

1-16

MENSILE  
LIV ANNO

**ATTUALITÀ**

Il "decreto appropriatezza" sarà riscritto pag. 9

**FIMMG**

Il CFSMG in Piemonte pag. 15

**SIMPESV**

I disturbi sessuali negli studi di MG pag. 24



---

# Al via i tavoli operativi con il Governo

---

Sospeso lo sciopero, ma prosegue la Vertenza Salute

am

# AVVENIRE MEDICO



Federazione Italiana Medici di Medicina Generale



## Il rimedio celere ai disturbi della regione anale



Gel a base di acido ialuronico con estratti naturali per favorire la cicatrizzazione, lenire e lubrificare la cute e la mucosa della regione anale.  
Tutto questo è **CELEVIS<sup>®</sup> Gel**

NATHURA.COM



LA NOSTRA RICERCA.  
IL TUO STAR BENE.

Informazioni liberamente disponibili presso i rivenditori farmacia (5)

Cambio di passo della  
Conferenza delle Regioni  
e nuovo Atto di indirizzo

## Riprendiamo la trattativa per il rinnovo della Convenzione

di Giacomo Milillo  
Segretario generale nazionale  
Fimmg

Non possiamo parlare, a quasi quattro anni dalla pubblicazione della legge 189, di una semplice trattativa per il rinnovo della Convenzione.

Non si tratta di un dovuto aggiornamento contrattuale, ma di un rinnovo che cade in un momento di svolta paragonabile per molti aspetti all'istituzione del Ssn del 1978.

Allora, tramontata la figura del medico specialista che lavorava in ospedale al mattino e aveva le mutue nel pomeriggio, o del medico laureato e abilitato che vinceva una condotta, veniva istituita la figura professionale del medico di famiglia con competenze peculiari, dando il via a un percorso formativo tutto particolare che ha portato all'istituzione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Oggi si tratta di ri-disegnare, sostenere e finanziare una figura di

un medico di medicina generale leader nell'area delle cure primarie, con competenze cliniche ma anche organizzative e gestionali in un territorio sempre più affollato da soggetti e figure professionali, sanitarie e non, che rivendicano spazi di autonomia spesso in conflitto con la professione medica.

Non possiamo permetterci di rinnovare un ACN sulle sabbie mobili di un territorio sfaldato e gestito anarchicamente dai più diversi portatori di interessi. È per questo che le azioni che proporremo saranno condivise con tutti i medici operanti nel Servizio sanitario nazionale.

Il cambio di passo della Conferenza delle Regioni ci induce a un timido ottimismo.

Serve lucidità, fermezza e impegno comune di tutti, perché da sola la Medicina Generale non potrà farcela.

# EDITORIALE

**Nell'incontro con il Governo del 9 marzo scorso trovata un'intesa per affrontare i nodi essenziali: valorizzazione del ruolo della professione medica, art. 22 Patto della Salute, precariato, formazione e rinnovo contratti. Ma se non si troveranno soluzioni concrete, lo sciopero si farà a maggio**

**I**l 9 marzo scorso le rappresentanze dei sindacati medici, tra cui il segretario nazionale Fimmg Giacomo Milillo, hanno incontrato a Palazzo Chigi una delegazione del Governo, rappresentato dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, dal sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo**, dalla ministra della PA **Marianna Madia**, e dal sotto segretario alla presidenza del Consiglio **Claudio De Vincenti**. L'incontro ha tracciato un percorso per affrontare i nodi essenziali posti con la Vertenza Salute: la difesa della sanità pubblica; il riconoscimento del ruolo dei medici e del lavoro che svolgono nel Ssn; i problemi della formazione e del precariato medico.

Durante l'incontro non si è parlato di risorse o numeri ma sono stati presi molti impegni dal Governo, tra cui quello "per la valorizzazione del ruolo e del lavoro dei medici riconoscendone la leadership su diagnosi, cura e riabilitazione". Impegni anche sui rinnovi contrattuali e sul rinnovo delle Convenzioni (v.box pag 7). Ciò che ha fatto decidere i medici per il rinvio dello sciopero "è la percezione - ha dichiarato **Giacomo Milillo** lasciando Palazzo Chigi - di un'attenzione sincera. Ma anche il fatto che la sanità sia entrata nell'agenda del Governo, che tutti i punti da noi segnalati siano stati considerati e che sia stata recepita la necessità di un progetto nazionale che metta insieme tutti i temi. In ogni caso non abbiamo cancellato lo sciopero. Lo abbiamo rinviato e siamo pronti a metterlo in atto se non si concretizzeranno gli impegni presi oggi, anche perché non basta un comunicato congiunto". I Tavoli previsti dall'incontro Governo - Sindacati medici sono sei e affronteranno: la valorizzazione della professione medica, per riconoscerle ruolo centrale nella pre-

# Sospeso lo sc ma la "Vertenza Salute

venzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti, nonché nella governance delle strutture sanitarie, ospedaliere e di medicina territoriale; partecipazione delle OoS nella stesura delle norme attuative

dell'art.22 del Patto della Salute (sviluppi professionali di carriera, la valorizzazione delle risorse umane, i rapporti con le altre professioni sanitarie); precariato medico; riforma del sistema di formazione, pre e

*Intervista a Giacomo Milillo*

## Non mi illudo ma voglio es Ora al lavoro su rinnovo convenzione, formazione e rapporti con le professioni

**Il segretario nazionale della Fimmg definisce l'agenda dopo l'accordo con il Governo. Su formazione attacco alle Università: "Si è dimostrata oggettivamente inadeguata". E sulla nuova Convenzione: "Bene assistenza H16 ma non sia standard unico". Segnali di apertura nei rapporti con le professioni: "Credo si possa trovare soluzione"**

*Luciano Fassari*



**“D**obbiamo vedere la realizzazione concreta degli impegni che sono stati assunti, ma voglio essere ottimista”. Il segretario della Fimmg, Giacomo Milillo, conferma che il

livello di allarme tra la categoria e il Governo dopo l'intesa di Palazzo Chigi di mercoledì è sceso. E nei prossimi due mesi da parte dei camici bianchi ci sarà una tregua nella protesta più dura per consen-

# io pero ” prosegue

post laurea; avvio dei rinnovi di contratti e convenzioni; verifica dell'ambito applicativo del comma 236 della legge di stabilità 2016 (vincolo di bilancio sul trattamento accessorio). *L.F.*

## sere ottimista.

tire ai tavoli confronto “non lavorare sotto costante minaccia”.

Ma il leader del sindacato dei medici di famiglia entra anche nel vivo degli impegni. Sui rapporti con gli infermieri: “Credo che la Presidente Mangiacavalli sia una persona con cui si può ragionare”. E poi sulla formazione non usa giri di parole: “Ho avuto la netta impressione che anche gli esponenti del Governo durante l'incontro abbiano capito che così com'è oggi siamo allo sbando e che l'Università si è dimostrata inadeguata”.

Milillo parla anche della nuova convenzione dopo le proposte di ‘nuovo’ atto d'indirizzo. “L'h16 va bene ma non diventi uno standard unico. Serve flessibilità”.

**Segretario, insomma è tornato il sereno con il Governo dopo l'intesa di Palazzo Chigi. Avete seppellito l'ascia di guerra. Ma quanto durerà?**

Chiariamoci: da ‘Defcon 1’ (livello massimo di emergenza dell'esercito Usa in una scala da 1 a 5) siamo passati a ‘Defcon 2’. E' stato un momento importante e un risultato per i sindacati. È chiaro che dob-

biamo vedere la realizzazione concreta degli impegni che sono stati assunti, ma voglio essere ottimista. Non mi illudo certo che risolveremo tutte le questioni ma che qualcuno, tra i tanti temi che abbiamo presentato, trovi soluzione sì. Che poi le soluzioni richiedano anche altre azioni di protesta è possibile.

**Avete rinviato lo sciopero di 60 giorni. Vi siete dati una ‘dead line’ per decidere o meno se revocarlo?**

Ma guardi, non la metterei che tra due mesi vediamo cosa si è concretizzato e decidiamo in maniera netta per questioni che richiedono perlomeno tutto l'anno per una verifica che abbia senso. Sulle risorse vedremo il Def, sui rinnovi contrattuali vedremo se si sbloccheranno gli atti di indirizzo per la riapertura delle trattative e via dicendo. Insomma, tra due mesi vedremo l'andamento dei lavori e quindi, a seconda di come staranno le cose, valuteremo se revocare lo sciopero o meno. Chiaramente permarremo in stato di agitazione perché come le dicevo prima siamo scesi da un livello di allerta massimo a quello inferiore, ecco magari tra due mesi scendiamo un altro gradino. Ma come le dicevo sono ottimista e per questo le dico che in questa fase vogliamo evitare che i tavoli istituzionali lavorino sotto costante minaccia. In ogni caso la nostra rendicontazione agli iscritti sarà continua e le iniziative della Vertenza proseguiranno. Dev'essere chiaro che siamo pronti a riprendere la protesta più dura di fronte a questioni o ritardi ingiustificabili.

**Tra gli impegni più rilevanti dell'intesa con il Governo vi è la valorizzazione della professione medica. Lunedì ci sarà la riunione sull'articolo 22 del Patto per la Salute su accesso, formazione e carriere senza dimenticare i rapporti con le altre professioni sanitarie in scia al comma 566. Come se ne esce?**

Ho un mio pensiero ma credo sia abbastanza condiviso tra i colleghi. Sicuramente l'Art. 22 è un'occasione e potrebbe diventare l'occasione anche per un dialogo con le professioni sanitarie. Noi abbiamo l'esigenza di una valorizzazione dell'atto professionale medico inteso come momento di diagnosi e coordinamento della cura anche in un lavoro di

## La proposta Sisac per il rinnovo dell'ACN

Il nuovo Atto d'indirizzo, ora all'esame delle Regioni, si muove su tre punti focali: assistenza territoriale H16, con servizio notturno all'Emergenza-Urgenza-118; Fondo Aft per i fattori produttivi; bacino di utenza dell'Aft non superiore a 30mila abitanti

**La Sisac ha messo a punto** il Documento integrativo dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata, che sarà la base su cui si riapriranno le trattative tra la parte pubblica e i sindacati dei medici di famiglia e dei pediatri. Il testo è ora all'esame del Comitato di Settore Sanità e sarà anche trasmesso alla Commissione Salute delle Regioni, che dovrà dare il suo parere. Le novità più rilevanti sono riassumibili in tre punti.

**Assistenza H16.** Le AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) dovranno garantire un'assistenza H16 che dovrebbe essere così articolata: le AFT dei medici di cure primarie e quelle dei pediatri di libera scelta articoleranno l'apertura degli studi dalle 8,00 alle 20,00, dei giorni feriali dal lunedì al venerdì; saranno i medici di cure primarie a rapporto orario, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale ad assicurare prioritariamente la loro attività tutti i giorni dalle ore 20,00 alle ore 24,00 e nei giorni di sabato e festivi dalle ore 8,00 alle ore 20,00, mentre nella fascia oraria notturna l'assistenza verrà assicurata dal servizio di Emergenza - Urgenza - 118.

**Bacino d'utenza AFT.** Il bacino d'utenza delle AFT sarà riferito ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti per garantire la continuità dell'assistenza. L'ambito territoriale dell'AFT della pediatria di libera scelta sarà invece definito dall'Azienda per ogni Distretto, in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

**Il Fondo di AFT.** Il nuovo Atto d'indirizzo dovrebbe poi intervenire anche sull'annosa questione della remunerazione dei fattori produttivi (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere, funzione informativo-informatica) che saranno coperti da un “fondo di AFT” che verrà erogato assicurando prioritariamente ai medici che attualmente percepiscono le predette indennità il mantenimento del trattamento economico in funzione dello standard assistenziale già garantito.

équipe. Fermo restando che quando si lavora in équipe ci possa essere una ripartizione dei compiti, ciascuno dei quali comporta una precisa responsabilità.

#### **Ma come la mettiamo con le nuove competenze?**

I livelli di autonomia credo che vadano definiti in base alle esigenze dell'assistito e credo che ci siano le massime premesse per un lavoro di squadra e di collaborazione. Resta il fatto che il medico, fino a che non cambia l'ordimento, è l'unico soggetto che è abilitato a formulare la diagnosi con la 'D' maiuscola e quindi a formulare il progetto terapeutico complessivo. La questione della responsabilità prevalente del medico dev'essere affrontata definendo quali sono gli spazi particolari delle altre professioni sanitarie.

#### **In questo senso come pensate di ricucire il dialogo con gli infermieri?**

Credo si possa trovare soluzione con le professioni e gli infermieri. Credo che la Presidente Mangiacavalli sia una persona con cui si può ragionare. Ma il punto base è che questi livelli di organizzazione devono competere ad un livello nazionale di contrattazione e non ad un livello locale. Non conosco il caso di Bologna ma credo si debba fare un'intesa Stato-Regioni condivisa con le professioni che definisca le specifiche deleghe. È chiaro che se un infermiere si trova in un'autoambulanza che per qualche ragione non ha il medico e si trova ad affrontare una situazione in cui è per esempio determinante la somministrazione di un farmaco non possiamo pensare di sacrificare una vita.

