

M.D.

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

Anno XIX, numero 14 - 20 novembre 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

RICERCHE 12

**Farmaci: gli italiani
li riconoscono dalla griffe**

INDAGINI 29

**L'impatto del diabete
in Europa e in Italia**

CLINICA 32

**Ulcere vascolari: dalle
staminali nuove potenzialità
terapeutiche**

Ovidio Brignoli

Vice Presidente della Società Italiana di Medicina Generale

Simg, laboratorio aperto della nuova Medicina Generale



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 Sciences of Switzerland

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

Specializzata e Tecnica

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

Periodicità: 15 numeri all'anno

Tiratura media: 33.349 copie

Diffusione media: 33.269 copie

Certificato CSST n. 2011-2249 del 27 febbraio 2012

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

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

ATTUALITÀ

- **Editoriale**
Prescrizioni per principio attivo, la querelle non si placa 7
- **Intervista**
Simg, laboratorio aperto della nuova Medicina Generale 8
- **Osservatorio**
Festa del Medico di Famiglia 2012: un'occasione per confrontarsi 10
- **Riflettori**
Il nostro Servizio sanitario nazionale è a rischio di *default* 11
- **Ricerche**
Farmaci: gli italiani li riconoscono dalla *griffe* 12
- **Contrappunto**
Malpractice, contenziosi e calo delle vocazioni 14

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Con un ormone si vincono le malattie cardiovascolari 18
- **Diabetologia**
Terapia insulinica: un freno agli episodi ipoglicemici 19
- **Oncologia**
Gli importanti traguardi della diagnosi precoce 20
- **Pediatria**
I nuovi disturbi alimentari che minacciano gli adolescenti 21
- **Terapia**
Gestione del rischio aterotrombotico nei pazienti con AOP 22
- **Urologia**
Sintomi urinari associati a disfunzione erettile 24

CLINICA E TERAPIA

- **Indagini**
L'impatto del diabete in Europa e in Italia 29
- **Diario Ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 30
- **Clinica**
Ulcere vascolari:dalle staminali nuove potenzialità terapeutiche 32
- **Management**
Orientarsi tra priorità di intervento, benefici e risorse disponibili 35
- **Monitor** 36

Prescrizioni per principio attivo, la querelle non si placa

Sono stati i quattro emendamenti al Decreto Sviluppo, che propongono la modifica delle norme della *Spending Review* sulla prescrizione dei farmaci generici, presentati da Udc, Lega, Pdl e Pd a riaprire un contenzioso che sembrava ormai sopito, ma che invece covava sotto la cenere. Un fronte politico trasversale ha chiesto che l'obbligo per i medici di prescrivere il principio attivo invece della "griffe" del farmaco divenisse facoltà, lasciata alla discrezione del medico curante. Secondo il ministro della Salute **Renato Balduzzi**, però non si può parlare di un'iniziativa politica, ma individuale e come tale deve essere considerata. Infatti non solo non ha accolto la proposta, ma l'ha rimandata ai mittenti, sottolineando che quando c'è una ragione per indicare il nome commerciale di un farmaco, il medico la motiva, in tutti gli altri casi vale il principio di equivalenza come in tutto il resto del mondo. Un chiaro monito alle critiche provenienti dal mondo medico. Ma il ministro ne ha rivolto uno anche all'industria farmaceutica - che lamenta una preoccupante contrazione del mercato - ribadendo che i produttori dei farmaci griffati, se lo vorranno, potranno abbassare il prezzo e vendere lo stesso i loro prodotti. Questa posizione ha scatenato le proteste dei sindacati del settore chimico per i quali la norma vigente, se non corretta, rischia di creare enormi problemi di carattere occupazionale e potrebbe indurre alcune aziende a delocalizzare produzione e ricerca, creando così danni al Paese e alla crescita del Pil, maggiori dei presunti risparmi teorizzati. Sul fronte medico a riaprire la questione ci ha pensato Snam che attraverso le parole del suo presidente **Angelo Testa** si dice pronto ad essere *"parte attiva nella raccolta delle firme per un referendum abrogativo della legge, all'interno delle 'piazze virtuali' degli studi dei Mmg di tutta Italia, dove qualcuno dimentica che ogni giorno passano più di due milioni e mezzo di cittadini"*. Comunque la si pensi, in un momento così critico per il nostro Paese e il futuro del nostro Ssn, c'è bisogno di certezze e punti fermi per percorrere una strada che si presenta tutta in salita. Il confronto "ante" e non "post" su decisioni sensibili aiuterebbe a percorrerla.

