

M.D.

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

Anno XIX, numero 6 - 5 maggio 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

4

**La gestione delle cronicità
tra progetti, sperimentazioni
e modelli**

PROSPETTIVE

8

**Un passo avanti per la
responsabilità professionale**

RASSEGNA

24

**Management
della fibrillazione atriale
nelle residenze per anziani**

Camillo Ricordi

Università di Miami (USA)

**Terapie cellulari, medicina rigenerativa e materiali
biocompatibili sono le nuove frontiere dei trapianti**



ATTUALITÀ

■ Editoriale	Ssn e spending review: necessità e legittimi timori 3
■ Focus on	La gestione delle cronicità tra progetti, sperimentazioni e modelli 4
■ Riflettori	Il documento Fimmg sui farmaci generici 6
■ Contrappunto	Sanità territoriale: i distinguo di Snamì 7
■ Prospettive	Un passo avanti per la responsabilità professionale 8
■ Esperienze	Una risposta appropriata alla gestione della cronicità residenziale 10

AGGIORNAMENTI

■ Cardiologia	Effetti di telmisartan sull'ipertrofia ventricolare sinistra 14
■ Chirurgia	Emorroidi: prolassectomia con nuova suturatrice meccanica 16
■ Diabetologia	Consumo di riso e rischio di diabete di tipo 2 17
■ Gastroenterologia	Management dei pazienti con infezione da <i>Helicobacter pylori</i> 18
■ Oncologia	Nuove armi per combattere i tumori neuroendocrini 19
■ Prevenzione	Flavonoidi, importanti alleati contro le malattie cardiovascolari 20

CLINICA E TERAPIA

■ Intervista	Metodiche innovative e tecnologie all'avanguardia contro il diabete 22
■ Rassegna	Management della fibrillazione atriale nelle residenze per anziani 24
■ Diario ambulatoriale	La settimana di un medico di famiglia 26
■ Indagini	Dolore, un parametro importante che va sempre misurato 28
■ Ricerche	Prescrizioni spesso da correggere 31
■ Monitor 32

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 Oggionni

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 IFSE
Association of Publishers of Health Services of Countries

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

Ssn e spending review: necessità e legittimi timori

L'8 maggio è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* (n. 106) il DI sulla razionalizzazione della spesa pubblica che contiene la *spending review*. Non sono mancati commenti ed esternazioni dai contenuti preoccupanti in merito ai 97,6 miliardi di spesa rivedibile individuati nel comparto sanità. Per i più si tratta di un male necessario, ma c'è chi mette in guardia sul fatto che la cifra da recuperare è tale da compromettere in maniera strutturale equità e diritto alla salute: i margini d'azione - su di un comparto che da lunghi anni è sottoposto a tagli - sono ridotti all'osso. Non rassicurano neanche le dichiarazioni del ministro Balduzzi con cui sottolinea che la sanità deve poter contare su risorse adeguate, perché è un settore primario per la qualità della vita e può essere un volano per l'intero sistema Paese. È proprio il concetto di "risorse adeguate" a creare inquietudine. Non potrebbe che essere così, tenuto conto dell'attuale congiuntura economica europea e del fatto che il nostro Paese è in piena recessione. Tra meno di otto anni il 21% della popolazione italiana sarà composta da ultraottantenni e non c'è bisogno di spiegare cosa significhi ciò in termini di assistenza, cronicità e spesa pensionistica. Quindi se il Pil del Paese non cresce, queste risorse adeguate dove le troviamo senza intaccare l'universalismo del nostro Sistema sanitario nazionale? Qualcuno al riguardo ricorda che il tanto decantato universalismo del Ssn vive solo sulla carta ed è declinato a discrezione del Patto di stabilità - che nemmeno più le Regioni un tempo virtuose riescono a sostenere - e dai Piani di rientro della Regione in cui si è residenti. E allora c'è chi invoca meno Stato e più mercato, chi una manutenzione straordinaria della sanità affidandosi alla programmazione, oppure un cambiamento culturale capace di rompere quell'ostilità al cambiamento che pervade i gangli di tutta la nostra società. Nel frattempo non ci resta che sperare che qualcuno vigili sul fatto che la tanto decantata e necessaria riorganizzazione della "spesa" non leda ancor di più quei comparti vitali per fronteggiare i bisogni futuri di cura e assistenza da tempo sottofinanziati. Il tanto auspicato nuovo assetto delle cure territoriali per esempio, malgrado l'accordo siglato, potrebbe rischiare per l'ennesima volta di essere solo un mero esercizio teorico.

La gestione delle cronicità tra progetti, sperimentazioni e modelli

Numerosi sono i convegni e i meeting in cui sono protagonisti i modelli messi in campo nelle varie Regioni italiane per rispondere efficacemente alla domanda assistenziale che l'aumento delle patologie croniche ha creato sul territorio. Recentemente due convegni si sono succeduti a breve distanza sull'argomento: uno a Milano e l'altro a Roma. Il primo organizzato dalla sezione Lombarda del Sindacato dei Medici Italiano (Smi), il secondo, promosso dall'Associazione Parlamentare per la Tutela e la Promozione del Diritto alla Prevenzione con il supporto di Pfizer Italia

Tre sperimentazioni di *Chronic Care Model*, avviate in Puglia, Lazio, Marche e Abruzzo sono state protagoniste di un recente convegno a Roma: "Assistenza primaria tra innovazione e sostenibilità", promosso dall'Associazione Parlamentare per la Tutela e la Promozione del Diritto alla Prevenzione con il supporto di Pfizer Italia. Seppure da un'angolazione diversa, di *Chronic Care Model* si è parlato anche a Milano nell'evento organizzato dallo Smi lombardo in cui sono stati esaminati i modelli della Regione Emilia-Romagna, del Veneto, della Toscana e quello della Lombardia.

► Il convegno romano



Nel convegno romano l'attenzione è stata focalizzata sui risultati dei progetti Leonardo (Puglia), Michelangelo (Lazio), Raffaello (Marche e Abruzzo). Caratteristica comune di queste sperimentazioni è l'adozione di un modello multiprofessionale, un *team* che mette insieme infermieri, medici di medicina generale, specialisti e i pazienti stessi. L'infermiere riveste

il ruolo di *care manager*, affianca il paziente, lo sostiene nelle decisioni, nelle terapie, nei rapporti con i medici e le strutture sanitarie. "Il coinvolgimento diretto del paziente nel seguire la propria cura richiede l'individuazione di opportune strategie - ha sottolineato il senatore **Antonio Tomassini**, Presidente della 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato e Presidente dell'Associazione Parlamentare per la Tutela e la Promozione del Diritto alla Prevenzione - che tengano conto dell'efficacia, della sostenibilità e dell'equità delle cure. Tutto ciò non può che migliorare lo stile di vita per tutti i pazienti, a prescindere dalle caratteristiche demografiche e culturali del paziente stesso". Per quanto concerne il Progetto Michelangelo - secondo quanto esplicitato da **Roberto Ricci**, Primario UOC Cardiologia, Ospedale Santo Spirito di Roma e Responsabile del Progetto - i risultati sono stati rilevanti, si è infatti osservata una riduzione significativa di tutti i fattori di rischio cardiovascolari e un miglioramento del-

le variabili comportamentali studiate. Gli esiti del progetto Raffaello hanno mostrato l'efficacia e l'economicità dell'intervento di *disease e care management* nel riportare sotto controllo diabete e ipertensione e nel ridurre il rischio cardiovascolare dei 900 pazienti coinvolti. Anche il Progetto Leonardo, ha centrato gli obiettivi e, visti i risultati, si è deciso di proseguire nella sperimentazione, trovando questa volta risorse regionali. "In Puglia - ha precisato **Ambrogio Aquilino**, direttore Medico Area Accreditamento, Qualità e Ricerca, Agenzia Regionale Sanitaria Puglia e Responsabile del Progetto Leonardo - si sta estendendo il modello di presa in carico e gestione delle cronicità sperimentato con il Progetto Leonardo, facendo leva sull'organizzazione della medicina generale, sull'integrazione con il distretto e sull'inserimento di nuove funzioni professionali attraverso il *care manager*. L'obiettivo è la riorganizzazione dell'assistenza primaria per la sostenibilità dei sistemi di cura".



Smi: centralità del Mmg, integrazione territoriale e distretto, elementi fondanti nella gestione delle cronicità



Case della Salute, Utap, Creg: sono i modelli su cui si sono concentrate le relazioni presentate all'evento organizzato a Milano dallo Smi lombardo: "Chronic Care Model: la gestione efficiente della cronicità - modelli a confronto". Una particolare attenzione è stata posta alla sperimentazione dei Creg.

"I Creg - ha sottolineato **Salvo Cali** - affrontano una parte del problema inerente alla gestione del paziente cronico, quello dei percorsi diagnostico-terapeutici individuali fornendo un pacchetto di prestazioni la cui gestione, sotto il profilo organizzativo, è esternalizzata o ai Mmg attraverso le cooperative o ad altri eventuali provider. I limiti di questa sperimentazione, che è comunque lodevole nel voler trovare una soluzione a un problema attualissimo sta nel fatto che la globalità dei problemi del paziente e l'integrazione socio sanitaria sono fuori dal percorso dei Creg. Si tratta di problematiche niente affatto marginali nella presa in carico del paziente cronico a cui è comunque necessario fornire delle risposte".

Maurizio Andreoli, Responsabile nazionale Smi - Area integrazione sociosanitaria, è entrato nel merito della questione sottolineando che: "Non vi è nel progetto Creg una visione integrata dei bisogni del paziente cronico, che sono sanitari e anche sociali. Ciò rappresenta un passo indietro rispetto all'attività quotidiana della medicina generale, che già oggi si deve relazionare con una rete di riferimento molto ampia e articolata che ruota attorno al singolo paziente. Può essere interessante e innovativo il fatto che

la domanda e l'offerta di servizi si incontrino al di fuori dei canali tradizionali, ma tutto ciò deve essere opportunamente vagliato e valutato". Il cuore del problema, secondo Andreoli, sta nel fatto che il servizio sanitario regionale pubblico, una volta espletata la fase tecnica di individuazione dei soggetti e dei bisogni, sembra abdicare al suo naturale ruolo di committente, addirittura facendo un passo indietro rispetto al ruolo, già debole, di programmazione acquisto e controllo delle Asl lombarde.

"Certamente - spiega Andreoli - l'attività andrà rendicontata, ma sempre in una logica burocratica ed economica e con una enfasi sui processi rispetto agli esiti. Ciò può portare ad una vera e propria marginalizzazione della MG. Inoltre, se non vengono ben chiariti gli obiettivi, il ruolo di committente si potrebbe spostare dal servizio sanitario regionale ai provider". Per **Enzo Scafuro**, segretario regionale Smi, trasferire sul territorio una modalità di gestione delle risorse simile a quella presente negli ospedali è sicuramente un apprezzabile fatto innovativo. "Ma non si può dimenticare - fa notare il segretario regionale - che l'ospedale cura la malattia e le sue acuzie mentre la peculiarità della medicina generale è l'approccio olistico orientato ai problemi. Con il sistema dei Creg si potrebbe correre il rischio di selezionare Drg del territorio meno impegnativi e più remunerativi".