#### **Altro tema è lo sblocco del precariato. Tutti sembrano essere d'accordo.**

Le dico solo che la questione è semplicemente doverosa. Non dare strutturazione significa non creare continuità assistenziale e non creare legami stabili con l'équipe. **C'è poi la questione della formazione professionale.**

Durante l'incontro con il Governo ho avuto l'impressione, sia chiaro mia personale, che sia il Ministro della Salute, che quello della PA Madia e anche il Sottosegretario De Vincenti abbiano compreso che la formazione dei medici è allo sbando e ha bisogno di interventi strutturali. Ci sono forti resistenze dell'Università. Noi diciamo no a guerre di contrapposizione ma crediamo sia arrivata l'ora di un confronto serio,



*Abbiamo l'esigenza di una valorizzazione dell'atto professionale medico inteso come momento di diagnosi e coordinamento della cura anche in un lavoro di équipe. Fermo restando che quando si lavora in équipe ci possa essere una ripartizione dei compiti, ciascuno dei quali comporta una precisa responsabilità.*



perché così non va.

#### **Mi fa qualche esempio.**

Prima le dico che nessuno vuole mettere in dubbio l'autonomia delle Università o la rilevanza del Miur. Le nostre richieste si fondano su quella che è la formazione dei medici oggi. Un ambito in cui l'Università si è dimostrata oggettivamente inadeguata. Guardiamo all'Europa, nelle specialità per lavorare c'è bisogno di una certificazione reale. Da noi non c'è. Bravi nella teoria ma non nella pratica. La specialità, all'estero è un traguardo curriculare, non accademico. Il percorso è vario e non è tutto in un ambiente. Insomma c'è bisogno di una certificazione reale delle competenze e di un'apertura alla pratica. In medicina generale abbiamo tre anni sottopagati ed è ingiustizia. Ma non possiamo negare anche che durante i 3 anni i tirocinanti sono di fatto spettatori mentre si potrebbe unire la formazione al lavoro. Le famose attività professionalizzanti previste dalla Legge Balduzzi. All'estero, le ripeto, il medico in formazione lavora ed è supervisionato e valutato periodicamente e acquisisce competenze manuali sul campo.

**Atto d'indirizzo. Ha detto che la riapertura dei tavoli sui rinnovi sarà un elemento fondamentale. Come valuta le prime novità sul documento? Sull'Assistenza H16 che ne pensa? Sembra essere uno dei nodi da sciogliere.**

Valuto molto positivamente la proposta ma va chiarito che l'H16 non dev'essere visto come il nuovo standard unico o la riduzione delle ore di assistenza. Noi crediamo che la flessibilità organizzativa debba essere massima anche a livello aziendale. Allora l'h16 ha senso laddove sposta risorse professionali dalla notte ad aspettare una visita, all'assistenza diurna dei cronici e laddove la statistica, l'esperienza, le caratteristiche orogeografiche, etc. non dimostrano una grande richiesta di continuità assistenziale. Il problema da chiarire è sapere però che le 24 ore siano coperte in modo coordinato e organico con il 118. In certe metropoli potrebbero aver senso per esempio le h24 ambulatoriali. Il punto è che bisogna dare ai cittadini i servizi nella misura in cui servono.

#### **Sul Fondo delle AFT invece?**

È un fondo virtuale. Ed è un meccanismo che si realizzerà pienamente tra qualche anno ma è chiaro che dovrà prevedere un percorso. Con la Sisac abbiamo condiviso nei nostri incontri la volontà di scrivere una convenzione nuova e snella, che avrà in allegato della misure che consentiranno la trasformazione.

In questa fase il Fondo va visto come un passaggio graduale dall'indennità strutturale o per attività alla costituzione dei fattori di produzione. Un passaggio brusco non era possibile ma questo meccanismo si alimenterà nel cambio generazionale. Nel senso che le risorse destinate ai fattori di produzione di chi lascia saranno a messe disposizione degli altri medici attraverso nuovi parametri. Certo speriamo in ogni caso che arrivino altre risorse fresche.

#### **Segretario, due cose infine: appropriatezza e poi i rapporti con le Regioni. Visto che negli ultimi anni sono state il vostro principale bersaglio.**

Sull'appropriatezza siamo in attesa di una circolare Fnomceo che garantisce le modalità di comportamento in attesa che il decreto sia semplificato e perfezionato. Con le Regioni il conflitto lo abbiamo avuto sempre con la Conferenza. Sempre rappresentata da un'Emilia Romagna che ha avuto un approccio rigido e ideologico. I cambi sono ancora da valutare ma sono cambiati alcuni atteggiamenti. Staremo a vedere.

*L'intervista è stata pubblicata su [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)*

Caos negli studi per le norme inapplicabili sulle prescrizioni

## Il “decreto appropriatezza” sarà riscritto



**La ministra Lorenzin incontra la presidente Fnomceo Chersevani: deciso un tavolo per semplificare e riformulare i criteri di appropriatezza ed erogabilità delle prestazioni al quale parteciperanno rappresentanti di Ministero, Regioni, Fnomceo e Società scientifiche. In attesa della revisione le sanzioni ai medici sono sospese**

I primi giorni di applicazione del decreto ministeriale sull'appropriatezza sono stati caotici e per questo, il 12 febbraio scorso, la ministra Beatrice Lorenzin ha fissato un incontro al quale hanno partecipato l'assessore dell'Emilia Romagna Sergio Venturi, in rappresentanza delle Regioni, la presidente della Fnomceo Roberta Chersevani e i presidenti degli Ordini dei Medici di Bari, Filippo Anelli, e di Como, Gianluigi Spata. Assenti invece i rappresentanti dei sindacati medici, che protestavano per non essere stati convocati direttamente.

L'incontro ha fissato alcuni criteri con i quali rivedere, nelle prossime settimane, il decreto:

**confermare** l'obiettivo etico di perseguire con determinazione la massima appropriatezza di tutte le prestazioni sanitarie erogate dal Ssn, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, sia nelle cure primarie, comprese le indagini diagnostiche;

**attivare** un tavolo congiunto di confronto, con la partecipazione del ministero della Salute, delle Regioni, della Fnomceo, la quale potrà avvalersi anche dell'apporto

delle società scientifiche, al fine di semplificare dal punto di vista organizzativo e prescrittivo ed eventualmente riformulare i criteri di appropriatezza e di erogabilità previsti dal DM 9 dicembre 2015;

**coinvolgere** i medici nella governance del sistema e delle eventuali criticità nella fase attuativa e applicativa del DM 9 dicembre 2015;

**condividere** e predisporre una circolare esplicativa con l'obiettivo di garantire l'applicazione omogenea delle disposizioni del DM 9 dicembre 2015;

**fare un'adeguata informazione** presso i pazienti, anche attraverso specifiche campagne di comunicazione, con l'obiettivo di facilitare la comprensione del contenuto del DM, e di garantire che i pazienti cronici e gli invalidi rimangono salvaguardati dalle vigenti disposizioni;

Inoltre, è concordato che le risorse risparmiate saranno reinvestite nel Ssn, nella direzione dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Le sanzioni previste dalla legge sono al momento sospese e saranno oggetto di un nuovo Accordo in Stato Regioni, come previsto dall'Intesa del 26 novembre scorso.

**Milillo**

**“Necessario ridiscutere le norme-bavaglio sulla libertà prescrittiva dei medici”**

“La rimessa in discussione del decreto-bavaglio sulla libertà prescrittiva dei medici è l'unica decisione che il Ministro Lorenzin poteva assumere per porre un freno a caos e nuovi super ticket”, ha dichiarato al termine dell'incontro tra Ministero e Federazione dell'Ordine dei medici (Fnomceo) il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo. “L'auspicio – ha proseguito – è che il tavolo di confronto tra Ministero della salute, Regioni e Federazione dell'Ordine dei medici sappia correggere le molte distorsioni sul piano clinico e amministrativo da subito denunciate dalla Fimmg. A cominciare dall'effetto perverso dalla definizione di un decreto che sembra imporre al percorso diagnostico del medico obblighi di certezze e non di sospetto come è tipico delle cure primarie. Accogliamo inoltre con favore il chiarimento delle Regioni circa l'assenza dell'obbligo di prescrivere su ricette separate le prestazioni soggette a note che ne limitano la prescrivibilità solo nei casi ritenuti “appropriati”. Marchingegno burocratico che avrebbe comportato una proliferazione del super ticket fisso di 10 euro su ogni ricetta. “I medici di famiglia – aggiunge Milillo – non si sono mai voluti sottrarre all'impegno di garantire la massima appropriatezza prescrittiva, ma questo non può significare sanzionare il medico prescrittore qualora gli accertamenti escludano una sospetta patologia. Su questo aspetto non si è fatta chiarezza, così come permangono ombre sulle sanzioni a carico dei medici, demandate a un futuro accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni anziché a una commissione paritetica, come sarebbe stato auspicabile. L'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva – conclude Milillo – non si raggiunge minacciando i medici e il loro rapporto di fiducia con i pazienti ma coinvolgendoli nelle scelte che riguardano più che mai professionalità e competenza, da sempre riconosciutegli dagli assistiti italiani”.

*Le difficoltà di applicazione del decreto legislativo 151/2015*

## Nuove norme per i certificati Inail: i medici chiedono uno slittamento



**L'art. 21 del D.legs 151/2015, modificando gli articoli 53 e 251 del DPR 1124/1965, prevede che qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto Assicuratore**

*Guido Marinoni*

**L**a norma entrerà in vigore da aprile, salvo proroghe. La disposizione apre una serie di problemi, che elenchiamo di seguito e che sono stati segnalati dalla FNOMCeO al Ministero della Salute e all'INAIL in un recente incontro, da tempo richiesto dalla FNOMCeO. 1) Deve essere definito il concetto di "prima assistenza". In assenza di tale definizione si dovrebbe infatti intendere che anche interventi di primo soccorso in condizioni di emergenza (ad esempio su strada, su mezzi di trasporto terrestre, navali, ecc...), da parte di qualsiasi medico iscritto all'albo (stante la generica previsione di "qualunque medico"), possano rientrare nella "prima assistenza".

2) Tutti i medici (compresi quelli in quiescenza) dovrebbero pertanto accreditarsi nel sistema dell'INAIL e disporre di strumenti idonei all'invio telematico. Inoltre sarebbe richiesto un nuovo e specifico processo di accreditamento INAIL, quando ormai praticamente tutti i medici (attivi) sono già accreditati al sistema TS.

3) Non è previsto un termine per l'invio, che pertanto dovrebbe essere contestuale (connettività costante, fissa e mobile, di tutti i medici).

4) Un problema a parte è rappresentato dal compenso. La legge non prevede che sia l'interessato a richiedere il rilascio del certificato, pertanto il costo del certificato dovrebbe essere sempre a carico dell'INAIL.

5) Nonostante l'obbligo a carico di tutti i medici di rilasciare un certificato sostanzialmente assimilabile ad una denuncia, rimarrebbe comunque in capo al medico l'obbligo (nei casi previsti) del referto, in questo caso tuttavia cartaceo.

Per quanto attiene ai Medici di Medicina Generale, inoltre, la questione del compenso merita un'ulteriore specificazione. Come molti ricorderanno, anni fa esisteva una Convenzione tra Sindacati Medici e INAIL per il pagamento dei certificati. Tale Convenzione non fu più rinnovata da FIMMG per numerose ragioni, non ultima il ritardo nei pagamenti da parte dell'INAIL.

Nel tempo alcuni medici hanno mantenuto di propria iniziativa, in regime di prorogatio, la Convenzione a suo tempo in essere, altri, secondo le indicazioni del Sindacato, hanno disdetto la Convenzione operando in regime libero professionale. Non è chiaro se e in che misura l'INAIL rimborsi ai cittadini i certificati rilasciati in regime libero professionale.

Con il nuovo sistema, nell'ipotesi del pagamento automatico dei certificati a qua-

lunque medico, andrebbero identificate specifiche tariffe, non è chiaro con quali relazioni contrattuali tra medico e INAIL. Nell'ipotesi in cui ciò non si realizzasse, in sede di accreditamento informatico, andrebbero distinti i medici optanti per un regime di Convenzione (quale?) dagli altri. La FNOMCeO ha chiesto il rinvio dell'entrata in vigore della norma, fino a quando non saranno risolte le criticità sopra elencate. A tale richiesta si è aggiunta quella della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, diretta al Ministero del Lavoro, mirata alla "costituzione di un tavolo tecnico interministeriale... al fine di individuare in maniera condivisa le possibili soluzioni di carattere normativo rapidamente adottabili nelle more dell'entrata in vigore o eventualmente, se necessario, entro tempi congrui con un eventuale slittamento della entrata in vigore del provvedimento in oggetto".

Si attendono pertanto le decisioni del Ministero del Lavoro, che non era presente al primo incontro con la FNOMCeO. Viene spontaneo considerare che non si tratta del primo provvedimento legislativo, preso in totale assenza di consultazione con le rappresentanze del mondo medico, rivelatosi poi di difficile se non di impossibile applicazione.

*Publicato il terzo rapporto Censis - Aima*



# Alzheimer

## 600.000 malati in Italia.

## Più di 42 mld di euro di spesa tra assistenza e costi indiretti

**Oltre 70mila euro l'anno per ogni paziente, ma l'assistenza sanitaria vera e propria è solo per il 27% del totale. Una cifra che potrebbe essere ridotta con l'adeguamento e il potenziamento dei servizi.**

**S**ono 600mila i malati di Alzheimer in Italia e a causa dell'invecchiamento della popolazione sono destinati ad aumentare. L'Adi (Alzheimer's Disease International) ha stimato a livello mondiale per il 2015 oltre 9,9 milioni di nuovi casi di demenza all'anno, cioè un nuovo caso ogni 3,2 secondi.

In Italia il costo medio annuo per assistere questi pazienti è stato stimato pari a 70.587

euro pro capite, comprensivo dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale, di quelli che ricadono direttamente sulle famiglie e dei costi indiretti (gli oneri di assistenza che pesano sui caregiver, i mancati redditi da lavoro dei pazienti, ecc.).

