

M.D.

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

Anno XIX, numero 12 - 20 ottobre 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 10

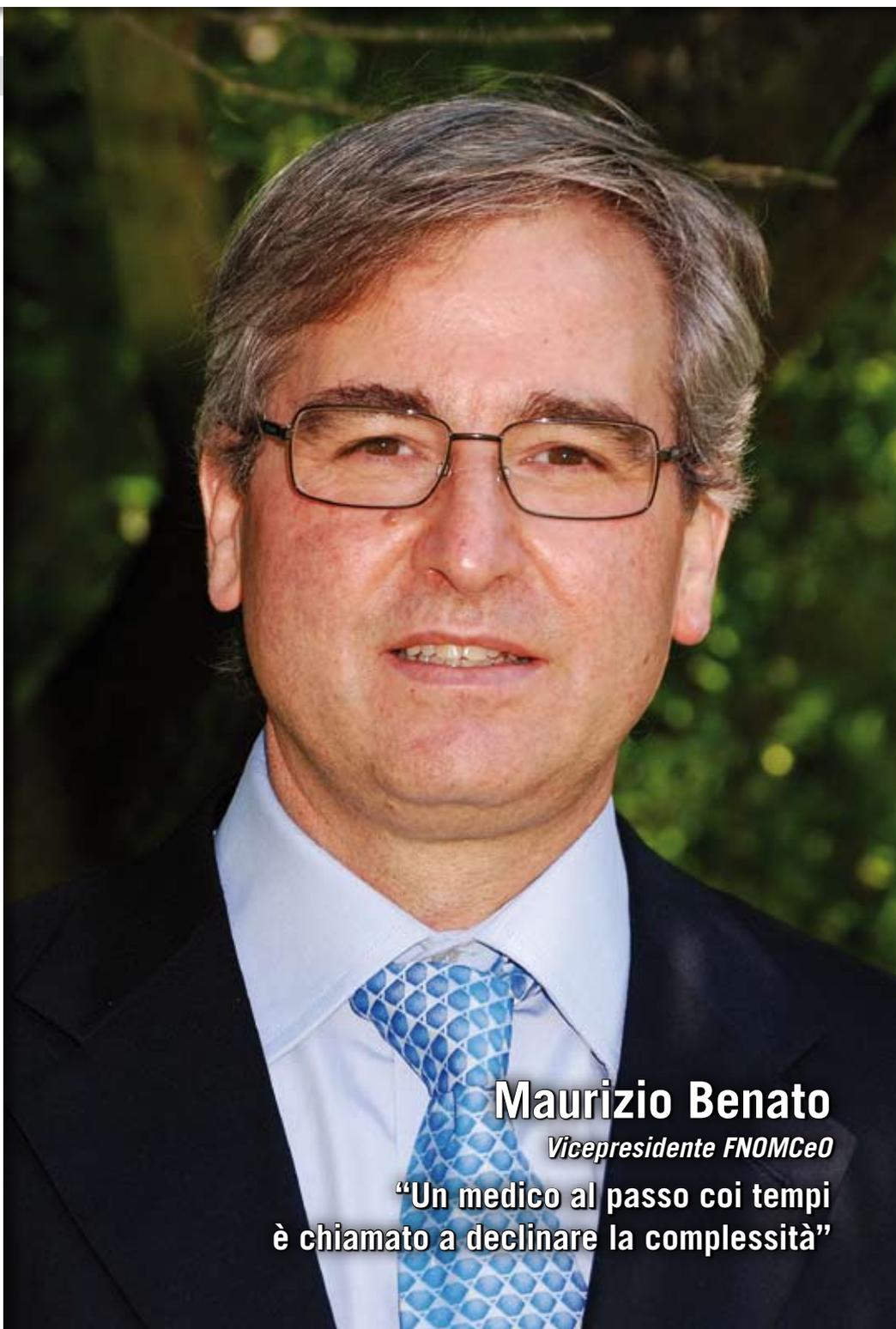
Vigilare sul riordino delle cure primarie, un obiettivo primario per la Fimmg

INDAGINI 12

Medicina e sanità: internet non scalfisce il rapporto medico paziente

NEUROLOGIA 20

Profilassi secondaria dell'ictus ischemico non cardioembolico



Maurizio Benato

Vicepresidente FNOMCeO

“Un medico al passo coi tempi è chiamato a declinare la complessità”

ATTUALITÀ

- **Editoriale**
Sanità, logiche di mercato e democrazia bloccata 7
- **Intervista**
“Un medico al passo coi tempi è chiamato
a declinare la complessità” 8
- **Focus on**
Sul riordino delle cure primarie Fimm vigila e si indigna 10
- **Indagini**
Medicina e sanità: internet non scalfisce
il rapporto medico paziente 12
- **Contrappunto**
Quel senso di inferiorità dei Mmg 13
- **Tribuna**
Gestiamo la salute non le risorse pubbliche... 14

AGGIORNAMENTI

- **Aritmologia**
Anticoagulante per os contro l'ictus associato a fibrillazione 18
- **Cardiologia**
Una rivoluzione nella rivascolarizzazione coronarica 19
- **Neurologia**
Profilassi secondaria dell'ictus ischemico non cardioembolico 20
- **Terapia**
Nuove terapie e nuovi algoritmi di cura dell'epatite C 22

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 27
- **Rassegna**
Estratto di *Pelargonium sidoides* (Kaloba®) per il trattamento
delle infezioni delle vie respiratorie negli adulti ed in età pediatrica 29
- **Monitor** 36

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 IFSC
Association of Publishers of Health Services 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

Sanità, logiche di mercato e democrazia bloccata

In questi ultimi anni i provvedimenti varati in campo sanitario sono stati finalizzati soprattutto al contenimento della spesa. I termini efficacia, efficienza, appropriatezza si sono sprecati per riempire di senso e giustificare questa scelta che ha portato ad un depauperamento continuo del Servizio sanitario nazionale e di coloro che, nel bene e nel male, hanno reso possibile il suo funzionamento. Gli ultimi provvedimenti varati dal Governo tecnico non solo si inseriscono in questa logica, rappresentando un *continuum* con il passato, ma svelano la fragilità di una democrazia parlamentare soggiogata da logiche di mercato e completamente bloccata. Basta soffermarsi per un attimo su quanto accade con il decreto Balduzzi sulla sanità. Non è solo la mole di emendamenti ad inquietare, ma il fatto che tutto il dibattito attorno ad esso, parlamentare e non e la mobilitazione delle "maestranze" del 27 ottobre che vede insieme medici dipendenti e convenzionati, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi del Ssn e della ospedalità privata, precari e medici in formazione, appaiono inutili e privi di qualsiasi efficacia in rapporto all'ennesima legge di stabilità che dovrebbe tagliare di un miliardo e più il Fondo Sanitario Nazionale.

L'esternazione di Balduzzi: "Nessuno mi obbliga a fare il ministro", pronunciata all'inizio del CdM, riunito per varare gli ennesimi tagli, testimonia l'insofferenza per un ruolo di rappresentanza sempre più formale e svuotato di potere. A questo punto non dovrebbe neanche meravigliare la posizione di quanti - se venissero confermati i nuovi tagli alla sanità con la legge di stabilità - auspicano di accantonare l'esame del decreto a firma del ministro della Salute perché sarebbe impossibile riorganizzare la medicina territoriale e garantire la continuità assistenziale h. 24.

