

2-16

MENSILE
LIV ANNO

ATTUALITÀ

La terza Conferenza nazionale della professione medica e odontoiatrica *pag. 5*

FARMACI

Codice di trasparenza per i rapporti tra medici e aziende *pag. 6*

RICERCA IN MG

Conoscete l'idrosadenite suppurativa? *pag. 15*

**RINNOVO DELLA
CONVENZIONE
DELLA MG**

Riparte la trattativa



am



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

AVVENIRE MEDICO

Cambiamento e innovazione, ma vigilando sui nostri diritti

di **Giacomo Milillo**
Segretario generale nazionale
Fimmg

Apocalittico lo scenario che si para davanti ai medici di Medicina Generale italiani, a prestare attenzione ai detrattori in cerca di facili consensi: deportazione dei medici di famiglia in megastrutture governate da capibastone agli ordini degli amministrativi delle aziende sanitarie, licenziamenti in massa di colleghi di continuità assistenziale che svolgono onestamente e con sacrificio il proprio lavoro anche nelle aree più disperse del paese, perdita delle indennità per associazionismo e collaboratori di studio, faticosamente conquistate dopo anni di battaglie, trasformazione della nostra figura professionale in una sorta di parasubordinato di terza classe senza i diritti della dipendenza e senza le opportunità della libera professione. Niente di tutto questo, colleghi, fino a quando il nostro sindacato rimarrà forte e compatto.

Gli scenari di trasformazione dell'area delle Cure Primarie richiedono disponibilità al cambiamento e all'innovazione, pena l'estinzione. Ma stando attenti a non buttare via il bambino con l'acqua sporca.

É per questo che non faremo mancare le nostre proposte alle sfide poste dalle trasformazioni in atto, ma con una certezza: dove le cose funzionano si va avanti così, i diritti e i livelli retributivi maturati in lunghi anni di professione vanno garantiti e la Fimmg li garantirà.

Non firmeremo nessun accordo che dovesse comportare la perdita, anche di un solo euro, per tutti i medici di Medicina Generale italiani.

EDITORIALE

Il nuovo Atto d'indirizzo alla base della trattativa

Revocato lo sciopero previsto per il 26 e 27 maggio, ma resta alta l'attenzione della Fimmg. "Il nostro riferimento – spiega Giacomo Milillo – è l'intesa siglata a marzo 2015 con il Comitato di Settore e con la supervisione del ministero della Salute".

Procede, sia pure con lentezze e ostacoli, il percorso che porterà all'apertura ufficiale della trattativa per il rinnovo dell'ACN della Medicina Generale. Il punto di riferimento resta l'intesa siglata il 4 marzo tra il Comitato di settore delle Regioni e delle maggiori OO.SS. della Medicina Generale, a cominciare dalla Fimmg, raggiunta anche grazie all'intervento attivo del ministero della Salute. I contenuti di quell'intesa sono poi stati riversati, sia pure in modo non del tutto soddisfacente, nel nuovo testo dell'Atto di indirizzo, approvato dal Comitato di settore il 13 aprile scorso e che sostituisce quello del febbraio 2014, revisionato poi nell'aprile dell'anno scorso. La riorganizzazione dell'assistenza primaria ruota intorno alle AFT (intese come modello organizzativo e non come luoghi fisici) e alla prospettiva del ruolo unico per la Medicina Generale, secondo le linee di indirizzo segnate nel decreto Balduzzi, poi convertito nella legge 189/2012.

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

“È il modello organizzativo territoriale mono-professionale in ambito distrettuale, attraverso il quale i medici del ruolo unico di cure primarie (attualmente assistenza primaria e continuità assistenziale), i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali che vi partecipano garantiscono l'assistenza e la realizzazione di specifici programmi e progetti di assistenza”. Così sono definite le

AFT nel documento, aggiungendo: “I medici di cure primarie ed i pediatri di libera scelta aderiscono ai modelli organizzativi regionali e assicurano la diffusione capillare dei propri studi. Per promuovere ed agevolare questo percorso è indispensabile che i medici aggregati in AFT, collegati tra di loro e con la rete informa-

tica aziendale e regionale e funzionalmente con la UCCP di riferimento, condividano finalità e modalità operative necessarie per la realizzazione del modello assistenziale delineato dalla legge 189/2012”.

Orari di accesso

“Le AFT dei medici di cure primarie e quelle dei pediatri di libera scelta assicurano l'accessibilità di tutti gli assistiti articolando l'apertura degli studi dalle 8,00 alle 20,00, dei giorni feriali dal lunedì al venerdì. I medici di cure primarie a rapporto orario, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale assicurano 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, al fine di realizzare pienamente la continuità dell'assistenza in favore di tutta la popolazione e per garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo stu-



Milillo: “La polemica sulle 16 ore della CA è una bufala”

Il segretario della Fimmg non crede alle interpretazioni che hanno messo in allarme i medici della “guardia medica”, preoccupati di una possibile riduzione del servizio alle sole 16 ore del giorno, escludendo le 8 ore della notte.

“La legge Balduzzi – spiega Milillo all'Ansa – prevede le 24 ore di copertura e la legge non può essere modificata dai contratti. Le sedici ore sono una possibilità organizzativa che consente di modulare il carico di assistenza, cioè i medici addetti all'assistenza tra il giorno e la notte in modo da privilegiare l'assistenza diurna, fino a mezzanotte, in funzione delle malattie croniche e della continuità assistenziale”. E aggiunge: “Questo non significa che verrà cancellata la guardia medica dalle 24 alle 8 del mattino”. Caso mai, prosegue: “in quelle zone in cui ci sono poche chiamate se prima c'erano due medici di guardia medica di notte e nessuno di giorno, se ne metterà uno di giorno e uno di notte”.

ATTUALITÀ

dio del proprio medico è chiuso”.

Il fondo AFT

“Le risorse precedentemente destinate dagli AACCN alla remunerazione dei fattori produttivi (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere, funzione informativo-informatica) costituiscono un “fondo di AFT”. Tale fondo viene erogato assicurando prioritariamente ai medici che attualmente percepiscono le predette indennità il mantenimento del trattamento economico in funzione dello standard assistenziale già garantito”.

UCCP

“È la struttura organizzativa di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzata da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. L’UCCP garantisce l’erogazione, in coerenza con la programmazione regionale, delle prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici, dell’assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa ed assicura l’accesso per l’assistenza sociale ed i servizi della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. I modelli di UCCP, pur differenziati e di diversa complessità in ragione delle caratteristiche territoriali e demografiche, dovranno configurarsi quali strutture polivalenti e polifunzionali”.

Ruolo unico

“Ai sensi della legge 189/12, i medici di cure primarie, inseriti nelle forme organizzative AFT ed UCCP, svolgono nell’ambito del ruolo unico attività distinta in due tipologie: a rapporto fiduciario con scelta del cittadino ed a carattere orario, con sistema retributivo differenziato rispettivamente in quota capitaria e quota oraria”. “A regime, con l’introduzione del ruolo unico del medico di cure primarie, l’accesso al rapporto convenzionale avverrà con progressiva modulazione delle attività a ciclo fiduciario e su base oraria”.

Rapporto ottimale

“Il nuovo assetto organizzativo e l’introduzione del ruolo unico di cure primarie implicano l’individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto ottimale medico/popolazione, non più basato su una proporzione numerica uniforme e predeterminata a livello nazionale ma specificata nell’ambito degli accordi regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati”.

A Rimini la terza Conferenza della professione medica e odontoiatrica

I medici guardano al futuro

Tre giornate di lavoro, oltre 600 partecipanti, 16 workshop tematici. Sono questi i numeri della grande convention organizzata dalla Fnomceo, che ha visto anche la partecipazione della ministra Lorenzin.

Tre intense giornate di lavoro, dal 19 al 21 maggio scorso, con alcune relazioni ufficiali, molti workshop di riflessione sui singoli aspetti critici e due intensi contributi video. Al centro del confronto le sfide future della professione medica, che oggi è messa in discussione rispetto al suo ruolo tradizionale, ma che non rinuncia ad affermare la propria centralità nel mondo sanitario. “Siamo qui per un grande brainstorming – ha detto la



presidente Fnomceo Roberta Chersevani aprendo ufficialmente la Conferenza – per costruire una piattaforma su quello che vogliamo essere domani e precorrere i tempi in modo proattivo”. Tra i temi più rilevanti quello della formazione, che ha bisogno di essere “aggiornata” sia rispetto al quadro epidemiologico sia rispetto al contesto organizzativo e funzionale nel quale il medico si trova ad operare. Una esigenza urgente a tutti i livelli formativi, per le lauree di base, per la formazione specialistica e anche per l’Ecm. E nella formazione deve rientrare anche una maggiore attenzione al rapporto medico-paziente, ovvero alla relazione di cura, che sempre più appare essenziale. Un tema reso ancora più complesso dalla nuova e crescente realtà multietnica nel nostro paese e dalla crisi economica, che ostacola l’accesso ai servizi e spesso scarica sul medico le difficoltà. Proprio per dare una prima risposta a un bisogno di salute crescente nella popolazione meno abbiente, gli odontoiatri hanno annunciato il lancio di una campagna di prevenzione delle malattie del cavo orale, realizzata grazie al loro lavoro volontario. Molta attenzione anche sulla dimensione di genere della medicina, un approccio che investe molti diversi aspetti, dalla ricerca clinica e farmaceutica, all’organizzazione sanitaria e professionale, alla stessa relazione tra medici, donne e uomini, e pazienti, anch’essi donne e uomini. Inevitabile una riflessione sulla necessità di riorganizzare i servizi sanitari, ripensando contemporaneamente l’offerta territoriale e la struttura ospedaliera. Affrontato anche il tema del rapporto tra ambiente e salute, con dati allarmanti riguardo alla situazione di scarsa tutela della salute umana che si rileva sul nostro territorio. In questo senso la proposta è quella di un maggiore protagonismo medico, che esca dalla visione “morbo centrica” assumendo una maggiore consapevolezza della possibilità di intervenire sulle patologie in una dimensione ambientale. Centrale, ma non facile, il nodo del rapporto con le altre professioni, preso in esame in un intenso workshop cui hanno partecipato anche molti rappresentanti delle 22 professioni sanitarie. E la ministra Beatrice Lorenzin sottolinea che sta proprio ai professionisti trovare la soluzione: “O vi mettete d’accordo tra voi per raggiungere un punto di caduta condiviso, o non si va da nessuna parte”, dice nel corso del suo intervento. Un lungo intervento, quello della ministra, che esamina tutte le questioni sul tappeto. E dà un annuncio importante: “Una parte dell’aumento del fondo sanitario – dice – voglio destinarlo al personale, perché abbiamo fatto tutto un lavoro sul Patto per la Salute, per esempio le centrali uniche di acquisto, i piani di rientro per ospedali in deficit, che una volta che prenderanno l’abbrivio dovranno generare (già lo stanno facendo) risparmi che saranno reinvestiti nel sistema sanitario in base anche a delle priorità. Un pezzo di questo deve andare a finanziare lo sblocco turnover, le nuove convenzioni e contratti, la stabilizzazione dei precari e l’accesso alla professione”. E Lorenzin precisa che si potrebbe trattare di 2-300 milioni di euro l’anno, da definire in sede di Stabilità. Poi la ministra si rivolge ai medici: “Chiedo il vostro aiuto contro questa assurda, illogica e irrazionale campagna contro le vaccinazioni”. “Rimini è una delle città dove si vaccina di meno in Italia – aggiunge Lorenzin – fate una passeggiata per Rimini, prendete le persone sottobraccio e spiegate cosa succede ai bambini che non vengono vaccinati”.

L'Agenzia europea del farmaco coinvolge i medici di famiglia per monitorare l'uso dei medicinali nella vita reale

L'Ema apre le porte alla Medicina Generale

“I medici di medicina generale e i medici di famiglia hanno un ruolo chiave nella cura del paziente; spesso hanno il primo contatto con il paziente e lo accompagnano per tutta la vita”. Guido Rasi, direttore dell'Ema, parte da questa considerazione per dare vita un gruppo di lavoro composta da esperti di medicina generale, che supporteranno l'Agenzia. Per l'Italia sarà presente Walter Marrocco della Fimmg

Lo scorso 28 aprile, l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha organizzato un workshop con i rappresentanti dei medici di famiglia europei, al fine di esplorare nuovi modi di interagire con questi fornitori di cure primarie negli Stati membri dell'UE e coinvolgerli ulteriormente nell'attività dell'Agenzia. “I medici di medicina generale e i medici di famiglia hanno un ruolo chiave nella cura del paziente; spesso hanno il primo contatto con il paziente e lo accompagnano per tutta la vita”, ha spiegato il direttore esecutivo EMA **Guido Rasi** durante il workshop. “Questo è il motivo per cui vogliamo coinvolgerli di più nelle nostre attività con le loro conoscenze ed esperienze sul modo in cui un farmaco viene usato e risponde alle esigenze del paziente nella vita reale e come essi siano in grado di dare notevoli informazioni per il nostro processo decisionale”. Ai lavori hanno partecipato venti rappresentanti delle tre principali organizzazioni europee del settore: EFPC (Forum europeo per la Primary Care), UEMO (Unione Europea della Medicina Generale / medici di famiglia) e WONCA (Organizzazione Mondiale dei Collegi nazionali, Accademie e Associazioni accademiche

di Medicina Generale / Family Physicians). Per l'Italia era presente **Walter Marrocco della Fimmg**. **Due le linee di intervento, condivise da tutti i partecipanti al workshop**, per rafforzare l'interazione tra Ente regolatorio e professionisti della MG:

- **aiutare** EMA ad avere maggiori elementi per monitorare sia come i farmaci vengono utilizzati nella vita reale, sia il potenziale impatto delle azioni normative specifiche sulla cura del paziente



Guido Rasi



- **sensibilizzare** i medici di Medicina Generale su come possono analizzare le normative sui benefici e rischi dei farmaci in modo che le decisioni tengano conto della realtà della pratica clinica, sviluppando anche l'informazione verso i cittadini/pazienti.