Moltiplicandolo per il numero dei malati la cifra fa paura: 42,352 miliardi di euro l'anno, di cui "solo" 11,364 miliardi per le cure sanitarie e assistenziali in senso stretto.

Il grosso va per le cosiddette spese indirette, che in questo caso pesano per la quasi totalità sul caregiver, ovvero il familiare e/o i familiari che si prendono cura dei malati. È quanto emerge dalla terza ricerca realizzata dal Censis con l'Aima (Associazione italiana malattia di Alzheimer), con il contributo di Lilly, che ha analizzato l'evoluzione negli ultimi sedici anni della condizione dei malati e delle loro famiglie.

La dimensione economica dell'assistenza. Il costo medio annuo per paziente, comprensivo sia dei costi familiari che di quelli a carico del Ssn e della collettività, è di 70.587 euro, di cui il 27% circa (18.941 euro) sono costi diretti e il 73,2% costi indiretti (51.645 euro). Per quanto riguarda i costi diretti, la quota più significativa è rappresentata dai costi legati all'assistenza informale (60,1%) che è al 100% a carico del-

**70.587***Costo medio annuo per paziente in euro***27%***Costi diretti***73%***Costi indiretti*

le famiglie. Le spese sanitarie legate agli accessi all'Uva (Unità di valutazione Alzheimer) e ai ricoveri in strutture ospedaliere (totalmente a carico del Ssn) rappresentano il 5,1% del totale dei costi diretti, mentre le spese per l'accesso ai servizi socio-sanitari costituiscono il 19,1% dei costi diretti e sono articolate con quote più consistenti (70% e oltre) a carico del Ssn per l'assistenza formale, l'Adi, i centri diurni e un carico equamente ripartito tra Ssn e famiglie per i ricoveri in strutture socio-sanitarie e assistenziali come le Rsa.

Altre categorie di spesa, quelle per le attività ambulatoriali, come visite, analisi e attrezzature e ausili sanitari rappresentano il 7,7% del totale dei costi diretti e risultano principalmente a carico del Ssn (78,3%); le spese per i farmaci (3,9% del totale dei costi diretti) vanno distinte tra quelle relative a farmaci specifici per Alzheimer, che ricadono principalmente sul Ssn, e quelle per farmaci non specifici la cui spesa appare quasi ripartita tra famiglie e Ssn. Infine, sono stati considerati gli esborsi per le modifiche dell'abitazione, costi sostanzialmente a carico delle famiglie e che rappresentano il 3,1% dei costi diretti.

I costi indiretti sono per definizione a carico della collettività e rappresentano la quota più consistente, pari al 73,2%, del totale. Sono costi stimati monetizzando gli oneri di assistenza che pesano sul caregiver, che rappresentano il 97% circa del totale dei costi indiretti, a cui si aggiunge anche la piccola quota rappresentata dai mancati redditi di lavoro dei pazienti.

Per effettuare la valutazione dei costi è stata utilizzata la medesima metodologia delle due precedenti indagini e il confronto con i dati rilevati in precedenza ha messo in luce un progressivo incremento dei costi diretti che, considerando l'andamento in valori reali, tra il 2006 e il 2015 risultano aumentati del 13,3% (il confronto tra il

**78,8***L'età media dei malati di Alzheimer***77,8***L'età media nel 2006***73,6***L'età media nel 1999***59,2***L'età media dei caregiver impegnati nell'assistenza***54,8***L'età media nel 2006***53,3***L'età media nel 1999*

1999 e il 2015 mette in luce un incremento ben più ampio e pari al 91,0%), in particolare risulta più ampia la quota gravante sulle famiglie per l'accesso ai servizi socio-sanitari. Si assiste allo stesso tempo a un lieve aumento (+0,2%) dal 2006 al 2015 dei costi indiretti, a fronte di un andamento nel periodo complessivo che mette in luce una riduzione di questa tipologia di costo (-14,0%).

### Malati e caregiver invecchiano insieme

L'età media dei malati di Alzheimer è di 78,8 anni (era di 77,8 anni nel 2006 e di

73,6 anni nel 1999). Il 72% dei malati è costituito da pensionati (22 punti percentuali in più rispetto al 2006). E sono invecchiati anche i caregiver impegnati nella loro assistenza: hanno mediamente 59,2 anni (avevano 54,8 anni nel 2006 e 53,3 anni nel 1999). Il caregiver dedica al malato di Alzheimer mediamente 4,4 ore al giorno di assistenza diretta e 10,8 ore di sorveglianza. Il 40% dei caregiver, pur essendo in età lavorativa, non lavora e rispetto a dieci anni fa tra loro è triplicata la percentuale dei disoccupati (il 10% nel 2015, il 3,2% nel 2006). Il 59,1% dei caregiver occupati segnala invece cambiamenti nella vita lavorativa, soprattutto le assenze ripetute (37,2%). Le donne occupate indicano più frequentemente di aver richiesto il part-time (26,9%). L'impegno del caregiver determina conseguenze anche sul suo stato di salute, in particolare tra le donne: l'80,3% accusa stanchezza, il 63,2% non dorme a sufficienza, il 45,3% afferma di soffrire di depressione, il 26,1% si ammala spesso.

### Ad assistere i malati sono soprattutto figli e badanti

Pur essendo sempre i figli dei malati a prevalere tra i caregiver, in particolare per le pazienti femmine (in questo caso i figli sono il 64,2% dei caregiver), negli ultimi anni nell'assistenza al malato sono aumentati i partner (sono passati dal 25,2% del totale del 2006 al 37% del 2015), soprattutto se il malato è maschio. Questo dato spiega anche l'aumento della quota di malati che vivono in casa propria, in particolare se soli con il coniuge (sono il 34,3% nel

2015, erano il 22,9% del 2006) o soli con la badante (aumentati dal 12,7% al 17,7%). Nell'attività di cura del malato, i caregiver possono contare meno di un tempo sul supporto di altri familiari: nel 2015 vi fa affidamento il 48,6%, mentre nel 2006 era il 53,4%. La badante rimane una figura centrale dell'assistenza al malato di Alzheimer: ad essa fa ricorso complessivamente il 38% delle famiglie. La presenza di una badante ha un impatto significativo sulla disponibilità di tempo libero del caregiver. Se complessivamente il 47,8% dei caregiver segnala un aumento del tempo libero legato alla disponibilità di servizi e farmaci per l'Alzheimer, tra chi può contare sul supporto di una badante la percentuale cresce di oltre 20 punti percentuali (68,8%) e di circa 30 punti nel caso in cui il malato usufruisca della badante e di uno o più servizi (77,1%).

### Più consapevolezza sulla malattia, ma tempi lunghi per la diagnosi

Il 47,7% dei caregiver afferma di aver reagito subito alla comparsa dei primi sintomi della malattia del proprio assistito, interpellando il medico di medicina generale (47,2%), lo specialista pubblico (33,1%) o lo specialista privato (13,6%). Solo il 6,1% si è rivolto immediatamente a una Uva (Unità di valutazione Alzheimer). Tuttavia, la gran parte degli intervistati dichiara di aver ricevuto la diagnosi da un professionista diverso da quello consultato per primo (63,1%). A formulare la diagnosi di Alzheimer è principalmente lo specialista pubblico (65,5%), in particolare un neurologo (nel 35,6% dei casi) o un geriatra (29,9%), e solo per il 13,4% è stato uno specialista privato. Nel tempo si è ridotta la percentuale di pazienti che hanno ricevuto la diagnosi da una Uva (dal 41,1% nel 2006 al 20,6% nel 2015), mentre è aumentata la quota di diagnosticati dallo specialista pubblico (era il 37,9% nel 2006, è il 65,5% oggi). Il tempo medio per arrivare a una diagnosi resta elevato, pur essendo diminuito da 2,5 anni nel 1999 a 1,8 anni nel 2015.

### Il ricorso ai farmaci

Il panorama dei trattamenti farmacologici disponibili per i malati di Alzheimer ha subito nell'arco di tempo intercorso tra le tre

# 47,2%

*Interpella il medico di medicina generale alla comparsa dei primi sintomi della malattia*

# 33,1% 13,6%

*Lo specialista pubblico Lo specialista privato*

indagini notevoli trasformazioni, con il passaggio dalla non disponibilità gratuita dei farmaci specifici appena immessi in commercio, gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (rivastigmina, donepezil e galantamina), indicati per i malati con uno stadio non avanzato della patologia, alla loro rimborsabilità secondo quanto previsto in prima istanza dal Progetto Cronos. La somministrazione di tali farmaci, sulla base della Nota 85 dell'AIFA, era gratuita nel 2006 e nel 2009 la gratuità è stata estesa anche alla memantina, farmaco indicato per gli stadi più gravi della patologia. Nonostante la gratuità dei farmaci specifici, questa indagine ha messo in luce una lieve riduzione della percentuale di malati che fanno ricorso a tali farmaci (passando dal 52,0% del 1999 al 59,9% del 2006 fino al 56,1% del 2015). Viceversa, si presenta in aumento la porzione di malati di Alzheimer che utilizza farmaci per disturbi del comportamento (69,8%), rispetto all'indagine precedente (62,8%), e si tratta più frequentemente di farmaci volti al controllo di sintomi come l'agitazione, le allucinazioni e i deliri (35,8%) e secondariamente di farmaci per il sonno (28,3%) o per stati di depressione (22,5%) o ansia e agitazione (19,5%). Si presenta invece minima la percentuale di pazienti che fa uso di farmaci non specifici per Alzheimer (4,5%), cui si fa ricorso per migliorare la memoria o la circolazione cerebrale, farmaci che nel 2006 erano assunti dal 20,7% dei rispondenti.

### Un'assistenza sempre più informale e privata

Diminuisce di 10 punti percentuali rispetto al 2006 il numero dei pazienti seguiti da una Uva o da un centro pubblico (56,6%). Quando la patologia è più grave il dato è ancora più basso (46%). Si abbassa leg-

germente anche la percentuale di pazienti che accedono ai farmaci specifici per l'Alzheimer: dal 59,9% al 56,1%. Ed è diminuito il ricorso a tutti i servizi per l'assistenza e la cura dei malati di Alzheimer: centri diurni (dal 24,9% al 12,5% dei malati), ricoveri in ospedale o in strutture riabilitative e assistenziali (dal 20,9% al 16,6%), assistenza domiciliare integrata e socio-assistenziale (dal 18,5% all'attuale 11,2%). Ampio è invece il ricorso all'assistenza informale privata: i malati che possono contare su una badante sono il 38%. Alla badante si fa ricorso principalmente utilizzando il denaro del malato (58,1%). Ma rispetto al passato emerge il peso inferiore delle risorse del malato (nel 2006 rappresentavano l'82,3% delle risorse destinate alle badanti), che appaiono bilanciate da un più ampio ricorso all'indennità di accompagnamento e al denaro dei figli o del coniuge.

"I tre studi realizzati da Censis e Aima negli ultimi sedici anni evidenziano come stia progressivamente cambiando il mondo dei malati di Alzheimer e delle loro famiglie", ha detto Ketty Vaccaro, responsabile dell'Area Welfare e Salute del Censis, presentando la ricerca. "È un mondo che invecchia e cresce l'impatto della malattia in termini di isolamento sociale. La famiglia è ancora il fulcro dell'assistenza, ma può contare su una disponibilità di servizi che nel tempo si è ulteriormente ristretta, mentre sono ancora presenti le profonde differenziazioni territoriali dell'offerta", ha concluso Vaccaro.

"Oggi l'obiettivo di una cura efficace per i malati di Alzheimer sembra essere più vicino, ma è importante che, oltre al frenetico lavoro degli scienziati, anche i sistemi sanitari e la società in generale riflettano su quale sia un possibile modello di gestione della patologia e delle sue ricadute socio-sanitarie - ha sottolineato Eric Baclet, Presidente e Ad di Lilly Italia - siamo certi che, di fronte ai dati epidemiologici e all'impatto socio-economico di questa patologia, solo attuando uno sforzo sinergico tra tutti gli attori potremo trovare una strategia di azioni sostenibili, volte a migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro caregiver: dalla prevenzione alla diagnosi certa, dai trattamenti farmacologici al percorso assistenziale adeguato ai bisogni".

# SCUOLA TRIENNALE DI FORMAZIONE IN MEDICINA FUNZIONALE REGOLATORIA PER MEDICI ED ODONTOIATRI

*Un percorso formativo altamente qualificato, finalizzato a garantire l'apprendimento dell'abilità diagnostica e terapeutica per essere al passo con il mondo della medicina che cambia: un'accattivante proposta che mira a formare una nuova "mens medica". Teoria e pratica si sposano, all'interno di ogni lezione e nei laboratori pomeridiani, sotto la supervisione e la guida di esperti docenti.*

**Apertura della Sessione Estiva**

**3-10 SETTEMBRE 2016**

**LOCALITÀ SPECCHIOLLA | CAROVIGNO (BR)  
RIVA MARINA RESORT**

**LEZIONE MAGISTRALE**

a cura del **Prof. Luc Montagnier**,  
Premio Nobel per la Medicina 2008

*Aging and new scientific highlights for prevention  
of chronic diseases*



La **Società Italiana di Medicina Funzionale (SIMF)**, da molti anni, affianca medici e farmacisti nella loro pratica professionale, offrendo una formazione basata sui principi scientifici della Medicina Funzionale Regolatoria (MFR). La MFR è una branca della medicina che studia la risposta biologica dell'organismo allo stress, causato da agenti fisici, chimici, biologici e sociali. In quest'ottica, sono considerate di enorme importanza le interconnessioni fra psiche e soma, mediate dai seguenti apparati: sistema nervoso autonomo, immunitario ed endocrino. Ogni persona è caratterizzata da una personale individualità biochimica e fisiologica, in cui il metabolismo, le condizioni dei pH biologici e la reattività enzimatica hanno un ruolo rilevante. La MFR non è in contrapposizione alle conoscenze della medicina convenzionale, piuttosto le integra, fornendo innovativi modelli diagnostico-terapeutici.

