patologia ipotizzando un intervento specifico per ridurre la frequenza e la gravità dello zoster e delle sue complicanze stimolando la risposta cellulo-mediata. In particolare nel corso degli anni è stato dimostrato che vaccini varicella (a virus vivi ed attenuati) ad elevato titolo antigenico elicitano un incremento significativo dell'immunità cellulo-mediata in anziani immunocompetenti (Oxman MN, 1995; Breuer J, 2001; Levin MJ et al, 2003).

Più recentemente è stato sviluppato e prodotto un vaccino zoster ad elevato titolo antigenico il cui contenuto, espresso in unità formate placca (PFU), è pari a >19400 PFU, quantitativo antigenico almeno 10 volte più elevato del contenuto antigenico presente nel vaccino varicella per uso pediatrico prodotto dalla stessa azienda (Merck) (Vacci-



no Zoster RCP 2013).

Il vaccino zoster ad elevato contenuto antigenico è stato valutato nel corso di un esteso trial clinico denominato Shingles Prevention Study (SPS). L'SPS è stato uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, condotto per stabilire se la vaccinazione con una dose singola di un vaccino sperimentale vivo attenuato ceppo Oka/Merck potesse ridurre l'incidenza e/o la gravità dello Zoster e del dolore neuropatico persistente associato allo Zoster (PHN) in uomini e donne di 60 anni d'età ed oltre che non presentassero una storia clinica positiva per zoster ma positiva per varicella. I dati di efficacia sono stati i seguenti: 51,3% nei confronti dell'HZ, 66,5% verso la PHN e 61,1% verso il BOI (burden of illness), end-point composito che tiene conto del peso complessivo della patologia (Oxman MN et al, 2005).

A questo studio ne sono seguiti altri, per valutare l'efficacia del vaccino sia in soggetti di età compresa tra 50 e 59 anni sia a breve e lungo termine. Lo studio ZEST (Zoster Efficacy and Safety Study) condotto su soggetti di 50-59anni di età ha permesso di evidenziare un'efficacia verso HZ pari al 70% (Schmader KE et al, 2012).

Lo studio di efficacia a breve termine, denominato STSP e di fatto substudio condotto nell'ambito del trial SPS precedentemente riportato, ha evidenziato tra il 4° ed il 7° anno successivo alla vaccinazione un'efficacia durante il periodo di follow-up pari a 40% per zoster, a 60% per la nevralgia post-erpetica e a 50% per l'impatto del dolore da HZ (Schmader KE et al, 2012).

Lo studio di efficacia a lungo termine, valutando l'efficacia tra il 7° ed il 10° anno successivo alla vaccinazione nell'ambito del trial SPS, ha evidenziato un'efficacia del 21% contro l'incidenza dell'HZ, del 35% per PHN e del 37,3% per quanto riguarda l'impatto del dolore da HZ (Vaccino Zoster RCP 2013).

Sono stati altresì condotti studi di effectiveness sia a breve che a lungo termine. Mentre questi ultimi sono in corso e le prime analisi ad interim saranno disponibili a fine 2016 e nel 2020, lo studio a breve termine ha dimostrato un'effectiveness complessiva pari a 55% nei confronti dell'HZ, con riduzione dell'incidenza in tutte le fasce di

età ed in soggetti affetti da patologie croniche. L'effectiveness verso l'HZ oftalmico è inoltre risultata pari al 63% ed al 65%, rispettivamente verso l'HZ oftalmico e le ospedalizzazioni codificate come HZ (Tseng HF et al, 2011).

Un altro studio condotto in anziani affetti da alcune patologie immuno-mediate (artrite reumatoide, psoriasi, artrite psoriasica, IBD, spondilite anchilosante) ha dimostrato un'effectiveness verso HZ pari a 39% senza alcun segnale di sicurezza rispetto all'uso di terapia biologica entro 42 giorni dopo la vaccinazione (Zhang J et al, 2012).

Per quanto concerne la sicurezza, quanto emerso nel corso dei trial clinici ha dimostrato che il vaccino zoster è generalmente ben tollerato. Complessivamente, gli eventi avversi più comuni registrati (visti in più di 1 paziente su 10) sono state reazioni al sito di inoculo (rossore, gonfiore, dolore e prurito) e cefalea (da $\geq 1/100$ a $< 1/10$). Il tasso riportato di rash zosteriformi o simil-varicella non localizzati nel sito di inoculo entro 42 giorni dalla vaccinazione è stata simile nel gruppo dei soggetti vaccinati e nel gruppo placebo e non sono descritti casi di trasmissione secondaria del virus vaccinale (Oxman MN et al, 2005; Schmader KE et al, 2012; Gagliardi AMZ et al, 2012).

L'analisi dei dati disponibili dopo 6,5 anni dalla commercializzazione indica che complessivamente il rapporto benefici-rischi per il Vaccino Zoster continua ad essere favorevole e supporta le indicazioni sulla sicurezza del vaccino stesso. Non sono segnalate problematiche di sicurezza età-correlate (Murray AV, 2011; Tseng HF et al, 2012; Baxter R, 2012).

Nel maggio 2006 il vaccino zoster è stato autorizzato al commercio dall'FDA negli USA e successivamente sono state emanate le prime raccomandazioni per il suo utilizzo. Nel 2006 il vaccino è stato autorizzato anche dall'EMA e attualmente è commercialmente disponibile.

In accordo a quanto riportato nell'ultima revisione delle Riassunto delle caratteristiche del prodotto del 18 dicembre 2013, il vaccino zoster è indicato per l'immunizzazione di soggetti di età pari a 50 anni e oltre per la prevenzione dell'herpes zoster e della nevralgia post-erpetica (PHN). Il vaccino non è indicato per la prevenzione del-

l'infezione primaria da varicella e non deve essere usato nei bambini e negli adolescenti. Il vaccino zoster è efficace e sicuro in soggetti con anamnesi positiva per zoster.

Le controindicazioni all'utilizzo sono le seguenti:

- anamnesi positiva per ipersensibilità a qualsiasi componente del vaccino anche in tracce (e.g., neomicina);
- Immunodeficienza primaria e acquisita per: leucemia acuta e cronica; linfoma; altre condizioni che coinvolgono midollo osseo o il sistema linfatico; immunosoppressione per HIV/AIDS; deficit dell'immunità cellulare;
- terapia immunosoppressiva (corticosteroidi ad alte dosi inclusi); comunque, non è controindicata in soggetti che stanno ricevendo corticosteroidi per via topica o inalatoria o corticosteroidi a basso dosaggio o in pazienti che stanno ricevendo corticosteroidi come terapia sostitutiva;
- TBC attiva non trattata;
- gravidanza.

Il vaccino zoster è una preparazione sterile per uso sottocutaneo, preferibilmente nella regione deltoidea. La necessità di una seconda dose non è attualmente nota. Il vaccino, una volta ricostituito, deve essere somministrato immediatamente e va eliminato se non utilizzato entro 30 minuti.

Il vaccino può essere co-somministrato (iniezioni separate in distretti corporei separati) con il vaccino influenza inattivato. Il vaccino zoster ed il vaccino pneumococcico polisaccaridico 23-valente non dovrebbero essere co-somministrati, in relazione ad una conseguente ridotta immunogenicità della componente zoster evidenziata nel corso di trial clinici. Non ci sono dati disponibili sulla co-somministrazione con altri vaccini. Infine la co-somministrazione del vaccino zoster con farmaci anti-virali efficaci contro il VZV non è stata valutata.