Il workshop ha portato alla creazione di un gruppo di esperti di Medicina Generale, inizialmente composto dai 20 rappresentanti che hanno partecipato alla riunione, che a loro volta hanno un ruolo di facilitatori per mettere in comunicazione EMA con le loro più ampie comunità professionali. Il gruppo di esperti sarà coinvolto in una vasta gamma di attività dell'EMA ogni volta che sarà necessario un feedback specifico. Questo include contributi alla consulenza scientifica ad EMA per gli sviluppatori di farmaci, l'ingresso sul mercato e l'impatto sui pazienti di misure di minimizzazione del rischio e revisione delle informazioni sui prodotti e la diffusione delle informazioni ai loro reti nazionali e pazienti.



Walter Marrocco

Dal 30 giugno on line i rapporti economici tra medici e aziende farmaceutiche

Operazione trasparenza

Si applica anche in Italia la norma prevista dal Codice europeo dell'Efpia che prevede la pubblicazione sui siti aziendali dei rapporti economici con medici e organizzazioni sanitarie. Nel rispetto delle norme sulla privacy i nomi saranno pubblicati solo con l'autorizzazione dei soggetti interessati

Dal prossimo 30 giugno sui siti web delle circa 200 aziende aderenti a Farmindustria saranno pubblicati tutti i dati relativi ai rapporti economici intercorsi con medici e organizzazioni sanitarie, ovvero società scientifiche, ospedali o università.

Nel rispetto delle norme sulla privacy ciò avverrà solo con l'autorizzazione formale dei soggetti interessati, mentre, nel caso in cui non vi sia questa autorizzazione, le aziende pubblicheranno il dato in forma aggregata, indicando il numero dei soggetti interessati e il valore complessivo del contributo.

L'iniziativa viene dalle stesse aziende farmaceutiche che, nel gennaio 2014,

avevano approvato nell'Efpia, la federazione che rappresenta le aziende farmaceutiche di 33 paesi europei, compresi la Russia e la Turchia, il Codice di trasparenza europeo, secondo il quale tutte le aziende aderenti devono rendere pubblici i rapporti economici avuti con i medici o con le diverse organizzazioni sanitarie. Le ragioni di questa scelta sono state spiegate dal presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi: "Lo abbiamo fatto per rendere ancora più trasparente il rapporto vitale e fondamentale, che tra l'altro è già oggi ben regolato, tra medici e imprese e siamo convinti che quest'operazione trasparenza rafforzerà ancor di più le basi della col-

laborazione per la scoperta di farmaci sempre più efficaci". Inoltre, aggiunge Scaccabarozzi, è importante "rispondere sempre meglio alle crescenti aspettative di trasparenza delle Istituzioni e dell'opinione pubblica, perché non abbiamo nulla da nascondere e anzi, parlo anche come cittadino, penso sia un valore sapere su cosa e perché un medico o un'organizzazione sanitaria abbiano lavorato in collaborazione con le aziende del farmaco". Positiva anche le prime reazioni del mondo medico. "Abbiamo molti punti di contatto con le aziende – ha dichiarato la presidente Fnomceo Roberta Cherservani. – Ricerca, divulgazione scientifica, aggiornamento professionale e, ovviamente, prescrizione. La collaborazione dei medici con l'industria non è un 'peccato' da nascondere, ma al contrario è una necessità per lo sviluppo dello strumento farmaco è più in generale della conoscenza". Resta ora da vedere cosa avverrà il 30 giugno, misurando quanti saranno coloro che preferiranno restare fuori dai riflettori della trasparenza

Milillo: "Medici e aziende, un rapporto di scambio virtuoso"



"Sono molte le ragioni per le quali il rapporto tra medici e aziende è utile e virtuoso: i medici forniscono informazioni sui farmaci nel loro reale utilizzo, che sono preziose per il progresso della ricerca; le aziende forniscono ai medici informazioni sullo strumento farmaco, che è alla base delle nostre attività. Se in questo scambio c'è anche un valore economico è bene che questo venga reso trasparente, perché davvero non c'è niente di male. Anche se comprendo che possa esserci una certa "timidezza" nel veder pubblicati questi dati, credo che non ci sia nessun motivo reale, da parte dei medici, per negare il proprio consenso alla pubblicazione se-

condo il nuovo Codice Efpia".

Il segretario della Fimmg commenta così il nuovo Codice di trasparenza adottato da Farmindustria in Italia e coglie l'occasione per sottolineare il crescente ruolo della MG nell'ambito della ricerca. "I mmg saranno sempre più coinvolti nella ricerca sull'uso dei farmaci nella real life, come previsto dall'Ema, e non solo in ambito ospedaliero. Proprio per questo la Fimmg ha dato vita ad una propria Scuola di ricerca in MG che sta riscuotendo una grande attenzione tra i colleghi, moltiplicando i corsi in tutta Italia. Una scommessa vinta, che allontana sempre più il mmg dallo stereotipo polveroso di medico della mutua".

Un Convegno promosso dalla Fnomceo a Matera

Slow Medicine/1

più relazione col paziente, più attenzione alla vera appropriatezza

L'8 e 9 aprile scorsi la Fnomceo e l'Ordine di Matera hanno promosso una due giorni di approfondimento su Slow Medicine, un movimento arrivato in Italia alcuni anni fa e che ha mosso i primi passi a Torino nel 2011. Il Convegno *Scelte sagge in medicina*, coordinato da Vito Gaudiano, ha ospitato i principali esperti di questo approccio alla medicina che ha l'obiettivo di ricondurre i processi di cura in un ambito di appropriatezza, valorizzando la relazione tra medico e paziente.

Slow Medicine – ha spiegato a Matera Antonio Bonaldi, presidente dell'associazione – è “una rete di professionisti, pazienti e cittadini che si riconoscono in una nuova medicina caratterizzata dalle tre parole chiave individuate nel suo manifesto fondativo: *sobria*: perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi e riconosce che fare di più non significa sempre fare meglio; *rispettosa*: perché attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; *giusta*: perché impegnata a garantire cure appropriate per tutti”.

Si afferma dunque l'idea di una medicina che si centra sul rapporto di fiducia e di ascolto tra medico e paziente, fondando le scelte terapeutiche su una appropriatezza reale e non burocratica e sfuggendo al rischio di sovra utilizzo di esami e trattamenti. E questo approccio sembra incontrare molto interesse nel mondo medico perché, prima che si svolgesse l'incontro nazionale di Matera, si erano già realizzati moltissimi convegni locali sul tema in almeno una ventina di città italiane. D'altra parte questa sembra essere

parte di una possibile risposta ad un “consumismo sanitario” pericoloso e inutilmente costoso, inaccettabile tanto più nell'attuale situazione di ristrettezze economiche. È nell'esperienza di tutti i medici, e in particolare dei mmg (vedi anche il questionario rivolto ai mmg di cui parliamo nelle pagine seguenti), la richiesta, a volte anche molto pressante, da parte dei cittadini-pazienti per ottenere “quel” particolare esame, “quel” trattamento o “quella” terapia, magari reclamizzato attraverso i canali televisivi. La risposta negativa da parte del medico spesso viene interpretata come una ingiusta limitazione del proprio diritto alla tutela della salute, originata solo da ragioni di spesa. Proprio a difficoltà come queste vuole dare una risposta Slow Medicine, creando le condizioni per poter arrivare ad una scelta saggia e appropriata, condivisa anche dal paziente, in una relazione rafforzata con il proprio medico.

“L'appropriatezza clinica – ha sintetizzato il presidente Omceo di Matera, Raffaele Tataranno – si può migliorare solo se pazienti e cittadini prendono coscienza che esami e trattamenti inappropriati non solo sono uno spreco ma possono rappresentare una minaccia per la loro salute. I punti di forza sono proprio quelli anzidetti: l'assunzione di responsabilità professionale, non l'imposizione dall'alto, l'aver come principale obiettivo il miglioramento della salute delle persone e non il mero risparmio, e infine quello di sostenere la fondamentale importanza della relazione tra i professionisti e il paziente”.



“Una medicina sobria, rispettosa e giusta”.

Così viene definita la Slow Medicine dai suoi sostenitori. Un approccio

Chersevani:

“Il medico non vuole più essere il ‘ragioniere’ delle cure. Al centro c'è la relazione con il paziente”

La presidente della Fnomceo Roberta Chersevani spiega le ragioni che hanno spinto la Federazione a dare spazio al tema della Slow Medicine e torna sul tema dell'appropriatezza.

Presidente Chersevani, il progetto di una medicina “sobria, rispettosa e giusta”, come recita lo slogan del movimento Slow Medicine, trova sempre più ascolto tra i medici italiani. Eppure ci sono problemi molto gravi che attanagliano la professione e la sanità italiana, dalla scarsità delle risorse alla corruzione. Come mai ci si appassiona ad una proposta che può apparire velleitaria?



che sembra trovare sempre più attenzione nel mondo medico italiano e al quale la Federazione degli Ordini ha dedicato due giornate di approfondimento

Choosing Wisely Italy Fare di più non significa fare meglio

La Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation) in collaborazione con Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori, ha lanciato nel 2012 l'iniziativa *Choosing Wisely*, che letteralmente significa "scegliere con saggezza": le società scientifiche statunitensi sono state invitate ad individuare ognuna una lista di cinque test o trattamenti sanitari, comunemente utilizzati nella propria specialità, il cui impiego debba essere messo in discussione da pazienti e clinici. Attualmente sono 70 le società scientifiche che hanno aderito, indicando complessivamente oltre 400 pratiche a rischio di in appropriatezza.

La stessa campagna è stata ripresa in Italia da Slow Medicine a fine 2012, con il progetto *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy*, rivolta alle società scientifiche italiane perche individuare, in ciascuna specialità, le pratiche a rischio di in appropriatezza. Come spiega Sandra Venero, coordinatrice del progetto, "si tratta di pratiche che sono effettuate molto comunemente in Italia; non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritte; possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi". Per evitare che si possa fraintendere il significato dell'iniziativa, non si fa riferimento al costo dei trattamenti, utilizzando quindi solo elementi di valutazione clinici. Sono partner del progetto Fnomceo, Ipa-svi, l'Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Ad oggi hanno aderito al progetto più di 30 società scientifiche mediche, oltre a società di farmacisti, di infermieri e di fisioterapisti, e sono state pubblicate, a marzo 2016, 29 liste di esami e trattamenti a rischio di in appropriatezza in Italia, per un totale di 145 pratiche.

Perché non è affatto velleitaria, ma al contrario affronta alla radice i problemi che abbiamo davanti. Mi spiego: i dati ci dicono che crescono gli anziani e le cronicità, che cresce il numero di obesi, anche giovani e giovanissimi, che cresce il consumo di farmaci, che aumentano le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. E oltre a questo noi sappiamo che i medici patiscono un disagio nel vivere il proprio ruolo, schiacciati da logiche che li vogliono meri "applicatori" di decreti ragionieristici, che hanno lo scopo di ridurre i costi immediati, senza alcuna capacità di prevedere in proiezione gli esiti di questi tagli. L'antidoto a questi mali credo che sia uno solo, ovvero recuperare il senso profondo della relazione di cura, che è fatta di ascolto, di dialogo di condivisione e, solo alla fine, di prescrizioni. Senza questo percorso, senza questa relazione si corre davvero il rischio di offrire prestazioni inappropriate. Una medicina sobria, rispettosa e giusta

potrebbe offrire una alternativa alla eccessiva medicalizzazione che si ritrova nel nostro sistema sanitario, che appesantisce richieste di prestazioni e liste di attesa, forse peggiorando le risposte alla richiesta di salute di chi ne ha veramente bisogno. Credo che questo percorso sobrio possa essere rivolto soprattutto a coloro che non hanno malattie acute, gravi o bisognose di intervento immediato, ma sono in quelle situazioni stabili nelle quali possono serenamente ragionare con il proprio curante su percorsi meno aggressivi e "saggi".

Appropriatezza è una parola che, dopo il decreto dello scorso dicembre, suscita molta animosità nel mondo medico. Lei in quale chiave la utilizza?

Nell'unica chiave possibile: capire cosa sia davvero utile, e quindi appropriato, per il paziente che ho di fronte, in questo momento e in questa determinata condizione. Pensare che si possa definire attraverso

una norma burocratica ciò che è appropriato e ciò che non lo è si rivela una trappola, che mortifica i medici, penalizza i cittadini e danneggia complessivamente il sistema, perché se non diamo una risposta vera ad un problema di salute quel problema si ripresenterà, aggravato e dunque più oneroso. D'altra parte, dopo un lungo lavoro di confronto con il ministero della Salute e le Regioni, siamo riusciti a far comprendere, almeno in parte, questa posizione: la circolare applicativa di marzo, infatti, sospende le sanzioni previste dal decreto e prevede una revisione del testo che riconduca l'appropriatezza in ambito clinico alla responsabilità dei medici. È difficile far comprendere il delicato rapporto tra medico e assistito, che può essere condizionato da una miriade di eventi: dalla recente malattia di un consanguineo ad una deleteria trasmissione televisiva.

E.A.

I risultati di un questionario rivolto ai medici di MG della provincia di Matera

Slow Medicine/2

Cure Primarie e appropriatezza

Cosa pensano i medici di medicina generale riguardo all'appropriatezza? Quante volte ricevono richieste inappropriate dai pazienti? E come rispondono?

*Erasmus Bitetti
Fimmg Matera*

Medicina slow o fast? Una contrapposizione apparente

Un video realizzato dalla SIT (Società italiana di telemedicina) dal titolo "La borsa del medico" aiuta a riflettere su ciò che debba intendersi per medicina slow o fast. Il medico anziano, apparentemente "slow", indugia tra una montagna di manuali cartacei prima di riuscire a prescrivere la cura al suo giovane paziente che non sembra affatto soddisfatto. Al contrario, la giovane dottoressa mostra più attenzione nei confronti dell'anziana paziente ed impiega pochissimo tempo, con l'aiuto del suo tablet, per proporre e stampare una terapia personalizzata. Qual è il modello più bello? Il modello fast o il modello slow? Non è questo il modo di affrontare il problema. In apparenza questi due modelli sembrano contrapporsi, così come i due classici approcci alla medicina: quello scienziasta, orientato alla malattia e quello umanista, orientato alla persona. Ma non sarà che questi due modelli possano in qualche modo coesistere?

Slow Medicine: una medicina centrata sulla persona

Per entrare nel tema del mio intervento, la Slow Medicine nel contesto delle Cure Primarie, dovremo chiederci innanzitutto quanto questo progetto (o filosofia o movimento culturale) sia effettivamente conosciuto.