Simg, laboratorio aperto della nuova Medicina Generale



La *governance* sanitaria e gli strumenti messi a punto in questi anni per poterla declinare sono il filo conduttore del 29° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale. Argomenti che assumono una particolare rilevanza in un momento di grande cambiamento determinato dalla recente approvazione del Decreto Balduzzi. Decreto che, secondo quanto dichiarato a *M.D.* da **Ovidio Brignoli**, Vice Presidente della Simg, inciderà profondamente sul futuro della professione rendendo necessario un ripensamento di ruolo, compiti e funzioni dei medici di medicina generale

► **Anna Sgritto**

Nel Congresso del 2011 la Società Italiana di Medicina Generale (Simg) aveva espresso a chiare lettere di essere pronta ad accettare la sfida del cambiamento imposta dalle trasformazioni del sistema "salute", dalla mutata domanda di assistenza dei cittadini e dal nuovo assetto delle cure territoriali che la politica andava delineando (*M.D.* 2011; 15: 4-5). Accettata la sfida quest'anno rilancia, dichiarando di essere il "Laboratorio aperto della nuova Medicina Generale alla guida delle nuove cure primarie". Questo è infatti il titolo del 29° Congresso nazionale che caratterizza l'appuntamento annuale della Simg nel capoluogo Toscano. Il convegno cade nel



trentennale della Società e secondo quanto sottolineato a *M.D.* da **Ovidio Brignoli** Vice Presidente Simg, assume una valenza particolare non solo per riflettere sul cammino che la Società ha fatto in questi anni, ma per dare risposte concrete ai cambiamenti delle cure primarie annunciati dal Decreto Balduzzi.

"Il congresso offre elementi di grande novità determinati da un lato dalle stesse iniziative della Simg che guardano sempre al futuro della professione e dall'altro dalle recenti iniziative legislative in campo sanitario che incideranno pesantemente sul futuro dei medici di medicina generale e sulle cure primarie. Il tema centrale quindi non può che esse-

re quello del cambiamento della professione rispetto ai contenuti, all'organizzazione, ai risultati. I decreti ministeriali di agosto e le necessità legate alle ristrettezze economiche fanno sì che la Medicina Generale sia arrivata da una sorta di bivio. Non credo sia più possibile per il nostro comparto mantenere l'accordo convenzionale così come è stato strutturato in questi anni. C'è la necessità di ripensare a funzioni ruolo e compiti del medico di medicina generale. Il Congresso è l'occasione per discutere su quali siano le nuove possibilità organizzative, contemplate dal decreto sulla sanità, nella consapevolezza che il medico di medicina generale solo, isolato, chiuso nel proprio studio e senza alcuna valutazione della sua operatività è destinato

a scomparire. Proprio per questo motivo la nostra attenzione è incentrata sugli strumenti che in questi anni abbiamo realizzato per un'analisi rigorosa quotidiana, precisa e puntuale dell'attività professionale dei Mmg. Strumenti che permettono di valutare se il comportamento nella gestione dei pazienti è appropriato e in linea con le nuove linee guida, se, in qualche modo, si deve andare incontro al paziente con una comunicazione più efficace e con un intervento sulla cura che sia ancora più tempestivo rispetto a quanto già si sta facendo. In altre parole questi strumenti ci permettono di passare da un sistema di audit personale che, fatto da centinaia di medici, diventa audit di gruppo e inserito in un contesto di programmazione diventa la *governance* del sistema. Quindi la finalità del Congresso è proprio quella di palesare ai Mmg che in questo Paese è possibile avere strumenti di *governance* sanitaria che partono dai professionisti e che possono essere messi a disposizione degli operatori tecnici, dei responsabili della sanità sia a livello territoriale sia regionale che nazionale. Abbiamo la capacità di costruire un vero e proprio *Primary Care Governance System* (PCGS) e di poter perseguire l'eccellenza delle cure nel rispetto della sostenibilità del sistema. Si tratta di una infrastruttura indispensabile anche per il passaggio a nuovi modelli organizzativi delle cure primarie, soprattutto per poter realizzare la prima parte del decreto Balduzzi, quella finanziariamente meno onerosa che chiede ai Mmg, all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft), di condividere obiettivi

di cura determinati dalle strutture pubbliche, dai distretti. Per poter fare ciò è necessario valutare l'operato dei medici rispetto ai risultati di cura a livello di ogni singolo paziente, soprattutto dei pazienti cronici".

► **Alcune Regioni hanno già introdotto sistemi di questo tipo, mi riferisco al Cronich Care Model in Toscana, ai Creg in Lombardia...**

"È vero, questi sistemi vanno verso la direzione di provare a predeterminare i bisogni sanitari, misurandoli e così definire le risorse per potervi ottemperare, ma è necessario capire se queste siano le strade da perseguire, se sono praticabili, se c'è la necessità di introdurre correttivi e, soprattutto, come fare in modo che queste sperimentazioni intraprese in alcune Regioni possano diventare elementi di sistema. Non dobbiamo dimenticare che il quadro d'insieme con cui attualmente ci confrontiamo è quello di un'Italia che, a parte poche Regioni, sta ancora praticando una medicina che risale a 50 anni fa, in cui vengono remunerate prestazioni che oggi, alla luce delle nuove esigenze di salute non hanno più significato per come sono strutturate, soprattutto in una prospettiva che vede le cure territoriali guardare da un sistema di cura a bassa intensità/complessità verso un sistema di media se non addirittura alta complessità assistenziale. La professione ha bisogno di strumenti per poter governare questo cambiamento, strumenti che la Simg mette a disposizione dei sindacati, per poter cogliere, se lo vorranno, quali po-

trebbero essere gli elementi nuovi del prossimo accordo collettivo nazionale, visto che si sta ragionando in termini di cure primarie e non più di medicina generale, di *team* e non più di medici singoli, di misurazione degli esiti e non più di pagamento di prestazioni. Non è un caso che tra i vari progetti che abbiamo messo in campo c'è a breve quello di realizzare una nuova *Job description* in cui ridisegnare funzione, ruolo e compiti dei Mmg".

