

Libro Bianco: La Salute delle donne in Italia

am

ARMONIA®

Oro
ASSORBIMENTO
RAPIDO

Retard
RILASCIO
CONTROLLATO

Fast
RILASCIO
IMMEDIATO

Ogni sonno è un buon sonno con Armonia



Melatonina pura al 99,9% e una scelta di formulazioni per rispondere a ogni singola esigenza di riequilibrio del ritmo del sonno.

Tutto questo è **ARMONIA®**

NATHURA.COM


NATHURA®
Nutrizione Scientifica

Ciao Michele, proseguiremo con passione il tuo lavoro

di Fiorenzo Corti

Non nascondo l'emozione di firmare per la prima volta come direttore responsabile questo numero di *Avvenire Medico*. E il mio primo pensiero non può che andare a Michele Olivetti che per tanti anni ha diretto questa testata. Vorrei ricordarlo senza retorica, con le parole dell'ultima telefonata: "Caro Fiorenzo, sono stanco, i medici che mi stanno seguendo si danno tanto da fare. Sono bravi. Mi spiace per loro, ma adesso dobbiamo proprio piantarla lì". Ha combattuto con impegno la malattia. Si è sottoposto a tutti i trattamenti che la scienza medica gli ha messo a disposizione. Ha accettato con dignità la fine della propria vita. Ciao Michele, proseguiremo con passione il tuo lavoro. Ci siamo più volte chiesti se valesse la pena ancora di andare avanti con una rivista in forma cartacea, in un mondo dove l'informazione, ancora più che sulle mailing list e sulle newsletter, viaggia sui social media e sui dispositivi mobili. Abbiamo *Fimmg Notizie* e su Twitter stiamo promuovendo una serie di attività in vista delle trattative che avranno inizio nel mese di aprile. Fimmg ha deciso di continuare a pubblicare *Avvenire Medico* e me ne ha affidato la direzione. L'ho accettata con orgoglio. Spero di non deludervi.

EDITORIALE

Ricette elettroniche: un Dpcm regolerà i rimborsi interregionali

Ricette mediche per la prescrizione dei farmaci valide su tutto il territorio nazionale. È questa una delle principali novità delle ricette elettroniche rispetto alle vecchie ricette cartacee, valide solo sul territorio regionale di residenza. Così dal 1° gennaio 2014, giorno di entrata in vigore della validità delle ricette elettroniche, come stabilito dalla legge 221/2012, i cittadini italiani dovrebbero potersi recare in qualsiasi farmacia d'Italia, pubblica o privata convenzionata con il Ssn, per ritirare il loro farmaco, anche se questo gli è stato prescritto dal medico di un'altra regione. Nella realtà questo accade ancora raramente, vista l'attuale limitata diffusione delle ricette elettroniche in Italia, ma entro il 2014 dovrebbe essere così per l'80% delle prescrizioni. E, secondo la stessa legge 221, la quota di diffusione delle ricette elettroniche in Italia dovrà essere non inferiore al 90% a partire dal 2015.

Ma le nuove regole di ritiro dei farmaci necessitano anche di nuove regole per il rimborso da parte della Regione di residenza del cittadino nei confronti della Regione dove ha sede la farmacia che ha erogato il farmaco. Ecco che a sta-

bilirle è arrivato un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, elaborato su proposta del ministero della Salute e di concerto con il ministero dell'Economia e ora all'attenzione della Conferenza Stato Regioni.

Il DPCM prevede che spetti alla farmacia, al momento della dispensazione del farmaco, riscuotere il ticket a carico dell'assistito previsto dalla Regione in cui la farmacia ha sede, anche in base all'esenzione indicata dal medico prescrittore. Alle Regioni, invece, il compito di verificare la corretta compilazione delle ricette online al momento dei controlli per la compensazione interregionale delle ricette stesse e sulla base delle regole vigenti nella Regione di residenza dell'assistito.

Sono dunque oggetto di compensazione le ricette elettroniche contenenti tutti i dati che consentono l'identificazione dell'utente (no-



me, cognome, codice fiscale, data di nascita, sesso, sigla della provincia e codice Asl di competenza). In caso di dispensazione in una farmacia non collocata sul territorio di residenza, alla Regione di residenza dell'assistito spetterà di rimborsare il prezzo al pubblico del farmaco al netto dello sconto e dell'eventuale ticket riscosso dalla farmacia al momento della dispensazione. Resta invece nella disponibilità della Regione di erogazione della prestazione e non viene contabilizzata ai fini del calcolo del prezzo di rimborso, la quota di partecipazione alla spesa sanitaria versata dall'assistito sulla base di ulteriori misure introdotte nella Regione.

Sicilia: Lucia Borsellino loda l'impegno dei MMG per la dematerializzazione delle ricette

“La categoria dei MMG ha brillantemente superato lo scoglio dell'invio delle ricette dematerializzate (al 31 dicembre 2013 più del 90 per cento dei MMG siciliani ha iniziato questo tipo di invio) ponendosi al di là delle più rosee previsioni che ritenevano di poter raggiungere questi risultati solamente alla fine del 2015”. Così ha

esordito Lucia Borsellino, assessore alla Sanità della Regione Siciliana, intervenendo al 9° Congresso dei Dialoghi di Palermo Medica tenutosi a Mondello il 14 e 15 marzo scorsi.

Nel corso del Congresso è stato ribadito l'impegno della Medicina Generale per un cambiamento di qualità che a breve vedrà avviarsi la riforma

del territorio come previsto dal decreto Balduzzi. A tale proposito l'assessore ha confermato il raddoppiamento dei posti disponibili per il corso di formazione specifica in Medicina Generale per il triennio 2014-17, in modo da sopperire alle future richieste di sviluppo dell'assistenza territoriale.

P.G.

brevi brevi brevi brevi brevi brevi

Agenas: Moirano non viene rinnovato alla direzione generale e Bissoni si dimette

Lo scorso 18 marzo si è appreso che l'incarico alla direzione generale di Agenas, sottoposto allo spoil system governativo, non sarebbe stato rinnovato a **Fulvio Moirano**. Nella stessa serata sono state comunicate le dimissioni del presidente dell'Agenzia **Giovanni Bissoni**, il cui incarico è indicato da parte delle Regioni, comunicate in una lettera alla ministra **Beatrice Lorenzin**. Nella lettera si evidenzia



Fulvio Moirano

come le dimissioni siano legate alla scelta riguardante il DG di Agenas: "La decisione delle mie dimissioni – si legge infatti nella lettera inviata al ministro – viene a seguito della scadenza del mandato del direttore Fulvio Moirano. L'Agenas – scrive ancora Bissoni – si trova ora in una situazione di particolare difficoltà e quindi comunico le mie dimissioni dalla carica di Presidente affinché lei possa affrontare congiuntamente e proficuamente la fase di rinnovo dei vertici dell'Agenzia". La vicenda resta aperta, perché da più parti del mondo della sanità è stato chiesto a Bissoni di ritirare le proprie dimissioni, mantenendo la presidenza di Agenas.



Giovanni Bissoni

Aifa: "In Italia spesa e consumo del farmaco Lucentis tra i più bassi in Europa"

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha reso pubblici i dati ufficiali sul consumo e sulla spesa del medicinale Lucentis (ranibizumab) nei principali Paesi europei dal 2007 (anno in cui il farmaco è stato immesso sul mercato) al 2013. I dati indicano come l'Italia, nel periodo 2007-2013, abbia registrato valori di consumo e

spesa per il Lucentis pari rispettivamente a 276.000 confezioni e 260.144.350 euro.

Contrariamente a quanto si è appreso dai media – sottolinea l'Aifa – tali valori risultano essere più bassi rispetto a quelli relativi ad altri Paesi europei di riferimento per numerosità di popolazione ed epidemiologia della malattia quali, ad esempio, la Germania (1.253.600 confezioni e 1.256.226.410 euro), la Francia (1.857.900 confezioni e 1.735.605.690 euro) e il Regno Unito (1.369.300 confezioni e 1.062.339.370 euro). Tali dati – spiega ancora Aifa – vanno analizzati alla luce del fatto che le due principali malattie per cui è indicato l'utilizzo del Lucentis sono la maculopatia degenerativa e l'edema maculare, che colpiscono solitamente la popolazione anziana, con una frequenza che aumenta all'avanzare dell'età.

Sia il consumo che la spesa sostenuta in Italia per il Lucentis – prosegue la nota dell'Aifa – sono quindi notevolmente contenuti, nonostante nel nostro Paese il numero di persone over 65 sia superiore a quello della media europea. Secondo gli ultimi dati pubblicati dall'Eurostat, infatti, l'Italia è il Paese europeo con una delle più alte percentuali di anziani rispetto al totale della popolazione (14,9%).

Cnb: "La salute è responsabilità di ogni individuo, non solo dello Stato"

"Molti sono i fattori che incidono sulla salute: fattori di ordine biologico, fattori di ordine socio-culturale (l'istruzione, le condizioni di lavoro, le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente) e comportamenti individuali. Pur nella consapevolezza dello stretto intreccio di tutti questi fattori e della loro reciproca influenza, in questo documento il Cnb intende soffermarsi sull'ultimo fattore, mettendo in evidenza la responsabilità di ciascuno verso la propria salute, come responsabilità individuale e al tempo stesso collettiva". Lo si legge nel parere del Comitato nazionale per la Bioetica approvato lo scorso 28 feb-



braio e pubblicato poi sul sito del Governo. Il parere del Comitato, coordinato dal professor **Silvio Garattini** direttore dell'Irccs Mario Negri di Milano, prosegue precisando che "In condizioni di risorse limitate, il mantenimento di un efficiente servizio sanitario rivolto al maggior numero possibile di cittadini è interesse di ognuno e di tutti".

Nel richiamare i diversi percorsi delle politiche socio-sanitarie, il Comitato sottolinea l'importanza di un'azione culturale ampia che metta in moto tutta la società attraverso vari livelli di intervento: educativo (familiare e scolastico), sociale (informativo e formativo) e statale.

Le raccomandazioni finali, conclude il parere, "esplicitano alcuni suggerimenti finalizzati a trovare una efficace sinergia tra la responsabilità degli individui per la propria salute e la responsabilità dello Stato nella tutela della salute, riconosciuta come diritto fondamentale di ogni persona".



A Roma Tor Vergata un master per il management dell'assistenza primaria

Sono aperte le pre-iscrizioni al Master in Economia e Management della Sanità promosso dal Dipartimento di Economia Diritto e Istituzioni (DEDI) dell'Università di Roma "Tor Vergata" e gestito in collaborazione con il Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità).

Cogliendo gli sviluppi in atto nel settore dell'assistenza territoriale, il master prevede tra gli indirizzi specialistici anche il "coordinamento assistenza primaria", che affianca i tradizionali indirizzi clinico-manageriale, amministrativo-gestionale o regolatorio per il settore farmaceutico.

Il corso si effettuerà in modalità blended, affiancando lezioni a distanza ad incontri in presenza. Per avere maggiori informazioni si può scrivere all'indirizzo di posta elettronica formazione@creasanita.it



**ENERGIA
DI NUOVA
GENERAZIONE**

1-2 bustine al giorno da sciogliere in un bicchiere d'acqua

 **sigma-tau**

Gli informatori scientifici piacciono ai mmg

Rapporti personali positivi e un giudizio soddisfacente sulla loro preparazione professionale. Sono questi i dati emersi da un sondaggio condotto dal Centro studi Fimmg su un campione di 1.000 medici

I medici di medicina generale sono soddisfatti della relazione personale con gli informatori scientifici del farmaco e per la loro preparazione professionale. È quanto emerge da un sondaggio realizzato dal Centro Studi Fimmg su un campione di mille mmg e presentato a Milano, in occasione del Convegno Nazionale ISF 2014: Come cambia l'Informazione Scientifica del Farmaco: stato dell'arte e prospettive future, organizzato da Aboutpharma. Il 67% degli intervistati ha espresso una soddisfazione elevata per la relazione personale con gli informatori scientifici e l'85% una soddisfazione medio-alta per la loro preparazione professionale. Negli ultimi anni, però, il numero delle visite settimanali che i medici di famiglia ricevono da parte degli informatori si è "marcatamente ridotto" secondo il 73,7% dei professionisti. Il 44% dei mmg riferisce di incontrare un ISF meno di 5 volte alla settimana.

Ritieni che il numero complessivo delle visite degli ISF negli ultimi due anni, rispetto agli anni precedenti, sia:



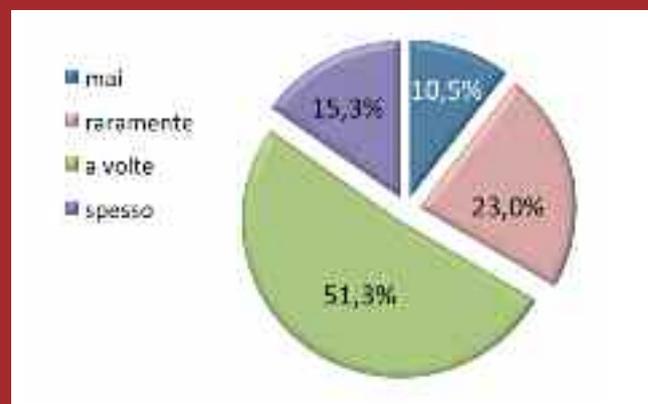
La modalità dell'informazione è rimasta sostanzialmente tradizionale. Durante le presentazioni dei farmaci i tablet e pc vengono utilizzati dagli ISF "a volte", secondo quanto riferito dal 44,4 % dei medici, e "raramente" per il 25%. Alla metà dei mmg (51,3%) è capitato di essere contattata a volte dalle aziende del farmaco per attività di informazione/promozione mentre al 23% solo raramente.

Secondo la tua esperienza con quale frequenza gli ISF utilizzano strumentazione multimediale (Tablet, PC, ...) durante le loro presentazioni?



“Il sondaggio mette in evidenza – ha spiegato Fiorenzo Corti, responsabile della comunicazione della Fimmg, illustrando i dati dell'indagine – che i medici di medicina generale considerano tra gli aspetti che più condizioneranno il rapporto tra medicina generale e ISF la concentrazione dei farmaci a elevato costo in ambito ospedaliero e le spending review. Il miglioramento dell'obiettività scientifica, della correttezza e della completezza delle informazioni sono gli aspetti maggiormente richiesti dai mmg”.

Per la tua esperienza ti è capitato di essere contattato telefonicamente da Aziende del Farmaco per attività di informazione/promozione?



L'assenza di programmazione che ricade sulle spalle dei futuri MMG

di Giuseppe Villaccio*

La mia situazione di giovane medico costretto ad emigrare fuori regione è abbastanza comune: abbiamo calcolato che ogni 5 futuri medici di famiglia campani uno emigra per formarsi fuori regione.

Non è di molti mesi fa la notizia dei dati Enpam per cui la curva pensionistica della Medicina Generale in rapida ascesa non era seguita da un adeguamento del numero di borse di studio, in un'ottica di programmazione finalizzata alla sostenibilità delle cure primarie del Ssn.



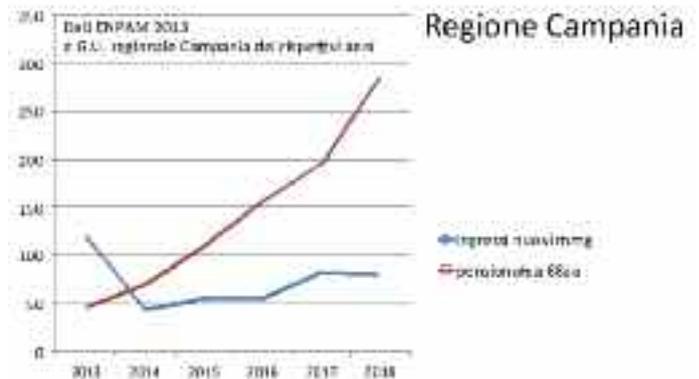
I medici neolaureati della Campania sono costretti ad emigrare per potersi formare e diventare medici di famiglia, c'è chi come me migra in Basilicata, altri si trasferiscono in Lazio e Molise.