La risposta ce la fornirà il questionario proposto dall'Ordine dei medici di Matera ai propri iscritti. Quando ho sentito parlare per la prima volta di Slow Medicine mi sono posto molti altri interrogativi: la Slow Medicine è un progetto praticabile e di tipo collaborativo? Quali obiettivi di cambiamento persegue? Sono essi misurabili? Quali condizioni possono favorirne o limitarne l'adozione? È un progetto che può essere regolamentato da un dettato legislativo? E per finire: come si rapporta alle buone pratiche e all'EBM, quali contributi può ricevere dall'e.health, dalle app medicali e dalla ICT? La prima e fondamentale caratteristica della Slow Medicine è l'essere una medicina centrata sulla persona: caratteristica che è nel DNA e nella mission anche dalla medicina generale e della pediatria di libera scelta. Esiste una vasta letteratura scientifica sulla Slow Medicine nelle Cure Primarie: a giudizi entusiastici si contrappon-

go anche osservazioni critiche su temi controversi come:

- la qualità delle linee guida (spesso fortemente compromessa da conflitti di interesse e prive del contributo della Medicina Generale);
- il sottoutilizzo di alcune pratiche o l'uso improprio (come può avvenire nella medicina di laboratorio);
- l'approccio slow a pratiche mediche con frequenti difficoltà di accesso (ad esempio cure psichiatriche).

Un articolo del NEJM richiama l'attenzione sul problema dell'*illusione terapeutica*, rivisitazione in chiave moderna di un mito antico, che spinge a considerare ogni intervento medico "naturalmente" benefico. Occorre riflettere sulla possibilità che, tanto gli esiti giudicati favorevoli che quelli giudicati negativi, non siano necessariamente correlati al proprio intervento.

È quindi fondamentale individuare degli stru-

menti utili per misurare i cambiamenti, come quelli che potranno conseguire all'adozione delle cinque pratiche di Slow Medicine. Tra gli strumenti disponibili vanno ricordati quelli derivanti dal database Health Search (Simg), dall'Osservatorio delle buone pratiche (Agenas), dall'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (Aifa), oltre ai contributi della Società per la qualità dell'assistenza e della stessa Fnomceo con i suoi corsi di formazione.

Il Questionario Omceo Matera su test, trattamenti e procedure non necessari nella pratica clinica corrente

Scopo della ricerca è stato quello di valutare le *opinioni* dei medici di assistenza primaria sul tema dell'appropriatezza, in particolare nelle settimane successive alla pubblicazione del contesto Decreto Lorenzin per poi metterle a confronto con i *comportamenti reali* nella pratica clinica.

Al questionario ha risposto il 34% dei medici di MG e PLS della provincia di Matera (65 su 193). Le risposte fornite sono risultate in gran parte sovrapponibili a quelle raccolte negli Stati Uniti nel 2014 nel corso di una indagine telefonica su un campione di 600 medici. Sono più del 50% i medici che giudicano un problema molto rilevante quello dei trattamenti e test non appropriati.

La richiesta da parte dei pazienti di tali pratiche avviene più volte alla settimana (46%) e talora più volte al giorno (17%) ma nel 60% dei casi i pazienti accettano il consiglio del medico di non sottoporvisi.

I medici sono propensi a prescrivere esami non necessari più per ottenere una assoluta sicurezza (31%) che per l'insistenza dei pazienti (26%) o per timore di conseguenze legali, sebbene questo timore si ritrovi in una

parte consistente delle risposte con motivazioni multiple. Rispetto ai colleghi americani i medici lucani credono meno alla possibilità che il problema dell'appropriatezza possa essere risolto a livello legislativo nazionale (8% contro 15%).

Sorprende il minimo credito assegnato in questo senso alle società scientifiche (3%). La riforma delle norme sulla responsabilità medica viene indicata come utile da più di un terzo dei medici. Altrettanti medici considerano necessaria la disponibilità di materiale informativo per i pazienti, come quello realizzato dall'associazione Altroconsumo. Della campagna Choosing Wisely è a conoscenza solo 1/3 dei medici; della traduzione italiana del progetto e delle buone pratiche individuate dalla Società scientifica della Medicina Generale ne sono a conoscenza invece i 2/3 dei medici.

La ricerca illustra anche i reali comportamenti prescrittivi dei medici italiani, ed in particolare di quelli delle regioni meridionali, in rapporto alle 5 pratiche in Medicina Generale a forte rischio di in appropriatezza, e che dunque dovrebbero essere affrontate con un confronto slow tra medico e paziente, selezionate dalla Società italiana di medicina generale. <http://www.slowmedicine.it/pdf/Pratiche/scheda%20SIMG.pdf>. Per alcune pratiche, come quella sull'utilizzo della RMN nella lombalgia, i dati globali di appropriatezza potrebbero apparire soddisfacenti (con una oscillazione tra il 65 e il 73%) ma se si analizzano gli andamenti regionali emergono importanti differenze.

Per il governo della spesa farmaceutica i soli dati di consumo, complessivamente in calo a livello nazionale, non sono sufficienti a spiegare la variabilità prescrittiva: il data ba-

se Health Search permette di farlo incrociando gli indicatori di consumo con gli *indicatori di prescrizione* (per quali patologie i farmaci vengono utilizzati) e con gli *indicatori di aderenza* terapeutica.

Sono state numerose nella nostra provincia le iniziative, promosse dall'Ordine dei medici di Matera e dalla Azienda sanitaria del Materano ASM, per condividere le buone pratiche tra medici di MG e specialisti (ospedalieri ed ambulatoriali): a dei confronti iniziali tra pari, in piccoli gruppi, per condividere le criticità di gestione e presa in carico di patologie croniche, sono seguiti dei corsi di formazione Ecm, sia a Matera che in provincia. Questi incontri hanno prodotto un miglioramento nelle relazioni professionali ed una maggiore disponibilità all'adozione di percorsi diagnostico terapeutici aziendali regionali. Risultati non raggiunti da precedenti iniziative "coercitive" messe in atto a livello regionale. (...)

Conclusioni

Per concludere possiamo rilevare che la medicina generale è impegnata in un coraggioso processo di rifondazione e di ripensamento del suo ruolo nella società.

La "prevenzione quaternaria", così come proposta dall'associazione europea della medicina di famiglia WONCA (una difesa contro gli eccessi della stessa medicina) ed in sintonia con quanto richiamato dalla Slow Medicine, si propone come nuovo compito della medicina di famiglia.

Tutti i contributi al convegno di Matera, compreso l'intervento integrale del dottor Bitetti, sono stati pubblicati su la Professione n.2/2016, periodico della Fnomceo.

Cosa ritieni utile per ridurre i test, i trattamenti e le procedure non necessarie?

Pubblichiamo le risposte fornite ad una delle 13 domande contenute nel questionario elaborato dall'Omceo di Matera e rivolto ai mmg

- avere più tempo per discutere con il paziente: 8
- avere strumenti EBM disponibili in un formato adatto ai pazienti che aiuti il medico ad illustrare il problema: 23
- avere strumenti EBM disponibili in un formato adatto ai pazienti che aiuti il medico ad illustrare il problema, avere più tempo per discutere con il paziente: 3
- riforma della legge sulla responsabilità del medico: 24
- riforma della legge sulla responsabilità del medico, avere più tempo per discutere con il paziente: 2
- riforma della legge sulla responsabilità del medico, avere strumenti EBM disponibili in un formato adatto ai pazienti che aiuti il medico ad illustrare il problema: 3
- riforma della legge sulla responsabilità del medico, avere strumenti EBM disponibili in un formato adatto ai pazienti che aiuti il medico ad illustrare il problema, avere più tempo per discutere con il paziente: 2

Si terrà a settembre il III Forum del Vasco de Gama Movement

I giovani medici di famiglia si incontrano a Gerusalemme

Ronen Brand¹, Jacopo Demurtas²

¹ Dipartimento di Medicina di Famiglia, Servizi Sanitari Clalit, Distretto di Haifa e Galilea Ovest; delegato israeliano al Consiglio Europeo del VdGM; presidente del comitato organizzativo del III Forum

² Medico di Continuità Assistenziale, USL sud-ovest Toscana, Capalbio; Scuola di Medicina Generale Toscana; delegato italiano al Consiglio Europeo del VdGM

C'è un vecchio detto ebraico, che recita “Chi salva anche una sola anima, è come se avesse salvato il mondo intero”.

Quest'idea ha trascinato il comitato organizzatore del terzo forum del Vasco da Gama Movement, spingendolo alla scelta del tema di quest'anno, la questione posta dai rifugiati.

Cos'è il VdGM Forum? Dove si terrà e qual è il tema scelto? Se lo volete scoprire, seguitemi, siamo qui per raccontarvi una storia!

Ma andiamo con ordine, prima il forum. Il forum è il meeting scientifico del Wonca Vasco da Gama Movement (VdGM), il movimento europeo dei giovani medici di medicina generale (entro il quinto anno dal conseguimento del titolo) e dei formandi o specializzandi in medicina di famiglia.

I forum precedenti si sono tenuti a Barcellona e a Dublino.

Un sogno divenuto realtà, la possibilità di realizzare un congresso europeo in cui i giovani medici di famiglia possono condividere le loro esperienze, presentare i loro lavori scientifici, affrontare insieme le sfide per la Medicina Generale che si stagliano all'orizzonte, portando il vascello, simbolo del VdGM, lontano dai marosi e in acque tranquille, magari dirigendosi verso Israele.

Uno stato giovane, pur da tempo membro del Wonca Europe, che fa parte del VdGM da soli quattro anni. Eppure ha già ospitato uno scambio internazionale di medici in formazione nel 2013, a Tel Aviv, ed ha organizzato il terzo forum del VdGM, che si terrà il prossimo settembre, dal 16 al 19. Dove? In una famosa mappa (v. figura) si può vedere Gerusalemme dipinta come punto di incontro di tre continenti. E questo aspetto si riflette anche oggi nel suo essere centro nevralgico dal punto di vista religioso e dal punto di vista scientifico. Cuore pulsante e Città Santa per tre religioni monoteiste, punto di incontro, non potrebbe esserci un posto migliore per fare incontrare 30 diverse culture e tradizioni mediche, che si confronteranno durante il Forum, rappresentanti dei 30 stati membri del VdGM.

La Medicina Generale in Israele

La medicina in Terra Santa è un professione antica, le prime tracce scritte le troviamo nell'Antico Testamento e ci riportano al profeta Eliseo, discepolo di Elia, che durante una “visita domiciliare” si produsse





in un intervento di rianimazione cardiopolmonare su un bambino. Il programma di specializzazione in Medicina Generale è nato nel 1977 e si è sviluppato ulteriormente per consentire un maggiore impegno in strutture di assistenza primaria (ben due anni e tre mesi) a discapito della frequenza ospedaliera in medicina interna.

Il medico di famiglia svolge un ruolo chiave, anche nel sistema israeliano: ogni medico di medicina generale tratta e gestisce 600-1.200 pazienti, accompagnandoli dalla nascita per tutta la loro esistenza. I bambini nei grandi centri urbani sono trattati per lo più dai pediatri, ma nelle vaste zone rurali, il medico di famiglia è responsabile anche della loro salute.

I partecipanti al pre-conference exchange (lo scambio internazionale per un'esperienza osservazionale in medicina di famiglia), saranno coinvolti nelle attività di un medico di famiglia israeliano, e faranno esperienza del sistema computerizzato unificato di registrazione dei dati dei pazienti

utilizzato dai MMG.

Prescrizioni sbloccate con le impronte digitali, database online che rendono i dati a portata di mano, altre tecnologie sono state implementate nel sistema di assistenza primaria, così come è largamente in uso la comunicazione col paziente attraverso mobile apps.

Il servizio sanitario nazionale fornisce un'assistenza onnicomprensiva per ogni cittadino.

Finanziato da un'assicurazione sanitaria obbligatoria in vigore dal 1995, il sistema offre ad ogni cittadino una scelta tra quattro sistemi di assistenza privata HMO (Organizzazioni di Assistenza), che, dal momento della scelta, sono responsabili delle cure e dell'assistenza di quel paziente.

Ogni HMO ha il suo pool di medici di famiglia e specialisti, e lavora in cooperazione con gli ospedali governativi presenti sul territorio.

La Clalit Health Service ad esempio, è la prima e più grande HMO di Israele, seconda solo a Kaiser-Permanente a livello mondiale.

I temi del forum

Il forum, come detto precedentemente, muove dalla riflessione degli organizzatori sul problema dei rifugiati e la crisi tuttora evidente a livello europeo. Questo ha spinto il comitato organizzatore ad incentrare l'intero forum sull'assistenza ai fragili, ai vulnerabili, agli emarginati.

“Se salvare una sola anima, equivale davvero a salvare il mondo intero – dice la dottoressa Yael Gillerman, direttrice scientifica del forum – allora vogliamo affrontare le problematiche di ogni categoria bisognosa di assistenza e vedere cosa possiamo fare, cosa possiamo migliorare in assistenza primaria”.

Il forum durerà 2 giorni e mezzo, con presentazioni, dibattiti e workshops.

Il comitato organizzativo ha prodotto un programma in cui le relazioni ed i workshop riguarderanno le attuali soluzioni offerte dall'assistenza primaria ai rifugiati in Europa, la sensibilità culturale del setting di assistenza primaria, ma anche le cure palliative, gli aspetti etici nella ricerca su popolazioni vulnerabili e molti altri argomenti correlati

Oltre a nuovi modelli di medicina di famiglia, la Terra Santa offre grandi opportunità per associare all'esperienza scientifica del congresso una visita ai suoi tesori: Gerusalemme, la città Santa, Tel-Aviv, la capitale, il lago di Tiberiade, Nazareth sono solo alcuni spunti che vi offriamo.

Speriamo di avervi incuriosito.

A nome del comitato organizzativo* e dell'Associazione Israeliana dei Medici di Famiglia, un caloroso saluto ai colleghi italiani.

Shalom aleikhem, Pace a voi e... ci vediamo a Gerusalemme!

I risultati di un sondaggio Fimmg

Conoscete l'idrosadenite suppurativa?

