

M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XIX, numero 5 - 20 aprile 2012

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

8

Cure primarie: l'accordo siglato con il ministero

PROSPETTIVE

10

Progetto ad hoc della Asl di Parma per migliorare l'assistenza sul territorio

MANAGEMENT

33

Algoritmo per la prevenzione del rischio cardiovascolare e metabolico

Silvestro Scotti

Segretario nazionale Fimmg-Continuità Assistenziale

La funzione strategica della continuità assistenziale



M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcini, Claudio Borghi, Nicola Dilillo,
Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

Grafica e impaginazione

Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.) - Fax 02.202294333
E-mail: medicinae.doctor@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72, il pagamento dell'IVA
è compreso nel prezzo di vendita.

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



CSST

CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA



Member of IFSC
A member of Federation of Audit Bureau of Circulation

Testata volontariamente
sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione
in conformità al Regolamento
CSST Certificazione Editoria

Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2011 - 31/12/2011

Periodicità: 15 numeri all'anno

Tiratura media: 33.349 copie

Diffusione media: 33.269 copie

Certificato CSST n. 2011-2249 del 27 febbraio 2012

Società di Revisione: Fausto Vittucci & C. s.a.s.

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile dati, Via Boscovich n. 61 - 20124 Milano

ATTUALITÀ

- **Editoriale**
Professioni sanitarie: più che integrazione è contrapposizione 3
- **Intervista**
La funzione strategica della continuità assistenziale nelle cure primarie 4
- **Focus on**
Nuovo assetto delle cure territoriale: l'accordo siglato con il ministero 8
- **Prospettive**
Le iniziative della Asl di Parma per migliorare l'assistenza alle cronicità 10
- **Riflettori**
La Fimp punta al Patto della Salute e ai Lea 14
- **Appunti**
Le lettere inviate a *M.D.* 16

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Approccio risolutivo al diabete nei pazienti grandi obesi 20
- **Endocrinologia**
Cure all'avanguardia per le malattie della tiroide 22
- **Epatologia**
Antivirali di nuova generazione per la terapia dell'epatite C 23
- **Malattie rare**
Fibrosi cistica: approccio integrato alla malattia 25
- **Neurologia**
Sclerosi multipla e ruolo degli ormoni sessuali 26
- **Oncologia**
Up to date sul melanoma: dalla prevenzione ai nuovi trattamenti 28
- **Psichiatria**
ADHD nell'adulto: conseguenza di mancata diagnosi nell'infanzia 30

CLINICA E TERAPIA

- **Management**
Algoritmo per la prevenzione del rischio cardiovascolare e metabolico 33
- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 36
- **Pratica medica**
Un caso di febbre bottonosa del Mediterraneo 38
- **Indagini**
Il medico con ipertensione è un cattivo esempio per il suo paziente 41
- **Osservatorio**
Residenze per anziani e qualità delle cure 44
- **Farmacoeconomia**
Obiettivi per una gestione ottimale delle risorse sanitarie 46
- **Monitor** 48

Professioni sanitarie: più che integrazione è contrapposizione

La richiesta trasversale sulla necessità di riaffermare il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali sia nell'ambito ospedaliero sia territoriale non ha avuto certamente una risposta positiva dalla bozza di accordo Stato Regioni che amplia funzioni e competenze degli infermieri. In particolare a creare preoccupazione sono alcuni passaggi del documento ministeriale tra cui la proposta secondo cui gli infermieri potranno utilizzare strumenti standardizzati per l'identificazione precoce di possibili stati patologici (medicina di opportunità e di iniziativa), monitorare condizioni di stabilità della persona cronica, trattare "in autonomia" problemi specifici sulla base di percorsi clinico assistenziali o protocolli condivisi, prescrivere "in base a procedure e criteri condivisi di presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza". I medici tutti, dipendenti e convenzionati, lamentano un'invasione di campo e legittimamente c'è chi sospetta che tali provvedimenti più che implementare le competenze infermieristiche abbiano un fine puramente economicistico. In altre parole servirebbero a mettere una toppa al sottofinanziamento del Ssn e alla prossima carenza di medici, trasferendo competenze e funzioni da un 'fattore produttivo' all'altro in un'ottica di minor costo. Ma la bozza non è che il primo step di un lavoro molto più articolato che tende alla ridefinizione complessiva dei profili delle professioni sanitarie con occhio attento ad individuare quelle particolarmente strategiche per il nuovo assetto del Servizio sanitario nazionale. Proprio per questo crea ancor più apprensione l'avvertimento del presidente del Coordinamento delle professioni sanitarie sul possibile rischio di passare da "una cultura medico-centrica ad una infermiere-centrica".

Il risultato è che il documento ministeriale non accontenta nessuno ed è tacciato di essere foriero di una maggiore conflittualità e contrapposizione tra le professioni che sicuramente non è propedeutica al cambiamento auspicato. Integrazione e connessione tra i professionisti del Ssn ne sono infatti elementi imprescindibili.

La funzione strategica della continuità assistenziale nelle cure primarie



I circa 13 mila medici di continuità assistenziale, che attualmente vivono una realtà sempre più marginalizzata, potrebbero rappresentare la chiave di volta del riordino delle cure primarie e dell'integrazione ospedale territorio. Ne è convinto **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale Fimmg e segretario nazionale Fimmg-Continuità Assistenziale che delinea a *M.D.* gli attuali punti di forza e di debolezza di questo comparto e le azioni necessarie per valorizzarne ruolo e funzione all'interno di una revisione e riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale

► **Anna Sgritto**

Laureatosi in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Napoli Federico II nel 1993, interno volontario in Pediatria, **Silvestro Scotti** avrebbe voluto esercitare questa disciplina, ma "galeotto" fu il corso di formazione in medicina generale che segnò definitivamente le sue scelte professionali e aprì la strada dell'impegno sindacale.

► **Il corso di formazione che ha frequentato era il primo conforme al dettato europeo sulla formazione in medicina generale?**

"Sì. Si trattava del primo corso, dopo quello sperimentale dell'88-91, che rispondeva alla direttiva europea. L'Acn allora in vigore non contemplava questa novità, è sta-

ta la convenzione del 1996 a determinare il valore del corso di formazione in medicina generale. Ho partecipato attivamente a questo riconoscimento, prima costituendo insieme ai colleghi del corso un'associazione per dare voce alle istanze dei medici in formazione per poi confluire in Fimmg quando il sindacato ha costituito il comparto della formazione su nostra provocazione".

► **Lei è uno dei più giovani componenti eletti nell'esecutivo Fimmg...**

"Può sembrare un paradosso, visti i miei 49 anni, ma è proprio così. Dopo 20 anni di militanza e di impegno sono diventato un membro dell'esecutivo, passando attraverso il settore della continuità assi-

stenziale (CA) in una fase topica, quella della divisione dal comparto dell'Emergenza Urgenza in cui la funzione della CA sembrava essere destinata ad estinguersi".

► **Da comparto in estinzione a elemento chiave del riordino dell'assistenza di primo livello sul territorio?**

"La convenzione del 2005 è stata il vero spartiacque. Ha cambiato il paradigma negoziale della continuità assistenziale riportandolo ad una condizione più vicina alla medicina generale rispetto a quello dell'Emergenza Urgenza, ha ridefinito l'azione medica in termini di responsabilità, ha creato i presupposti di autonomia dalle aree distrettuali. Proprio nell'Acn del 2005, soprattutto nella parte

Cala il numero dei medici di CA, ma aumentano gli interventi evasi dal servizio

Secondo i dati dell'Annuario Statistico del Servizio sanitario nazionale, pubblicato nel gennaio 2012 dal ministero della Salute, che riporta le attività erogate nel 2009, il servizio di continuità assistenziale nell'anno 2009 ha visto impegnati 12.359 medici titolari, con una media di 21 medici per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 17.229 contatti per 100.000 abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000.

Osservando i dati dell'ultimo decennio si evince che nel 2003 i medici di CA erano 14.383 e assistevano una popolazione di 57.321.070 abitanti con 8.939.795 visite domiciliari e un tasso di ricoveri del 2.4% sul totale delle visite effettuate. Quindi dal 2003 al 2009 i medici di continuità sono diminuiti di 2024 unità a fronte di un aumento della popolazione assistita di 2.723.998 unità. Malgrado ciò nel 2009 le visite domiciliari sono aumentate fino a 10.345.165 e il tasso di ricovero si è attestato all'1.8%

relativa al livello di contrattazione regionale e aziendale, erano presenti moltissimi degli elementi di cui oggi si discute come di una novità in termini di integrazione professionale: équipe territoriali, Utap. L'art. 62, avrebbe potuto fare da volano al processo di integrazione, ma così non è stato. Nei vari comma di quell'articolo sono presenti delle importanti novità come la possibilità di gestire il sistema della continuità assistenziale attraverso delle reperibilità domiciliari e di valutare, nelle forme di integrazione, l'evoluzione di una parte del compenso della CA a quota capitaria.

Nessuna Regione e nessuna Azienda ha però messo in pratica tale possibilità. Il pagamento a quota oraria ha fatto sì che l'inquadramento del medico di CA fosse più vicino alla realtà della subordinazione pura, per cui la copertura oraria è diventata l'elemento distintivo rispetto alla capacità di

risposta al paziente. In altre parole la CA è pagata ad ore per una comodità stipendiale, ma sostanzialmente il suo compito dovrebbe essere quello di dover garantire ai cittadini un'assistenza di primo livello da una certa ora ad un'altra. Come lo faccia, con quale organizzazione e secondo quale definizione oggi è determinato più dalle aziende che dai medici. L'azienda per esempio stabilisce l'ubicazione della sede, se è prevista o meno l'auto di servizio, quanti devono essere i numeri di telefono entranti e in uscita, se il medico di CA risponda a un solo presidio sul territorio o a due. Quindi anche i tempi di intervento, rispetto alla grandezza del territorio coperto, sono in definitiva decisi dall'Azienda. Se dobbiamo riportare questo sistema ad essere confrontabile con quello della medicina generale per potersi integrare, dovremmo fare evolvere questa situazione. Non dimentichiamo che ai medici

delle cure primarie viene chiesto di organizzarsi in un'offerta assistenziale completa, non solo nell'ambito della capacità oraria, ma soprattutto nella capacità di liberare tempi per incidere sul fronte della medicina preventiva, d'iniziativa e di gestione delle cronicità.

Nel riordino delle cure primarie diventa strategica l'integrazione fra Mmg e medici di continuità assistenziale ed è quindi necessario, in un'ottica di efficienza ed efficacia di tale integrazione, porsi il problema di legare l'azione oraria del medico di CA con incarico singolo o doppio alla quota capitaria complessiva del gruppo di assistenza primaria di cui fa parte".

► Ma la proposta di ruolo e accesso unico alle funzioni della MG non risolverebbe questa "dicotomia" del compenso?

"Questo è l'obiettivo, ma nel frattempo è necessario trovare una soluzione ponte se non vogliamo far confliggere i due sistemi. Inoltre, l'evoluzione verso il ruolo unico ci pone immediatamente davanti ad un'altra importante domanda: esiste o meno una capacità assistenziale h. 24 dell'attuale sistema così come ci viene richiesto? Sarebbe forse più opportuno e utile pensare ad un sistema h. 16 come già stanno ipotizzando alcune Regioni".

► Perché e come un sistema di copertura assistenziale h. 16 potrebbe rilevarsi più utile e opportuno?

"Le Regioni che al momento stanno ipotizzando questa soluzione sono Toscana, Veneto e Emilia



Romagna. L'idea sarebbe quella di una rimodulazione strategica della copertura assistenziale h. 24, con il coinvolgimento della centrale operativa 118 dalle ore 24 alle ore 8.00. In questa fascia oraria, generalmente, siamo di fronte ad una casistica sottoposta a triage che va dal codice verde in su, i codici bianchi andrebbero evasi il mattino seguente. Si potrebbero così trasferire isorisorse dalle attività notturne a quelle diurne. In altre parole avremmo 56 ore settimanali non 'evase' dalla CA che potrebbero essere distribuite dal lunedì al venerdì. Oggi possono apparire possibili e sostenibili

anche eccessi di assistenza per il fatto che c'è una dotazione organica sufficiente, ma tali eccessi in breve tempo si potrebbero rivelare un vero e proprio boomerang per i medici di assistenza primaria. Bisogna fare i conti con una crisi vocazionale e i primi segnali si cominciano già a vedere e riguardano proprio la continuità assistenziale. In molte Regioni del Nord, per esempio, continuano ad aumentare le quote orarie di questo servizio che restano scoperte. Ciò è da addebitare ad un disagio professionale crescente e direttamente proporzionale alla marginalità che attualmente vive questo comparto.

Bisogna poi considerare anche che nei prossimi 5/10 anni avremo dal 30 al 60% di ricambio della forza lavoro e assisteremo ad una significativa contrazione del numero dei medici di medicina generale. Proprio per questo motivo dobbiamo essere capaci di creare situazioni che siano utili anche ad attrarre giovani colleghi e fare in modo che l'attuale sistema basti a se stesso".

► **Nel documento intersindacale, presentato al ministero della Salute, sul riordino delle cure primarie e sull'integrazione ospedale territorio, più che ai modelli, è stata data particolare rilevanza alla definizione giuridica del medico e di tutti gli attori coinvolti nel cambiamento...**

"Di modelli parliamo da anni, ma il problema di fondo della riorganizzazione dell'assistenza sul territorio è legislativo.

La modifica del Titolo V della Costituzione ha attribuito alle Regio-

ni le competenze in ambito organizzativo sanitario con lo sviluppo di diversi modelli assistenziali sia a livello territoriale sia ospedaliero. Questo di per sé non è negativo, può rappresentare una ricchezza.

Tali modelli però stanno condizionando significativamente i ruoli professionali e le relazioni preesistenti ed è per questo che è necessaria una riflessione circa il ruolo e l'autorevolezza di chi esercita un atto medico, sia nell'ambito del lavoro di équipe sia nel confronto tra attori delle diverse aree sanitarie.

In *primis* c'è da chiarire che un medico è un professionista a cui, indipendentemente dall'inquadramento contrattuale, si affida un mandato professionale che non può essere diverso tra il medico dipendente e quello convenzionato. Il ruolo e la responsabilità nella gestione e governance, in altre parole, devono essere affrontati valorizzando il mandato di opera professionale sia clinico sia gestionale in capo ai professionisti medici, siano essi medici ospedalieri o medici del territorio.

C'è bisogno di mettere in connessione il ruolo con la responsabilità se si vuole effettivamente realizzare l'integrazione tra i due livelli d'assistenza e questo spetta al governo e non alle Regioni".

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Nuovo assetto delle cure territoriali: l'accordo siglato con il ministero

Malgrado resti l'incognita della fase attuativa, esprimono soddisfazione le sigle sindacali per l'accordo siglato al Tavolo tecnico ministeriale inerente al riordino delle cure primarie e l'integrazione ospedale territorio in cui sono state accolte alcune significative istanze dei rappresentanti di categoria tra cui: ruolo e accesso unico, ristrutturazione del compenso, passaggio alla dipendenza del 118, integrazione ospedale territorio sia a livello aziendale sia regionale

Rappresenta sicuramente un passo avanti l'accordo siglato presso il ministero della Salute sulle cure primarie e integrazione ospedale territorio. A testimoniarlo è la soddisfazione, seppur moderata, espressa dalle sigle sindacali (Cimo-Asmd, Sumai, Fimmg, Smi, Fimp, Intesa-FPCgil Medici, Intesa Cisl Medici, Cisl Fp, Uil Fp e Ugl Medici) che hanno partecipato al Tavolo tecnico. Non mancano però distinguere e riserve. Un esempio è la nota lasciata a piè di pagina del documento da **Annalisa Bettin** per Intesa Cisl Medici in cui si sottolinea: "si tratta di una firma su di un documento tecnico che deve essere riportato ad un tavolo politico" a cui segue la riserva espressa da **Nicola Preiti** per Intesa-FPCgil Medici "per il mancato impegno al superamento della figura della guardia medica per la piena integrazione con gli altri professionisti". Una sottolineatura che ha innescato una vera e propria diatriba con la Fimmg-CA secondo cui accesso e ruolo unico bastano già ad assicurare quel graduale riordino che serve per ammodernare la CA. Secondo Fimmg la firma dell'accordo sancisce finalmente l'accettazione della ridefinizione dei ruoli professionali e

il recepimento della ristrutturazione del compenso. Fp-Cigil Medici rimarca il fatto che nel documento l'ICT sia uno strumento irrinunciabile per l'integrazione funzionale delle cure primarie. Smi ribadisce che il testo siglato rappresenta una soddisfacente mediazione in cui sono state accolte alcune significative istanze dei sindacati di categoria, ma resta l'incognita della fase attuativa. **Maria Paola Volponi**, Responsabile Nazionale Smi Area Convenzionata, al riguardo tiene a precisare che "il ministero non ha esplicitamente palesato quale sarà l'utilizzo del documento, ci si augura che sia la base di partenza della discussione in Conferenza Stato Regioni e nella definizione del nuovo Piano sanitario nazionale e di quelli regionali".