È una realtà che pone il medico formando di fronte ad una difficile scelta di vita, gravata dalla difficoltà dell'impegno economico per vitto ed alloggio e la permanenza in una realtà in cui in futuro non si eserciterà la professione. Di fatto, questo non

è ottimale per l'inserimento lavorativo, perché ci formiamo imparando a conoscere un sistema regionale che non coinciderà con quello di reale interesse professionale.

In Campania vi è stata una contrazione del numero di borse per il CFSMG dell'ultimo quinquennio, passando dalle 120 messe a bando nel 2008 alle 80 del 2013.

Fabbisogni numerici di mmg per i prossimi 5 anni



Andamento del fabbisogno di mmg per i prossimi 5 anni

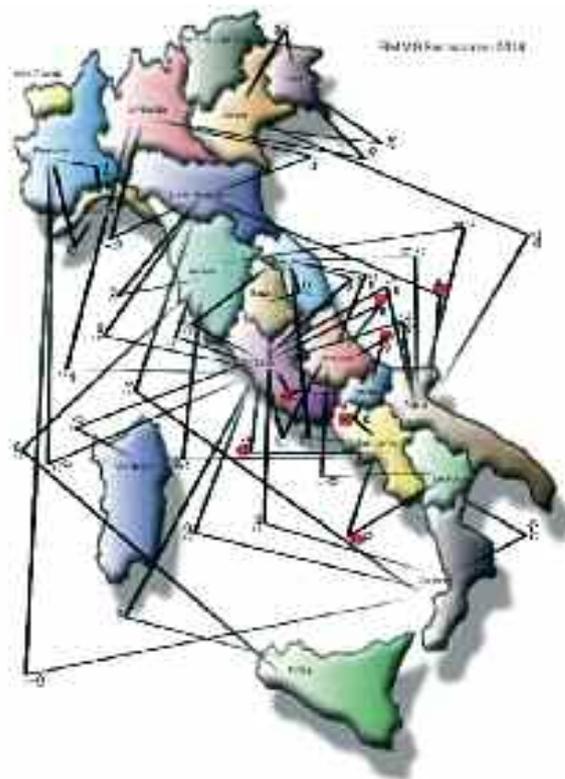
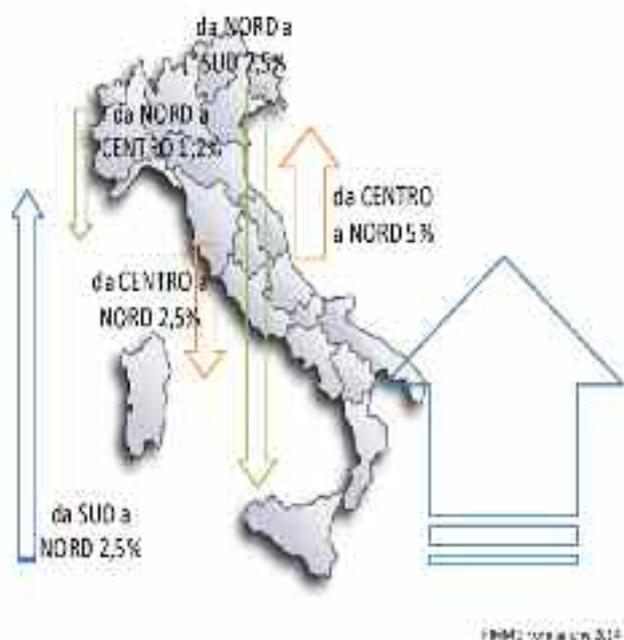


I medici neolaureati della Campania sono costretti ad emigrare per potersi formare e diventare medici di famiglia, c'è chi come me migra in Basilicata, altri si trasferiscono in Lazio e Molise

Dai dati in nostro possesso è evidente come un mancato intervento in questo senso possa condurre fortemente in negativo il bilancio tra entrata di nuovi MMG e uscita dei professionisti ora attivi una volta raggiunti i 68 anni d'età.

Gli spostamenti forzati per lo svolgimento del corso di formazione specifica in MG dettati dalla scarto tra l'alto numero di laurea-

Gli spostamenti tra aree e tra Regioni dei medici in formazione specifica in Medicina Generale



ti e le già poche borse di studio, per giunta mal distribuite tra le regioni, non investono solo la Regione Campania.

Abbiamo analizzato la provenienza dei medici in formazione iscritti Fimmg per l'anno 2014; ciò con buona approssimazione ci ha permesso di vedere che il fenomeno dei medici fuori sede è tutt'altro che sporadico.

In particolare nella cartina tematica sono visibili le regioni che sono lasciate dai giovani colleghi e le regioni che hanno maggior capacità di accogliere medici fuori regione che diventare medici di famiglia.

Se vi fosse certezza nella politica del Paese e vi fosse fiducia nella programmazione attuata da parte delle Istituzioni competenti, spostarsi significherebbe decidere di trasferirsi con la sicurezza

di potersi formare in una regione che ha fame di professionisti. Purtroppo sappiamo che la distribuzione dei posti disponibili avviene senza apparente criterio, quindi la scelta di emigrare resta una scelta a tempo determinato senza una prospettiva definitiva, in cui l'unica cosa certa è l'impiego immediato di energie e risorse da parte del singolo giovane medico a fronte di poco più di 800 euro mensili.

**medico campano in formazione in MG,
Fimmg Formazione Basilicata*

Occorre rivedere la distribuzione delle risorse tra le Regioni

Osservando la provenienza dei medici iscritti ai corsi di formazione specifica di altre Regioni siamo in grado di affermare che una percentuale dei nuovi MMG campani che varia dal 12,5 al 23% annui si forma fuori regione per una incongrua disponibilità di borse rispetto alle reali necessità di assegnazione di risorse alla Regione Campania da parte del ministero. La Regione Campania è prima tra le Regioni ad attingere al Fondo So-

ciale Europeo (FSE) per finanziare la formazione post laurea dei laureati dell'area sanitaria, ma inspiegabilmente questi fondi non saranno destinati alla formazione di nuovi medici di famiglia. Se per le esigenze della formazione specialistica vi è necessità di incrementare le borse, ancor più nella formazione in Medicina Generale è forte questa necessità, il Gap maggiore tra pensionati e formati è nella Medicina di Famiglia e in particolar mo-

do la Campania manifesta questa divergenza.

È un'ottima notizia che nuovi fondi europei siano destinati alla formazione post laurea, ma è di primaria importanza una distribuzione di risorse secondo una riprogrammazione delle borse messe a bando coerente con la curva dei pensionamenti.

Salvatore Caiazza
Coordinatore Fimmg
Formazione Campania

Graduatorie regionali per la MG: ancora troppi ritardi e poca trasparenza

a cura di Carlo Curatola* e Giulia Zonno*

L'anno scorso Fimmg Formazione si è occupata di svolgere un'analisi comparativa sulla trasparenza delle versioni pubbliche delle graduatorie uniche regionali per la Medicina Generale, previste e definite dall'art. 15 dell'ACN.

Successivamente, nel febbraio 2013, con una lettera congiunta Fimmg-Fimmg Formazione indirizzata agli uffici regionali preposti alla creazione delle graduatorie, si chiese che nella versione resa pubblica della graduatoria regionale, fossero rese visualizzabili le seguenti informazioni:

Tale comunicazione metteva in evidenza come la mancanza di tali informazioni generi criticità nella lettura della graduatoria regionale:

- la mancanza della data di nascita compromette la possibilità di corretta identificazione dei singoli sanitari in caso di omonimia; l'assenza dell'indicazione della data di laurea rende impossibile la verifica dei requisiti di equipollenza ai sensi dei decreti legislativi 8 agosto 1991 n.256, 17 agosto 1999 n.368 e 8 luglio 2003 n.277;
- la mancanza dell'indicazione del possesso del diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, unitamente all'indicazione dei requisiti per l'equipollenza non permette di verificare l'applicazione delle percentuali di riserva sul numero complessivo degli incarichi da assegnare a livello regionale, nel rispetto delle disposizioni inerenti gli eventuali quozienti frazionali di cui al comma 11 dell'art.16 ACN 2005;
- la mancanza dell'indicazione della residenza, difficilmente verificabile in altro modo,



rende impossibile la verifica, in sede di assegnazione degli ambiti carenti, del punteggio attribuito ai sensi di quanto previsto dalla lettera b del comma 3 dell'art. 34 per gli incarichi di Assistenza primaria, dalla lettera b comma 4 dell'art. 63 per gli incarichi di Continuità Assistenziale e lettere b2 e b3 comma 5 art. 92 per gli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale ACN vigente per la Medicina Generale.

Quest'anno abbiamo nuovamente analizzato la strutturazione delle graduatorie regionali e di seguito vi proponiamo una tabella comparativa e riassuntiva della situazione nazionale aggiornata all'8 marzo 2014: nelle caselle verdi sono indicate le integrazioni di informazioni, mentre in rosso le omissioni di informazioni rispetto alle gradua-

torie precedenti.

Alcune Regioni, com'è visibile nella tabella, hanno accolto le istanze di Fimmg adeguando o adeguando parzialmente le informazioni contenute nelle versioni pubbliche delle graduatorie.

Ponendo l'attenzione sulle graduatorie regionali per la Medicina Generale, ci siamo inoltre soffermati sulle tempistiche di pubblicazione.

L'ACN (art.15 comma 9-10) definisce al 30 settembre il termine per la pubblicazione della graduatoria provvisoria, mentre il termine per la pubblicazione delle graduatorie definitive è il 31 dicembre, essendo valevoli dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla pubblicazione.

Tuttavia solo alcune Regioni rispettano que-

Trasparenza: quali informazioni sono pubblicate nelle graduatorie

REGIONE	FORMULAZIONE	TIPOLOGIA GRADUATORIA	DATA PUBBLICAZIONE	DATA NASCITA	DATA LAUREA	VOTO LAUREA	DIPLOMA FORMAZIONE	RESIDENZA
ABRUZZO	DI SETTORE	DEFINITIVA 2013	BUR 25/1/13	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
BASILICATA	UNICA	DEFINITIVA 2013	BUR 1/2/13	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
CALABRIA	DI SETTORE	PROVVISORIA 2014	DE 1242 15 feb 2014	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
CAMPANIA	UNICA	PROVVISORIA 2014	BURC 18/11/2013	PRESENTI	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
EMILIA ROMAGNA	DI SETTORE	DEFINITIVA 2014	BUR 25/1/14	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
FRIULI VG	UNICA	PROVVISORIA 2014	BUR 13/12/13	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
LAZIO	DI SETTORE	PROVVISORIA 2014	BUR 12/12/2013	PRESENTI	PRESENTI	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
LIGURIA	DI SETTORE	DEFINITIVA 2014	BURL 2/1/14	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
LOMBARDIA	DI SETTORE	DEFINITIVA 2014	BURL 27/12/2013	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
MARCHE	DI SETTORE	PROVVISORIA 2014	BUR 26/9/13	PRESENTI	PRESENTI	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
MOLISE	UNICA	PROVVISORIA 2014	DE 50/9/13	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
PIEMONTE	DI SETTORE	DEFINITIVA 2014	BUR 19/10/2013	PRESENTI	PRESENTI	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
P.A. DI TRENTO	UNICA	DEFINITIVA 2014	BUR 10/12/13	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
PUGLIA	UNICA	DEFINITIVA 2013	BUR 25/1/14	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
SARDEGNA	UNICA	DEFINITIVA 2014	Decreto n. 4/11/2013	PRESENTI	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
SICILIA	DI SETTORE	PROVVISORIA 2014	GURS 13/12/13	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
TOSCANA	DI SETTORE	DEFINITIVA 2014	BUR 19/12/13	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
UMBRIA	UNICA	DEFINITIVA 2014	BUR 28/01/14	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)
VAL D'AOSTA	UNICA	DEFINITIVA 2013	BUR 25/1/13	PRESENTI	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (comune di residenza)
VENETO	UNICA	PROVVISORIA 2014	BUR 27/9/13	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE	PRESENTI	PRESENTI (indirizzo completo)

Ritardi: solo in 8 Regioni è disponibile la graduatoria definitiva 2014

REGIONE	DEFINITIVA 2013	PROVVISORIA 2014	DEFINITIVA 2014
ABRUZZO	X		
BASILICATA	X		
CALABRIA		X	
CAMPANIA		X	
EMILIA ROMAGNA			X
FRIULI VG		X	
LAZIO		X	
LIGURIA			X
LOMBARDIA			X
MARCHE		X	
MOLISE		X	
PIEMONTE			X
P.A. DI TRENTO			X
PUGLIA	X		
SARDEGNA			X
SICILIA		X	
TOSCANA			X
UMBRIA			X
VAL D'AOSTA	X		
VENETO		X	

ste scadenze. Alla data dell'8 marzo 2014 non ancora per tutte le Regioni sono disponibili le graduatorie definitive valide per il 2014, per alcune nemmeno le graduatorie provvisorie.

I tempi per la creazione e pubblicazione della graduatoria superano in molti casi i 12 mesi e potrebbero essere ridotti con l'informaticizzazione delle procedure con cui si avanza la domanda di inserimento in graduatoria. A

questo proposito appare interessante la scelta della Regione Toscana di dematerializzare tutto l'iter per la compilazione, l'aggiornamento e la presentazione dei documenti necessari per essere inseriti in graduatoria a partire da quest'anno.

L'art.15 comma 1 dell'ACN, prevede la possibilità che di optare per la formulazione di una unica graduatoria regionale per tutte le attività disciplinate dall'ACN; in vista del ruolo unico, è sicuramente apprezzabile l'adozione da parte di molte Regioni di una graduatoria unica, piuttosto che di settore, come occasione per risolvere disomogeneità nelle pubblicazioni per tempi e contenuti.

A tutela delle decine di migliaia di medici presenti nelle graduatorie regionali ed in attesa di occupazione, è auspicabile che vi sia da parte degli assessorati regionali alla Sanità un maggior rispetto sia delle tempistiche di pubblicazione delle graduatorie che dell'inserimento di tutte le informazioni necessarie ed irrinunciabili riguardo la possibilità di verifica della correttezza e veridicità della graduatoria stessa da parte del singolo Professionista che aspira, avendone titolo, al convenzionamento per la Medicina Generale.

*Fimmg Formazione

Libro Bianco 2013

La salute della donna in Italia

Con questa nuova edizione del Libro bianco sulla salute della donna, realizzata in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne.

Il Report prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile avviato nel 2007 con la prima pubblicazione, riportando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni. Nell'ottica di promuovere una medicina gender oriented è infatti prioritario conoscere lo stato di salute delle donne, evidenziare le criticità, individuare le differenze regionali nonché identificare le necessità di carattere sanitario e assistenziale,

aspetti questi che vengono analiticamente presentati all'interno del volume.

La conoscenza dei bisogni di salute e delle specifiche necessità del genere femminile in ambito sanitario-assistenziale è un imprescindibile strumento per la pianificazione degli interventi, l'organizzazione dei servizi e la definizione delle strategie preventive.

Un ringraziamento speciale per il rinnovato sostegno va rivolto a Farminindustria, che da anni affianca O.N.Da nella promozione di una cultura della Medicina di genere.

O.N.Da
Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



FARMINDUSTRIA



O.N.Da: Libro bianco 2013 sulla salute femminile

Tumori, malattie cardiovascolari e disturbi psichici: le aree più critiche della salute femminile

Francesca Merzagora

Presidente O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Questa nuova edizione del Libro bianco a cura di O.N.Da, realizzata in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile avviato nel 2007 con la prima pubblicazione. Nell'ottica di promuovere una medicina gender oriented è, infatti, prioritario conoscere lo stato di salute delle donne, evidenziare le criticità, individuare le differenze regionali nonché identificare le necessità di carattere sanitario-assistenziale, aspetti questi che vengono analiticamente presentati all'interno del volume.