► **Possiamo affermare che la Simg è in linea con la ristrutturazione delle cure di primo livello contemplate dal decreto Balduzzi?**

"È un progetto che condividiamo dal punto di vista filosofico, ma che attualmente, considerando la situazione economica, risulta impraticabile. Per poterlo realizzare ci vorrebbero ingenti finanziamenti, come quelli che sono serviti in Inghilterra per realizzare le *Primary Care Trust*. Al momento, come ho già sottolineato, è possibile far partire solo il primo *step* della riforma, quello inerente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali che non impongono ai Mmg di lasciare il proprio studio, ma di essere in rete e condividere con altri colleghi obiettivi di cura".

www.qr-link.it/video/1412



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

Festa del Medico di Famiglia 2012: un'occasione per confrontarsi

Alla Festa del Medico di Famiglia 2012 il cambiamento, sia del Ssn che dell'organizzazione della Medicina Generale, è stato tra gli argomenti più dibattuti. Unica certezza: il ruolo costante di riferimento e fiducia che il medico deve continuare ad avere con i propri assistiti

Nata a Firenze due anni fa, la Festa del Medico di Famiglia si è estesa quest'anno a livello nazionale. Firenze, Prato, Siena, Perugia, Roma, Foggia hanno ospitato le iniziative più importanti tra quelle in calendario dal 5 all'11 novembre 2012. Con la collaborazione di diverse Organizzazioni, ha visto incontri con adolescenti nelle Scuole Superiori e adulti, con altri medici e con operatori sanitari, con l'intento di creare informazione su stili di vita, alcol e droga, ma anche vaccini e farmaci, generici e brand. Attore principale è stato, come sempre, il Mmg, che da quando è stata realizzata per la prima volta la Festa ha visto, in questo tutto sommato breve periodo di tempo, la sua professione subire delle profonde trasformazioni, nel contesto di modifiche anche piuttosto radicali di tutto il sistema organizzativo sanitario. Per questo la parola chiave è stata "fiducia", la fiducia necessaria che deve esserci tra il medico di famiglia e il proprio assistito, anche e soprattutto in questi momenti di profondi cambiamenti del sistema sanitario.

sull'organizzazione delle cure primarie e il futuro del Mmg. Ciò che emerso in questa sede è l'evidenza che il Mmg si trova proiettato in una collocazione professionale più "avanzata", che dovrà spogliarsi, almeno in parte, del suo rapporto "uno a uno" con il suo paziente. Questo perché l'assistito sarà sempre più al centro di una gestione di équipe a livello territoriale, sia di tipo monoprofessionale, come avviene con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che multiprofessionali, come le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che comprendono, oltre al Mmg, infermieri, pediatri, specialisti.

In questo contesto si tende a stabilire anche una diversa organizzazione delle competenze tra ospedale e territorio. L'ospedale infatti sarà riservato all'alta intensità di cura per acuzie, mentre al territorio sarà affidata la gestione delle cronicità e delle pluripatologie. Considerato il quadro epidemiologico attuale che vede le patologie croniche sempre più diffuse a livello di popolazione, il ruolo affidato ai Mmg sarà estremamente rilevante nella gestione delle cure territoriali.

► Quale futuro per il Mmg?

È su questa linea, che nell'ambito della Festa, si è svolto il Convegno "Quale futuro per il Servizio Sanitario Nazionale. Quale futuro per il Medico di Famiglia", che è stato occasione per realizzare una fotografia della realtà dinamica che stiamo ora vivendo e che riguarda i farmaci e la revisione della spesa, le esperienze



www.qr-link.it/video/1412



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

Il nostro Servizio sanitario nazionale è a rischio di *default*

La sostenibilità futura del nostro sistema sanitario è fortemente compromessa. A lanciare l'allarme sono i modelli previsionali sviluppati da Meridiano Sanità - The European House Ambrosetti e presentati a Roma nell'ambito del convegno "Sanità e salute in Italia in un contesto di crisi economica: la direzione per la crescita"

Per il nostro Servizio sanitario nazionale, la sostenibilità nel tempo rischia di divenire un'utopia e il *default* economico è un rischio concreto nel prossimo futuro. In meno di quarant'anni la spesa sanitaria pubblica dovrebbe diventare più del doppio dell'attuale, raggiungendo circa 261 miliardi di euro contro i 112,7 attuali. In un simile contesto bisogna però tener presente che dal 2010 al 2014, ci sono stati tagli alla sanità pubblica per 24,4 miliardi di euro a cui vanno aggiunti quelli previsti nel disegno di legge di Stabilità. Se poi si considerano le stime di crescita del nostro PIL nei prossimi 5 anni - nettamente inferiori agli altri Paesi europei - la 'spesa sanitaria disponibile' per ciascun cittadino italia-

no, già attualmente più bassa rispetto agli altri Paesi europei, dovrà subire ulteriori contrazioni. A definire questo futuro dai contorni allarmanti sono i modelli previsionali sviluppati da Meridiano Sanità - *The European House Ambrosetti*, presentati a Roma in un recente convegno. Sulla scorta di queste rilevazioni, la salvaguardia del Ssn potrebbe essere garantita agendo su tre diverse direttrici: organizzazione; innovazione; integrazione