In calce al documento non c'è la firma del rappresentante Snamì. Secondo quanto si legge sul sito di Snamì Campania (snamicampania.blogspot.com) la motivazione di tale scelta è racchiusa nella non condivisione del fatto che: "una serie di riunioni indette per l'integrazione ospedale-territorio con la partecipazione di sigle di tutti i comparti, compresi i dirigenti, finisca per dare una linea per la riforma del territorio. Si appro-

fitta di un incontro programmato per altri fini, per dire agli operatori convenzionati del territorio cosa devono fare e come". Il documento siglato è additato come una: "controriforma dove si intravede una sorta di pericoloso intersecarsi di ruoli fra dirigenti e convenzionati. (...) La medicina generale o è dominus del territorio o non esiste più. Noi non vogliamo abdicare alla funzione di "regista" del percorso di salute che i pazienti che ci scelgono ci affidano". Questi i primi commenti a caldo. L'analisi e le criticità del documento ministeriale sono state poi affrontate da Snamì a Torino nella Consulta delle Regioni assieme ai responsabili nazionali dei settori della medicina generale. In tale consesso il sindacato ha elaborato anche una propria proposta di riforma delle cure primarie, esplicitando quanto già indicato nei cinque punti inviati al ministero (M.D. 2012; 4: 9)

► Il dissenso di Snamì

La Consulta delle Regioni Snamì ha ritenuto che il testo dell'accordo non centri le problematiche del riordino delle cure primarie e dell'integrazione ospedale-territorio, sia in termini di analisi delle criticità sia nelle solu-

Il testo siglato

Tavolo tecnico riordino cure primarie e integrazione ospedale-territorio

Obiettivi da perseguire:

- Presa in carico del paziente modulata su livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle figure professionali.
- Appropriata delle cure.
- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale incentivando le forme evolute di aggregazione dei professionisti.
- Promozione della sanità d'iniziativa.

1. Ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale (medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, di organizzazione e gestione, di prestazioni strumentali, di coordinamento informativo, di specifiche competenze cliniche richieste.

2. Integrazione mono-professionale e multi-professionale per favorire, l'integrazione ed il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, anche attraverso la costituzione di Aft e Uccp, nonché valorizzare l'integrazione tra i medici convenzionati ed i medici dipendenti, attraverso l'istituzionalizzazione di tavoli aziendali e regionali, facilitando l'intero percorso di cura del paziente.

3. Ristrutturazione del compenso prevedendo una distinzione delle fonti e dei meccanismi di finanziamento destinati alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) da quelle necessarie ad acquisire i fattori di produzione (attrezzature, personale,

spese di gestione, spese automezzo, ecc.).

4. Sviluppo dell'ICT (*Information and Communication Technology*) che rappresenta uno strumento irrinunciabile sia per l'aggregazione funzionale sia per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere ai fini di servizio, gestionali e di governo clinico, fermo restando quanto previsto al punto 3.

5. Individuazione nel distretto la sede territoriale di riferimento, strettamente legata al territorio di competenza, dove attuare il coordinamento della gestione dell'assistenza.

6. Riorganizzazione del sistema di Emergenza ed Urgenza al fine di garantire una continuità tra ospedale e territorio, evidenziando la necessità del passaggio alla dipendenza dei medici di emergenza sanitaria o comunque l'esigenza di una univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza.

7. Formazione dei professionisti: definire i percorsi formativi in maniera funzionale ai ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie. Rimodulare il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici, completando lo stesso nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e della pediatria di famiglia, ad integrazione e perfezionamento del percorso universitario. Favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio per garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedono la partecipazione dei medici dipendenti e dei medici convenzionati.

zioni propositive e ha esplicitato le seguenti considerazioni:

► Ruolo unico ed accesso unico.

Si è favorevoli se si intende per ruolo unico un canale preferenziale per i medici di un comparto ad accedere ad un altro comparto della medicina generale. Si è contrari se si intende per ruolo unico una confusione di ruoli in un futuro dell'assistenza in cui "tutti fanno tutto". La CA, emergenza e assistenza primaria devono continuare ad avere ruoli e compiti distinti ma "integrati". Si è contrari anche se il ruolo unico prelude alla scomparsa

tout court della CA, come si paventa da parte di alcuni sindacati.

► Ristrutturazione del compenso.

Snami è favorevole alla distinzione fra fattori di produzione e compensi professionali. A patto che non ci sia un arretramento nella retribuzione complessiva attualmente percepita e che i fattori di produzione, ancorché a carico o compartecipati da parte pubblica, non vadano ad incidere sulla fiscalità complessiva del singolo convenzionato. Inoltre occorrerà studiare un percorso legislativo che esenti i Mmg dalla ulteriore imposi-

zione dell'Irap, in linea, del resto, con la giurisprudenza attuale. Si è perplessi inoltre sull'ipotesi di fornirci direttamente personale e strutture.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Le iniziative della Asl di Parma per migliorare l'assistenza alle cronicità

Miglioramento della qualità prescrittiva, integrazione dei percorsi di cura fra ospedale e territorio, riduzione dei ricoveri inappropriati: sono alcuni dei temi su cui l'Asl di Parma sta sviluppando iniziative di innovazione sul sistema delle cure territoriali. In questo ambito si inserisce il Progetto Read Health promosso dall'Asl in partnership con il Gruppo Farmaceutico Chiesi

Centro Ricerche Chiesi



Si chiama *Read Health* (Leggere la Salute) il progetto promosso dall'Asl di Parma in partnership con il Gruppo Chiesi nato con l'intento di sostenere e dare slancio ad un ampio programma di ricerca e innovazione volto a migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza sul territorio. L'obiettivo è quello di ottimizzare il sistema di lettura delle caratteristiche della popolazione assistita attraverso l'elaborazione dei dati disponibili nei flussi sanitari correnti, sviluppando un concreto percorso di medicina di iniziativa. Il progetto ha durata biennale e verrà sviluppato in diverse fasi, a partire dall'ampio utilizzo da parte dei Mmg e specialisti ambulatoriali della provincia di Parma di uno strumento di analisi della qualità dell'assistenza sanitaria prestata ai propri pazienti, denominato "Profilo assistenziale della popolazione in carico ai Nuclei di cure primarie", elemento qualificante del programma di innovazione che dal 2007 l'Asl di Parma persegue in collaborazione con la *Thomas Jefferson University*, centro accademico di eccellenza nell'ambito sanitario, adottato dalla Regione per tutte le Aziende sanitarie emiliano-romagnole. Grazie a questo strumento è possibile analizzare come i cittadini sono assistiti da ogni Nucleo di Cure Primarie (Ncp)



nell'ambito del trattamento di alcune patologie, andando a verificare attraverso precisi indicatori di qualità assistenziale se il percorso di cura, anche successivo a una fase acuta della malattia, è stato adeguato ai bisogni del singolo paziente.

Integrandosi con il programma regionale, il progetto *Read Health* sostiene in pieno l'utilizzo dell'attuale infrastruttura informatica a supporto dei professionisti dei Ncp: il progetto SOLE (Sanità On Line Emilia-Romagna) che in provincia di Parma vede già collegati in rete tra loro, e con le strutture ospedaliere e territoriali di riferimento, il 97% dei Mmg della provincia, con l'obiettivo di arrivare al 100%. Verranno inoltre migliorate e potenziate le attività esistenti di telemedicina, a supporto delle reti cliniche provinciali.

Grazie al pieno utilizzo dei dati sanitari di ciascun assistito, presenti sulla rete SOLE, si viene a definire un "Profilo di salute del paziente" (*Patient summary*) che andrà poi a costituire i contenuti del Fascicolo sanitario elettronico, previsto da progetti ministeriali e regionali. In questo ambito, il programma di ricerca regionale punta a potenziare ulteriormente lo sviluppo del "Profilo di salute del paziente", con l'informatizzazione dei medici di continuità assistenziale e l'integrazione di cartelle cliniche specialistiche e di Pronto soccorso.

Ulteriori fasi di *Read Health* prevedono anche l'organizzazione di eventi

di comunicazione esterna e di formazione interna ai Dipartimenti cure primarie dei quattro Distretti dell'Azienda Usl sull'utilizzo degli strumenti sia del "Profili di nucleo" che del "Profilo pazienti" ad alto rischio di ricovero ospedaliero. Oltre a queste attività, il progetto si completa con lo sviluppo di un modello di analisi sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e sulla compliance dei pazienti anziani e cronici.

► L'impegno di Chiesi



“Questo progetto rappresenta uno strumento concreto sulla cui base sarà possibile sviluppare interventi volti al miglioramento dell'assistenza

sanitaria - ha dichiarato **Alessandra Madoni**, BU Market Access Director, Chiesi Farmaceutici - Il Gruppo Chiesi ha pertanto deciso di sostenere questa ricerca nell'ambito del suo impegno a favore dell'appropriatezza, per cooperare, anche con il proprio patrimonio di conoscenze e competenze professionali, al raggiungimento di più elevati standard di assistenza ai pazienti, nel rispetto della sostenibilità economica del sistema”.

Il progetto infatti si inserisce nel più vasto panorama delle partnership che il Gruppo Chiesi sta avviando da alcuni anni con le Istituzioni pubbliche, sia nell'ambito della ricerca farmacologica sia sui temi di disease management tra cui ricordiamo la collaborazione con la Asl MI 2 e la

Asl NA 2 relative all' appropriatezza e alla gestione delle patologie respiratorie croniche, con la Regione Liguria relativa a modelli di collaborazione online sulla farmacovigilanza nelle patologie rare.



Centro Ricerche Chiesi

La Fimp punta al Patto della Salute e ai Lea

Durante il suo XXXVIII Congresso nazionale sindacale, svoltosi a Roma la Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp) ha approfondito e deliberato il suo prossimo cammino sindacale

Partecipazione attiva ai tavoli che definiscono il Nuovo Patto della Salute, Pediatria nei Lea, forte collaborazione intersindacale, nuovo Acn: sono queste le linee di indirizzo del prossimo cammino sindacale della Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp) scandite a Roma durante i lavori del XXXVIII Congresso nazionale.

La relazione del presidente **Giuseppe Mele**, votata all'unanimità ed arricchita dal dibattito interno, ha sottolineato i punti di forza dell'assistenza pediatrica in Italia, nella convinzione che: "con circa 1.000 assistiti in carico, già ora tutti i bambini da 0 al 14° anno potrebbero essere assistiti dal pediatra", ma per il futuro occorre tener conto "della crescente domanda di cure domiciliari per la presa in carico di bambini con patologie cronic-disabilitanti, della continuità dell'assistenza non pienamente realizzata nei percorsi di dimissione ospedale-territorio, della disomogeneità tra Aziende nella organizzazione della PIs, dei peculiari bisogni della popolazione immigrata; della mancanza di una completa continuità assistenziale pediatrica territoriale".



Occorre secondo la Fimp ripensare i modelli organizzativi e ad una effettiva informatizzazione degli studi dei pediatri, tenendo conto di una nuova integrazione ospedale-territorio con "azioni correttive atte a potenziare una rete assistenziale territoriale che attivi gli strumenti di integrazione e di razionalizzazione tra i diversi livelli di assistenza e tra attori diversi nell'am-

bito dello stesso livello secondo una logica di sistema.

Tutto ciò è necessario per garantire uniformità di prestazioni basate sull'attuazione di livelli essenziali ed appropriati di assistenza su tutto il territorio nazionale, lasciando la specificità degli ospedali alle patologie acute gravi".

► Gli obiettivi futuri

Durante il suo Consiglio nazionale ha offerto ampio sostegno all'azione dell'attuale dirigenza dell'Enpam e ha chiarito gli obiettivi sindacali del prossimo anno: vasta attività sul riconoscimento dell'assistenza pediatrica come essenziale nei prossimi Lea; sviluppo di azioni territoriali-regionali di sostegno del valore della pe-

diatria, coinvolgendo livelli sociali, politici e istituzionali per evitare che si presentino progetti di svilimento e decapitazione della pediatria stessa; coinvolgimento della conferenza Stato-Regioni in un dialogo programmatico per chiarire quale deve essere il futuro della pediatria nei futuri modelli di Ssn.

► L'intersindacale

La Federazione ha infine deciso di sviluppare sempre di più l'importante relazione con i sindacati della medicina convenzionata, seguendo un metodo che negli ultimi mesi ha portato ad una posizione condivisa su molti punti.

Nella sua relazione **Mele** ha precisato che "con gli altri sindacati ci siamo trovati su posizioni simili, creando sul tema dell'articolo 8 e sul piano vaccinale una concertazione intersindacale di grande utilità, che ci ha portato ad avere un peso politico e istituzionale precedentemente non registrabile".

Il prossimo impegno della Federazione Italiana Medici Pediatri sarà la seconda *International Conference on Pediatric Primary Care*, promossa dalla Federazione a Praga dal 10 al 12 maggio.

Fimp e Fimmg: no al blocco del fondo di ponderazione

Fimp e Fimmg si dichiarano pronte a sostenere decine di migliaia di ricorsi individuali contro il blocco dei fondi di ponderazione che ridurrebbe una parte della quota fissa spacciandola per voce accessoria. È quanto sottolineano in un comunicato congiunto che pubblichiamo di seguito.



all'atto del pensionamento del singolo medico veniva redistribuito (attraverso un "fondo di ponderazione") su tutti i medici in attività: tale meccanismo non comporta per le Regioni alcun aumento di spesa.

Ebbene, a partire di una base di una superficiale interpretazione della normativa vigente che, in maniera estensiva e impropria equipara meccanismi della dipendenza ai convenzionati, la Sisac (la struttura che rappresenta le Regioni nelle contrattazioni con i medici convenzionati) indica alle regioni di sospendere le quote di anzianità dei medici cessati dal 2010 al 2014: si tratta di una sottrazione di decine di milioni di euro all'anno dalla somma delle retribuzioni ordinarie dei medici convenzionati, sia pediatri che medici di famiglia. È chiaro che, mentre ad altri vengono garantiti automatismi di incremento economico (indennità di *vacatio contrattuale*) durante il blocco dei contratti, ai convenzionati si riduce il compenso consolidato: si tratta di un furto che perseguiremo in tutte le sedi, con il coinvolgimento di tutti i medici convenzionati, in azioni legali individuali".

"Stiamo assistendo in queste ultime settimane a interventi di dubbia legittimità finalizzati sostanzialmente ad erodere l'insieme delle nostre retribuzioni e il conseguente versamento previdenziale.

Tutti siamo consapevoli della riduzione dei compensi netti della categoria in seguito al blocco delle convenzioni, all'aumento dell'IVA sui beni strumentali e alla rimodulazione del sistema previdenziale.

Ci troviamo qui però di fronte ad un vero e proprio furto: riducendo una parte della nostra quota capitaria fissa spacciandola per voce accessoria.

In particolare nella convenzione del 2005 si è trasformato una quota di compenso legata all'anzianità di laurea del singolo medico in un assegno individuale che

Perché dico no agli studi aperti 12 ore al giorno

Il ministro della Salute sbaglia se pensa di risolvere i problemi del sovraccollamento dei Pronto soccorso ospedalieri scaricandoli sui medici di famiglia con l'apertura degli studi 12 ore al giorno sette giorni su sette. Il Mmg non è Superman. Forse non si ha ben chiaro come funzioni l'assistenza primaria nel nostro Paese, a meno che non stia tirando fuori il vecchio progetto delle Utap, già caro all'ex ministro Sirchia, a cui sono profondamente contrario. Si tratta di poliambulatori ove operano a turno 15-20 Mmg, personale infermieristico, di segreteria e guardie mediche in grado di servire h 24 sette giorni su sette una popolazione di circa 20-30.000 cittadini.

Bisognerebbe spiegare bene ai medici e ai cittadini quali sono i rischi che questa operazione comporta. I politici le propagandano come strutture dove i medici sono reperibili 24 ore, sabato e domenica compresi. Dimenticano di dire però che le Utap - o "grupponi" di questo genere anche di diversa denominazione - in pochi anni trasformerebbero tutti i Mmg attuali in altrettante guardie mediche/medici di continua assistenza, senza alcuna conoscenza diretta dei pazienti che avranno dinanzi. In un'aggregazione attiva 24 ore al giorno, infatti, un paziente si rivolge al medico che in quel momento risulta in turno, che non è necessariamente lo stesso che lo ha visitato in precedenza. Una cartella computerizzata potrebbe aiutare. Ma altra cosa è il rapporto di fiducia che va costruito giorno per giorno. Senza contare poi che l'aggregazio-

ne di medici finirebbe per essere un mini Pronto soccorso, con tutti i problemi che ne derivano.