Direttore scientifico **Dott. Carlo Maggio**



Società Italiana di Medicina Funzionale

| seguici su  | [www.simf.it](http://www.simf.it) |

**SIMF** - Via Manzoni, 35 | 20855 Lesmo (MB)  
Tel. 039.6064886 | fax 039.5788057  
E-mail: [info@simf.it](mailto:info@simf.it) | [www.simf.it](http://www.simf.it)



Partecipa al Programma di Educazione  
Continua in Medicina

**INFORMAZIONI E ISCRIZIONI**  
SARA VISCARDI  
Tel 039.5780232 - Fax 039.5788057  
[sara.viscardi@simf.it](mailto:sara.viscardi@simf.it)

**Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) permette di conseguire il Diploma necessario per l'esercizio dell'attività di medico di medicina generale (mmg, medico di famiglia) nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.**

*Aldo Mozzone*  
FIMMG TORINO

# Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale: **fotografia di una esperienza**



## **La situazione in Piemonte**

Le Regioni emanano, di norma ogni anno, i bandi di concorso per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale sulla base del fabbisogno individuato secondo quanto previsto dall'art. 1 del Decreto del Ministero della Salute 7/03/2006.

In Piemonte il corso triennale è organizzato in canali, contraddistinti da un colore diverso, ognuno di circa 45 componenti. Attualmente stanno frequentando il corso circa 300 colleghi distribuiti nei tre anni con il coordinamento di 11 medici di famiglia inseriti in un apposito elenco di Coordinatori e Docenti in Medicina Generale della Regione (Marco Araldi, Gabriele Bellomo, Matteo Caposieno, Paola Chiara, Aldo Lupo, Marco Marchetto, Marco Morgando, Patrizia Piano, Andrea Pizzini, Marzio Uberti e Aldo Mozzone).

La finalità generale del CFSMG è di consentire al medico di acquisire competenza professionale nell'ambito delle attività cliniche, della relazione con l'assistito, della organizzazione del lavoro, della gestione dei percorsi di cura applicati alla complessità della Medicina Generale: di poter contare, quindi, su un adeguato bagaglio di conoscenze e abilità utili per un proficuo avviamento alla professione.

Nel corso si intende dotare i tirocinanti delle capacità di saper individuare e gestire la molteplicità dei problemi presentati dagli assistiti, ricercare e utilizzare correttamente gli strumenti utili per la professione, adoperarsi nel coordinamento con gli altri professionisti per garantire la continuità ospedale-territorio.

Si tratta quindi di promuovere la qualificazione professionale diretta alle performances proprie della MG, contribuire a dotare i partecipanti delle competenze necessarie a svolgere in modo appropriato i com-

**Suddivisione in canali: attualmente il corso è seguito da circa 300 tirocinanti**

Partecipanti concorso 2015-2018  
**772** domande presentate  
**383** partecipanti effettivi  
**389** assenti  
**322** punteggio minimo di 60 punti  
**30 anni** età media tirocinanti non in soprannumero

piti contrattati tenendo in massima considerazione il fatto che la formazione del medico di famiglia deve essere coerente con gli obiettivi e le finalità del sistema in cui opera. L'obiettivo complessivo didattico del corso è il seguente: il medico acquisisce la capacità di svolgere l'attività di mmg prendendosi carico della salute psicofisica dei propri assistiti nelle varie fasi della loro vita, consapevole dei caratteri distintivi della disciplina, del contesto in cui opera e dei mezzi che ha a disposizione.

I partecipanti sono impegnati in tirocini presso studi di medici di famiglia in attività, adeguatamente formati a svolgere funzioni tutoriali, e presso strutture ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario nazionale nell'ambito di una mirata "formazione sul campo". Sono inoltre impegnati in attività seminariali e teoriche guidate dai coordinatori del Corso per acquisire le conoscenze necessarie ad affrontare con competenza la professione. Acquisiscono quindi le conoscenze, le capacità pratiche, relazionali e organizzative necessarie per essere MMG. Inoltre affrontano le tematiche etiche, deontologiche e normative indispensabili.

**L'articolazione del Corso**

Il corso prevede una frequenza di almeno 4.800 ore distribuite in tre anni, di cui 2/3 dedicate ad attività pratiche ed 1/3 a quelle teoriche. Nello sviluppo del percorso formativo è premura dei coordinatori adeguare i contenuti trasmessi ai cambiamenti organizzativi e di contesto che la Medicina Generale sta affrontando in questi anni. L'attività clinica o pratica guidata, l'attività medica guidata ambulatoriale e domiciliare, nonché l'attività seminariale, prevedono un impegno orario pari a quello per il personale medico dipendente del SSR a

**La normativa che regola il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale**

- **D. Lgs. n. 368 del 17 agosto 1999** che recepisce la "Direttiva 93/16/CEE del 5 aprile 1993 in materia di libera circolazione dei medici, e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli";
- **D. Lgs. n. 277 dell'8 luglio 2003** che recepisce la "Direttiva 2001/19/CEE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico";
- **Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2006** "Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale".

tempo pieno. Nei seminari è privilegiata la collaborazione da parte di mmg con esperienza di docenza limitando la partecipazione degli specialisti di branca ad un ruolo consulenziale di approfondimento di alcuni temi specifici. Ciò con il fine di mettere costantemente al centro del corso l'acquisizione delle competenze distintive della Medicina Generale. La specificità della professione è tale che solo chi la pratica, e conosce bene i suoi caratteri distintivi, può insegnarla. I seminari sono strutturati in modo da tenere in forte considerazione le caratteristiche di professionisti adulti proprie dei partecipanti. I giovani medici della formazione specifica non sono studenti, ma colleghi già inseriti nella professione con varie, anche se limitate, esperienze: pertanto l'attività teorica si basa su processo di apprendimento per l'adulto (modelli di andragogia). È previsto, di conseguenza, un loro coinvolgimento anche mediante tecniche di didattica attiva (lavori a

Tabella 1. I numeri del CFSMG

3	anni di durata complessiva del CFSMG
4800	ore complessive di attività didattica
1600	ore di attività teorica
3200	ore di attività pratica
255	numero di seminari
48	sessioni di studio finalizzato
200	giorni di attività presso lo studio di un medico di famiglia tutore

piccoli gruppi, discussioni su casi clinici reali e simulati, lezioni integrate da compilazione di griglie e questionari). Nell'espletamento delle attività pratiche ai tutori ospedalieri e delle strutture del territorio è richiesta una particolare attenzione a trattare ed approfondire gli aspetti utili ad una reale integrazione tra le discipline, per formare i tirocinanti ad un uso appropriato della risorsa ospedale e delle consulenze specialistiche e ad una capacità di collaborazione tra i diversi livelli del Servizio Sanitario.

**Limiti e prospettive di miglioramento**

**1. Oggi gli indirizzi organizzativi e didattici** dettati dalla normativa vigente vengono declinati in modo talvolta assai differente da regione a regione. Obiettivo comune, di prioritario interesse per il nostro Servizio Sanitario Nazionale, è quello di riuscire finalmente nell'impresa di definire un modello di riferimento per il CFSMG, per dare ancora più qualità e soprattutto più omogeneità al corso. Il passo necessario è quello di costruire un modello didattico di riferimento comune in tutte le Regioni. La lettura dei piani formativi permette di verificare come oggi nelle varie regioni si concretizzino vere e proprie eccellenze, sia dal punto di vista dei



Tabella 2. Attività formative teoriche

Attività	in aula	extra aula
Seminari in didattica attiva	X	
Seminari conferenziali	X	
Studio finalizzato	X	X
Test di apprendimento	X	
FAD		X
Tesi	X	X
Convegni		X
Compiti assegnati		X

Tabella 3. Attività pratiche

Periodo formativo	durata in	durata in ore
Ambulatorio Medico di Medicina Generale	12	1067
Strutture di Base dell'Unità Sanitaria locale sul territorio	6	533
Medicina clinica e Medicina di laboratorio	6	533
Dipartimento materno infantile	4	355
Chirurgia generale	3	267
Pronto Soccorso Emergenza-Urgenza ospedaliera	3	267
Ostetricia e Ginecologia	2	178
TOTALE	36 mesi	3200 ore

contenuti che delle modalità didattiche. Si tratta quindi di saper individuare il meglio di ogni esperienza, utilizzando anche i riferimenti europei in proposito, e disegnare così percorsi più uniformi.

**2. La riorganizzazione** professionale prevista della Medicina Generale deve poter comportare opportunità di coinvolgimento dei medici tirocinanti in attività assistenziali dirette, nell'ambito delle prestazioni fornite dal Ssn, che hanno forte valenza formativa e per le quali, sempre nel rispetto delle leggi vigenti, non si deve porre preclusione in sede di programma.

**3. Le proiezioni** dimostrano come in pochi anni, senza correttivi, la medicina del territorio andrà incontro ad una contrazione dei professionisti adeguatamente formati a svolgere gli incarichi di

mmg ed a conseguenti gravi carenze nel servizio. In simulazioni non particolarmente pessimistiche in Piemonte, ad esempio, si può prevedere che il numero di medici inseriti nelle graduatorie regionali non sarà in grado di compensare i pensionamenti già a partire dal 2020. In pochi anni la situazione sarà tale da non poter garantire a tutti i cittadini l'accesso ad una adeguata assistenza sanitaria primaria. Occorre quindi fin da ora programmare per il futuro, stabilendo numeri di accesso al CFSMG tali da permettere il ricambio necessario.

### A Pavia si apre un Master Universitario di II Livello in Ossigeno-Ozono Terapia

Un Master Universitario in Ossigeno-Ozono terapia, realizzato in collaborazione con SIOOT (Società scientifica di Ossigeno-Ozono terapia), per offrire ai Laureati in Medicina e Chirurgia l'acquisizione di necessarie competenze pratiche e scientifiche per l'utilizzo professionale/terapeutico dell'Ossigeno-Ozono terapia secondo i protocolli SIOOT recepiti dall'Istituto Superiore di Sanità

Il Master si svolgerà presso l'Università degli Studi di Pavia nel periodo marzo 2016/marzo 2017. Per informazioni e iscrizioni contattare la segreteria organizzativa Universitaria:

<http://www.unipv.eu/site/home/didattica/post-laurea/master/articolo12762.html>  
oppure [www.ossigenoozono.it](http://www.ossigenoozono.it)

**La Medicina Generale, e più genericamente la sanità territoriale, sono in un momento di grandi cambiamenti con la nascita delle A.F.T e delle Unità Complesse di Cure Primarie.**

**Realtà organizzative** ove diverse professionalità (mmg, specialisti, infermieri, assistenti sociali, ecc.) collaborano per dare risposte più appropriate alle richieste di salute dei cittadini.

**L'obiettivo di queste strutture territoriali** è di divenire il punto di riferimento sanitario per i cittadini sul territorio affinché all'ospedale siano indirizzati solo quei cittadini che, per gravità dell'acuzie o complessità della patologia, non possono essere seguiti efficacemente a domicilio.

**È esperienza comune** come la semeiotica classica, seppure importantissima, spesso non consenta di prendere decisioni clinico-terapeutiche senza il supporto di metodiche strumentali. Con questa convinzione la Scuola nazionale di Ecografia Generalista Metis - SIEMG ha iniziato, nel 2005, a formare i medici di MG all'uso dell'ecografo, nella certezza di poterne migliorare notevolmente le prestazioni intese come capacità di diagnosi, terapia, presa in carico ed uso delle risorse.

# Eco Bed-Side: la visita eco assistita

*Fabio Bono  
 Andrea Stimamiglio*

## **L'ecografia nella MG e le nuove apparecchiature ultraleggere**

L'intenso lavoro formativo di questi anni ha portato ad un notevole aumento degli ecografi a disposizione dei medici di Medicina Generale che possono essere usati, non solo per eseguire ecografie a tutto tondo da parte di mmg esperti, ma anche da parte di mmg non esperti nel campo ecografico che sono stati formati a riconoscere un numero di quadri ecografici limitati ma che possono notevolmente incrementare gli out-comes della visita. Non da ultimo l'evoluzione della tecnologia ha recentemente portato all'immissione



ne sul mercato di nuove apparecchiature ad ultrasuoni ultra leggere (400 gr) ed a costi decisamente più contenuti rispetto al passato. Queste apparecchiature, sebbene inadeguate a eseguire ecografie per come le intendiamo al giorno d'oggi, possono però fornire la stessa opportunità diagnostica anche a mmg che non lavorano in contesti ove sono presenti attrezzature ecografiche.

In estrema sintesi, si tratta di offrire alla platea più ampia possibile una nuova semeiotica che consenta di affrontare in modo più appropriato i dubbi diagnostici che ci poniamo quando ci troviamo di fronte ad alcune sintomatologie addominali o toraciche.

Basti pensare come potrebbe cambiare il ragionamento clinico se, affrontando un paziente con dolore epigastrico/ipocondrio dx si potessero integrare i segni della semeiotica classica, come la presenza o assenza della peristalsi, del riflesso peritoneale e la sede del dolore, con immagini ecografiche che ci evidenziassero la presenza o l'assenza di una colecistite, di un'idrope della colecisti o di una calcolosi della colecisti.