La situazione internazionale

Recentemente a livello europeo, l'EU network (Network europeo delle agenzie o istituzioni nazionali in Europa che si occupano di HTA) ha riconosciuto l'efficacia clinica/effectiveness del vaccino zoster nella popolazione >50 anni di età evidenziando, tra l'altro, una durata della protezione fino ad al-



meno 10 anni (EUnetHTA, 2013).

A livello internazionale, l'immunizzazione con questo vaccino è raccomandata con o senza finanziamento pubblico in diversi paesi:

- in USA e Canada è raccomandata a partire dai 60 anni di età, rispettivamente dal 2006 e dal 2010;
- in Europa la vaccinazione è raccomandata:
 - in Austria dal 2007 (coorti 50+);
 - in UK (coorte 70 anni e catch up nelle coorti 71-79 anni);
 - Germania/Sassonia (coorti 50+) dal 2010;
 - Svezia (coorti 50+) dal 2010;
 - Grecia (coorti 60+ ad alto rischio) dal 2011;
 - Francia (coorti da 65 a 74 anni, catch up 75-79 anni) dal 2013.

Un recente studio di costo-efficacia ha misurato l'impatto della vaccinazione su soggetti con età >65 anni e nella fascia di età 70-79 anni, ritenendo la vaccinazione costo-efficace (Bresse X et al, 2013).

In Italia è stato condotto uno studio di valutazione economica, che ha dimostrato che il programma di vaccinazione contro l'herpes zoster e la PHN risulta costo-efficace sia nella prospettiva sociale che del terzo pagante nei soggetti tra 60 e 79 anni (Ruggeri M et al., 2013).

Conclusioni

In conclusione, l'insieme di questi dati indica che il vaccino zoster ha un effetto booster elicitando un significativo incremento della risposta cellulo-mediata; si aprono pertanto interessanti prospettive di prevenzio-

ne efficace nei confronti dello zoster e delle sue complicanze. Questa immunizzazione costituisce un esempio di come le vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano non debbano essere considerate separatamente da quelle dell'infanzia e dell'adolescenza, ma come parte integrante di una strategia preventiva delle malattie infettive che deve coprire senza soluzione di continuità tutte le fasce di età. Esiste pertanto la necessità di garantire una continuità degli interventi vaccinali in tutte le fasce di età, tenendo presente che l'incremento dei tassi di copertura vaccinale negli anziani necessariamente richiede un aumento della domanda da parte della comunità, un'ottimizzazione degli aspetti organizzativi ed una maggiore sensibilizzazione degli Operatori Sanitari.

Bibliografia

- CDC. *Prevention of Varicella. recommendations of the Advisory Committee on immunization practices (ACIP)*. *MMWR* 2007; 56: RR4
- Gabutti G, Rota MC, Guido M, De Donno A, Bella A, degli Atti ML, Crovari P, Seroepidemiology Group. *The epidemiology of Varicella Zoster Virus infection in Italy*. *BMC Public Health* 2008, 8:32
- Heining U, Seward JF. *Varicella*. *Lancet*. 2006 Oct 14;368(9544):1365-76
- Oxman MN. *Herpes zoster pathogenesis and cell-mediated immunity and immuno-*

senescence. *J Am Osteopath Assoc* 2009; 109: S13-7

- Arvin A. *Aging, immunity and the varicella-zoster virus*. *N Engl J Med* 2005; 352: 2266-7
- Weaver BA. *Herpes zoster overview: natural history and incidence*. *J Am Osteopath Assoc* 2009; 109 (S2): S2-S6
- Gershon AA, Gershon MD, Breuer J, Levin MJ, Oaklander AL, Griffiths PD. *Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster*. *J Clin Virol* 2010; S1: S2-S7
- Nardone A, de Ory F, Carton M, Cohen D, van Damme P, Davidkin I, Rota MC, de Melker H, Mossong J, Slacikova M, Tischler A, Andrews N, Berbres G, Gabutti G, Gay N, Jones L, Jokinen S, Kafatos G, Martinez de Aragon MV, Schneider F, Smetana Z, Vargova B, Vranckx R, Miller E. *The comparative sero-epidemiology of varicella zoster virus in 11 countries in the European region*. *Vaccine* 2007; 25: 7866-72
- Fashner J, Bell AL. *Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management*. *Am Fam Physicia* 2011; 83: 1432-7
- Nalamachu S, Morley-Forster P. *Diagnosing and managing postherpetic neuralgia*. *Drugs Aging* 2012; 29: 863-9
- Massengill JS, Kittredge JL. *Practical considerations in the pharmacological treatment of postherpetic neuralgia for the primary care provider*. *J Pain Res* 2014; 7: 125-32
- Oster G, Harding G, Dukes E, Edelsberg J, Cleary PD. *Pain, medication use, and health-related quality of life in older persons with postherpetic neuralgia: results from a population-based survey*. *J Pain* 2005; 6: 356-63
- Lukas K, Edte A, Bertrand I. *The impact of herpes zoster and post-herpetic neuralgia on quality of life: patient-reported outcomes in six European countries*. *J Public*