Non conoscendo il paziente è ovvio che il numero di esami e accertamenti tenderebbe ad aumentare per via della medicina difensiva. Si perderebbe inoltre la capillarità degli ambulatori odierni. Il medico di medicina generale oggi è praticamente l'unico medico del Servizio sanitario nazionale che si può scegliere e ricusare liberamente in base a un rapporto di fiducia che lega medico ed assistito e che è molto importante anche dal punto di vista empatico e quindi terapeutico. Il medico di famiglia è presente capillarmente sul territorio con i suoi ambulatori. Gli italiani non si lamentano affatto dell'assistenza primaria, e se un servizio funziona è così urgente e necessario modificarlo tanto radicalmente rischiando la sua distruzione? Se il sistema sanitario regge a me sembra che proprio i medici di famiglia ne siano oggi le colonne, facendo da filtro alle richieste sempre in aumento di esami e visite specialistiche, facendo prevenzione e trattando a domicilio patologie croniche sempre in aumento, anziani sempre più fragili, trattando infine a domicilio malattie gravemente invalidanti o terminali che in ospedale non trovano più posto. Resto favorevole alle medicine di gruppo attuali, o case mediche in grado di coprire già adesso molte ore del giorno, dove ognuno resta titolare delle proprie scelte, visita per appuntamento i propri assistiti e si presta per le piccole urgenze anche nei confronti degli altri assistiti del gruppo di medici, come avviene ormai già oggi in ogni Comune della Regione Emilia Romagna in cui esercito la professione. Per sgravare i Pronto soccorso ospedalieri, sareb-

be molto più utile il progetto Me Di Co (medicina distrettuale di continuità) progetto Snami dove un presidio di medici della continuità assistenziale è attivato h 24 sette giorni su sette nei pressi dei Pronto soccorso ospedalieri, in ogni Distretto della Asl, dove fare affluire i cosiddetti codici bianchi che ora intasano inutilmente e inappropriatamente le strutture dei Pronto soccorso ospedalieri. Non ci vorrebbe poi molto, nemmeno come investimento, ma è proprio il contrario di quel che è stato fatto dalle nostre parti negli ultimi tempi, con la chiusura della sede di guardia medica notturna che si trovava proprio presso l'ospedale di Bazzano. È poi improcrastinabile un'opera capillare di educazione sanitaria verso la popolazione, che spesso si reca in PS per patologie risolvibili anche negli studi dei Mmg. Ho lavorato in Africa dove la medicina del territorio non esiste, è naturale quindi che molti immigrati che risiedono nel nostro Paese continuino a rivolgersi all'ospedale in caso di problemi di salute non gravi. Non bisogna neanche dimenticare che gli accessi "impropri" ai PS servono ai cittadini per evitare mesi di attesa per taluni accertamenti e visite specialistiche. Altre volte per evitare ticket sempre più onerosi sugli esami diagnostici, per ottenere velocemente TAC o ecografie, che un moderno PS, per via della medicina difensiva, non nega più a nessuno. Riduciamo quindi i tempi di attesa per esami, riduciamo i ticket per la diagnostica o facciamoli pagare nei PS ai codici bianchi, sono sicuro che si ridurrebbero proporzionalmente anche molti accessi impropri nei Pronto soccorso.

Marcello Zanna

Medico di medicina generale
Referente gruppo "Medicinsieme"
Crespellano e Bazzano (BO)

Sempre meno motivati a esercitare una professione bistrattata

Un lunedì come tanti arriva in studio un mio paziente accusando stato febbrile e tosse con modesta espettorazione. Lo visito, diagnostico una bronchite acuta e prescrivo la terapia: levofloxacina, betametasone, un mucolitico e tachipirina in caso di bisogno. Il paziente, sua sponte, e senza informarmi effettua un Rx del torace. Dopo cinque giorni torna in studio con un quadro clinico nettamente peggiorato. All'esame obiettivo riscontro: focolaio broncopolmonitico in campo medio basale sn, con rantoli fine inspiratori, espettorato giallo verdastro striato di sangue. Richiedo una Rx del torace il cui esito conferma il quadro clinico. Mi sono molto meravigliato di quanto accaduto e così da una serie di domande fatte al paziente sono venuto a conoscenza che il farmacista non aveva dato la levofloxacina da

me prescritta ma un'altra generica prodotta da una azienda che non conoscevo malgrado eserciti la professione da 30 anni. La stessa sera guardando la TV vedo il famigerato servizio delle "lenc" sui farmaci generici che metteva al pubblico ludibrio i Mmg descrivendoci come una categoria avezza al comparaggio e priva di scrupoli. Il tutto avallato da esperti del settore. Mi chiedo: avrò il diritto di curare il paziente secondo scienza e coscienza? Avrò il diritto come medico di famiglia di scegliere la cura migliore per i miei pazienti, di non essere considerato un venduto solo perché esercitando un atto dovuto indico sulla ricetta "non sostituibile"?

Se la regione Calabria ha deliberato che ai farmacisti non è consentito sostituire con generici gli antiepilettici e gli antiaritmici, posso avere il diritto di pensare che per i generici, come accade per i farmaci brand, ci possano essere delle variazioni di risposta tra paziente e paziente?

Sono stanco, deluso, sfiduciato, con ormai poca motivazione nell'eser-

citare questa professione che ho tanto amato, ma che ogni giorno che passa amo sempre di meno. Sono stanco di essere governato da dilettanti della politica e ancor più da dilettanti amministratori che giudicano senza averne la capacità, la competenza, la conoscenza. Ho segnalato quanto accaduto al mio assistito all'Istituto di Farmacovigilanza dell'Università di Catanzaro insieme ad altri casi simili che non elenco per brevità. Ma servirà? Ho studiato tanto, ho conseguito due specializzazioni, ma non rifarei più i sacrifici che ho fatto anche perché sono di umili origini e non ho mai avuto Santi in paradiso che mi abbiano protetto o aiutato. A cosa è servito se chiunque può mettere in discussione l'atto medico esercitato da un medico di medicina generale? Mi piacerebbe poter avere il parere di altri colleghi per comprendere se sono solo io a vivere questo fortissimo disagio.

Antonio De Vuono

Medico di medicina generale
Mangone (CS)

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **DIABETOLOGIA**

Approccio risolutivo al diabete nei pazienti grandi obesi

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Cure all'avanguardia per le malattie della tiroide

■ **EPATOLOGIA**

Antivirali di nuova generazione per la terapia dell'epatite C

■ **MALATTIE RARE**

Fibrosi cistica: approccio integrato alla malattia

■ **NEUROLOGIA**

Sclerosi multipla e ruolo degli ormoni sessuali

■ **ONCOLOGIA**

Up to date sul melanoma: dalla prevenzione ai nuovi trattamenti

■ **PSICHIATRIA**

ADHD nell'adulto: conseguenza di mancata diagnosi nell'infanzia

■ DIABETOLOGIA

Approccio risolutivo al diabete nei pazienti grandi obesi

■ Elisabetta Torretta

La chirurgia bariatrica, approccio risolutivo alle forme di grande obesità, diventa un'opportunità in più per affrontare il diabete di tipo 2 in questi pazienti. Sino ad oggi si sapeva, dall'analisi di studi scientifici sugli interventi di chirurgia bariatrica, che tale approccio è in grado di far scomparire il diabete, entro 2 anni dall'intervento, nell'82% delle persone molto obese e che nel 62% dei casi il diabete non ricompare dopo i due anni dall'intervento. Tanto è vero che le principali linee guida internazionali e italiane già includono l'intervento chirurgico tra le raccomandazioni di cura per le persone adulte con diabete di tipo 2 e BMI ≥ 35 . Sono recentemente apparsi sul New England Journal of Medicine due studi, di cui uno italiano, che dimostrano l'efficacia dell'approccio chirurgico nei confronti del trattamento medico. Nello studio italiano (Mingrone G et al. 10.1056/NEJMoa1200111) il confronto è stato fatto tra intervento chirurgico e terapia medica convenzionale. Sono stati arruolati 60 pazienti, di età compresa tra 30 e 60 anni, e BMI

≥ 35 , una storia di diabete di almeno 5 anni e un'emoglobina glicata $\geq 7\%$, che sono stati randomizzati a terapia medica convenzionale (ipoglicemizzanti orali, insulina, dieta, interventi sullo stile di vita, esercizio fisico), a intervento di bypass gastrico o a diversione bilio-pancreatica. L'endpoint primario dello studio era la percentuale di remissione del diabete a 2 anni (definita come glicemia a digiuno < 100 mg/dL ed emo-

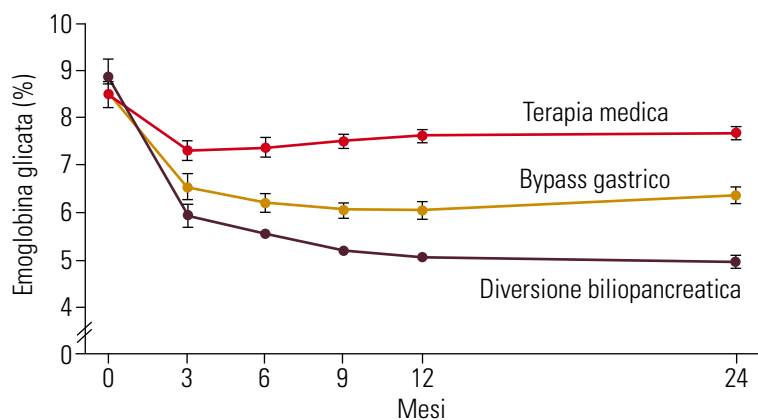
globina glicata $< 6.5\%$ in assenza di terapia farmacologica).

Tutti i pazienti sottoposti a chirurgia hanno interrotto il trattamento farmacologico entro 15 giorni dall'intervento; a due anni si è registrata la remissione del diabete nel 75% dei pazienti del gruppo bypass gastrico e nel 95% di quelli del gruppo diversione bilio-pancreatica ($p < 0.001$ per entrambi gli interventi), a fronte di nessun caso di regressione registrato nel gruppo assegnato alla terapia medica. A due anni le variazioni percentuali medie dei valori di emoglobina glicata sono state minime nel gruppo in terapia medica ($-8.39 \pm 9.93\%$) rispetto ai gruppi bypass gastrico ($-25.18 \pm 20.89\%$) e diversione bilio-pancreatica ($-43.01 \pm 9.64\%$) (figura 1).

Confermando la maggiore efficacia dell'intervento chirurgico, gli autori commentano anche che non vi era

Figura 1

Livelli di emoglobina glicata durante i due anni di follow-up

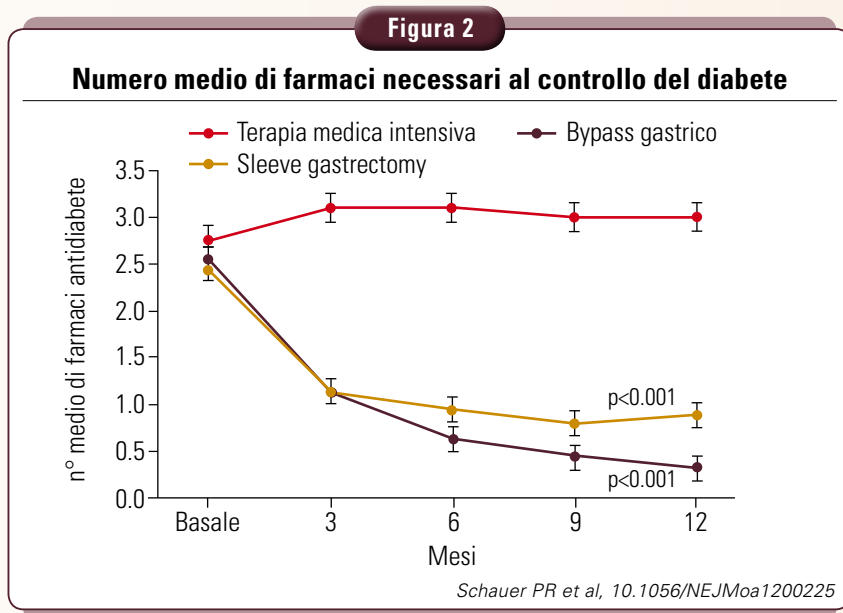


Mingrone G et al. 10.1056/NEJMoa1200111

correlazione tra la normalizzazione dei livelli di glicemia a digiuno e la perdita di peso dopo l'intervento, e che questo suggerirebbe come la chirurgia possa esercitare effetti sul diabete in modo indipendente dal calo ponderale.

Il secondo studio (Schauer PR et al, 10.1056/NEJMoa1200225) ha arruolato 150 pazienti obesi con diabete di tipo 2 non controllato, randomizzati a terapia medica intensiva, bypass gastrico, sleeve gastrectomy. L'endpoint principale dello studio, cioè la percentuale di pazienti con emoglobina glicata $\leq 6\%$ (con o senza terapia), è stato raggiunto nel 12% dei pazienti del gruppo terapia intensiva, nel 42% del gruppo bypass gastrico e nel 37% del gruppo sleeve gastrectomy. Il controllo glicemico è migliorato in tutti i pazienti con un livello medio di emoglobina glicata di $7.5 \pm 1.8\%$ nel gruppo terapia intensiva, del $6.4 \pm 0.9\%$ nel gruppo bypass gastrico ($p < 0.001$) e del $6.6 \pm 1.0\%$ nel gruppo sleeve gastrectomy ($p = 0.003$). Parallelamente, si è ridotta in maniera significativa anche la necessità di farmaci nei pazienti operati, non solo quelli per il controllo del diabete (figura 2) ma anche di quelli antipertensivi e ipolipemizzanti, a fronte invece di un aumento registrato nei pazienti in terapia medica.

L'interesse che nasce da questi risultati è giustificato anche dal fatto che i pazienti arruolati erano soggetti con malattia avanzata, inclusi pazienti con comorbidità importanti o evidenza di danno d'organo, inclusa la retinopatia



e la nefropatia. La maggior parte dei pazienti aveva sindrome metabolica e aumento dei livelli dei marker di infiammazione. La chirurgia bariatrica dunque rappresenta una strategia potenzialmente molto importante nella gestione della malattia diabetica non controllata, in quanto permette l'eliminazione o quantomeno una ridotta necessità di terapie a fronte di una evidente normalizzazione dei parametri glicemici.

“Questi nuovi studi risultano particolarmente importanti – ha commentato il professor **Antonio Pontiroli**, Direttore UO Medicina Interna II, Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo, Università degli Studi di Milano e Presidente del XI Convegno Nazionale Diabete-Obesità, Milano, 5 aprile 2012 – perché, anche se non possiamo considerarli conclusivi per la

prima volta confrontano, alla pari, gli effetti della chirurgia con quelli dei farmaci, cosa sinora mai fatta. L'unico dubbio ancora da dirimere riguarda il tipo di intervento chirurgico: entrambi gli studi sono stati condotti con operazioni particolarmente invasive, gravose, non sempre adatte a tutti. Questi dati andrebbero ulteriormente confermati da studi che adottino interventi meno impegnativi”.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ ENDOCRINOLOGIA

Cure all'avanguardia per le malattie della tiroide

■ **Angela Walmar**

In generale, oltre 6 milioni di persone in Italia soffrono di problemi alla tiroide: la prevenzione e la diagnosi precoce diventano fondamentali per un trattamento mirato e tempestivo. È sufficiente un'attenta valutazione della storia clinica del paziente nel corso di una visita, corredata da un'ecografia e, se è il caso, integrata da un semplice esame del sangue per far emergere disturbi e malattie della ghiandola che spesso non vengono riconosciute proprio perché asintomatiche o con manifestazioni comuni ad altre patologie. È possibile rilevare noduli tiroidei spesso di piccole dimensioni in circa il 50% della popolazione, la stragrande maggioranza dei quali sono benigni, ma che, talvolta meritano ulteriore approfondimento.