Che intorno a questa legge si spreca tempo e fiumi di parole, tranne qualche distinguo, lo affermano da tempo gli addetti ai lavori, medici compresi che, in tempi non sospetti, hanno dichiarato che la riforma sull'assistenza territoriale era destinata a fallire perché impossibile da realizzare a isorisorse e ora con l'ennesima scure sulla sanità appare sempre più come un puro esercizio "intellettuale" e teorico.

“Un medico al passo coi tempi è chiamato a declinare la complessità”



L'OMCeO di Padova si è distinto per l'attenzione profusa verso tematiche d'attualità che hanno avuto ed hanno implicazioni teoriche e pratiche nello sviluppo delle scienze mediche e della sanità, promuovendo, per esempio convegni su: salute globale, medicina di genere, rapporto tra ecologia e salute ecc. L'ultimo in termini temporali, è stato dedicato alla Cybermedicina. Di questa particolare attitudine, *M.D.* ne ha parlato con **Maurizio Benato**, vicepresidente FNOMCeO e presidente dell'OMCeO di Padova, ispiratore e promotore della maggior parte delle tematiche affrontate in questi anni dall'Ordine che presiede

► **Anna Sgritto**

► **Dottor Benato, uno dei tratti distintivi dell'OMCeO di Padova è la spiccata sensibilità verso argomenti di attualità che hanno modificato gli scenari della Medicina...**

“Società, salute e sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato. Il progresso della conoscenza, della tecnologia e delle nuove scienze biologiche applicate impone una trasformazione delle pratiche, mentre il superamento dei valori tradizionali della società, con le conseguenti implicazioni sociali etico-filosofiche, sollecita la necessità di riformulare un nuovo quadro di valori che permetta di giustificare il loro impiego. Noi medici non possiamo esimerci dall'affrontare tutto ciò. Siamo chiamati ad una riflessione continua per rispondere alle esigenze del momento. I medici

non operano solo in un rapporto duale, sono inseriti nella società e il loro agire è declinato continuamente dalle istanze della società. Prendiamo per esempio il rapporto tra salute e ambiente, uno dei problemi che abbiamo dovuto affrontare è stato quello di capire il perché improvvisamente assistevamo ad un particolare aumento dell'incidenza di determinati tumori in certe aree geografiche oppure ad un aumento di patologie cardio-respiratorie in altre. A darci oggi una spiegazione è l'epigenetica, sono le nuove conoscenze scientifiche secondo cui il gene si comporta come una sostanza 'aperta' verso l'esterno ed è in rapporto costante con il metabolismo dell'organismo. Si tratta di un concetto che supera nel pensiero medico altri concetti come quello di genomica e post genomica. Attualmente dobbiamo fare i conti con la protonomica e la metabolomica. I geni non funzio-

nano in isolamento, ma fanno parti di reti complesse a loro volta interagenti con le tappe metaboliche, in altre parole si comportano come un *network*. La rappresentazione del sistema biologico come un *network* è un altro esempio calzante delle interconnessioni culturali tra progresso tecnologico e Medicina, perché ci dà il senso di quanto lo sviluppo dell'informatica e della cibernetica abbia modificato il pensiero medico e biologico”.

► **Lo sviluppo di internet e della rete informatica ha modificato sostanzialmente anche l'esercizio della professione medica?**

“Le informazioni offerte dall'*Information and Communication Technology* (Ict) hanno modificato radicalmente sia l'erogazione dell'assistenza, sia i contenuti della stessa Medicina. Il convegno di Padova sulla *Cybermedi-*

Ict: le linee guida approvate dalla FNOMCeO

Il medico nell'uso di strumenti derivanti dall'Ict dovrà attenersi alle seguenti precauzioni e prescrizioni nonché avvalersi delle innovazioni disponibili sempre nell'interesse del paziente e per il progresso della medicina:

1. Nell'uso di qualsivoglia strumento informatico cura del medico saranno la raccolta del consenso informato nonché la tutela della privacy e la garanzia della pertinenza e della riservatezza dei dati raccolti, nel rispetto della dignità e della libertà della persona
2. Il medico potrà operare solo nel rispetto della autodeterminazione del cittadino, collaborando a eliminare ogni forma di discriminazione nell'uso delle tecnologie informatiche e garantendo, attraverso queste, maggiore uguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari nonché il recupero del tempo necessario per la relazione di cura con il paziente
3. Nell'uso dei sistemi telematici di assistenza il medico non può sostituire la plurisensorialità del contatto col paziente, che sostanzia la visita medica, con la cosiddetta "medicina virtuale"
4. In ogni procedura informatica dovrà essere individuato un responsabile del processo
5. Ogni utilizzo per qualsiasi fine di strumenti dell'Ict dovrà tener conto della proporzionalità, necessità e sicurezza degli interventi, nonché della eticità delle prestazioni e della deontologia dei comportamenti, al fine di conseguire la massima appropriatezza clinica e gestionale
6. L'utilizzo di tecnologie della comunicazione e dell'informatica impone ulteriore attenzione all'applicazione delle norme del vigente codice deontologico
7. L'utilizzo di tecnologie informatiche dovrà essere indirizzato anche alla gestione sostenibile delle risorse disponibili
8. Il medico dovrà favorire l'uso delle tecnologie Ict al fine della gestione della complessità propria della medicina moderna, della attuazione dei criteri della medicina sistemica e della "precision medicine" e per il miglioramento degli strumenti di prevenzione individuale e collettiva
9. Il medico dovrà avvalersi delle tecnologie Ict per il miglioramento dei processi di apprendimento anche utilizzando sistemi di simulazione per la diminuzione degli errori medici e per la sicurezza del paziente
10. L'uso delle tecnologie Ict è volto al miglioramento dei processi di comunicazione interprofessionale, alla più idonea gestione dei percorsi diagnostici, terapeuticoassistenziali e al miglioramento della comunicazione con e per i cittadini
11. L'uso delle tecnologie Ict è volto alla maggiore efficienza della raccolta dei dati epidemiologici, nonché alla promozione della standardizzazione delle procedure professionali e della valutazione interna ed esterna dei risultati delle prestazioni mediche
12. Il medico, ove necessario, potrà agire solo dopo attenta valutazione clinica, etica e deontologica sui sistemi plurisensoriali di contatto col paziente e sulle performance fisiche e psichiche dell'uomo, di norma col parere dell'Ordine professionale o di un Comitato etico, secondo le regole condivise dalla comunità scientifica, sempre evitando il conflitto di interesse
13. Il medico dovrà partecipare alla lotta contro ogni forma di uso criminoso, distorto o illusorio dell'Ict sia sul versante commerciale che dell'informazione ai cittadini e della pubblicità sanitaria, sia dell'intrusione nelle banche dati. Chiamato in causa a qualsiasi titolo egli è garante della correttezza e scientificità dell'uso suddetto, nonché dell'applicazione delle norme deontologiche