Con la stessa semplicità, se invece che affidarci, per dolori al fianco più o meno irradiati ai quadranti inferiori dell'addome, a manovre come quella di Giordano o di Guyon, notoriamente scarsamente sensibili e specifiche, ci affidassimo alla diagnostica ad ultrasuoni potremmo più semplicemente "guardare" attraverso i tessuti alla ricerca di una dilatazione del sistema calico-pielico, sicuramente più indicativa di una resistenza al passaggio delle urine attraverso le vie escrettrici, nella gran parte dei casi secondaria ad un calcolo che si è impegnato nell'uretere, e comunque meritevole di ulteriori accertamenti.

Anche in campi particolari, come quello della gestione dei pazienti con deterioramento cognitivo, quante volte può capitare di non riuscire a stabilire se il paziente ha un globo vescicale o se, più semplicemente, e soprattutto in estate, è disidratato ed ha bisogno di liquidi? Identificare un globo vescicale utilizzando tecnologia ad ultrasuoni non solo è semplice, ma richiede, realmente, poco tempo per apprendere le modalità di esecuzione dell'indagine.

La semeiotica ad ultrasuoni fornisce una realtà aumentata che amplifica le nostre capacità cliniche in modo considerevole; con l'ecografia il periodo di apprendimento, a seconda degli obiettivi che ci si dà, è compreso tra i 6 mesi e i 2 anni, ma diverso è il tempo necessario per poter realizzare l'eco bed-side, o visita eco-assistita, per realizzare la quale è possibile apprendere, in un tempo molto limitato, alcuni semplici quadri ecografici particolarmente importanti nella attività di tutti i giorni.

#### **Un esempio importante: gli aneurismi dell'aorta addominale**

Un altro esempio, particolarmente rilevante per le conseguenze spesso drammatiche che questa patologia può avere, è l'individuazione degli aneurismi dell'aorta addominale.

Nei pazienti over 65 la prevalenza di questa patologia in questi ultimi anni si è ridotta notevolmente attestandosi attorno al 2,2 %, presumibilmente grazie alla progressiva modificazione di fattori di rischio come il fumo, ciò non toglie che si tratti di

numeri importanti ove, a fronte di un rischio operatorio basso se l'intervento è in elezione (mortalità 3%), in acuto la mortalità permane molto elevata (80 % prima di giungere in ospedale e 50 % intraospedale). Far scorrere una sonda in proiezione trasversale dall'apofisi xifoidea all'ombelico richiede una manciata di secondi, ma potrebbe cambiare la vita a molte persone se il medico di Medicina Generale potesse farlo a tutti i suoi pazienti in quella fascia d'età. Lo stesso discorso può valere per la dispnea; piccoli ecostetoscopi possono dare al medico indicazioni sulle dimensioni antero-posteriori della cava, che correlano con la pressione venosa centrale, sulla presenza di versamenti pleurici o pericardici, sulla presenza di un polmone umido, che a sua volta correla con il BNP nonché sulla frazione di eiezione visiva; questi dati, assieme alla clinica classica, consentirebbero di indirizzare le scelte diagnostiche sicuramente in modo molto più appropriato, e permetterebbero di rimettere la Medicina Generale al centro del PDTA per i pazienti scompensati.

#### **Il percorso formativo alla visita eco-assistita**

Già nel 2010 producemmo più di 100 corsi formativi in questo settore, suscitando grande interesse nei colleghi, ma la penetrazione delle attrezzature ecografiche nel modo della Medicina Generale non era quella attuale e, contestualmente, i costi degli ecostetoscopi non erano quelli del giorno d'oggi.

Il percorso formativo in visita eco-assistita è indirizzato a tutti i mmg, non per creare ecografisti "minori", ma per formare i mmg all'uso di uno strumento che consenta loro di ampliare la propria semeiotica su alcuni temi limitati, ma molto significativi, al fine di consentire loro di prendere decisioni clinico terapeutiche supportate da dati oggettivi.

Non quindi corsi per quei mmg che per vocazione hanno deciso di inserire l'ecografia nel proprio setting professionale, ma per tutti quei medici di Medicina Generale che desiderano apprendere una nuova semeiotica per migliorare le proprie prestazioni professionali e contribuire a mantenere la leadership della Medicina Generale nel sistema di cura di cure territoriali.



## Ingegneria nelle lesioni legamentose del ginocchio

Utilizzando un sistema basato sulla luce polarizzata che approfondisce la struttura fine del collagene in un campione di legamento del ginocchio, i ricercatori hanno dimostrato come gruppi di fibre adiacenti con modificazioni dell'orientamento, permettono di definire preventivamente i punti di rottura. I ricercatori della Facoltà di Ingegneria e Scienze Applicate della Pennsylvania University hanno acquisito nuove conoscenze riguardanti le lesioni microscopiche dei legamenti, con conseguente sintomatologiche e disfunzionali, nonostante la mancanza di evidenti elementi diagnostici rilevati dagli strumenti clinici esistenti. In uno studio recentemente pubblicato sul *Journal of Royal Society Interface*, il team della Pennsylvania University ha sottoposto a prove di tensione fino alla rottura, campioni di legamenti di ginocchio umani. In un lavoro precedente, Beth Winkelstein, professore del Dipartimento di Bioingegneria della Pennsylvania University, Perelman School of Medicine, aveva evidenziato le lesioni microscopiche legamentose dopo tensione estrema. Queste microlesioni iniziano con una disorganizzazione delle fibre legamentose pari a un paio di pixel su una scansione ottica. L'ipotesi era che le cellule all'interno della matrice di collagene vengono allungate durante il carico; in questo modo era necessario vedere come la matrice si riorganizzava sotto tensione. Da qui l'ipotesi dell'esistenza di lesioni anomale tissutali che derivano da alterazioni anatomiche proprie di ogni individuo: la presenza e la posizione di tali lesioni potrebbero spiegare perché le persone reagiscono allo stesso tipo di lesioni con esiti diversi.

**B. A. Winkelstein et al. *Journal of The Royal Society Interface*, 2016; 13 (114): 20150883.**

## Verso la sconfitta nella lotta contro la resistenza agli antibiotici?

L'analisi degli archivi storici del suolo risalenti al 1923 ha rivelato un evidente parallelo tra la comparsa della resistenza agli antibiotici in medicina e germi resistenti agli antibiotici rilevati nel corso del tempo nei terreni agricoli trattati con concime animale. I dati raccolti dagli archivi del suolo in Danimarca, paese dove gli antibiotici sono stati vietati in agricoltura dal 1990, forniscono dati sulla resistenza agli antibiotici da parte di germi resistenti presenti nell'ambiente e sull'evoluzione della resistenza agli antibiotici in medicina. I ricercatori della Newcastle University, UK, hanno dimostrato che l'uso ripetuto di concime animale e antibiotici può aumentare la capacità dei batteri del suolo di mobilitare e di acquisire resistenza nei confronti dei nuovi antibiotici. Gli autori dello studio affermano che i dati raccolti mettono in evidenza l'importanza di ridurre l'uso degli antibiotici in tutti i settori per ridurre la resistenza globale. In particolare, la resistenza agli antibiotici in medicina non può essere risolta soltanto riducendo il numero di antibiotici prescritti nella pratica: per ridurre



l'aumento globale della resistenza agli antibiotici abbiamo bisogno di ridurre sì il loro consumo ma anche di migliorare il loro utilizzo. Gli antibiotici sono stati utilizzati in medicina dal 1930, salvando milioni di vite. Due decenni più tardi so-

no stati introdotti nelle pratiche agricole e la Danimarca era tra i leader nell'impiego di antibiotici per aumentare la produttività e la salute degli animali impiegati in agricoltura. Tuttavia, una crescente consapevolezza sulla resistenza agli antibiotici ha portato l'UE a chiedere che l'uso degli antibiotici in contesti non terapeutici fosse più responsabile in modo da eliminarne gradualmente la resistenza e la Danimarca ha aperto la strada. Prima del 1960, i livelli batterici nel terreno concimato erano bassi, ma dalla metà del 1970, i livelli di batteri  $\beta$ -lattamici resistenti hanno iniziato ad aumentare nei terreni concimati, con un picco a metà degli anni 1980. Nel frattempo, le resistenze ospedaliere agli antibiotici erano gradualmente aumentate tra il 1963 e il 1989. Confrontando le due linee temporali, è stata notata la correlazione tra i germi resistenti nei campioni di terreno con tipi simili resistenti in campo medico. A seguito del divieto dell'uso di antibiotici nell'agricoltura danese, gli agricoltori hanno introdotto nelle colture agricole componenti contenenti rame, con proprietà antibiotiche naturali, al posto degli antibiotici e il livello dei germi  $\beta$ -lattamici resistenti nei terreni concimati è diminuito rapidamente, raggiungendo livelli preindustriali nel 2010. Traendo spunto dall'agricoltura, sarà possibile migliorare la resistenza agli antibiotici anche in campo medico.

**D. W. Graham et al. *Scientific Reports*, 2016; 6: 21550.**

## Il chewing gum senza zucchero fa risparmiare milioni nelle cure dentarie

Uno studio dell'Università di Plymouth afferma che l'NHS inglese potrebbe risparmiare 8,2 milioni di sterline l'anno sui trattamenti dentali – l'equivalente di 364.000 controlli dentistici – se tutti i ragazzi di 12 anni di età in tutto il Regno Unito utilizzassero chewing-gum senza zucchero dopo i pasti, al fine di prevenire la carie. La carie dentaria è prevenibile, ma il trattamento è un peso crescente sul NHS e sulle finanze familiari. Le cifre più recenti del governo mostrano che i giovani del Regno Unito presentano livelli inaccettabilmente elevati di carie che può avere un impatto reale sulla loro autostima e sulla loro salute, con addirittura il 35% dei soggetti di 12 anni di età imbarazzati a sorridere o ridere a causa della condizione dei loro denti. La ricerca dell'Università di Plymouth indica in un risparmio di 2,8m di sterline sui trattamenti dentali all'anno se tutti i ragazzi di 12 anni di età in tutto il Regno Unito masticassero un chewing-gum al giorno; risparmio che aumenta a 3,3m con due e 8,2m di sterline con tre chewing gum al giorno. La British Dental Health Foundation raccomanda di lavarsi i denti per due minuti, due volte al giorno come modalità per mantenere i denti puliti e sani, per i bambini di età superiore ai sette anni e utilizzare gomme da masticare senza zucchero durante il giorno, estremamente efficace nel neutralizzare gli acidi della placca e riducendo il rischio di carie. Il chewing gum senza zucchero, utilizzato dopo i pasti, aumenta la produzione di saliva, che aiuta a lavare via le particelle di cibo e neutralizzare gli acidi della placca nocivi che, nel tempo, possono indebolire i denti e portare a carie; inoltre promuove la remineralizzazione dello smalto dei denti. L'importante ruolo di gomma senza zucchero nella cura orale è ampiamente riconosciuto e accettato da parte di esperti, associazioni odontoiatriche e autorità di regolamentazione di tutto il mondo come la Commissione europea (CE) e il World Dental Federation (FDI).

**L. Claxton et al. *BDJ*, 2016; 220 (3): 121.**

## Chi soffre di aracnofobia sovrastima la dimensione del ragno



I ricercatori della Ben Gurion University del Negev (BGU) hanno scoperto che chi soffre di aracnofobia sovrastima le dimensioni del ragno rispetto ad altri animali che non suscitano paura. I ricercatori hanno fatto compilare a studentesse della BGU un questionario che misurava la loro paura dei ragni e diviso i partecipanti in due gruppi: soggetti affetti da aracnofobia e senza aracnofobia. I risultati hanno dimostrato che, anche se entrambi i gruppi valutano le immagini dei ragni come più sgradevole rispetto alle altre immagini, solo i partecipanti altamente fobici sovrastimavano le dimensioni dei ragni. Secondo Tali Leibovich della BGU, anche la percezione di una funzione di base come la dimensione è influenzata dalle emozioni e dimostra come ognuno di noi sperimenta il mondo in un modo unico e diverso. Si può porre anche un'altra domanda: "È la paura che innesca l'aumento della percezione delle dimensioni del ragno o è l'alterata percezione della dimensione che provoca la paura?".

**Tali Leibovich et al. *Biological Psychology*, 2016.**

## L'esposizione all'inquinamento atmosferico aumenta il rischio di obesità



Animali di laboratorio che respiravano aria altamente inquinata di Pechino risultavano con un peso maggiore oltre ad avere un aumento del colesterolo LDL, dei trigliceridi, colesterolo totale e resistenza all'insulina, rispetto a ratti non esposti a inquinamento. Dopo solo 19 giorni di esposizione all'aria inquinata, i polmoni e il fegato di femmine gravide di ratto presentavano un aumento del quadro infiammatorio. In questi ratti il colesterolo LDL era più alto del 50%, i trigliceridi del 46% e il colesterolo totale del 97% rispetto ai controlli, così come il livello di resistenza all'insulina. La conclusione dei ricercatori è che l'esposizione all'inquinamento atmosferico provoca una disfunzione metabolica. Infatti, i ratti esposti all'inquinamento presentavano un peso significativamente maggiore al termine della gravidanza, anche se i topi di entrambi i gruppi erano alimentati con la stessa dieta. I risultati di questo studio sono coerenti con altri lavori che dimostrano come l'inquinamento atmosferico provochi stress ossidativo. Poiché l'infiammazione cronica è riconosciuta come fattore che contribuisce all'obesità e alle malattie metaboliche come il diabete, i risultati dimostrano chiaramente che l'esposizione cronica all'inquinamento atmosferico aumenta il rischio di sviluppare obesità. Se tradotti e verificati negli esseri umani, questi risultati supportano l'urgente necessità di ridurre l'inquinamento atmosferico, visto il peso crescente dell'obesità nel mondo.