- Health* 2012; 20: 441-51
- Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 26-33
 - Pichinat 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
 - Okamoto S, Hata A, Sadaoka K, Yamani-shi K, Mori Y. Comparison of varicella-zoster virus-specific immunity of patients with diabetes mellitus and healthy individuals. *J Infect Dis* 2009; 200: 1606-10
 - Gabutti G, Serenelli C, Cavallaro A, Ragni P. Herpes Zoster Associated Hospital Admissions in Italy: Review of the Hospital Discharge Forms. *Int J Environ Res Public Health*, 2009; 6: 2344-53
 - Gialloreti LE, Merito M, Pezzotti P, Naldi L, Gatti A, Beillat M, Serradell L, di Marzo R, Volpi A. Epidemiology and economic burden of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: a retrospective population-based study. *BMC Infect Dis* 2010; 10: 230
 - Franco E, Perinetti E, Marchettini P, Ragni P, Zotti C, Gabutti G, Volpi A, Bricout H. Proportion of post herpetic neuralgia among patients with herpes zoster in Italy - a multicenter prospective observational study (Heroes study). *EUGMS Venice 2-4 ott 2013, sessione poster*
 - Oxman MN. Immunization to reduce the frequency and severity of herpes zoster and its complications. *Neurology* 1995; 45: S41-6
 - Breuer J. Vaccination to prevent varicella and shingles. *J Clin Pathol* 2001; 54: 743-7
 - Levin ML, Smith JG, Kaufhold RM et al., Decline in varicella-zoster virus (VZV)-specific cell-mediated immunity with increasing age and boosting with a high-dose VZV vaccine. *JID* 2003; 188: 1336-44
 - Vaccino (vivo) dell'herpes zoster. Zostavax RCP 2013. revisione del 18 dicembre 2013
 - Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD, Arbeit RD, Simberkoff MS, Gershon AA, Davis LE, Weinberg A, Boardman KD, Williams HM, Zhang JH, Peduzzi PN, Beisel CE, Morrison VA, Guatelli JC, Brooks PA, Kauffman CA, Pachucki CT, Neuzil KM, Betts RF, Wright PF, Griffin MR, Brunell P, Soto NE, Marques AR, Keay SK, Goodman RP, Cotton DJ, Gnann JW Jr, Loutit J, Holodniy M, Keitel WA, Crawford GE, Yeh SS, Lobo Z, Toney JF, Greenberg RN, Keller PM, Harbecke R, Hayward AR, Irwin MR, Kyriakides TC, Chan CY, Chan IS, Wang WW, Annunziato PW, Silber JL; Shingles Prevention Study Group. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *NEJM* 2005; 352: 2271-84
 - Schmader KE, Levin MJ, Gnann JW jr, McNell SA, Vesikari T, Betts RF, Keay S, Stek JE, Bundick ND, Su SC, Zhao Y, Li X, Chan IS, Annunziato PW, Parrino J. Efficacy, safety and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50-59 years. *Clin Infect Dis* 2012; 54: 922-8
 - Schmader KE, Oxman MN, Levin MJ, Johnson G, Zhang JH, Betts R, Morrison VA, Gelb L, Guatelli JC, Harbecke R, Pachucki C, Keay S, Menzies B, Griffin MR, kauffman C, Marques A, Toney J, Keller PM, Li X, Chan ISF, Annunziato P, for the Shingles Prevention study group. Persistence of the efficacy of zoster vaccine in the Shingles Prevention Study and the Short-term persistence substudy. *Clin Infect Dis* 2012; 55: 1320-8
 - Tseng HF, Smith N, Harpaz R, Bialek SR, Sy LS, Jacobsen SJ. Herpes zoster vaccine in older adults and the risk of subsequent herpes zoster disease. *Jama* 2011; 305: 160-6
 - Zhang J, Xie F, Delzell E, Chen L, Winthrop KL, Lewis JD, Saag KG, baddley JW, Curtis JR. Association between vaccination for herpes zoster and risk of herpes zoster infection among older patients with selected immune-mediated diseases. *JAMA* 2012; 308: 43-9
 - Gagliardi AMZ, Gomez Liva BN, Torloni MR, Soares BGO. vaccines for preventing herpes zoster in older adults (review). *The Cochrane Library* 2012, issue 10
 - Murray AV, Reisinger KS, Kerzner B, Stek JE, Sausser TA, Xu J, Wang WW, Chan IS, Annunziato PW, Parrino J. Safety and tolerability of zoster vaccine in adults >60 years old. *Hum Vaccin* 2011; 7: 1130-6
 - Tseng HF, Liu A, Sy L, Marcy SM, Fireman B, Weintraub E, Baggs J, Weinmann S, Baxter R, Nordin J, Daley MF, Jackson L, Jacobsen SJ. Vaccine Safety Datalink (VSD) Team. Safety of zoster vaccine in adults from a large managed-care cohort: a Vaccine Safety Datalink study. *J Intern Med* 2012; 271: 510-20
 - Baxter R, Tran TN, Hansen J, Emery M, Fireman B, Bartlett J, Lewis N, Saddier P. Safety of Zostavax- a cohort study in a managed care organization. *Vaccine* 2012; 30: 6636-41
 - EUnetHTA. Zostavax for the prevention of herpes zoster and postherpetic neuralgia. Pilot assessment using the draft HTA Core Model for rapid relative effectiveness assessment. September 2013. consultabile su: http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Zostavax_main%20report%20including%20appendices_20130922.pdf (accesso Marzo 2014)
 - Bresse X, Annemans LA, Preaud E, Block K, Duru G, Gauthier A. vaccination against herpes zoster and postherpetic neuralgia in France: a cost-effectiveness analysis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2013; 13: 393-406
 - Ruggeri M. Analisi di costo-efficacia del vaccino contro l'herpes zoster e la nevralgia postherpetica in Italia. 6° Congresso Nazionale SIHTA. Bari 7-9 Novembre 2013.

Operaio dei tessuti e 'spazzino' di allergeni

Acido ialuronico. Dalla ricostruzione dell'urotelio alla pulizia delle vie respiratorie

Quando molecole naturali curano patologie complesse

di Viola Rita

Dalla riparazione del rivestimento uroteliale alla riepitelizzazione della mucosa nasale, dalla ricostituzione dell'epidermide fino all'attenuazione dei meccanismi infiammatori nell'artrosi. Sono alcuni dei traguardi medici cui, in determinati casi, può contribuire l'acido ialuronico, una molecola naturalmente presente nel nostro organismo, che è uno dei componenti fondamentali dei tessuti connettivi e delle matrici extracellulari – si trova nel derma, nell'umor vitreo (occhio), nei tendini, nel liquido sinoviale (articolazioni) e non solo.

Un po' come una sorta di "impalcatura" naturale, dunque, questa molecola ha un'applicabilità che va oltre i trattamenti estetici e non riguarda soltanto la dermatologia – anche se nell'immaginario collettivo è associata soprattutto a questo settore. L'ortopedia, la reumatologia, l'urologia e l'otorinolaringoiatria sono alcune delle principali branche medico-farmaceutiche nelle quali tale molecola può essere utilizzata.

L'acido ialuronico in urologia

Un esempio importante riguarda l'impiego dell'acido ialuronico in urologia: in questo campo esso può apportare un contributo nella ricostruzione della funzione dell'urotelio.

L'urotelio è il tessuto epiteliale che copre l'intero apparato urinario ed è caratterizzato da due importanti proprietà: l'impermea-



bilità e l'elasticità. Simile ad una sorta di filtro naturale, come tutti gli epiteli, esso seleziona quali molecole devono essere bloccate e quali invece possono essere assorbite. Questo processo avviene grazie ad una serie di barriere, mantenute insieme da un rivestimento composto da cellule dette "ad ombrello". Componenti fondamentali di questa barriera sono le glicoproteine e i glicosaminoglicani (GAGs), lunghe cate-

ne di disaccaridi (glucidi, zuccheri o carboidrati), della cui famiglia fa parte l'acido ialuronico.

In generale, un danno a livello dello strato dei GAGs può compromettere l'intera funzionalità dell'urotelio: ad esempio, la conseguente distruzione delle barriere protettive può danneggiare la capacità di selezionare le molecole, aprendo così il "cancello" anche ad allergeni, sostanze tossiche o

nocive. “Diverse sono le cause che possono attivare questi meccanismi, tra cui malattie autoimmuni, infezioni batteriche croniche, esposizione a radiazioni oppure farmaci antineoplastici”, ha spiegato **Rocco Damiano**, Professore di Urologia presso



Rocco Damiano

l’Università degli Studi “Magna Græcia” di Catanzaro e autore di numerosi paper sull’argomento.

Questo danno può causare cistite, una patologia contraddistinta da vari sintomi, tra cui dolori alla vescica, aumentata frequenza e urgenza della minzione. “Numerose evidenze confermano che i GAGs sono coinvolti nella patogenesi delle Infezioni delle vie urinarie (IVU), nella PBS/IC (sindrome della vescica dolorosa – cistite interstiziale) e nelle cistiti non batteriche”, sottolinea Rocco Damiano. Ma come ridurre queste infezioni? Una delle alternative, praticabile in alcuni casi, consiste nell’acido ialuronico: “attualmente vi sono evidenze cliniche a supporto dell’impiego di acido ialuronico in combinazione con condroitin solfato (altro componente del tessuto epiteliale appartenente alla categoria dei GAGs) nel trattamento delle cistiti ricorrenti [1]. Tali GAGs sono mucopolisaccaridi con proprietà idrorepellenti che rendono le pareti della vescica impermeabili alle sostanze contenute nelle urine. In questo modo, vengono promosse una serie di interazioni biochimiche volte alla formazione di un nuovo rivestimento, con un bene-

ficio in diversi casi prolungato nel tempo (due anni)”.