► **Industria farmaceutica: un'opportunità**

In questo contesto l'industria farmaceutica che opera e investe in Italia può rappresentare senza dubbio una importante leva per la crescita del Paese. L'Italia attualmente è il secondo produttore di farmaci in Europa, rischia, però, di vedere ridotta sensibilmente la presenza di un settore produttivo ad alta tecnologia di assoluto valore per la nostra economia. Secondo quanto emerso dal Forum Meridiano Sanità 2012, c'è la necessità di garantire sempre di più, in un quadro normativo stabile, gli investimenti in ricerca e produzione. Elementi che contribuiscono alla crescita economica e al miglioramento delle terapie e di conseguenza della qualità della vita dei pazienti, riducendo in molti casi i costi della sanità. Per molte patologie infatti l'accesso a farmaci innovativi e più efficaci può abbattere la necessità di cure ospedaliere.

Decalogo di intervento: le proposte di Meridiano Sanità 2012

1. Rivedere le scelte di allocazione delle risorse pubbliche attraverso una ridefinizione dell'assetto organizzativo del Ssn
2. Accelerare il processo di deospedalizzazione già avviato
3. Proseguire nel riordino delle cure primarie secondo le migliori pratiche già implementate in alcune Regioni e le linee guida contenute nel Decreto Balduzzi
4. Favorire lo sviluppo di una rete nazionale di strutture di eccellenza nella ricerca e assistenza ospedaliera
5. Razionalizzare le dotazioni e diagnostiche e migliorare l'appropriatezza della domanda di prestazioni
6. Definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) ottimali
7. Riportare a livello centrale la *governance* della spesa farmaceutica attraverso l'istituzione di un fondo nazionale
8. Eliminare il passaggio di valutazione dei farmaci - già svolto a livello centrale da Ema e Aifa - da parte delle commissioni regionali e locali/ospedaliere per l'immissione all'interno dei prontuari terapeutici
9. Garantire la sostenibilità del Ssn negli anni futuri
10. Aumentare la diffusione di forme di sanità integrativa.

Farmaci: gli italiani li riconoscono dalla *griffe*

Secondo una recente indagine del Censis, il 77% dei cittadini conosce le nuove norme sulle prescrizioni dei farmaci in base al principio attivo. Ma quasi sei italiani su dieci, soprattutto giovani, riconoscono i farmaci che assumono dal nome commerciale e il 45% è disposto a pagare di più per averli

Il 57.6% degli italiani riconosce i farmaci che assume dal nome commerciale, il 7.6% tramite il nome del principio attivo e quasi il 35% attraverso entrambi. A identificare di più il farmaco grazie al nome commerciale sono i giovani (68.5%), gli anziani (64.9%), i residenti al Nord-Est (61.6%), gli uomini (59.6%) e le persone con un pessimo stato di salute (64.7%). È quanto emerge da una ricerca del Censis realizzata per Farmindustria sull'impatto della prescrizione con principio attivo sulla qualità delle cure. I cittadini associano farmaco e nome commerciale, facendo di quest'ultimo il principale fattore identificativo, pur nella consapevolezza che esistono altri medicinali equivalenti, magari con un costo inferiore. Sono più informati sull'esistenza di farmaci equivalenti gli anziani (il 78% ne è a conoscenza) dei giovani (59.1%), i residenti al Centro (77.2%) rispetto a quelli del Sud (74.5%). Se il nome commerciale del farmaco identifica il proprio medicinale non sorprende che una quota elevata di cittadini sia pronta a pagare di più per averlo. Quasi il 45% degli italiani dichiara che nell'ultimo anno gli è capitato di pagare una differenza di tasca propria per avere un farmaco di marca piuttosto che quello fornito dal Servizio sanitario nazionale con lo stesso principio attivo, ma a un costo inferiore. Ad averlo fatto sono soprattutto gli anziani (oltre il 54%), le donne (quasi il 49%) e ancora di più le persone con un pessimo stato di salute (il 70.6%).

Proprio l'identificazione del farmaco con il nome commerciale spiega perché si genera disagio nei cittadini se cambiano aspetti del farmaco assunto abitualmente relativi al nome (73%), alla confezione (oltre il 57%), al colore (54.2%) e alla forma della compressa (50.7%). Il disagio per l'eventuale cambiamento del nome è più forte tra gli anziani (oltre il 79%), tra gli uomini (oltre il 73%) e tra le persone con un pessimo stato di salute (quasi il 71%).

Alto è anche il rischio di confusione, in particolare per gli anziani. Il 30% degli italiani dichiara che si potrebbe confondere se il farmacista gli consegnasse un medicinale contenente lo stesso principio attivo di quello che prende solitamente, ma con una confezione diversa o un nome differente. Il rischio di confusione è molto più alto tra gli anziani (oltre il 39%) e le donne (quasi il 28%): si tratta di un'area vasta e con una consuetudine di rapporto con i farmaci anche quotidiana.