"Siamo ben consapevoli che non può esistere un *Chronic Care Model* unico - dichiara Scafuro - perché diverse sono le realtà territoriali. È bene però

rimarcare che queste realtà devono ispirarsi a modelli d'integrazione socio sanitari, multidisciplinari e multiprofessionali confrontandosi con le Asl e i distretti, facendo tesoro delle precedenti esperienze di governo clinico. In altre parole occorre una cornice nazionale entro la quale muoversi per garantire l'equità e l'eguaglianza delle cure e per rispondere in modo adeguato, etico e deontologico alla domanda crescente di salute".

► Oltre la Lombardia...

Sono promossi con riserva anche i modelli adottati in altre Regioni. "In altre Regione si stanno sperimentando delle forme diverse che sono più strutturali che funzionali organizzative - specifica Cali - legate alla presenza di grandi strutture sul territorio come le Case della Salute o le Utap attorno alle quali o all'interno delle quali si organizza l'offerta ai pazienti. Anche questi modelli presentano delle criticità tra cui non va minimizzato il rischio di sguarnire il territorio e quindi di compromettere uno dei grandi punti di forza del Ssn, che è la capillarità della presenza territoriale degli studi dei Mmg e quindi la prossimità di cure al paziente bisognoso".

www.qr-link.it/video/0612



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

Il documento Fimmg sui farmaci generici

Il sindacato mette nero su bianco le problematiche legate alla gestione dei farmaci equivalenti in medicina generale e, rilevate le criticità, raccomanda ai Mmg di apporre sulla ricetta la dicitura "non sostituibile"

Fimmg raccomanda di utilizzare la dicitura "non sostituibile" quando si prescrivono farmaci generici. Una posizione certamente non nuova e dichiarata a chiare lettere durante il dibattito relativo alla prima stesura del comma 9 dell'art. 11 del decreto "Cresci Italia". Stavolta il "consiglio" non ha solo una matrice orale, ma è messo nero su bianco nelle conclusioni di un documento stilato *ad hoc* dal titolo: "Farmaci generici (equivalenti): problemi di gestione in medicina generale".

► I passaggi salienti del documento

"I medicinali generici - si legge nelle conclusioni del documento Fimmg - rappresentano certamente un'opportunità per il risparmio se rispondono a criteri di efficacia e tollerabilità paragonabili a quelli dei farmaci originali per i quali il brevetto è scaduto. Giuridicamente il medico è responsabile della prescrizione anche se il farmacista opera una sostituzione (cosa che gli è consentita dalla legge). Pertanto il medico dovrebbe apporre sulla ricetta la dicitura "non sostituibile" quando ritiene che per varie ragioni la sostituzione della sua prescrizione possa recare danni al paziente. Questo dovrebbe essere fatto sia che pre-

scriva un originale a brevetto scaduto sia che prescriva un generico o equivalente che dir si voglia".

Questa indicazione scaturisce da una particolareggiata disamina delle implicazioni relative alla sostituzione dei farmaci generici che parte dalla definizione di tali farmaci (art. 10, comma 5 D.lvo n. 219/06; art. 10, comma 2 Direttiva europea 2001/83/CEE successive modificazioni), pone l'attenzione sulla bioequivalenza, sottolineando che sebbene "la procedura di determinazione della bioequivalenza è molto rigorosa rimangono problemi di difficile soluzione" tra cui elenca il cosiddetto fenomeno "bio-creep". Al riguardo nel documento si specifica che: "I test di bioequivalenza sono eseguiti tra il singolo prodotto generico ed il suo corrispondente prodotto originale. Questa situazione non garantisce che due o più generici dello stesso originale siano tra loro bioequivalenti. Per esempio, supponendo che un generico abbia una biodisponibilità (AUC)+15% ed un secondo generico una biodisponibilità -13%, entrambi sono bioequivalenti rispetto allo standard che imitano, ma non sono tra loro bioequivalenti. Questo implica che la sostituibilità potrebbe avvenire tra originale e generico, ma non tra generico e generico".

► La validità dei generici non è in discussione...

"Equivalente non significa identico - ha dichiarato **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg nella conferenza stampa di presentazione del documento - perché la risposta di un paziente può essere diversa passando dal farmaco originale al generico o da un generico all'altro. Non si vuole mettere in discussione la validità dei generici, ma evidenziare la delicatezza della sostituibilità automatica, non solo tra farmaco *originator* e generico, ma ancor più tra due diversi generici".

Luigi Sparano, segretario provinciale Fimmg di Napoli ha precisato che i medici di famiglia sono stati da subito grandi sostenitori dei farmaci generici poiché permettono di trattare un maggior numero di pazienti contenendo la spesa: "Ma bisogna tener presente - ha evidenziato - che se nel 1996, quando si cominciò a parlare di generici, per ogni principio attivo c'erano solo uno o due equivalenti, oggi per i farmaci di maggior diffusione abbiamo decine e decine di generici a disposizione. Con una variabilità che è difficile per noi verificare". "Per questo motivo - ha ribadito Milillo - la Fimmg invita i Mmg a indicare sulla ricetta la dicitura "non sostituibile", sia che si tratti di un farmaco con *brand* sia che si tratti di un equivalente generico".

Sanità territoriale: i distinguo di Snamì

Il sindacato si dichiara favorevole al passaggio volontario alla dirigenza, ma dice no al ruolo unico e alla bozza di proposta che riscrive ruolo e ambiti della professione infermieristica

In merito al nuovo assetto dell'assistenza territoriale, Snamì recepisce in maniera positiva l'eventuale passaggio alla dirigenza, ma tiene a sottolineare le perplessità e le zone d'ombra sulle modalità ed i percorsi dei cambiamenti previsti dall'accordo siglato con il ministero.

► La proposta

“In particolare è una certa idea del ruolo unico - dichiara **Vito D'Angelo**, responsabile nazionale per l'Emergenza territoriale - che crea delle perplessità, perché annullerebbe di fatto i diritti acquisiti, mortificando le competenze e la specificità del medi-

co dell'Emergenza territoriale che in questi anni ha maturato professionalità, acquisendo dei ruoli specialistici e di particolare competenza nell'assistenza sul territorio”. Per D'Angelo è bene non sottovalutare l'eventualità che possa farsi spazio l'idea perversa di depauperare il territorio dalla presenza del medico di emergenza a vantaggio degli ospedali.

Si auspica quindi un passaggio volontario alla dipendenza, un ruolo unico che mantenga la specificità territoriale e ospedaliera, con l'avvio di un'intensa programmazione formativa che persegua linee guida comuni specifiche nel campo dell'Emergenza. Per questa finalità Snamì si sta

adoperando per la promozione di un percorso culturale volto a superare la disomogeneità di ruoli che ha assunto il comparto in diverse Regioni.

Riguardo al progetto ministeriale che riscrive ruolo e ambiti della professione infermieristica, Snamì si dichiara nettamente contrario ad affidare il territorio a personale sanitario non medico per: l'esecuzione di percorsi clinico assistenziali, la gestione del trattamento farmacologico e l'utilizzazione di strumenti di diagnostica. Secondo Vito D'angelo la proposta ministeriale ha tutta l'aria di una mera operazione di risparmio a discapito della qualità dell'assistenza al cittadino”.

Un passo avanti per la responsabilità professionale

Siglato l'accordo tra governo e sindacati sul documento che punta a ridefinire la responsabilità professionale di medici e operatori sanitari

Mettere un argine alle denunce che stanno sempre più compromettendo la relazione tra medico-paziente e operatori sanitari e che in questi ultimi anni hanno dato impulso alla medicina difensiva. È questa una delle finalità del documento firmato recentemente dai sindacati di categoria al tavolo tecnico ministeriale sulla responsabilità professionale.

Il documento interviene su molteplici aspetti, da quello legislativo a quello assicurativo, da quello organizzativo a quello giudiziario con proposte operative che cercano di ridefinire la responsabilità professionale dei medici e dei sanitari.

“Un testo che aumenta le protezioni per la categoria - ha dichiarato **Pina Onotri**, delegata Smi al tavolo tecnico - che vede estendere le tutele anche ai medici convenzionati, fino ora esclusi, per quanto riguarda la previsione di una copertura con contratti *ad hoc* per la colpa grave. È il terzo documento ministeriale firmato in poco tempo che vede una forte convergenza delle principali sigle sindacali. Auspichiamo che questa ritrovata capacità di dialogo continui anche in altri ambiti e nelle prossime settimane si confermi anche nella fase attuativa di queste proposte”.

Secondo **Massimo Cozza**, segreta-

rio nazionale Fp-Cgil Medici si tratta di un buon avvio che però dovrà tradursi in un impegno politico entro la fine della legislatura”.

► Le novità in sintesi

Il documento prevede l'implementazione di “sistemi di gestione del rischio (...) con l'istituzione della struttura di *risk management* come unità operativa complessa dipendente dalla direzione sanitaria e la costituzione di una rete di referenti in ogni struttura dell'azienda”.

Per delimitare il ricorso alla medicina difensiva si propone di introdurre una norma in ambito civilistico, che ristabilisca il principio di necessità dell'esistenza del rapporto cause ed effetto nella responsabilità professionale sanitaria, compresi i casi di omessa informazione. Per quanto concerne l'atto medico si suggerisce una definizione normativa della colpa grave in ambito sanitario. Altro punto significativo è “l'istituzione di collegi peritali composti da professionisti delle varie discipline, coordinati da un medico legale, albi specialistici di consulenti tecnici” e l'attivazione di corsi formativi universitari e aziendali in tema di rischio clinico.

A garanzia di una adeguata copertura assicurativa si indica di:

- introdurre una norma che preveda la responsabilità del legale rappresentante dell'ente per le aziende che non rispettano le norme contrattuali sulla copertura assicurativa e sul patrocinio legale;
- modulare le polizze in base alla tipologia di struttura, all'organizzazione dell'ente stesso, al numero e alla tipologia di attrezzature utilizzate e alla tipologia delle specialità mediche che sono presenti nella aziende;
- prevedere, in una norma, l'obbligo da parte delle aziende, stipulare contratti per la copertura della colpa grave per dirigenti e medici;
- predisporre un contratto unico che sia valido su tutto il territorio nazionale al fine di garantire uguale tutela a tutti i medici dei servizi sanitari regionali;
- costituire un tavolo tecnico con l'Ania, l'associazione delle assicurazioni, per stabilire proporzionalità tra costi e rischi;
- attivare e promuovere soluzione extragiudiziarie dei contenziosi.

L'eventuale azione di risarcimento del danno dovrà avere come legittimato passivo non il medico ma la Regione, la quale potrà agire entro un anno con azione di rivalsa verso il medico.