La maggior parte delle malattie della tiroide viene curata con terapie mediche, solo un piccola parte richiede l'intervento del chirurgo. In questo caso, spiega il professor **Rocco Bellantone**, Presidente Eletto Club delle Unità di Endocrinochirurgia (UEC), Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Endocrina del Policlinico Gemelli di Roma e Coordinatore della Rete



Oncologica per la Regione Lazio del Cancro della Tiroide, si può fare ricorso a nuove tecniche mininvasive come, ad esempio, la MIVAT (Minimally-Invasive Video-Assisted Thyroidectomy). Si tratta di una tecnica tutta italiana (messa a punto dal professor Paolo Piccoli, Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e dallo stesso professor Bellantone); descritta per la prima volta nel 1999, le sue indicazioni sono state progressivamente implementate. La tecnica è indicata per i noduli microfollicolari e i carcinomi papillari, quindi patologie sia benigne sia maligne, ma anche per i gozzi, tossici e non, di piccole dimensioni. Oggi può essere eseguita in caso di gozzo quando il volume tiroideo sia inferiore

ai 25 ml e in caso di nodulo tiroideo singolo quando la dimensione non sia superiore ai 3 cm di diametro.

La MIVAT è una procedura che prevede un'incisione minima, di circa 1.5 centimetri, e quindi una cicatrice ridotta, con importante vantaggio estetico dato che la maggioranza delle persone operate sono giovani donne. Riducendo l'incisione anche il dolore post-operatorio, il decorso dopo l'intervento e il trauma sui tessuti risultano minimizzati.

La tecnica è stata oggetto di numerosi studi che l'hanno confrontata con la chirurgia convenzionale a cielo aperto (*Surg Today*, 7 febbraio 2012, *Epub ahead of print*). Una review sistematica della letteratura disponibile effettuata su 9 studi clinici randomizzati per un totale di 730 pazienti con noduli tiroidei ha evidenziato una minore incidenza di complicanze postoperatorie per la nuova tecnica, nessuna differenza significativa per quanto riguarda la paralisi del nervo ricorrente, una minore intensità del dolore post-operatorio, una minore lunghezza della cicatrice ($p < 0.00001$) e una maggiore soddisfazione del paziente per il risultato cosmetico ($p < 0.00001$).

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ EPATOLOGIA

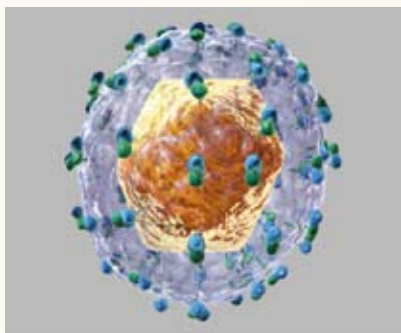
Antivirali di nuova generazione per la terapia dell'epatite C

■ **Angela Walmar**

Eradicazione, una parola che oggi indica una prospettiva concreta e assai vicina nel trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C. Con l'avvento di boceprevir, capostipite di una nuova classe di farmaci con un meccanismo d'azione rivoluzionario, siamo ad un punto di svolta nella lotta contro il virus dell'epatite C, la più insidiosa malattia del fegato, prima causa di decesso per malattie infettive trasmissibili.

“Boceprevir, inibitore della proteasi, agisce direttamente sul virus – ha commentato il professor **Savino Bruno**, Direttore Struttura Complessa Medicina Interna a indirizzo Epato-logico, Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico Milano – ed è risultato efficace contro l'HCV di genotipo 1, il più temibile, perché più refrattario ai trattamenti e perché rappresenta il 60% delle infezioni globali. Aggiunto alla terapia standard con interferone pegilato e ribavirina, boceprevir riesce a raddoppiare e addirittura triplicare la percentuale di guarigione dei pazienti”.

Boceprevir agisce direttamente sulla struttura attraverso la quale il vi-

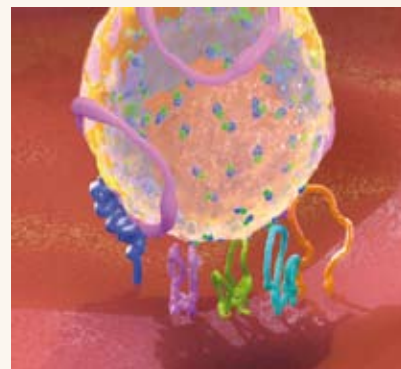


Molecola del virus dell'epatite C

rus, una volta pervenuto all'interno dell'organismo, replica se stesso nelle cellule epatiche. La struttura bersaglio, individuata nel RNA, è denominata regione NS-3: boceprevir inibisce le proteasi, ovvero gli enzimi di questa regione che permettono al virus di replicarsi. Boceprevir impedisce la replicazione del virus sostituendosi alle proteasi: in tal modo il virus cessa di replicarsi e quindi non può più sopravvivere.

L'indicazione di questo farmaco è il trattamento dell'infezione da epatite C cronica di genotipo 1, in associazione con peginterferone alfa e ribavirina, in pazienti adulti con malattia epatica compensata che

non sono stati trattati in precedenza o che non hanno risposto a precedente terapia. Il farmaco va somministrato alla dose di quattro pastiglie ogni otto ore: questa modalità d'assunzione può essere disagiata per il paziente ma, dal punto di vista degli effetti collaterali, boceprevir non comporta ulteriori complicanze rispetto alla terapia standard, anche se ne può potenziare gli effetti collaterali, come l'anemia. Il farmaco è molto ben tollerato, non provoca disturbi, se non una fastidiosa ma non preoccupante disgeusia, ovvero la sensazione di un sapore metallico in bocca. Si tratta di effetti collaterali che vanno valutati alla luce della brillante risposta terapeutica che l'aggiunta di boceprevir alla terapia standard è riuscita a raggiungere, e che possono essere gestiti senza particolari problematiche. Lo schema terapeutico prevede una prima fase, della durata di quattro settimane, per valutare se l'interferone pegilato e la ribavirina funzionano efficacemente; se questo avviene, l'aggiunta di boceprevir è sicura,



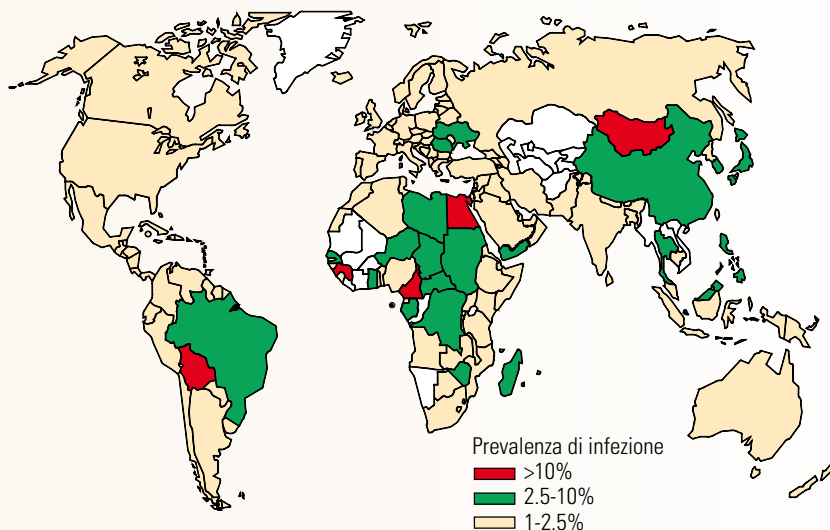
Replicazione virale

poiché riduce al massimo l'impatto della possibilità che il virus si organizza per resistere alla terapia, sviluppando delle mutazioni.

► Le evidenze dei trial clinici

L'aggiunta di boceprevir alla terapia standard è stata oggetto di due trial di fase III, nei quali differenti tipologie di pazienti affetti da infezione cronica da epatite C di genotipo 1 sono stati sottoposti al regime di *lead-in* per quattro settimane: ovvero sono stati trattati per 4 settimane con 1.5 mcg/kg/settimana di peginterferone alfa-2b (P) e una dose sperimentale di ribavirina (R) pari a 600-1400 gm/die, per poi assumere anche 800 mg di boceprevir tre volte al giorno per 44 settimane.

HCV SPRINT-2, studio controllato, randomizzato e in doppio cieco, ha aruolato 1.097 pazienti mai trattati in precedenza (Poordad F et al, *N Engl J Med* 2011, 364:1195-206). L'endpoint primario era determinare in che misura l'aggiunta di boceprevir al SOC incrementava il numero di pazienti che raggiungevano una Risposta Virologica Sostenuta (SVR) rispetto alla terapia duplice; HCV RESPOND-2, studio controllato parallelo, randomizzato e in doppio cieco, ha incluso 403 pazienti adulti che avevano sperimentato altre terapie senza successo (Bruce R et al, *N Engl J Med* 2011, 364:1207-17). L'endpoint primario era determinare in che misura l'aggiunta di boceprevir al SOC incrementava significativamente il tasso di SVR in questo tipo di pazienti.



Prevalenza dell'infezione HCV nel mondo (<http://www.epatitec.info>)

Per SVR s'intende il raggiungimento di un HCV-RNA non più individuabile a 24 settimane dopo la fine del trattamento.

Entrambi gli studi hanno incluso tre bracci di trattamento: un braccio con risposta-terapia guidata (RGT), in cui i pazienti con virus non rilevabile (HCV-RNA) all'ottava settimana di trattamento erano idonei per una durata più breve della terapia, un braccio di trattamento a 48 settimane e un braccio di controllo in cui i pazienti hanno ricevuto un trattamento a 48 settimane con sola SOC.

Nello specifico, i pazienti adulti con epatite C cronica da HCV di genotipo 1 che non hanno risposto a un primo trattamento con la terapia standard sono dunque ancora in grado di raggiungere la risposta virologica sostenuta (SVR) se trattati una seconda volta con boceprevir

aggiunto alla terapia standard.

Nel corso di HCV SPRINT-2 si è osservata la guarigione nel 66% dei soggetti che avevano ricevuto boceprevir per 44 settimane rispetto al 38% dei pazienti trattati con placebo. Durante HCV RESPOND-2, il tasso di guarigione è stato del 67% dei pazienti trattati con boceprevir per 44 settimane rispetto al 21% dei soggetti cui era stato somministrato placebo.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ MALATTIE RARE

Fibrosi cistica: approccio integrato alla malattia

Tuttora priva di una terapia risolutiva la fibrosi cistica comporta per il paziente la necessità di cure costanti e prolungate per tutta la durata della vita. Negli anni recenti, però, le terapie disponibili hanno consentito un sensibile miglioramento dell'aspettativa di vita che, se nel 1960 non superava i dieci anni, oggi è arrivata ad una media di 40 anni e oltre. Tra i principali obiettivi clinici nella gestione dei pazienti con fibrosi cistica c'è il miglioramento della funzione polmonare. Il trattamento si basa su alcuni cardini, tra cui la terapia con farmaci inalatori per mantenere la funzionalità polmonare e una costante fisioterapia respiratoria. Determinante è il trattamento con antibiotici per controllare le infezioni ricorrenti da *Pseudomonas aeruginosa*. Infatti, se non curata, la proliferazione dei batteri comporta un danneggiamento sempre più marcato della struttura dell'albero respiratorio (bronchiectasie) e della funzionalità polmonare. Nei casi più gravi può essere necessario il trapianto polmonare.

È ora disponibile in Italia la prima terapia *wireless* a base di tobramicina, farmaco di riferimento per chi è affetto da fibrosi cistica; la

nuova terapia per le infezioni croniche da *Pseudomonas aeruginosa* si assume in 5 minuti, contro i 20 richiesti dalla soluzione per aerosol (senza contare il tempo per preparare il nebulizzatore e disinfettarlo dopo ciascun utilizzo, assente per il dispositivo *wireless*). In un ciclo di terapia di 4 settimane, questo nuovo *device* "regala" ai pazienti 13 ore di tempo libero. Un paziente con fibrosi cistica è infatti sottoposto ad un carico terapeutico molto gravoso, ma indispensabile: ogni giorno deve fare esercizi di fisioterapia, assumere enzimi pancreatici per digerire, vitamine per sopperire alle perdite che si verificano e cicli di terapia antibiotico in caso di riacutizzazioni infettive. Si calcola che ogni persona deve dedicare minimo due ore alle sue cure, ogni giorno. "Da questo punto di vista – sottolinea il prof **Giuseppe Magazzù**, Presidente della Società Italiana per lo studio della Fibrosi Cistica (SIFC), ogni innovazione terapeutica che possa ridurre tale impegno, è fondamentale poiché il forte carico terapeutico incide negativamente sull'aderenza alla terapia". Il dispositivo tascabile dura una settimana, non ha bisogno di essere disinfettato e, poiché l'ero-

gazione del farmaco avviene in ambiente secco, riduce il rischio di re-infezioni batteriche. Inoltre non richiede alimentazione elettrica esterna e non contiene componenti elettroniche.

A questo cambio di prospettiva nella gestione della terapia per la fibrosi cistica, se ne aggiunge uno sul fronte dell'attività fisica, ambito fondamentale nella gestione di questa patologia. Parte Vivi Wireless, progetto della Lega Italiana Fibrosi Cistica, che offre ai pazienti affetti da fibrosi cistica una modalità innovativa di effettuare l'esercizio fisico, aggiungendo una componente ludica, più coinvolgente e con uno strumento *wireless*, che amplifica la libertà di movimento. Grazie a Vivi Wireless i pazienti potranno integrare la fisioterapia con appositi esercizi della innovativa console XBOX Kinect, di cui saranno dotati 30 centri per la fibrosi cistica d'Italia. Gli esercizi sono stati valutati dai fisioterapisti della SIFC e permettono un approccio all'attività fisica graduale, in condizioni controllate, con modalità adattabili alle esigenze di ogni individuo e con una componente di coinvolgimento e divertimento.

www.qr-link.it/video/0512



 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ NEUROLOGIA

Sclerosi multipla e ruolo degli ormoni sessuali

La sclerosi multipla (SM) è una malattia neurodegenerativa, a eziologia ancora sconosciuta, che colpisce il sistema neuromotorio e che coinvolge circa 2 milioni di persone al mondo. In Italia le persone affette da SM sono oltre 50mila: si tratta di una popolazione tra i 35 e i 54 anni, nel 60% dei casi affetta dalla forma recidivante intermittente. La SM rappresenta la prima causa di disabilità neurologica nella popolazione giovanile e colpisce con maggiore frequenza le donne: 63.8% contro il 36.2% degli uomini (tabella 1).

Responsabili di queste differenze di genere – in questa come in altre malattie del sistema nervoso – sono fattori genetici, ormonali e ambientali. Tra questi i livelli di vitamina D (il rischio di SM è minore in presenza di alti livelli circolanti di vit. D - Munger KL et al, *JAMA* 2006; 296: 2832-38; Correale J et al, *Brain* 2009: 132; 1146-60), l'età più avanzata della gravidanza, l'uso di contraccettivi, il fumo e l'esposizione al sole (il rischio di ricadute è più alto nei mesi successivi a quelli con minore esposizione solare). Obiettivo delle ricerche più recenti è non solo capire cosa rende il sesso

femminile più a rischio di una malattia autoimmune ma anche cosa rende meno a rischio il maschio. Contrariamente a quanto ritenuto in passato è stato oggi appurato come la gravidanza rappresenti un periodo di protezione per la donna, con una riduzione significativa del rischio di riacutizzazione della SM. Il Centro di riferimento Regionale per la SM dell'Ospedale San Luigi di Orbassano ha individuato una marcatura genetica composta da 7 geni "sregolati" che vengono coinvolti nel processo di "spegnimento" della malattia durante la gestazione. Una maggiore comprensione dei fattori che controllano questi 7 geni potrebbe portare a nuove terapie che ricreino l'effetto protettivo della gravidanza. Il razionale nel considerare

come opzione terapeutica gli ormoni sessuali si basa essenzialmente su due considerazioni: l'elevata presenza della SM nelle donne rispetto ai maschi e la diminuzione dell'attività di malattia durante la gravidanza, in particolare nel terzo trimestre. Nel modello sperimentale della SM sono state dimostrate proprietà immunomodulatorie e neuroprotettive degli ormoni sessuali, indicando come questi agiscano sia sulla componente infiammatoria che su quella degenerativa che caratterizza la SM.