Simone Garcovich *

Vito Albano **

Antonio P. D'Ingianna **

Maurizio Pirro**

*Istituto di Dermatologia Fondazione

Policlinico Universitario A. Gemelli

Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

**Medici di Medicina Generale

Fimmg-Simpesv

Introduzione

L'idrosadenite suppurativa (HS) è una malattia infiammatoria della cute a carattere cronico, ricorrente e invalidante, che interessa i follicoli piliferi delle regioni inverse-apocrine del corpo, tipicamente le ascelle, l'inguine e le regioni ano-genitali. Insorge dopo la pubertà e colpisce soggetti di età giovanile e adulta, con lesioni a tipo noduli, ascessi e fistole a sede cutanea e sottocutanea, determinando un impatto significativo sulla qualità di vita e sulla funzionalità dei pazienti. Sebbene la prevalenza esatta della HS non sia nota in Italia, non si tratta certamente di una malattia "rara" in senso stretto. La HS è considerata una malattia "orfana", perché vi è una limitata disponibilità di trattamenti efficaci e di assistenza sanitaria a fronte di un importante bisogno clinico. Recentemente la HS viene classificata come condizione "complessa", perché associata a infiammazione sistemica e alla sindrome metabolica. Nel nostro paese non vi sono dati attuali sulla dimensione del problema HS nella medicina di base e del territorio. Per tale motivo è stato effettuato un sondaggio preliminare sullo stato attuale e sulla conoscenza del problema HS presso i medici della Fimmg.

Metodi

Il questionario sulla idrosadenite suppurativa (HS) è stato recentemente inoltrato ad un

campione rappresentativo di medici aderenti alla FIMMG. I medici partecipanti hanno eseguito una ricerca sul proprio database-gestionale informatico, utilizzando la categoria diagnostica "idrosadenite suppurativa" come termine di ricerca, con il fine di identificare casi di HS presso la popolazione dei pazienti assistiti. La ricerca di tipo retrospettivo dei casi di HS ha preso in esame il periodo temporale degli ultimi 12 mesi. Nei pazienti affetti da HS (casi) sono stati quindi raccolti i dati riguardanti la demografia, la presenza di fattori di rischio specifici della malattia nonché la presenza di patologie croniche concomitanti (comorbidità).

Risultati

179 medici di base hanno partecipato al sondaggio, fornendo in totale 177 questionari valutabili. Il campione di medici che hanno partecipato allo studio è rappresentativo delle diverse aree geografiche del paese (nord 45%; centro 21%, sud e isole 34%).

Il termine "idrosadenite suppurativa" è presente come categoria diagnostica solo nel 53% dei gestionali software medici in uso ai colleghi. La popolazione di assistiti, seguita dai medici partecipanti allo studio, comprende 217.000 soggetti (102.070 donne; 114.930 uomini). Sono stati raccolti in totale 807 pazienti affetti da HS (casi), di cui 329 uomini e 478 donne. Considerando la popolazione

e il campione di riferimento nel sondaggio la prevalenza puntuale di HS è dello 0,37% su base nazionale (per area geografica: Nord 0,31%, Centro 0,43% e Sud-Isole 0,42%).

La distribuzione per età dei casi di HS è la seguente: 24,91% fino ai 18 anni di età, 67,53% in età adulta (18-65 anni), 7,56% in età avanzata (sopra ai 65 anni). I fattori di rischio associati alla malattia sono elencati nella Figura 1.

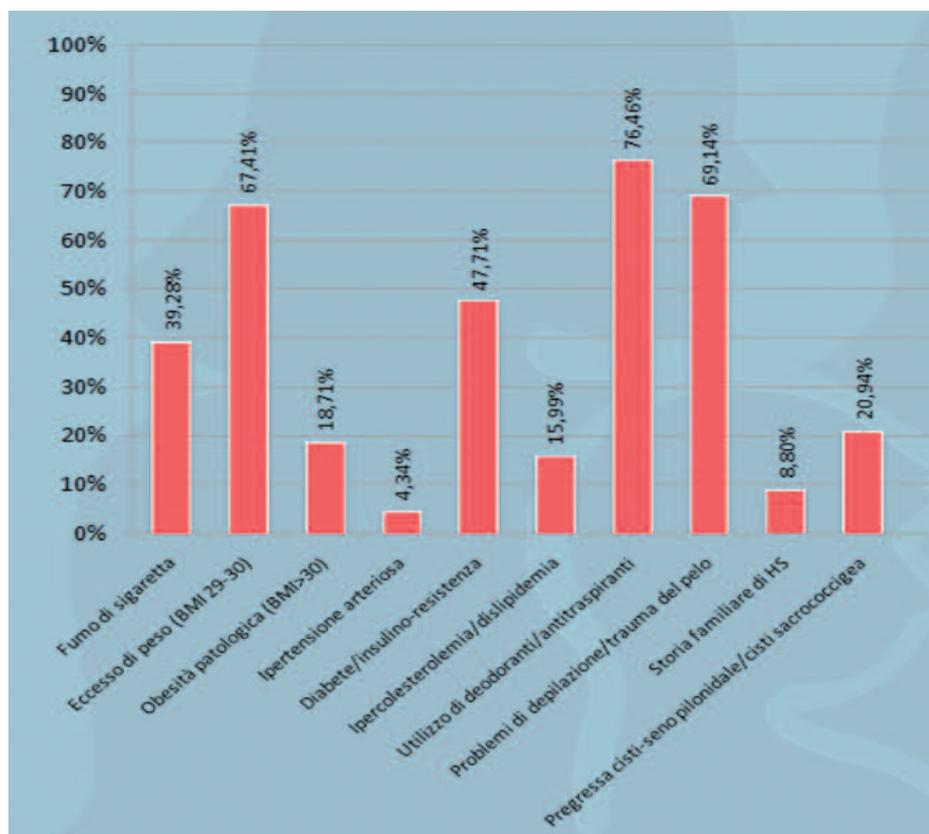
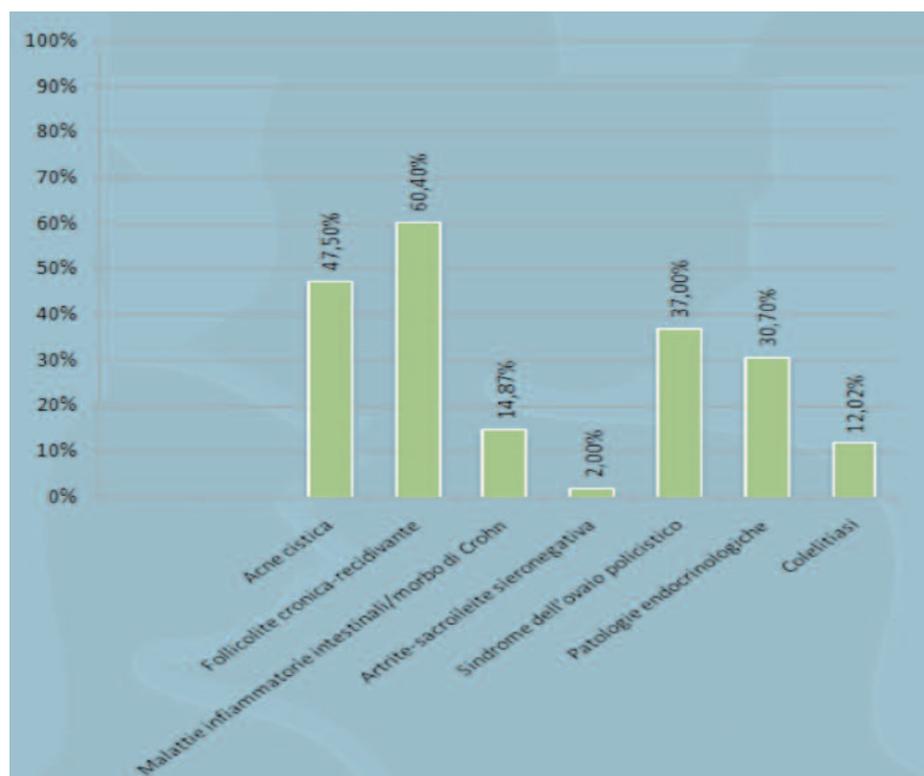
Circa il 39,28% dei casi è fumatore. L'eccesso di peso (BMI 29-30) interessa più della metà dei pazienti (67,41%), fino alla obesità patologica (BMI > 30) in 18,71% dei casi. Anche il diabete e l'insulino-resistenza, componenti della sindrome metabolica, interessano quasi la metà dei casi (47,7%). Problemi di depilazione, trauma del pelo e utilizzo di deodoranti/antitranspiranti sono stati riferiti rispettivamente nel 69,1% e 76,4% dei casi. Circa il 20% dei pazienti riferiva una progressiva cisti pilonidale o sacro-coccigea. Una storia familiare di HS è presente solo in una minoranza dei casi (8,8%).

Le principali comorbidità associate all'HS nel sondaggio sono riportate in Figura 2. Tra le comorbidità sono state rilevate in ordine di frequenza la follicolite cronico-recidivante (60,4%), l'acne cistica (47,5%), la sindrome dell'ovaio policistico (37%), patologie ormonali (30,7%), malattie infiammatorie intestinali (14,87%), la colelitiasi (12,02%) e l'artrite-sacro-ileite sieronegativa (2%).

Alla domanda sul comportamento terapeutico prevalente per un caso di HS, quasi il 90% dei colleghi intervistati gestisce in maniera autonoma il paziente per il primo approccio terapeutico. Nella Figura 3 sono elencati gli approcci terapeutici di prima linea per la gestione dell'HS sintomatica. Quasi l'80% dei colleghi prescrive una terapia con antibiotici sistemici. Gli antibiotici e gli antisettici topici vengono utilizzati rispettivamente nel 45,2% e 34% dei casi come terapia di prima linea. L'incisione chirurgica e la tolettatura di un ascesso viene praticata solo nel 16,75% dei casi.

Discussione

Allo stato attuale non è possibile fornire una stima precisa della prevalenza di HS nella popolazione italiana, perché la malattia non ha ancora in Italia una definizione e un nomenclatore diagnostico universalmente accettato nelle varie regioni.

Figura 1 – Fattori di rischio associati alla HS**Figura 2 – Comorbidità con HS**

L'assenza di una definizione univoca della malattia e la mancanza della relativa categoria diagnostica nei software gestionali medici utilizzati nella medicina del territorio limita ulteriormente i risultati della ricerca epidemiologica a livello nazionale. Questo dato potrebbe spiegare la reale sotto-diagnosi della malattia, con mancata segnalazione dei casi o confondimento con altre condizioni, in primis infezioni acute o croniche di cute e tessuti molli o follicoliti croniche. La difficoltà nella diagnosi, che è principalmente di tipo clinico, la mancanza di codici diagnostici specifici e armonizzati a livello regionale e la frammentazione dell'assistenza medica (medicina di base, specialisti medici e chirurgici) vanno a complicare l'inquadramento epidemiologico della malattia.

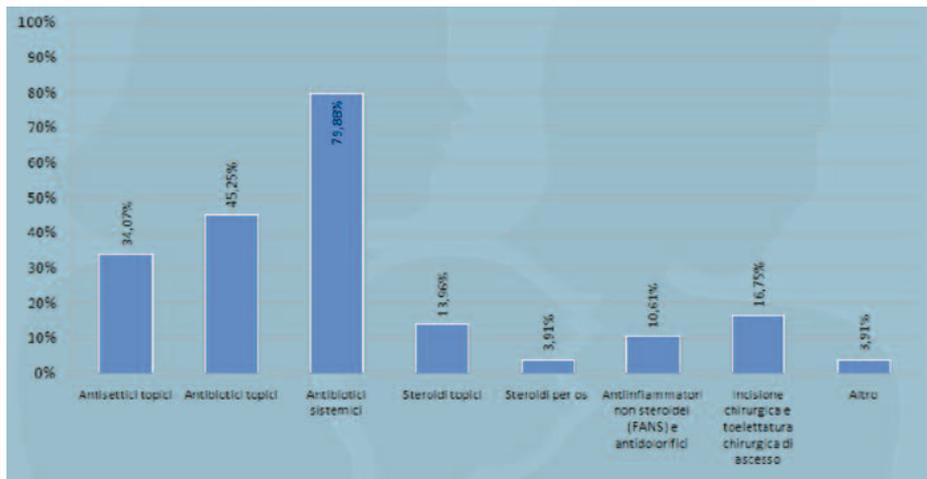
I dati di prevalenza della malattia riportati in letteratura sono estremamente variabili, dal 0,03% al 1%, a seconda dell'area geografica, del tipo di studio epidemiologico (studi di popolazioni, studi di registri, studi ospedalieri), e dei criteri e strumenti diagnostici utilizzati (questionari validati, sondaggi, diagnosi specialistica). Risulta quindi difficile fare un confronto con i risultati del nostro sondaggio, che ha preso in esame la realtà della medicina di base, potenzialmente rappresentativa dal punto di vista epidemiologico.

In Italia è attivo al momento un solo registro di malattia, che raccoglie casi di HS già diagnosticati e seguiti presso centri specialistici di secondo e terzo livello, con ampia eterogeneità dal punto di vista geografico. Tale registro è associato ad un significativo fattore di confondimento nella selezione dei pazienti, arruolando prevalentemente pazienti ospedalizzati con lunga durata di malattia.

In questo senso, il presente sondaggio, seppur con i suoi limiti, fornisce degli interessanti spunti di riflessione per inquadrare il problema HS nella medicina di base.

In linea con i trend epidemiologici noti, la prevalenza di HS diminuisce con l'età: quasi il 70% dei casi riportati interessano la fascia di età adulta. La malattia interessa maggiormente il sesso femminile (rapporto F:M 1.45:1), in misura però minore rispetto ai dati della letteratura (rapporto F:M 3:1).