Serve un'indennità di rischio per la Continuità Assistenziale

Visto l'attuale stato lavorativo, è necessario considerare oltre al compenso orario per il medico di CA anche una voce di indennità di rischio generico su impianto nazionale e specifico sul territorio

Giuseppe Mittiga

*Medico di medicina generale
Viterbo*

Per anni la Continuità Assistenziale (CA) è stata considerata opzione di serie B, lontana da significative rivendicazioni sindacali poiché ritenuta una fase occupazionale transitoria e non definitiva. Estremamente frammentata per Regione per compensi, attività e organizzazione è giunta alle cronache per le lesioni o eventi ancora più gravi ai danni dei medici addetti. La giurisprudenza è venuta via via limitando la discrezionalità dell'operato del medico incaricato del servizio, obbligandolo quasi sempre a prestare la propria opera in ogni situazione. La legge ha forza maggiore degli accordi e delle linee guida. Un medico di CA lavora 24 ore settimanali minime percependo circa (ribadisco circa) la metà del compenso del collega di assistenza primaria con massimale scelte che ad oggi ha un minimo di apertura di studio di 15 ore settimanali.

Nessuna "guerra" tra colleghi sia chiaro: il medico di CA può avere una notte poco movimentata così come invece al collega di assistenza primaria possono non bastare 5 ore al giorno di studio per smaltire il lavoro con una o due visite domiciliari a seguire. Il primo non ha spese se non quelle dell'automezzo quando la Asl non lo fornisce, il secondo è vessato da Irpef, Irap (con alcune eccezioni), spese utenze, rifiuti speciali, affitto, ecc. Abbiamo di che lamentarci, ma.... Se sono vere le notizie apprese dalla stampa sulla carenza di vocazioni

soprattutto al Nord verso il servizio di Continuità Assistenziale, i sindacati tutti e la Parte pubblica devono considerare oltre al compenso orario per il medico di CA anche una voce di indennità di rischio generico su impianto nazionale e specifico - laddove esiste - secondo gli accordi regionali. Il collega ospitato nei locali di un ospedale e protetto dal servizio di vigilanza non corre gli stessi rischi di chi è "protetto" da un porticina vecchia di 40 anni senza spioncino. Gli accordi regionali in cui si promette e si programma un adeguamento delle postazioni restano spesso - per motivi diversi - solo dichiarazioni d'intenti.

Quanto al futuro della guardia medica (mi si lasci chiamarla così) vedo difficile, anche se non impossibile, l'attuazione pratica di modifiche dell'Acn con medici di assistenza primaria costretti o disponibili al lavoro da turnista o con un turnista. Dubito anche sull'integrazione reale tra guardisti e medici di assistenza primaria, ancor prima che contrattuale e di accesso alla convenzione. Sulla carta e formalmente tutto è possibile, ma chi questo lavoro lo fa sa che poi a tavolino le cose non sono così semplici.

Soppressione della guardia medica? Soprattutto nella realtà provinciale i primi a protestare non sarebbero i sindaci o i cittadini, ma i medici stessi di assistenza primaria la cui abitazione privata è quasi sempre nota ai propri assistiti e un paziente in difficoltà supera ogni bunker!

Una risposta appropriata alla gestione della cronicità residenziale

L'Ospedale di Comunità di Maniago in Friuli Venezia Giulia, dopo quasi 12 anni di attività, conferma le sue potenzialità iniziali di presidio intermedio sul territorio per la presa in carico di pazienti affetti da riacutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali per cui non sono necessarie terapie intensive

Luigi Cerrone

Ospedale di Comunità di Maniago (PN)



Medici e infermieri dell'Ospedale di Comunità di Maniago (PN)

Gli Ospedali di Comunità (OdC) sono un'esperienza innovativa venuta dal basso che ha anticipato i provvedimenti legislativi finalizzati alla gestione della cronicità residenziale sul territorio. Laddove sono stati realizzati rappresentano la più alta risposta sanitaria del servizio pubblico.

L'OdC infatti favorisce risposte assistenziali in regime di ricovero a pazienti affetti da riacutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali per cui non sono necessarie terapie intensive o diagnostica a elevata tecnologia, tutto ciò avviene in un ambiente con assistenza infermieristica e addetti alla cura della persona h. 24 e presenza o reperibilità del medico di medicina generale dalle 8 alle 20 e da parte della continuità assistenziale nell'orario di sua competenza.

Proprio per queste caratteristiche gli OdC si sono rivelati necessari al territorio perché rispondono più tempestivamente alle necessità cliniche della persona a differenza degli altri servizi (Rsa, case protette o di riposo, ecc.) in cui prevalgono aspetti sociali o socio-sanitari con accessi determinati da liste d'attesa o da commissioni di valutazione che spesso rallentano la risposta a bisogni in quei momenti indifferibili. Ne è un esempio l'Ospedale di Comunità di Maniago in Friuli Venezia Giulia, nato inizialmente tra lo scetticismo di certa politica, ma fortemente accettato dalla popo-

lazione e dagli stessi operatori che oggi vi lavorano, dopo quasi 12 anni di attività ha confermato le sue potenzialità iniziali ponendosi tra l'assistenza altamente tecnologica degli ospedali per acuti e quella domiciliare quale modello appropriato di cure intermedie sul territorio. Come già in precedenza delineato (*M.D.* 2010; 35:14) il Mmg ha a disposizione uno strumento che, in casi selezionati, gli permette di ricoverare direttamente i propri assistiti e di assumersi una responsabilità clinica e gestionale in prima persona.

L'analisi dell'attività dell'OdC di Maniago, relativa all'anno 2010, mostra quanto questo presidio sia sempre più un punto di riferimento per pazienti anziani affetti da riacutizzazioni di patologie croniche. Nel 2010 il 54% dei pazienti ricoverati rientrava in una fascia di età compresa tra i 65 e gli 85 anni e il 16% oltre gli 85 anni.

Oltre il 20% dei ricoveri effettuati in quell'anno è da attribuire a malattie dell'apparato circolatorio, il 18% a disturbi psichici e l'11% a patologie neoplastiche (*figura 1 e 2*). La prevalenza delle patologie croniche degenerative imporrà sempre più ai servizi sanitari il mantenimento e potenziamento di strutture che soddisfano i bisogni della popolazione anziana bisognosa di assistenza domiciliare, ma anche di sedi opportune come gli Ospedali di Comunità per il ricovero, quando l'assistenza domiciliare è di difficile realizzazione.

Figura 1

Fascia d'età dei ricoveri

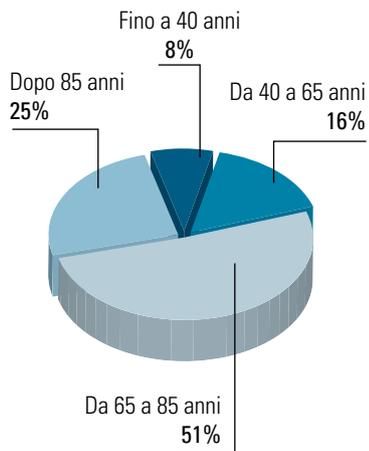
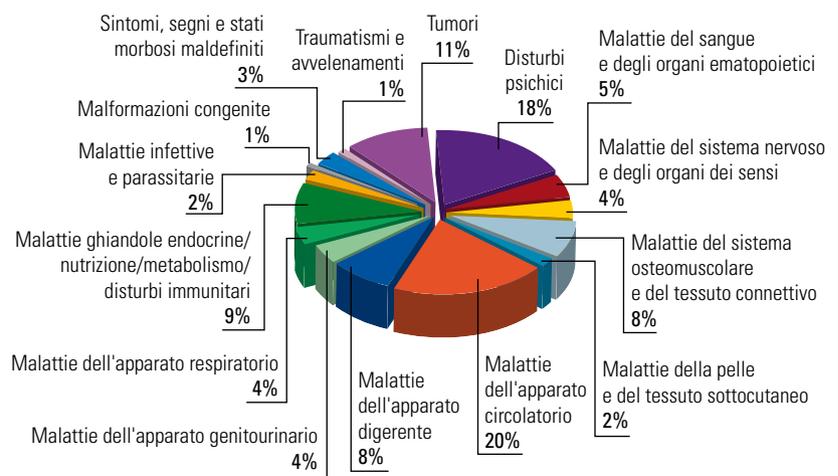
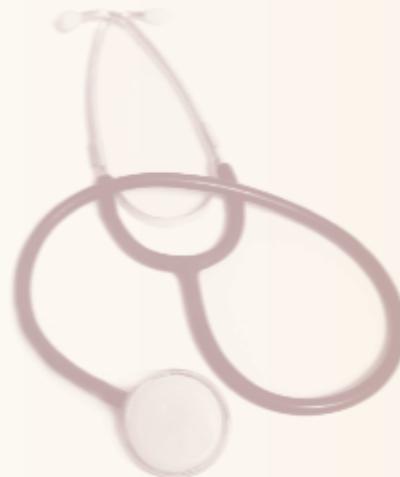


Figura 2

Ospedale di comunità - Diagnosi utenti anno 2010



AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **CARDIOLOGIA**

Effetti di telmisartan sull'ipertrofia ventricolare sinistra

■ **CHIRURGIA**

Emorroidi: prolassettomia con nuova suturatrice meccanica

■ **DIABETOLOGIA**

Consumo di riso e rischio di diabete di tipo 2

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Management dei pazienti con infezione da Helicobacter pylori

■ **ONCOLOGIA**

Nuove armi per combattere i tumori neuroendocrini

■ **PREVENZIONE**

Flavonoidi, importanti alleati contro le malattie cardiovascolari

■ CARDIOLOGIA

Effetti di telmisartan sull'ipertrofia ventricolare sinistra

L'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) in pazienti ipertesi aumenta in maniera significativa il rischio di coronaropatia, ictus e scompenso cardiaco. L'ipertensione è di per sé un fattore di rischio per IVS, ma l'angiotensina II esplica a sua volta un effetto di proliferazione diretto che sta probabilmente alla base del rimodellamento cardiaco. È nota l'azione di ACE-inibitori e sartani nella riduzione dell'iper-

tofia ventricolare sinistra, ma ciò non è dimostrato in pazienti ad alto rischio.

Telmisartan è un sartano che ha dimostrato di ridurre gli eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio.

► Studio TRANSCEND

Nello studio TRANSCEND (Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE Intolerant Subjects With Cardiovascular Disease) telmisartan ha ridotto significativamente il rischio di IVS del 21% e il rischio di nuova IVS del 37% rispetto al gruppo placebo (*Lancet* 2008; 372: 1174-83).

Nel trial i pazienti ad alto rischio cardiovascolare ed intolleranti agli ACE-inibitori sono stati randomizzati a ricevere telmisartan o placebo (n=5926).

La prevalenza dell'IVS nei pazienti arruolati è stata del 12.7%.

Nei pazienti in trattamento con telmisartan la prevalenza di IVS dopo 2 anni era scesa al 10.5% e dopo 5 anni al 9.9% e nei pazienti in trattamento con placebo dopo 2 anni la prevalenza di IVS era del 12.7% e dopo 5 anni del 12.8% (RRR 21% p=0.0017 figura 1).