Un altro aspetto profondamente coinvolto nella scelta di come affrontare la malattia è rappresentato dall'allattamento e dalla gestione delle terapie nel periodo puerperale. È comprovato da numerosi studi che periodo del puerperio, soprattutto il primo e secondo trimestre dopo il parto, coincide con il massimo rischio di ricadute della malattia. Nei mesi successivi il tasso di recidive tende comunque a ridursi, riportandosi ai livelli pre-gravidanza dopo un anno dal parto. Le pazienti a maggior rischio di ricaduta sono quelle con malattia

Tabella 1

Differenze di genere: suscettibilità alla SM in base all'età di esordio

| | Rapporto femmine/maschi |
|----------------------------------|-------------------------|
| • Globale | 2:1 |
| • Esordio infantile (< 12anni) | 1:1 |
| • Esordio in pubertà (12-15anni) | 4:1 |
| • Esordio tardivo (>50anni) | 1:3 |

Tabella 2

Allattamento e sclerosi multipla

- Gli studi sembrano indicare un ruolo neutrale dell'allattamento nei confronti delle ricadute puerperali
- L'allattamento sembra semplicemente riflettere le caratteristiche della malattia nel periodo pre-gravidanza
- Le decisioni relative all'allattamento devono basarsi sull'attività della malattia di ogni singola paziente
- Vi è un aumentato rischio di recidiva nel periodo del post-partum e le ricadute possono associarsi a disabilità nel breve e nel lungo periodo
- La precoce introduzione o re-introduzione di farmaci "disease modifying" protegge dalle recidive nel post-partum e sembra desiderabile, soprattutto nelle pazienti ad alto rischio di recidiva
- Elevato score EDSS (Expanded Disability Status Scale) al concepimento
- Elevato rischio nell'anno precedente la gravidanza e durante la gestazione

più attiva, cioè con un più alto tasso di recidive nell'anno pre-gravidanza e durante la gravidanza e con maggiore disabilità nel corso della gestazione. Questi dati sono stati ampiamente confermati da uno studio italiano (Amato MP et al, *Neurology* 2010; 16: 1794-802) che ha seguito 423 gravidanze, indagando la sicurezza dei farmaci immunomodulanti, il rischio di ricadute puerperali, il ruolo dell'allattamento e l'evoluzione della malattia nel breve e lungo periodo dopo la gravidanza.

Lo studio ha chiaramente evidenziato come nelle pazienti a maggior rischio di ricadute puerperali, la ripresa o l'inizio di una terapia con farmaci "disease modifying" entro i primi tre mesi dal parto sia in grado di proteggere significativamente la donna dal rischio di ricadute.

È importante notare come in questo studio le ricadute puerperali siano un significativo predittore di incremento del livello di disabilità della paziente, sia nell'anno successivo al parto che a distanza di 5 anni. In generale, la scelta di reinserire o inserire una terapia "disease modifying" subito dopo il parto è incompatibile con la decisione di allattare, per il possibile passaggio dei farmaci nel latte materno. Dallo studio italiano, infine, è emerso che è la scelta di allattare ad essere influenzata dall'attività di malattia e non viceversa come suggerito da alcuni autori, per cui le pazienti con evoluzione di malattia più benigna decidono di allattare più spesso rispetto a quelle con decorso più attivo, nelle quali sembra invece preferibile iniziare un trattamento subito dopo il parto, per prevenire le ricadute

puerperali e la possibile disabilità residua nel breve e medio termine (tabella 2).

I farmaci utilizzati nel trattamento della SM si suddividono in due principali categorie: quelli di prima linea (interferone beta-1a, glatiramer acetato) sono caratterizzati da un miglior profilo di sicurezza anche relativamente al loro impatto sulla gravidanza; i farmaci di seconda linea (natalizumab, fingolimod, mitoxantrone) non solo sono da evitare in gravidanza, ma il loro uso può comportare rischio di aborto spontaneo e malformazioni neonatali.

Infine, poiché l'insorgenza di una malattia cronica come la SM rappresenta un evento complesso che va oltre il dato clinico, è sempre necessario rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo. Una patologia che come la SM colpisce la componente motoria del movimento comporta anche inibizione, repressione e frustrazione del bisogno di esprimere a livello motorio le emozioni, con ripercussioni sul benessere fisico e psichico anche imponenti.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ ONCOLOGIA

Up to date sul melanoma: dalla prevenzione ai nuovi trattamenti

■ **Patrizia Lattuada**

La strategia e l'obiettivo principale della lotta al melanoma cutaneo è il suo riconoscimento precoce.

Nel 90% dei casi la lesione è visibile ed è dunque fondamentale l'educazione della popolazione all'autoesame sistematico della cute, ma non solo.

Secondo il Dott. **Alessandro Testori**, Direttore della Divisione Melanomi e Sarcomi Muscolo Cutanei dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, che ci ha aggiornato sulle più recenti evoluzioni diagnostiche e terapeutiche sui melanomi, un ruolo di primissimo piano "è quello del medico di famiglia, che almeno una volta ogni anno dovrebbe far spogliare ed esaminare tutta la cute dei suoi assistiti e in caso di dubbio inviare il paziente a un centro dedicato.

Se questo passaggio fosse operativo potremmo avvicinarci all'obiettivo ambito: raggiungere la mortalità zero".

▶ **Diagnosi precoce e prevenzione secondaria**

Oltre all'esame clinico accurato e completo di tutta la cute che viene effettuato con il dermatoscopio, strumento che si caratterizza per la possibilità di esaminare il neo con luce polarizzata, su pazienti selezionati (a rischio elevato di sviluppare neoplasie cutanee) viene proposta la mappatura dei nei. L'esame viene eseguito con un videodermatosco-

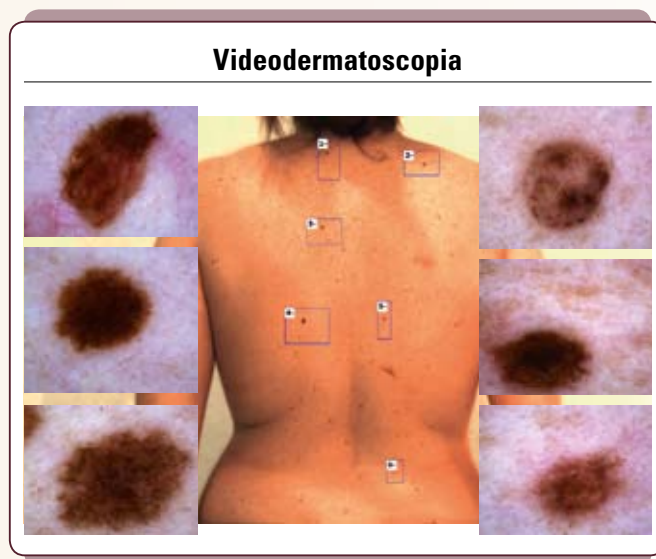
pio che crea una "mappa" fotografica della superficie corporea (*total body photography*) e acquisisce una serie di immagini dermoscopiche ad alta risoluzione dei nei e delle lesioni cutanee, identificandone modificazioni anche microscopiche. In tal modo si può costruire un follow-up digitale dei pazienti.

Su lesioni molto particolari e sospette, per le quali non si ha la certezza dell'utilità dell'asportazione chirurgica, si ha a disposizione il microscopio laser confocale, che è grado di ottenere immagini quasi istologiche in vivo, permettendo di vedere le caratteristiche delle singole cellule. Questo strumento permette di selezionare ancora meglio le lesioni sospette e in alcuni casi può evitare l'intervento chirurgico.

▶ **Trattamento del melanoma**

Per il trattamento chirurgico del melanoma si dovrebbe applicare estensivamente il principio del minimo trattamento efficace: orientarsi cioè alla minore invasività possibile a parità di risultato oncologico. A questo fine è fondamentale la tecnica del linfonodo sentinella, utilizzata per stabilire lo stadio della malattia e la sua eventuale diffusione nell'organismo.

A questo proposito è perentorio l'invito del Dott. Testori: "La tecnica del linfonodo sentinella deve essere eseguita in centri



specialistici. Altrettanto importante è l'eventuale asportazione di tutti i linfonodi qualora 'la sentinella' sia risultata positiva. In base alla mia esperienza, almeno una volta al mese rifacciamo un intervento di svuotamento effettuato in modo non adeguato in altre sedi. Quindi l'obiettivo è di inviare i pazienti in centri specialistici, dove ci sia una divisione dedicata alla cura del melanoma".

Farmaci

Per la prima volta nella storia del melanoma sono stati recentemente approvati dall'EMA due farmaci che aumentano la sopravvivenza dei pazienti non più operabili. Si tratta di un anticorpo monoclonale anti-CTLA-4, ipilimumab, che agisce su un tipo particolare di linfociti stimolando il sistema immunitario a riconoscere in maniera più adeguata e precoce le cellule tumorali, e di un farmaco molecolare, vemurafenib (disponibile in Italia per uso terapeutico), che ripristina il corretto funzionamento di un gene, BRAF, che risulta mutato in circa il 50% dei casi di melanoma.

Altri farmaci interessanti, che agiscono controllando la neoangiogenesi o altri geni mutati nel melanoma, sono ancora in una fase di sperimentazione e i risultati saranno disponibili in un futuro prossimo. I migliori risultati si potranno ottenere dalla combinazione di questi nuovi farmaci in modo che risultino bloccate le vie che causano lo sviluppo del melanoma e attivati i meccanismi di autoprotezione del nostro organismo.

Trattamenti localizzati

Quanto la malattia presenta fasi di avanzamento si hanno a disposizione anche nuove metodiche di cura, come l'elettrochemioterapia e la chemoperfusione.

■ L'elettrochemioterapia è una metodica che permette di trattare per esempio le lesioni alla cute tipiche della progressione del melanoma, le cosiddette metastasi *in transit*.

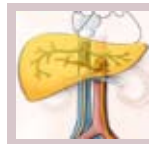
Lo strumento utilizza un impulso elettrico ad altissimo voltaggio che, attraverso la creazione di piccoli canali, fa sì che in pochi minuti un farmaco iniettato in vena - generalmente la bleomicina - entri nella cellula tumorale a una concentrazione fino a 1000 volte superiore rispetto a quella che è la diffusione normale e ne determini la distruzione. Il trattamento permette di ottenere risposte complete in circa l'80% dei casi.

■ L'alternativa all'elettrochemioterapia, in situazioni nelle quali le metastasi *in transit* siano localizzate soltanto a un arto, è isolare l'arto dal punto di vista vascolare ed eseguire la perfusione ipertermica antitumorale in circolazione extracorporea, una metodica molto importante dal punto di vista sia per il coinvolgimento del paziente sia della struttura ospedaliera. La tecnica permette di diffondere il trattamento con farmaci (melfalan e TNF - Human Recombinant Tumor Necrosis Factor alfa) a una concentrazione dieci volte maggiore della massima dose tollerata. È importante monitorare che la circolazione extracorporea sia gestita in modo tale da non far rientrare nella circolazione sistemica neanche una minima quantità del farmaco che

Perfusione epatica percutanea



1 Isolamento



2 Saturazione



3 Filtrazione

è stato iniettato nel distretto, quindi nell'arto che si sta trattando.

Analogamente è in uso all'IEO (unico polo europeo) la perfusione epatica percutanea, che permette di trattare quei pazienti che abbiano una progressione di malattia a livello epatico. Con questa metodica si isola la vascolarizzazione del fegato dal resto del corpo e si tratta solo quest'organo con un farmaco ad una concentrazione tale che altrimenti non potrebbe essere tollerata dal resto del corpo.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ PSICHIATRIA

ADHD nell'adulto: conseguenza di mancata diagnosi nell'infanzia

■ **Patrizia Lattuada**

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - disturbo da deficit di attenzione e iperattività) è tra i disturbi neurobiologici che più frequentemente non viene diagnosticato nella popolazione infantile e adolescenziale. La comunità scientifica è mobilitata per ribadire la necessità della diagnosi precoce del disturbo, anche perché la mancanza del riconoscimento precoce e accurato nell'età appropriata causa un aumento della probabilità che il processo evolutivo favorisca un aggravamento delle problematiche in età adulta. Secondo il Prof. **Claudio Mencacci**, Direttore del Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze, AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano, si stima che nella popolazione adulta l'ADHD abbia una prevalenza tra il 3% e il 4%, tuttavia una serie di modalità cognitive e di comportamenti che possono ricondurre al disturbo non vengono riconosciuti.

► **Quadro clinico e diagnosi**

La diagnosi di ADHD in età adulta segue lo stesso procedimento utilizzato per bambini e adolescenti. Anche

nell'adulto occorre che vi sia presenza di iperattività, inattenzione o impulsività e che esse incidano in maniera considerevole su due o più contesti di vita (casa, lavoro, scuola).

Alcune delle caratteristiche del profilo degli adulti con ADHD - che frequentemente sono soggetti intuitivi, creativi, altamente intelligenti - sono: difficoltà a organizzarsi, senso di incapacità, insuccesso e difficoltà a raggiungere gli obiettivi, procrastinazione cronica e difficoltà a cominciare, progetti portati avanti simultaneamente con difficoltà a seguirli tutti, impulsività nella comunicazione (dire la prima cosa che viene in mente senza filtrare) e nei comportamenti (regalare, prestare, spendere denaro facilmente), labilità emotiva e affettiva, tendenza a cadere nelle dipendenze.

Per di più la diagnosi è spesso difficoltosa per la presenza di comorbidità psichiatriche. Gli studi sugli adulti con ADHD riportano che nel 45% dei casi sono presenti disturbi dell'umore (depressione 25-66%) e nel 59% disturbi d'ansia spesso di tipo severo (ossessivo-compulsivo). Inoltre, nel 9-27% i pazienti manifestano il disturbo bipolare (soprattutto di tipo II), con

un aumento del rischio di suicidio e cronicizzazione del disturbo.

A tali condizioni di estrema gravità vanno aggiunte le implicazioni di carattere legale: spesso il paziente va incontro a condotte antisociali con le relative conseguenze e l'abuso di sostanze aumenta ulteriormente il rischio. L'ADHD sembra essere più frequentemente presente in soggetti autori di violenze a carattere sessuale rispetto ai controlli sani (14% vs 8%).

► **Conclusioni**

La diagnosi precoce di ADHD è fondamentale ed è categorico il messaggio del Prof. Claudio Mencacci: "Il disturbo ha una serie di conseguenze, non solo nell'infanzia e nell'adolescenza, che si ripercuotono per tutta la vita adulta. Tale condizione può essere evitata se il disturbo viene adeguatamente riconosciuto, diagnosticato e curato con tutte le opzioni di trattamento disponibili: in primo luogo con quelle psicoeducative e psicoterapiche e in alcuni casi di carattere farmacologico. Solo così è possibile salvare una esistenza che frequentemente è destinata a naufragare".

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Algoritmo per la prevenzione del rischio cardiovascolare e metabolico

È un percorso diagnostico terapeutico assistenziale composto da tre livelli di partenza per affrontare il soggetto sano, con fattore di rischio cardiovascolare, con diabete. Se condiviso, l'algoritmo dà al paziente la certezza che la strada intrapresa è la migliore possibile. Inoltre, fissando anche i tempi entro i quali ottenere gli obiettivi prefissati, in caso di esito negativo, permette di cambiare terapia per far sì che si raggiungano prima i risultati sperati

Liria Rame

In uno scenario dove l'impatto delle malattie cardiovascolari sulla salute pubblica e sulle risorse sanitarie ed economiche diventa sempre più pesante si è inserito il lavoro di un gruppo multidisciplinare che, dopo un'analisi delle criticità della gestione della patologia cardiovascolare-metabolica (CVM), ha creato un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) basato sulle attuali linee guida internazionali (Borghi C et al. *Il Diabete* 2011; 23: 178-183).

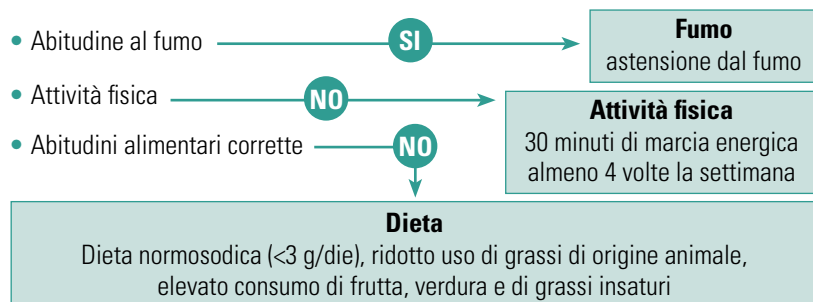
Di semplice consultazione, l'algoritmo riassume i percorsi diagnostici, gli obiettivi terapeutici e le strategie di cura della persona a rischio CVM. È composto da tre livelli a seconda

del paziente preso in considerazione: soggetto sano, soggetto con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, soggetto con diabete mellito. "Il paziente è al centro e gli specialisti gli ruotano intorno. Si tratta di un approccio solo apparentemente semplice ma, in realtà, molto articolato – spiega **Maria Grazia Modena** Direttore della Cattedra di Cardiologia all'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, segretario del board scientifico dell'algoritmo".

Partendo dal primo livello, (tabella 1) vengono esaminati i fattori di rischio CVM. A seconda del quadro che si delinea, si può già stabilire un primo intervento e programmare un controllo in futuro.