Il Report presenta la medesima impostazione delle edizioni precedenti, riportando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni. Nella prima parte vengono descritte le caratteristiche socio-

demografiche della popolazione femminile, mentre la seconda è dedicata all'analisi delle condizioni di salute e della distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni in relazione alle principali tematiche di patologia femminile. Questa edizione ha dato, inoltre, spazio a due temi di grande attualità, al centro di polemiche e accesi dibattiti, quali la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e l'accessibilità ai farmaci innovativi.

Per la sezione riservata agli Approfondimenti sono state scelte tematiche di rilevanza clinica, epidemiologica e socio-economica per la popolazione femminile, nel dettaglio: le malattie a trasmissione sessuale, che registrano anche nel nostro Paese un continuo e preoccupante trend di crescita; la sclerosi multipla che, in ragione della sua cronicità ad evoluzione invalidante nonché dell'età bersaglio, è stata riconosciuta dall'OMS una delle malattie socialmente più costose; il dolore cronico, che nella sua declinazione al femminile presenta peculiarità cliniche e te-

rapeutiche; la salute materno infantile, con particolare riferimento alla depressione perinatale, alla riorganizzazione della rete dei punti nascita e alla nascita pretermine. Non abbiamo volutamente dato spazio al grande capitolo della salute mentale al femminile che per complessità e vastità merita un volume interamente dedicato, progetto che O.N.Da auspica di poter realizzare il prossimo anno.

L'analisi trasversale degli indicatori "al fem-



Francesca Merzagora



minile” documenta che lo stato di salute delle donne è complessivamente buono, anche se permangono tra macroaree geografiche e singole regioni marcate differenze in termini di distribuzione del benessere, accessibilità e appropriatezza dei servizi offerti con il Meridione e le Isole in posizione nettamente più svantaggiata rispetto al Centro e al Nord. Si conferma il dato già noto della maggior longevità femminile: le donne rappresentano su scala nazionale il 53,5% della popolazione per la fascia 65-74 anni e il 62,1% della categoria over 75 anni. Dalla comparazione dei tassi di ospedalizzazione non emergono differenze significative tra i due generi, mentre se si considera il consumo di farmaci le donne mostrano tassi più elevati (42,92% vs 34,31%). Ciò trova ragione nel fatto che le donne, avendo maggior aspettativa di vita, sviluppano con elevata incidenza patologie cronico-degenerative che sono tipiche della senescenza, come demenza e artrosi; inoltre, molte patologie croniche sono tipicamente femminili, come il tumore mammario, la depressione, le malattie reumatiche autoimmuni, la sclerosi multipla e l’osteoporosi. Nel volume ben si evidenziano le aree più critiche della salute femminile. Si deve segnalare, anzitutto, un incremento dell’incidenza e della prevalenza dei tumori maligni nella popolazione femminile, che richiede un ulteriore potenziamento delle attività di prevenzione oncologica e degli screening organizzati. I dati relativi all’ospedalizzazione per malattie ischemiche cardiache confermano il marcato svantaggio maschile, con tassi più che doppi rispetto alle donne. Si registra, però, un aumento nella popolazione femminile della diffusione d’importanti fattori di rischio cardiovascolari quali sovrappeso, obesità e sedentarietà (le donne che non svolgono attività fisica sono il 44,37% vs il 34,98% degli uomini).

Per quanto riguarda la salute mentale, il tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici è, a livello nazionale, lievemente più elevato nelle donne, ma rispetto ai dati del 2007 presentati nella scorsa edizione del Libro bianco, si è verificato un importante incremento (+47,45). In tema di salute materno-infantile, la percentuale di Tagli Cesarei è ancora sempre ben sopra i valori raccomandati dall’OMS (38,7% vs 15-20%) con percentuali più elevate nelle regioni meridionali, dove la Campania continua a detenere il primariato (61,72%).

Con questa quarta edizione del Libro bianco O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere con l’obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne. La conoscenza dei bisogni di salute e delle specifiche necessità del genere femminile in ambito sanitario-assistenziale è, infatti, imprescindibile strumento per la pianificazione degli interventi, l’organizzazione dei servizi e la definizione delle strategie preventive. Un ringraziamento speciale per il rinnovato sostegno va rivolto a Farindustria, che da anni affianca O.N.Da nella promozione di una cultura della Medicina di genere.

Il nostro impegno al fianco di ONDa per una medicina “a misura di donna” e “personalizzata”

Massimo Scaccabarozzi
Presidente Farindustria

Il Libro bianco 2013 curato dall’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ci offre dati autorevoli che descrivono una tendenza ormai in via di consolidamento. All’interno di queste linee, emerge l’importanza di una medicina “a misura di donna” e “personalizzata”, per citare le conclusioni del professor Walter Ricciardi.

Grandi sono le sfide che attendono le imprese del farmaco per una Medicina di genere correttamente intesa e promossa che contribuisca alla sostenibilità del sistema sanitario e, soprattutto, alla qualità dell’assistenza offerta alle donne.

Il Libro bianco mette in luce l’impegno dell’industria farmaceutica nel campo della ricerca in termini di risorse e competenze e pone in

rilievo i problemi dell’accesso ai farmaci innovativi. Oggi, mediamente, per un nuovo farmaco i pazienti attendono anche 2 anni, con differenze rilevanti – che creano oggettive disparità di trattamento – tra una regione e l’altra del nostro Paese.

Vengono anche evidenziate le prevedibili dinamiche di spesa in relazione all’invecchiamento della popolazione e all’espansione delle malattie croniche.

La promozione di un’ottica di genere – secondo quanto afferma il Libro bianco – consentirebbe, infatti, di incrementare l’appropriatezza terapeutica e la sicurezza dei trattamenti farmacologici contribuendo così a realizzare maggiori risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

La speranza di vita è sempre più

Grandi sono le sfide che attendono le imprese del farmaco per una Medicina di genere correttamente intesa e promossa che contribuisca alla sostenibilità del sistema sanitario e, soprattutto, alla qualità dell’assistenza offerta alle donne



Massimo Scaccabarozzi

spostata avanti nel tempo e le donne continuano a mantenere il primato della longevità, nonostante il divario con il genere maschile vada riducendosi progressivamente.

A questo proposito, in occasione dell'ultima Assemblea Pubblica di Farindustria, abbiamo presentato l'Orologio della vita, uno strumento che consente un'immediata traduzione visuale – attraverso lo scorrere dei numeri sul display – del miglioramento dell'aspettativa di vita nel tempo. Vivere di più e meglio è lo slogan scelto per evidenziare che, dal 1951 ad oggi, l'aspettati-

va di vita è aumentata di 3 mesi ogni anno. Sei ore al giorno anche oggi. Quindici secondi al minuto. Un decisivo passo avanti dell'intera umanità grazie ai farmaci, ai progressi della medicina e all'adozione di stili di vita corretti.

Nel riaffermare il nostro impegno al fianco di ONDa, restiamo convinti che l'interazione feconda tra imprese del farmaco, Istituzioni e operatori del sistema possa conseguire risultati ancora migliori a favore della salute della donna, grazie anche all'appropriatezza delle cure, alla ricerca e all'innovazione continua.

La salute delle donne, a partire dalla nascita

Franca Biondelli

On. Commissione Affari Sociali della Camera

Alivello mondiale, l'Organizzazione Mondiale Sanità ha posto, come obiettivo prioritario, quello del miglioramento della qualità della vita della madre, in nome del diritto inviolabile alla salute.

I piani socio-sanitari che si sono susseguiti negli ultimi anni in Italia e i dati epidemiologici dimostrano che molto è stato fatto per garantire la centralità della salute della donna e del bambino nel percorso di assistenza e la sicurezza delle prestazioni.

In virtù degli obiettivi che questo testo si pone, mi preme porre in evidenza l'attività svolta nella passata legislatura, da parte della 12° Commissione (Igiene e Sanità), di cui ero membro in Senato, in merito alla realizzazione di un'indagine conoscitiva dal titolo: "Nascere sicuri", avente come tema principale il percorso nascita. Lo scopo è stato quello di individuare criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo

o naturale.

Alla luce di alcuni negativi fatti di cronaca verificatisi negli scorsi anni, si è deciso di affrontare una successiva analisi del "Sistema Italia". L'indagine si è basata, principalmente, sui Certificati di Assistenza al



Franca Biondelli

Parto e le Schede di Dimissione Ospedaliera. Due elementi distinti che non garantiscono, comunque, l'osservabilità di even-



ti rilevanti al momento della nascita. Tuttavia, sono state riscontrate criticità significative che necessitano azioni ampie nel tessuto socio-sanitario del nostro Paese, criticità tra le quali: la percentuale critica della prevalenza dei Tagli Cesarei (TC) a macchia di leopardo nelle varie regioni, con un'ampia differenza tra Nord e Meridione; il significativo e non accettabile gradiente Nord-Sud ed Isole della mortalità neonatale; l'esistenza di oltre un terzo di punti nascita con meno di 500 parti l'anno; la limitatissima disponibilità di analgesia peridurale in travaglio e l'inadeguata e insufficiente attivazione dei corsi di preparazione alla nascita. Alla luce di quanto emerso, l'indagine è stata in grado di offrire alcune importanti linee di governo da attuare sul territorio nazionale. Provvedimenti forti e inderogabili al fine di realizzare un percorso nascita omogeneo sul territorio nazionale e di migliorarne la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza alla donna e al nascituro.

È, pertanto, urgente che siano recepite e applicate, da parte delle Regioni, le "linee d'indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appro-

priatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC".

Sono stati proposti, in merito, alcuni punti di azione che consentono controllo e rilevazione delle criticità. Fra gli altri riporto: la realizzazione di una cartella clinica informatizzata "Mamma Bimbo" per consentire agli organismi di controllo di dialogare superando il limite territoriale sanitario; l'istituzione di un libretto della gravidanza dove vengono raccolte le indagini di minima di laboratorio e strumentali da effettuare nel corso della gravidanza (coperte dal Servizio sanitario nazionale); l'applicazione di un libretto gravidanza che consentirebbe alla donna gravida di avere la stessa "Facies" dal Settentrione al Meridione, alle donne immigrate di essere accompagnate favorendo il superamento delle barriere culturali e l'identificazione precoce di patologie legate o meno alla gravidanza e, infine, la realizzazione di un questionario multilingue dedicato al percorso nascita, per fare in modo che si affronti in sicurezza l'evidente incremento di parti di donne di etnie diverse e venga abbattuta la barriera linguistica nelle situazioni di emergenza.

Nell'ottica che un cittadino debba essere mes-

so nelle condizioni di poter scegliere "libero e informato", anche nel percorso nascita, appare rilevante la realizzazione di una carta dei servizi dedicata che diffonda informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato diretta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno e il supporto psicologico.

La riduzione dei TC impropri, necessita di una politica sanitaria che intervenga a più livelli, dalla prevenzione, attraverso l'informazione corretta data alla gestante, alla carta dei servizi. Infine, come emerso dall'indagine conoscitiva, è importante raggiungere la quota di almeno 1.000 nascite/anno per il mantenimento dei punti nascita.

I centri con numerosità inferiore, ma non al di sotto di 500 parti/annui, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali. L'attività politica sanitaria centrale deve essere indirizzata verso questi elementi utili per ridurre i rischi del percorso nascita e poter garantire, così, la tutela del diritto inviolabile alla salute della donna e del feto.

Il Libro Bianco: un punto di riferimento per gli operatori del settore e per noi parlamentari

Laura Bianconi

Sen. Commissione Igiene e Sanità del Senato

Con molto piacere ho accettato anche quest'anno di non far mancare il mio modesto contributo a questa importante pubblicazione. Un appuntamento periodico al quale l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, con grande lungimiranza, ci ha ormai abituati e che rappresenta, come sottolineo spesso, un punto di riferimento per gli operatori del settore e non meno per noi parla-

mentari.

Da tempo il Parlamento sta procedendo in un'attività di monitoraggio di particolari patologie, in una perfetta ottica che garantisca il rispetto della Medicina di genere, utilizzando il metodo delle indagini conoscitive.

Nella scorsa legislatura, proprio la Commissione Igiene e Sanità, di cui sono ancora un componente, ha trattato, sempre tra-

mite lo strumento dell'indagine, le patologie degenerative, il tumore alla mammella, l'endometriosi e la rivisitazione dei punti nascita.

Ognuna di queste indagini, che ha visto il coinvolgimento di esperti di caratura nazionale ed europea, ha tenuto conto delle indicazioni che in ambito sanitario ci vengono richieste anche a livello europeo tramite Raccomandazioni o Direttive. Tra que-

ste, ricordo brevemente, il principio della organizzazione dei centri di senologia secondo il criterio delle Breast Unit, ma non meno la Direttiva sulla Medicina Transfrontaliera che, in Italia, è entrata in vigore il 4 dicembre scorso. Anche questa Direttiva solleva il problema di una totale rivisitazione del nostro Ssn, in termini sia di costi sia di modalità con le quali vanno garantiti i servizi e, dunque, l'assistenza.

È ormai un dato acquisito che molte nostre regioni, prime tra tutte il Veneto, la Lombardia e l'Emilia-Romagna, vantano più crediti dal Ssn per le prestazioni offerte ai loro cittadini, mettendo ancora una volta in risalto il divario in termini di efficienza esistente tra Nord e Meridione.

Se si tiene presente il principio della mobilità interregionale, scopriamo che i saldi delle risorse del Ssn, così come da riparto approvato dalla Conferenza delle Regioni, per l'anno 2012 è pari a 821 mila euro. Sono stati sempre più numerosi, infatti, gli italiani che nel 2010 hanno lasciato la propria regione di residenza per andare a farsi curare nelle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, di altre regioni.

Questo è, oltretutto, il principio su cui si basa in termini più ampi la sanità transfrontaliera, le cui peculiarità sono quelle di garantire a qualunque cittadino europeo di potersi curare anche in uno Stato diverso dal suo.

Il percorso non sarà semplice, ma anche qui si dovrà intervenire con apposite norme nazionali che ne delineino l'attuazione al fine di non pregiudicare nessuno, soprattutto le donne spesso molto più restie a farsi curare all'estero.

Rivedere la struttura del nostro sistema di salute nazionale significa anche ragionare in termini di garanzie paritarie da offrire alla donna per la prevenzione, l'assistenza e la cura.

Ho molto apprezzato che nell'edizione di quest'anno si è voluto dare ampio spazio alla trattazione sui fattori di rischio e stili di vita.

Gli stili di vita condizionano fortemente il rischio di contrarre numerose malattie. Infatti, i fattori individuali e collettivi che influenzano lo stato di salute sono numerosi e spesso esercitano azioni che possono divenire evidenti solo dopo molto tempo e

interagendo con altri fattori.

Uno di questi è, sicuramente, l'eccesso di peso che può comportare conseguenze patologiche di tipo cardiovascolare o a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro e malattie del fegato.

Da qui la necessità di promuovere azioni volte a favorire un costante esercizio fisico regolare che consenta, non solo di tonificare la massa muscolare alla quale le donne dovrebbero tenere maggiormente e di migliorare l'umore e i livelli di autostima, ma di svolgere anche un ruolo protettivo, in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e alle patologie del metabolismo. Non meno importante è l'alimentazione e qui voglio ricordare che la nostra cara dieta mediterranea da anni è uno dei patrimoni immateriali dell'Unesco!

Infine, un breve accenno ad altri due fenomeni che interagiscono negativamente con il nostro stile di vita: il fumo di tabacco e l'utilizzo sconsiderato delle bevande alcoliche.

Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per le patologie di natura oncologica, ma anche di altra natura. Le differenze di genere, decisamente a svantaggio degli uomini, tendono a ridursi lentamente nel tempo, passando da 13,3 punti percentuali nel 2001 a 11,2 punti percentuali nel 2011, grazie a una lenta ma progressiva diminuzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra gli uomini, a fronte di una stabilità tra le donne, dato questo sempre più allarmante.

La considerazione dell'alcol, invece, come fattore di rischio per la salute pone problemi ancora più complessi poiché non è acquisito un generale consenso sull'esistenza di un limite al di sotto del quale il consumo possa ritenersi innocuo per la salute. L'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e



Laura Bianconi

la Nutrizione ha posto delle Linee Guida che indicano dei limiti specifici di consumo quotidiano per genere e per età oltre i quali il consumo di alcol rappresenta certamente un rischio.

Anche qui la lettura di genere è necessaria. Se, infatti, risultano gli uomini i maggiori consumatori di bevande alcoliche, i dati del 2011 ci danno queste percentuali in merito al loro uso: 25,0% di uomini vs il 7,1% di donne.

Tre aspetti, obesità, fumo e alcol, che influenzano le nostre aspettative di vita ed in modo assolutamente diverso in base al genere. Disomogeneità che si riscontra anche a livello territoriale, a svantaggio del Mezzogiorno dove si registra un numero maggiore di persone in eccesso di peso, più sedentarie e maggiori consumatori di fumo da tabacco e alcol.

Lo stile di vita è anche una vera e propria filosofia spesso influenzata dalle differenze sociali, indipendentemente dalla fascia di età e dal genere.

Per tutti questi motivi, diviene fondamentale un'azione congiunta tra Istituzioni, gruppi sociali, scuola e famiglia, volta a creare azioni concrete che possano invertire questa fotografia.

Ancora un grazie alla presidente Francesca Merzagora ed ai suoi validi collaboratori per questa nuova edizione del Libro bianco.

“Ho molto apprezzato che nell'edizione di quest'anno si sia dato ampio spazio alla trattazione sui fattori di rischio e stili di vita”



La popolazione femminile italiana

Aumentano le over 65 che vivono sole. Il numero medio di figli per donna si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni, ma resta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale. In aumento l'incidenza della povertà assoluta riferita alle famiglie

La popolazione “anziana” e “molto anziana”

Nella pianificazione dei servizi socio-sanitari influiscono in modo decisivo le fasce di popolazione “fragili”, come la popolazione “anziana” (65-74 anni) e “molto anziana” (75 anni ed oltre). Quest'ultima è la fascia maggiormente esposta al rischio di malattie gravi e invalidanti, che richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi e in più figure professionali. Tale segmento di popolazione interessa in modo particolare l'Italia, caratterizzata da una fecondità particolarmente bassa e un'aspettativa di vita tra le più elevate, che risulta essere il Paese più vecchio d'Europa ed il secondo più longevo al mondo dopo il Giappone. Complessivamente, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,2% (range 12,7-8,3%) della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre al 10,1% (range 14,0-7,8%). Le regioni che detengono, ormai da qualche tempo, il primato di regione più vecchia e più giovane d'Italia sono, rispettivamente, la Liguria e la Campania che in ragione di tale diversità demografica dovrebbero presentare una disuguale offerta di servizi, con conseguente diversa ripartizione del finanziamento in fase di programmazione. Da osservare, è anche il rapporto tra generi

che rileva una situazione a favore delle donne che hanno una sopravvivenza più elevata. Nel dettaglio, la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,5% della popolazione di 65-74 anni e il 62,1% della popolazione over 75 anni. Inoltre, ai fini della programmazione dei servizi territoriali socio-sanitari, fondamentale è anche l'analisi della popolazione anziana in nucleo monocomponente, cioè della quota di persone anziane (over 65) che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Questo segmento, che presenta un trend in au-

mento (27,8% del 2008 vs 28,1% del 2010), deve essere monitorato costantemente nel tempo poiché gli anziani che vivono da soli sono i maggiori utenti dei servizi. Anche in questo caso, a proposito del rapporto tra uomini e donne, si osserva uno sbilanciamento verso il genere femminile. Ciò può essere imputabile sia alla differenza di età fra i coniugi, sia alla più elevata mortalità maschile che rende le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.

Fecondità

Gli indicatori esaminati sono il Tasso di fecondità totale (Tft), ossia il numero medio di figli per donna, l'età media delle madri al parto e l'incidenza dei nati da madre straniera. L'Italia è uno dei Paesi europei dove il livello di fecondità totale è tra i più contenuti. Nel 2011, il Tft (1,39 figli per donna) si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni risultando inferiore al livello di sostitu-

zione che garantirebbe il ricambio generazionale (circa 2,1 figli per donna). Il processo di ripresa della fecondità, quindi, iniziato dal 1995 e imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over 30 anni sia all'apporto delle donne straniere, sembra arrestarsi.

In generale, il “recupero” delle donne più vicine alla fine dell'età fertile e il comportamento riproduttivo delle straniere hanno ri-

chiesto, in questi anni, un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che hanno dovuto adeguarsi alle esigenze della domanda con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi perinatale, poiché all'avanzare dell'età aumentano i rischi per il nascituro, e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l'utenza straniera.

A livello territoriale, i valori più alti del Tft si registrano nel Settennario, mentre le regioni del Sud e le Isole continuano a caratterizzarsi per una fecondità più contenuta. Nello specifico, i valori maggiori si registrano nella PA di Bolzano, nella PA di Trento e in Valle d'Aosta, dove tale indicatore è prossimo a 1,60 figli per donna. Le regioni in cui si registra un Tft particolarmente basso, invece, sono la Sardegna, il Molise e la Basilicata (rispettivamente, 1,14; 1,16 e 1,17 figli per donna).

Riguardo all'età media delle madri al parto, si evidenzia a livello nazionale un lieve aumento rispetto al 2008 (31,1 vs 31,4 anni). Da rilevare il comportamento registrato in Sardegna dove l'età media al parto è di circa 1 anno superiore a quella nazionale, mentre la Sicilia è la regione con il valore più basso (30,6 anni).

Anche per quanto riguarda questa dimensio-

ne, il comportamento complessivo della popolazione femminile è influenzato dalle donne straniere residenti che presentano un'età media al parto (28,3 anni) inferiore a quella delle italiane (32,0 anni).

L'ultimo indicatore esaminato è l'incidenza dei nati da madri straniere che, a livello nazionale, evidenzia come il 18,4% degli iscritti in Anagrafe per nascita sia stato partorito

da una donna straniera (+2,5 punti percentuali rispetto al 2008). Molto marcata è la variabilità a livello territoriale, poiché nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da madri straniere è notevolmente più contenuta rispetto al Centro-Nord. Tale distribuzione ricalca, sostanzialmente, la dislocazione della popolazione straniera residente nel nostro Paese.

Stranieri in Italia

Dall'analisi dei dati aggiornati al 31 dicembre 2010 risulta che gli stranieri residenti in Italia superino i 4,5 milioni di unità e rappresentino il 7,5% della popolazione residente. Il trend di questo fenomeno appare in crescita se si considera che lo scorso anno il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 7,0%, mentre nel 2008 al 6,5%. Inoltre, è possibile osservare un continuum Nord-Sud ed Isole, per cui la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limita-

ta nel resto del Paese.

In particolare, la quota di cittadini stranieri si attesta su valori più elevati soprattutto in Emilia-Romagna (11,3%), Umbria (11,0%), Lombardia (10,7%) e Veneto (10,2%), mentre è particolarmente contenuta in Puglia e Sardegna (pari merito 2,3%).

Per quanto riguarda la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere è emerso che i rumeni, gli albanesi e i marocchini costituiscono le tre popolazioni più numerose, sia per il genere maschile che femminile.



Incidenza della povertà

Nel 2011, la stima dell'incidenza di povertà relativa riferita alle famiglie, è pari all'11,1%, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. La stima dell'incidenza di povertà assoluta invece, presenta un andamento crescente (4,6% vs 5,2%) sia a livello nazionale, sia nelle singole ripartizioni geografiche. Evidente, per entrambi i tipi di povertà, è la maggior diffusione nel Mezzogiorno.

Stratificando i dati in base ad alcuni parametri quali, ad esempio, ampiezza della famiglia, tipologia familiare, presenza di minori e di anziani e classe di età, si rileva come le famiglie più coinvolte siano quelle più ampie (tre o più figli soprattutto se minorenni), mono genitoriali o costituite da anziani soli senza una storia lavorativa progressiva. Forte è anche l'associazione tra povertà, bassi livelli d'istruzione, bassi profili professionali ed esclusione dal mercato del lavoro.

Fattori di rischio e stili di vita

Fumo di tabacco

Secondo vari studi epidemiologici il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio comportamentali e, quindi, modificabili, la cui presenza o compresenza aumenta notevolmente la probabilità di sviluppare o di accelerare il decorso di diverse patologie. Il tabagismo rappresenta un grave problema di salute pubblica poiché può comportare lo sviluppo di patologie croniche e invalidanti, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche. È per questo motivo che il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito di controllare tale fenomeno al fine di tutelare la salute dei fumatori e il benessere della collettività non fumatrice.

Il fumo, inoltre, provoca importanti ripercussioni sull'economia dei Paesi essendo uno dei principali fattori responsabili delle spese in ambito sanitario. In Italia, grazie alla Legge sul divieto di fumo (entrata in vigore nel 2003) e alle tante campagne nazionali di prevenzione, sono stati raggiunti importanti obiettivi ma, per consolidare i risultati ottenuti e conseguirne di nuovi, bisogna continuare con la promozione di politiche socio-sanitarie mirate, principalmente, a prevenire l'iniziazione al fumo dei più giovani ed a "sostenere" chi vuole smettere.

Per misurare il consumo di tabacco nella popolazione è stata calcolata la prevalenza di fumatori, ossia il numero di persone interessate dal fenomeno.

Nel 2011, la quota di fumatori tra la popolazione di 15 anni ed oltre (Tab. 1) è maggiore tra gli uomini (28,72% vs 16,75%) e dal confronto con i dati del 2009 (Libro bianco, III Edizione, p. 76) si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi (uomini -1,15 punti percentuali; donne -0,38 punti percentuali).

A livello territoriale, per gli uomini si osserva una prevalenza nell'abitudine al fumo superiore al dato nazionale nel Lazio e nelle regioni meridionali, ad eccezione di Calabria e Sardegna, mentre per le donne le percentuali maggiori si registrano nel Centro, ad eccezione delle Marche, e in al-

cune regioni settentrionali (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna). Nello specifico, la regione con i valori più alti per entrambi i generi è il Lazio (uomini 34,88%; donne 20,57%). I valori minori, invece, si osservano per gli uomini in Valle d'Aosta (18,91%) e per le donne in Calabria (12,23%).

Infine, riguardo alla diffusione del tabagismo per fasce di età (Tab. 2), si rileva una maggiore prevalenza di fumatori tra i giovani adulti (25-34 anni: 38,86%) e di fumatrici nella classe di età 45-54 anni (23,26%).

Alcol

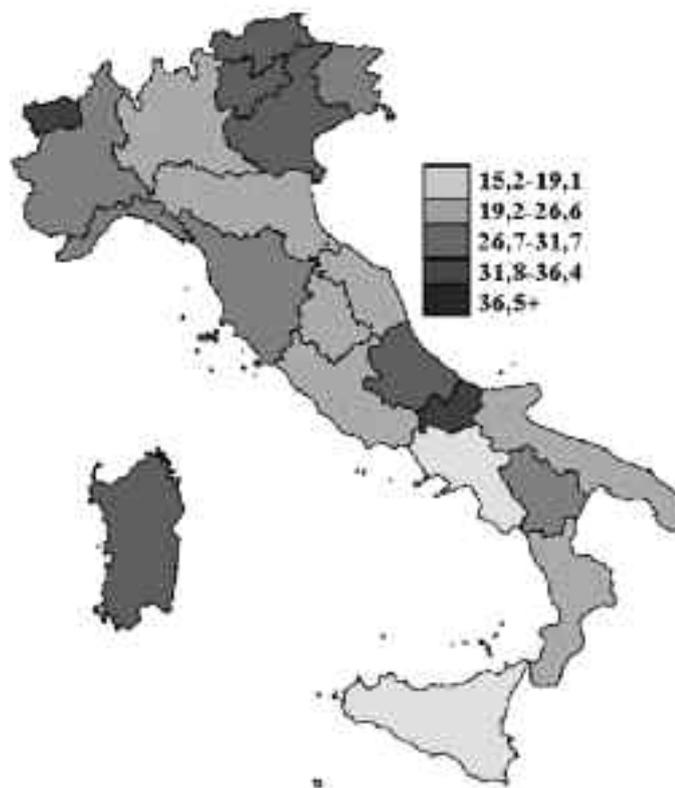
Il consumo di alcol, oltre a provocare dannosi squilibri nutritivi e seri rischi di malnutrizione, può creare problemi di dipendenza e di tossicità. Di conseguenza, per

una corretta programmazione sanitaria, fondamentale è conoscere le implicazioni di salute pubblica che ne derivano in modo da individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano l'attuazione di campagne di prevenzione e di controllo finalizzate all'adozione di uno stile di vita più sano.

In generale, anche se non esistono livelli di sicurezza nel consumo di alcol, le Linee Guida per una sana alimentazione, definite dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, suddividono i consumatori a rischio nei seguenti gruppi:

1. donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 bicchieri);
2. uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 bicchieri);
3. giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche;

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2010



4. giovani tra i 16-18 anni che eccedono il consumo di 1 bicchiere al giorno;

5. ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 bicchiere al giorno.

Sono da considerarsi parimenti a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione l'assunzione di oltre 6 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (binge drinking).

L'indicatore utilizzato ci consente di valutare sia la quantità assunta sia la frequenza e le occasioni di consumo rischioso di una qualunque bevanda alcolica.

Nel 2010, la prevalenza di consumatori a rischio presenta un notevole svantaggio maschile (25,4% vs 7,3%) e il consumo maggiore si registra, come si evince dalla lettura dei Cartogrammi, per gli uomini nel Settentrione e in alcune regioni centrali e meridionali (Molise valore più alto 43,8%), mentre per le donne nella maggior parte delle regioni del Nord (Valle d'Aosta valore più alto 15,4%).

Analoga differenza di genere si evidenzia anche considerando le tipologie di consumo a rischio, cioè il binge drinking (uomini: 16,6%; donne: 4,4%) e il consumo giornaliero eccedentario (uomini: 8,0%; donne: 1,3%) (Tab. 3). Rispetto al 2008 (Libro bianco, III Edizione, p. 86), evidente è il considerevole aumento degli individui che concentrano in un'unica occasione l'assunzione di oltre 6 bicchieri di una qualsiasi be-

vanda alcolica (uomini: +41,9%; donne: +33,3%). Un aumento importante si registra anche per il consumo giornaliero eccedentario del genere maschile (+40,4%).

A livello territoriale, i valori più elevati di prevalenza per binge drinking si osservano in Molise per gli uomini (36,5%) e nella PA di Bolzano per le donne (12,4%), mentre i valori minori si riscontrano in Sicilia (10,0%) per il genere maschile e in Puglia (2,2%) per il genere femminile.

Sovrappeso, obesità e sedentarietà

Il sovrappeso e l'obesità rappresentano un problema di Sanità Pubblica a livello mondiale, poiché l'aumento di peso è strettamente correlato alle principali patologie croniche che per morbosità, invalidità e mortalità incidono, in maniera rilevante, sui costi economici e sociali che la comunità deve affrontare.

Evidente, quindi, è la necessità di una corretta pianificazione di strategie d'intervento caratterizzate da un approccio multisettoriale, con azioni di tipo comportamentale e sociale.