L'IVS è stata meno frequente nei pazienti trattati con telmisartan rispetto a placebo (RRR 37% p=0.0001 figura 2).

I dati dello studio TRANSCEND sono stati confermati anche dallo studio ONTARGET nel confronto con ramipril (*Circulation* 2009; 120: 1380-9).

Figura 1

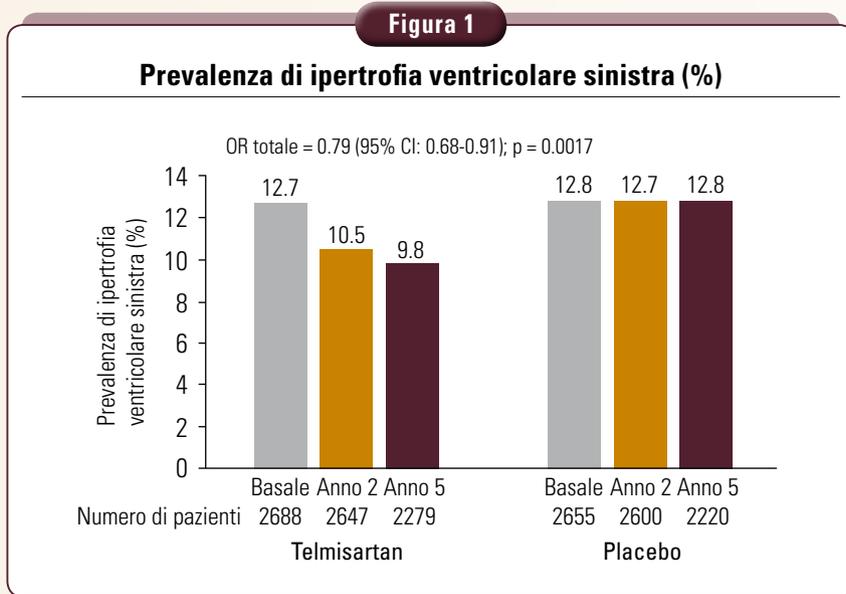
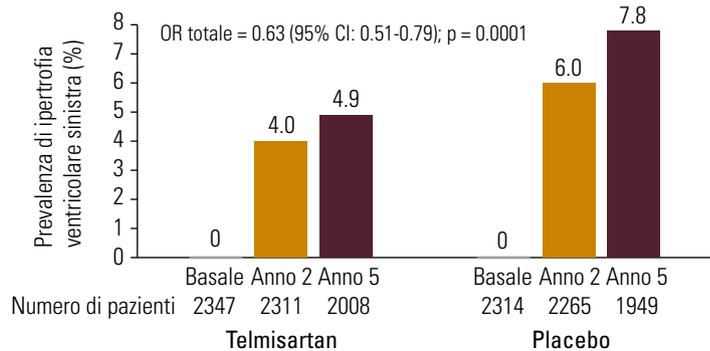


Figura 2

Nuovi casi di ipertrofia ventricolare sinistra (%)



La prevalenza di IVS è stata del 12.4% nei due gruppi; al termine dello studio la prevalenza è stata leggermente inferiore nel gruppo in trattamento con telmisartan rispetto al gruppo in trattamento con ramipril.

In sintesi i risultati dello studio TRANSCEND dimostrano che telmisartan è superiore al placebo nel prevenire l'ipertrofia ventricolare sinistra nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare e quest'effetto è indipendente dalle variazioni di pressione arteriosa.

■ CHIRURGIA

Emorroidi: prolassectomia con nuova suturatrice meccanica

■ **Patrizia Lattuada**

Le tecniche chirurgiche per la terapia delle emorroidi (Ferguson e Milligan-Morgan) hanno tempi di degenza di 2-4 giorni, un decorso doloroso e prolungato e un rischio di recidive del 2% che nella prolassectomia con Stapler, nota come tecnica di Longo, si attesta all'8-9%. Di recente l'approccio chirurgico è stato perfezionato grazie all'ideazione della "sutartrice meccanica circolare ad alto volume", che rappresenta un progresso tecnologico nel trattamento delle emorroidi. "L'introduzio-

ne nella pratica clinica della nuova suturatrice consente al chirurgo da un lato la rimozione di una maggior quantità di tessuto prolassato, con la conseguente diminuzione del rischio di recidive, dall'altro un sistema di sutura più efficace e meno emorragica, con riduzione delle complicanze postoperatorie", commenta **Giuliano Reboa**, colonproctologo presso la Casa di Cura San Camillo di Forte dei Marmi e inventore della nuova tecnologia. Pur non modificando le procedure chirurgiche standardizzate, con il

nuovo dispositivo è possibile ottenere risultati più efficaci. Il maggior volume di tessuto asportato consente, infatti, di trattare in modo più completo tutti i gradi di malattia senza pericolo di lasciare residui. I pazienti eligibili per il nuovo approccio sono quelli con emorroidi di II grado avanzato, III e IV grado e con prolassi retтали. La nuova opzione tecnologica è riconosciuta dal Ssn all'interno di strutture ospedaliere specializzate. Si stima che da gennaio in Italia sono stati compiuti già 700 interventi e nel mondo ne sono già eseguiti oltre 5.000.

www.qr-link.it/video/0612



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

Confronto fra le tecniche chirurgiche

	Tecnica Ferguson	Tecnica Milligan e Morgan	Prolassectomia con suturatrice meccanica	Prolassectomia con nuova suturatrice
Vantaggi/ Svantaggi	Minore rischio di recidive. Il dolore è molto intenso nei primi tempi dopo l'intervento.	Minore rischio di recidive. Il dolore è molto intenso nei primi tempi dopo l'intervento.	Asportazione di un anello di prolasso mucoso al di sopra dei cuscinetti emorroidari e loro riposizionamento nella sede naturale. La conservazione dei cuscinetti è importante per la continenza anale. Dolore limitato.	Asportazione di un anello di prolasso mucoso al di sopra dei cuscinetti emorroidari e loro riposizionamento nella sede naturale. La conservazione dei cuscinetti è importante per la continenza anale. Dolore limitato e minore sanguinamento postoperatorio, minor rischio di recidive.

■ DIABETOLOGIA

Consumo di riso e rischio di diabete di tipo 2

■ Elisabetta Torretta

La coltivazione del riso si afferma 8-9mila anni fa nella regione del fiume Yangtze in Cina e oggi rappresenta una preziosa fonte alimentare per oltre la metà della popolazione mondiale, soprattutto di quella che vive in Paesi ad alta densità di abitanti come Cina, India e Giappone.

Il consumo di questa graminacea rappresenta però, soprattutto nelle sue forme più raffinate, un contribuente primario al carico glicemico della dieta. E, come evidenziato in studi osservazionali su larga scala condotti tra popolazioni diverse, una dieta con un elevato indice glicemico è associata ad un aumentato rischio di sviluppare diabete di tipo 2.

Una recente metanalisi, condotta su studi prospettici di coorte, ha valutato l'associazione tra consumo di riso e incidenza di diabete di tipo 2, quantificando la relazione dose-risposta tra intake di riso e malattia (*BMJ* 2012; 344:e1454 doi: 10.1136/bmj.e1454).

Quattro studi hanno pienamente soddisfatto i criteri di inclusione, per un totale di oltre 350mila pa-

zienti arruolati. Tra i partecipanti sono stati registrati 13.284 casi di diabete di tipo 2 di nuova insorgenza durante periodi di follow-up compresi tra 4 e 22 anni. I livelli medi di intake di riso sono risultati estremamente variabili: per esempio nello studio cinese la quantità media assunta giornalmente era di approssimativamente 4 porzioni/die (pari a circa 625 g), mentre negli Stati Uniti si registravano quantità decisamente inferiori (meno di 5 porzioni/settimana).

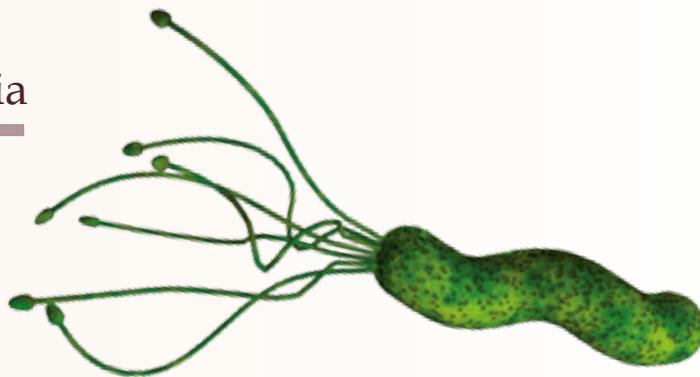
L'analisi di tutti i dati derivanti dagli studi ha messo in luce la presenza di un rischio relativo complessivo di sviluppare diabete di tipo 2 di 1.27 correlato a un importante consumo di riso. Dopo stratificazione della popolazione in base all'etnia, l'associazione è risultata più forte per le popolazioni asiatiche (rischio relativo 1.55) che non per quelle occidentali (rischio relativo 1.12), sebbene in nessuno dei due casi si fosse raggiunta la significatività statistica.

Un altro dato interessante emerso dalla metanalisi è quello della dose-risposta tra consumo di riso e

rischio di diabete. È, infatti, emerso che per ogni incremento di porzione di riso assunta giornalmente il rischio relativo è pari a 1.11. Utilizzando i dati di incidenza del diabete nella popolazione americana di mezza età, questo significa che per ogni aumento giornaliero di porzione consumata si registrano 167 casi di diabete per 100mila persone ogni anno. Tradotto in percentuale ciò equivale a dire che ad ogni porzione/die di riso consumata si associa un aumento dell'11% del rischio di diabete nella popolazione generale.

È inoltre emersa un'associazione di rischio più pronunciata tra le donne (rischio relativo 1.46) che non tra gli uomini (rischio relativo 1.08).

Diversi sono i meccanismi in grado di spiegare il fenomeno. Gioca sicuramente un ruolo di primo piano il fatto che nelle popolazioni asiatiche il riso costituisce il principale contributo al carico glicemico giornaliero (si va dal 58.5% nelle donne giapponesi al 73.9%, nelle donne che vivono a Shanghai). Tuttavia non si tratta solo di quantità assunte perché va considerata la diversità dell'indice glicemico in relazione al contenuto di amilosio, ad altre peculiarità botaniche, ai metodi di lavorazione. Infine, il rischio di diabete potrebbe derivare da altri meccanismi: il riso bianco, per esempio, ha un minor contenuto di nutrienti, fibre, magnesio, vitamine, fitoestrogeni, acido fitico che in alcuni studi sono risultati associati alla riduzione del rischio di diabete (fibre insolubili e magnesio in primo luogo).