Tabella 1

PDTA basato sulle attuali linee guida internazionali sul rischio cardiovascolare-metabolico: soggetto sano



Se presente almeno un fattore di rischio:

- Familiarità per eventi CV precoci
- Pressione arteriosa: PAS ≥ 140 e/o PAD ≥ 90 mmHg
- Indice di massa corporea >30 kg/m² o ≥ 25 kg/m² se con età >45 anni

andare al percorso 2

Mod. da Il Diabete 2011; 23: 178-183

La presenza di fattori di rischio cardiovascolari porta il soggetto al secondo percorso (*tabella 2*) che inizia con una serie di accertamenti diagnostici e prosegue quindi con la prescrizione di misure terapeutiche con farmaci antipertensivi o ipolipemizzanti.

Se questo screening mette in evidenza la presenza di diabete mellito, si sale al terzo livello (*tabella 3*). Un soggetto con diabete mellito e/o danno d'organo richiede un approccio ancora più mirato perché l'es-

re diabetico equivale al rischio che ha un soggetto che ha già subito un evento vascolare. Gli accertamenti di terzo livello sono mirati alla verifica di danni in diversi distretti: sono approfondimenti mirati a risparmiare interventi diagnostico-terapeutici ripetuti da diversi specialisti, ribadendo un approccio paziente-centrico e un risparmio di risorse. Anche in questo caso alla diagnostica si affiancano indicazioni terapeutiche. Da non confondere con la carta del

rischio cardiovascolare – che è sempre di grande valenza ma è più statica – questo algoritmo rappresenta, nella pratica clinica di tutti i giorni, una carta di intervento dotata di una visione dinamica anche in prospettiva. È uno strumento che si rivolge al Medico di Medicina Generale come allo specialista.

Questo algoritmo sintetizza e ottimizza le Linee Guida Internazionali, spesso di difficile lettura, poco chiare ma soprattutto apparentemente

Tabella 2

PDTA basato sulle attuali linee guida internazionali sul rischio cardiovascolare-metabolico: percorso 2 - soggetto con fattori di rischio

Soggetto con almeno 1 fattore di rischio CV

Se presente precedente evento cardiovascolare (infarto o ictus) seguire percorso 2 e aggiungere aspirina o clopidogrel; se presente fibrillazione atriale aggiungere aspirina o anticoagulanti orali a seconda del grado di rischio (CHDS2 score)

Se presente diabete → andare al percorso 2

Box 1 - Accertamenti di I livello

- Glicemia a digiuno*
- Colesterolo totale**
- Colesterolo-LDL**
- Colesterolo-HDL**
- Trigliceridemia**
- Creatininemia
- Emocromo***
- Esame delle urine

Se presente ipertensione

- Potassiemia
- Stima del GFR tramite equazione CKD-EPI
- ECG
- Albuminuria (rapporto albumina/creatinina)
- Uricemia

Box 3 - Terapia per ipertensione arteriosa

- ACE-inibitori
 - ARB (sartani)
 - Diuretici
 - CA
 - BB
- (Follow-up dopo 6 settimane, se i valori pressori non sono a target considerare la terapia di associazione)

Box 2 - Accertamenti di II livello (da valutare caso per caso)

- Valutazione ultrasonografica carotidea
- Indice pressorio caviglia/braccio
- Ecocardiogramma
- Curva da carico di glucosio
- Monitoraggio pressione arteriosa delle 24 ore
- ECG da sforzo

Box 4 - Terapia per dislipidemia

Statine per raggiungimento target LDL (<130 mg/dL no CHD no diabete; <100 mg/dL CHD o diabete; <70 mg/dL per CHD + diabete) valutando dose/beneficio e rischio globale

SI

Approfondimenti

NO

Follow-up dopo 6 settimane come indicato da linee guida (max 6 mesi)

LDL non a target

Passare a ezetimibe/simvastatina o associare ezetimibe°

LDL e HDL/TG non a target

Associare fibrato o acido nicotinicco/laropiprant

* da ripetere periodicamente in base al livello di rischio di diabete
 ** nei soggetti di 35-69 anni verificare ogni 1-5 anni
 *** esame da chiedere solo se non già disponibile
 ° nei pazienti in trattamento con statina che non hanno raggiunto il target C-LDL raccomandato da LLGG

Mod. da Il Diabete 2011; 23: 178-183

Tabella 3

**PDTA basato sulle attuali linee guida internazionali sul rischio cardiovascolare-metabolico:
percorso 3 - soggetto con diabete mellito**

Box 5 - Accertamenti di III livello

Invio al team diabetologico per inquadramento diagnostico/terapeutico e successiva gestione integrata con il Mmg

| Esame | Esito patologico | Esito non patologico |
|---|--|--|
| Fundus oculi | Oculista | Follow-up a 2 anni |
| Questionario neuropatia + mono filamento | Prove autonome Elettro-neurografia Terapia su sintomi e dolori | Follow-up a 1 anno |
| Ispezione piede + indice pressorio caviglia/braccio | Centro di riferimento | Follow-up a 1 anno |
| Domanda di screening della disfunzione erettile | Questionario IIEF Screening CV Terapia | Follow-up a 1 anno |
| Ecodoppler TSA | Se stenosi grave ECST Angiografia+angiospecialista | Follow-up a 3 anni (a 1 anno se ateromasia o stenosi) |
| Albuminuria | Terapia con ACE-i o sartani | Follow-up a 1 anno |
| ECG*** | Andare a box 2 | Follow-up a 1 anno |

Box 6 - Terapia farmacologica

| Obiettivo HbA _{1c} <7% | Terapia farmacologica |
|---------------------------------|--|
| 1° step | Intervento sullo stile di vita per 3 mesi e portare PA e C-LDL a target |
| 2° step | Metformina almeno 2 g/die |
| 3° step | Metformina almeno 2 g/die + TZD, DPP-4, agonisti del recettore del GLP 1, SU o Repa (in duplice o triplice associazione) # |

*** esame da chiedere solo se non già disponibile; # in triplice associazione con MTF + SU o MTF + TZD l'unico DPP-4 autorizzato è il sitagliptin; (TZD = tiazolidinedioni; DPP-4 = inibitori della dipeptidil peptidasi 4; Repa = repaglinide; GLP-1 = glucagon-like peptide-1)

Il presente PDTA non esclude la stima del rischio CV globale che va comunque effettuata in accordo con le carte ufficiali del rischio.

Mod. da *Il Diabete* 2011; 23: 178-183

diverse e complicate da applicare nella pratica e, per questo, disattese. La sua applicazione consentirà anche un notevole vantaggio per i conti in rosso della Sanità perché analisi mirate e farmaci appropriati comportano non solo maggiore aderenza alle terapie ma anche risparmi per la collettività. L'urgenza e la necessità di questo percorso è motivata anche dai dati epidemiologici: in Italia 10% degli uo-

mini e il 7% delle donne tra i 35 e i 74 anni è diabetico.

Il medico deve condividere con il paziente l'algoritmo – afferma **Alberto Corsini**, professore ordinario di farmacologia all'Università di Milano e tra gli esperti chiamati a realizzare l'algoritmo - Se un paziente sa che il proprio medico si sta attenendo scrupolosamente a un documento frutto di un lavoro ricco di evidenze scientifiche e condiviso, si sentirà sicu-

mente tranquillizzato e sarà portato a non modificare le prescrizioni".

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

In un inserto domenicale de *"Il Sole 24 Ore"* di gennaio 2012 veniva recensito il libro di Arnaldo Bernini *"La coscienza imperfetta. Le neuroscienze e il significato della vita"*. Sotto il titolo *"Vivere 120 anni in pessima salute"* veniva pubblicata parte del capitolo *"La coscienza del cervello che invecchia"*.

Traspare, leggendo l'articolo, l'ineluttabilità dell'invecchiamento, in particolare quello del cervello di cui la malattia di Alzheimer potrebbe essere una manifestazione geneticamente guidata. Insomma l'aumento della vita è in realtà un allungamento della vecchiaia e rende la fragilità mentale una delle più gravi minacce per l'umanità del XXI secolo.

Nello stesso giornale, a distanza di una settimana compare una lettera di critica a quanto affermato da Arnaldo Bernini.

Marco Trabucchi, che ha dedicato buona parte della sua attività scientifica alle demenze, ritiene che l'articolo sia opinabile da molti punti di vista e che un atteggiamento, quale quello derivante dalle conclusioni dello scritto, possa determinare conseguenze negative sul futuro della ricerca attorno alle malattie dell'invecchiamento. Trabucchi ritiene che non ci dobbiamo arrendere e che studi e ricerche potranno portare un progresso nella cura delle malattie neurovegetative.

La risposta di Bernini, pubblicata di seguito, è lapidaria: *"L'invecchiamento è incurabile perché non è una malattia, ma un processo biologico regolato da geni. Posta la diagnosi di Alzheimer, non c'è altro che proteggere, accompagnare e aiutare la persona colpita, un compito familiare e sociale enorme"*.

Nella stessa giornata, quasi a smentirlo, i media danno notizia di un articolo comparso su *Science* dei ricercatori della Case Western Reserve University School of Medicine che rivela che un noto antitumorale sarebbe in grado di fare regredire la malattia di Alzheimer; la scoperta per ora è stata testata sui topi. Il bexarotene ha dimostrato la sua rapidità: a sei ore dalla somministrazione la sua azione era già visibile, raggiungendo il picco dopo 72 ore.

Martedì

"Dottore sono venuta per mia figlia che è al lavoro, mi potrebbe prescrivere questi esami e questi farmaci?". Mi mette sulla scrivania un foglio con l'intestazione di un centro per la fecondazione artificiale, in cui mi si chiede di prescrivere il solito protocollo di farmaci ormonali per indurre l'ovulazione e una serie di accertamenti.

Io conosco perfettamente, fin dall'età pediatrica, la giovane che dovrebbe essere sottoposta al trattamento; non è sterile, in passato ha già avuto un aborto e ora non ha figli per il semplice motivo che non ha rapporti sessuali con il marito. Prescrivo i farmaci e chiedo alla madre di farmi parlare con la figlia. Telefono al ginecologo, gli spiego la situazione e gli faccio presente che forse l'approccio alla sterilità di questa coppia dovrebbe essere di un altro tipo, ma lui mi fa presente, con tono sicuro e autorevole, che questo aspetto non conta e in ogni caso si tratta di *"contemplata sterilità di coppia"*.

Mi pongo sempre di più la domanda su cosa significhi essere medico nella nostra epoca.

Mercoledì

Un mio paziente ha appena cambiato medico perché non gli ho prescritto la TAC spirale del torace. A suo parere è un diritto per ogni fumatore.

Domani, molto probabilmente, un altro cambierà medico perché oggi non gli ho fatto l'impegnativa per mandarlo dal pranoterapista.

Giovedì

Ho ricevuto, dal Dipartimento di prevenzione servizio igiene e sanità pubblica della mia Regione, una lettera che mi informa in merito al progetto "Valore": VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione per papilloma virus (HPV)". Un progetto finanziato dal ministero della Salute, che, a quanto riportato, la mia Asl sta conducendo in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. La finalità del progetto Valore (gli acronimi sono molto di moda) è quella di capire i motivi della mancata vaccinazione contro l'HPV che, pur essendo offerta gratuitamente alle ragazze, è lontana dagli obiettivi di copertura previsti.

Mi si chiede di collaborare perché un campione di ragazze della mia Asl, che non hanno aderito alla chiamata, riceveranno un questionario e verranno invitate a presentarsi presso il servizio vaccinale della Asl per ricevere la vaccinazione. La mia collaborazione viene chiesta per incrementare l'adesione al progetto.

A tale proposito mi viene in mente un interessantissimo e attualissimo saggio scritto nel 2000 da un collega inglese, Michael Fitzpatrick: "The tyranny of health, doctors and the regulation of lifestyle", in cui veniva sottolineato il declino dei valori di libertà nel sistema sanitario inglese ("modello Beveridge", come il nostro) e quanto i medici vengano indotti a non praticare la clinica, ma a diventare risorse umane per i progetti governativi. Le regole della professione imposte sugli stili di vita. Il Ministero vuole sapere perché non ti sei vaccinata! Lo Stato entra nel più intimo di ogni persona attraverso le regole per lo stile di vita, gli screening, la salute mentale e la raccolta dei

dati personali: la fine dell'autonomia dei medici, dei pazienti e della libertà, della sacralità ed esclusività del loro rapporto.

Venerdì

Tra ieri e oggi ho visto: SB 43 anni, affetta da neoplasia bilaterale alle mammelle; LS 87 anni, neoplasia intestinale; FG 66 anni, neoplasia dell'esofago; GT 73 anni, neoplasia dell'esofago; AM 69 anni, neoplasia del pancreas; MB 77 anni, neoplasia epatica; LG 69 anni, neoplasia mammaria; LS 68 anni, neoplasia dell'ovario; DP 70 anni, neoplasia polmonare; AP 64 anni, neoplasia del cervelletto e CS 71 anni, neoplasia della vescica.

Due giorni e una popolazione di 1.500 assistiti: una pestilenza vera e propria, un continuo *mento mori*. La maggior parte di questi pazienti erano stati presi in carico da oncologi e radio-terapisti e ora sono assistiti dal sottoscritto a domicilio. Le oncologie sembrano non curare le persone affette da malattie oncologiche, il loro compito pare essere quello di somministrare schemi di chemioterapia secondo protocolli prestabiliti. Di fatto non esiste, da parte del medico curante, possibilità di intervenire in questo processo. L'attività del medico di famiglia è quella di prescrivere esami ed accertamenti che vengono indicati con moduli prestampati; nessuna voce in capitolo sulla decisione di trattare o non trattare, nessuna possibilità di discussione sulla influenza della terapia sulla speranza di vita, sui benefici reali per il paziente. Quando il protocollo terapeutico è concluso, la cura del paziente "incurabile" non è più dell'oncologo, allora ritorna nelle mani di chi prima non contava nulla, lo specialista scompare e ricompare la figura del medico della persona e non della malattia.

Sabato

Sulla prima pagina del "Corriere del Veneto" compare la pubblicità di un centro clinico poli-specialistico della zona: "Marzo mese del controllo della tiroide". Per la tiroide un mese di offerta speciale, come per le camice o per i carciofi.

Un caso di febbre bottonosa del Mediterraneo

Antonio Giovanni Roncallo

Medico di medicina generale, Genova Valpolcevera

Federica Roncallo

Medico chirurgo, Genova

Un uomo di 54 anni dal fisico longilineo e sportivo, che ha sempre goduto di buona salute, se si eccettua qualche sindrome da raffreddamento, da circa 5-6 giorni lamenta febbre costante con puntate di 39-40° C, mialgie, modesta cefalea e inappetenza.

più attrezzato: la diagnosi viene confermata e gli vengono prescritti altri colliri, che non ottengono i risultati sperati.

Nei giorni successivi il paziente si accorge della presenza di linfoghiandole che diventano dolenti e dolorabili in sede latero-cervicale e consulta di sua iniziativa uno specialista otorinolaringoiatra, che correttamente gli fa presente che quel tipo di patologia non è di sua competenza.

Nei giorni successivi compare la già menzionata febbre e il paziente mi contatta per una visita.

se per caso possieda dei cani. Il paziente mi riferisce un episodio che aveva già precedentemente raccontato ai colleghi oculisti e che a loro non è sembrato di rilevante importanza.

La congiuntivite all'occhio destro si era manifestata circa 24 ore dopo questo episodio (che racconto con le parole del paziente): "Ero con mia moglie in giardino e accarezzando il mio cane notai una zecca, presi le pinze e gliela tolsi, ma invece di buttarla a terra e schiacciarla con le scarpe, continuai a stringere le pinze fintanto che la zecca letteralmente scoppiò e il liquido, come una bomba, mi finì sulla faccia, ma non so dirle il punto preciso."

► Storia clinica

Il paziente riferisce che tutti i suoi problemi sono iniziati da circa quindici giorni quando, accorgendosi di avere una probabile congiuntivite all'occhio destro, è andato al più vicino Pronto soccorso oculistico dove gli pongono diagnosi di iperemia della congiuntiva tarsale e del fornice.

Gli vengono prescritti due tipi di collirio di cui il paziente non ne ricorda il nome.

Dopo alcuni giorni di cura, non notando alcun beneficio, il paziente si reca in un altro Pronto soccorso

► Visita domiciliare

All'esame obiettivo l'apparato respiratorio, l'apparato addominale, il sistema nervoso e infine il fascio-cardiovascolare (eccezione fatta per la tachicardia febbrile) appaiono indenni. Si evidenzia iperpiressia, adenomegalia latero-cervicale destra e la nota congiuntivite. È presente anche un modesto esantema che dalle spalle tende ad espandersi verso le parti inferiori del corpo.