Tra i fattori di rischio, oltre all'eccesso ponderale è importante considerare anche l'attività fisica. In generale, svolgere una regolare attività fisica di moderata intensità favorisce, infatti, uno stile di vita sano con notevoli benefici sulla salute della persona. L'esercizio fisico costante, preferibilmente

di tipo aerobico (cammino, nuoto, bicicletta ecc.), aiuta a prevenire l'insorgenza di diverse malattie croniche o la comparsa di eventuali complicanze e a favorire un maggior benessere psicologico riducendo i livelli di stress, ansia e depressione.

La promozione dell'attività fisica è, pertanto, un'azione prioritaria di Sanità Pubblica che deve prevedere la collaborazione attiva di tutte le strutture e le competenze interessate e, soprattutto, la partecipazione responsabile della popolazione e della società civile.

Lo studio e il monitoraggio dell'eccesso ponderale e dell'attività fisica nella popolazione sono, quindi, fondamentali non solo per pianificare gli interventi, ma anche per verificare i risultati raggiunti.

Nel 2011, la prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso e di obesità (Tab. 4), è maggiore tra gli uomini (sovrappeso 45,53%; obesità 10,69%) rispetto alle donne (sovrappeso 26,75%; obesità 9,37%).

Dal confronto con i dati del 2009 (Libro bianco, III Edizione, p. 88) si evidenziano per il genere maschile un lieve aumento per il sovrappeso e una lieve diminuzione per l'obesità (sovrappeso +0,35 punti percentuali; obesità -0,58 punti percentuali), mentre per le donne si verifica la situazione opposta (sovrappeso -0,93 punti percentuali; obesità +0,06 punti percentuali).

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari sono considerate uno dei principali problemi di Sanità Pubblica poiché determinano un elevato burden of disease nella popolazione adulta, soprattutto anziana, e un conseguente impegno assistenziale ed economico per il Servizio sanitario nazionale. Queste patologie rappresentano la causa principale di mortalità in quasi tutti gli Stati membri dell'Unione Europea (UE), essendo state responsabili, nel 2010, del 36% delle morti.

I dati sulle malattie ischemiche (ICD-9-CM 410-414) confermano, anche per il

2010, le marcate differenze di genere, con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne (dato nazionale 961,7 per 100.000 vs 341,1 per 100.000)

A livello regionale, la Campania continua a essere la regione con i tassi più elevati per entrambi i generi (uomini: 1.301,6 per 100.000; donne: 468,6 per 100.000), seguita da Sicilia, Puglia e Calabria.

Analizzando nello specifico l'Infarto Acuto del Miocardio (IMA) (ICD-9-CM 410), le donne confermano il loro vantaggio registrando dei tassi, a livello nazionale, no-

tevolmente più bassi (rispettivamente, 144,6 per 100.000 vs 362,7 per 100.000). Nonostante il trend in diminuzione rispetto al 2008 (Libro bianco, III Edizione, p. 129), però, è preoccupante la tendenza all'aumento dell'IMA particolarmente evidente per il genere femminile in Umbria, Sicilia e Calabria.

Anche per le malattie cerebrovascolari (ICD-9-CM 430-438) si evidenziano, nel 2010, notevoli differenze di genere. Il tasso di ospedalizzazione negli uomini è superiore a quello delle donne quasi del 38% complessivamente, del 21% se si conside-

ra solo l'ictus ischemico (ICD-9-CM 434-437) e più del 53% per l'ictus emorragico (ICD-9-CM 430-432). Dal confronto dei dati con il 2008 (Libro bianco, III Edizione, p. 130) si osserva una tendenza in aumento pari al 9,25% negli uomini e al 9,96% nelle donne. La Campania e la PA di Bolzano registrano i valori più elevati, nel complesso, per entrambi i generi cui segue, con riferimento alle sole donne, la Sicilia presentando anch'essa livelli alti di ospedalizzazione.

Da segnalare, per quanto riguarda l'ictus ischemico, la notevole variabilità regiona-

le soprattutto per il genere femminile, con un range compreso tra il valore minimo del Friuli Venezia Giulia (267,5 per 100.000) e il valore massimo della Campania (490,0 per 100.000).

Passando all'analisi dei tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si osserva, nel 2009, come gli uomini siano più colpiti rispetto alle donne con valori quasi doppi (14,07 per 10.000 vs 7,79 per 10.000). Tale gap trova conferma anche a livello di singole regioni.

Poiché i decessi per queste patologie avvengono prevalentemente in età elevata, la

disaggregazione dei dati per classi di età può essere indicativa in un'ottica di pianificazione dei servizi socio-sanitari regionali.

Dall'analisi si evince come gli over 75enni siano i più colpiti con una mortalità che passa da 3,09 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 114,53 (per 10.000) (dati non presenti in tabella) rispetto alle donne i cui valori, invece, passano da 0,55 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 87,52 (per 10.000). Tali differenze evidenziano come l'effetto dell'età sia più importante per il genere femminile.

I costi della salute in ottica di genere

Diverse sono le Istituzioni che, a livello internazionale, chiedono e raccomandano che il determinante del "genere" sia tenuto in considerazione nella programmazione delle politiche sanitarie, quali l'Organizzazione delle Nazioni Unite, l'Unione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Adottare un'ottica di genere in materia di salute permetterebbe, infatti, di prevedere e valutare le differenze in termini di outcome terapeutici riscontrate tra uomo e donna, oltre che l'impatto di fattori socio-economici e culturali. Vari studi hanno evidenziato tale problematica nella farmacologia, sia per quanto riguarda la farmacocinetica sia per la farmacodinamica. Una maggiore attenzione alla sicurezza dei farmaci trova giustificazione nel rischio di reazione avversa che nelle donne è quasi doppio (1,7 volte), con ripercussioni in termini assistenziali.

Alle reazioni avverse, infatti, è imputabile un maggior numero di ricoveri ospedalieri (60% nelle donne) che incidono, in generale, sui costi del sistema sanitario. Pertanto, l'applicazione di una ricerca orientata al genere porterebbe alla liberazione di risorse

da parte del Servizio sanitario nazionale, senza considerare anche i costi individuali e sociali associati a un rischio più elevato non solo di ospedalizzazione, ma di mortalità conseguente a una reazione avversa.

Difficile la stima in termini precisi del possibile risparmio per il Ssn se fosse applicata una medicina e farmacologia di genere. Gli studi presenti in letteratura si concentrano, soprattutto, sull'analisi dei costi in-

diretti relativi alla dimensione di appropriatezza del sistema. In particolare, è valutata soltanto la possibile perdita di produttività delle donne, sia di quelle attive nel mercato del lavoro, che di quelle che potrebbero trovare inserimento se fossero curate in modo appropriato. Un esempio evidente riguarda le malattie cardiovascolari, che sebbene colpiscano maggiormente gli uomini, negli ultimi anni hanno registrato una diminuzione più marcata nel genere maschile.

Promuovere un'ottica di genere consentirebbe, quindi, di diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, di aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e di assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica generando, così, un risparmio per il Ssn.



La ricerca sulle patologie femminili: a che punto siamo?

Progredi importanti sono stati conseguiti nel campo dell'oncologia clinica e sperimentale. Negli ultimi 20 anni, infatti, sono stati raggiunti dei risultati incoraggianti nella lotta al tumore al seno, anche se continua ad essere la forma tumorale più frequente nelle donne. Grazie alla diagnosi precoce e alle possibilità terapeutiche innovative derivanti dalla ricerca e soprattutto dai microbiologi, la mortalità sta diminuendo e sempre più donne colpite possono contare su una guarigione duratura, ossia una sopravvivenza maggiore. Inoltre, nella prevenzione della malattia, sta assumendo un ruolo importante la ricerca genetica. Una delle più recenti scoperte ha evi-

denziato una maggiore incidenza di tumore al seno nelle donne che presentano una determinata mutazione genica. Nello specifico, tale mutazione riguarda i geni detti BRCA 1 (Breast Cancer Susceptibility Gene 1) e BRCA 2 (Breast Cancer Susceptibility Gene 2), noti come soppressori tumorali. Se mutano, la loro funzione è compromessa e, di conseguenza, aumenta notevolmente il rischio di sviluppare un tumore al seno o alle ovaie nel corso della vita. L'analisi genetica per la ricerca di mutazioni germinali nei geni BRCA 1 e 2 viene, oggi, raccomandata solo per le famiglie con una forte familiarità di tumori del seno e l'esame si effettua con un comune prelievo di sangue. Nel caso in cui

il test confermi la presenza di una mutazione genetica e, quindi, di un rischio più elevato di contrarre la malattia, è possibile ricorrere alla mastectomia preventiva, ossia la rimozione chirurgica di uno o di entrambi i seni. Importante, nell'ambito dei tumori femminili, è ricordare anche un rilevante studio condotto dal Center for Disease Control and Prevention che ha dimostrato come il vaccino contro l'Human Papilloma Virus abbia consentito di dimezzarne i casi negli ultimi 10 anni. I risultati di questo studio dovrebbero determinare un più elevato tasso di vaccinazione nelle adolescenti di 12 anni, età in cui la risposta immunitaria è migliore e il beneficio è massimo.

Cosa emerge dalla lettura degli indicatori "al femminile"

Prof. Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Per mantenere alta l'attenzione da parte della comunità scientifica e di tutte le Istituzioni che si occupano di sanità, è stata pubblicata la quarta edizione del Libro bianco – La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane, con la consapevolezza che il "genere" è un parametro fondamentale nell'attività clinica e nella programmazione sanitaria per la realizzazione di una salute a misura di donna e di una medicina personalizzata. Infatti, la Medicina di genere, se promossa e applicata correttamente, consentirebbe di diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, di aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e di assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati evidenzia una condizione di benessere fisico complessivamente buona della popolazione femminile, ma rileva l'urgenza sia di promuovere campagne preventive più mirate e politiche socio-sanitarie in grado di assicurare il mantenimento e il miglioramento delle generali condizioni di salute, sia di favorire il potenziamento e/o l'adeguamento dell'offerta dei servizi, spesso insufficienti e poco rispondenti alle esigenze dell'utenza.

Partendo da un esame di contesto della popolazione in toto, sono stati analizzati una serie di indicatori "al femminile" la cui lettura trasversale ci ha permesso di evidenziare la situazione presente nel nostro Paese.

Dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- la quota dei giovani sul totale della popolazione è contenuta, mentre il peso dei cittadini anziani e molto anziani è consistente;
- nelle età più avanzate si osserva uno sbilanciamento a favore delle donne;
- il tasso di fecondità totale si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni, ma resta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale;
- l'incidenza della povertà assoluta riferita alle famiglie è in aumento;
- l'aspettativa di vita è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di

- vita guadagnati”, continua a ridursi pur essendo ancora consistente;
- le donne vivono un numero di anni minore in buona salute pur avendo una speranza di vita maggiore;
 - la mortalità complessiva è stabile per le donne e in diminuzione per gli uomini;
 - la quota di fumatori è maggiore tra gli uomini, ma si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi;
 - tra le tipologie di consumo a rischio di alcol il binge drinking è in aumento, soprattutto per gli uomini;
 - entrambe le condizioni di eccesso ponderale, sovrappeso e obesità, sono in aumento per il genere femminile;
 - le donne rappresentano la quota maggiore di “pigre”;
 - la prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell’ambito dell’attività degli screening organizzati ed è migliorata quasi ovunque, anche se il gradiente tra Sud ed Isole, Centro e Nord persiste;
 - la prevalenza per tutti i tumori maligni è più elevata tra le donne, mentre la mortalità è maggiore tra gli uomini. Anche l’incidenza è più elevata per gli uomini, ma per le donne si osserva un aumento;
 - il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici da abuso di droghe è maggiore per gli uomini, ma in aumento per il genere femminile soprattutto nella classe di età 45-54 anni;
 - la mortalità per suicidio aumenta con l’avanzare dell’età a svantaggio del genere maschile;
 - il ricorso al Taglio Cesareo ha raggiunto livelli molto elevati e, nonostante una lieve riduzione registrata negli ultimi anni, non si è ancora evidenziata un’indicativa inversione di tendenza. I valori più alti si registrano nel Meridione, in particolare in Campania;
 - il numero di cicli e il tasso di gravidanza con la Procreazione Medicalmente Assistita sono in aumento;
 - la quota di consumo di farmaci è significativamente più alta per le donne;
 - la componente femminile che lavora nel settore sanitario è cospicua.

Importante è anche la parte dedicata nel volume agli Approfondimenti e ai Box, nei quali sono state trattate problematiche e patologie tipicamente femminili o che si manife-

stano più frequentemente nelle donne, e le sezioni dedicate alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e all’accesso all’innovazione farmaceutica.

Riguardo a quest’ultima, evidente è la disomogeneità sul territorio che si riscontra, oltre che nell’applicazione del ticket, anche nelle modalità e nei tempi di adozione dei farmaci innovativi che variano in relazione alla regione

di appartenenza, con significative conseguenze sull’equità. Il settore industriale farmaceutico sta investendo grossi capitali nella ricerca di tali farmaci che, determinando un’espansione della spesa, destano preoccupazione circa la sostenibilità dell’assistenza farmaceutica da parte del servizio pubblico.

Riguardo alla sostenibilità del Ssn, invece, si manifesta la necessità di attuare profonde riforme di natura politica, economica e organizzativa finalizzate a migliorare l’efficacia e l’efficienza del sistema e a impedire che questo imploda a causa delle innumerevoli criticità ancora irrisolte. Solo così sarà possibile difendere il livello di assistenza uni-

versalistica, introdotto nel 1978 con la nascita del Ssn.

In considerazione dei risultati emersi e per non vanificare gli apprezzabili guadagni ottenuti in termini di salute e ridurre i differenziali territoriali che ancora persistono nel settore sanitario, l’obiettivo di questo Report è di continuare a evidenziare le aree d’intervento dove è necessario implementare e concentrare maggiormente l’attenzione per raggiungere livelli di assistenza più soddisfacenti nell’ottica, ovviamente, della Medicina di genere e di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali.

Per raggiungere tali finalità, sarebbero indispensabili un miglior coordinamento delle politiche a livello nazionale, regionale e locale, una più corretta pianificazione e allocazione delle risorse, specialmente in questo periodo di crisi finanziaria globale e di ridimensionamento della spesa pubblica, ma soprattutto un maggior coinvolgimento delle donne affinché possano consapevolmente comprendere meglio le problematiche che le riguardano.



Solo il 15% degli italiani consuma frutta e verdura a sufficienza



Il rischio è che si generino problemi di carenze, ridotte ma persistenti. Per questo un gruppo di esperti ha elaborato un Position Paper dal titolo “Nuove evidenze sull’uso dei Multivitaminici e Multiminerale e sensibilizzazione alle carenze nutrizionali nella popolazione over 50”, in allegato a questo numero di Avvenire Medico

Più di 7 italiani su 10, 8 nella fascia over 50, reputano di seguire un’alimentazione sana ed equilibrata e oltre l’80% dichiara di aver adottato almeno un comportamento salutistico nell’ultimo anno, ponendo particolare attenzione al cibo: oltre il 50% si impegna a mangiare in modo vario ed equilibrato, mentre il 66% – quota che sale al 73% nella popolazione over 50 – cerca di evitare gli eccessi più rischiosi per la salute, per esempio riducendo zuccheri, sale, grassi o alcool. Questa è la fotografia scattata da una recente indagine condotta da Gfk Eurisko in merito alle abitudini alimentari degli italiani. Ne emerge quindi un profilo di virtuosi anche se questa percezione così rigorosa non sempre è confermata nei fatti. Quando intervistato sugli alimenti consumati nelle 24 ore precedenti, la maggioranza non riesce infatti a rispettare, attraverso la composizione del menù quotidiano, le dosi raccomandate necessarie ad assicurare all’organismo l’assunzione di tutti i nutrienti essenziali. Frutta e verdura, non mancano quasi mai dalla tavola degli italiani, ma il loro consumo si attesta, nella maggior parte dei casi, su quantitativi spesso non sufficienti: solo il 15% circa della popolazione riesce, infatti, a introdurre nella propria dieta giornaliera il corretto apporto consigliato dall’OMS, pari ad almeno 5 porzioni e quasi 7 italiani su 10 non sono nemmeno a conoscenza di quale sia il consumo di frutta e verdura raccomandato.