■ GASTROENTEROLOGIA

Management dei pazienti con infezione da *Helicobacter pylori*

Nella quarta edizione della conferenza di Maastrich/Firenze (Malfertheiner P, et al. *Gut* 2012; 61: 646-64) i gruppi di lavoro hanno preso in esame tre *topics* correlati all'infezione da *Helicobacter pylori* e precisamente: indicazioni e controindicazioni per la diagnosi e il trattamento (soffermandosi su dispepsia, uso di Fans e di Asa, malattia da reflusso gastro-esofageo e manifestazione extraintestinali dell'infezione); test diagnostici e trattamento; prevenzione del cancro gastrico e di altre complicazioni.

Ha grado di raccomandazione A la strategia *test-and-treat*, che è appropriata nelle popolazioni dove l'incidenza di *H. pylori* è elevata ($\geq 20\%$) ma non è applicabile a soggetti con sintomi d'allarme, o segni associabili a tumore gastrico o a pazienti anziani. Vengono in genere utilizzati l'Urea Breath Test (UBT) o test con anticorpi monoclonali per la ricerca di antigeni fecali.

L'eradicazione di *H. pylori* determina un significativo miglioramento dei sintomi della dispepsia funzionale (grado di raccomandazione A), con risposte migliori soprattutto nelle regioni ad elevata prevalenza dell'infezione, anche se si registrano delle differenze di costo-efficacia in funzione dell'area geografica considerata (negli USA

per esempio vi sono alcuni dubbi che dipendono dall'elevato costo del trattamento eradicante).

La presenza di reflusso gastro-esofageo non dovrebbe dissuadere il medico dal proporre, se indicato, un trattamento eradicante in quanto l'eradicazione è ininfluente nei confronti di eventuali esacerbazioni di un pre-esistente reflusso.

► I sì e i no dell'eradicazione

L'eradicazione batterica è importante prima di iniziare un trattamento con Fans (riduce il rischio di ulcere gastroduodenali), ed è addirittura inderogabile in pazienti con storia di ulcera peptica (grado di raccomandazione A); l'eradicazione non riduce però il rischio di ulcera gastroduodenale in pazienti che già ricevono trattamenti *long-term* con Fans.

L'eradicazione di *H. pylori* è potenzialmente in grado di prevenire il cancro gastrico e il rischio di tumore viene più efficacemente ridotto adottando trattamenti eradicanti prima che si instaurino condizioni precancerose. Infatti, si pensa che, nella cascata di eventi istologici che collegano la gastrite cronica all'adenocarcinoma, esista un cosiddetto "punto di non ritorno" dopo il quale l'eradicazione perde

i suoi potenziali benefici preventivi. L'eliminazione di *H. pylori*, tuttavia, rappresenta il trattamento di prima linea per il linfoma MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) (grado di raccomandazione A).

È stata provata la correlazione tra batteri e anemia ferro-privata, porpora trombocitopenica idiopatica, carenza di vitamina B12, quindi in queste condizioni si dovrebbe procedere all'eradicazione (grado di raccomandazione A).

► Le scelte diagnostiche

La diagnosi viene affidata in prima battuta a test non invasivi ma, se la prevalenza di resistenza alla claritromicina è elevata è preferibile optare per la via endoscopica, che consente anche l'accertamento colturale e la valutazione dell'antibiotico-sensibilità dei batteri; analogamente, si procede con la diagnosi endoscopica prima di un trattamento di seconda linea o quando questo si sia dimostrato inefficace. La tripla terapia proposta dalla prima conferenza di Maastrich ha dimostrato, secondo i dati più recenti, una perdita della sua efficacia e dovrebbe pertanto essere abbandonata, in particolare nelle regioni dove il tasso di resistenza alla claritromicina è superiore al 15-20%, mentre mantiene la sua efficacia qualora l'antibiotico-resistenza sia bassa (è possibile migliorare del 5-6% il tasso di eradicazione prolungando la triplice terapia fino a 14 giorni). Una possibile alternativa prevede l'uso di preparazioni galeniche a base di sali di bismuto, tetraciclina e metrodinazolo (grado di raccomandazione A).

■ ONCOLOGIA

Nuove armi per combattere i tumori neuroendocrini

I tumori neuroendocrini (NET) rappresentano un gruppo eterogeneo di neoplasie maligne che possono interessare qualsiasi organo o tessuto. Prendono origine dal sistema neuroendocrino diffuso e possono svilupparsi in qualsiasi distretto del nostro organismo; più frequentemente (65-70% dei casi) originano nel tratto gastro-enteropancreatico, meno spesso (25%) a livello bronco-polmonare e raramente (5%) in altre sedi come tiroide, paratiroidi, surreni, cute, distretto urogenitale, mammella.

I NET sono tumori relativamente rari – colpiscono ogni anno in Italia oltre 1200 persone – ma nell'ultimo decennio la loro incidenza è cresciuta del 2% ogni 12 mesi, fenomeno che probabilmente si spiega sia con i miglioramenti registrati nell'imaging diagnostico (in grado di rilevare anche lesioni di piccole dimensioni) sia con la diagnosi accidentale in casi di malattia asintomatica. I NET colpiscono principalmente gli uomini tra i 50 e i 60 anni. Presentano spesso caratteristiche particolari che rendono difficile la loro diagnosi: i sintomi più comuni sono un arrossamento diffuso e crampi addominali, accompagnati talvolta da diarrea. E

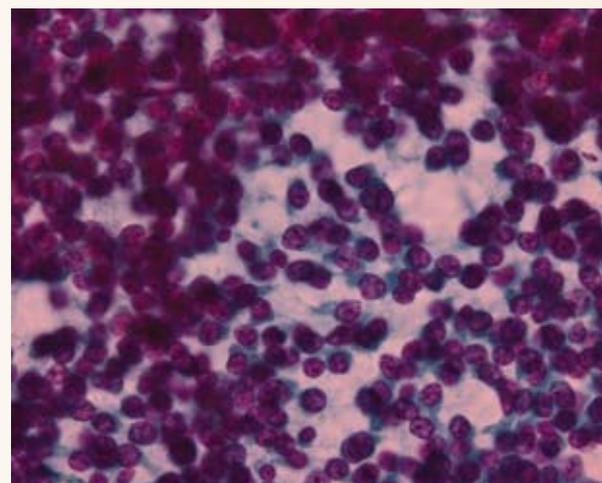
alcuni di questi tumori sono del tutto asintomatici. Il centro di riferimento, in Italia, per la cura e il trattamento di questa patologia, è il Ce.Ri. Ca. (Centro di Riferimento per lo Studio e la Cura dei Carcinoidi e dei Tumori Neuroendocrini) con sede presso l'Istituto di Oncologia (IdO) di Monza. Alle forme rare di cancro è dedicato il X Seminario ITMO (Italian Trials in Medical Oncology, Monza 7 maggio 2012) dal titolo "Neoplasie a bassa incidenza". "Questo convegno nazionale nasce dalla necessità di coordinare il più possibile la lotta contro questi tipi di cancro inusuali, ma non per questo meno pericolosi - afferma il Direttore Scientifico e Clinico dell'IdO prof. Emilio Bajetta.

Lo scopo principale del seminario è capire come affrontare queste patologie che molte volte sono 'orfane' di farmaci, e quindi hanno un difficile approccio terapeutico. È importante sviluppare la ricerca per giungere alla sperimentazione di nuove molecole". A questo proposito il Ce.Ri.Ca. svolgerà, in esclusiva mondiale, uno studio clinico per valutare l'efficacia e la si-

curezza nei tumori neuroendocrini di una nuova molecola: panitumumab. Si tratta di un farmaco abitualmente utilizzato per il trattamento del carcinoma del colon metastatico, che verrà impiegato, per la prima volta, in pazienti affetti da tumore neuroendocrino.

Il X seminario ITMO vede la partecipazione anche dei massimi vertici dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). "La nostra Società scientifica - afferma Stefano Cascinu presidente nazionale AIOM - ha deciso di supportare il seminario ITMO perché il tumore

si può sconfiggere anche grazie alla condivisione delle conoscenze e al confronto costruttivo tra professionisti. Questi principi sono ancora più validi se dobbiamo affrontare neoplasie rare, cioè malattie di cui spesso abbiamo poche informazioni per quanto riguarda diagnosi e terapia".



■ PREVENZIONE

Flavonoidi, importanti alleati contro le malattie cardiovascolari

Un regolare consumo di cioccolato porta a evidenti benefici cardiovascolari in quanto associato a una ridotta incidenza di malattia coronarica e di ictus (*Clin Nutr 2011;30: 182-87*).

Si ipotizza che l'elevato contenuto di polifenoli presenti in questo come in altri alimenti (cereali integrali, frutta, verdura, noci, probabilmente anche il the) sia responsabile di questi effetti positivi.

Nello Iowa Women's Health Study è stata dimostrata, durante un follow-up di 13 anni, l'esistenza di una correlazione inversa tra *intake* di flavonoidi

(i polifenoli maggiormente studiati) e mortalità cardiovascolare in donne in post-menopausa. Il ben noto paradosso francese confermerebbe queste ipotesi in quanto il consumo di vino, soprattutto rosso e ricco di polifenoli, che si registra in Francia è associato a una bassa mortalità cardiovascolare. La lista dei composti in grado di manifestare influenze positive si è arricchita di un nuovo alimento, il cioccolato. Accanto a nutrienti come grassi saturi (60%), grassi insaturi (35%) e acido linoleico (3%), il cioccolato contiene importanti elementi minerali quali potassio e magnesio ed è ricco di fla-



vonoidi (in particolare l'epicatechina) che contribuiscono ad abbassare il rischio di malattia cardiovascolare.

Questa associazione è stata approfondita in circa 5000 soggetti che hanno partecipato al National Heart, Lung and Blood Institute Family Heart Study con la somministrazione di un questionario per valutare l'assunzione di cioccolato. I dati hanno confermato che più aumentava la frequenza di assunzione di cioccolato e più era bassa l'incidenza di malattie cardiovascolari (*tabella*).

Questi dati sono in linea con quelli di un precedente studio italiano dell'università di L'Aquila (*Arch Biochem Biophys 2010; 501: 112-15*) che aveva evidenziato come i flavonoidi del cioccolato sono stati in grado di ridurre il rischio cardiovascolare migliorando la funzione endoteliale e riducendo la pressione arteriosa.