come ne ha valutato i riflessi nell'ambito organizzativo e nella prassi medica verificando le lacune da colmare da un punto di vista legislativo e normativo-deontologico. In effetti sono balzati subito agli occhi i problemi del consenso informato, della privacy, della raccolta dei dati, della perdita del contatto plurisensoriale tra medico e paziente. Si tratta di difficoltà che dobbiamo contemplare e superare, mettendo in campo strumenti idonei, come, per esempio le linee guida redatte dalla FNOMCeO sull'Ict. Non dobbiamo neanche sottovalutare l'enormità di

dati e informazioni mediche con cui viene in contatto il cittadino. Proprio per questo si rende necessaria un'autorità in grado di valutarne la qualità, l'appropriatezza e la significatività e una riflessione sulla formazione medica che in Italia ha un iter basato sui vecchi canoni di una medicina scientifica, sui principi monocausali che hanno dato origine alla scienza medica. Ma il concetto di salute si è molto ampliato, allargandosi al concetto di benessere e cioè di una percezione propria di qualità della salute da parte del paziente. Il futuro medico ha biso-

gno anche di conoscenze che appartengono alle scienze umane e che comunque lo inoltrino nell'ambito della sociologia, psicologia e filosofia".

www.qr-link.it/video/1212



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

Sul riordino delle cure primarie Fimmg vigila e si indigna

Nella mozione finale del 67° Congresso nazionale, il sindacato ribadiva l'impegno a proseguire la vigilanza sull'iter di approvazione del Decreto Balduzzi in tema di riordino delle cure primarie. Nel frattempo il testo dell'art. 1 sull'assistenza territoriale è stato riformulato. La nuova proposta è stata aspramente criticata da Fimmg, Sumai e Fimp

La notizia della decisione dell'esecutivo di riscrivere l'articolo 1 del Decreto sanità inerente le cure primarie e l'assistenza sul territorio è arrivata in corso d'opera nel 67° Congresso della Fimmg, svoltosi di recente a Villasimius (CA), destando non poche preoccupazioni. E non poteva non essere così, non solo perché l'integrazione professionale, come ribadito dal titolo congressuale, è per il sindacato "una scelta necessaria", ma perché quell'articolo, pur con tutti i limiti, è la chiave per mettere in moto quella rifondazione tanto auspicata dal sindacato. Il parere negativo delle Regioni e la mole di emendamenti parlamentari presentati hanno dato il via alla riscrittura dell'articolo che di recente il Ministro Balduzzi ha consegnato alle Regioni. Queste, attraverso il coordinatore della Commissione sanità per la Conferenza delle Regioni, **Luca Coletto**, hanno fatto intendere che il nuovo articolato recepisce le richieste della Regioni. Il segretario nazionale Fimmg, **Giacomo Milillo**, aveva ampiamente contrastato la posizione delle Regioni. E nella sua relazione congressuale non ha mancato di dare un giudizio critico su quanto realizzato finora in sanità dalle Regioni, sottolineando che i Mmg

possono certificare che la capacità di gestione della sanità da parte delle Regioni, tranne alcune eccezioni, è stata fallimentare. Il giudizio è diventato ancora più duro quando la stampa ha cominciato a "svelare" i contenuti della nuova formulazione dell'articolo sulle cure primarie. In un comunicato stampa congiunto con Sumai e Fimp l'affondo contro le Regioni è stato durissimo. "Non passa inosservata la zampata delle Regioni nella riscrittura del nuovo articolo - si legge nel comunicato - che presenta due commi destabilizzanti in cui si prevede un tempo massimo di 180 giorni per le trattative, decorsi i quali senza successo il Governo interviene con un decreto che "corregge" gli Accordi di lavoro dei medici convenzionati, avendo solo sentito le organizzazioni sindacali. Viene così negata una prerogativa negoziale che credevamo garantita dalla Costituzione. Alle Regioni basterà tergiversare per sei mesi, lo stanno facendo da dieci anni, per poter essere sicure di scrivere il decreto con il prossimo Governo e non dover negoziare con i rappresentanti della categoria. Ci auguriamo che la versione pubblicata non sia quella definitiva perché in tal caso sarebbero obbligatorie le più forti reazioni di lotta (...)".

► Cure primarie: il nuovo articolo

La nuova ipotesi di art. 1 del decreto sanità (mentre scriviamo è all'esame della Camera) dà sicuramente più spazio alle Regioni di decidere forme e modi dell'organizzazione sul territorio, h. 24 compresa e di impiegare anche personale dipendente presso le nuove strutture multi professionali. Le Asl potranno stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali per i pazienti cronici. Ma la novità più rilevante è quella sottolineata dai sindacati: l'adeguamento degli Acn dei Mmg, dei pediatri e degli specialisti ambulatoriali, in rapporto alle modifiche introdotte dal Dl all'art. 8 del Dlgs 502/92 entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge. Tale adeguamento sarà però limitato ai soli aspetti organizzativi. Una volta stipulate le convenzioni, le Regioni dovranno emanare entro 90 giorni i decreti attuativi. Servirà comunque un decreto attuativo del Ministero della Salute in concerto con quello dell'Economia, sentite le Regioni e i sindacati, per disciplinare il ruolo unico. Nel nuovo testo comunque viene più volte ribadito che l'attuazione delle modifiche dell'articolo 8 resta subordinata ai limiti delle risorse disponibili per il Ssn.

Medicina e sanità: internet non scalfisce il rapporto medico paziente

Gli italiani si ritengono abbastanza informati sui temi medico-sanitari, grazie ai mass media e a internet, ma il Mmg è considerato la principale fonte delle conoscenze che hanno. Inoltre reputano fondamentale la relazione con il medico per definire il percorso clinico terapeutico. È quanto si rileva dai dati di una recente ricerca del Censis

Nell'era di internet per oltre il 55% degli italiani il Mmg resta la principale fonte delle conoscenze che hanno in campo medico sanitario.

È quanto si evince dai dati di una ricerca realizzata dal Censis nell'ambito delle attività del Forum per la Ricerca Biomedica, presentata di recente a Roma.

Le variabili culturali e generazionali però influenzano significativamente questo dato per cui se è vero che il medico di medicina generale risulta la fonte principale in tutte le fasce d'età e per tutte le classi di livello di istruzione, il dato passa dall'80.4% di chi è privo di titoli di studio al 37.9% di chi ha la laurea. Il 10.8% del campione intervistato fa riferimento ad internet, ed il 10.1% indica familiari, parenti e amici. È invece il 5.9% ad indicare come "fonte" la televisione, mentre il 5.8% segnala un medico specialista.

Su farmacista, carta stampata, radio ecc. (indicate ciascuna da quote inferiori al 5%) confluisce complessivamente l'11.8% del campione intervistato. Il 32.4% degli italiani comunque utilizza internet per ottenere informazioni sulla salute; il 48.5% giudica eccessivo lo spazio dedicato dai mass media ai temi legati al benessere, agli stili di vita e alla bellezza, mentre ritiene scarso quello dedicato alle malattie rare (lo pensa il 65%) e alla ricerca (60.1%).