Dietro questa fotografia, potrebbe dunque profilarsi un problema di sub-carenze. “Oggi, nelle popolazioni occidentali, il problema delle manifestazioni sub-cliniche dovute alle carenze suggerite dall’indagine è ancora ampiamente sottostimato – spiega il Prof. Michele Carruba, Direttore del Centro Studi e Ricerche sull’Obesità dell’Università degli Studi di Milano – Livelli sub-ottimali di micronutrienti essenziali come vitamine e minerali rientrerebbero nei fattori di rischio per alcune malattie croniche nella popolazione adulta e anziana, quali obesità, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e metaboliche, diabete tipo 2, cataratta, degenerazione maculare senile, demenza senile, osteoporosi e alcune neoplasie. Per questo anche carenze lievi, soprattutto se durature nel tempo, non devono essere tra-

scurate e vanno risolte prima che sfocino in disturbi più seri”.

Il basso livello di percezione di un possibile problema di carenza degli italiani emerso dall’indagine, trova un riflesso anche nei dati di consumo degli integratori alimentari. Ben 7 italiani su 10 dichiarano di non averli utilizzati nell’arco degli ultimi 12 mesi e oltre il 60% di questi, indica tra le motivazioni del mancato consumo, di non ritenersi a rischio di deficit nutrizionali.

“L’integrazione multivitaminica-multiminerale può offrire un aiuto importante, specialmente in quei soggetti che, anche inconsapevolmente, non riescono a seguire una dieta corretta e completa e possono essere considerati anche come un’importante strumento di prevenzione nei confronti di alcune patologie” spiega ancora il Prof. Michele Carruba.

Evidenze significative sui benefici e sul profilo di sicurezza correlati all’assunzione quotidiana e prolungata di un integratore alimentare multivitaminico-multiminerale, sono state per la prima volta studiate in un importante trial clinico di frontiera promosso dal National Institutes of Health americano, il Physicians’ Health Study II (PHS II). Partendo da questi risultati, un Gruppo di Studio Multidisciplinare di esperti italiani si è assunto l’impegno di valutarne l’impatto rispetto alla pratica clinica e di automedicazione nel nostro Paese e i risultati sono stati raccolti nel Position Paper dal titolo “Nuove evidenze sull’uso dei Multivitaminici e Multiminerale e sensibilizzazione alle carenze nutrizionali nella popolazione over 50”. L’obiettivo del documento è fornire uno strumento pratico ed evidence-based per promuovere la diffusione di informazioni corrette su alimentazione e integrazione, al fine di migliorare ulteriormente le capacità di counseling dei professionisti che erogano assistenza sanitaria, in particolare del Medico di Medicina Generale che sempre secondo l’indagine Eurisko, è indicato da oltre il 40% dei consumatori di integratori, come il principale consulente che aiuta nella scelta. Vi invitiamo a leggere e consultare la versione integrale del Position Paper, disponibile in allegato a questo numero di Avvenire Medico.

I risultati di una *Systematic Review* pubblicata su *Semin Arthritis Rheum*

Psoriasi. Tutti i benefici del Mar Morto in Israele

di Ester Maragò

Quasi quattro pazienti su cinque hanno ottenuto una significativa riduzione dalla psoriasi e circa sei su dieci hanno raggiunto la remissione. Sono queste alcune delle evidenze scientifiche emerse dalle cure offerte nei centri di balneoterapia sulle rive del lago salato nella parte israeliana. In Italia circa 2 milioni e 500 mila persone sono colpiti dalla malattia, di cui il 10% con forme gravi.

I trattamenti del Mar Morto sono particolarmente efficaci nella cura della psoriasi grazie alle caratteristiche speciali delle radiazioni ultraviolette e dell'acqua del mare. Il profilo di sicurezza è buono e il rapporto costi benefici è ottimale. Non ci sono evidenze di un aumento di neoplasie cutanee.

È questo il "biglietto da visita" che i trattamenti del Mar Morto, rigorosamente naturali, presentano per la cura della psoriasi. Una patologia dalle cause sconosciute che alterna fasi di esacerbazione con fasi di remissione dalla durata variabile, e dalla quale non si guarisce mai. Colpisce oltre 125 milioni di persone in tutto il mondo, circa 2 milioni e 500 mila in Italia, di cui il 10% con forme gravi. Una malattia che causa grandi disagi nella vita quotidiana, con cure continue e spesso costose che richiedono molto tempo, ingenerano sfiducia nei pazienti e disaffezione verso il medico curante.

Un quadro a tinte fosche che le terapie offerte dal grande bacino salato contribuiscono a rendere più gestibile, come emerge dalla *Systematic Review* pubblicata sulla rivista *Semin Arthritis Rheum* (42: 186-200). Nella Revisione sono stati selezionati - tra le 360 pubblicazioni scientifiche esistenti sugli effetti dei trattamenti terapeutici del Mar Morto - 50 studi che hanno coinvolto un totale di 5mila pazienti affetti da psoriasi. Con risultati molto incoraggianti: i dati del più ampio studio retrospettivo, condotto su 1.448 pazienti trattati con balneoterapia e fototerapia sul Mar Morto, raccontano una significativa riduzione delle lesioni psoriasiche (tra l'80% e il 100%) nell'88% dei pazienti e una remissione quasi completa nel 58% dei pazienti. Mentre, uno studio prospettico non randomizzato effettuato su una coorte di 740 pazienti con lesioni psoriasiche ha evidenziato la guarigione completa nel 70% dei pazienti, dopo 4 settimane di trattamenti (balneoterapia e fototerapia).

Indubbiamente, quelle del Mar Morto sono caratteristiche uniche e irripetibili. E i loro effetti benefici furono decantati già nella Bibbia e trovarono in Aristotele il primo divulgatore d'eccellenza. È il lago con la più alta concentrazione salina della terra, da circa 7 a 10 volte quella degli oceani. Collocato a circa 420 m sotto il livello del mare e con un contenuto di sali minerali come cloruro

di magnesio, cloruro di calcio, cloruro di potassio e bromuro di magnesio sorprendentemente elevato. Una presenza massiccia di sali che favoriscono e migliorano la capacità della pelle di trattenere l'acqua. Non solo, qui si registra la più alta pressione barometrica (circa 800 mm Hg) e una concentrazione di ossigeno superiore del 10% rispetto a quella presente a livello del mare.



Insomma, il Mar Morto di fatto è un'enorme vasca da bagno con acqua e sali, costantemente sotto il sole per 365 giorni l'anno. E con un microclima unico al mondo: l'evaporazione dell'acqua crea un "filtro" che attenua la radiazione solare UV diminuendo la possibilità di danno solare da eccessiva esposizione. Le ricerche indicano che in totale l'assorbimento di raggi solari durante un periodo di 4 settimane è tra i 3.1 e 4.5 joules/cm² (unità di radiazione per cm²). Una quantità di radiazione più bassa rispetto ai trattamenti che utilizzano la radiazione artificiale.

Condizioni risultano, appunto, particolarmente favorevoli per il trattamento della psoriasi, ma anche per le malattie come l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica, la spondilite anchilosante e l'osteoartrite del ginocchio che, dal fango e dalla balneoterapia, traggono benefici scientificamente riconosciuti.

I vantaggi della terapia. "Sono molti i vantaggi che il Mar Morto offre ai pazienti affetti da psoriasi. Qui si possono avere trattamenti naturali con esiti terapeutici considerevolmente positivi, privi di effetti collaterali e con costi economici favorevoli" ha spiegato Marco Harari direttore sanitario del centro di ricerca DMZ sul Mar Morto in Israele. Un Centro che da più di 25 anni è impegnato - in collaborazione con l'Università di Medicina in

Israele e l'Ospedale di Hadassa a Gerusalemme - nello studio degli effetti terapeutici delle acque e della climatoterapia del Mar Morto su una varietà di malattie croniche della pelle.

"Nel Mar Morto - ha spiegato Harari - c'è una combinazione di elementi molto semplice, che definirei 'primitiva'. Le persone affette da psoriasi ricevono un trattamento naturale, alternativo all'esposizione ai raggi Uva che viene utilizzata in ospedale e senza gli effetti collaterali dei trattamenti artificiali. Il motivo è legato al fatto che la curva di esposizione ai raggi Uv è attenuata non solo dalla colonna di aria di oltre 400 metri presente sul Mar Morto, ma anche dall'evaporazione dell'acqua che filtrando i raggi li riduce: -15% di raggi Uvb, e - 6% Uva. I pazienti, a seconda del tipo di pelle, possono quindi esporsi al sole senza rischi fino a 3 ore al giorno. In sostanza si usufrui-

sce di una fototerapia naturale, mentre per quella artificiale possiamo utilizzare solo Uv A e B filtrati con delle macchine".

Ma l'unicità del Mar Morto non si ferma qui perché alle condizioni climatiche favorevoli si uniscono poi gli effetti dei sali presenti nell'acqua. "Sono state condotte molte ricerche per capire quali sono i risultati della combinazione di magnesio, bromo e sali con fattori climatici come sole, temperature stabili, umidità e ossigeno - ha aggiunto Harari - e i risultati sono molto positivi. Recentemente abbiamo confrontato tre gruppi di pazienti con psoriasi moderata severa sottoponendoli, per quattro settimane, a tre differenti tipologie di cure. Un gruppo è stato trattato solo con esposizione al sole, un altro esclusivamente con balneoterapia nelle acque del mare o in piscina, nelle ore serali; un terzo gruppo, infine, ha ricevuto un trattamento combinato sole e acqua di mare. Ha avuto una remissione dalla malattia il 73% dei pazienti trattati solo con esposizione al sole e il 28% di quelli curato con l'acqua del mare. Invece sono entrati in remissione circa il 90% dei pazienti sottoposti a trattamento combinato sole e acqua del mare".

E il risultato ancor più soddisfacente, ha assicurato Harari, è che la remissione dalla malattia dura in media 33 settimane: "Oltre alle terapie farmacologiche, la psoriasi è trattata con la fototerapia artificiale che consente di raggiungere risultati buoni, ma solo per due tre mesi. Gli effetti benefici raggiunti con le terapie del Mar Morto invece sono più prolungati, ma non prevedono l'utilizzo di farmaci e non hanno effetti collaterali. Abbiamo osservato una remissione dalla malattia fino a nove mesi, e in alcuni pazienti anche fino a tre anni. Ma in media i benefici del trattamento si attestano sulle 33 settimane. Il periodo di trattamento ideale, considerando che l'esposizione al sole deve essere graduale, è di quattro settimane, tuttavia anche dopo tre settimane si raggiungono i risultati sperati".

Rapporto costi/benefici. Non solo risultati positivi in termini di salute, il bilancio della climatoterapia del Mar Morto, a conti fatti, si chiude in positivo anche sul fronte della spesa economica: la spesa del soggiorno per 4 settimane, viaggio compreso è inferiore a quella a cui si espongono i servizi sanitari per curare un paziente con psoriasi, tra ricoveri in ospedale, farmaci spesso dai costi elevati e giornate di lavoro perse. Senza considerare poi le spese legate all'acquisto di presidi non rimborsabili dal Ssn come creme e bendaggi. Costi totali che in Italia si stima arrivino a circa 9mila euro l'anno. "Pensiamo che i pazienti sul mar Morto possono ricevere i trattamenti con una spesa totale di 3.500 euro" ha ricordato Harari.

I limiti. Certo, i trattamenti sul grande lago salato presentano anche dei limiti. Non tutti le persone affette da psoriasi possono allontanarsi dalla vita quotidiana per affrontare un periodo di cure di più di tre settimane e in un arco temporale che va da marzo a ottobre. Inoltre, almeno in Italia, questi trattamenti non sono riconosciuti dal Ssn e sono quindi a totale carico del paziente. A differenza di quanto avviene invece in Germania, Austria e Danimarca, Svezia, Finlandia, Israele e Olanda che garantiscono ai propri cittadini il rimborso delle cure.



La sindrome Tako-Tsubo

Se il ventricolo è un “cestello” giapponese

Stefano Attilio Nobili *

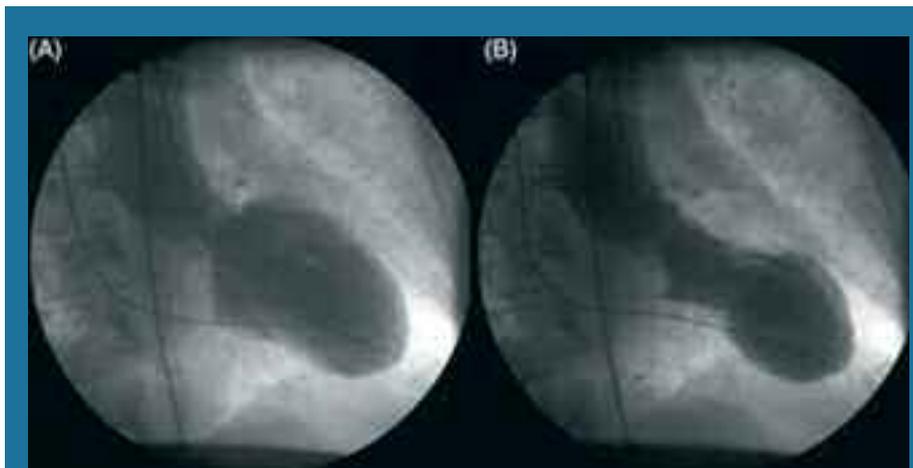
Il caso

Il medico curante è contattato telefonicamente una mattina dalla figlia di una paziente di 73 anni forte fumatrice. Viene riferito che la madre presenta un dolore retrosternale da alcuni minuti con sudorazione e aumento della frequenza cardiaca e lo stesso dolore era comparso il giorno prima, sempre per alcuni minuti, dopo sforzo. La paziente, allora, aveva assunto di sua spontanea volontà una compressa di Acido Acetil Salicilico da 500mg che a suo dire le aveva diminuito la sintomatologia fino a farla scomparire, ma il quadro si era ripresentato appunto il giorno dopo e per questo motivo aveva chiamato il medico. Vista la situazione (dolore toracico e sudorazione riferita) il medico consiglia di prendere contatto col 118 e così viene fatto. La paziente è quindi trasportata d'urgenza al PS più vicino.

L'esame obiettivo mostra la paziente vigile, collaborante, con dolore toracico retrosternale.

All'anamnesi, la paziente, fumatrice di un pacchetto di sigarette al giorno dall'età di 18 anni, ha sempre goduto di buona salute fino a 1 anno prima dell'evento presente quando, in seguito alla scomparsa del marito per una malattia incurabile, si era ammalata di Herpes Zoster toracico, risolto in due settimane con Aciclovir 800mg x5 die x 15gg.

In PS, l'ECG presenta sovraslivellamento del tratto ST in sede antero-settale, l'ecocardiografia mostra una FE è ridotta a 40 con ipocinesia del segmento medio, apicale e settale. La troponina T hs è 115,7 (vn 0-14pg/ml), i leucociti sono 14000. L'Rx del torace evidenzia un aumento diffuso della trama senza addensamenti o lesioni fo-

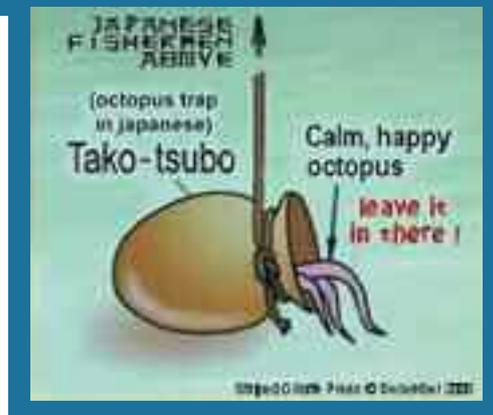


cali in atto.