“In base ad uno studio presentato al Congresso EAU 2013 e in corso di pubblicazione, il migliore candidato per questo trattamento risulta essere un donna con meno di quattro episodi ricorrenti di IVU all’anno, in età premenopausale e con alvo regolare”, prosegue il Professore. “Essendo una molecola naturalmente prodotta dall’organismo, il suo utilizzo come trattamento presenta effetti collaterali ridotti, correlati per lo più alla modalità di instillazione in vescica”.

Lo “spazzino” delle vie respiratorie

L’acido ialuronico però non ricopre soltanto l’epitelio urinario, ma, ad esempio, è contenuto anche all’interno delle vie respiratorie, nel muco, un essenziale costituente fisiologico che protegge questo canale. Indicato in alcuni casi nel trattamento degli stati flogistici respiratori, l’acido ialuronico è una molecola idrofila – cioè letteralmente “amante dell’acqua” –, ovvero si lega facilmente con composti acquosi, mentre repelle le sostanze grasse, come avviene quando si prova a mescolare l’acqua nell’olio. Grazie anche a queste peculiari proprietà chimico-fisiche, l’acido ialuronico promuove l’idratazione dell’albero respiratorio, favorendo, un po’ come uno “spazzino” di molecole, la rimozione di cataboliti ed allergeni. Una delle sue principali azioni è quella di favorire la riepitelizzazione della mucosa nasale, che ha una doppia funzione di barriera contro gli agenti esterni ‘indesiderati’ e di pulizia mediante il meccanismo di clearance mucociliare.

“Questa mucosa è altamente differenziata”, illustra il Professor **Matteo Gelardi**, specialista in Otorinolaringoiatria e Responsabile della Unità Operativa Semplice di Rinologia presso Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari e Fondatore e Presidente dell’Accademia Italiana di Citologia Nasale. “Le cellule ciliate, insieme alla cellule mucipare, rendono possibile la clearance mucociliare, un meccanismo per il quale tutte le piccole sostanze esterne che entrano nella cavità nasale vi restano soltanto per un intervallo di tempo pari a 14 minu-



Matteo Gelardi

ti più o meno cinque. Dopo questo tempo le sostanze vengono portate all’orofaringe, dove vengono deglutite e dunque neutralizzate”. La mucosa nasale, però, può essere attaccata da agenti di tipo infettivo (batteri virus funghi) oppure di tipo immunoflogistico (ad es. allergeni).

“Un’alterazione sulla mucosa nasale da parte di eosinofili o mastocellule può portare alla rottura dei sistemi giunzionali tra una cellula e l’altra, così esse non sono più unite tra loro, con una compromissione della funzione di barriera e della clearance mucociliare della mucosa”, prosegue il Professor Gelardi. “Da un lato, corticosteroidi e antistaminici possono inibire la migrazione di eosinofili e mastocellule; dall’altro, oggi abbiamo a disposizione un nuovo presidio terapeutico contro le problematiche legate alla discontinuità della mucosa, derivanti da attacchi esterni o da interventi chirurgici: si tratta dell’acido ialuronico. L’utilizzo di questa sostanza, in base ai nostri studi, sia nei pazienti con rinite allergica che con rinite di altra natura [2], riduce notevolmente le cellule infiammatorie, tra cui in particolare i neutrofili”. E la riduzione dei neutrofili favorisce indirettamente la riepitelizzazione della mucosa, conclude il Professore, “in tempi più brevi rispetto all’andamento di ripristino senza l’uso di nessun presidio: se normalmente il tempo di rigenerazione della mucosa è di cir-

ca 20 o 30 giorni, l'acido ialuronico può abbreviare questo periodo di almeno una decina di giorni”.

Per combattere l'artrosi

Non ultimo, poi, l'utilizzo di acido ialuronico in ortopedia, in caso di artrosi. L'acido ialuronico, infatti, è un componente naturalmente presente nel liquido sinoviale, una importante sostanza viscosa presente nel nostro corpo che lubrifica la cavità articolare. “Diversi fattori possono causare una perdita di alcune proprietà chimico-fisiche di questo liquido, tra cui una predisposizione genetica, stili di vita scorretti (sedentarietà), malformazioni, malattie metaboliche, traumi ecc.”, spiega il Dottor **Michele Abate**, Specialista in Medicina fisica e riabilitazione presso il Dipartimento di Medicina e Scienza dell'Età dell'Università G. D'Annunzio di Chieti. “Il tutto può risultare in una riduzione della sintesi dell'acido ialuronico prodotto dai sinoviociti oppure in una minore elasticità dello stesso, in una forma che non è in grado di garantire la perfetta funzionalità delle articolazioni”.

Allora, come quando si mette dell'olio sui cardini di una porta per eliminarne il cigolio, l'acido ialuronico è in grado di lubrificare l'articolazione (viscosupplementazione), fornendole nutrimento e favorendo l'assorbimento dei traumi meccanici. “Per ripristinare un'omeostasi articolare più fisiologica, insieme ad una serie di norme comportamentali (dimagrire in caso di sovrappeso,



Michele Abate

non sollecitare l'articolazione in modo scorretto, eseguire trattamenti riabilitativi per stabilizzare l'articolazione dal punto di vista biomeccanico), la supplementazione dell'acido ialuronico può inibire la degradazione dell'acido stesso nell'articolazione [3], perché agisce sull'enzima ialuronidasi e ne normalizza la sintesi, stimolando le cellule a produrlo nella forma ‘normale’”, prosegue il Dottor Abate. “Associato alla riabilitazione e alle norme comportamentali, l'acido ialuronico è stato in grado, in numerosi casi, di ridurre il dolore e aumentare la mobilità”.

Insomma, come se fosse un “meccanico delle articolazioni”, l'acido ialuronico può talvolta essere anche un valido alleato contro l'artrosi.

“Gli effetti benefici di un ciclo di infiltrazioni – generalmente della durata di qualche settimana – possono protrarsi anche per circa sei mesi. Non ci sono effetti collaterali legati al dispositivo medico in quanto tale, dato che la molecola è naturalmente presente nel nostro organismo, ma bisogna prestare la massima attenzione durante l'infiltrazione, per evitare effetti indesiderati quali infezioni o l'inefficacia terapeutica se il dispositivo medico viene iniettato al di fuori del cavo articolare (danni alle articolazioni legati a batteri e granuloma da corpo estraneo, in alcuni casi è necessaria guida ecografica)”, spiega Abate.

Ma qual è l'efficacia dell'acido ialuronico in questo caso? “Funziona abbastanza bene nell'artrosi di grado lieve-moderata, soprattutto in persone relativamente giovani (40-70 anni); all'inizio ha un'efficacia minore rispetto al cortisone, il quale agisce maggiormente sull'infiammazione, ma dopo qualche settimana l'acido ialuronico inizia ad avere un'efficacia comparabile o uguale a quella del cortisone e a 6 mesi di tempo addirittura maggiore”, prosegue lo specialista. “Riguardo ai costi” – come anche nel caso dell'urologia e dell'otorinolaringoiatria – “il carico economico dell'acido ialuronico può risultare più elevato rispetto a quello di altri farmaci, in questo caso del cortisone, il quale però può avere diversi effetti avversi: considerando il rapporto costo/beneficio, dunque, la valutazione è più complessa e senz'altro il costo viene almeno in parte ammortizzato”.