Il dato di una elevata prevalenza in età pediatrica-adolescenziale nel nostro sondaggio (25%) è inaspettato per la popolazione italiana e di assoluto interesse. Nel registro ita-

Figura 3 – Gli approcci terapeutici alla HS

liano dell'HS, con pazienti di tipo ospedaliero, circa il 23% dei pazienti ha un'età minore dei 18 anni. I dati di HS pediatrica (età < 13 anni) a livello di popolazione presentano invece una prevalenza minore (2%). La HS in età pediatrica-adolescenziale è fortemente correlata a comorbidità endocrinologiche, in primis la sindrome dell'ovaio policistico e la pubertà precoce, nonché all'eccesso di peso/obesità patologica. In considerazione del preoccupante incremento dell'obesità nella popolazione giovanile italiana questa evidenza preliminare richiede urgente attenzione da parte dei medici di base. Fattori di rischio specifici per la malattia, legati agli stili di vita, sono stati riportati con elevata frequenza nel sondaggio, in particolare l'eccesso di peso/obesità patologica, il diabete/insulino-resistenza e il fumo di sigaretta. Questi risultati preliminari sono sovrapponibili ai dati pubblicati dal registro italiano di malattia. L'obesità e l'insulino-resistenza/diabete sono componenti della sindrome metabolica, condizione fortemente associata alla malattia secondo una recente metanalisi. In particolare, nel registro italiano di malattia la presenza di diabete di tipo II correla anche con la severità di malattia. La correzione degli stili di vita e la prevenzione della sindrome metabolica rappresentano quindi interventi in grado di modificare potenzialmente la storia naturale della malattia cutanea. Tra le comorbidità associate alla HS, sono risultate prevalenti altre patologie dell'unità pilo-sebacea, come l'acne cistica e la follicolite cronica. La frequenza di questa associazione è più elevata nel sondaggio in confronto all'evidenza pubblicata, indicando

l'importanza di una corretta diagnosi differenziale delle condizioni di acne e follicolite rispetto alla HS. La follicolite cronica potrebbe essere considerata una manifestazione clinica di HS in caso di tipica localizzazione alla regioni inverse del corpo. Infine, nella parte finale del questionario l'aggiornamento ad una corretta definizione diagnostica dell'HS ha evidenziato presso i colleghi un cambiamento nella percezione del problema, con un significativo trend di incremento nella identificazione dei casi. Questo indica come la conoscenza della definizione di malattia sia importante per una corretta diagnosi, in particolare nelle forme iniziali di malattia. Il primo approccio terapeutico al paziente con HS viene fornito nella maggior parte dei casi dal medico di base e prevede il ricorso alla terapia antibiotica sistemica e topica. Questo dato riflette probabilmente una gestione di tipo sintomatica della malattia in fase acuta, con il paziente che si rivolge al medico curante per una riaccensione (recidiva) infiammatoria della malattia o una sovra-infezione delle lesioni. Il ricorso ad un trattamento chirurgico conservativo (incisione e toelettatura di ascessi) viene riferito solo da una minoranza dei medici interpellati (<20%). I limiti del nostro sondaggio sono legati al disegno retrospettivo e dalla modalità di campionamento dei colleghi intervistati. Inoltre non è stato registrato uno stadio clinico della malattia (classificazione di Hurley), per cui è impossibile differenziare i casi iniziali da quelli avanzati.

Conclusioni

I dati preliminari del nostro sondaggio sul-

l'idrosadenite suppurativa indicano una significativa prevalenza del problema negli assistiti su tutto il territorio nazionale. Un primo requisito fondamentale nell'assistenza al paziente con sospetta HS è una precisa identificazione dei segni e sintomi della malattia e quindi una corretta diagnosi. Vi è la necessità di adeguare la conoscenza della corretta definizione della malattia e di aggiornare in nomenclatori diagnostici nei database gestionali per la medicina di base.

Il collegamento tra il medico di base e lo specialista Dermatologo è fondamentale, perché la diagnosi di HS deve essere validata, in modo da migliorare l'accuratezza diagnostica e assicurare una diagnosi precoce.

Le future progettualità della Fimmg sulla HS forniranno ai colleghi un algoritmo gestionale per riconoscere i segni e sintomi della malattia, facilitare una diagnosi di HS e gestire tutti gli aspetti clinici nell'ottica della medicina preventiva (fattori di rischio, comorbidità) e della collaborazione multi-disciplinare specialistica.

Ringraziamenti: si ringrazia AbbVie per il contributo incondizionato.

Riferimenti bibliografici:

- Dessinioti C, Katsambas A, Antoniou C. *Hidradenitis suppurativa (acne inversa) as a systemic disease*. Clin Dermatol 2014;32(3):397-408.
- Jemec GBE, Kimball AB. *Hidradenitis suppurativa: Epidemiology and scope of the problem*. J Am Acad Dermatol 2015;73(5):S4-7.
- Kim GE, Shlyankevich J, Kimball AB. *The validity of the diagnostic code for hidradenitis suppurativa in an electronic database*. Br J Dermatol 2014; 171(2):338-42.
- Bettoli V, Naldi L, Cazzaniga S, Zauli S, Atzori L, Borghi a., et al. *Overweight, diabetes and disease duration influence clinical severity in Hidradenitis Suppurativa - Acne Inversa*. Evidence from the national Italian Registry. Br J Dermatol. 2016;174(1):195-7
- Tzellos T, Zouboulis CC, Gulliver W, Cohen a. D, Wolkenstein P, Jemec GBE. *Cardiovascular disease risk factors in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Br J Dermatol. 2015;173(5):1142-55
- Saunte DM, Boer J, Stratigos a., Szepletowski JC, Hamzavi I, Kim KH, et al. *Diagnostic Delay in Hidradenitis Suppurativa is a Global Problem*. Br J Dermatol. 2015;173(6):1546-9.

HIV: confermata la bioequivalenza tra farmaci originali e farmaci equivalenti nella terapia antiretrovirale

Durante il Workshop di Economia e Farmaci per l'HIV 2015, un board scientifico composto dai più influenti KOL's in ambito HIV a livello nazionale ha riaffermato la bioequivalenza tra farmaci originali e farmaci equivalenti nella terapia antiretrovirale e pubblicato i risultati di un importante studio condotto dall'ospedale San Raffaele con il supporto non condizionato di Mylan. Il focus del Workshop è stato il confronto/scontro tra innovazione e sostenibilità, e nell'ambito dell'HIV particolare enfasi è stata data all'utilizzo dei farmaci equivalenti e al loro ruolo fondamentale nella liberazione di risorse che possono essere investite nei farmaci innovativi ottimizzando il trattamento dei pazienti e il loro stato di salute generale. Grazie all'esperienza italiana del San Raffaele sono stati presentati nuovi dati di uno studio caso-controllo, della durata di 12 mesi su 682 pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale per valutare efficacia e tollerabilità della terapia su due gruppi di pazienti, uno passato ai farmaci equivalenti e l'altro tenuto in trattamento con gli originator.

“All'arrivo nell'armamentario terapeutico regionale di molecole equivalenti impiegate negli schemi di terapia dei pazienti seguiti presso il nostro Centro – ha spiegato Adriano Lazzarin, primario della Divisione di malattie infettive dell'Istituto scientifico San Raffaele – abbiamo voluto verificare nella pratica clinica i risultati conseguenti allo switch da branded vs generici di alcune molecole antiretrovirali. Pertanto, a partire da settembre 2014, 341 pazienti, con il loro consenso, sono passati dalla terapia con farmaco brand a un regime con l'equivalente della stessa molecola. Dopo 6 mesi di osservazione non abbiamo riscontrato un aumento di ridotta efficacia o aumentata tossicità rispetto al gruppo di controllo in terapia con i branded. La sovrapposibilità è stata confermata anche al controllo effettuato a 12 mesi. A fronte di risultati convincenti e incoraggianti sotto l'aspetto della tossicità ed efficacia, non va trascurato il fatto che la riduzione dei costi può essere di aiuto nel favorire il processo di ottimizzazione del rapporto costi/benefici nella gestione del paziente sieropositivo”.

Probiotici: i medici di MG vorrebbero conoscerli meglio

Una ricerca realizzata grazie alla collaborazione di oltre 1.000 medici di Medicina Generale, su tutto il territorio nazionale, per rivelare le reali conoscenze di medici e pazienti sulla disbiosi intestinale, le sindromi correlate, l'utilizzo dei probiotici.

I mmg, pur prescrivendo probiotici (lo fanno più di 4 medici su 5) ritengono necessari maggiori approfondimenti sulla tematica, come dichiara il 96,6%. Dal 2005 il Ministero della Salute ha definito che il termine probiotico è riservato a quei microrganismi che si dimostrano in grado, una volta ingeriti in adeguate quantità, di esercitare funzioni benefiche per l'organismo. Si tratta, in sostanza, di batteri che vengono assunti attraverso preparazioni specifiche o alimenti che li contengono e che riescono a colonizzare l'intestino umano. Ma non tutti i ceppi sono uguali e intercambiabili. Studi recenti hanno dimostrato come due ceppi, il *Bifidobacterium longum* BB536 e il *Lactobacillus rhamnosus* HN001, hanno effetti benefici, essendo in grado di sopravvivere alle avverse condizioni gastrointestinali, di aderire alla mucosa intestinale e di interagire con l'ambiente intestinale.



Anziani. Sentire bene allontana la depressione

Un piccolo studio americano, pubblicato su *Jama Otolaryngology*, suggerisce che per gli adulti più anziani, con grave perdita dell'udito, l'impianto di un dispositivo cocleare può aiutare ad alleviare i sintomi della depressione. Precedenti ricerche hanno collegato il deficit uditivo al rischio di depressione, che si evidenzia con l'isolamento sociale, la solitudine e la maggiore dipendenza da un caregiver. Partendo da questi presupposti il team di Frank R. Lin del Center on Aging and Health presso Johns Hopkins Medical Institutions di Baltimora, ha osservato 113 persone di 50 anni o più, anziani con la perdita dell'udito che avevano ricevuto apparecchi acustici o impianti cocleari tra il 2011 e il 2014. I partecipanti sono stati valutati riguardo alla depressione sia prima di ricevere il dispositivo che sei mesi e 12 mesi dopo averlo ricevuto. La depressione è stata valutata su una scala da zero a 15, nella quale il punteggio più alto indica la presenza di depressione. Si è dapprima evidenziato che i pazienti che avevano ricevuto gli impianti cocleari (e che avevano più gravi perdite uditive prima) avevano punteggi peggiori nella scala di valutazione della depressione al basale, rispetto a quelli ottenuti da chi ha ricevuto un altro dispositivo acustico per il supporto uditivo. Tuttavia entrambi i gruppi hanno mostrato un miglioramento dei punteggi di valutazione della depressione dopo il trattamento, ma solo nel gruppo dell'impianto cocleare i miglioramenti nei sintomi depressivi sono stati significativi.

Kathryn Doyle Reuters Health - Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science



Scienziati scoprono come una pianta medicinale cinese può curare il cancro

Una nuova ricerca del John Innes Centre di Norwich, UK, ha rivelato come una pianta usata nella medicina tradizionale cinese produce sostanze che possono aiutare a curare malattie tumorali ed epatiche. La “*Scutellaria baicalensis*” – altrimenti conosciuta nella medicina cinese come Huang-Qin – è tradizionalmente usata come trattamento per la febbre, le malattie epatiche e polmonari.

Precedenti ricerche su cellule coltivate in laboratorio hanno dimostrato che i flavoni, contenuti nelle radici di questa pianta, non solo hanno effetti anti-virali e anti-ossidanti, ma possono combattere i tumori: nei modelli animali, i flavoni hanno, infatti, fermato la crescita del tumore. Molti flavoni sono sintetizzati da un composto chiamato naringenina, che possiede un gruppo OH, che è valutato come specifico dell’attività anti-cancro. I ricercatori del John Innes Centre hanno, in collaborazione con scienziati cinesi, provato a sintetizzare i flavoni specifici della radice di Huang-Qin attraverso un diverso percorso biochimico che coinvolge la Chrysin, un flavonoide naturale e biologicamente attivo con effetti anticancro. Capire il percorso di sintesi dovrebbe aiutare a produrre questi particolari flavoni in grandi quantità, il che consentirà di sviluppare la ricerca sui loro potenziali usi medicinali.

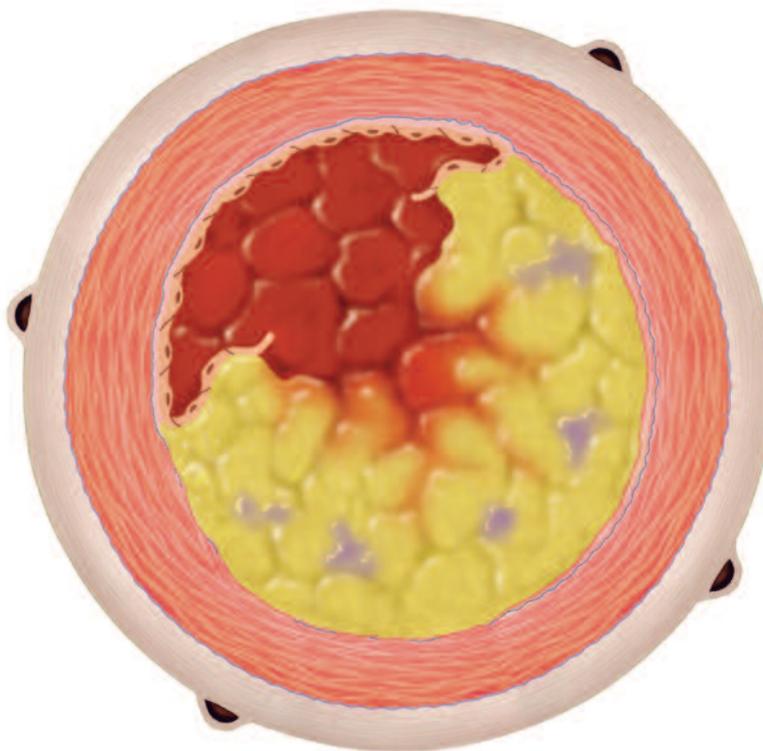
Q. Zhao et al. Science Advances, 2016; 2 (4): e1501780.

Il controllo della produzione del colesterolo VLDL e LDL

potrebbe prevenire la crescita dei tumori

Diversi studi hanno stabilito un legame tra obesità e cancro. Richard Lehner, professore di Pediatria e ricercatore della Facoltà di Medicina e Odontoiatria dello stato dell’Alberta, in Canada, ha condotto una ricerca per capire come le cellule tumorali possano avere una relazione con le VLDL e le LDL e quali meccanismi possono essere utilizzati per ridurre la crescita delle cellule maligne. Secondo lo studio, i tumori, non solo utilizzano i lipidi come “mattoni” per crescere, ma possono regolare il metabolismo lipidico del loro ospite per aumentare la produzione di questi lipidi: è come se le cellule tumorali avessero bisogno dei lipidi per crescere e il fegato venga riprogrammato a produrre più lipidi. Uno dei fattori chiave di questo processo sono le proteine che possono provocare una diminuzione della quantità di recettori per le LDL: il tumore colpisce queste proteine al fine di ridurre la clearance ematica del colesterolo. L’ipotesi dei ricercatori sarebbe quindi di ridurre al minimo la produzione epatica di LDL che priverebbe il tumore del suo approvvigionamento costante e quindi ridurrebbe la sua possibilità di crescita. I loro esperimenti in modelli pre-clinici hanno confermato lo sviluppo del tumore con la regolazione delle proteine che influenzano la produzione di VLDL e LDL. Alcuni farmaci sono stati utilizzati nell’ipercolesterolemia e non nella cura del cancro ma sarà interessante testarli nei malati di cancro e valutare se c’è un miglioramento.