Sempre in PS viene impostata una terapia a base di acetilsalicilato di lisina EV, sotalolo, eparina 3500UI, ticagrelor 180mg. La donna è portata poi in sala emodinamica per una coronarografia urgente: l'esame mostra arterie coronarie angiograficamente indenni, mentre alla ventricolografia è presente acinesia dei segmenti medi con FE conservata.

In terapia intensiva gli ECG seriati vedono un'evoluzione in sede settale e laterale e all'ecocardiogramma di controllo è confermata l'ipocinesia dei segmenti medi della parete anteriore e laterale con indici di funzione sistolica conservati. Collateralmente una lieve insufficienza mitralica e aortica, quadri non emodinamicamente significativi.

Al termine degli accertamenti e visto il quadro stabilizzato, la paziente è dimessa in sesta giornata con la diminuzione significativa della troponina T hs che scende a 30pg/ml. Si rileva una lieve discesa dell'emoglobina da 13 a 11g/dl. I leucociti passano a 5500. Da notare il colesterolo totale



a 200mg/dl, l'HDL a 106, l'LDL 83 e i trigliceridi a 65mg/dl.

Il follow up prevede un controllo dell'emocromo a 30 giorni, del quadro renale, epatico, elettrolitico, delle CPK, dei lipidi, di glicemia e uricemia. Misurazioni periodiche della pressione arteriosa e astensione completa dal fumo. Utilizzo eventuale di isosorbide dinitrato sl in caso di dolore toracico.

Terapia medica con ASA 100mg, pantoprazolo 20mg, ramipril 2,5mg e metoprololo 25mg 2 v die.

La diagnosi alla dimissione è: sindrome co-

ronarica acuta a coronarie angiograficamente normali in presenza di anomalie della contrazione dei segmenti medi antero-laterale a FE conservata, come da sindrome Tako-Tsubo.

Il follow up non presenta problemi. A sei mesi la paziente è in buone condizioni generali, ma ha ripreso a fumare (riferite 5 sigarette die!).

Commento

La sindrome Tako-Tsubo o cardiomiopatia Tako-Tsubo (TT) è una patologia cardiaca che interessa il ventricolo sinistro con un quadro di acinesia-ipocinesia apicale e che entra in diagnosi differenziale con la sindrome coronarica acuta. Fu descritta in Giappone nel 1990 da Sato et al. (Sato H, et al: Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischaemia to Heart Failure. 1990:56-64) nei pazienti con dolore toracico, sovrallivellamento del tratto ST e aumento degli enzimi cardiaci. Alla coronarografia si nota una morfologia a “cestello o vaso” dell’apice del ventricolo sinistro, senza alterazioni stenotiche coronariche. La denominazione “cestello o vaso” deriva proprio dal giapponese tako tsubo, in altre parole un vaso utilizzato un tempo dai pescatori giapponesi per la cattura dei polipi (Alongi G et al, M.D. Medicinae Doctor - Anno XVIII numero 3 - 25 febbraio 2011 pag. 22-3).

I criteri diagnostici della sindrome TT sono quelli della Mayo Clinic e devono comprendere tutti i seguenti 4 items (Kawai S et al. Guidelines for diagnosis of takotsubo (ampulla) cardiomyopathy. Circ J. Jun 2007;71(6):990-2):

- 1) ipocinesia, discinesia o acinesia transitoria dei segmenti medi del ventricolo sinistro con o senza interessamento apicale; una causa scatenante legata a uno stress è spesso, ma non sempre, presente;
- 2) assenza di malattia coronarica ostruttiva o evidenza coronarografica di rottura acuta di placca;
- 3) anomalie elettrocardiografiche in atto, sia come sovrallivellamento del tratto ST e/o presenza di onde T invertite o modesto aumento dei livelli di troponina;
- 4) assenza di feocromocitoma o di miocardite.

Una causa esatta della sindrome TT non è conosciuta. Si parla di spasmo multivasale

coronarico, alterazione della funzione miocardica o del metabolismo degli acidi grassi, sindrome coronarica con difetto di ripercussione o quadro ischemico acuto con successiva normoperfusione ma con metabolismo alterato e conseguente capacità contrattile ridotta (Afonso L et al., Takotsubo cardiomyopathy: pathogenetic insights and myocardial perfusion kinetics using myocardial contrast echocardiography, Eur J Echocardiogr. Nov 2008;9(6):849-54).

La sindrome TT sembra essere più frequente in soggetti di sesso femminile, più sensibili agli stimoli neuroormonali che portano a una disfunzione miocardica acuta. Sembra inoltre che uno stress emotivo o fisico sia anticipatore della sindrome TT. Il tipo di stress può essere legato ad esempio al decesso di un congiunto (come nel caso della paziente del caso clinico, ndr), a problemi finanziari o legali, incidenti stradali, disastri naturali, peggioramento di malattie croniche o una nuova malattia magari a prognosi infausta, fino all’uso di sostanze stupefacenti (Khallafi H et al., “Broken heart syndrome”: catecholamine surge or aborted myocardial infarction?, J Invasive Cardiol. Jan 2008;20(1):E9-13).

Epidemiologia: circa il 2% dei soggetti con sospetta sindrome coronarica acuta vengono diagnosticati come affetti da sindrome TT (Donohue D et al. Clinical characteristics, demographics and prognosis of transient left ventricular apical ballooning syndrome. Heart Fail Rev. Dec 2005;10(4):311-6). L’età media di presentazione è di circa 67 anni. Il 90% dei casi interessa le donne in post-menopausa (Gianni M et al., Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review, Eur Heart J. Jul 2006;27(13):1523-9). In Italia i primi casi sono descritti nel 2004 (Sganzerla P et al., Un caso di sindrome “tako-tsubo-like” da stress, Ital Heart J Suppl 2004; 5: 910-3).

I pazienti con sindrome TT hanno un’incidenza più bassa dei fattori di rischio cardiovascolari tradizionali come ipertensione, dislipidemia, diabete, fumo, o presenza di familiarità cardiovascolare (Pilgrim TM et al., Takotsubo cardiomyopathy or transient left ventricular apical ballooning syndrome: A systematic review, Int J Cardiol. Mar 14 2008;124(3):283-92).

Prognosi: solitamente circa il 95% dei pazienti ha un decorso favorevole nel giro di 1-2 mesi. Le ricadute si attestano al 3% e la mortalità varia dall’1 al 3% (Donohue D et al., Clinical characteristics, demographics and prognosis of transient left ventricular apical ballooning syndrome, Heart Fail Rev. Dec 2005;10(4):311-6).

La **presentazione** della sindrome TT non differisce da quella della sindrome coronarica acuta: dolore toracico, dispnea, palpitazioni, nausea, vomito, episodio sincopale o anche shock cardiogeno.

Occorre aver presente anche la TT nel caso di un recente evento stressante riferito dal paziente o dai congiunti, associato a dolore toracico che non necessariamente è legato all’ansia da stress. Ragione di più per sospettare la TT, se il dolore toracico, come già ricordato, è presente in soggetti senza apparenti fattori di rischio cardiovascolari, raccolti dall’anamnesi.

In **diagnosi differenziale** con TT entrano lo spasmo esofageo, il reflusso gastroesofageo, la sindrome coronarica acuta, la miocardite, pericardite, pneumotorace, embolia polmonare, edema polmonare, ecc.

Il paziente è da portare nel più vicino PS con unità coronarica, dove saranno eseguiti gli accertamenti d’urgenza del caso tra i quali troponina, ECG, ecocardio, coronarografia.

L’ecocardiografia mostra di solito un’ipocinesia o un’acinesia dei segmenti medi o apicali del ventricolo sinistro. La frazione di eiezione, varia, a secondo degli studi, dal 20 al 49% per poi solitamente migliorare nei giorni successivi la degenza.

Nella TT, la coronarografia evidenzia coronarie normali o con quadri di stenosi non critiche.

Una volta stabilizzato il quadro e raggiunti i parametri di normalità, il paziente può ragionevolmente essere dimesso con una terapia caratterizzata da un ACE inibitore o un AT2 antagonista, oltre ad un beta bloccante a lungo termine e un farmaco antiaggregante. Il paziente deve seguire un follow up cardiologico (ECG, ecocardio, esami di controllo).

**mmg, Fimmg Milano – Professore a contratto confermato Università di Milano, Polo didattico San Paolo*

Diabete Mellito: i risultati positivi della Gestione integrata del paziente in Piemonte

La Regione Piemonte, nel 2008, ha firmato con i MMG un Accordo Integrativo Regionale sulla Gestione Integrata del Diabete che prevede incentivi ai medici e report annuali delle attività. Oggi oltre 90.000 pazienti sono seguiti con questa metodologia, adottata dal 74% dei MMG

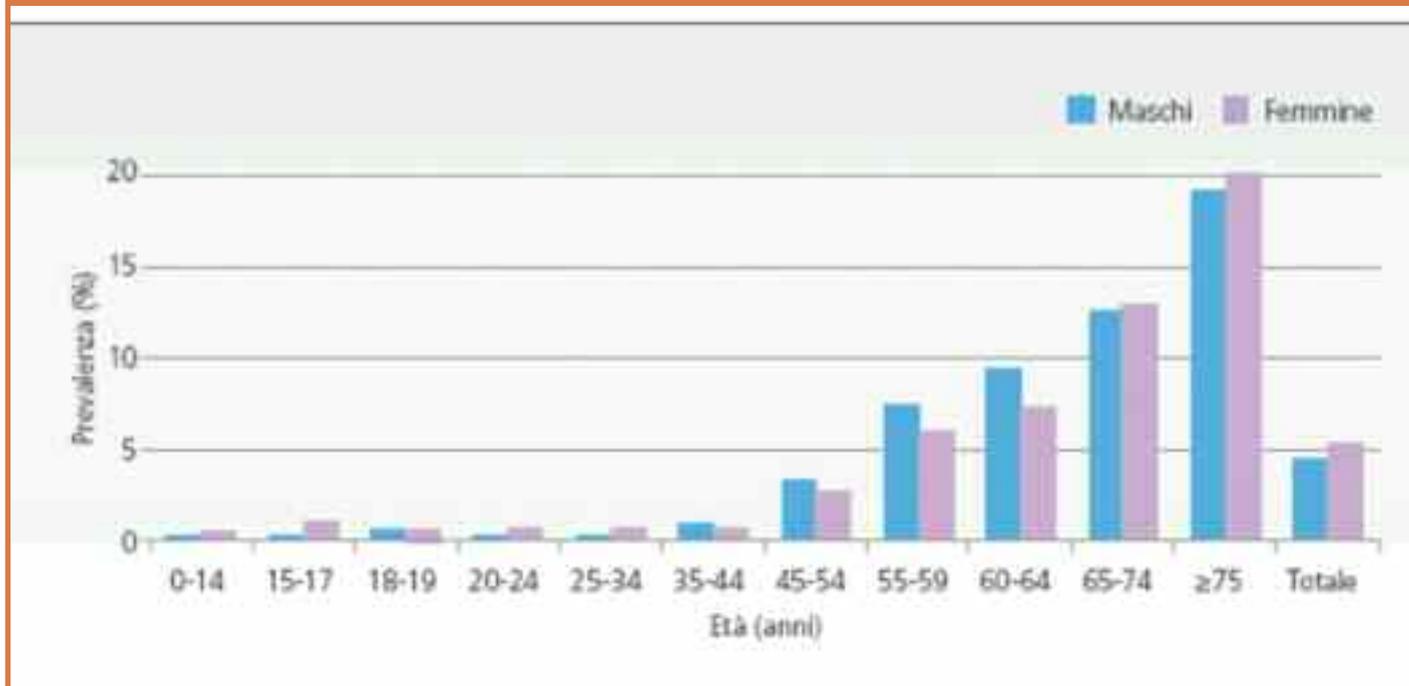
Roberto Venesia*

Il Diabete Mellito è una delle patologie croniche a più larga diffusione in tutto il mondo, connesso all'aumento del benessere, alla maggior frequenza di obesità riscontrata nella popolazione e allo stile di vita spesso troppo sedentario. La prevalenza aumenta con l'età, con un massimo del 20% nelle persone con età superiore a 75 anni (ISTAT 2010). La malattia è spesso diagnosticata solo dopo molti anni dall'insorgenza (i sintomi possono essere anche silenti o assenti), quando so-

no già presenti alcune complicazioni. Infatti il Diabete Mellito tipo 2, se non viene trattato adeguatamente, può comportare numerose complicanze nel lungo periodo, e questo bisogno specifico – la necessità di gestire preventivamente e attivamente l'insorgere di complicanze – ha spinto all'adozione di modelli di presa a carico e assistenza più articolati, caratterizzati dalla forte integrazione dei professionisti e delle strutture responsabili dell'assistenza: nel 2004 una ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità ha eviden-

ziato come ogni anno vi siano circa 70.000 ricoveri per diabete principalmente causati dalle sue complicanze (infarto del miocardio, ictus, gravi problemi di vista, insufficienza renale, amputazione degli arti); a questo riguardo si è stimato che posto pari a 1 il costo del paziente privo di complicanze, tale costo sale a 2,6 per la presenza di sole complicanze macrovascolari, a 3,5 per la presenza di sequele microvascolari, e addirittura a 4,7 per la presenza di entrambe, con un costo annuo per paziente di 5.574 euro.

Prevalenza del diabete per sesso e fasce di età in Italia (fonte ISTAT, 2010, elaborazione ISS)





Le strategie per la gestione del paziente cronico

Il problema è la corretta gestione delle Patologie Croniche. Il primo modello, ideato da Ed Wagner in Inghilterra, è stato il Chronic Care Model, che si può considerare il capostipite dei modelli innovativi. In estrema sintesi, i modelli presenti nel mondo occidentale, proposti per affrontare il proble-

ma della Cronicità, hanno in comune alcuni punti chiave che si debbono quindi considerare come imprescindibili per poter affrontare tale problematica nello sviluppo di modelli futuri in Italia:

- 1) il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva";
- 2) un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su



differenti livelli di intensità assistenziale;

- 3) il riconoscimento che le cure primarie devono essere il punto centrale (Hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema (Spoke);
- 4) l'erogazione di un'assistenza focalizzata sui bisogni individuali della persona, nel suo specifico contesto sociale;
- 5) la presenza di sistemi informativi evoluti;
- 6) poter far leva sulla partecipazione comunitaria;
- 7) investire sull'auto-gestione dei pazienti e dei caregivers;
- 8) disporre di linee guida in grado di tener conto della co-morbilità;
- 9) basarsi su team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo (Gestione Integrata);
- 10) il sistema di remunerazione deve essere poi calato nel Sistema sanitario della Nazione.

Da queste osservazioni ha preso origine il progetto Igea, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione del Ministero della Salute, con lo scopo di individuare e illustrare i requisiti clinico-organizzativi per la gestione integrata del diabete.

Come riporta il Progetto (http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Igea_doc-indirizzo.pdf), il diabete mellito è una sorta di modello paradigmatico delle malattie croniche che oggi rappresentano una sfida per i Servizi sanitari dei Paesi occidentali. La nostra società dovrà adattarsi ai nuovi bisogni, mirando a rallentare l'incidenza di malattie croniche e disabilità, a ridurre l'impatto degli stili di vita nocivi per la salute e ad affrontare queste patologie con modelli assistenziali adatti a malattie che non guariscono.