Damiano Rocco

et al, Prevention of recurrent urinary tract infections by intravesical administration of hyaluronic acid and chondroitin sulfate: a placebo-controlled randomised trial, *Eur. Urol.*, 2011; 59(4): 645-51

Gelardi Matteo

et. al, Effect of intranasal sodium hyaluronate on the nasal cytology of patients with allergic and non-allergic rhinitis *International Forum Allergy Rhinology* 2013 Oct; 3(10): 807-13

Abate Michele

et al., Viscosupplementation with intra-articular hyaluronic acid for treatment of osteoarthritis in the elderly, *Current Pharmaceutical Design* 2010; 16: 631-640.

Deterioramento cognitivo lieve-moderato “precoce”

Quando sfuggono le parole

Stefano Attilio Nobili
mmg, Fimmg Milano

Il caso

Giordano ha 62 anni, è sposato e ha un figlio di 22 anni. Ha lavorato per molti anni come disegnatore poi come responsabile di call center. Da due anni pensionato. All'anamnesi, appendicectomia a 22 anni, ipoacusia bilaterale ingravescente dai 53 anni. Dai 58 anni il soggetto presenta deflessione del tono dell'umore con apatia e anedonia, inizialmente legata al lavoro e successivamente alla cessazione dell'attività lavorativa stessa.

I prodromi del quadro di cui al titolo si presentano 6 mesi dopo il pensionamento con un episodio dispercettivo notturno, riferito dalla moglie, associato ad affaccendamento inoperoso e confabulazioni che si ripeteva per alcune notti e per questo motivo il curante lo faceva valutare dallo specialista neurologo che riscontrava un quadro generale neurologico soddisfacente a parte l'ipoacusia bilaterale già nota: “paziente vigile, orientato s/t, collaborante, eloquio corretto, nervi cranici indenni, non deficit di forza, coordinazione e sensibilità nei limiti, riflessi presenti e simmetrici, Romberg negativo, normali la stazione eretta e la deambulazione; riferita insonnia”. L'ipotesi iniziale dello specialista era di un sospetto iniziale deterioramento cognitivo per il quale era consigliata comunque una RM dell'encefalo: “sistema ventricolare in asse, normoconformato e con dimensioni nei limiti di norma in rapporto all'età; alcune minute iperintensità sottocorticali riferibili a isolati fenomeni di demielinizzazione della sostanza bianca verosimilmente su base vascolare; non ulteriori alterazioni di segnale del parenchima cerebrale né in fossa posteriore”. Successivamente Giordano veniva sottoposto a valutazione

neuropsicologica: “il profilo neuropsicologico appare dimostrativo di deterioramento cognitivo lieve-moderato, con il coinvolgimento per lo più delle abilità fronto-esecutive e mnesico-linguistiche. Su tale profilo incide, seppur parzialmente, il quadro di alterazioni psico-emotive emerse all'esame clinico, confermate dal paziente e dalla moglie come familiare di riferimento. Si consiglia rivalutazione neurologica”.

Giordano era quindi rivisto dal neurologo che all'EO riscontrava: “eloquio fluente con critica e giudizio conservati; elementi di tangenzialità del contenuto semantico (ovvero che persegue inizialmente l'obiettivo da raggiungere, ma che nel fluire del discorso vi si discosta, a differenza del cosiddetto deragliamento dove si perde il nesso tra contenuto della risposta e domanda dell'esaminatore) e di confabulazione; presenza di occasionali anomalie. Conclusioni: verosimile esordio di malattia neurodegenerativa e di disregolazione del ritmo sonno-veglia. In relazione alla giovane età del paziente si consiglia ricovero neurologico per l'approfondimento del caso”.

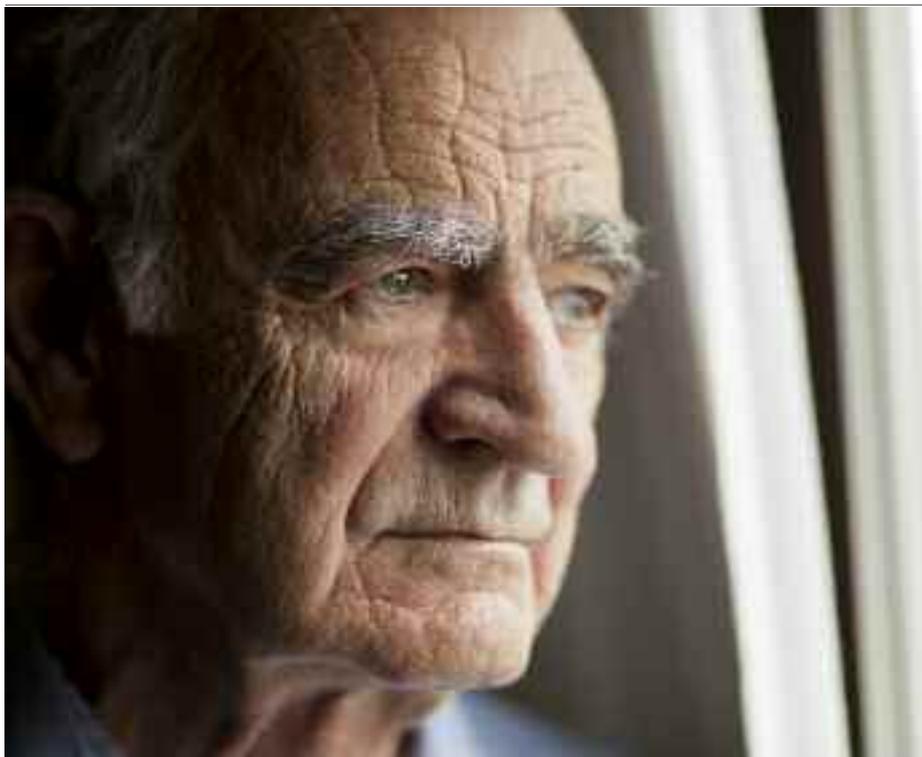
Durante il ricovero veniva esaminato il liquido cefalorachidiano (normale citometria e citomorfologia; proteina Abeta42, tau, tau fosforilata normali), l'EEG (moderata e diffusa disorganizzazione dei bioritmi cerebrali); esami principali, vitamina B12 e folati normali. La polisonnografia è stata impostata, ma il paziente ha rimosso la strumentazione (!). Diagnosi di dimissione: “decadimento cognitivo a verosimile genesi neurodegenerativa primaria, che non consente di formulare attualmente una diagnosi eziologica. Necessari

controlli nel tempo del quadro generale. Terapia con Mirtazapina 30mg e ciclo di training cognitivo ogni 5-6 mesi”.