Incidenza di malattia coronarica e assunzione di cioccolato

Frequenza di assunzione di cioccolato	Dati non aggiustati (%)	Modello 1* (%)	Modello 2** (%)
0	1.0	1.0	1.0
1-3 / mese	0.79	1.01	1.05
1-4 / settimana	0.57	0.74	0.75
5+ / settimana	0.32	0.43	0.43
p	<0.0001	<0.0001	<0.0001

* dati aggiustati per età, sesso, gruppo di rischio

** le stesse variabili del modello 1 più aggiustamento per acido linoleico nella dieta, educazione, esercizio (min/die). Fumo (si/no), alcool (si/no), consumo di frutta e verdura, assunzione calorica, consumo di dolci (escluso cioccolato)

Clin Nutr 2011;30: 182-87

www.qr-link.it/video/0612



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

Metodiche innovative e tecnologia all'avanguardia contro il diabete



Dai primi esperimenti condotti su modelli animali alle procedure ancora sperimentali, ma molto promettenti, di trapianto di isole pancreatiche le possibilità di intervenire per modificare il destino dei pazienti diabetici hanno fatto passi da gigante. Terapie cellulari e medicina rigenerativa sono il futuro dei trapianti e un giorno sarà possibile rigenerare un organo danneggiato con l'utilizzo delle proprie cellule, delle cellule staminali o con altre terapie rigenerative

► **Elisabetta Torretta**

Sono passati 120 anni da che si è avuta notizia del primo trapianto di pancreas quando Hedon nel 1892 provò la tecnica su un animale; in seguito William, nel 1894 eseguì il primo intervento di trapianto ovino (xenotrapianto) in un essere umano. A quel tempo si trattava di esperimenti che cercavano di salvare in extremis le vite umane, non si conosceva ancora l'insulina. Da allora la strada percorsa è stata davvero molta e oggi si è giunti alla possibilità di un trapianto di isole pancreatiche.

Ne abbiamo parlato con il professor **Camillo Ricordi**, direttore del Diabetes Research Institute e del Centro Trapianti Cellulari dell'Università di Miami. Conosciuto come il maggior esperto mondiale di trapianti cellulari, Camillo Ricordi è noto per lo sviluppo di un metodo innovativo, la camera di Ricordi, at-

traverso cui è possibile isolare un gran numero di isole pancreatiche. Nato a New York e cresciuto a Milano, dove ha portato a termine gli studi di medicina, ha poi proseguito studi e ricerche presso la Washington University di St. Louis.



"Oggi vedo nelle terapie cellulari e nella medicina rigenerativa il futuro dei trapianti e sono

convinto che un giorno non dovremo più ricorrere al trapianto di organi ma saremo in grado di rigenerare un organo danneggiato con l'utilizzo delle proprie cellule, delle cellule staminali o con altre terapie rigenerative".

► Come nasce l'idea della Camera Ricordi?

Quando ho iniziato ad occuparmi di isolamento di isole pancreatiche la sfida era come isolare dal pancreas, un organo parenchimoso, centinaia di migliaia di *cluster* di cellule con diametro di mezzo millimetro, sparse in un organo solido di cui rappresentavano soltanto l'1%, senza danneggiarle come avveniva con i metodi disponibili allora, accomunati da un elevato grado di traumatismo nei confronti sia dell'organo sia della frazione cellulare che si voleva isolare. Nacque così l'idea di sfruttare i dotti del pancreas esocrino in maniera retrograda per iniettare una miscela di enzimi. L'organo viene quindi introdotto in camera di digestione nella quale si verifica la sua progressiva disgregazione in frammenti sempre più piccoli; il processo avviene in completa immersione, con un filtro che trattiene la parte non dige-

Fondazione Italiana Diabete



La Fondazione Italiana Diabete (FID) promuove progetti per la cura definitiva del diabete. Collabora con l'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano e con il Diabetes Research Institute (DRI) di Miami, uno dei maggiori centri di ricerca sul diabete a livello mondiale, a sua volta connesso a un network internazionale di istituti e ricercatori.

rita, a temperatura progressivamente crescente sino al raggiungimento di 37°C. Man mano che le isole vengono liberate sono sospinte da un flusso continuo in altri compartimenti dove gli enzimi vengono inattivati per diluizione e raffreddamento. Separazione e purificazione completano il processo delle cellule che poi possono essere iniettate nel fegato, con re-ingegnerizzazione del medesimo e trasformazione in doppio organo, con funzione epatica e pancreatica assieme.

► Parliamo delle indicazioni, dei risultati e delle eventuali limitazioni del trapianto di isole pancreatiche

La procedura per ora si applica ai casi più gravi di diabete di tipo 1, nei quali il rischio di severe ipoglicemie è elevato ed è giustificata l'assunzione di farmaci antirigetto; fino a questo momento sono stati trattati con questo metodo circa 1000 pazienti in tutto il mondo. I risultati sono molto promettenti e incoraggianti, con tassi di risposta paragonabili a quelli che si ottengono con il trapianto d'organo. Nel caso invece di pazienti in buono stato di compensazione con mi-

croinfusori o iniezioni di insulina non appare giustificata l'esposizione a rischi aggiuntivi derivanti dall'impiego di terapie immunosoppressive, con aumento del rischio di infezioni, tossicità d'organo e persino di tumori nel lungo periodo. Il trapianto di isole pancreatiche per ora è possibile in diversi Paesi europei, compresa l'Italia. Mentre in Usa sono state avviate le pratiche per sottoporre la *biological licence application* all'FDA.

► Che ruolo avrà in futuro l'uso di cellule staminali come fonte di cellule idonee al trapianto?

L'interesse della ricerca sulle cellule staminali (non necessariamente embrionali) è dovuto a diversi fattori: in primo luogo la possibilità, una volta risolto il problema del rigetto senza il ricorso a terapia immunosoppressiva cronica, di allargare la procedura a tutti i casi di diabete di tipo 1 e molti di tipo 2. In secondo luogo non bisogna dimenticare la disparità tra fabbisogno di organi e disponibilità di donatori: nel mondo i diabetici sono 300 milioni, le donazioni di organi sono poche migliaia (negli USA sono disponibili solo 1500-1700 pancreas ogni anno a fronte di un fabbisogno di 20 milioni di pazienti), il che fa capire quanto sia importante cercare fonti inesauribili di cellule. Le possibilità in questo campo provengono da cellule animali (con tutti i possibili problemi legati agli xenotrapianti, alle infezioni virali, al rigetto), da animali transgenici da cui ricavare cellule "umanizzate", da cellule staminali embrionali e da cellule progenitrici adulte (che tuttavia se di provenienza autologa non provocano reazioni di rigetto ma non risolvono il problema delle reazioni autoimmuni che hanno prodotto il diabete). Infine è ad oggi in studio la produzione di cellule staminali da tessuto adiposo.

Si tratta di diversi progetti avviati in collaborazione con il prof. Carlo Tremolada di Milano e gruppi di ricerca italiani per lo sviluppo di tecniche di estrazione di cellule con metodi non enzimatici e quindi lo studio della possibilità di convertire e programmare le cellule adipose trasformandole in cellule insulino-secerenti.

► Ci sono altri progetti che prevedono partnership pubblico-privato con società e istituzioni italiane?

È stato avviato un progetto di ricerca che vede la partecipazione della Fondazione Italiana Diabete Onlus, dell'università di Miami e di alcune unità dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. A loro volta questi centri saranno collegati – attraverso progetti di collaborazione – con altri centri di ricerca italiani e stranieri. Gli obiettivi specifici includono l'ottimizzazione dei risultati del trapianto di isole, l'ottimizzazione e la standardizzazione delle procedure di estrazione delle isole del pancreas, lo studio di materiali biocompatibili che fungano da supporto per le isole per favorirne l'impianto nei pazienti. Dalla partnership tra ricerca e industria infine arriva un contributo importante alla cura del diabete, con lo studio di una nuova molecola tutta italiana (reparixin) che ha dimostrato di migliorare l'efficacia del trapianto di isole pancreatiche.

www.qr-link.it/video/0612



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

Management della fibrillazione atriale nelle residenze per anziani

In una società ormai avviata al progressivo invecchiamento dei suoi componenti le residenze per anziani da una parte stanno assumendo un ruolo sempre più rilevante ma dall'altra si configurano spesso come realtà negletta e ignorata fino a quando non diventano protagoniste nelle notizie di cronaca. Al personale che opera in queste strutture andrebbe dedicata maggiore attenzione per una formazione specifica

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. Il progetto M.A.R.A. (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, rappresenta una risposta a questa esigenza. Gli autori, medici e operatori di residenze per anziani presenti in Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, si sono occupati della stesura di raccomandazione e indicazioni, raccolte in un volume, delle principali condizioni patologiche degli anziani.

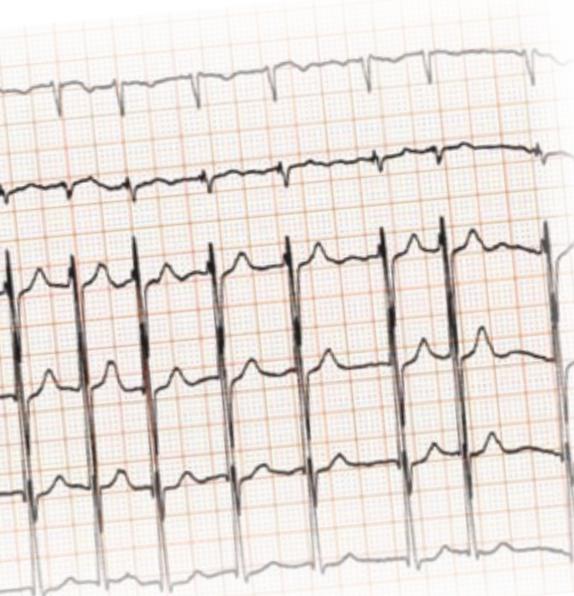
La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia di più frequente riscontro nella pratica clinica, la cui prevalenza ed incidenza aumentano con l'età (in particolare a partire dai 65 anni) (*Miyasaka et al, Circulation 2006, 114: 119-125*). Nella maggior parte dei casi di FA è possibile riscontrare una causa responsabile, una condizione

favorente o una concomitante patologia cardiovascolare associata. Alcune di queste condizioni possono essere temporanee o reversibili ed in questo caso il loro trattamento porta spesso alla risoluzione dell'aritmia. Esempi di queste condizioni sono l'assunzione di alcolici e di stimolanti (quali caffeina, anfetamine, ecc), alcuni farmaci (dopamina, betastimolanti, xantine, citostatici, antidepressivi, farmaci per la disfunzione erettile, ecc), lo stimolo infiammatorio in corso di pericarditi e mio-pericarditi, l'infarto miocardio acuto, l'embolia polmonare e la riacutizzazione di patologie polmonari, l'ipertiroidismo ed altri disordini endocrini.

La FA è inoltre una condizione molto comune e transitoria nel periodo postoperatorio di interventi cardiocirurgici o di chirurgia toracica in generale. Tra le condizioni non reversibili più comunemente responsabili della FA vi sono le cardiopatie organiche; tra queste, le più frequenti sono le valvulopatie (in particolare quella mitralica), la cardiopatia ipertensiva, la cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiaco sistolico e diastolico. Sono noti, inoltre, fattori di rischio connessi alla comparsa di FA, costituiti principalmente dall'ipertensione arteriosa, dal diabete, dall'obesità e dalle apnee ostruttive notturne.