Ad un certo punto chiedo al paziente, anche se non ho notato lesioni o segni cutanei degni di nota,

► Diagnosi e terapia

A questo punto l'ipotesi diagnostica più probabile non poteva che essere la febbre bottonosa del bacino mediterraneo.

Esprimo il mio pensiero al paziente invitandolo a recarsi al più presto in una struttura ospedaliera, ma con mia sorpresa il paziente mi chiede: "Dottore, ma non potrebbe curarmi lei?".

Rispondo affermativamente e dato

il rischio delle note complicanze endoteliali, inizio immediatamente la terapia con doxiciclina, due compresse al giorno, senza aspettare l'esito degli esami ematocimici che gli prescrivo.

Il giorno dopo viene comunque eseguito un prelievo ematico al fine di avere nelle settimane successive una conferma diagnostica che puntualmente arriva sia con la positività dei test sierologici sia con valori della Weil Felix di 1:300.

Purtroppo il limite di queste indagini sierologiche è da ricercarsi nel tempo occorrente per ottenerne la risposta, per cui si può affermare che la diagnosi della febbre bottonosa è essenzialmente clinica.

Il paziente ha assunto la doxiciclina per una decina di giorni, dopo di che è completamente guarito ed è tornato alle sue normali occupazioni.

► Approfondimento

Fu Agostino Carducci, insigne cattedratico degli anni Venti, a descrivere per la prima volta una forma febbrile esantematica che aveva osservato alcuni anni prima e che chiamò "febbre eruttiva". Nei suoi studi mise subito in evidenza che in questa febbre eruttiva, rispetto al tifo esantematico, era assente il carattere di contagiosità.

Negli anni successivi fu sempre lui che ne scoprì l'eziologia, evidenziando il ruolo della zecca "*Rhipycephalus sanguineus*" (presente spesso nei cani e nei prati nei periodi primaverile ed estivo) nella trasmissione delle rickettsiosi, ovvero un gruppo di malattie causate da microrga-



Zecca "*Rhipycephalus sanguineus*"

nismi appartenenti al genere *Rickettsia*.

Rickettsia conorii è un parassita endocellulare, gram negativo, che vive all'interno dei fagolisosomi.

La zecca si infetta succhiando il sangue di un animale infetto e resta poi infestante per tutta la vita e trasmette l'infezione anche alla sua progenie.

Normalmente la trasmissione all'uomo avviene in seguito alla puntura della zecca infetta, ma sarebbe forse più corretto affermare che l'uomo si infetta quando viene in contatto con il sangue della zecca.

Il periodo di incubazione varia da 7 a 15 giorni, il periodo di invasione è di circa 3/4 giorni ed è caratterizzato da iperpiressia, cefalea, fibromialgie, nausea e dolori addominali.

Raramente il sensorio, almeno nel periodo iniziale di invasione, appare compromesso.

In questi casi, la diagnosi differenziale dovrebbe essere fatta con la meningite, ma in quest'ultima è presente rigidità nucale, che è invece assente nella rickettsiosi.

Un altro elemento di differenziazione è la macchia necrotica nera

circondata da un alone rossastro, "tache noire", che ha significato patognomonico per diagnosi di rickettsiosi e che corrisponde al punto dove la zecca si è insesta.

Un altro segno distintivo è la presenza, nelle stazioni linfonodali che drenano la linfa proveniente dal luogo di inoculazione, di una adenomegalia reattiva flogistica.

Se la diagnosi viene posta in ritardo sono possibili gravi danni endoteliali, sistemici e polmonari, la rickettsia ha infatti uno spiccato tropismo per l'endotelio.

La vasculite da rickettsia è dovuta alla liberazione di TNF che provoca necrosi dei tessuti e a livello polmonare causa un incremento della permeabilità capillare, che può portare a un quadro gravissimo di SDRA (sindrome da danno alveolare diffuso) che si manifesta inizialmente con dispnea e tachipnea e successivamente con cianosi ingravescente, ipossiemia e grave insufficienza respiratoria che può condurre all'*exitus*.

I soggetti che superano la fase critica sono costretti a convivere, per il resto della loro vita, con conseguenze funzionali respiratorie molto debilitanti.

La vasculite "rickettsiosa" può interessare qualsiasi distretto dell'organismo creando disordini funzionali la cui gravità è direttamente proporzionale all'organo colpito (cute, sistema nervoso centrale, cuore, reni).

Fortunatamente tutte queste complicanze si verificano solo nel 3-4% di tutti i casi di febbre bottonosa e colpiscono quasi sempre soggetti affetti da patologie croniche e/o con risposte anticorpali torpide.

Il medico con ipertensione è un cattivo esempio per il suo paziente

Una recente ricerca delinea un atteggiamento recalcitrante del medico a calarsi nei panni del paziente e a mettere in atto ciò che viene consigliato agli assistiti.

Tra i medici di medicina generale la scarsa attenzione alla prevenzione e al mantenimento di uno stile di vita adeguato alla patologia sono all'ordine del giorno

Dovrebbe rappresentare un modello e invece, quando il medico si scopre valori pressori fuori norma, diventa un pessimo paziente.

Da una recente indagine, condotta dalla Sapienza Università di Roma presso i medici di medicina generale italiani, emerge, infatti, un atteggiamento recalcitrante a mettere in atto ciò che si consiglia agli assistiti. L'obiettivo della ricerca era quello di comprendere quanto il fatto di essere pazienti possa incidere sul comportamento prescrittivo, sulla disponibilità a modificare lo stile di vita e quanto l'atteggiamento si discosti da quello dei pazienti.

► Indagine

L'indagine si è articolata in due step. Il primo, quantitativo, ha coinvolto un campione di 3.000 medici di medicina generale (2.231 medici uomini, 74% circa, e 769 medici donne, 25% circa), distribuiti per genere e area geografica secondo l'usuale classificazione Nielsen (nord-ovest, nord-est, centro e sud-isole).

La seconda fase, qualitativa, consisteva in sei focus group in altrettante città (Milano, Verona, Perugia, Roma, Napoli, Palermo), che hanno arruolato una media di 10 medici di medicina generale con diagnosi di ipertensione arteriosa per gruppo per un totale di 61 intervistati.

► Risultati

I risultati evidenziano che il 17.7% dei medici è iperteso. I medici di sesso maschile sono il doppio (20.3%) rispetto alle donne (11.2%). Le più colpite risultano le donne medico che vivono nel nord-ovest del Paese (7.4%), mentre la maggioranza dei medici uomini vive nel sud e isole (25.47%) dove si riscontra anche la più alta percentuale di ipertesi (32.34%).

Le donne medico sono più attente al trattamento della malattia e conducono uno stile di vita più sano rispetto agli uomini. L'89% dei medici ipertesi ha in atto una terapia farmacologica e il trattamento è più diffuso nelle regioni del centro e sud Italia. Dall'indagine emerge anche un elevato ricorso all'automedicazione, con un esiguo 30% che consulta il cardiologo. Anche in questo caso le donne sono più attente, dal momento che ricorrono al cardiologo nel 40% dei casi. Questo non è privo di conseguenze sulla tipologia del farmaco utilizzato.

A proposito della terapia, i gruppi farmacologici che i medici si autoprescrivono coincidono sostanzialmente con quelli indicati ai pazienti ipertesi (prevalentemente ACE-inibitori e antagonisti recettoriali dell'angiotensina II). Inoltre, la terapia risulta decisamente differenziata a seconda dei sessi: nelle donne è più frequente il ricorso ai betabloccanti mentre negli uomini si registra un uso maggiore di diu-

retici. È sconcertante rilevare che non pochi medici, pur affidandosi per i propri pazienti a prassi consolidate e linee guida prestabilite, ammettono di aver scelto per se stessi il farmaco antipertensivo in modo assolutamente casuale.

In modo analogo ai loro pazienti, i medici ammettono di aver avuto difficoltà ad accettare l'idea stessa di malattia. Anche nei confronti degli esami clinici e strumentali molti medici confessano una certa negligenza verso se stessi, mentre sono tutti molto attenti nei confronti dei loro pazienti. Utilizzando gli strumenti tipici dell'indagine qualitativa è stato possibile esplorare le esperienze, gli atteggiamenti e i comportamenti prescrittivi dei Mmg nei

confronti della propria ipertensione. In particolare si è indagato sui seguenti aspetti: la prassi diagnostica attuata dai Mmg nei confronti dell'ipertensione arteriosa, il giudizio e le preferenze dei Mmg verso le attuali opzioni terapeutiche, il rapporto con il cardiologo nel trattamento dell'ipertensione arteriosa; il profilo del paziente "iperteso tipo" nella rappresentazione del Mmg. Come i loro pazienti, anche la maggioranza dei medici ha scoperto di essere ipertesa in circostanze casuali e spesso in modo inatteso. Un dato interessante è la constatazione che molti medici, pur consapevoli dei fattori di rischio (per esempio il fumo) e della familiarità che li caratterizza, non hanno verifi-

cato la presenza della malattia.

Una parte afferma di avere avuto alcuni sintomi (cefalea, acufeni), a volte anche persistenti, altri invece dichiarano la completa assenza di qualsivoglia sintomo premonitore.

Per quanto riguarda il monitoraggio della pressione nei mesi successivi la diagnosi e, soprattutto, il cambiamento di stili di vita, solo una minoranza dei medici ipertesi afferma di misurare la pressione regolarmente e di aver corretto alcuni dei fattori di rischio (fumo o alcol), ammettendo spesso che questo è dovuto a una situazione clinica diversa dall'ipertensione (per esempio un infarto).

Nel quadro delineato dall'indagine emerge sicuramente una buona conoscenza dell'ipertensione da parte del medico di medicina generale che si traduce in una valida prassi clinica nella gestione dei propri pazienti ipertesi, in perfetta aderenza alle linee guida suggerite dalle Società Scientifiche di Ipertensione e di Cardiologia (ESH/ESC). Purtroppo si deve però prendere anche atto che raramente la padronanza della materia risulta essere sufficiente a mutare lo stile di vita del medico quando è lui stesso ad essere iperteso.

Inoltre, solo una parte dei medici oggetto dell'indagine ritiene che l'essere ipertesi incida sul rapporto con il paziente che soffre della medesima patologia, convinzione che rischia di compromettere la relazione che tale condivisione potrebbe offrire: il fatto di condividere con il paziente la medesima esperienza di malattia può infatti incrementare l'empatia nei confronti dell'assistito e delle sue difficoltà, offrendo così al medico anche la possibilità di rassicurare e contenere le preoccupazioni del paziente.

Un radicato convincimento a mantenere sotto controllo la propria

Nord ovest

18.80% Mmg uomini ipertesi

7.40% Mmg donne ipertese

Nord est

11.87% Mmg uomini ipertesi

5.27% Mmg donne ipertese

Centro

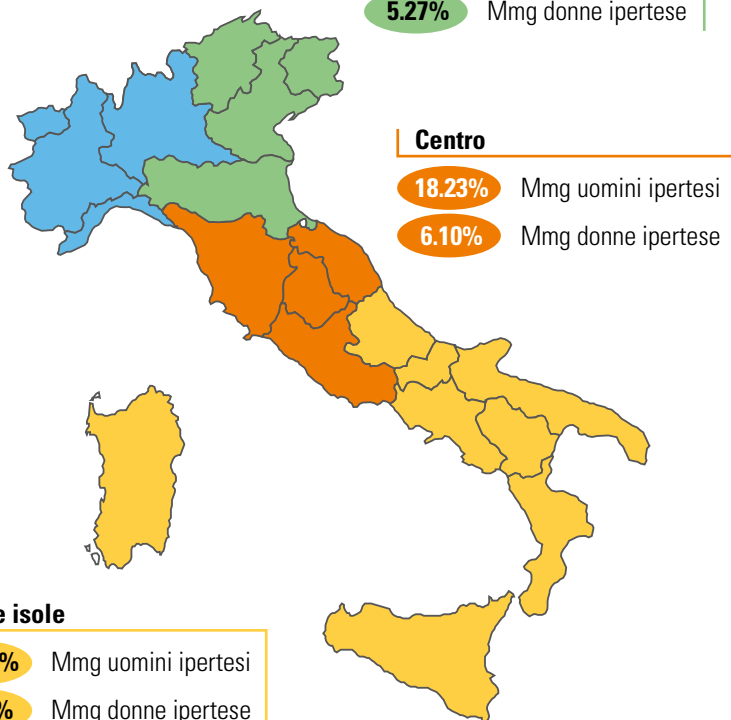
18.23% Mmg uomini ipertesi

6.10% Mmg donne ipertese

Sud e isole

25.47% Mmg uomini ipertesi

6.87% Mmg donne ipertese



Gli studi Amidal e Parsifal per migliorare la gestione del paziente iperteso

Ancora oggi il numero dei pazienti ipertesi in soddisfacente controllo pressorio è scarso: a livello nazionale non supera il 20% della popolazione trattata, con conseguenze rilevanti in termini di incremento di rischio cardiovascolare, e quindi di eventi cardiovascolari, per la popolazione affetta.

Gli studi Amidal e Parsifal sono indagini osservazionali realizzate presso ambulatori di medicina generale in Italia. Entrambi gli studi si avvalgono della supervisione di un comitato scientifico rappresentato dai professori Claudio Borghi (Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Università degli Studi di Bologna, Ospedale Policlinico S. Orsola-Malpighi), **Giuseppe Mancia** (Direttore della Clinica Medica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca) e Massimo Volpe (Il Facoltà di Medicina, Sapienza Università di Roma).

Lo studio Parsifal si è concluso nel dicembre 2011. L'obiettivo del trial è valutare lo stato del controllo pressorio nei pazienti ipertesi con valori pressori non adeguatamente controllati e in presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare. L'analisi è stata realizzata su 5mila pazienti ipertesi e con presenza di fattori di rischio quali per esempio fumo, obesità, ipercolesterolemia, sedentarietà e diabete di tipo 2. Lo studio ha coinvolto 376 medici di medicina generale distribuiti su tutto il territorio nazionale, in 49 Asl.

L'endpoint primario di questa indagine è rappresentato dalla



valutazione dei pazienti in adeguato controllo pressorio (PA <140/90 mmHg o 130/80 mmHg per i pazienti diabetici). Tra gli endpoint secondari sono previste le variazioni del rischio cardiovascolare, l'aderenza alle linee guida ESH/ESC 2007 (European Society of Hypertension e European Society of Cardiology), la frequenza di eventi cardiovascolari occorsi durante l'osservazione,

le analisi di tipo farmaeconomico sul consumo di risorse. I risultati sull'intero campione sono in fase di analisi e saranno completati a breve.

Lo studio Amidal è stato recentemente avviato e si concluderà alla fine del 2012. L'indagine ha lo scopo di valutare il controllo pressorio nei pazienti ipertesi non controllati, misurandolo con metodica convenzionale e registrazione nelle 24 ore (ABPM Ambulatory Blood Pressure Monitoring). L'osservazione coinvolge 1.500 pazienti ipertesi identificati dai valori di pressione arteriosa sistolo-diastolica $\geq 140/90$ mmHg ($\geq 130/80$ mmHg se con alto rischio cardiovascolare secondo i criteri ESH/ESC 2007) mediante misurazione convenzionale. Lo studio è condotto da 114 medici di medicina generale distribuiti sul territorio nazionale in 15 Asl. L'obiettivo primario dello studio è costituito dalla percentuale di pazienti ipertesi in controllo pressorio che, al termine del periodo di osservazione, presentano una pressione arteriosa media nelle 24 ore <130/80 mmHg e una pressione clinica <140/90 mmHg rispetto ai valori basali.

ipertensione consisterebbe anche in un approccio più efficace verso il paziente iperteso.

L'influenza che le esperienze personali possono avere nei confronti della relazione medico-paziente rappresenta un aspetto da presidiare maggiormente nella formazione del medico, in particolare quando è chiamato a promuovere un cambiamento nello stile di vita del paziente per poter ridurre il rischio cardiovascolare che caratterizza queste situazioni cliniche. In ultima analisi, le conoscenze scientifiche e la competenza professionale per gestire l'ipertensione sono emerse chiara-

mente nel corso di questa indagine così come è chiaro che i farmaci antipertensivi oggi a disposizione sono sicuramente efficaci per mantenere la pressione entro i valori di riferimento auspicati.