**Y. Wei et al. *The FASEB Journal*, 2016.**

## Il ballo alleato del cuore: 150 minuti a settimana riducono il rischio di mortalità

**Muoversi** – e magari ballare – per almeno 150 minuti a settimana riduce la mortalità legata alle malattie cardiovascolari. Dopo un recente studio Usa, è quanto afferma ora anche uno studio australiano pubblicato sull'*American Journal of Preventive Medicine*, che ha raccolto i dati di 11 survey inglesi condotte tra il 1995 e il 2007 e che includevano oltre 48 mila over 40 senza problemi di cuore al baseline. Il lavoro si è concentrato in particolare sul ballo e sulla camminata e tra i quesiti erano comprese domande su frequenza, durata e intensità delle due attività nelle precedenti quattro settimane. Le risposte sono state correlate al National Death Registry.

I 'ballerini' tendevano a essere più giovani, avere un indice di massa corporea inferiore, essere meno soggetti a malattie di lunga durata e compiere complessivamente più attività fisica di chi non danzava. Durante il follow up, ci sono stati 1.714 decessi dovuti a malattie cardiovascolari. Le persone che hanno riportato una moderata attività di ballo o di camminata hanno fatto registrare probabilità più basse di morire per patologie cardiache, anche dopo aver tenuto conto di variabili come età, sesso, variabili socioeconomiche, fumo, uso di alcool.

“Non è sorprendente che una moderata attività fisica protegga dalla mortalità per malattie cardiovascolari – spiega Dafna Merom dell'università australiana di Western Sydney e autrice principale del lavoro – In realtà sono colpita dal fatto che un'attività di danza 'light' non sia protettiva. Mi sarei aspettata che, se i benefici del ballo possono essere attribuiti a aspetti sociali o affettivi della danza, questa fornisse dei vantaggi anche a bassa intensità”, aggiunge l'esperta. La quantità minima raccomandata per un'attività a moderata intensità è di 150 minuti a settimana, anche se il lavoro australiano non ha effettuato misure dirette del tempo passato dalle persone a ballare, puntualizza Merom.

“Vorrei ricordare a chi trova noioso camminare oppure vuole sfidare se stesso provando a ballare che con la danza si può raggiungere una più alta intensità rispetto alla camminata, si può eseguire per intervalli più brevi che però si sommano e avrete alcuni dei benefici legati all'attività fisica praticata a intensità vigorosa”, continua Merom. Tutti i tipi di ballo tendono ad avere opzioni a ritmo lento o veloce e questi ultimi comportano maggiori benefici per il cuore, suggerisce l'esperta.

*American Journal of Preventive Medicine* – Kathryn Doyle

Versione italiana *Quotidiano Sanità/Popular Science*

## Bere più di 6 drink nel weekend aumenta del 30% il rischio di infarto nella settimana successiva

**Bere esageratamente** almeno sei cocktail in una notte può aumentare il rischio di complicazioni cardiovascolari come attacchi cardiaci ed infarti nella settimana successiva. È quanto emerge da una review pubblicata da *Circulation*.

“L'impatto dell'alcool sul rischio di attacchi cardiaci ed infarti dipende da quanto e quanto spesso si beve”, dice l'autrice principale dello studio Elizabeth Mostofsky della Harvard T.H. Chan School of Public Health di Boston. “Un consumo moderato abituale di alcool è associato ad un rischio di malattie cardiache più basso in entrambi i sessi, ma la quantità di alcool associata con dei benefici cardiovascolari è più bassa nelle donne rispetto agli uomini”, ha aggiunto la dottoressa Mostofsky. “Questo concorda con le raccomandazioni di salute pubblica che consigliano un consumo di non più di due drink al giorno per un uomo e non più di uno al giorno per le donne non in stato di gravidanza”. Mentre le precedenti ricerche avevano collegato il



consumo moderato di alcolici ad un rischio minore di attacchi cardiaci nel tempo, l'attuale analisi si è concentrata su quanto accada nei primi giorni dopo avere bevuto in rapporto alla quantità di alcool consumata.

Per capire come la quantità di alcool influenzi le probabilità di attacco cardiaco ed infarti, Mostofsky ed i suoi colleghi hanno analizzato dati da 23 studi pubblicati tra il 1987 ed il 2015 che, combinati, avevano un totale di 29.457 partecipanti. Tra tutti gli studi, si erano verificati 17.966 attacchi cardiaci e 2.599 infarti ischemici, il tipo più comune di infarto che deriva dall'ostruzione di un vaso sanguigno del cervello. Ci sono stati anche 1.262 infarti emorragici, il tipo più raro che si verifica quando un vaso sanguigno si rompe. Quando le persone avevano bevuto dai 2 ai 4 drink, dopo 24 ore avevano un rischio circa il 30% più basso di attacco cardiaco ed infarti emorragici rispetto agli astemi. Questi bevitori moderati avevano anche un rischio circa il 19% più basso di infarti ischemici entro una settimana rispetto alle persone che non consumavano affatto alcool. Di contro, bevute dai 6 ai 9 drink erano associate con una percentuale il 30% più alta di problemi cardiovascolari nel giorno successivo. “Immediatamente dopo il consumo di alcool, il corpo ha risposte fisiologiche sia buone che cattive”, fanno notare i ricercatori. “Un drink può aumentare la frequenza cardiaca e causare problemi elettromeccanici nel funzionamento del cuore nell'arco di tempo compreso tra una e tre ore”.

*Circulation* 2016 – Lisa Rapaport

Versione italiana *Quotidiano Sanità/Popular Science*

Intervista al professor Roberto Berni Canani

## Un nuovo modo di utilizzare il latte fermentato per stimolare le risposte immunitarie nei bambini

**P**rofessor Berni Canani, abbiamo appreso della recente pubblicazione – sulla prestigiosa rivista internazionale *Clinical Nutrition*, organo ufficiale della Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo (ESPEN) – di un importante studio clinico, condotto dal vostro gruppo di ricerca su un innovativo ingrediente funzionale per l'alimentazione del bambino che sembra avere proprietà molto interessanti. Può riassumere quali sono stati gli obiettivi di questo studio, e spiegarci perché i risultati hanno suscitato tanto interesse?

L'obiettivo primario della nostra ricerca è stato quello di studiare i benefici del latte fermentato con il batterio di origine umana *L.paracasei* CBA L74 nella prevenzione delle infezioni in una ampia popolazione di bambini italiani che frequentavano l'asilo. Questi bambini, per la generale immaturità del loro sistema immunitario, sono particolarmente vulnerabili al rischio di contrarre infezioni a carico delle vie respiratorie e del tratto gastrointestinale. I risultati dello studio hanno evidenziato la capacità di questo nuovo ingrediente funzionale di ridurre il rischio di infezioni a livello respiratorio e gastrointestinale, attraverso una stimolazione del sistema immunitario.

Abbiamo colto che lo studio è incentrato sul latte fermentato con *L. paracasei* CBA L74, quindi sottoposto a un particolare procedimento. Può spiegarci meglio che cosa intende per "matrice fermentata"?

La nostra sfida è stata quella di sfruttare in chiave moderna il tradizionale processo fermentativo, normalmente utilizzato per la produzione di tanti altri alimenti di uso comune, ad esempio lo yogurt. Nel nostro caso il processo di fermentazione è stato messo a punto con particolare attenzione alla qualità del prodotto e alla riproducibilità

**Dal latte fermentato con *L. paracasei* CBA L74 un nuovo ingrediente ottenuto con un particolare procedimento di pastorizzazione riesce a ridurre l'incidenza delle più comuni malattie infettive che affliggono il bambino, specialmente in inverno, stimolando alcuni fattori della risposta immunitaria innata e acquisita**

del processo biologico.

**E perché è importante sottolineare che il prodotto finale è pastorizzato?**

Al termine del processo di fermentazione, la pastorizzazione permette di inattivare il batterio, ma mantenendo allo stesso tempo le sostanze prodotte durante la fermentazione, alcune delle quali potrebbero garantire gli effetti benefici, sul sistema immunitario, cui accennavo poc'anzi. Questo approccio, definito "postbiotico", comporta quindi notevoli vantaggi rispetto ai comuni prebiotici (sostanze indigeribili, utilizzate dai batteri intestinali per la propria crescita) e probiotici (microrganismi vivi) utilizzati attualmente nella pratica clinica pediatrica.

**Lei ha elencato proprietà di grande interesse, soprattutto perché già verificate attraverso uno studio clinico. In quali tipi di alimenti ritiene che il nuovo ingrediente possa essere impiegato?**

Abbiamo sottoposto questo nuovo ingrediente funzionale a molti test di laboratorio e abbiamo osservato che il prodotto è stabile alla temperatura e ad altri fattori chimico-fisici. Questo lo differenzia e lo rende quindi facilmente utilizzabile anche all'interno di diverse tipologie di alimenti.

**Tornando al vostro articolo scientifico,**

**che fa riferimento alla capacità del latte fermentato con il batterio di origine umana *L.paracasei* CBA L74 di stimolare la risposta immunitaria innata e acquisita del bambino, le chiediamo di semplificare un po' questo concetto: in definitiva, il nuovo latte fermentato ha dato evidenza di poter aiutare il bambino nel ridurre le più comuni infezioni, ed eventualmente quali?**

Abbiamo dimostrato che l'assunzione dell'ingrediente è in grado di ridurre l'incidenza delle più comuni malattie infettive che affliggono il bambino, specialmente in inverno, stimolando alcuni fattori della risposta immunitaria innata e acquisita. Durante il periodo di studio, i bambini che hanno avuto modo di assumere l'ingrediente, durante la prima colazione o la merenda pomeridiana, hanno presentato una significativa riduzione del numero di infezioni gastrointestinali e delle alte vie respiratorie.

**Ritiene che si tratti di benefici così tangibili da poter incidere sulla pratica clinica pediatrica?**

Questo è stato un altro risultato rilevante della nostra ricerca. Nei bambini che hanno assunto il prodotto abbiamo osservato una riduzione dell'uso di farmaci, come antibiotici, antipiretici e steroidi, sino al 60%, insieme a una riduzione del numero di visite mediche, assenze da scuola e giorni di lavoro persi per i genitori.

**In conclusione, vista la portata davvero straordinaria di questo studio, le chiediamo – non senza un pizzico di orgoglio patriottico – quanto sia stata utile la collaborazione multidisciplinare fra diversi centri d'eccellenza italiani, e come intendete procedere nelle future indagini, per portare alla luce e definire tutte le proprietà del nuovo ingrediente.**

Questo studio è davvero un bellissimo esempio delle grandi potenzialità della ricerca italiana. Grazie ai promettenti risultati ottenuti, quest'anno è stato sviluppato un secondo studio, in collaborazione tra diversi Centri di ricerca d'eccellenza, che ha visto lavorare insieme pediatri, biologi e nutrizionisti. Questo prezioso "network" è adesso sempre attivo nello studio di tutte le proprietà e potenzialità del nuovo ingrediente. Molti dati interessanti sono già nelle nostre mani e potranno essere utili per mettere a punto sempre nuovi prodotti per una moderna alimentazione del bambino.

# I disturbi della sessualità nello studio del medico di MG

**SIMPesv**  
Società Italiana di Medicina  
di Prevenzione e degli Stili di Vita

*Giuseppe Nicodemo Bombardiere*  
mmg, consigliere Direttivo Simpesv

I problemi legati alla sessualità sono un argomento con cui a volte ci capita di interfacciarci con i nostri pazienti. Spesso ci rendiamo conto della difficoltà che essi incontrano nell'affrontare tali problematiche e noi stessi, in verità, abbiamo non poche difficoltà ad affrontare certi temi, forse anche perché entrare nell'argomento significa spesso vederlo attraverso il nostro punto di vista e, quindi, svelarci. In tal modo, però, il mondo delle disfunzioni sessuali ed i problemi che esso suscita vivono una condizione di misconoscimento e marginalità non solo negli studi dei mmg, ma in quello delle comunità terapeutiche in genere. Si tratta, infatti, di un problema che talvolta manda in tilt il quotidiano modo del prendersi cura, scompigliando le gerarchie: chi se ne occupa?

Quindi, credo sia opportuno affrontare l'argomento, analizzando, perlomeno, le condizioni più diffuse o, quantomeno, quelle che creano nei nostri pazienti i maggiori disagi, ovvero, la riduzione del desiderio nelle femmine, i disturbi dell'orgasmo e la dispareunia in entrambi i sessi e la disfunzione erettile ed i disturbi dell'eiaculazione nei maschi.

## Classificazione dei disturbi sessuali

Nella più recente edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM 5<sup>1</sup>), pubblicato dall'American Psychiatric Association, i disturbi sessuali non



sono più conglobati in una stessa categoria, come avveniva nel precedente DSM 4, ma in tre categorie distinte: le disforie di genere, le parafilie e le disfunzioni sessuali.

Per quanto riguarda la disforia di genere, già definita "disturbo di identità di genere" nel DSM 4, il DSM 5 sottolinea come la non conformità di genere non sia di per sé un disturbo mentale, ma lo diventa solo se alla condizione si associa un significativo disagio personale. Inoltre, il termine "disturbo" viene sostituito dal termine "disforia" per renderlo più appropriato e familiare ed allontanare la connotazione che il paziente sia disturbato.