► Diagnosi della FA

Nelle persone ricoverate in RA la sintomatologia è spesso atipica. In questi individui, infatti, in funzione della



presenza quasi sistematica di deficit cognitivo, il rischio di sottoripartire i sintomi tipici è elevato. Al contrario, specie in caso di FA ad elevata risposta ventricolare, potrà evidenziarsi confusione (delirium), apatia, rallentamento ideomotorio o, comunque, una variazione del profilo comportamentale di base. In altri casi la FA può decorrere del tutto asintomatica (silente), rappresentando quindi solo un reperto occasionale all'elettrocardiogramma (ECG). La percentuale delle forme asintomatiche aumenta a seconda della modalità di rilevazione utilizzata: dal semplice ECG, alla registrazione Holter, alla telemetria, o alla memoria dei pace-maker e dei defibrillatori. In quest'ultimo caso la percentuale di FA asintomatiche può raggiungere il 50-70% dei casi. La FA sembra, inoltre, associata ad un aumentato rischio di perdita di memoria, decadimento cognitivo e demenza. Infarti cerebrali multipli silenziosi sono stati considerati responsabili di questo disturbo; in questi pazienti la difficile raccolta anamnestica dei sintomi deve essere sostituita con la ricerca delle modificazioni del comportamento.

► Terapia farmacologica

Molti studi sono stati pubblicati sul confronto di due strategie di trattamento della FA:

- "controllo del ritmo" con ripristino del ritmo sinusale (RS) e tentativo di suo mantenimento;
 - "controllo della frequenza" con cronicizzazione della FA e controllo solo della risposta ventricolare.
- Non sono emerse sostanziali differenze tra le due strategie in termini di impatto sulla sintomatologia e sulla mortalità. Chiaramente la prima opzione sarebbe preferibile, ma per ottenerla è spesso necessario

accettare gli effetti collaterali dei farmaci antiaritmici (che ne vanificano il beneficio in particolare in soggetti anziani con comorbidità che sono più sensibili agli effetti avversi ed alle interazioni farmacologiche). Secondo le Linee Guida dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC) (*Antonio Raviele A et al, GIAC 2010; 13: 62-157*), la scelta del controllo della risposta ventricolare media è da preferire nei pazienti anziani asintomatici con FA persistente e buon compenso emodinamico, ma è anche la strategia migliore negli anziani con FA ricorrente e bassa frazione di eiezione, non determinando un significativo aumento di mortalità o di eventi tromboembolici. Nei pazienti anziani ricoverati in RA, affetti per lo più da disabilità cognitiva e motoria, l'opzione "controllo della frequenza" può essere la preferita nella maggior parte dei casi. In tutti i pazienti, ma in particolare nell'anziano, il trattamento della FA dovrebbe essere personalizzato, sulla base delle condizioni cliniche generali e di una valutazione geriatrica e cardiologica.

► Altri punti chiave

- La maggior parte delle FA richiedono un adeguato controllo della frequenza cardiaca media.
- Solo in pochi casi è utile la cardioversione, per la quale è necessario l'invio ad un ospedale.
- La terapia anticoagulante è utile in tutti i tipi di FA a parte quella di nuova insorgenza in cui le raccomandazioni sono incerte.
- Il range ottimale di INR (International Normalized Ratio) è compreso tra 2-3 e richiede un frequente controllo; l'INR >4 è pericoloso in tutti i pazienti, ma in particolare tra coloro che hanno un'età >85 anni e in caso di precedenti ischemie cerebrali.

► Le RA possono essere una sede ideale per il controllo periodico della TAO (Terapia Anticoagulante Orale) e per l'aggiustamento terapeutico.

► Età e cadute da sole non sono un'indicazione sufficiente per la sospensione della TAO nei pazienti ad alto rischio di ictus embolico; è però vero che i benefici della TAO possono essere sensibilmente attenuati dalle cadute frequenti (e dunque dall'elevato rischio di fratture conseguenti ad osteoporosi).

► La mancanza di un laboratorio in collegamento diretto con la RA è un elemento di debolezza per la gestione della terapia farmacologica (in particolare TAO).

► La grave fragilità e la prognosi infesta a breve termine controindicano la terapia con TAO.

► Un'ottimale selezione dei pazienti ad alto rischio di cadute, la messa in atto di sistemi di protezione dalle stesse, la predisposizione di un corretto protocollo di monitoraggio dei valori di INR, la stretta integrazione dell'equipe sanitaria per il controllo dei fattori interferenti quale l'alimentazione, le patologie acute intercorrenti e le variazioni della terapia possono incrementare i benefici e ridurre significativamente il rischio derivante dall'utilizzo di TAO (che, pur rappresentando attualmente la terapia migliore, non rappresenta tuttavia il farmaco anticoagulante ideale in RA).

www.qr-link.it/video/0612



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

A.P., laureata, giovane, attiva sessualmente, in amenorrea da due mesi, si presenta da me con un test di gravidanza positivo e, con faccia stupita, mi dice: "Dottore, quello che vorrei capire è perché non mi vengono le mestruazioni". C'è forse qualcosa che non va nella formazione?

Più tardi arriva in ambulatorio M.P., una donna di trent'anni, sana: "Dottore vorrei che mi facesse l'impegnativa per una visita fisiatrica, si ricorda che avevo male al collo?". "Mi ricordo, ma adesso stai bene, non vedo necessità di chiedere consulenze". "Sì, dottore ma la cassa interna del mio lavoro mi paga la visita e, visto che è gratis, voglio farla". "Scusami, ma chi ti ha consigliato di fare questa visita che non ti serve?". "L'operatrice telefonica della cassa interna e se lei non vuole richiederla mi rivolgerò ad un altro medico!". È cronaca ormai quotidiana.

Martedì

La prima paziente è un'anziana signora con imponente infiltrazione metastatica cutanea su gran parte del torace da carcinoma della mammella. Abbiamo provato di tutto per alleviare gli attacchi di prurito urente irrefrenabile che le impedivano di dormire e costringevano i parenti ad applicare sulla cute i rimedi più svariati, dall'applicazione di creme di ogni genere, al ghiaccio nella speranza di procurarle un po' di sollievo. I colleghi oncologi hanno suggerito il ricorso agli antistaminici, i colleghi della terapia antalgica

hanno invece preferito optare per morfina e derivati. L'unico sollievo al sintomo è derivato da iniezioni di cortisone che ho prescritto *ex adjuvantibus* nella speranza che questo funzionasse. Sembrava tutto invano fino a quando, e solo per caso, la signora ha smesso di assumere latte e suoi derivati, e questo ha determinato la scomparsa della sintomatologia. Non aveva mai manifestato alcuna intolleranza al latte e in ogni caso i sintomi si localizzavano solo nell'area cutanea interessata dalla neoplasia. Il tumore si comporta come "altro", diverso da tutto il resto del corpo su cui il latte non ha alcun effetto.

Mercoledì

Sono appena stato a vedere due pazienti a domicilio. Il primo è affetto da un carcinoma della laringe metastatizzato, ha una tracheotomia e le uniche cure possibili sono palliative. È dimagrito in modo evidente rispetto ad una settimana fa, è apatico, non ha alcuna voglia di alzarsi dal letto, attende. Mi ha guardato con lo sguardo di un cucciolo indifeso, non si fida delle mie parole di speranza.

Il secondo paziente è una signora affetta da un voluminoso meningioma cerebellare. È appena stata dimessa da un reparto di neurologia in terapia cortisonica, nella lettera di dimissione posso leggere che non vi sono indicazioni all'intervento per le patologie correlate. In realtà, non ha particolari patologie e, a mio avviso, le indicazioni al "non intervento" non esistono. Anche in questo caso

si tratta di "ageismo", la discriminazione degli anziani legata all'età che limita l'accesso alle cure mediche ottimali: qualsiasi altro paziente più giovane nelle stesse condizioni sarebbe già stato operato. Mi attiverò per sentire un reparto di neurochirurgia.

Entrambe le situazioni travalicano i confini professionali, entrano nell'anima, perché riguardano persone che seguo da anni e con cui ho un rapporto fatto di confidenze, sentimenti, situazioni, credenze, paure e speranze. Non è possibile essere indifferenti; credo che ogni medico di famiglia porti dentro di sé una ferita che non si rimargina mai perché ogni giorno viene rinnovata.

Quando arrivo in studio e controllo la posta elettronica, leggo questa mail: "Caro dottore, ho preso gli ovuli ieri, visto che ho avuto il ciclo non volevo cominciare durante, ho controllato e non hanno involucro cartaceo, sono come le supposte, quindi posso tranquillamente infilarcelo? mi fa come un po' timore che non si scioglia. Salutissimi."

Giovedì

F.F. mi ha telefonato da casa usando un numero di telefono mobile non suo, mi ha detto che stava male e che aveva bisogno di alcuni giorni di riposo. Lamentava di avere la febbre e dolori muscolari diffusi, anche un po' di nausea. "Le mando mia moglie in studio per il certificato". "Mi spiace, se non la vedo non posso fare alcun certificato. Sono qua fino alle sette, la aspetto". La sera lo faccio passare appena entra, in modo da non creargli alcun disagio. "Allora dottore, non importa, chiedo alcuni giorni di ferie, ho un sacco di arretrati da poter usare". Era agli arresti domiciliari! Non so in quali guai mi sarei cacciato se avessi fatto quel certificato!

Venerdì

Il suicidio assistito, in una clinica specializzata in Svizzera, di un noto personaggio politico ha acceso un dibattito nei media del nostro Paese. Si sentono prese di posizione

ideologiche più varie sulla libertà di morire e di nascere (?) e considerazioni religiose che rispecchiano varie visioni sull'esistenza e sulla morte, "solo al Dio donatore spetta di porre fine alla vita, ecc..". Non ho sentito alcuno parlare della depressione come malattia e come malattia curabile. Penso a molti miei pazienti, ai periodi che hanno passato, e cosa sarebbe successo se fosse stata data loro la possibilità di un suicidio assistito, molti di loro non ci sarebbero più da anni.

Sabato

Ormai quasi settimanalmente riceviamo note informative dalle aziende farmaceutiche. Note definite importanti e concordate con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Oggi ricevo una nota sul rischio potenziale di eventi cardiovascolari e renali in pazienti con diabete di tipo 2 e insufficienza renale e/o malattie cardiovascolari trattati con aliskiren.

I risultati dello studio ALTITUDE (adesso tutti gli studi vengono definiti da acronimi che li fanno assomigliare a prodotti commerciali o a nomi di automobili) hanno messo in evidenza che i pazienti non ricevono alcun beneficio dalla sua aggiunta in terapia e che anzi è stata osservata una più alta incidenza di eventi avversi correlati a ictus, complicanze renali, iperkaliemia e ipotensione. Una frequenza così elevata di informative del genere era impensabile qualche anno fa.

È la "translational medicine" che non è propriamente applicazione clinicamente utile della scienza ma si fonda sul presupposto di trovare nella scienza di base il più rapidamente possibile applicazioni che promuovano l'economia attraverso l'innovazione. In era di globalizzazione e di concorrenza planetaria l'industria immette nel mercato farmaci che solo poco prima erano unicamente delle "possibilità" terapeutiche correndo enormi rischi, queste note informative ne sono la dimostrazione.