► Il medico è il solo garante

E se un cambiamento del farmaco deve esserci, il medico è il solo garante. In caso di sostituzione per ragioni economiche di un farmaco normalmente utilizzato, il 61% dei cittadini dichiara che non gli provoca disturbo se è il medico a farlo, il 16.6% se è il farmacista, mentre più del 22% è contrario (6.9%), oppure infastidito (15.5%). Ferma restando la centralità della fiducia nel medico per tutti





i cittadini, si constata una maggiore avversità al cambiamento del farmaco per ragioni economiche da parte degli anziani (quasi il 28% è contrario o ne è disturbato), delle donne (oltre il 25%) e delle persone con un pessimo stato di salute (oltre il 29%).

Il 77.4% del campione dichiara di conoscere le nuove norme sulle prescrizioni, cioè che il Mmg deve indicare sulla ricetta il nome del principio attivo. Quasi il 63% è a conoscenza del fatto che, in caso di patologia cronica per la quale il paziente era già in cura al momento dell'entrata in vigore della nuova normativa il medico di famiglia può continuare a prescrivere il farmaco con il nome commerciale che prescriveva in precedenza. Su questo sono più informati gli anziani dei giovani, le donne rispetto agli uo-

mini. Il 66.7% inoltre dichiara di aver già sperimentato la modalità della prescrizione con principio attivo. Di questi, il 19.9% per una nuova patologia, l'80.4% per patologie per le quali erano già in cura.

► Più risparmio che salute?

Secondo i cittadini, attualmente c'è troppa pressione economica sulle scelte prescrittive a causa delle manovre di bilancio pubblico e dell'entrata in vigore delle nuove norme. Oltre il 47% degli italiani è convinto che ci sia stato un aumento del peso del fattore economico sull'attività prescrittiva dei medici negli ultimi dodici-diciotto mesi, il 36.4% ritiene che sia rimasto inalterato, il 6.2% che sia diminuito, mentre il 10% non

ha opinioni al riguardo. D'altro canto, per il 77% le esigenze di ridurre la spesa pubblica per i farmaci pesano molto o abbastanza sull'attività prescrittiva e oltre il 61% registra un aumento della spesa di tasca propria per l'acquisto di farmaci. Nella percezione collettiva emerge che c'è una pressione dall'alto per tagliare la spesa pubblica che condiziona medici, pazienti e rischia di incidere sulla qualità delle prescrizioni. Ma gli interventi sulle modalità di prescrizione e di accesso ai farmaci cozzano con la personalizzazione del rapporto dei cittadini con il farmaco, che passa anche per la consuetudine, spesso quotidiana, a utilizzare un determinato farmaco reso riconoscibile da nome commerciale, confezione, forma e colore del medicinale stesso.

Malpractice, contenziosi e calo delle vocazioni

La mediazione obbligatoria prevista, dal decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 è stata dichiarata illegittima dalla Corte Costituzionale. Quali saranno le ricadute di questa decisione che fa saltare un provvedimento controverso, ma accolto da molti come una buona via per ridurre il contenzioso legale tra medici e pazienti?

Giuseppe Mittiga

*Medico di medicina generale
Roma*

Non è un male, forse. Più di qualcuno aveva già espresso dubbi sulla costituzionalità del carattere obbligatorio della legge che aveva introdotto la media-conciliazione nelle controversie civili e commerciali. Era nato un mercato, nel senso non dispregiativo del termine, intorno alla formazione per mediatori e si sono costituiti molti organi autorizzati alla conciliazione. Ora è legittimo chiedersi che fine faranno.

C'è chi però sosteneva che l'obbligatorietà della conciliazione avrebbe potuto costituire una qualche forma di incentivazione all'azione civile. Ma la via stragiudiziale esiste ed è sempre esistita e la magistratura stessa è dotata di *filtri* all'inizio del giudizio. Forse lo scopo della legge era quello di spostare dalle aule dei Tribunali i contenziosi? Questo può valere per le liti condominiali, ma lo stesso non può dirsi per la presunta *malpractice* in ambito medico. Il medico anche solo lambito da un'accusa, vede stravolto il suo rapporto con il proprio lavoro con ricadute gravose in

termini di medicina difensiva e per la società. Il "camice bianco" indagato per reati penali che vede archiviato il procedimento a suo carico ha poche armi per avere ristoro del danno morale, di immagine e professionale.

Da parte del Legislatore avremmo bisogno di "granelli di sabbia" nei perversi meccanismi che portano a denunce facili per presunta *malpractice*. È un problema che riguarda soprattutto anestesisti, ginecologi, ortopedici, medici di Pronto soccorso, ma che si sta estendendo a macchia d'olio a tutte le professioni sanitarie. La deriva dei contenziosi cui assistiamo in campo medico-sanitario trova concause diverse e non possiamo addossare in alcun modo la colpa ad avvocati o alla TV miracolistica o al disagio sociale.

Le aumentate aspettative dei pazienti sono direttamente proporzionali alla crescita socio-economica di un Paese. Resta il fatto che la giurisprudenza attribuisce poco valore alle linee guida e nessun consenso informato è blindato. Proprio per questo credo sia necessaria, prima di una legge sulla conciliazione, un deterrente forte, ma costituzionale all'avvio delle cosiddette cause temerarie. Mi chiedo, se si continua su questa strada, tra dieci o venti anni troveremo chirurghi in grado di operare con serenità? Le aspirazioni delle matricole universitarie già si stanno spegnendo alla soglia della laurea e i direttori delle scuole di specializzazione più "a rischio" lamentano già un calo vocazionale.



AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **CARDIOLOGIA**

Con un ormone si vincono le malattie cardiovascolari

■ **DIABETOLOGIA**

Terapia insulinica: un freno agli episodi ipoglicemici

■ **ONCOLOGIA**

Gli importanti traguardi della diagnosi precoce

■ **PEDIATRIA**

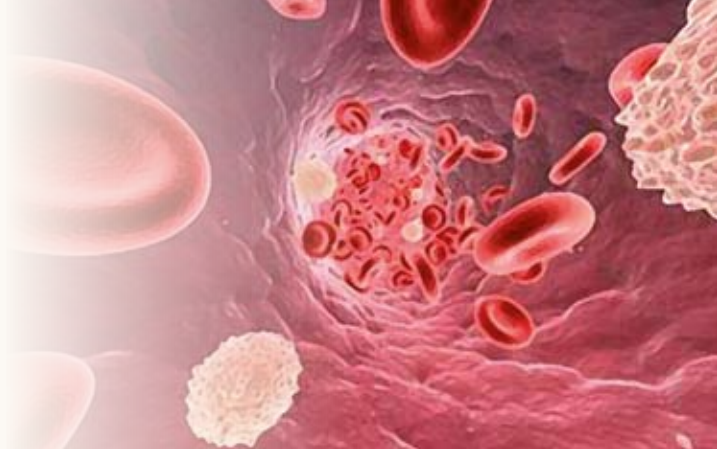
I nuovi disturbi alimentari che minacciano gli adolescenti

■ **TERAPIA**

Gestione del rischio aterotrombotico nei pazienti con AOP

■ **UROLOGIA**

Sintomi urinari associati a disfunzione erettile



■ CARDIOLOGIA

Con un ormone si vincono le malattie cardiovascolari

■ **Angela Walmar**

La relaxina, ormone naturalmente prodotto durante la gravidanza e noto da tempo, torna oggi alla ribalta per il suo ruolo di primo piano nella prevenzione e nella terapia delle malattie cardiovascolari (arteriosclerosi, cardiopatie, ictus cerebrali), ai vertici della classifica delle cause di morte e disabilità. In occasione del 6° International Congress - Biology of Relaxin and its Role in the Human, conclusosi di recente a Firenze, sono stati presentati i risultati di nuovi trial clinici internazionali che rivalutano il ruolo di relaxina. In particolare, uno studio clinico condotto in 11 paesi su un campione di 1161 infartuati, dimostra che una terapia a base di relaxina sintetica riduce 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 rhabdomiolisi, ossia da traumi estesi del tipo assai frequente nelle vittime di terremoti o bombardamenti.

Altri ricercatori dell'Università del Vermont assicurano che la relaxina ha

effetti rigeneranti sulla struttura cellulare (parenchima) delle microarterie del cervello, agendo quindi su patologie vascolari dovute a età o ipertensione, che possono causare ictus, lesioni della sostanza bianca, demenza. Quanto all'Università delle Hawaii ha accertato che un'eccessiva produzione è correlata con il fenomeno delle nascite premature (15 milioni ogni anno con un 7-8 % di mortalità).

Tra i centri all'avanguardia, anche l'Istituto Prosperius e gli atenei di Firenze e Perugia, hanno presentato risultati di assoluto interesse. In un test dell'equipe Bigazzi dell'Istituto Prosperius su 36 anziani post ictus, la metà trattata con relaxina pura di origine animale ha evidenziato miglioramenti assai maggiori. E dopo tre mesi di trattamento, un secondo campione di pazienti affetti da problemi di circolazione periferica ha avvertito sensibili e crescenti benefici grazie a neoformazioni arteriose originate dalla relaxina.

Questa capacità rigenerativa è evidente anche dagli studi su cavie animali. In sintesi, la relaxina riesce a modulare crescita e differenziazione delle cellule staminali di un cuore lesionato, partecipando così al mecca-

nismo endogeno di riparazione/rinascita dei tessuti del miocardio.

"In base a questi e altri risultati", ha commentato il professor Mario Bigazzi, "siamo ormai convinti che la relaxina sia probabilmente il più importante degli ormoni vascolari. Prevenendo e curando le malattie del sistema circolatorio, prima causa di mortalità, possiamo anche affermare che allunga la vita. Essendo presente nel sangue delle donne a ogni ovulazione, crediamo perciò che in un modo ancora misterioso, ma che prima o poi capiremo, la relaxina le protegga dalle malattie cardiovascolari almeno fino alla menopausa. E che sia proprio questa sostanza a consentire loro di vivere, come noto, più degli uomini". Sono tre i principali meccanismi attraverso i quali la relaxina agisce sul sistema vascolare:

▶ vasodilatazione immediata – dovuta in prevalenza alle cellule dei vasi stessi, che stimolano il rilascio di ossido nitrico;

▶ rivascularizzazione/riperfusionazione a più lungo termine – questo effetto è per lo più legato a due fenomeni: la stimolazione, da parte delle cellule dei vasi, della produzione di fattori angiogenici (come il VEGF, Vascular Endothelial Growth factor) e il rimodellamento delle fibre collagene del tessuto connettivo dei vasi sanguigni e dei loro dintorni;

▶ effetti antitrombotici – sono utili nella prevenzione e cura delle malattie vascolari, e si debbono in gran parte all'inibizione delle piastrine nel sangue, un processo anticoagulante mediato anch'esso dalla liberazione di ossido nitrico.