J. Huanget al. Cell Reports, 2016; 10.1016.



HIV: LA LEADERSHIP DI MYLAN

In Italia, Mylan detiene la leadership del mercato HIV di riferimento, con oltre 2,8 milioni di dosi vendute.

In tutto il mondo Mylan produce e distribuisce 50 farmaci antiretrovirali. Quasi il 50% delle persone affette da HIV/AIDS è in terapia con farmaci Mylan: nel 2015 sono stati distribuiti 6.4 milioni di farmaci antiretrovirali Mylan a uomini, donne e bambini che convivono con HIV, in più di 100 Paesi.

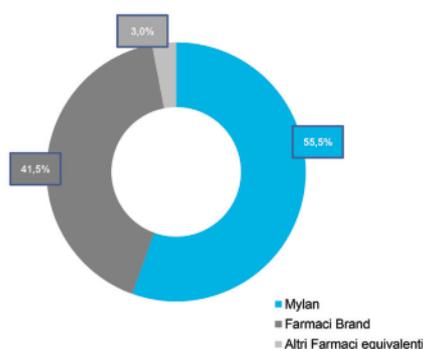
Questi numeri fanno di Mylan uno dei principali produttori mondiali di principi attivi utilizzati nella produzione di farmaci antiretrovirali equivalenti per il trattamento dell'HIV/AIDS.

Anno mobile da novembre 2014 a ottobre 2015		
	Numero di singole dosi	Quote di mercato
Mercato di riferimento*	5.104.119	100%
Mylan**	2.831.942	55,5%
Farmaci brand**	2.119.373	41,5%
Altri farmaci equivalenti	152.804	3,0%

* Somma dei prodotti a base di Lamivudina, Efavirenz e associazione tra Lamivudina e Zidovudina
** Molecole considerate:
• Mylan: Lamivudina, Lamivudina + Zidovudina, Efavirenz
• Brand: Epivir, Combivir, Sustiva

Dati IMS canale ospedaliero e DPC Ottobre 2015

N.1 in Italia sul mercato di riferimento



Dati IMS canale ospedaliero e DPC Ottobre 2015

Impegno di Mylan nell'HIV/AIDS

Qualità e accessibilità sono i due concetti che riassumono l'impegno di Mylan nell'area dell'HIV/AIDS.

Mylan ha sviluppato una nuova formulazione antiretrovirale (ARV) che si mantiene stabile al calore, consentendo così la distribuzione e l'utilizzo dei prodotti nei Paesi caratterizzati da climi caldi, dove i sistemi di refrigerazione non sono sempre disponibili. Tutti i principi attivi e gli eccipienti contenuti nei medicinali Mylan antiretrovirali sono sottoposti a un consolidato processo di test e monitoraggio prima di essere utilizzati, per garantire sempre ai nostri clienti prodotti della migliore qualità possibile.

Switch da branded a equivalenti

L'esperienza della Divisione Malattie Infettive del San Raffaele di Milano

"All'arrivo nell'armamentario terapeutico regionale di molecole equivalenti impiegate negli schemi di terapia dei pazienti seguiti presso il nostro Centro, abbiamo voluto verificare nella pratica clinica i risultati conseguenti allo switch da branded vs generici di alcune molecole antiretrovirali.

Pertanto, a partire da settembre 2014, 341 pazienti, con il loro consenso, sono passati dalla terapia con farmaco brand a un regime con l'equivalente della stessa molecola. Dopo 6 mesi di osservazione non abbiamo riscontrato un aumento di ridotta efficacia o aumentata tossicità rispetto al gruppo di controllo in terapia con i branded".

La sovrapposibilità è stata confermata anche al controllo effettuato a 12 mesi.

"A fronte di risultati convincenti e incoraggianti sotto l'aspetto della tossicità ed efficacia, non va trascurato il fatto che la riduzione dei costi può essere di aiuto nel favorire il processo di ottimizzazione del rapporto costi/benefici nella gestione del paziente sieropositivo".

*Adriano Lazzarin, Primario della Divisione di Malattie Infettive Istituto Scientifico San Raffaele di Milano



Mylan produce e distribuisce **50 farmaci antiretrovirali in tutto il mondo.**



Mylan oggi fornisce farmaci antiretrovirali a circa 6,4 milioni di uomini, donne e bambini che convivono con l'HIV, in più di 100 paesi.



Oggi quasi il 50% delle persone affette da HIV/AIDS nei Paesi in via di sviluppo è in **terapia con i farmaci Mylan.**

 **Mylan**
Seeing is believing

Frutta fresca associata a un minor rischio di infarto e ictus

Le persone che mangiano frutta fresca quasi tutti i giorni sono a minor rischio di infarto e ictus rispetto alle persone che ne mangiano raramente, secondo una nuova ricerca pubblicata recentemente sul *New England Journal of Medicine*. I risultati provengono da uno studio di sette anni su mezzo milione di adulti in Cina, dove il consumo di frutta fresca è molto più basso rispetto a paesi come Regno Unito o Stati Uniti. La frutta è una ricca fonte di po-



tassio, fibre, antiossidanti e vari altri composti potenzialmente attivi, contiene poco sodio o grassi e relativamente poche calorie. Lo studio ha scoperto che il consumo di frutta (principalmente mele o arance) era molto associato a molti altri fattori, quali istruzione, il non fumare e a livelli di pressione arteriosa e di glicemia più bassi. Inoltre, una porzione di 100 g di frutta al giorno è stata associata con circa un terzo in meno della mortalità cardiovascolare e l'associazione è risultata simile tra uomini e donne. L'associazione tra consumo di frutta e rischio cardiovascolare sembra essere più forte in Cina, dove molti ancora mangiano poca frutta, rispetto ai paesi ad alto reddito, dove il consumo giornaliero di frutta è più comune. I risultati dello studio porterebbero a una previsione di prevenzione di circa mezzo milione di morti cardiovascolari l'anno, tra cui 200.000 prima dei 70 anni e anche di un numero maggiore di ictus non fatali e attacchi cardiaci.

H. Du et al. *New England Journal of Medicine*, 2016; 374 (14): 1332.

Lavarsi le mani in sei fasi per ridurre le infezioni batteriche

La tecnica in sei fasi nel lavarsi le mani, raccomandata dall'OMS, è più efficace del metodo in tre fasi suggerito dai CDC negli USA, nel ridurre i batteri sulle mani del personale sanitario. "L'igiene delle mani è considerata l'intervento più importante per ridurre le infezioni nosocomiali, ma non vi sono prove su quale tecnica sia più efficace", ha detto Jacqui Reilly, PhD, autore principale dello studio e professore di prevenzione e controllo delle infezioni della Glasgow Caledonian University. "Questo studio –continua Reilly- fornisce una base per le migliori pratiche efficaci per implementare la prima linea dell'assistenza sanitaria." Durante il trial randomizzato e controllato, i ricercatori hanno osservato 42 medici e 78 infermieri che hanno completato il lavaggio delle mani con lo strofinio delle mani mediante soluzioni a base di alcool prima dell'approccio col paziente. La tecnica in sei fasi è stata valutata come microbiologicamente più efficace per ridurre la carica batterica media (da 3,28 a 2,58) rispetto al metodo in tre fasi (da 3,08 a 2,88). Tuttavia, utilizzando il metodo a sei fasi, occorre il 25% in più del tempo (42,50 contro 35 secondi). Uno dei risultati incidentali è, però, il mancato rispetto della tecnica a sei fasi: nello studio, solo il 65% di medici e infermieri aveva completato l'intero processo di igiene delle mani, nonostante i partecipanti avessero appreso le istruzioni sulla tecnica.

J. S. Reilly et al. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2016; 1; 10.1017.

Altissima prevalenza di rinosinusite cronica per i vigili del fuoco delle Torri Gemelle (11 09 2001)

I vigili del fuoco che hanno risposto nei primi due giorni del disastro del World Trade Center e chi ha lavorato presso il sito per sei mesi o più, hanno più necessità della chirurgia dei seni nasali e paranasali rispetto ai vigili del fuoco la cui esposizione alle polveri del sito è stata meno intensa o per minor tempo, secondo una nuova ricerca pubblicata su *Annals of American Thoracic Society*. I ricercatori hanno anche scoperto che i vigili del fuoco che hanno risposto rapidamente alla chiamata del disastro di New York e che erano sottoposti a chirurgia dei seni nasali e paranasali presentavano livelli più elevati di eosinofili. I livelli di eosinofili sono di solito controllati negli esami del sangue di routine e quindi i ricercatori sono stati in grado di confrontare i risultati dei test del sangue prima del 9/11. "Circa cinque anni dopo il crollo delle torri gemelle, abbiamo iniziato a vedere sempre più forme di sinusite", ha detto Michael Weiden, MD, professore associato di medicina ambientale presso la New York University e ufficiale medico del New York City Fire Department. "Ciò che è accaduto 15 anni fa – continua Weiden – ha ancor oggi conseguenze mediche. Lo studio "13.5-Year Longitudinal Study," su 8.227 vigili del fuoco che hanno lavorato presso il sito del WTC, ha visto a oltre 13,5 anni di distanza, 1.907 casi di rinosinusite cronica con 479 soggetti trattati chirurgicamente. Lo studio ha anche riscontrato che chi ha lavorato presso il sito del WTC per sei mesi o più hanno avuto il 48% di probabilità in più di sottoporsi a intervento chirurgico rispetto a chi ha lavorato presso il sito per un mese.

American Thoracic Society (ATS). *ScienceDaily*, 8 April 2016.

Le disfunzioni sessuali maschili nello studio del medico di MG

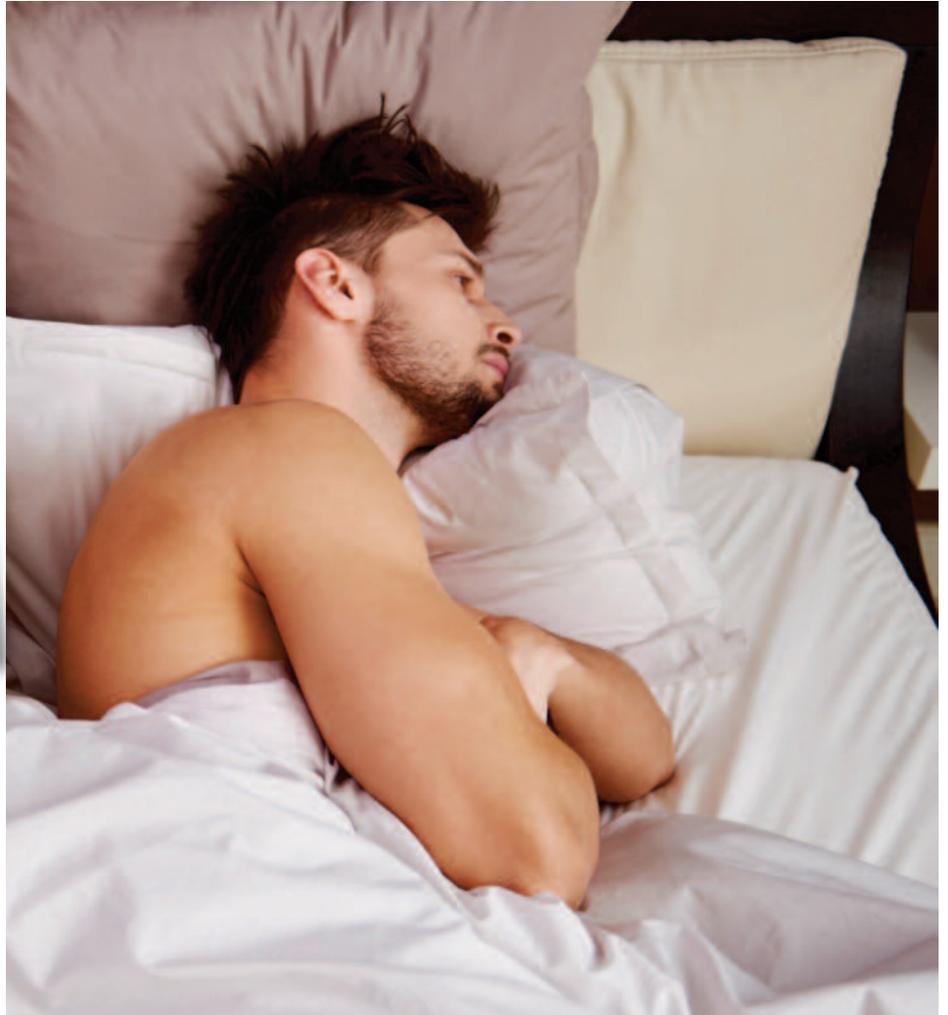
SIMPESV

Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita

La prima parte dell'articolo, dedicata alle disfunzioni sessuali femminili, è stata pubblicata sul n.1/2016 di Avvenire Medico



Giuseppe Nicodemo Bombardiere,
Pierluigi De Paolis, Maurizio Pirro.
Mmg, Simpesv



Eiaculazione precoce

L'eiaculazione (v. *bibliografia da 1 a 12*), emissione dello sperma dal meato dell'uretra, che si manifesta normalmente con l'orgasmo, è il processo riflesso che si produce quando l'eccitazione sessuale supera una certa soglia ed avviene secondo tre fasi, coerenti e coordinate, dette di *eccitazione, di immissione e di eiaculazione*. In realtà, anche se si possono definire fasi ben distinte, avvenuta l'immissione, è molto difficile per l'uomo trattenere volontaria-

mente il successivo momento (l'eiaculazione).

L'eiaculazione precoce (E.P.), è la più frequente disfunzione sessuale maschile.