Alla nuova visita neuropsicologica Giordano appare vigile, motivato, collaborante; la nota ipoacusia grave bilaterale è parzialmente compensata dalle protesi acustiche; è presente un modesto rallentamento ideo-motorio; il paziente appare orientato sufficientemente sulle dimensioni autobiografiche (non riferisce correttamente la propria età, sebbene rievoca correttamente la data di nascita e non sa riferire il CAP del domicilio di residenza), adeguatamente orientato lungo le coordinate temporali e spaziali; l'eloquio spontaneo è prodotto in maniera sufficientemente fluente e prosodica ed è caratterizzato da tangenzialità a tratti, quindi non sempre pertinente alle richieste poste, nonché dalla presenza di alcune anomalie compensate spesso dall'impiego di circonlocuzioni verbali. Alla prova di denominazione verbale (Boston Naming Test), emergono anomalie e alcune parafasie semantiche (es: dentifricio invece di spazzolino da denti, noce al posto di ghianda). Il Mini-Mental State Examination (MMSE) ha un risultato di 20 (vn a target di ≥ 24).

L'esame clinico si denota una conservazione della comprensione uditivo-verbale e la capacità di rievocare e collocare gli eventi autobiografici secondo una corretta logica temporo-causale. Il tono dell'umore è apparso deflesso come espresso dalla Geriatric Depression Scale.

Sul piano cognitivo, secondo un giudizio che Giordano fornisce da un punto di vista soggettivo, il paziente riferisce una difficoltà di memoria a lungo termine per eventi recenti associata a difficoltà di con-



centrazione e mantenimento dell'attenzione per tempi prolungati e talvolta problemi a recuperare alcuni vocaboli, riconducibili fino a due anni prima dell'esame presente. Tale quadro è confermato dalla moglie, in qualità di familiare di riferimento. In conclusione, il profilo neuropsicologico di Giordano, appare attualmente suggestivo di deterioramento cognitivo lieve-moderato con interessamento dell'efficienza fronto-esecutiva, delle abilità linguistiche e pur di minor entità delle facoltà mnestiche. La lieve deflessione dell'umore merita la prosecuzione del trattamento antidepressivo. Utile la valutazione periodica specialistica e la programmazione di cicli di training cognitivo indicativamente 1-2 volte l'anno e un re-testing a distanza di circa 12 mesi.

Note

Il deterioramento cognitivo lieve-moderato (Mild cognitive impairment -MCI) è una forma eterogenea sia nell'ambito delle manifestazioni cliniche che nella sua eziologia. Tale forma può manifestarsi nella Malattia di Alzheimer (AD) e non deve sorprendere che i soggetti affetti da MCI la possano sviluppare entro i sei anni. La presentazione dell'MCI può comunque essere dovuta anche a cause cerebrovascolari, demenze frontotemporali, morbo di Par-

kinson, AD atipica o patologie non specifiche.

Dal punto di vista dell'epidemiologia, la MCI negli USA si attesta al 3-4% nell'ottava decade di vita nella popolazione generale (Ganguli M, et al. *Neurology*. Jul 13 2004;63(1):115-21). Più specificamente nella popolazione afro-americana tra i 65 e i 74 anni la prevalenza è del 19%, e di più del 30% oltre gli 85 anni (Unverzagt FW et al. *The Indianapolis Study of Health and Aging*. *Neurology*. Nov 13 2001;57(9):1655-62 - Roberts RO et al. *The Mayo Clinic Study of Aging*. *Neuroepidemiology*. 2008;30(1):58-69). Non vi sono informazioni riguardo fattori di razza o culturali che portino a una maggiore incidenza di MCI.

Notiamo inoltre l'associazione di MCI con la deflessione del tono dell'umore, apatia ed anedonia, ben rappresentate in letteratura con una prevalenza del 39% (Lyketos C et al, *JAMA*, 288 (12), 1475-83, 2002 - Apostolova LG, *Dem Ger Cogn Dis* 2008; 25: 115-26).

Caso un po' particolare, quello di Giordano, l'esordio di MCI è leggermente più precoce rispetto ai dati di letteratura che parlano di solito dai 65 anni in su. Anche per questo motivo l'approccio da parte del neurologo è stato più "invasivo" rispetto a quello riservato ad un paziente ben più an-

ziano. Nel merito l'esame del liquor ha valutato la β -amiloide 1-42 (frammento della proteina precursore dell'amiloide - APP), costituita da 42 aminoacidi, con la caratteristica di aggregarsi molto facilmente ed essere neurotossica; la proteina Tau totale invece è indice di danno neuronale non specifico per AD: si riscontra infatti in quadri degenerativi, infiammatori, circolatori, neoplastici o traumatici. La proteina tau fosforilata è più specifica nella diagnosi di AD, a causa della iperfosforilazione delle proteine tau.

La diagnostica prevede, come da letteratura, un imaging cerebrale con RM o TC. Alcuni autori preferiscono la RMN perché maggiormente predittiva di progressione della MCI verso AD (Risacher SL et al. *Current Alzheimer Research*. Aug 2009;6(4):347-61).

Riguardo la terminologia utilizzata nelle valutazioni neuropsicologiche, facciamo cenno solo ad alcuni elementi: "...eloquio spontaneo è prodotto in maniera sufficientemente fluente e prosodica...": quest'ultima riconduce al messaggio non solo centrato sull'oggetto da comunicare, ma anche sul soggetto che effettua la comunicazione e mette in evidenza identità, stato d'animo, sentimenti ed emozioni.

Per quello che concerne i principali test neuropsicologici, al paziente è stato somministrato il Boston Naming Test (che riguarda l'espressione verbale con attribuzione dei nomi: consiste in 60 grandi disegni con un intervallo di familiarità decrescente).

Il ben più noto Mini Mental State Examination, o MMSE (Folstein 1975), valuta i disturbi dell'efficienza intellettiva e la presenza di deterioramento cognitivo. E' costituito da trenta domande che fanno riferimento a: orientamento nel tempo e nello spazio, registrazione di parole, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio e prassia costruttiva.

La Geriatric Depression Scale è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e trova una sua applicabilità anche nel paziente con grado di demenza lieve-moderato.

L'Ecografia Generalista: la sua storia e il futuro che vorremmo

Fabio Bono, Andrea Petrucci

Sono ormai 10 anni che è nato il progetto Ecografia Generalista, sono stati dieci anni entusiasmanti trascorsi con la leggerezza di un soffio.

Sembra ieri, ma in realtà era il 2004, che cominciammo a ragionare con alcuni amici della necessità di arricchire lo strumentario a disposizione della Medicina Generale.

Già molti anni prima ognuno di noi, in virtù di differenti esperienze professionali, aveva iniziato ad introdurre apparecchiature diagnostiche nei propri studi nella convinzione che, a valori irrinunciabili quali l'empatia e la visione olistica, fosse necessario aggiungere tecnologia per incrementare le possibilità diagnostiche della Medicina Generale. In sintesi: meno triage e più diagnosi.

Tra le tecnologie diagnostiche che normalmente usavamo (elettrocardiografo, saturimetro, ecografo, spirometro ecc.) la percezione condivisa era che solo l'ecografia poteva avere campi di applicazione così vasti da poter contribuire a migliorare gli outcome della Medicina Generale.

Fu così che dopo circa sei mesi, coinvolti alcuni sponsors, presentammo il progetto EcoGen ai vertici della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale e di Metis.

In quegli anni era una cosa che poteva suonare strana parlare di tecnologia in Medicina Generale ed ancor più di ecografia, ma ci fu dato il credito e l'appoggio di cui è capace una grande federazione come Fimmg.

Dieci anni di lavoro

Nell'autunno del 2004 presentammo il progetto EcoGen Fimmg alla comunità Scientifica Ecografica durante il XVI Congresso Nazionale SIUMB.