► L'importanza della relazione medico-paziente

L'importanza che il rapporto tra medico e paziente riveste nel definire il percorso clinico è riconosciuta diffusamente dagli intervistati: sono infatti comprese tra l'85% ed il 93% le quote di chi ha riconosciuto la cattiva comunicazione tra operatori sanitari e pazienti come una causa di effetti negativi, dai ritardi nella prima diagnosi (92.2%), a quelli nell'istaurazione della terapia più opportuna (91.3%) fino alla prescrizione di trattamenti inopportuni (85.1%).

Riguardo all'atteggiamento che il medico dovrebbe avere quando si relaziona con il paziente, per il 41.1% degli intervistati dovrebbe avere le idee chiare e convincere il paziente sul da farsi. Per il 41.7% dovrebbe ascoltare il malato e adattare le soluzioni al caso che ha davanti. Per il 17.2% dovrebbe invece soprattutto tranquillizzarlo ed evitare che possa adottare comportamenti scorretti.

La maggior parte poi condivide l'idea che il modello di relazione con il medico si debba basare su consapevolezza e condivisione, ma non può prescindere dalla asimmetria di ruolo, per cui in ultima analisi è il medico che decide. Infatti il 76.3% è convinto che il comportamento che il paziente dovrebbe tenere nella relazione col medico è quello di ascoltare ed adeguarsi, contro il 23.7% che ritiene più proficuo far valere il proprio punto di vista.



Quel senso di inferiorità dei Mmg

È necessario estirpare quel sottile, ma radicato, quasi innato senso di inferiorità che alberga in alcuni Mmg, che le attività formative, sindacali, di tutoraggio, insegnamento al momento leniscono. Da qui si può ripartire insieme verso il dialogo tra le sigle sindacali ancor prima di incontrare la Parte Pubblica. La manifestazione "corale" in difesa della sanità pubblica del 27 ottobre potrebbe essere una chance in tal senso

Giuseppe Mittiga

Medico di medicina generale, Roma

Quel che sembra trasparire dal recente dibattito intorno alla medicina generale è una vera e propria *escalation* di provvedimenti che porta a pensione anticipata, burn out, medicina difensiva ed altro. La diffidenza espressa dai Mmg verso gli strumenti tecnologici è comprensibile: il maggior tempo impiegato in pratiche non mediche allontana il medico dalla sua natura: anamnesi, esame obiettivo, ecc. Anche i timori verso forme di aggregazione troppo estese può essere compreso: chi sceglie la libera professione rispetto alla dipendenza ama "metter su" studio a proprio piacimento e scegliere un proprio "stile" che porterà il paziente a rimanergli "affezionato" o meno. Insomma quella libertà di non avere un capo, per essere espliciti. Ciò che però francamente ci allarma è il tono

coercitivo di alcuni provvedimenti, pena sanzioni, decurtazioni fino alla cessazione del rapporto di lavoro. Allarma la strada intrapresa negli ultimi anni da parte dell'Amministrazione Pubblica verso la MG e i professionisti che la esercitano. Neanche i toni *soft* dei sindacati maggioritari riescono a varcare la barriera "sonora" istituzionale ed a trovare attenzione e ascolto. Per i più pessimisti si sta delineando la fine della nostra professione così come l'avevamo esercitata e conosciuta. Perché tutto ciò? "Si vuole demotivare la nuova generazione di Mmg? Si vuole selezionare una classe di medici supini alle norme dettate dall'alto? Ciò che attualmente resta nelle mani del singolo Mmg è solo la capacità di aggregarsi a forme associative sindacali (e non) per far sentire la propria voce. Da soli si muore?"

Gestiamo la salute non le risorse pubbliche...

L'indipendenza dell'esercizio della Medicina è baluardo insostituibile a tutela della salute, indipendentemente dalla giustezza o meno degli obblighi di legge. Ma ormai sono rimasti in pochi a pensarla così

Bartolomeo Delzotti

Medico di medicina generale
Verdellino (BG)



La professione medica non è un impiego qualsiasi. In tale ambito logiche aziendali non si possono applicare *sic et simpliciter* perché ciò che oggi potrebbe apparire come un costo, in futuro potrebbe rivelarsi un risparmio. Che il medico debba gestire risorse pubbliche è la conseguenza di una impostazione voluta dalla politica e da chi la esercita per sottrarsi alla responsabilità di controllo di spesa attraverso istituzioni e ruoli di gestione tecnico amministrativa che non rientrano nell'atto medico. Scaricando sul medico "il lavoro sporco", i politici hanno cristallizzato il loro ruolo di potere, perché il cittadino ha potuto attribuire alle paturnie del medico ciò che la politica aveva deciso. Il medico poi ha obbedito tacendo e si è ritrovato a fare un altro mestiere, ora a quanto pare accettato e ritenuto "normale" dalla maggioranza. Si può continuare così, per carità, ma tutti i provvedimenti e le funzioni del medico di controllo di spesa che si sono susseguiti da venti anni a questa parte non mi pare abbiano portato ad un miglioramento e ad una maggiore efficienza del Ssn. Il risultato è quello invece di una ingravescente privatizzazione dei servizi sanitari. Ciò che deve guidare il medico non può che essere l'appropriatezza clinica, secondo scienza, coscienza, esperienza e rapporto fiduciario con il paziente, che da solo potrebbe risolvere diverse situazioni anche senza ricorrere a farmaci e non è un caso che i provvedimenti degli ultimi anni hanno cercato di intaccare questo rapporto. Una visione diversa a questo punto appare necessaria se si

vuole salvare il salvabile, per esempio, una separazione di funzioni, l'istituzione di ruoli e competenze professionali di tipo gestionale potrebbero vantaggiosamente sostituire le attuali funzioni del personale amministrativo delle Asl volte alla definizione di progetti aziendali spesso inutili e al controllo minuzioso dei farmaci prescritti e sottolineo farmaci, perché principio attivo e farmaco sono due cose differenti. È qui che lo Stato deve assumersi le sue responsabilità e non intervenendo con leggi e leggine sempre e solo sul medico e sull'atto medico.

Perché, per esempio, non un corso di laurea in medicina gestionale che si occupi di gestione sanitaria? E perché no ad un prontuario con farmaci, certi e sicuri per marca e provenienza, rimborsabili e tutti gli altri, costosi e magari non utili, fuori dalla rimborsabilità?

Ma la vittoria del pensiero unico imperante assoggetta tutto all'economia. Anche la motivazione della obbligata prescrizione del solo principio attivo è asservita ad essa: con l'ampliamento del mercato dei generici, si dovrebbero ridurre i prezzi dei farmaci brand. Ma si tratta di un principio economico tutto da dimostrare in quanto ad efficacia e che più volte in passato si è rivelato fallimentare. Fatto è che per un supposto possibile effetto a "medio termine" di riduzione di spesa e costi si interferisce con una attività professionale che con obblighi piovuti dal potere politico-amministrativo rischia di trasformarsi in attività tecnico-burocratica a sicuro detrimento della tutela della salute.