Diverse sono le definizioni scientifiche e cliniche che sono state date di questo disturbo; volendo comprendere e sintetizzare tutte le posizioni, in accordo anche col DSM5, si può concludere che si parla di E.P. quando il soggetto è incapace di ritardare l'eiaculazione in tutte le penetrazioni e/o quando questa avviene entro un minu-

to dalla penetrazione vaginale e/o comunque avviene prima di quando si desidera ed è caratterizzata da ridotta latenza eiaculatoria, mancanza di controllo e disagio interpersonale. In pratica, nel soggetto affetto da eiaculazione precoce si verifica una persistente incapacità di esercitare azione di controllo volontario sul riflesso eiaculatorio subito prima o durante l'atto della penetrazione vaginale o in risposta ad una bassa soglia di stimolazione sessuale.

Secondo lo Studio PEPA, condotto nel 2007

in Italia, Germania e Stati Uniti, su un campione di 12.133 uomini di età compresa tra 18 e 70 anni, l'eiaculazione precoce era presente nel 22,7 % dei soggetti osservati (Stati Uniti 24 %, Germania 20,3 %, Italia 20 %). È un disturbo che può insorgere ad ogni età e manifestarsi fin dal primo rapporto sessuale, primitiva, oppure svilupparsi in una fase successiva della vita, dopo un periodo di funzionalità normale, secondaria. Le cause di E.P. possono essere sia di tipo biologico che psicologico. Tra le prime, ad esempio, ricordiamo: ipersensibilità cutanea del glande; anomalie morfologiche del pene come fimosi e brevità del frenulo; particolari polimorfismi genetici; disordini della trasmissione serotoninergica centrale; ipertiroidismo; diabete mellito; malattie neurologiche e genetiche, come sclerosi multipla e spina bifida; traumi locali o della colonna vertebrale; infiammazioni del tratto genitale, come prostatiti e sindrome del dolore pelvico cronico con incidenza tra il 26 ed il 77%; disfunzione erettile, nel 30 % dei casi; sospensione di terapie farmacologiche, ad es. antidepressivi; astinenza da sostanze stupefacenti.

Tra le cause di tipo psicologico, ricordiamo, invece: ansia; esperienze sessuali traumatiche; educazione rigida; paura; condizionamento; senso di colpa; stress; rapporti sessuali non frequenti; bassa autostima; depressione; scarsa capacità di controllo dell'eiaculazione; timore di perdere l'erezione; ansia da prestazione; dimensioni dell'organo sessuale ritenute insufficienti; altri aspetti esistenziali.

Alcuni studi scientifici iniziati a metà del secolo scorso hanno inoltre motivato l'E.P. con l'assenza o presenza di un livello minimo di serotonina, che impedirebbe al cervello di ricevere i giusti segnali legati al controllo dell'eccitazione e del riflesso eiaculatorio. Le motivazioni che determinano minori concentrazioni di questo neurotrasmettitore neuraminico sarebbero da ricercare soprattutto in errati stili di vita, come ad esempio una alimentazione scorretta, un'alternanza del ritmo sonno-veglia troppo sregolata, la mancanza di adeguato riposo notturno, il fumo, l'abuso di alcool e la scarsa attività fisica.

Naturalmente, un aumento dei livelli di serotonina svolge un'azione inibitoria sull'eiaculazione, ritardandola. Un regolare



apporto di serotonina (*"ormone della felicità"*), quindi, sarebbe molto utile non solo per migliorare il proprio benessere fisico, ma anche quello psico-sessuale.

Dal punto di vista psicologico, è importante sottolineare che per il maschio l'attività sessuale è priva del pegno della gravidanza, per cui è tendenzialmente promiscua e l'orgasmo diventa uno scopo da raggiungere in tempi brevi, anche se ciò, pur rappresentando un ottimo adattamento riproduttivo, non facilita l'eros, né il senso ludico del sesso e, per di più, genera ansia e stress proprio per il maschio e/o per la coppia.

Gli individui affetti da E.P., peraltro, sono accomunati da un tentativo di difendersi dall'ansia generata dalla sessualità e dalle intense situazioni erotiche che precedono l'orgasmo e, quindi, non riescono a controllarlo. L'ansia può essere legata ad elementi conflittuali risalenti all'infanzia, ostilità verso la donna, prime esperienze sessuali traumatiche e conflitti di coppia, pau-

ra del rifiuto ed ansia di prestazione. Quest'ultima, inoltre, si accompagna ad insicurezza ed a sentimenti di inferiorità, specie dal punto di vista sessuale, che aumentano la vulnerabilità alle critiche, soprattutto della partner, e ad idee errate come quella che l'uomo per essere definito "sessualmente attivo", debba mantenere l'erezione per lungo tempo. Vi sono ancora persone che presentano angosce per il rapporto sessuale, poiché vedono il sesso come qualcosa di "sporco" e di "sgradevole", a causa di motivi inconsci. In casi più rari il rapporto sessuale può essere vissuto con terrore per una distorta percezione dell'organo sessuale femminile che è percepito come "aggressivo".

Di altra natura, invece, sono le cause psicologiche dell'E.P. che derivano da una reazione anomala a problemi sessuali della partner, come, ad esempio, la scarsa lubrificazione vaginale, il vaginismo, la dispareunia, che possono mettere in crisi le si-



**Egon Schiele, *Atto d'amore*, 1915.
Vienna, Graphische Sammlung
Albertina**

le compromissione dei nervi periferici, che si verifica ad esempio nel diabete mellito e nella sclerosi multipla. Ricordiamo ancora, lo studio dei Potenziali Evocati Sacrali (P.E.S.) e dei Potenziali Evocati Corticali (P.E.C.), che permette di poter valutare la possibile presenza di ipereccitabilità peniena. Ed infine, il test di desensibilizzazione, attraverso l'uso di una crema desensibilizzante, per distinguere cause psicologiche da motivi di aumentata sensibilità locale

Eiaculazione ritardata

Il disturbo da eiaculazione ritardata (*v. bibliografia da 13 a 18*), già classificato nel DSM4 tra i disturbi dell'orgasmo maschile, è indipendente dal desiderio sessuale ed è caratterizzato da un marcato ritardo o assenza d'eiaculazione, in quasi tutte le occasioni di attività sessuale con un partner, senza che il soggetto lo desideri. Anche per la diagnosi di eiaculazione tardiva, come per gli altri disturbi inclusi nel DSM5, il disturbo deve essere presente da almeno sei mesi e deve provocare nel soggetto un sensibile stato di stress o difficoltà nelle relazioni interpersonali. Può essere permanente, quando è presente fin dall'inizio dell'attività sessuale del soggetto, oppure acquisita, quando è insorta successivamente, generalizzata, se è presente costantemente, indipendentemente dai partner e dalle situazioni oppure situazionale, se è presente con un solo partner o solo in determinate circostanze ambientali.

La prevalenza di questo disturbo, che rappresenta probabilmente una tra le meno comprese e forse meno studiate disfunzioni sessuali maschili, non è ancora ben chiara, ma gli studi evidenziano come sia presente soprattutto negli over 50, con una prevalenza che, negli uomini che superano gli 80 anni, è più del doppio rispetto a chi ha meno di 59 anni. Comunque, si pensa che la disfunzione sia molto presente in clinica, ma, purtroppo, è associata ad una percentuale molto bassa di richieste di consultazione, correlando al concetto di buona funzionalità sessuale, durata e potenza erettiva.

curezze del maschio, che reagisce con un rapporto affrettato e non controllato. Ricordiamo, infine, che la Psichiatria la ritiene espressione di aggressività repressa per un inconscio e profondo odio per le donne, per cui eiaculando rapidamente l'uomo imbratta simbolicamente la donna e la deruba del suo piacere sessuale.

Tra i vari esami strumentali che possono essere d'aiuto ad individuare una eventuale causa di E.P. ricordiamo il *Viri-care test* o *test della fallovibrazione*, che consiste nel misurare con un apposito strumento il numero di vibrazioni necessarie per indurre l'eiaculazione, dopo aver ottenuto l'eruzione con la microiniezione nel pene di farmaci vasodilatatori. Se il test è positivo è verosimilmente presente una causa organica.

Un altro esame utile è la *biotesiometria peniena*, che misura, con un apparecchio elettronico, la soglia di sensibilità alle vibrazioni; è utile nell'individuare una eventua-

In effetti, spesso al principio il soggetto che ne è affetto può pensare che si tratti di una condizione favorevole per l'attività sessuale, visto che in genere le donne necessitano di tempi più lunghi per il raggiungimento dell'orgasmo, però, dopo 30 minuti o più di attività, quando la donna ha già raggiunto l'orgasmo e non ha più adeguata lubrificazione vaginale, cerca di aumentare la stimolazione, trasformando così il piacere in dolore e costrizione per entrambi. Di conseguenza, gli uomini cominciano a evitare i rapporti sessuali, le partner manifestano diminuzione del desiderio sessuale ed in entrambi aumenta lo stress psicologico.

Un'altra conseguenza correlata a questa disfunzione è, ovviamente, l'incapacità al concepimento, in quanto questi uomini, spesso, sono impossibilitati a lasciarsi andare a coiti con eiaculazione intra-vaginale. Mentre la normale risposta eiaculatoria si può presentare poi durante la masturbazione o il rapporto orale.

Generalmente, l'eziologia di questo tipo di disturbo è legata a fattori di natura psicogena, come ad esempio la paura del concepimento e delle responsabilità o conflitti più superficiali come l'ansia da prestazione dovuta alla paura di non essere all'altezza, di non riuscire a soddisfare la partner; ciò è dovuto al fatto che questo uomo più che sulle sue sensazioni erotiche tende a focalizzarsi sulla soddisfazione sessuale della partner; in altri casi l'eiaculazione viene vissuta come una richiesta obbligata di performance che lo distrae dai propri bisogni, incentivando l'inibizione; infine, c'è una carente capacità di giocare e lasciarsi andare durante il rapporto sessuale, che viene sperimentato non tanto come piacere quanto piuttosto come un dovere. Altre possibili cause sono invece correlate alla produzione da parte del paziente di particolari pensieri e convinzioni: spesso infatti la sessualità viene percepita come un atto sporco, altre volte invece può manifestarsi per la paura di perdere una parte di se, cioè il liquido seminale, che in alcune religioni viene considerato vitale e non perdibile con l'eiaculato o ancora per una mancata compatibilità ed empatia sessuale tra i partner.

Non è da escludere anche l'origine organica. Infatti diverse condizioni cliniche, oltre l'età avanzata, possono determinare eia-

culazione ritardata, ad esempio farmaci, quali sedativi, neurolettici, bloccanti gangliari, antidepressivi, bloccanti alfa adrenergici, ecc., che possono influenzare il processo eiaculatorio e malattie neurologiche, quali ad esempio tumori, sclerosi multipla, parkinsonismo, traumi, diabete, alcolismo, uremia, ecc., in grado, ad esempio, di determinare una perdita di velocità di conduzione dei nervi sensoriali periferici oppure diminuzione della secrezione degli ormoni sessuali.

Nella fase diagnostica bisogna valutare sia l'età del soggetto che l'adeguatezza della stimolazione considerandone la localizzazione, l'intensità e la durata. Naturalmente è indispensabile, durante il colloquio clinico, essere direttivi e garbatamente invasivi, perché solitamente il paziente che soffre di disturbi sessuali, tende a mentire o a glissare su determinate domande.

Disturbo erettile o disfunzione erettile

Si definisce Disfunzione Erettile (DE - v. *bibliografia da 19 a 41*) la mancata sincronizzazione fra il desiderio sessuale cerebrale e la trasmissione periferica, che si traduce in una significativa o ricorrente inabilità a ottenere e/o mantenere un'erezione fino al termine di un rapporto sessuale soddisfacente.

La DE, condizione ingravescente di frequente riscontro negli ambulatori di Medicina Generale, largamente non diagnosticata e non trattata, rappresenta uno dei principali disturbi sessuali maschili; incide profondamente sulla qualità della vita e può anche costituire il primo sintomo di malattie sistemiche, quali per esempio il diabete mellito, la patologia arteriosclerotica (compresa la malattia coronarica), la sindrome depressiva ecc.

Una erezione valida deriva dalla corretta interazione fra elementi vascolari, endocrini, neurologici, psicologici e genitourinari, che si esplica in cinque fasi, dette fase dell'eccitazione, desiderio o libido, che dipende da fattori psicologici, legati a stimoli centrali e/o periferici e da fattori endocrini (androgeni); fase dell'erezione, fenomeno neurovascolare, mediato da un riflesso spinale, controllato dal bilancio del sistema nervoso autonomo parasimpatico e simpatico, attraverso la liberazione di mediatori quali l'os-



sido nitrico, il polipeptide vasoattivo, l'acetilcolina e le prostaglandine, che agiscono sulla muscolatura liscia e striata dei corpi cavernosi ed il pavimento pelvico, provocando aumento del flusso arterioso e vasoconstrizione; fase dell'eiaculazione, controllata dal s. parasimpatico; fase dell'orgasmo, legata alla percezione corticale del piacere, dato dalla contrazione ritmica dei muscoli bulbo ed ischiocavernosi ed infine, fase della detumescenza, dovuta alla costrizione della muscolatura liscia trabecolare con conseguente drenaggio e ritorno allo stato iniziale. Secondo il Massachusetts Male Aging Study (MMAS), studio di riferimento nell'epidemiologia della DE, questa può essere classificata come minima, quando il soggetto che ne è affetto dichiara 30 erezioni complete/mese, ma con qualche difficoltà al loro raggiungimento o mantenimento; media, quando vengono dichiarate 4 erezioni/mese, ed infine completa, quando non viene dichiarata alcuna erezione in un mese.

Lo studio ha evidenziato una prevalenza totale nella popolazione maschile americana con età >40 anni pari al 52%, mentre per la forma completa era minore del 10%. Ana-

logamente, nella popolazione italiana, un importante studio epidemiologico ha confermato un significativo aumento della DE con l'avanzare dell'età (48-50% oltre 70 anni).

La frequenza di tale disturbo aumenta infatti, con l'invecchiamento, passando da una frequenza del 2-5% nei soggetti di 30-50 anni, al 15% nella fascia tra 50 e 60 anni, al 25% fra i 60 e i 70 anni fino a raggiungere il 50% negli ultrasessantenni.