I disturbi parafilici nelle scorse edizioni del DSM venivano spesso mal interpretati co-

me qualsiasi comportamento sessuale inusuale; il DSM 5, invece, afferma in maniera decisa che "molte persone con desideri sessuali atipici non hanno un disturbo mentale" e che, affinché si possa parlare di un disturbo parafilico, non è sufficiente la disapprovazione sociale, ma c'è bisogno che questo interesse venga vissuto dal soggetto con personale angoscia o comportamenti per lui un disagio psichico oppure delle ferite o la morte di un'altra persona o, infine, coinvolga altre persone incapaci di dare un valido consenso o coinvolte a loro insaputa.

Il capitolo sulle parafilie comprende otto condizioni: il disturbo esibizionistico, il disturbo feticistico, il disturbo frotteuristico, il disturbo pedofilico, il disturbo da maso-

**La Medicina Generale è medicina della persona e della famiglia. Proprio per questo accade spesso che nei nostri studi si sfiorino problemi che riguardano la sfera sessuale, non senza qualche imbarazzo da parte tanto dei medici che dei pazienti. Occorre invece imparare a conoscerli e quindi ad affrontarli con serenità.**

**Proprio per questo pubblichiamo lo studio di Giuseppe Bombardiere: questa prima parte affronta gli aspetti generali e le problematiche sessuali femminili, mentre la seconda parte (che sarà pubblicata in seguito) si occupa delle problematiche sessuali maschili.**

chismo sessuale, il disturbo da sadismo sessuale, il disturbo da travestitismo e il disturbo voyeuristico.

Per quanto riguarda, infine, le disfunzioni sessuali, la recente letteratura ha dimostrato che la risposta sessuale non è un processo lineare ed uniforme e, quindi, la distinzione dei disturbi in funzione delle fasi, così come avveniva nel precedente DSM 4 (disturbi della fase del desiderio, dell'eccitazione e dell'orgasmo) può essere artificiosa. Pertanto, le disfunzioni del sesso femminile sono state unite nel *disturbo unico del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale* e nel *disturbo dell'orgasmo*; il vaginismo e la dispareunia sono stati conglobati nel *disturbo del dolore genito-pelvico* e

*della penetrazione.*

Nelle disfunzioni del sesso maschile sono stati mantenuti il *disturbo erettile*, l'*ejaculazione precoce* ed il *disturbo del desiderio ipoattivo*; inoltre, è stato aggiunto un nuovo disturbo, l'*ejaculazione ritardata*, caratterizzata da marcato ritardo o assenza d'ejaculazione, in quasi tutte le occasioni di attività sessuale con un partner, senza che il soggetto lo desideri.

Il *disturbo da avversione sessuale* è stato abolito dalle categorie principali e relegato in "altre disfunzioni sessuali specifiche". Ricordiamo, infine che, abolita la distinzione tra disfunzioni legate a fattori biologici o a fattori psichici, convenendo che spesso entrambi questi aspetti ne prendano parte, tutti i disturbi possono essere definiti psichici solo se hanno una durata minima di sei mesi, ad eccezione di quelli secondari all'uso di sostanze psicoattive, e solo dopo aver escluso ogni componente organica.

#### **Epidemiologia**

La sessualità è un complesso universo nel quale ruotano intricati meccanismi vascolari, neurologici, ormonali e psicologici, che hanno attirato l'interesse dell'uomo fin dai primordi della storia, confondendosi per lungo tempo tra le maglie della magia, della stregoneria e della religione.

Già nel 1850 A.C. il papiro di Kahen consigliava molteplici rimedi per la cura dell'impotenza e svariate ricette contraccettive. Per secoli la gestione della sessualità rimase sottoposta al dominio della religione, sia nei suoi aspetti tecnici che legislativi, morali e medici. Solo alla metà dell'Ottocento, la sessuologia scientifica emerge lentamente dall'ignoranza e, abbandonate le concezioni puramente filosofiche e religiose, diventa oggetto di studio della medicina e della psicologia. Nel dopoguerra, è la società americana a dare nuovo impulso alla ricerca e alla clinica attraverso gli studi sulla fisiologia della risposta sessuale e le grandi inchieste sul comportamento sessuale<sup>2</sup>.

Tuttavia, nonostante la rilevanza delle disfunzioni sessuali per il benessere e la salute umana, oggi sono ancora pochi gli studi sulla loro epidemiologia realmente attendibili ed i dati emersi sono piuttosto discordanti, dimostrando una variabilità che riflette differenze nei metodi di valutazione, nelle definizioni di riferimento e nelle caratteri-

stiche dei campioni di popolazione.

Nel 2001 una revisione di 52 differenti studi, condotta da un gruppo di ricercatori americani, ha evidenziato che solo pochi di essi confrontavano popolazioni culturalmente diverse tra loro e solo raramente le informazioni riguardavano sia gli uomini che le donne<sup>3</sup>. L'attenzione della ricerca, infatti, è stata spesso focalizzata sui disturbi maschili ed in particolare su quello erettile, grazie anche alla spinta delle aziende farmaceutiche, alimentata dall'attenzione dei media per l'immissione in commercio di farmaci, gli inibitori delle 5fosfodiesterasi (PDE-5), che sono stati, di fatto, in grado di rivoluzionare l'approccio terapeutico, diagnostico e finanche mediatico alla disfunzione erettile, generando un vero e proprio fenomeno culturale.

Esattamente il contrario è avvenuto per le problematiche sessuali femminili. Sicuramente anche a causa dell'assenza di farmaci approvati dalla FDA in grado di trattare questi disturbi<sup>4</sup>, ma soprattutto per l'intralcio rappresentato dai tabù culturali e religiosi e per la necessità di affidare l'indagine a questionari autocompilativi, miranti alla specificazione del tipo di disagio. In effetti, le disfunzioni sessuali femminili sono meno facilmente obiettabili rispetto a quelle maschili ed offrono maggiori difficoltà di approccio nella fase analitica anche a causa della difficoltà nella comprensione dei questionari da parte dei soggetti arruolati e alla soggettività dell'autovalutazione condizionante spesso una sovrastima delle diverse problematiche. Detto ciò, i primi studi di prevalenza mostrano dati unanimemente elevati, sia pure largamente oscillanti tra il 10 e il 52% per gli uomini e tra il 25 e il 63% per le donne<sup>5-6-7</sup>.

Il *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), del 1994, dimostrò che il 34,8% degli uomini tra i 40 e i 70 anni soffriva di disfunzione erettile, con una correlazione statisticamente significativa tra prevalenza ed età, stato di salute e fattori emozionali<sup>8</sup>. Mentre il *National Health and Social Life Survey* (NHSLs)<sup>9</sup>, del 1999, condotto in America allo scopo di indagare i disagi della sfera sessuale nella popolazione, rivelò una maggior prevalenza dei disturbi sessuali femminili (43%) rispetto a quelli maschili (31%).

Questi risultati furono così eclatanti da ca-

talizzare l'attenzione di esperti e operatori del settore, chiarendo il ruolo svolto nella genesi dei disturbi della sfera sessuale dal senso di insoddisfazione personale e relazionale degli individui e sottolineando la correlazione tra disfunzioni sessuali femminili e mancato appagamento psico-emozionale in relazione al partner sessuale.

La stessa associazione, in verità, fu mostrata anche da alcuni disturbi maschili, come ad esempio quelli del desiderio e la disfunzione erettile, tanto che l'utilizzo delle disfunzioni sessuali fu proposto come indice di scadimento della qualità di vita degli individui<sup>10</sup>.

Il *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*<sup>11</sup> (GSSAB; studio mondiale sulle attitudini ed i comportamenti sessuali), del 2005, è un sondaggio internazionale, condotto in 29 paesi, che ha indagato lo stato di salute, le abitudini, i comportamenti e le aspirazioni sessuali di 13.882 donne e 13.618 uomini di età compresa tra 40 e gli 80 anni. I dati emersi da questo studio, il cui tasso medio di risposta globale è stato per la verità modesto, solo del 19%, sono in linea con quelli provenienti da altri studi e dimostrano che i più comuni disturbi sessuali del Sud Europa, Italia compresa, sono rappresentati dall'ejaculazione precoce e dalla disfunzione erettile negli uomini e dallo scarso interesse sessuale e l'anorgasmia nelle donne. Lo stesso studio ha fornito importanti risposte circa i maggiori fattori di rischio dei disturbi sessuali, dimostrando che la salute mentale e lo stress appaiono influenzare fortemente l'insorgenza di tali disturbi. Precisamente, la depressione è stata associata in

diverse regioni del mondo ad una probabilità maggiore di sviluppare disfunzione erettile, difficoltà di lubrificazione e minore interesse per il sesso sia negli uomini che nelle donne, mentre lo stress dovuto a problemi finanziari è correlato ad anorgasmia tra le donne e a disfunzione erettile tra gli uomini. Tra i fattori associati all'anorgasmia si registrano anche i problemi di salute. In generale, inoltre, un maggior grado di istruzione correla in modo inverso con l'insorgenza di ejaculazione precoce, che si dimostra, peraltro, significativamente correlata a problemi finanziari, però solo nel Medio Oriente. Per quanto riguarda altri fattori associati a disfunzione erettile, nella maggior parte delle regioni del globo si riscontra una associazione con l'invecchiamento, e con la presenza di disordini vascolari. Infine, la mancanza di interesse sessuale sarebbe legata: negli uomini all'età avanzata, al cattivo stato di salute e a stati depressivi; nelle donne all'invecchiamento, al pensare poco al sesso, cioè mai o meno di una volta al mese, alla depressione e a basse aspettative circa il futuro della relazione col partner.

L'associazione tra stato generale di salute e disturbi della sfera sessuale è stata confermata anche dallo studio prospettico *Health Professional Follow up Study*<sup>12</sup>, nel quale svariati fattori modificabili dello stile di vita, inclusa l'attività fisica e la perdita di peso, sono stati correlati con la prevalenza dei suddetti disturbi.

Ad esempio, un indice di massa corporea superiore a 28,7 ha comportato un rischio di insorgenza di disfunzione erettile più al-

to del 30% rispetto ai soggetti con un BMI inferiore a 25<sup>3</sup>. La disfunzione erettile è apparsa significativamente correlata anche al peso corporeo ed alla circonferenza della vita, oltre che ai marker di infiammazione e di insulto vascolare<sup>13</sup>.

Anche in soggetti affetti da sindrome metabolica è stato possibile evidenziare una più larga prevalenza di disfunzioni sessuali. Infatti, la prevalenza della disfunzione erettile è risultata significativamente più alta, 26.7%, rispetto ai soggetti di controllo, 13%<sup>14</sup>; così come la diminuzione del desiderio, l'anorgasmia e la difficoltà nella lubrificazione che hanno registrato una maggiore prevalenza in 120 donne affette da sindrome metabolica<sup>15</sup>.

In conclusione, nonostante i limiti summenzionati dell'epidemiologia, le disfunzioni sessuali sembrano avere un'alta prevalenza in varie regioni del mondo, in relazione a fattori organici, psico-emotivi e relazionali degli individui. Per quanto riguarda l'Italia e le altre regioni del Sud Europa, tali disturbi appaiono più frequenti nelle donne che negli uomini.

Fattori metabolici, in associazione ad alcuni marker di infiammazione ed insulto vascolare, potrebbero rappresentare il tramite tra obesità e/o sindrome metabolica e disturbi della sfera sessuale. Alla luce di queste considerazioni, quindi, svariati fattori modificabili dello stile di vita, inclusa l'attività fisica regolare e l'osservanza di norme dietetiche salutari, potrebbero giocare un ruolo significativo nella prevenzione dei disturbi della sfera sessuale, così come avviene per tante altre patologie.

## Disfunzioni sessuali femminili

Come abbiamo già accennato, il DSM5 divide tali disturbi in: disturbo unico del desiderio sessuale e dell'eccitazione; disturbo dell'orgasmo e disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione.

### *Disturbo unico del desiderio sessuale e dell'eccitazione*

Tale disturbo<sup>1-16-17</sup>, stimato tra il 40 ed il 90% delle disfunzioni sessuali femminili, è sicuramente il più frequente dei disturbi sessuali femminili ed interessa circa 2,5 milioni di

donne. La sua frequenza aumenta fisiologicamente con l'età, cui, invece è inversamente correlato il disagio che esso provoca.

Il disturbo compare di solito dopo un periodo di normale desiderio/eccitazione ed ha un andamento episodico o ricorrente, con sintomi ed espressioni diversi nei vari soggetti. In genere si ha scarso interesse per gli stimoli erotici, mancata iniziativa nei confronti dell'attività sessuale e riluttanza nei confronti dell'iniziativa assunta dal partner. Non è raro il caso in cui la donna, anche in modo in-

consapevole, accetta l'attività sessuale per compiacere o soddisfare il partner, oppure sperando che il desiderio sopraggiunga durante il rapporto. In alcuni casi il disagio nasce dal dubbio che il desiderio potrebbe non essere mai stato adeguato, ma la donna non ha confronto per poterlo accertare, avendo avuto un solo partner. Spesso il calo della libido è legato alla paura delle conseguenze negative che esso ha o potrebbe avere, per la coppia, ad esempio quando la donna crede che il partner non sia soddisfatto o quando

questo esprime un desiderio sessuale maggiore. Infine la donna può avere una riduzione del suo desiderio sessuale, anche inconsciamente, quando il rapporto non le dà piacere o le provoca dolore.