Dolore, un parametro importante che va sempre misurato

Sono tanti i tipi di dolore di cui soffrono i pazienti ricoverati in ospedale. La fa da padrone il dolore non oncologico (75.6%), nel quale rientrano prevalentemente cause legate all'apparato muscolo-scheletrico e il dolore viscerale addominale, seguito da percentuali minori per le algie di origine nervosa, cardiologica, misto, viscerale pelvico e non classificato

Angela Walmar



Il risultato emerge dalla prima ricerca sul dolore negli ospedali, svolta sul campo dai medici internisti della FADOI. Si tratta dello studio (DOmiNO) "DOLore in medicina interna NO" - presentato dal Coordinatore **Giuseppe Civardi**, Direttore Medicina Interna dell'Ospedale di Fiorenzuola d'Arda in occasione del XVII Congresso Nazionale FADOI (Rimini, 5-8 maggio 2012).

L'indagine è stata effettuata nel periodo compreso tra gennaio 2011 e marzo 2012 e ha esaminato 5.200 cartelle cliniche di pazienti ricoverati nei reparti di medicina interna di 26 ospedali dislocati sull'intero territorio nazionale. Numerosi gli obiettivi prefissati: fotografare lo stato dell'arte del dolore cronico, tracciando un identikit dei pazienti che necessitano di terapie ad hoc; capire in che misura fosse sentito e quanto fosse presente questo tema nei reparti di medicina interna; migliorare le performance e l'approccio terapeutico al dolore. Gli step attuati sono stati tre: l'analisi del decorso di 2.600 pazienti ricoverati; l'intervento formativo sulla gestione del dolore e, infine, l'analisi conclusiva dei dati di altri 2.600 pazienti per valutare i cambiamenti.

"Il dolore - ha spiegato **Carlo Nozzoli**, Presidente della FADOI - è entrato con più precisione nel mirino dei medici internisti. Con questo studio abbiamo dimostrato che quasi quattro pazienti su dieci fra tutti i ricoverati nei reparti di medicina interna hanno una sintomatologia clinicamente rilevante, tale da richiedere

un intervento di tipo medico". Si tratta di un'informazione fino ad ora mai definita in maniera così accurata e sistematica, e che conferma la rilevanza del problema. È stato dimostrato che nei medici e negli infermieri il dolore sta diventando un parametro importante, assimilabile ai parametri vitali come la temperatura corporea, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, che vengono monitorati di routine durante la degenza.

"Con i risultati dello studio DOmiNO - ha concluso **Giuseppe Civardi**, coordinatore della ricerca - abbiamo compreso che molto probabilmente vi sono ancora importanti margini di miglioramento assistenziale nella gestione del dolore, ma anche che la formazione e la sensibilizzazione, quando condotte con tecniche adeguate che permettano anche di valutarne gli esiti, possono essere uno strumento molto efficace. Per la rilevanza del problema, e con la consapevolezza che è possibile fare qualcosa di concreto, l'impegno di FADOI per ottimizzare la gestione del dolore nei nostri reparti continuerà dunque a essere molto forte".

www.qr-link.it/video/0612



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

Prescrizioni spesso da correggere

Secondo uno studio del General Medical Council, è troppo alta la percentuale di errore che si riscontra nelle prescrizioni di farmaci redatte dai medici di famiglia

Negli studi dei Mmg del Regno Unito all'incirca una prescrizione su venti contiene un errore. La maggior parte sono classificati come di modesta entità mentre 1 su 550 prescrizioni contiene un errore che rientra nella categoria di quelli gravi.

È quanto si evidenzia da una ricerca che ha passato al setaccio i dati relativi a 1.777 pazienti (<http://www.gmc-uk.org>). Questi avevano un'età media di 39.3 anni (il 49.8% era di sesso femminile). Dei 1.777 pazienti, 1.200 (67.5%) hanno avuto almeno una prescrizione durante i 12 mesi della revisione retrospettiva dei loro dati.

Il tipo di errore più comune è classificato come "informazioni incomplete" (37.9%), seguito da "farmaco non necessario" (23.5%), "errore di dosaggio" (14.4%) e "omissione" (11.8%). Sono state identificate alcune classi di farmaci che più frequentemente incappano nella possibilità di una prescrizione con errori (rispetto ai farmaci gastrointestinali). Si tratta dei farmaci cardiovascolari (odds ratio 2.37, $p=0.042$), quelli per la cura delle infezioni (odds ratio 2.67, $p=0.02$), farmaci attivi sulle patologie maligne e immunosoppressori (odds ratio 6.77, $p=0.006$), farmaci per l'apparato muscoloscheletrico (odds ratio 6.97, $p < 0.001$), per l'apparato oculare (odds ratio 4.92, $p=0.035$), per patologie ORL (odds ratio 4.6, $p=0.019$) e cutanee (odds ratio 5.78, $p=0.001$).

L'indagine ha anche messo in luce che le vittime di questi sbagli sono soprattutto anziani e giovanissimi

(tabella 1). Ma la buona notizia è che, secondo il rapporto, molti errori sono minori, e alcuni sarebbero stati corretti dal farmacista prima che il farmaco sbagliato arrivasse nelle mani dei malati.

Tuttavia, secondo i ricercatori, c'è spazio per un miglioramento: occorre potenziare la formazione rivolta ai medici di medicina generale, spiegano gli studiosi, e rinforzare i controlli sulle pratiche di prescrizione. Non solo, sarebbe anche il caso di allungare i tempi della visita, per allentare la pressione sui medici stessi.

"Sono poche le prescrizioni associate a un significativo rischio per il paziente – ha commentato Tony Avery dell'Università di Nottingham – ma è importante fare il possibile perché anche questi errori vengano evitati". In generale, solo il 4% degli errori è stato giudicato grave. È il caso di pazienti allergici cui sono stati prescritti proprio i prodotti che scatenavano le loro reazioni, o degli errori su medicinali potenzialmente molto rischiosi. Tanto che lo stesso segretario alla Salute, Andrew Lansley, è intervenuto assicurando che il governo sta lavorando con i medici per migliorare le pratiche relative alla prescrizione di medicinali. Inoltre, anche in caso di sbagli, non mancano nel servizio sanitario i filtri a tutela della sicurezza dei pazienti. "La stragrande maggioranza delle prescrizioni – ha detto alla Bbc online – è controllata dai farmacisti di comunità, in grado di rimediare a eventuali errori quando i medicinali vengono dispensati".

Tabella 1

Gruppi di età più facilmente vittima di errori nelle prescrizioni (rispetto alla fascia di età 15-64 anni)

Fascia di età	Odds ratio	p
0-14 anni	1.87	$p=0.006$
65-74 anni	1.68	$p=0.035$
≥75 anni	1.95	$p=0.008$

Nasce IDDN, un'alleanza tra ricerca e industria

► Unire capacità, conoscenze e risorse: è questo lo scopo dell'accordo IDDN (Italian Drug Discovery Network) sottoscritto da Angelini, Dompé, l'Istituto Europeo di Oncologia, l'Istituto Italiano di Tecnologia, Ricordati e Rottapharm/Madaus, per la creazione di una collezione chimica centralizzata, con l'obiettivo di individuare nuove molecole biologicamente attive per lo sviluppo di nuovi farmaci. Si tratta di progetto di collaborazione pubblico-privato unico nel suo genere in Europa. L'intento è quello dare un nuovo impulso all'innovazione nella cura delle patologie umane.

Vertigini e acufeni, sintomi difficili da valutare

► Erroneamente attribuiti solo alla popolazione anziana, vertigini e acufeni rappresentano il 15-20% delle richieste di intervento ORL al PS. Presso l'Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino nel triennio 2009-2011 sono pervenuti 1.954 casi di pazienti vertiginosi di cui 562 (pari al 28,76%) presentavano una patologia di interesse ORL, mentre nel 36,38% non si è riusciti a giungere ad una diagnosi precisa. Nello stesso triennio sono giunti in PS per acufeni 630 pazienti di cui il 42,06% è rimasto senza una diagnosi precisa. Vertigini e acufeni rappresentano una sfida per i medici che li devono interpretare perché celano problematiche cliniche complesse. Proprio a tali problematiche è stato finalizzato un recente convegno promosso dall'OMCeO di Torino.

Giornata mondiale della tiroide dedicata alle donne

► In gravidanza il fabbisogno di iodio raddoppia, ne servono 100 microgrammi in più al giorno. Eventuali carenze, presenti nel nostro Paese soprattutto al Sud e nelle aree extraurbane a causa di abitudini alimentari non corrette dall'uso quotidiano di sale iodato, possono provocare danni alla salute. Aumentano, in particolare, i rischi di aborto, di deficit cognitivi nei bambini, di infertilità. Le Società Scientifiche promotrici della Giornata Mondiale della Tiroide (23 maggio 2012) hanno elaborato una brochure informativa ed un questionario personalizzato da distribuire alle giovani donne che si presenteranno presso gli ambulatori di endocrinologia e ginecologia (18-25 maggio).

Il futuro della diagnosi tumorale precoce

► Diciassette gruppi di ricerca sperimentale e clinica lavoreranno sui cambiamenti nel microambiente che circonda il tumore come strumento di diagnosi precoce e per identificare i casi a rischio più elevato. Si tratta di un progetto sostenuto dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) e coordinato da Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Istituto Nazionale dei Tumori. L'obiettivo principale del programma è lo studio del microambiente e la ricerca delle caratteristiche molecolari e genetiche utili per una diagnosi tumorale precoce. Studiare le influenze reciproche tra tumore e ambiente circostante, permetterà di capire meglio come i

cambiamenti nelle cellule più vicine al cancro influenzino l'inizio e la progressione della malattia. Si aprirà anche la possibilità di selezionare molecole da utilizzare come marcatori per la diagnosi precoce o per capire la tendenza evolutiva della malattia.

Nuovo trattamento per la fibrosi cistica

► L'azienda farmaceutica Pharmaxis (ASX: PXS) ha ottenuto dalla Commissione Europea l'autorizzazione all'immissione in commercio per Bronchitol, un trattamento per la fibrosi cistica (FC) per i pazienti con più di 18 anni come terapia aggiuntiva per il miglior standard di cura in 29 Paesi europei. In due ampi studi clinici di fase 3, Bronchitol ha migliorato l'eliminazione del muco e la funzionalità polmonare e ha ridotto gli episodi infettivi, rispetto ai controlli, nei pazienti trattati per 6 mesi.

Alimenti e molecole funzionali per l'infanzia

► È stato sottoscritto a Milano tra il Gruppo Heinz (proprietario di Plasmon) e l'Istituto Europeo di Oncologia attraverso la società di Trasferimento Tecnologico TTFactor un importante progetto di ricerca che ha come focus lo studio di alimenti e molecole funzionali in grado di promuovere il corretto sviluppo del sistema immunitario del bambino al fine di migliorare le sue difese e di ridurre il rischio di patologie immunitarie come allergie, malattie infiammatorie intestinali, morbo celiaco ed eventualmente tumori.