Dal punto di vista fisiopatologico, qualsiasi problema intervenga nel processo di tumescenza può determinare una o più disfunzioni, che possono coesistere nello stesso individuo.

Distinguiamo cause organiche, cause psicogene e forme miste.

La causa più comune è vascolare: un ridotto apporto ematico al pene come per arteriosclerosi, diabete (rischio superiore di tre volte rispetto alla popolazione sana), ipertensione arteriosa, dislipidemia, insufficienza epatica, fumo, assunzione di alcol e sostanze da abuso. Cause neurologiche possono essere centrali e periferiche: il m. di Parkinson o l'Alzheimer; gli esiti di ictus, che in-

Egon Schiele, *Gli amanti (L'abbraccio)*, 1917, Österreichische Galerie, Vienna.

tervengono principalmente sull'induzione della erezione, riducendo la libido; i traumi e le lesioni medullari e/o pelviche, per esempio anche post chirurgiche; i tumori; il diabete 1 e 2; la polineuropatia; l'insufficienza renale cronica. Si aggiungono cause organiche anatomiche come per esempio ipo ed epispadia e malattia di La Peyronie; cause ormonali come ipogonadismo, iper o ipotiroidismo, ipoprolattinemia e m. di Cushing; le forme psicogene e quelle indotte dai farmaci. La valutazione complessiva del paziente da parte del MMG, o diagnostica di I livello, non può prescindere da un'accurata anamnesi medica, sessuologica e psicosociale, anche attraverso l'utilizzo di scale e la somministrazione di test validati come per esempio le scale di AMS, di ADAM, quella derivata dallo studio MMAS ed i test IIEF (International Index Erectile Function) e SIEDY (Structured interview on Erectile Dysfunction).

Vanno indagate le abitudini di vita, il BMI, l'attività lavorativa, l'eventuale presenza di fattori di rischio quali il fumo, l'assunzione di alcol e/o sostanze da abuso, l'assunzione di farmaci per patologie concomitanti: molti infatti, ad esempio antiepilettici, glucocorticoidi, alcuni antibiotici, antimicotici, ma anche sertralina, fluoxetina ecc., utilizzando come substrato a livello epatico il citocromo P450 3A3/4, interferiscono con il metabolismo del testosterone.

Oltre ad un esame obiettivo per escludere patologie organiche, andranno poi prescritte indagini ematochimiche di base minime (glicemia, creatinina, colesterolo, HDL, esame delle urine e per le analisi ormonali testosterone ed eventualmente prolattina, LH ed FSH) per porre una diagnosi corretta, riservando esami di diagnostica di II livello, ad esempio Rigiscan test ed eco-colordoppler penieno dinamico, ai pazienti che necessitano di consulenza uro-andrologica.

Indagini di III livello, infine, quali l'arteriografia, la cavernosometria, l'elettromiografia della muscolatura perineale, la Visual Sexual Stimulation, vengono utilizzati in casi

particolari.

Un cenno a parte merita la cosiddetta PADAM, *sindrome da carenza parziale androgenica nell'uomo che invecchia* (Partial Androgen Deficiency of the Aging Male). La diagnosi non è semplice perché non esiste alcun test specifico: la sola valutazione dei livelli di testosterone ematico non è sufficiente a porre diagnosi, anche perché il range di normalità dei livelli di testosterone si basa su analisi statistiche e l'ormone presenta livelli variabili in maniera pulsata durante il giorno nel torrente circolatorio.

Con l'invecchiamento sia gli uomini che le donne accusano sintomi relativi alla ridotta produzione degli ormoni sessuali, cambiamenti inevitabili, ma che possono manifestarsi in modo diverso. La caduta della produzione ormonale è un processo naturale e non una malattia ma, come altri processi naturali non gradevoli, può essere modificata con una terapia adeguata allo stesso modo di un processo patologico. I sintomi della PADAM sono numerosi e non specifici, quelli più comuni interessano diversi organi e funzioni: dai flushes cutanei all'insonnia, dai disturbi dell'umore e delle funzioni cognitive alla depressione, dalla bassa autostima al ridotto desiderio sessuale.

Pochi sono gli studi eseguiti sulla PADAM e sugli effetti della terapia sostitutiva nell'uomo per stabilire se i sintomi, i segni e le conseguenze metaboliche possano essere reversibili e quindi essere corretti da una eventuale terapia sostitutiva.

In conclusione l'identificazione del paziente in età avanzata con deficit androgenico rimane un problema difficile da risolvere nella pratica clinica quotidiana. I soggetti anziani spesso mostrano i segni clinici di un ipogonadismo (perdita di massa muscolare e forza, riduzione della mineralizzazione ossea ed aumento del grasso viscerale). Queste manifestazioni potrebbero indicare un deficit androgenico cui talvolta non corrispondono ridotti livelli di testosterone plasmatici. Non è chiaro se esista un difetto dell'azione biologica degli androgeni sugli organi bersaglio che spieghino la discrepanza tra i segni e sintomi del deficit androgenico nell'età avanzata da una parte ed i quadri di laboratorio dall'altra. Studi ulteriori sulla fisiopatologia di tale quadro clinico, la stesura e l'accettazione di linee guida per la dia-

gnosi ed il trattamento della PADAM forniranno indicazioni utili per il miglioramento della qualità di vita di una popolazione sempre più numerosa e longeva.

Disturbo del desiderio ipoattivo

Il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo (v. *bibliografia 1-42-43*) consiste in un persistente o ricorrente calo, o assenza, del desiderio che si manifesta con una carenza, assenza, di pensiero o fantasie sessuali/erotici e scarso, o nullo, desiderio di attività sessuale, in rapporto all'età del soggetto ed al suo contesto di vita generale e socio-culturale. Anche in questo caso, ovviamente, il disturbo deve essere presente da almeno sei mesi, determinare nel soggetto un disagio clinicamente significativo e non riconoscere altre possibili cause e può essere generalizzato, situazionale, permanente o acquisito. Si calcola che il disturbo è presente in circa il 15% della popolazione maschile di età compresa tra 18 e 60 anni, cioè oltre un milione di persone, con una prevalenza che è di circa il 6% tra i giovani dai 18 ai 24 anni, del 41% tra gli uomini dai 66 ai 74 anni e dell'1,8% tra i soggetti dai 16 ai 44 anni.

Naturalmente, anche questo disturbo va inquadrato all'interno del contesto bio-psico-ambientale della persona. Fattori che possono influenzarlo sono l'uso di sostanze come alcol o altre sostanze di abuso, tabagismo, farmaci e psicofarmaci, condizioni ambientali specifiche come a esempio problemi di natura economica, problemi relazionali o ancora fattori biologici come l'età, fattori psicologici come la presenza di altri disturbi mentali, come depressione, disturbo schizoide e schizotipico di personalità, ecc., malattie croniche come diabete, obesità, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, ipogonadismo, iperprolattinemia, disfunzioni tiroidee e neuropatie. Anche in questo caso, facilmente, si viene a creare quel "loop disfunzionale", di Baranello, per il quale ogni tentativo di stimolare il desiderio, come ad esempio guardare stimoli erogeni (film pornografici, erotici, ecc.) o cercare fantasie precedentemente stimolanti e così via, in realtà fallisce lasciando una sensazione di frustrazione e ansia che, alla fine, tende a mantenere il disturbo nel tempo.

Bibliografia

- 1: American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fifth edition, APA 2013
- 2: CG Mc Mahon et al. – *Ad hoc Committee for the definition of Premature Ejaculation*. *BJU International* 2008; 102 (3) = 338 .
- 3: Palmieri A. et al. – *Urol. Int.* 2012
- 4: Porst et al. *Eur. Urol.* 2007, 51 (3) : 816 – 24
- 5: Masters W., Johnson V.E. – *Patologia e Terapia del Rapporto Coniugale*, 1970 – Milano, Feltrinelli
- 6: Kaplan H.S. – *Le Nuove Terapie Sessuali*, 1974 - Milano, Bompiani
- 7: Abraham G., Pansini W. – *Introduzione alla Sessuologia Medica*, 1975 – Milano, Feltrinelli
- 8: Waldinger M., Quinn P., Dileen M., Mundayat R., Schweitzer D.H., Boolell M. – *Multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time in The journal of sexual medicine*, vol. 2 n° 4, 2005.
- 9: Simonelli C. - *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*, 2000 – Milano, Franco Angeli.
- 10: Jannini E.A., Lenzi A., Maggi M.A. – *Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, 2007 – Milano, Elsevier .
- 11: Bonanno D., Michetti P.M., Rossi R., Simonelli C. – *Regulation of emotions, alexithymia and male sexual well-being*, in *Sexologies*, vol.17 n° 1 – 2008.
- 12: Bonanno D., Berardi R. (2008) – *Eiaculazione Precoce. Definizione e trattamento*.
- 13: Apfelbaum B. *Retarded ejaculation: a much-misunderstood syndrome*. In: *Leiblum SR, Rosen RC, eds. Principles and Practice of Sex Therapy*. Guilford Press; 2000.
- 14: McMahon CG, et al. *Disorders of orgasm and ejaculation in men*. *J Sex Med* 2004.
- 15: Perelman MA et al. *Retarded ejaculation*. *World J Urol* 2006.
- 16: Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. *Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men*. *J Sex Med* 2004.
- 17: Simonelli C., Rossi R., “Disturbo dell’orgasmo maschile”. In: Simonelli C. (A cura di), *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- 18: G. Abraham, R. Pertò, *Psicoanalisi e terapie sessuologiche*, Milano 1979.
- 19: Parazzini F. et al. *Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy*. *Eur Urol* 2000;37:43-9
- 20: Ruzbarsky V. et al. *Morphologic changes in the arterial bed of the pents with aging: relationship to the pathogenesis of impotence*. *Invest Urol* 1977;15:194-9
- 21: Fedele D. et al. *Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy*. *Diabetes Care* 1998; 21:1973-7
- 22: Rosen RC. et al. *The international Index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale of assessment of erectile dysfunction*. *Urology* 1997; 49:822_30
- 23: Shabsight R. et al. *Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction*. *Urology* 1998; 52:848-52
- 24: Ralph D. et al. *UK management guidelines for erectile dysfunction*. *BMJ* 2000; 321:499-503
- 25: Brock GB. et al. *Drug-induced male sexual dysfunction. An update*. *Drug Saf.* 1993; 8:414-26
- 26: Finger WW. et al. *Medication that may contribute to sexual disorders:a guide to assessment and treatment in family practice*. *J Fam Pract* 1997; 44:33-43
- 27: Chuang At. et al. *Sildenafil, a type-5 cGMP phosphodiesterase inhibitor, specifically amplifies endogenous cGMP-dependent relaxation in rabbit corpus cavernosum smooth muscle in vitro* *J. Urol.*1998; 160: 257-261
- 28: Goldstein I. et al. *Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction*. *Sildenafil Study Group N Engl J Med* 1998; 338:1397-1404
- 29: Laumann EO et al *Sexual dysfunction in the United States JAMA* 1999; 281:537ead S et al *Sexual dysfunction in primary care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner J Public Health Med* 1997; 19: 387-91
- 30: Rastelli G. et al *Disfunzione erettile: patogenesi. Guida allo studio dell’andrologia*. SEU 2012
- 31: Jannini EA et al *Sessuologia medica Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*. Ed Edra Masson 2007
- 32: Vignozzi L et al *Fisiologia dell’erezione. Sessuologia medica, Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità*, Elsevier-Masson 2007
- 33: Porst H et al. *SOP Conservative (medical and machanical) treatment of erectile dysfunction J Sex Med* 2013; 10:130-171
- 34: Nusbaum MR et al *Erectile dysfunction: prevalence, etiology and major risk factors*. *J Am Osteopath Assoc* 2002 Dec; 102(12 suppl 4): s1-6
- 35: Jackson G et al *Second Princeton Consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine J Sex Med* 2006; 3:28-36
- 36: Nehra A et al *The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectiledysfunction and cardiovascular disease Mayo Clinic Proc.*Aug; 87(8): 766-78, 2012
- 37: Wespes E et al. *Guidelines on male Sexual Dysfunction and premature ejaculation* European Association of Urology 2013
- 38: Wei M et al *Total cholesteroland high-density lipoprotein cholesterol as important predictors of erectile dysfunction Am J Epidemiol* Nov.15 1994; 140(10): 930-7
- 39: Miner M et al *All Men with Vasulogenic Require a Cardiovascular Workup* *The American Journal of Medicine* 2014, 127 174-182
- 40: McMahon CG *Management of ejaculatory dysfunction Inter Med J* 2014 Feb; 44 (2):124-31
- 41: Traish AM et al *The Dark Side of 5-Reductase Inhibitors Therapy:Sexual Dysfunction, High Gleason Grade Prostate Cancer and Depression*. *KoreanJ Urol* 2014;55: 367-379
- 42: *AOGOI-SIU – Le disfunzioni sessuali della coppia*. Conferenza stampa, Senato, Roma, 22 luglio 2013
- 43: Baranello, M. (2006) *Psicologia emotocognitiva: il loop disfunzionale*. Psyreview.org, Roma, 10 marzo 2006.

AVVENIRE MEDICO
Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma
 Telefono 06.54896625
 Telefax 06.54896645
 Fondato nel 1963
 da Giovanni Turziani
 e Alberto Rigattieri

Direttore
 Giacomo Milillo
Direttore Responsabile
 Fiorenzo Corti
Comitato di redazione
 Esecutivo nazionale Fimmg

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

Coordinatore editoriale
 Eva Antoniotti

Hanno collaborato
 Vito Albano, Gennaro Barbieri,
 Erasmo Bitetti, Giuseppe Nicodemo
 Bombardiere, Ronen Brand,
 Lucia Conti, Jacopo Demurtas,
 Pierluigi De Paolis, Antonio P. D'Ingianna,
 Luciano Fassari, Simone Garcovich,
 Ester Maragò, Stefano A. Nobili,
 Maurizio Pirro, Giovanni Rodriguez

Ufficio grafico
 Daniele Lucia

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

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*

 **E.C.M.**
LEZIONI ACCREDITATE

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 |

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



UNI EN ISO 9001:2008



UNI EN ISO 9001



Partecipa al Programma di Educazione Continua in Medicina

INFORMAZIONI E ISCRIZIONI
SARA VISCARDI
Tel 039.5780232 - Fax 039.5788057
sara.viscardi@simf.it