Dal punto di vista diagnostico, si può parlare di disturbo unico del desiderio e dell'eccitazione solo in presenza di almeno tre delle seguenti sei situazioni:

- assente o ridotto interesse per l'attività sessuale;
- assenti o ridotti pensieri o fantasie erotiche;
- assente o ridotta iniziativa sessuale e generale rifiuto per quella del partner;
- assente o ridotta eccitazione o piacere durante tutti o quasi, almeno il 75%, dei rapporti sessuali;
- assente o ridotta eccitazione o desiderio sessuale in risposta a stimoli sessuali o erotici, interni ed esterni, ad esempio verbali, scritti, visivi, ecc.;
- assente o ridotta sensazione genitale o non durante tutti o quasi tutti, almeno il 75%, dei rapporti sessuali.

Ricordiamo, inoltre che i sintomi devono essere presenti da almeno sei mesi e devono provocare nel soggetto un significativo disagio personale.

Il disturbo viene considerato permanente se insorge con l'inizio dell'attività sessuale della donna, cioè sin dai primi rapporti; acquisito, quando inizia dopo un periodo di vita sessuale relativamente normale; situazionale oppure generalizzato, rispettivamente, se è limitato a determinati tipi di stimolazione sessuale, situazione o partner oppure no; lieve, moderato o grave, naturalmente in base all'intensità del disagio che i sintomi evidenziano.

Per quanto riguarda le cause, i principali fattori di rischio del disturbo unico del desiderio sessuale e dell'eccitazione, sono riconducibili a fattori legati al temperamento del soggetto, ovvero, pensieri e atteggiamenti negativi nei confronti della sessualità e una storia personale di disturbi mentali; a fattori ambientali, che comprendono le difficoltà della donna nell'ambiente che la circonda, ad esempio storia personale, difficoltà di relazione, problemi sessuali del partner, prime esperienze sessuali, prime relazioni ed informazioni sulla sessualità ricevute nell'infanzia, fattori stressanti durante l'infanzia; ed infine a fattori genetici e fisiologici. Se-

condo alcuni studi, infatti, sembra che sulle donne i fattori genetici abbiano una forte influenza sulla vulnerabilità ai disturbi sessuali legati al desiderio.

D'altra parte, l'associazione tra problemi di desiderio/eccitazione sessuale e altre difficoltà è molto comune nella donna; tale disturbo si associa spesso a depressione ed ansia, ma anche a diabete, obesità, problemi di tiroide, incontinenza urinaria, secchezza vaginale ed ancora artrite e malattie infiammatorie intestinali, come il colon irritabile. Lo scarso desiderio/eccitazione è condizionato, infine, anche da precedenti abusi sessuali o violenze e dall'abuso di alcol e sostanze stupefacenti.

#### **Disturbo dell'orgasmo**

Il disturbo dell'orgasmo femminile o anorgasmia<sup>1-16-17</sup> è caratterizzato dalla difficoltà della donna di raggiungere l'orgasmo e/o da una marcata riduzione dell'intensità delle sensazioni orgasmiche a seguito di una normale fase di eccitamento. Rappresenta la principale disfunzione sessuale femminile; infatti si stima che circa il 10% delle donne non raggiunga mai l'orgasmo nel corso della vita; spesso tale disturbo si associa a quello del desiderio sessuale e dell'eccitazione o ad altri disturbi sessuali della donna e al disturbo di eiaculazione precoce del partner.

Balon & Seagraves, nel loro *Handbook of sexual dysfunction*<sup>18</sup>, parlando dell'orgasmo, affermano che *"l'orgasmo è un'intensa sensazione transitoria di intenso piacere accompagnata da alcune modificazioni fisiologiche. Nell'uomo è normalmente accompagnato dall'eiaculazione, che rende l'evento facilmente identificabile. Nelle donne il raggiungimento dell'orgasmo è meno facile da riconoscere e spesso per alcune difficile da ottenere."* In realtà, le donne mostrano un'ampia variabilità sia nel tipo che nell'intensità della stimolazione che provoca l'orgasmo; spesso questo è legato al tipo di partner e a determinate circostanze o modalità di stimolazione sessuale, sia fisiche che psichiche, come fantasie, sogni, pensieri o parole eccitanti. Detto ciò, si tratta comunque di una esperienza molto soggettiva, difficile da definire e con conseguenze molto diverse. Certe donne, infatti, si sentono fortemente disturbate dalla mancanza di orgasmi, altre perdono ogni interesse sessuale, altre ancora si ritengono comunque appagate pur non avendo risposte sessuali. La mancanza di or-

gasmo, quindi, come per tutti gli altri disturbi è un problema solo se la donna lo percepisce come tale e se persiste da almeno 6 mesi e in quasi tutte le occasioni di attività sessuale, ovvero nel 75-100%. L'anorgasmia viene considerata permanente quando è presente sin dai primi rapporti, quindi più spesso nella donna giovane, mentre si considera acquisita quando insorge dopo un periodo di piacere sessuale normale, in questo caso è spesso secondaria ad altri fattori.

Per quanto riguarda le cause, i principali fattori di rischio del disturbo dell'orgasmo sono riconducibili a fattori legati al temperamento del soggetto, che comprendono fattori psicologici vari, come ad esempio situazioni stressanti, ansia, depressione, paura di perdere il controllo o di avere una gravidanza indesiderata, incapacità di abbandonarsi, preoccupazione per la soddisfazione propria o del partner, ecc; fattori ambientali, come ad esempio l'educazione sociale e religiosa ricevute, l'ignoranza sessuale, eventuali conflitti di coppia, come competizioni o rivendicazioni, scarsa comunicazione, scarso legame affettivo; ed infine, fattori genetici e fisiologici. Come per il disturbo del desiderio e dell'eccitazione, anche per quello dell'orgasmo vengono ipotizzati fattori genetici. Per quanto riguarda, invece, le comorbidità in grado di influire negativamente sul raggiungimento dell'orgasmo, ricordiamo il diabete, l'obesità, l'incontinenza urinaria, la compromissione dei nervi pelvici, ad esempio secondaria ad isterectomia totale o a sclerosi multipla o a lesioni midollari, ed ancora l'inadeguata stimolazione da parte del partner, la scarsa eccitazione, l'ipotonicità dei muscoli attorno alla vagina, l'uso di farmaci, di alcolici e di sostanze stupefacenti.

#### **Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione**

La diagnosi di disturbo del dolore genito-pelvico, o dispareunia, e della penetrazione, o vaginismo, è caratterizzata<sup>1-16-17-19-20</sup> dalla presenza di diverse condizioni, contemporanee o meno; precisamente occorre la persistente o ricorrente difficoltà alla penetrazione vaginale durante il rapporto e/o marcato dolore vulvo-vaginale o pelvico durante il rapporto o i tentativi di penetrazione vaginale e/o marcata paura o ansia per il dolore pelvico o vulvo-vaginale prima, durante o come risultato della penetrazione vaginale e/o, infine, marcata tensione o contrazione dei

muscoli del pavimento pelvico durante il tentativo di penetrazione vaginale.

Come per gli altri disturbi, anche per questo la diagnosi può essere posta solo se i sintomi persistono da almeno sei mesi e solo se causano nel soggetto un disagio clinicamente significativo e non possono essere ricondotti ad altre cause, fisiche o psicologiche. Il disturbo può essere generalizzato, cioè è presente in ogni rapporto sessuale, oppure situazionale, cioè si manifesta in specifiche situazioni o con specifici partner sessuali, ed ancora permanente, se è presente sin dall'inizio della vita sessuale attiva del soggetto, oppure acquisito, quando si manifesta dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale. La dispareunia interessa circa il 12% della popolazione femminile in età fertile e circa il 30% in post-menopausa e spesso si associa al vaginismo, che interessa circa 1 milione di donne ed è spesso causa di matrimoni bianchi.

In sede diagnostica è sempre necessario tenere in considerazione i fattori biologici, psicologici e ambientali, l'adeguata stimolazione, problemi relazionali, eventuali disturbi sessuali del partner, come ad esempio disfunzione rettile ed eiaculazione precoce, cui spesso si associa, eventuali altri disturbi mentali, ad es. disturbi psicosomatici. Tra i disturbi più spesso associati, ricordiamo altri disturbi del pavimento pelvico e degli organi riproduttivi, come ad esempio costipazione frequente, colon irritabile, cistiti ricorrenti, infezioni vaginali, endometriosi.

In ogni caso, in presenza di un disturbo legato a dolore durante la penetrazione, spesso la donna mette in atto dei comportamenti e dei pensieri tesi a evitare o prevenire il dolore, manifestando ansia anticipatoria o eccessiva attenzione alla penetrazione. Questo atteggiamento origina un circolo vizioso, che Baranello definisce *Loop Disfunzio-*

*nale*, in cui i tentativi di provare meno dolore o di risolvere il sintomo, in realtà mantengono il disturbo portando a una progressiva riduzione dell'attività sessuale. Ciò, peraltro, viene spesso percepito dal partner come un rifiuto, contribuendo a peggiorare disturbi come la disfunzione erettile e l'eiaculazione precoce, cui abbiamo detto il disturbo è spesso associato, e creando disagio, incomprensioni e tensioni nella coppia.

### Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fifth edition, APA 2013
- 2) Katerine Esposito, *Epidemiologia delle disfunzioni sessuali*.
- 3) Simon JS, Carey MP. *Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research*. Arch Sex Behav 30:177, 2001.
- 4) Esposito K, Giugliano D. *Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction*. Int J Impot Res 19 May 2005. In press
- 5) Frank E, Anderson C, Rubinstein D. *Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples*. N Engl J Med 299:111, 1978.
- 6) Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, et al. *Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynaecological clinic*. J Sex Marital Ther 19:171, 1993.
- 7) Spector IP, Carey MP. *Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature*. Arch Sex Behav 19:389, 1990.
- 8) Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. *Impotence and its medical and psychosocial correlates; results of the Massachusetts Male Aging Study*. J Urol 151:54, 1994.
- 9) Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, et al. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago, III: University of Chicago Press; 1994.
- 10) Laumann EO, Paik A, Rosen RC. *Sexual dysfunction in the United States*. JAMA 281:537, 1999.
- 11) Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. *Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. Int J Impot Res 17:39, 2005.
- 12) Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, et al. *Sexual function in men older than 50 years of age. Results from the health professionals follow-up study*. Ann Intern Med 139:161, 2003
- 13) Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, et al. *Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men*. JAMA 291:2978, 2004.
- 14) Esposito K, Giugliano F, Martedì E, et al. *High proportions of erectile dysfunction in men with the metabolic syndrome*. Diabetes Care 28:1201, 2005.
- 15) Esposito K, Ciotola M, Marfella R, et al. *The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women*. Int J Impot Res 17:224, 2005.
- 16) De Vanna M, Del Pup L, Carlino D. *Principi di sessuologia clinica*. Società Editrice Universo, Roma, 2011
- 17) AOGOI-SIU, *Le disfunzioni sessuali della coppia*. Conferenza stampa, Senato, Roma, 22 luglio 2013
- 18) Balon R & Seagraves R T, *Handbook Of Sexual Dysfunctions*. Taylor & Francis, Boca Raton 2005
- 19) Baranello, M. (2006), *Psicologia emotocognitiva: il loop disfunzionale*. Psyreview.org, Roma, 10 marzo 2006.
- 20) Graziottin A, Murina F, *Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura*. Springer-Verlag Italia, 2011

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,  
Giuseppe Nicodemo Bombardiere,  
Fabio Bono, Lucia Conti,  
Luciano Fassari,  
Ester Maragò,  
Guido Marinoni,  
Aldo Mozzone,  
Stefano A. Nobili,  
Giovanni Rodriguez,  
Andrea Stimamiglio

**Ufficio grafico**  
Daniele Lucia

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare  
nel mese di marzo 2016

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

Editore



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

# 10 x



## **Per i pazienti di tutto il mondo.**

Ecco per chi da **10 anni** stiamo dando il massimo, ecco perché investiamo il 30% del fatturato in ricerca, oggi con nuove sfide nelle malattie infiammatorie immunomediate. Ed ecco perché siamo tra i leader mondiali nelle cure ematologiche e oncologiche. Per questo andiamo avanti. **Perché non stiamo cercando numeri, stiamo cercando vita.**

[celgene.it](http://celgene.it)



2016  
Dieci anni in Italia.

# L'impegno di Mylan

Mylan lavora ogni giorno per offrire ai pazienti **farmaci di alta qualità a un costo accessibile**, e adotta un **unico standard di qualità globale** che garantisce efficacia e sicurezza per tutti i prodotti, indipendentemente dal sito produttivo e dal mercato di destinazione.

Oggi Mylan è la **terza azienda farmaceutica in Italia\*** e produce **farmaci che trattano oltre l'80% delle patologie\***, per aiutare chi soffre di disturbi occasionali e chi convive con malattie croniche. Dai bambini agli anziani.

## Sistema Nervoso Centrale

**EN**  
diclofenac

**Samyr**  
acetaminofen

**vertiserc**  
irastina

**TALOFEN**  
paracetamolo

**Rivastigmina**  
Mylan Pharma

**Levetiracetam**  
Mylan generics

**Paroxetina**  
Mylan generics

## Area Cardio-metabolica

**Rytmonorm\***  
Preparazione clostati

**FULCROSUPRA**  
FUCOSILATO 145mg

**Isoptin\***  
Norgestrel

**TIARTAN**  
acetaminofen / ibuprofene

**Simvastatina**  
Mylan generics

**Atorvastatina**  
Mylan generics Italia

## Area Gastro-intestinale

**duspatal**

**duphalac**

**Creon**

**Mesalazina**  
Mylan generics

**Pantoprazolo**  
Mylan

**Lansoprazolo**  
Mylan generics

## Antibiotici e Antinfiammatori

**KLACID\***  
Clarithromicina

**BURUFEN\***  
Ibuprofene

**Ketorolac**  
Mylan

**Prednisone**  
Mylan Pharma



**Mylan**

Seeing  
is believing