■ DIABETOLOGIA

Terapia insulinica: un freno agli episodi ipoglicemici

Sono stati di recente presentati alla comunità scientifica i risultati di uno studio di fase II, che ha coinvolto pazienti con diabete di tipo 2, con un nuovo analogo dell'insulina basale LY260554, in fase di sperimentazione.

Oltre ai risultati clinici, che dimostrano una diminuzione dell'ipoglicemia notturna statisticamente significativa, pari al 48% corretta per i valori al basale, rispetto all'insulina glargine (0.25 episodi contro 0.39/30 giorni/paziente, valori corretti per eventi ipoglicemici al basale, $p=0.020$), le risposte al questionario Adult Low Blood Sugar Survey (ALBSS), fornite dai pazienti, indicano una diminuzione statisticamente significativa di ansia e timori associati agli episodi ipoglicemici (definiti come valori di glicemia inferiori o pari a 70 mg/dL nei pazienti trattati con LY260554.

Lo studio di fase II è stato un trial randomizzato, in aperto, a gruppi paralleli che ha confrontato la capacità di riduzione della glicemia a digiuno in adulti con diabete di tipo 2 di LY260554 rispetto a insulina glargine. I pazienti sono passati dalla somministrazione mattutina dell'insulina nel periodo di avvio (*lead-in*) dello studio, che

è durato 4 settimane, e sono stati randomizzati 2:1 per somministrazione mattutina di LY260554 (195 pazienti) o insulina glargine (93 pazienti) per un totale di 12 settimane. I risultati sull'endpoint primario hanno indicato che LY260554 e insulina glargine hanno avuto effetti simili nel ridurre la glicemia a digiuno (prima della colazione) misurata giornalmente dai pazienti ($p=0.433$) e i livelli di emoglobina glicata HbA1c ($p=0.0279$) su 12 settimane.

I pazienti hanno anche compilato il questionario Adult Low Blood Sugar Survey (ALBSS) che si compone di 33 affermazioni suddivise in due parti, che valutano separatamente i comportamenti che i pazienti mettono in atto per evitare episodi di ipoglicemia e i loro effetti, e i timori (preoccupazioni) dei pazienti per le conseguenze dell'episodio ipoglicemico. In corrispondenza di ciascuna affermazione, i pazienti dovevano indicare quanto fosse vera, assegnando un punteggio di scala Likert da 0 a 4 (0=

mai e 4 = quasi sempre). I pazienti hanno compilato il questionario ALBSS al basale, alla 6^a e alla 12^a settimana.

I risultati sono stati i seguenti:

- ▶ i pazienti trattati con LY260554 hanno avuto un punteggio medio inferiore per la parte riguardante la "preoccupazione" del questionario ALBSS alla 12^a settimana, rispetto a quelli trattati con insulina glargine (6.6 versus 10; $p=0.022$);
- ▶ LY260554 e insulina glargine hanno avuto effetti simili sul comportamento dei pazienti alla 12^a settimana ($p=ns$). Tra i comportamenti adottati per evitare il ripetersi di episodi ipoglicemici vi sono stati: consistenti spuntini, glicemia tenuta a livelli più alti in situazioni di vita sociale, essere usciti meno spesso di quanto si sarebbe voluto e aver limitato l'attività fisica;
- ▶ i pazienti trattati con LY260554 hanno avuto punteggi totali ALBSS in media più bassi rispetto a quelli trattati con insulina glargine (13.0 versus 16.5 con insulina glargine; $p=0.026$).



■ ONCOLOGIA

Gli importanti traguardi della diagnosi precoce

Se individuato precocemente, la semplice asportazione chirurgica del neo equivale a guarigione del melanoma, un tumore della pelle particolarmente aggressivo, che ogni anno nel nostro Paese fa registrare 7000 nuovi casi, 700 in Campania, e 1500 decessi. Oggi, grazie alla diagnosi precoce, sette casi su dieci vengono individuati in fase iniziale, solo tre anni fa erano poco più di cinque su dieci.

“L'estate può lasciare segni sulla nostra pelle - spiega il dott. Paolo Ascierio, presidente della Fondazione Melanoma - ed è in autunno che registriamo un sensibile aumento delle visite nei nostri ambulatori per il controllo dei nei sospetti. Le campagne di prevenzione funzionano e si traducono in un incremento di vite salvate. Il cambiamento nella forma, dimensione o colore di un neo rappresenta un segnale d'allarme da non trascurare. In passato vi era scarsa consapevolezza tra i cittadini sui rischi legati all'uso dei lettini solari e all'esposizione indiscriminata al sole. Il nostro obiettivo è sensibilizzare soprattutto i più giovani e arrivare entro il 2015 all'80% delle diagnosi precoci. Abbiamo anche assegnato a giovani ricercatori borse di studio sull'*immunoscore*, un esame diagnostico innovativo per capire,

già al momento della diagnosi, se i pazienti risponderanno all'immunoterapia”. La Fondazione Melanoma è nata grazie al contributo fondamentale dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli Fondazione “G. Pascale” e della Seconda Università degli Studi della città partenopea.