Lo presentammo in una sala alla presenza di più di settecento addetti ai lavori, e sicuramente non passò inosservato, provocando forti reazioni, dividendo l'auditorium tra i favorevoli, minoritari, che ne intuivano le importanti valenze per il Sistema Sanitario, ed i contrari che, nascondendosi dietro motivazioni pseudo-culturali, esercitavano una difesa di categoria.

Nei mesi successivi grazie al lavoro svolto ed all'aiuto di illuminati amici ospedalieri ed universitari fu possibile condividere, in un incontro presso la nostra sede nazionale alla presenza dell'allora presidente della SIRM, del presidente della SIUMB e dei vertici della nostra Federazione, un programma formativo in ecogra-

fia per i MMG con l'obiettivo di rendere più appropriata la nostra attività e di conseguenza ridurre il numero di esami e visite inappropriate.

In quegli anni erano nate le prime esperienze di AFT e di UCCP ed a livello organizzativo la mancanza di tecnologia diagnostica era molto sentita, in particolare all'interno delle strutture più complesse, e soprattutto era sentita la mancanza di un progetto formativo in ecografia indirizzato alla Medicina Generale.

Nei primi mesi del 2005 cominciammo a strutturare il percorso formativo che, con le dovute modifiche e con i successivi aggiornamenti, è ancora quello attuale.

A Castellaneta, durante il 57° Congresso Fimmg del 2005, si tenne il primo corso di Ecografia per i medici di Medicina Generale.

Il successo di quel corso e di quelli successivi ci portò nei primi mesi del 2006 a fondare la Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg che è stata per anni la struttura organizzativa delle attività formative in campo ecografico per la Medicina Generale, con il suo peculiare modello formativo, progettato per essere adeguato alle necessità della Medicina Generale, completamente differenti da quelle ospedaliere.

Un progetto formativo costituito da corsi che si svolgono al sabato ed alla domenica per non turbare l'attività degli studi di liberi professionisti quali sono i medici di Medicina Generale, con un programma articolato in tre componenti di pari dignità ed importanza: teoria, pratica su modelli normali e discussione sistematica di clips di casi clinici. Un programma in cui vengono affrontati tutti i temi di interesse della Medicina Generale.

Un modello derivato dalla volontà del nucleo dirigente della Scuola di fornire uno strumento formativo fruibile e realmente indirizzato al saper fare contrariamente a quanto capitava in altre realtà.

Un bilancio provvisorio

All'inizio dell'autunno 2014 festeggeremo il compimento di 200 corsi pratici, di 50 corsi teorici, di 40 monotelmi di ecografia muscoloscheletrica ed ecocolor Doppler, ma la nostra attività, in questi anni, non si è dedicata solo ai colleghi mmg che volevano divenire Ecografisti Generalisti, ma anche a coloro che volevano solo avere a disposizione una semeiotica più performante, rispetto a quella classica, ed è per questo motivo che abbiamo prodotto circa 70 corsi di ecostetoscopia.

Nel 2007, con l'approvazione del documento "La rifondazione

della Medicina Generale”, diveniva ancora più evidente il ruolo che avrebbe potuto avere la tecnologia nelle Unità di Medicina Generale e come questa avrebbe potuto contribuire a far mantenere un ruolo centrale alla Medicina Generale nel territorio.

Per lo stesso motivo e per garantire una adeguata preparazione in campo ecografico ai futuri mmg dal 2008 abbiamo iniziato a proporre seminari nelle scuole di Formazione specifica di molte regioni italiane. Negli ultimi anni i seminari in Ecografia Generalista per la Formazione Specifica, che solo nel 2014 saranno 60, sono stati resi validi per il completamento del percorso formativo in Ecografia per i medici di Medicina Generale agevolando in tal modo i giovani colleghi interessati in tale progetto.

In questi anni abbiamo avuto ai nostri corsi circa 11.000 presenze di mmg cui vanno aggiunte le presenze ai 260 seminari che dal 2008 sono stati tenuti nelle Scuole di Formazione Specifica.

Questa grande mole di lavoro formativo associato all'ingresso di colleghi più giovani, che dalle nostre rilevazioni appaiono più portati all'uso della tecnologia, ha fatto sì che il numero dei mmg che usano, a vario titolo, l'ecografia nei loro studi, sia salito a circa il 15% del totale.

Questa percentuale è circa doppia rispetto ai dati rilevati nel 2003 e siamo ormai prossimi all'obiettivo che ci eravamo proposti nel 2005, e cioè che almeno il 20 % dei mmg fossero formati all'uso dell'ecografia in modo da contribuire a migliorare l'appropriatezza globale delle Unità di Medicina Generale.

Un risultato sicuramente importante raggiunto grazie ai colleghi che hanno creduto nel razionale del progetto investendo risorse per fornire servizi ai propri utenti, ma anche grazie a Regioni, come la Toscana e la Basilicata, che hanno creduto e finanziato progetti formativi in Ecografia Generalista per i medici di Medicina Generale..

Verso il futuro: prima tappa il nuovo Acn

È di tutta evidenza che l'inserimento dell'Ecografia Generalista nei prossimi Accordi Collettivi Nazionali, come servizio eventualmente riservato alle fasce più deboli sia per patologia che per censo, porterebbe ad una più appropriata allocazione delle risorse. Questo grazie alla potenzialità della metodica nell'indirizzare le scelte nei percorsi di diagnosi e di cura.

Contestualmente aumenterebbe il numero di colleghi disposti ad investire in apparecchiature per la diagnostica riducendo il “rischio d'impresa”.

Nel 2010 nasce la Società di Ecografia in Medicina Generale (S.I.E.M.G.), sulla spinta dei tanti colleghi che richiedevano un punto di riferimento culturale sia durante l'iniziale percorso formativo che successivamente, nella necessaria continuità della formazione. Per questo motivo sul logo della Società appare il motto “La formazione come Missione”.

Il sito della Società è fortemente indirizzato alla formazione con una ricca disponibilità di casi clinici (più di 800 clips di casi patologici), relazioni di mmg ed ospiti dei convegni della Società, articoli di interesse ecografico, accordi sindacali in campo ecografico, tavole rotonde ed altro.

Tutto per garantire una qualità costante al processo formativo e facilitare l'aggiornamento ecografico dei medici di Medicina Generale sia sul campo che on line.

Tra le tante iniziative Siemg, dal 2013, tiene ogni anno un Congresso “Up-Date” indirizzato prevalentemente, ma non solo, all'aggiornamento dei colleghi che hanno ottenuto l'attestato di Ecografista Generalista e di coloro che sono iscritti all'albo degli ecografisti SIEMG al quale è possibile iscriversi rispettando gli standard di qualità richiesti dalla Società'.

Due quindi erano gli obiettivi che ci eravamo posti nel 2004: il primo contribuire a cambiare la Medicina Generale inserendo l'ecografia tra i suoi strumenti, in particolare nelle AFT ed UCCP, il secondo produrre una formazione di qualità.

È evidente che il secondo obiettivo, la formazione, è governata dal principio della domanda e dell'offerta. L'organizzazione logistica della scuola e la necessità di mantenere una elevata qualità hanno un costo elevato in termini di impegno scientifico e temporale da parte dei docenti ma anche, necessariamente, un costo finanziario.

Per anni la Medicina Generale è stata abituata alla formazione a costo zero e la formazione spesso non è stata funzionale ad acquisire competenze, ma a rispettare norme.