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ ARITMOLOGIA

Anticoagulante per os contro l'ictus associato a fibrillazione

■ CARDIOLOGIA

Una rivoluzione nella rivascolarizzazione coronarica

■ NEUROLOGIA

Profilassi secondaria dell'ictus ischemico non cardioembolico

■ TERAPIA

Nuove terapie e nuovi algoritmi di cura dell'epatite C

■ ARITMOLOGIA

Anticoagulante per os contro l'ictus associato a fibrillazione

La fibrillazione atriale (FA) è il disturbo più comune del ritmo cardiaco prolungato e colpisce più di 6 milioni di persone in Europa, fino a 5.1 milioni di persone negli Stati Uniti e più di 800.000 persone in Giappone. La fibrillazione atriale è un importante fattore indipendente di rischio per l'ictus: i pazienti con FA hanno una probabilità cinque volte superiore di avere un ictus rispetto alla popolazione generale. Inoltre, la fibrillazione atriale non precedentemente diagnosticata è la probabile causa di molti ictus di origine ignota (i cosiddetti ictus "criptogenetici"), e l'ictus può essere la prima manifestazione di fibrillazione atriale. Il rischio di ictus nei pazienti con FA aumenta con l'età e con l'aggiunta di altri fattori di rischio (per esempio, ipertensione arteriosa, un pregresso evento, diabete).

I pazienti con fibrillazione atriale che presentano più co-morbidità sono soggetti ad un rischio maggiore di ictus e rappresentano la popolazione più difficile da proteggere. Inoltre, gli eventi connessi alla fibrillazione atriale sono molto più gravi, causando invalidità in più della metà dei pazienti rispetto a coloro che non presentano anomalie del ritmo. Gli ictus correlati alla fibrillazione atriale sono anche associati al 50% dei casi di morte

entro un anno. È importante sottolineare che la gravità dell'ictus correlato alla FA, è destinata a diventare più marcata negli anni a venire con un aumento del numero delle persone affette di circa il 2.5 volte entro il 2050, e a causa dell'invecchiamento della popolazione e all'allungamento della vita. Le attuali linee guida cliniche affermano che una terapia con anticoagulanti orali (OACs) è la pietra miliare della prevenzione dell'ictus. I farmaci antagonisti della vitamina K (AVK), quali warfarin, sono considerati come l'attuale standard di cura (il warfarin ha dimostrato di poter ridurre il rischio di ictus del 64%). Nonostante questo vantaggio, essi presentano limiti che minano gli sforzi a lungo termine per proteggere i pazienti con fibrillazione atriale da ictus. Tra questi: improvvisi sbalzi nei livelli di anticoagulazione, la necessità di frequenti monitoraggi del sangue e quindi di aggiustamenti della dose, interazioni farmaco-farmaco e restrizioni dietetiche. Si riscontra quindi un chiaro e insoddisfatto bisogno di un anticoagulante semplice, efficace e ben tollerato, con sicurezza paragonabile ai trattamenti esistenti.

Recentemente, l'FDA americana ha dato la sua approvazione a rivaroxaban per la riduzione del rischio di ictus

e di embolia sistemica nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare alla dose di 20 mg una volta al giorno o di 15 mg una volta al giorno nei pazienti con insufficienza renale moderata. L'approvazione per la prevenzione dell'ictus nei pazienti con fibrillazione atriale si basa sui benefici clinici dimostrati nello studio in doppio cieco di fase III ROCKET AF (**R**ivaroxaban **O**nce daily oral direct Factor Xa inhibition **C**ompared with vitamin **K** antagonism for prevention of stroke and **E**mbolism **T**rial in **A**trial **F**ibrillation), (N Engl J Med 2011; 365: 883-891). Rivaroxaban ha ricevuto l'approvazione d'impiego per le seguenti indicazioni nell'ambito del tromboembolismo venoso e arterioso: prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare soggetti ad uno o più fattori di rischio in oltre 60 paesi; trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e prevenzione delle recidive di TVP e dell'embolia polmonare in seguito ad un episodio di TVP in pazienti adulti in oltre 50 paesi; prevenzione del tromboembolismo venoso in pazienti adulti a seguito di chirurgia protesica elettiva d'anca o di ginocchio in oltre 120 paesi in tutto il mondo.

www.qr-link.it/video/1212



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

■ CARDIOLOGIA

Una rivoluzione nella rivascularizzazione coronarica

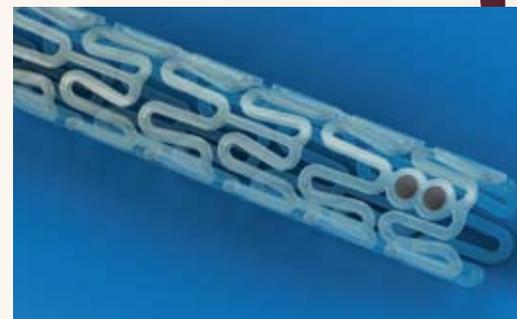
■ Liria Rame

Con l'impianto di un dispositivo biorisorbibile (BVS), che si dissolve gradualmente e completamente, l'arteria rivascularizzata può tornare al suo stato naturale, recuperando la sua funzionalità ed elasticità. Questo dispositivo, unico nel suo genere per il trattamento della malattia coronarica, è stato recentemente lanciato in Europa, Asia Pacifica, America Latina.

"Non è più una struttura metallica, quindi – ha commentato **Carlo Cernetti**, primario di Cardiologia dell'Ospedale di Castelfranco Veneto – bensì un polimero di acido polilattico (materiale naturale che si dissolve, comunemente utilizzato per i punti di sutura riassorbibili) che per alcuni mesi mantiene le stesse caratteristiche meccaniche di un metallo, ma che ha la caratteristica innovativa di riassorbirsi lentamente e, quindi, di scomparire dall'arteria lasciandola libera da un impianto permanente. Il vaso è così in grado di recuperare la sua fisiologica motilità". "Il riassorbimento completo – ha precisato **Antonio Bartorelli**, Direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia Interventistica del Centro Cardiologico Monzino, Università di Milano – avviene in 2 anni

circa, ma già a 6 mesi il supporto fornito all'arteria si riduce grazie al fenomeno dell'idrolisi, che scioglie i legami tra le molecole cristalline del polimero. I vantaggi di questo nuovo dispositivo sono quelli di evitare la presenza di un corpo estraneo rigido permanente e quindi permettere all'arteria di rispondere agli stimoli fisiologici; inoltre non provocano alcuno stimolo infiammatorio cronico alla parete coronarica né vi è rischio di fratture come quelle che talora si osservano negli stent metallici. Anche l'incarceramento permanente della ramificazione delle arterie viene meno: dopo 2 anni l'ingresso del ramo sarà totalmente libero da qualunque materiale estraneo".

Questo scaffold offre maggiori opzioni di trattamento nei pazienti giovani, al di sotto dei 50 anni, con malattia diffusa e a carattere progressivo. Successive rivascularizzazioni, infatti, possono essere molto complesse qualora il paziente sia stato trattato con impianto di stent che ricoprono lunghi segmenti coronarici mentre l'impianto di BVS, anche per lunghi segmenti, consente di liberare il vaso dalla protesi impiantata e rende più agevole eventuali futuri re-interventi. C'è da considerare un altro importante aspetto, relativo



al follow-up diagnostico effettuato con AngioTAC coronarica, dove non si verificano più gli artefatti indotti dal posizionamento di stent metallici, ottenendo quindi una qualità di immagine nettamente migliorata.