A questo punto, la questione principale riguarda la formazione del medico che dovrebbe aprirsi a variabili psicologiche e comunicazionali che attualmente sono ritenute estranee e ostacolanti per la relazione con il paziente. In realtà si stanno sempre più connotando come fattori determinanti per la qualità e l'efficacia del rapporto medico-paziente nel momento in cui il medico è chiamato

a promuovere nel paziente non solo l'aderenza al trattamento, ma anche l'assunzione di un corretto stile di vita e di una maggiore propensione a monitorare le proprie condizioni di salute.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Residenze per anziani e qualità delle cure

L'obiettivo del progetto MARA - Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani - è di delineare percorsi maggiormente omogenei di cura e di migliorare la qualità di vita degli anziani ricoverati nelle RSA, oltre alla formazione dei medici e degli operatori sanitari impegnati in prima linea in questo delicato compito



Nella società che invecchia il problema della perdita dell'autosufficienza è sempre più cogente. La progressiva frantumazione dei nuclei familiari e la crisi economica minacciano di ridimensionare significativamente le risorse finanziarie a disposizione per l'assistenza ai soggetti non autosufficienti.

L'utopia del recente passato di riuscire a costruire reti territoriali sostitutive, in grado di erogare assistenza su base principalmente domiciliare alla persona anziana malata, si è scontrata con forti difficoltà organizzative, ma soprattutto con la modificazione del bisogno, indotta proprio da queste dinamiche.

Nell'insieme della rete dei servizi per gli anziani fragili, le strutture residenziali stanno pertanto acquisendo un ruolo sempre più rilevante. Risulta, quindi, doveroso sul piano civile e clinico compiere interventi a vari livelli per migliorare la qualità dell'assistenza erogata in queste strutture, con l'obiettivo di rendere la vita degli anziani istituzionalizzati sempre più dignitosa e libera da sofferenze o inutili limitazioni.

È questo l'obiettivo che si propone di raggiungere il progetto MARA (Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani), curato dal Prof. **Marco Trabucchi**, Dipartimento di Medicina, Università di Roma Tor Vergata e Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e dal Prof. **Giuseppe Bellelli**, Clinica Geriatrica, Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università degli Studi di Milano-Bicocca, A.O. San Gerardo di Monza e con loro un consolidato

gruppo di lavoro, costituito da medici ed operatori di residenze per anziani presenti in Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria.

Il progetto è stato reso possibile grazie al contributo incondizionato di Sanofi e ha il patrocinio scientifico della Fondazione Sanofi-aventis.

► Preparazione clinica specifica dei medici

Ambito d'azione prioritario per raggiungere questo obiettivo è la formazione e la preparazione clinica specifica dei medici operanti nelle residenze. Intervenire su questo aspetto è, infatti, il punto di partenza imprescindibile per far sì che le attività diagnostiche e terapeutiche erogate all'interno delle residenze per anziani possano essere condotte secondo i più elevati standard di qualità ed efficacia, seguendo le indicazioni della letteratura internazionale e tenendo conto delle specificità degli ambienti di vita delle residenze e dei *needs* dei singoli pazienti. Nel nostro Paese si è dedicata in questi anni poca attenzione alla specificità delle formazioni dei medici delle residenze, sia in ambito universitario sia di formazione permanente. Si è quindi creata un'ampia area di bisogno formativo. La letteratura scientifica sulla *long term care* dimostra che, laddove si è riusciti ad implementare protocolli gestionali e linee guida condivisi tra le varie figure professionali coinvolte nei processi di assistenza e cura nelle residenze per anziani, i vantaggi per il sistema sono molteplici, inclusa una migliore qualità della vita dei pazienti e dei

loro famigliari, una riduzione degli eventi clinici avversi e dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

► Sviluppo

Il progetto si è concretizzato nell'individuazione e costruzione di un gruppo di lavoro, costituito da medici e responsabili di residenze per anziani presenti in Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria. Sono stati creati team specifici per le patologie di più rilevante impatto epidemiologico nella realtà delle residenze per anziani. Ciascun team si è occupato dell'elaborazione e stesura di raccomandazioni e indicazioni utili ai fini di una migliore gestione dei pazienti residenziali nell'area terapeutica di competenza, basandosi sull'analisi

della letteratura scientifica a disposizione nonché sull'esperienza clinica maturata sul campo.

► Output

I contributi sono stati raccolti nel volume "Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani" (Edimes, Edizioni Medico Scientifiche, Pavia, pp 176).

Il volume contiene un'introduzione sulla genesi del progetto, il rationale da cui muove, il suo sviluppo e le sue finalità. Segue un capitolo che inquadra lo scenario in cui si collocano le residenze per anziani sia a livello sociale che normativo, una descrizione delle principali patologie che colpiscono i pazienti ospiti di queste strutture, aspetti generali relativi alla gestione

della terapia farmacologica ed eventuali problematiche derivanti sotto il profilo etico-deontologico (nutrizione e idratazione artificiale, accanimento/abbandono terapeutico). Seguono i capitoli specifici dedicati ad ogni singola patologia di rilievo (diabete, infezioni polmonari, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, trombosi venosa profonda).

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare
il video di
approfondimento anche
con smartphone/iphone
attraverso il presente
QR-Code

Obiettivi per una gestione ottimale delle risorse sanitarie

La salute è un valore importante e il medico deve anche diventare un decisore strategico per ottimizzare le risorse. Infatti, oggi gli viene chiesto non solo di curare il paziente, cioè fare la cosa giusta per un determinato paziente, ma anche di scegliere come utilizzare al meglio le risorse in modo da raggiungere gli obiettivi in un sistema in cui queste sono limitate. Fare scelte terapeutiche tra farmaci innovativi, a brevetto scaduto, generici rappresenta una sfida per arrivare all'obiettivo, cioè la salute del paziente

Angela Walmar

Le patologie croniche rappresentano ancora oggi un tema critico e irrisolto a livello sanitario sia per la loro ricaduta in termini di gestione che in termini di risorse allocate. Tra di esse spiccano per l'impatto epidemiologico le patologie croniche cardiovascolari che costituiscono un onere finanziario pari a circa il 10% della spesa sanitaria complessiva in tutta Europa.

Questi temi sono stati affrontati da un panel di esperti nel corso del convegno "Il valore della Salute – Obiettivi per una gestione ottimale delle risorse sanitarie nelle patologie croniche, Focus nell'area cardiovascolare", svoltosi a Roma il 18 febbraio 2012. I responsabili scientifici dell'evento sono stati i professori Francesco Fedele (Direttore della I Scuola di Cardiologia, Sapienza Università di Roma), Aldo Pietro Maggioni (Direttore Centro Studi ANMCO) e Giorgio Lorenzo Colombo (Docente di Organizzazione Aziendale Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Pavia - Scientific Director di SAVE, Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano).

Le linee guida ESC-ESH forniscono precise indicazioni circa le classi di farmaci da considerare di prima scelta anche in relazione alle caratteristiche dei pazienti e alla numerosità dei fattori di rischio e/o alla presenza di danno d'organo. Tra queste, i farmaci che agiscono sul sistema RAAS come gli ARB occupano un posto importante. Sono farmaci che in numerosi studi clinici si sono dimostrati

efficaci in pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra, microalbuminuria, disfunzione renale, insufficienza renale/proteinuria, pregresso ictus o IMA, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale ricorrente, retinopatia.

Un problema, che un interessante studio italiano ha fatto emergere nei pazienti con scompenso cardiaco cronico, è quello relativo alla prescrizione e ai dosaggi dei farmaci utilizzati. Lo studio ESC-HF Pilot Survey (Maggioni AP et al. *Eur J Heart Failure* 2010; 12: 1076-84) ha disegnato un quadro molto chiaro del tasso di applicazione delle linee guida inclusa la percentuale di soggetti nei quali si raggiunge la dose target suggerita delle terapie: ramipril, per esempio, ha una percentuale di uso del 50% ma una percentuale di dose target del 38.2%; candesartan ha una percentuale di uso del 34.7% e una percentuale di dose target del 28%, mentre sono soddisfacenti i tassi complessivi di prescrizione dei farmaci attivi sul sistema renina angiotensina aldosterone (RAAS) (88.5%).

► Perdita di brevetto: un'opportunità importante

Lo stato di salute della popolazione italiana andrà, nei prossimi anni, nella direzione di un progressivo invecchiamento, con conseguente aumento delle patologie cronicodegenerative che, inevitabilmente, assorbiranno una quantità crescente di risorse sanitarie pubbliche e private. In questo contesto la prossima

scadenza brevettuale di candesartan può rappresentare un'opportunità importante in grado di rispondere a due fondamentali esigenze: per il medico quella di mantenere l'appropriatezza prescrittiva e per il servizio sanitario il contenimento di una importante voce di spesa.

Uno studio recente ha tradotto gli outcome clinici del programma CHARM (Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and morbidity) in benefici economici. Nel programma CHARM sono stati inclusi pazienti con scompenso cardiaco di classe NYHA (n=7599) reclutati da 26 paesi, arruolati in tre trial (CHARM-Alternative, CHARM-Added, CHARM-Preserved) e randomizzati a ricevere candesartan (titolato secondo tolleranza a 32 mg/die) o a placebo.

I risultati del programma CHARM (Colombo GL et al, *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4: 223-34) hanno confermato che candesartan riduce la morbilità e la mortalità in pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione ventricolare (LVEF) $\leq 40\%$ e $>40\%$. Il trattamento con candesartan ha determinato meno ricoveri in ospedale (6691 versus 7182 del placebo), meno decessi (886 versus

Tabella 2

Studio CHARM: outcome economici

| TRIAL CHARM | Mortalità | | Costo medio annuale | | Δ efficacia | Δ costo | ICER, Δ costo/ Δ eff. (*) |
|----------------|-----------|--------|---------------------|---------|-----------------------|-------------------|--|
| | PI | Can | PI | Can | | | |
| Alternative | 29.16% | 26.16% | € 2.686 | € 2.620 | -3.00% | - € 66 | Dominante |
| Added | 32.39% | 29.55% | € 2.730 | € 2.638 | -2.84% | - € 92 | Dominante |
| Preserved | 16.17% | 15.65% | € 2.020 | € 2.128 | -0.52% | € 108 | € 20.910,18 |
| Overall | 24.89% | 23.30% | € 2.412 | € 2.406 | -1.60% | - € 5 | Dominante |

PI: Placebo; Can: Candesartan
 ICER: Incremental cost-effectiveness ratio, rapporto incrementale di costo-efficacia
 (*) Dominante significa che il costo per LYQ non può essere calcolato in quanto candesartan si presenta più efficace e meno costoso vs gruppo placebo

945 del placebo) e un numero minore di giornate trascorse in ospedale per i pazienti ricoverati (25.2 versus 26.3 del placebo).

Ipotizzando una riduzione del prezzo di candesartan come conseguenza della scadenza brevettuale, la precedente analisi costo-efficacia (CEA) del 2008 è stata aggiornata per la stima dei costi. L'analisi economica relativa ai gruppi di pazienti dimostra che l'aggiunta di candesartan al trattamento convenzionale comporta una lieve riduzione del costo/die (tabella 1), anche considerando il costo aggiuntivo del farmaco. L'analisi costo-efficacia (CEA) indica un rap-

porto incrementale costo/efficacia favorevole a candesartan per la maggiore efficacia e il minor costo (ICER dominante) (tabella 2). Il programma CHARM ha dimostrato che il trattamento con candesartan si associa ad una sostanziale riduzione della percentuale di pazienti ricoverati per aggravamento dello scompenso cardiaco (senza aumento della lunghezza della degenza) e una riduzione dell'incidenza dei ricoveri (e dei giorni di degenza) per qualsiasi motivo. In conclusione, i risultati clinici ed economici del programma CHARM hanno importanti implicazioni per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco poiché l'impiego di candesartan in questi pazienti può portare, alla luce della sua scadenza brevettuale, una riduzione dei costi diretti della sanità.

Tabella 1

Studio CHARM: outcome economici

| | CHARM-Alternative | | CHARM-Added | | CHARM-Preserved | | CHARM-Overall | |
|---------------------------|-------------------|------|-------------|------|-----------------|------|---------------|------|
| | PI | Can | PI | Can | PI | Can | PI | Can |
| Ricoveri | 3.80 | 3.44 | 3.67 | 3.09 | 2.90 | 2.66 | 3.36 | 2.97 |
| Procedure cardiovascolari | 3.56 | 3.28 | 3.81 | 3.68 | 2.64 | 2.72 | 3.25 | 3.17 |
| Farmaco in studio | 0.00 | 0.46 | 0.00 | 0.46 | 0.00 | 0.46 | 0.00 | 0.46 |
| Totale | 7.36 | 7.18 | 7.48 | 7.23 | 5.53 | 5.83 | 6.61 | 6.59 |

PI: Placebo; Can: Candesartan

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Ca mammario: disponibile terapia sc

► Sono stati presentati all'8th European Breast Cancer Conference (EBCC-8) di Vienna i risultati dello studio di fase III, HannaH, condotto su donne affette da carcinoma mammario in stadio precoce (eBC - early breast cancer) HER2-positivo, che dimostrano come una nuova via di somministrazione di trastuzumab, quella sottocutanea (SC), consenta di ottenere un'efficacia (sulla base della risposta patologica completa (pCR); completa eradicazione delle cellule tumorali nel seno) paragonabile alla somministrazione per via endovenosa (EV), utilizzata attualmente. Viene offerta una maggiore praticità alle pazienti rispetto al metodo tradizionale EV, grazie alla minore invasività e a tempi di somministrazione più rapidi (5' rispetto a 30-90' dell'infusione). Il profilo di sicurezza globale in entrambi i bracci dello studio è stato in linea con quello previsto per il trattamento con trastuzumab e chemioterapia standard in questa indicazione.

Un progetto per formare specialisti del dolore

► Due cittadini su tre non sanno che esiste in Italia una legge, la numero 38/2010, che disciplina la cura del dolore. Le iniziative, gli sforzi, il lavoro congiunto della comunità scientifica e delle istituzioni, ad oggi, non riescono ancora ad affermare in grandi numeri la lotta al dolore inutile. Proprio per fronteggiare tale problematica è nato il Progetto Betha che ha scelto una

formula a diretto contatto con pubblico e specialisti. Un PromoTruck che, partito da Roma, toccherà complessivamente 14 città italiane, installandosi in altrettante piazze in cui farà da punto di aggregazione medico-culturale per i medici specialisti del trattamento del dolore. L'iniziativa fa parte del programma internazionale educativo "Change Pain" di Grünenthal. Il Progetto offre formazione nella gestione (diagnosi e trattamento) del BTcP, rivolta ad oncologi e medici palliativisti. A bordo del PromoTruck, un team di esperti del settore garantirà, città per città, la diffusione capillare delle conoscenze in tema di dolore attraverso lezioni frontali, discussioni di casi clinici, workshop interattivi e tavole rotonde.

I ragazzi che fanno sport si nutrono meglio

► Non solo famiglia e scuola, ma anche le società sportive possono dare un contributo significativo nell'educazione alimentare e nei corretti stili di vita per i giovani. I ragazzi che fanno sport infatti hanno uno stile di vita e si nutrono nel complesso meglio rispetto ai loro coetanei. È quanto si evince dai dati dalla ricerca realizzata dal Prof. Michelangelo Giampietro, docente di Alimentazione presso la Scuola dello Sport del CONI di Roma e membro del Board scientifico della Fondazione Istituto Danone, in collaborazione con Danone S.p.A. e il CSI - Centro Sportivo Italiano. L'indagine ha riguardato 1.053 ragazzi dai 10 ai 12 anni provenienti da tutta Italia e appartenenti alle squadre protagoniste della Danone Na-

tions Cup 2011. Il 70% fa merenda tutti i giorni con una buona percentuale di frutta fresca e yogurt (59%) contro il 30 che predilige snack salati; il 92% fa colazione al risveglio. Pasta, riso e cereali sono scelti dal 38%.

Nuovi defibrillatori compatibili con la RMN

► I pazienti portatori di un defibrillatore biventricolare potranno, con opportune precauzioni, essere sottoposti senza rischi alla Risonanza Magnetica. Biotronik, azienda leader nella produzione di tecnologia innovativa, ha reso infatti disponibili defibrillatori di nuova generazione: la gamma Lumax 740 di ICD (defibrillatori cardiaci impiantabili) e CRT-D (defibrillatori per la terapia di risincronizzazione cardiaca) compatibili con la Risonanza Magnetica (RMN).

Il nuovo defibrillatore biventricolare è stato impiantato per la prima volta presso gli Spedali Civili di Brescia su un paziente affetto da scompenso cardiaco refrattario alla terapia farmacologica. Oltre a essere compatibile con la RMN il defibrillatore ha anche un dispositivo che permette di monitorare in tempo reale il cuore del paziente inviando le informazioni direttamente al medico.

Questi dispositivi di ultima generazione non solo offrono l'opportunità di effettuare esami di RMN potenzialmente salvavita, ma aprono anche in Italia una nuova era nel campo dell'elettrostimolazione del cuore, che consente ai medici di scegliere la miglior combinazione possibile di dispositivi ed elettrocateri adatta ad ogni paziente.