In questi anni abbiamo avuto la piacevole percezione che il sentimento generale stia cambiando e che i colleghi medici di Medicina Generale siano assolutamente disponibili ad investire in formazione, se di qualità ed indirizzata al saper fare.

La formazione è il principale motivo dell'esistenza di Siemg e fino a quando riuscirà ad interpretarlo correttamente continuerà nel proprio progetto.

Per quanto riguarda il primo obiettivo che ci eravamo dati e cioè l'inserimento dell'Ecografia Generalista nel setting della Medicina Generale a noi tutti membri della Siemg e contestualmente della Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg è sempre apparso lupalissimo che così sarebbe dovuto essere, ma non sapevamo quando sarebbe potuto succedere.

L'unico timore che abbiamo avuto in questi anni era di non arrivare preparati quando fosse successo, il timing in questi casi fa la differenza. Troppo presto o troppo tardi avrebbe comunque inciso in modo negativo.

Fortunatamente la legge Balduzzi, dal nome del ministro che la propose nel 2012, indicò la strada per un importante cambiamento della Medicina Generale con l'inserimento di “strumentazione di base” nelle strutture organizzate territoriali della Medicina Generale proponendo un modello organizzativo molto simile a quello indicato nel documento sulla “Rifondazione della Medicina Generale” proposto dalla nostra Federazione.

Con l'apertura delle trattative per il nuovo ACN abbiamo raggiunto uno dei nostri obiettivi, ovvero aver formato un numero adeguato di mmg Ecografisti Generalisti tale da consentire l'inserimento della metodica in un progetto organico di cambiamento.

Ora tutto si giocherà nei mille equilibri delle trattative per l'ACN, gestiti da un Sindacato coeso e da una squadra trattante forte e preparata.

La Simpesv su Facebook: oltre 2000 “mi piace”

Walter Marrocco*

La Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita e la S.I.M.P.e.S.V. hanno oramai da tempo sviluppato una serie di iniziative e di attività a favore dei cittadini e a favore e a disposizione dei Medici di Famiglia sui temi della Prevenzione e dei Sani Stili di Vita, con la realizzazione di documenti scientifici e divulgativi, strumenti di lavoro ed educazionali molto apprezzati anche per la “pulizia” del messaggio, sempre indipendente e di qualità garantita da un Direttivo di Colleghi di Medicina Generale Fimmg. A questi si è frequentemente associato il contributo di esperti esterni, tra i più qualificati a livello nazionale, provenienti anche dal mondo accademico e dall’ISS; che hanno sviluppato sensibilità e disponibilità alle metodiche informative e formative tipiche della MG.

Tutto questo è disponibile nel nostro storico sito web www.alimentazione.fimmg.org Ma da un punto di vista divulgativo e comunicativo abbiamo anche sentito la necessità di arrivare ad un pubblico più ampio possibile, utilizzando i Social Network, di cui non si può più fare a meno se si vuole essere presente in tempo reale sulle tematiche di promozione della salute. Ovviamente tutto questo richiede un particolare impegno, che si sviluppa con interventi continui, più volte al giorno, mai a scapito della qualità del messaggio, sempre scientificamente appropriato, validato ed indipendente.

Dopo un primo periodo di prova, da circa otto mesi siamo su Facebook, ottenendo ad oggi (28 maggio 2014) 2.038 “mi piace”: un risultato che può sembrare modesto, ma non lo è per una pagina scientifica, che non parla di sport o di spettacolo, che si confronta con un ambito inflazionato da numerose iniziative, spesso prive di garanzie scientifiche. Trattare argomenti su Sani stili di Vita, da una Sana Alimentazione all’Attività Fisica, nonché informazioni e commenti su come districarsi nell’informazione quotidiana, filtrata, interpretata e garantita in piena trasparenza dai medici di famiglia della Fimmg, è e potrà essere la nostra carta vincente.

Leggendo i dati relativi a chi utilizza la nostra Pagina Facebook, si vede come gli utenti siano molto diversificati, con una suddivisione tra maschi (32%) e femmine (68%) in controtendenza con le medie generali d’uso di Facebook. La fascia di età di maggiore partecipazione si colloca in tutti i segmenti compresi tra i 18 ed i 54 anni, con un picco del 22% F e 8% M di tutti i visitatori tra i 25 e i 34 anni, per scendere poi progressivamente dopo i 55 anni ad un 6% sia nei M che nelle F; ma questo potrebbe anche dipendere da un probabile minore uso dei social network in queste fasce di età della popolazione generale. Allarmante invece la modesta frequentazione nella fascia di età tra i 13 e i 17 anni dove a stento siamo intorno allo 0,4% per le F e allo 0,5 per i M; sembra però che,



SIMPesv

Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita

Sito web:

www.alimentazione.fimmg.org

Accesso Facebook:

attraverso la prima pagina del Sito, oppure cercando in Facebook la pagina fan dal titolo: alimentazione e stili di vita S.I.M.P. e S.V.

<https://www.facebook.com/pages/Alimentazione-e-Stili-di-Vita-SIMPesv/237097473085642>

Twitter:

[@AlimentazioneSV](https://twitter.com/AlimentazioneSV)

E-mail: alimentazione@fimmg.org

tra i giovani, l’interesse per FB stia riducendosi a favore di Twitter.

Analizzando la tipologia di utenti, questi risultano molto eterogenei: dal medico di famiglia, ai medici specialisti, ai farmacisti, ai biologo-nutrizionisti, agli insegnanti, ma anche studenti, impiegati pubblici e privati, casalinghe e pensionati. Da alcuni giorni poi, si è aggiunto un nuovo servizio della S.I.M.P.e S.V.: Twitter, che vi invitiamo ad usare per essere aggiornati in tempo reale su fatti e cose inerenti un Sano Stile di Vita.

*Presidente S.I.M.P.e S.V.

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

Gennaro Barbieri,
Fabio Bono, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti,
Saverio Cramarossa,
Luciano Fassari,
Giovanni Gabutti,
Paolo Giarrusso, Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Stefano A. Nobili,
Andrea Petrucci, Viola Rita,
Giovanni Rodriguez,

Ufficio grafico

Barbara Rizzuti
Daniele Lucia

Stampa

Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di maggio 2014

Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 1,50€

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Formula innovativa!

{
tocoatrienoli
+
acido clorogenico
+
berberina
}

=

↓ LDL
↓ TRIGLICERIDI
↓ GLICEMIA

=
TRIXY



Scoperta la vera sinergia per un metabolismo in equilibrio



Il mix vincente di 3 principi attivi naturali nella modulazione delle vie metaboliche di colesterolo, trigliceridi e zuccheri. Tutto questo è **TRIXY**

Informazioni riservate ai medici, farmacisti e farmacie

NATHURA.COM


NATHURA
Nutrizione Scientifica

lo posso

essere orgogliosa di far parte di un team in cui ognuno garantisce la qualità dei nostri prodotti, indipendentemente dal luogo di produzione.

lo posso...

perché

Mylan è una delle maggiori e affermate aziende al mondo produttrici di farmaci equivalenti e specialistici. I nostri team conducono accurati controlli su tutti i medicinali, dal principio attivo alla distribuzione.

In Mylan, la priorità siete voi e i vostri pazienti.

Visitate YourMylan.com

Veronique

Mylan Plant Senior Director

**La nostra
Mylan
è la vostra
Mylan.**

 **Mylan**

Seeing
is believing