Il lancio del nuovo BVS è supportato da un vasto programma di studi clinici in 20 Paesi di tutto il mondo. I risultati ottenuti fino a questo momento indicano che si comporta esattamente come il miglior Drug Eluting Stent (DES) presente sul mercato in termini di eventi avversi (MACE) e di rivascularizzazione della lesione target (TLR). La struttura di polimero è rivestita da una miscela che contiene everolimus, un farmaco antiproliferativo sviluppato da Novartis Pharma AG e concesso in licenza ad Abbott per i dispositivi vascolari ad eluizione di farmaco.

www.qr-link.it/video/1212



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

■ NEUROLOGIA

Profilassi secondaria dell'ictus ischemico non cardioembolico

■ Maurizio Paciaroni

Stroke Unit - Divisione di Medicina Cardiovascolare
Ospedale S. Maria della Misericordia - Università di Perugia

Nella profilassi secondaria dell'ictus ischemico di origine non cardioembolica, una delle principali complicanze trombotiche dell'aterosclerosi, il trattamento con antiaggreganti piastrinici si è dimostrato efficace e sicuro nel prevenire nuovi eventi.

Secondo le linee guida nazionali e internazionali la terapia antiaggregante piastrinica rappresenta, infatti, il trattamento di scelta in questa tipologia di pazienti.

Tra le varie opzioni terapeutiche a disposizione del medico tre sono quelle che vantano il maggior numero di studi condotti per testarne efficacia e sicurezza e, precisamente, l'ASA, il clopidogrel e l'associazione ASA e dipiridamolo.

Le linee guida nazionali e internazionali considerano le tre possibilità come equivalenti per profilo di efficacia e tollerabilità.

Nell'operare una scelta tra l'una o l'altra di queste strategie è necessaria una valutazione dei fattori di rischio che sono propri di ogni sin-

golo paziente (e che concorrono a determinare il suo profilo globale di rischio), considerare la tollerabilità di ogni singolo farmaco e, non ultimo, fare una valutazione dei costi associati ad ogni trattamento.

I pazienti ad alto rischio, in quanto presentano un aumentato rischio di patologia vascolare occlusiva

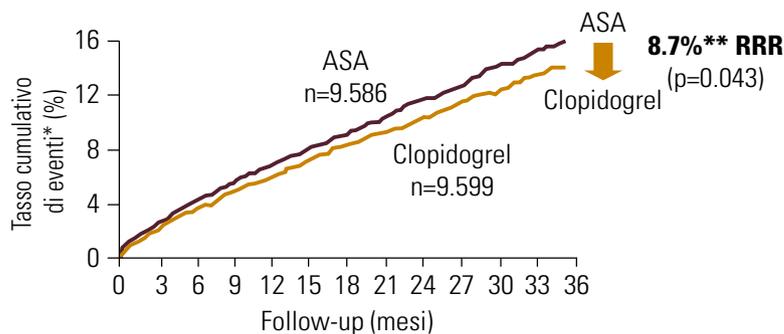
o perché la loro anamnesi riporta eventi precedenti (infarto miocardico acuto, storia di ictus ischemico o di attacco ischemico transitorio, arteriopatia obliterante periferica) costituiscono una categoria per la quale la terapia con clopidogrel ha ampiamente dimostrato la maggiore efficacia rispetto ad altre opportunità terapeutiche. Una fra tante dimostrazioni è quella che proviene dallo studio CAPRIE.

A dispetto del fatto che possono considerarsi "datati", i risultati di questo studio mantengono ancora oggi una grande attualità nella pratica clinica (figura 1).

Ciò che li rende ancora più interessanti nella pratica medica è la recente abolizione della necessità di compilare il piano terapeutico per clopidogrel, rendendone di fatto possibile la prescrizione a carico

Figura 1

Studio CAPRIE: beneficio di clopidogrel a lungo termine nella riduzione di eventi ischemici rispetto ad ASA



*Infarto miocardico, ictus ischemico, morte vascolare; **Analisi Intention-to-treat

CAPRIE Steering Committee. Lancet 1996; 348: 1329-1339

del SSN, da parte di tutti i medici, per tutte le indicazioni autorizzate dalla "scheda tecnica".

Ricordiamo che in base al piano terapeutico, compilato esclusivamente dallo specialista, clopidogrel poteva essere prescritto, oltre che nelle indicazioni cardiologiche, unicamente ai pazienti con una controindicazione per la terapia con ASA o con ticlopidina.

Quindi, la grande novità scaturita dall'abolizione del piano terapeutico si concretizza nell'"allargamento" del ventaglio di pazienti che possono beneficiare della somministrazione di clopidogrel, dove vengono inclusi, oltre ai soggetti con controindicazione ad ASA o ticlopidina, anche i pazienti con intolleranza e quelli con profilo di rischio elevato per pregresso infarto miocardico, altri eventi vascolari o storia di arteriopatia periferica obliterante.

Un'altra indicazione di grande valore pratico è quella che ne prevede l'uso in pazienti che, nonostante un trattamento antiaggregante con ASA, vanno incontro a recidive dell'ictus. Questo, che viene definito resistenza all'ASA, riguarda percentuali non indifferenti di pazienti (comprese tra 7 e 15%) ed è oggetto di estremo interesse da parte della comunità scientifica.

Ricordiamo infatti che la presenza di una documentata resistenza all'aspirina a livello laboratoristico, è legata ad una maggiore probabilità di eventi durante trattamento che comporta un livello peggiorati-

La recidiva di ictus nei pazienti trattati con ASA

- ▶ La recidiva di ictus varia tra il 5 e il 20 % all'anno ¹
- ▶ Nei pazienti trattati con ASA, che mostra una RRR del 13%,² la recidiva di ictus attesa sarà quindi compresa tra il 4 e il 17%
- ▶ Ogni anno vi sarebbero quasi 196.000 nuovi ictus in Italia... Di questi 196.000, l'80% sono primi episodi pari a circa 157.000, mentre il 20% sono recidive, pari a circa 39.000 ³

¹ Diener C. Int J Stroke 2006; ² van Gijn J, Algra A. Thromb Research 2003; ³ Ictus cerebrale: Linee guida italiane. SPREAD 6.a Edizione - 2010

vo negli *outcome* a lungo termine del paziente. Si può comprendere dunque la portata che ha il poter disporre di un'arma efficace come clopidogrel per questi pazienti.

Un'ultima considerazione riguarda l'uso che viene fatto di ticlopidina nella pratica clinica per la profilassi secondaria dell'ictus.

La ticlopidina è un antiaggregante appartenente alla famiglia delle tienopiridine, esattamente come clopidogrel ma, a differenza di questo è gravata da una più elevata percentuale di eventi avversi anche gravi che bisogna sempre tenere in considerazione: porpora trombocitopenica o neutropenia fino all'agranulocitosi.

L'uso di ticlopidina impone quindi un costante monitoraggio del profilo ematologico del paziente (ogni 2 settimane per almeno i primi 3 mesi).

In alternativa, la somministrazione di clopidogrel è più maneggevole e riduce il rischio di complicanze

che possono anche avere un carattere di irreversibilità.