Attività previste per il Medico di Famiglia

1. OBIETTIVO: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti

Almeno il 3% della popolazione di assistiti inserita in Gestione Integrata

2. OBIETTIVO: per un efficace follow-up dei pazienti

Registrazione di almeno una HbA1c negli ultimi 12 mesi nel 70%

Registrazione di almeno un Profilo Lipidico negli ultimi 12 mesi nel 60%

Registrazione di almeno una Pressione Arteriosa negli ultimi 12 mesi nel 90%

Registrazione di un BMI negli ultimi 12 mesi nel 70%

Registrazione di una Circonferenza Addominale negli ultimi 12 mesi nel 50%

Registrazione di almeno una Microalbuminuria negli ultimi 12 mesi nel 50%

Registrazione di almeno una Creatininemia negli ultimi 12 mesi nel 60%

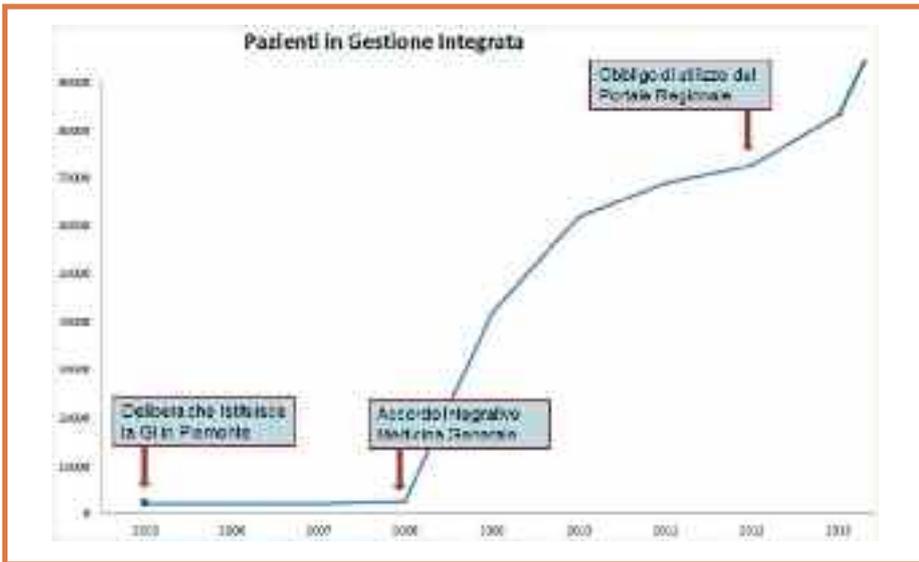
3. OBIETTIVO: per migliorare la "performance"

Ultimo valore registrato di HbA1c $\leq 7,5\%$ nel 25%

Ultimo valore registrato di Colesterolo LDL $\leq 130\text{mg/dl}$ nel 20%

Ultimo valore registrato di Pressione Arteriosa $\leq 130/80\text{mmHg}$ nel 20%

Dall'Accordo integrativo della Regione Piemonte: 21/07/2008



Su questo sistema in trasformazione sono chiamati ad agire i programmatori ed organizzatori del servizio sanitario; c'è bisogno di passare da un'offerta passiva e non coordinata di servizi ad un sistema integrato e proattivo in cui ogni soggetto coinvolto possa svolgere il proprio ruolo in rapporto a quello degli altri e dove le informazioni fluiscano agevolmente e sistematicamente tra i diversi attori.

Il ruolo di programmi di disease management e di case management nella cura delle persone con diabete mellito è stato oggetto di numerosi studi e di due revisioni sistematiche, i cui risultati dimostrano come una gestione integrata può avere effetti positivi su alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria [Knight 2005, Norris 2002]. Per Gestione Integrata si intende la partecipazione congiunta dello Specialista e del Medico di Medicina Generale in un programma stabilito d'assistenza nei con-



fronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

La Gestione Integrata in Piemonte

In Italia, dove la gestione Integrata del Diabete è già in essere, i risultati non mancano: in particolare in Piemonte la Gestione integrata è attiva su tutto il territorio regionale ormai da alcuni anni ed il 21 luglio 2008 la Regione ha firmato con i MMG un Accordo Integrativo Regionale sulla Gestione Integrata del Diabete che, oltre ad incentivare la categoria, prevede, al termine di ogni anno, che il MMG invii i propri dati di attività (vedi tabella) ad un Server Regionale per poter dimostrare l'attività svolta nei confronti dei propri diabetici assistiti, consentire il monitoraggio del pro-



getto da parte della Regione, valutare la qualità ed il previsto miglioramento dell'assistenza al Paziente affetto da Diabete Mellito tipo 2 sia in termini di aderenza al Protocollo Diagnostico Terapeutico, sia in termini di compenso metabolico; l'obiettivo finale è quello di ridurre le complicanze micro e macroangiopatiche dei Pazienti diabetici in Piemonte.

Questo accordo, oltre a poter in futuro essere mutuato per altre patologie croniche, si ispira dunque a 4 principi cardine:

1. la medicina di iniziativa;
2. il pay for performance;
3. l'accountability;
4. la qualità attraverso l'audit.

In questo modo si consente ai MMG del Piemonte di iniziare ad affrontare con strumenti adeguati il problema delle patologie croniche che necessitano di organizzazione e strategie di lavoro diverse da quelle utili per le malattie acute: vi è infatti la necessità di affiancare ad una medicina "on demand", del singolo e di attesa (utile per affrontare le malattie acute ed attuale modo di lavorare del MMG), una medicina attiva, di popolazione e di iniziativa (indispensabile per affrontare le malattie croniche). Infatti si può ben notare come il Modello della Gestione Integrata del Piemonte contenga tutti e 10 gli elementi che internazionalmente sono considerati indispensabili.

Al 30 settembre 2013, risultavano inseriti in gestione integrata più di 90.000 pazienti diabetici, con un trend in salita costante e continuo.

I MMG che hanno a quella data identificato almeno un paziente per la gestione integrata sono 2.327 (il 74% dei MMG del Piemonte). Essendo tutti i pazienti inseriti su un Server Regionale su cui convergono tutti i dati clinici, è possibile (oltre allo scambio in tempo reale delle informazioni tra professionisti) elaborare centralmente i dati delle Performance che dimostrano una qualità delle cure non evidenziabile in altri sistemi, con già i primi risultati di riduzione degli accessi presso i Pronto Soccorso di questo gruppo di pazienti.

*Segretario Fimmg Piemonte

brevi brevi brevi brevi brevi brevi

Allergie alimentari. Il ministero pubblica un Documento di indirizzo

“L’allergia alimentare (AA), reazione immunologica avversa al cibo, è una malattia con elevato impatto sulla qualità di vita dei soggetti che ne sono affetti e dei loro familiari, con costi sanitari rilevanti per l’individuo e per il Sistema Sanitario Nazionale”. Per questo il ministero della Salute ha deciso di elaborare un documento rivolto “a tutti i settori coinvolti: addetti all’assistenza sanitaria, medici, ditte produttrici di alimenti e di pasti, ristoratori, associazioni di consumatori” e contenente informazioni sui quadri clinici delle reazioni avverse agli alimenti, sulle sostanze che possono scatenare dette reazioni e sulla ruolo dell’industria per migliorare la qualità dei prodotti e l’etichettatura degli stessi.



Il documento è stato elaborato con la collaborazione di un gruppo di esperti e validato dal Comitato Nazionale per la Sicurezza Alimentare (CNSA), che ha contribuito alla stesura della versione definitiva. Si tratta, spiega il ministero della Salute, di “un primo importante passo per affrontare a 360° la problematica nell’intento di seguire il progresso delle conoscenze scientifiche, il miglioramento delle diagnosi, gli aspetti connessi alla formazione degli operatori e l’impegno del settore alimentare”. Il documento affronta anche il tema delle metodiche analitiche, segnalando le criticità

connesse, “al fine di fornire un indirizzo uniforme a livello nazionale e uno strumento utile agli operatori del settore alimentare”.

Permangono tuttavia alcune criticità da risolvere, a partire dalle “difficoltà ad ottenere dati scientifici validati sulla dose soglia e alla presenza di allergeni occulti, o a fenomeni di contaminazione”. Ma, secondo il ministero, c’è anche “una scarsa consapevolezza da parte del consumatore della funzione fondamentale dell’etichetta, spesso dovuta a difficoltà di lettura, etichetta multilingue e informazioni riportate con caratteri di stampa piccoli”. Intento del ministero è dunque quello di realizzare “una maggiore ‘visibilità’ delle etichette con la collaborazione dell’industria alimentare, le società scientifiche di allergologia e immunologia clinica, gli istituti di ricerca, le associazioni dei pazienti e dei consumatori”. Ma quanti sono gli italiani che soffrono di allergie alimentari? Dati precisi non si sono ma “la stima approssimativa è collocabile al 3% nella popolazione generale”, si legge nel documento, secondo cui l’incidenza viene stimata tra il 6 e l’8% nei primi 2 anni di vita, mentre tende a diminuire con l’età. L’allergia alimentare in età pediatrica ha un valore medio di prevalenza del 5%. Dati che registrerebbero un trend in crescita negli ultimi anni. Fra gli alimenti che sono più spesso causa di allergia primaria, al primo posto troviamo i vegetali, con il 72% (frutta, legumi, pomodoro, ecc), poi crostacei e molluschi 13%, pesci 4%, uova 3%, latte 3%, cereali 2%, carni 1%, anisakis e lumache <1%. I quadri clinici più gravi sono però causati da allergia primaria a crostacei e molluschi, cereali, uova e alimenti vegetali quali sesamo, spinaci, avocado, arachidi e semi. In età pediatrica latte vaccino, uova, grano, soia, pesce ed arachidi, sono responsabili di circa il 90% delle reazioni allergiche ad alimenti.

Tubercolosi: un italiano su 5 positivo alla forma latente

Secondo stime recenti due italiani su dieci potrebbero essere positivi ai test immunologici per la Tubercolosi latente. E la patologia è in



aumento tra i giovani tra i 15 e i 24 anni. A lanciare l’allarme è l’Associazione Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) in occasione della Giornata mondiale contro la tubercolosi, che si celebra il 24 marzo.

“Le persone con infezione tubercolare latente – hanno spiegato i microbiologi – non presentano sintomi e non possono trasmettere la malattia che, per insorgere, necessita di condizioni in grado di ridurre considerevolmente le difese immunitarie”. Ma tra i soggetti positivi ce ne è uno su dieci che si ammala. “Sono immunodepressi, anziani oppure malati oncologici, trapiantati, sebbene anche una dieta esagerata può essere elemento sufficiente per scatenare la malattia”.

“Ai fini di una corretta diagnosi e trattamento della TB è fondamentale l’attività svolta dai laboratori di microbiologia clinica – spiega Pierangelo Clerici, presidente Amcli – infatti solamente attraverso un’attenta analisi si riesce a stabilire se un paziente è infetto in modo latente, oppure in modo attivo, se elimina bacilli con la tosse e quindi è contagioso, oppure no ed infine a quali farmaci è sensibile”. Secondo le stime presentate dall’Amcli nelle grandi città la malattia raggiunge picchi di incidenza fino a 4 volte rispetto alla media nazionale di 7 casi ogni 100.000 abitanti. Discoteche, scuole, aule universitarie e luoghi di ritrovo in generale ne favoriscono la diffusione. “È sufficiente una persona affetta da TB polmonare contagiosa per creare numerosi casi secondari”, spiegano gli esperti sottolineando che “il contagio può avvenire anche nelle strutture sanitarie”.

Farsi gestire dallo stress o gestirlo?

È possibile gestire lo stress invece di esserne gestiti! Ecco un libro che ci fa comprendere meglio la condizione che rappresenta il comun denominatore per professionisti, imprenditori e ognuno di noi, attraverso un viaggio che in modo semplice e leggero si propone di delineare i tratti di questo fastidioso compagno delle nostre giornate lavorative.

Questo viaggio è condotto da un medico, ben noto ai lettori di *Avvenire Medico*, che in modo semplice ci guida per capire da vicino che cosa accade all'organismo sotto stress, come riconoscerne i sintomi, come affrontarlo. Ad affiancare il medico c'è un coach, che si addenterà nelle situazioni e nei luoghi dove hanno origine la maggior parte delle cause di stress per un professionista.

Stefano Attilio Nobili, medico e giornalista pubblicista, scrive da tempo su questa rivista e si interessa di divulgazione scientifica da più di 25 anni. È medico di medicina generale, esperto in agopuntura e Professore a Contratto in Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Milano. Insegna alla Scuola di formazione per Medici di Medicina Generale (EUPO-LIS) di regione Lombardia. È membro e consigliere provinciale milanese della Fimmg e membro di UNAMSI (Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione). Si occupa dell'Ufficio stampa di FIMMG Lombardia, cura la rubrica *Notizie 5x5* di FIMMGNotizie e collabora da diversi anni con "Più Salute".

Mario Alberto Catarozzo è formatore e coach con una lunga esperienza sui temi della comunicazione, negoziazione, leadership, crescita personale e professionale. Svolge attività di formazione e coaching per studi professionali, liberi professionisti e manager impiegati in processi di sviluppo e cambiamento. Collabora con numerose società ed enti del mondo professionale tra cui ASLA (Associazione Studi Legali Associati).

La tesi che è al centro del loro libro è che se lo stress, come par-

ticolare risposta dell'organismo, esiste, è perché è utile e necessario. Questo meccanismo ha permesso all'uomo di sopravvivere di fronte ai pericoli e alle avversità dell'ambiente esterno nel corso della sua evoluzione. Il vero problema oggi è che l'ambiente in cui ci troviamo a vivere è stato dall'uomo stesso così

profondamente modificato che di "naturale" presenta ben poco e quindi quel meccanismo funzionale alla sopravvivenza in un certo habitat, oggi risulta ben poco funzionale nelle mutate condizioni in cui dovrebbe dare risposte adattive.

Se all'epoca di *Happy Days*, il famoso telefilm americano con cui è cresciuta la generazione di chi scrive, lo stress non aveva ancora fatto capolino, nella nostra società a partire dagli anni Ottanta lo stress è lì a conquistarsi la scena. Il prezzo da pagare per un maggior benessere economico? Giudicate voi e speriamo che ne valga la pena...

Una lettura "leggera" per un professionista della medicina,

ma che potrebbe risultare utile come libro da consigliare ad alcuni pazienti, per vedere anche sotto una diversa luce i propri malesseri.

Mario Alberto Catarozzo, Stefano Attilio Nobili
Gestire lo stress nell'attività professionale

Alpha Test
pagg. 235, 15.50 €



am

AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg

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

Direttore

Giacomo Milillo

Direttore Responsabile

Fiorenzo Corti

Comitato di redazione

Esecutivo nazionale Fimmg

Editore

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

Coordinatore editoriale

Eva Antoniotti

Hanno collaborato

Gennaro Barbieri,
Laura Bianconi, Franca Biondelli
Salvatore Chiazza, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti, Carlo Curatola,
Luciano Fassari, Ester Maragò,
Francesca Merzagora
Stefano A. Nobili,
Walter Ricciardi,
Giovanni Rodriguez,
Massimo Scaccabarozzi,
Roberto Venesia
Giuseppe Villaccio,
Giulia Zonno

Ufficio grafico

Barbara Rizzuti
Daniele Lucia

Stampa

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

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

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**DA SEMPRE
PENSIAMO
ALL'OSSATURA
DEI PAZIENTI.
E A QUELLA
DEL PAESE.**

Metabolismo osteoarticolare: una delle aree d'eccellenza di Abiogen Pharma. Le nostre scoperte ci hanno portato all'eccellenza nel trattamento delle patologie osteoarticolari. Tra i nostri prodotti annoveriamo infatti farmaci unici al mondo per il trattamento di alcune malattie rare in questa area terapeutica. È una competenza che fa bene ai pazienti, alla medicina e anche al nostro Paese.



ABIOGEN
PHARMA

lo posso

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

lo posso...

perché

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

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

Visitate YourMylan.com

Veronique

Mylan Plant Senior Director

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

 **Mylan**

Seeing
is believing