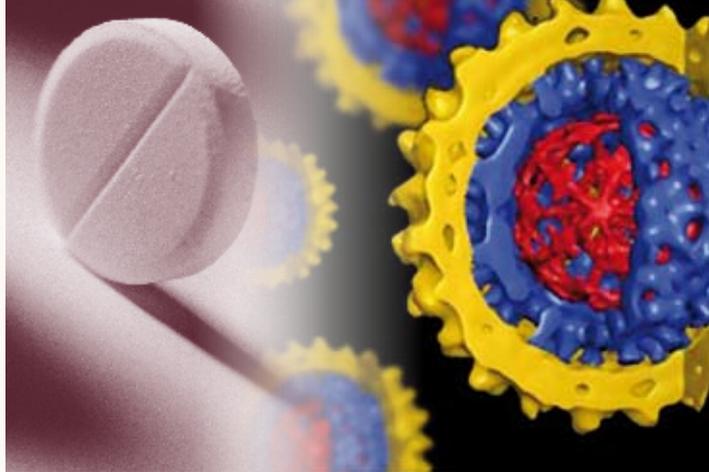
Infine, un accenno va fatto alla gestione del paziente con ictus di origine cardioembolica, dove la profilassi secondaria di prima scelta è rappresentata dagli anticoagulanti per via orale ma dove, in alcuni casi, questo approccio da luogo a complicanze di tipo emorragico.

In questi pazienti l'associazione di ASA + clopidogrel è sicuramente più efficace della monoterapia con ASA e si associa ad un rischio ragionevole e accettabile di questo tipo di complicanze.

www.qr-link.it/video/1212



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



■ TERAPIA

Nuove terapie e nuovi algoritmi di cura dell'epatite C

■ **Angela Walmar**

Si delinea imminente una vera e propria rivoluzione terapeutica nella lotta contro l'epatite C: in seguito alla recente approvazione della rimborsabilità da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco, sta per essere lanciato sul mercato telaprevir, un antivirale ad azione diretta. Si tratta di un inibitore potente e selettivo della proteasi non strutturale 3/4A del virus HCV, approvato dall'EMA per l'impiego in associazione con peginterferone-alfa e ribavirina (terapia standard). L'indicazione è il trattamento dei pazienti adulti affetti da epatite C cronica di genotipo 1, che rappresenta il 60% delle infezioni globali ed è il più difficile da eradicare.

“Le evidenze arrivano da tra studi clinici di fase III – ha commentato il professor **Antonio Craxi**, Professore Ordinario di medicina Interna e Gastroenterologia dell'Università di Palermo – che hanno analizzato l'efficacia e la sicurezza di telaprevir in combinazione con interferone pegilato e ribavirina (triplice terapia) rispetto alla duplice terapia. I risultati dello studio ADVANCE

mostrano che il regime terapeutico a base di telaprevir incrementa significativamente la percentuale di guarigione dell'infezione cronica da genotipo 1 rispetto alla terapia standard nei pazienti naïve al trattamento (79% vs 46%)”.

Lo studio REALIZE ha inoltre dimostrato un incremento della percentuale di guarigione nei pazienti con precedente recidiva e in quelli che avevano avuto una risposta parziale a trattamenti precedenti con terapia duplice (rispettivamente 84% vs 22% e 61% vs 15%) e nei null responder (31% vs 5%). I risultati dello studio clinico di fase III IL-LUMINATE, che ha analizzato la risposta dei pazienti naïve affetti da epatite C cronica di genotipo 1 alla terapia con telaprevir in combinazione con terapia standard, hanno dimostrato la non inferiorità del regime terapeutico a base di telaprevir della durata di 24 settimane rispetto a quello di 48 settimane nei pazienti, non cirrotici, che avevano un HCV RNA non rilevabile alle settimane 4 e 12 di trattamento.

Con i nuovi antivirali ad azione diretta – ha dichiarato il professor

Massimo Colombo, Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università degli Studi di Milano – siamo in grado di elevare complessivamente le possibilità di guarigione del 30-40%, rendendo più efficienti le opportunità di cura. Queste nuove terapie introducono algoritmi di cura più complessi ed è quindi importante creare una rete di centri ospedalieri idonei a trattare i pazienti con le nuove molecole. A questo proposito la Regione Lombardia si sta attrezzando, in quanto ha già costituito un Gruppo di lavoro che darà vita a una rete ospedaliera in grado di far afferire i pazienti ai presidi sul territorio, centralizzando presso Laboratori “esperti” l'analisi, per esempio, dei campioni biologici, per velocizzare i risultati delle risposte virologiche, necessarie per adeguare gli algoritmi di cura all'introduzione dei nuovi farmaci. Questo modello prevede la consultazione online degli esiti da parte dei medici, permettendo anche ai centri con minore esperienza di avvalersi di presidi tecnici che solo talune aziende ospedaliere possiedono, evitando al paziente spostamenti anche gravosi”.

www.qr-link.it/video/1212



 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

Io oggi ho prescritto ad un mio paziente affetto da neoplasia epatica con importanti dolori da metastasi ossee il disodio clodronato da somministrare in flebo endovena. Ho fatto la richiesta al servizio infermieristico per la terapia a domicilio. Prima mi ha telefonato un'infermiera per chiedermi se un farmaco con differente nome commerciale, disponibile nelle farmacie, equivalesse a quello che avevo prescritto, dopo un po' mi ha ritelefonato dicendomi che loro non fanno questa terapia a domicilio perché può avere effetti collaterali. Ho chiesto quale fosse il discriminante fra gli effetti collaterali di questa terapia e le altre e sinceramente non me lo ha saputo spiegare ma mi ha detto che se fosse stato prescritto dal medico delle cure palliative allora si sarebbe potuto fare. Ho chiesto alla caposala se fosse sicura di quanto stesse affermando, ricordandole che sono un medico e che ho la facoltà e la responsabilità di prescrivere. Ho telefonato al direttore di Distretto spiegando il fatto e chiedendo spiegazioni. Mi ha richiamato poco dopo invitandomi a fare la richiesta di cure palliative, perché il medico delle cure palliative è reperibile in caso di bisogno. Ho detto che anch'io sono reperibile, allora mi ha fatto tornare al distretto per aggiungere in calce alla domanda di assistenza infermieristica che sono reperibile telefonicamente. Sono in attesa di sviluppi. È ovvio che la vicenda pone molti interrogativi: 1) il medico di famiglia può prescrivere una terapia? 2) a chi risponde il servizio infermieristico domiciliare? 3) c'è pari dignità professionale tra il medico di famiglia e il medico delle cure palliative? 4) su che base viene deciso dalla caposala che un farmaco è somministrabile a domicilio (per esempio aminofillina e antibiotici) e un altro no? 5) siamo sicuri che l'Italia sia in Europa?

Martedì

Mi ha telefonato la figlia di una mia anziana paziente, che ho ricoverato pochi giorni fa proprio su insistenza della famiglia. La signora, affetta da una neoplasia della mammella con metastasi diffuse, è deceduta in ospedale. "È stato meglio così dottore, ha finito di soffrire, gli ultimi due anni sono stati un calvario". Ho riflettuto su questo "è stato meglio così" che sento ripetermi dai familiari ogniqualvolta una persona muore di cancro. Questo "è stato meglio così" sottintende una serie di significati, non sempre altruistici o compassionevoli anche se spesso suggeriti da vera pietas. È un aspetto di quella che io definisco "bioetica popolare" che trae i suoi principi da tradizioni, convenzioni, egoismi e sistemi cognitivi innati. Questa "bioetica" meriterebbe di essere studiata.

Mercoledì

Il Fondo Monetario Internazionale lancia l'allarme "longevità". La gente vive troppo a lungo e i sistemi di welfare attuali non possono rimanere quel che sono. Mi domando che implicazioni possa avere un tale messaggio in un Paese come il nostro in cui la medicina è un'attività pianificata.

Giovedì

"I malati terminali ci costano cari: fino a quando potremo curarli?". Parole del direttore generale di una Usl del Veneto riportate su un quotidiano. "I duecentomila euro per ogni paziente condannato sono sproporzionati ai benefici. Con questa crisi tra pochi anni sarà difficile giustificare all'esterno, soprattutto a quelle famiglie che non riescono ad arrivare a fine mese, che si possono spendere oltre duecentomila euro all'anno per

pagare le cure di un solo paziente che magari ha davanti a sé poche settimane di vita”.

Venerdì

Sono stato a casa di Maria, ho visto il referto della risonanza magnetica total body, non ci sono più segni di metastasi ossee diffuse di carcinoma della mammella. Tutto scomparso; se sono state le “Ave Marie”, i farmaci che abbiamo usato o le difese immunitarie non lo sapremo mai, ma la paziente, condannata dalla prognosi, sta bene, si alza, non ha più dolori e sta riprendendo massa muscolare. Penso a cosa sarebbe successo se la paziente avesse espresso delle “direttive anticipate” in caso si fosse ammalata di un male “incurabile”. Le sue condizioni la candidavano alla sola terapia palliativa e non avrebbero previsto altre terapie o accertamenti. Alcuni punti di vista presentano il nostro come il Paese dei diritti negati (*Caro Tollo: Liberi di Morire. Una fine dignitosa nel Paese dei diritti*

negati. Rubettino Editore 2012; Gilberto Corbellini: Fine della vita, oltraggi estremi. Il Sole 24ore, 2012) e sottintendono che la decisione terapeutica affidata al medico in caso di malattia grave penalizzi la scelta individuale. Questo campo è molto, molto delicato; spesso l’applicazione di protocolli e linee guida disumanizza la cura ed è proprio la mancanza di libertà del medico a limitare la libertà del paziente. La cura dovrebbe essere sempre concordata tra persone libere e non dovrebbe essere strettamente vincolata da protocolli e direttive anticipate. Protocolli, linee guida, direttive anticipate sono la strada maestra, ma si dovrebbe essere liberi di deviare, decidendo insieme se vale la pena di imboccare un sentiero impervio per raggiungere la meta.

Sabato

Ore 8.30, ricevo questo sms: “Buongiorno sono F. Con dolore annuncio che papà non soffre più, si è spento ieri. Grazie di tutto. Saluti”.

Basso Veronese: riduzione costi con la telemedicina

► Dà buoni frutti la sperimentazione avviata dalla U.L.S.S. 21 del Basso Veronese che ha investito in una soluzione di telepresenza Vidyo con un ritorno positivo sia sui costi (l'investimento iniziale di 50.000 euro è già stato ripagato) sia sui servizi erogati a oltre 150.000 abitanti che risiedono nel territorio a sud di Verona, suddiviso in 25 comuni, di competenza della struttura. La sede centrale di Legnago, presso l'Ospedale Generale "Mater Salutis", con 435 posti letto, coordina altri tre ospedali - "San Biagio" di Bovolone, "Chiarenti" di Zevio e Centro Sanitario Polifunzionale di Nogara - e diverse strutture sanitarie e assistenziali: 21 guardie mediche, 107 medici di base e 19 pediatri, 16 centri servizi per anziani con 900 posti letto, e 44 farmacie. Nel 2010 l'azienda ha gestito un bilancio di oltre 280 milioni di euro, ed eroga prestazioni di assistenza sanitaria di base, di prevenzione, di medicina pubblica e di assistenza specialistica.

Proteggere i reni dall'eccesso di fosforo

► Per chi soffre di insufficienza renale cronica ed è in dialisi oppure per chi non è ancora in dialisi ma presenta la malattia in fase avanzata (circa 3-400.000 persone in Italia), sevelamer carbonato, abbinato a una dieta a basso contenuto di fosforo, aiuta a tenere sotto controllo la fosforemia, dovuta all'incapacità del rene malato di eliminarlo adeguatamente, quindi a controllare meglio nel tempo l'evoluzione della patolo-

gia renale. Inoltre, permette anche di abbassare i valori del colesterolo LDL, favorendo un miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare, che i pazienti con malattia renale avanzata spesso presentano.



Il futuro del bambino si decide a tavola

► La 5ª edizione del Mese della Nutrizione Infantile, promosso da Mellin, quest'anno si concentra sul "Nutritional Programming", cioè sull'impatto che la nutrizione, già dalla gravidanza e poi in alcuni periodi "critici" come l'allattamento e lo svezzamento, può avere in termini di salute e crescita ottimale del bambino e del futuro adulto. In particolare modo, dopo il primo anno di vita (e in generale da quando il bambino passa da un'alimentazione esclusivamente latte ad un'alimentazione più diversificata, cioè dal divezzamento in poi) il bambino va incontro ad alcuni rischi in termini di eccessi, soprattutto proteici, e carenze nutrizionali, per esempio di ferro.

Una terapia innovativa delle malattie cardiovascolari

► Un ormone prodotto naturalmente in gravidanza, la relaxina, sembra promettere significative innovazioni nella prevenzione e terapia dell'aterosclerosi, dell'insufficienza cardiaca e nel recupero funzionale dell'ictus cerebrale. È quanto annunciano nuovi studi e trial clinici interna-

zionali che sono stati presentati a Firenze nel corso dello specifico 6° congresso quadriennale promosso dalla *Fondazione per la ricerca sulla Relaxina nelle malattie cardiovascolari e altre patologie* (8-12 ottobre 2012). Tra i più importanti e recenti, un trial clinico ha dimostrato che terapie a base di relaxina sintetica riducono drasticamente la mortalità. Lo Health Science Center della Texas University certifica invece che l'ormone accelera anche negli anziani il recupero funzionale del muscolo scheletrico danneggiato. E dal Giappone, l'Università di Shizuoka spiega come attenui anche gravi danni ai reni causati da raddomiolisi, ossia da traumi in caso di terremoto o bombardamento.

Efficace terapia orale per la malattia di Gaucher

► Lo studio ENGAGE, un trial clinico di fase 3 su eliglustat tartrato, la terapia orale sperimentale in pazienti con malattia di Gaucher di tipo 1 mai trattati in precedenza, ha raggiunto l'endpoint primario. I pazienti hanno avuto un miglioramento statisticamente significativo del volume della milza nel corso dei nove mesi di somministrazione del farmaco, rispetto a placebo. Questi dati su eliglustat tartrato sono il risultato dell'impegno di Genzyme nell'ambito della ricerca clinica, per fornire soluzioni sempre più innovative ai pazienti colpiti da malattie rare.



Video di approfondimento sono disponibili sul portale

www.qr-link.it/video/1212.it

visualizzabili anche con smartphone/iphone attraverso i QR-Code