“Le campagne informative che la Fondazione ha condotto in questi 24 mesi hanno sensibilizzato i cittadini, che si sono sottoposti in gran numero agli esami di screening - sottolinea il dott. Nicola Mozzillo, Direttore del Dipartimento Melanoma e Tessuti Molli del 'Pascale'. Quest'anno abbiamo realizzato, con la scuola diretta da Mario Punzo, un fumetto, 'Le avventure di Neo', distribuito nelle scuole medie e superiori della Campania. Il linguaggio della satira, semplice e diretto, consente di raggiungere il maggior numero di persone”. Ecco perché la collaborazione con la Scuola Italiana di Comix continua: nel 2013 sono previsti 30 cartoni animati sulla prevenzione che verranno trasmessi nei programmi tv di salute e medicina. “Il nostro ospedale è al fianco della Fondazione Melanoma fin dalla sua costituzione - continua il dott. Tonino Pedicini, Direttore Generale del 'Pascale' - In un periodo di tagli e di contrazione delle risorse disponibili,

si tratta di un segnale importante. Siamo un centro di riferimento per la lotta a questo tumore non solo per il Mezzogiorno ma anche per tutta l'Italia. Il livello di eccellenza raggiunto è confermato dalla nostra produzione scientifica: ogni anno pubblichiamo circa 10 ricerche su riviste internazionali che hanno come tema proprio il trattamento di questa neoplasia. Stiamo conducendo ben 10 sperimentazioni cliniche che riguardano in particolare la fase metastatica della malattia”. E proprio per il trattamento del melanoma in stadio avanzato si stanno affacciando nuove terapie che però non sono ancora rimborsabili per i pazienti italiani, a differenza di quanto avviene in altri Paesi europei. “Chiediamo - sottolinea il prof. Ascierio - che sia consentito quanto prima l'accesso anche in Italia ai trattamenti innovativi per le persone colpite da melanoma”.

“Il 20% dei pazienti curati nella nostra struttura, uno su cinque, viene da altre Regioni - spiega il prof. Genaro Ciliberto, Direttore Scientifico del 'Pascale' -. Trattiamo ogni anno circa 450 nuovi casi di melanoma. Ricerca, terapia e assistenza al malato a 360 gradi caratterizzano da sempre il lavoro dei medici. I nostri ricercatori lavorano in laboratori e strutture molto avanzate per cercare le risposte più adeguate e personalizzate a seconda del paziente. Il nostro obiettivo non è solo quello di trasformare una malattia che ha un impatto devastante in una patologia cronica, ma di riuscire a superare lo stadio della cronicizzazione per giungere a quello della definitiva guarigione”.



■ PEDIATRIA

I nuovi disturbi alimentari che minacciano gli adolescenti

Tengono il passo anoressia e bulimia ma a queste si affiancano nuovi comportamenti, non ancora riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale come patologie vere e proprie né ancora inseriti nei principali manuali diagnostici, ma con una diffusione tale da poter parlare di atteggiamenti a elevato rischio di convertirsi in veri e propri disturbi alimentari.

“Spesso la loro identificazione è tardiva, in assenza di specifiche linee guida e strutture assistenziali per il loro trattamento,” interviene il professor Marcello Giovannini, Presidente di MILANOPEDIATRIA 2012. “Possono essere considerati l’exasperazione di comportamenti promossi dalla società, quali il “mantenersi in forma”, che, in soggetti predisposti, rischiano di trasformarsi purtroppo in veri e propri disturbi alimentari. Il Pediatra deve essere a conoscenza di queste nuove forme, per poterle prevenire e identificare in un’età ancora così critica per lo sviluppo.”

Attenzione allora a chi prova una sorta di ossessione per i cibi giusti. Potrebbe trattarsi di ortoressia. Il termine, dal greco *orthos* (dritto, corretto) e *orexia* (appetito), è stato coniato per la prima volta nel 1997 negli Stati

Uniti. Mentre chi soffre di anoressia o bulimia è ossessionato dalla quantità, le preoccupazioni degli ortoressici riguardano la qualità del cibo assunto: è determinante accertare che un alimento sia sano, “puro” e attivo nella prevenzione delle malattie. La paura di malattie e contagi impone all’ortoressico uno stile di alimentazione talmente rigoroso da esporlo paradossalmente al rischio di sviluppare carenze nutrizionali gravi e quindi di sviluppare condizioni cliniche secondarie alla drastica riduzione di vitamine e sali minerali quali ad esempio avitaminosi ed osteoporosi.

Deriva invece dall’inglese *big*, grosso, il termine *bigorexia*, un fenomeno recente osservato soprattutto tra i frequentatori di palestre e appassionati di body-building. Colpisce prevalentemente la popolazione maschile tra i 15 e i 23 anni e consiste nella preoccupazione, in persone visibilmente muscolose, di essere troppo deboli e magri. Se protratta, la bigorexia può portare ad una compromissione della vita socio-lavorativa per dare la priorità all’allenamento in palestra o per non trasgredire prescrizioni dietetiche. L’insoddisfazione, l’ansia e la perdita dell’autostima spingono i bigoressici ad allenarsi sempre più, con l’intento di aumentare la massa

muscolare e abolire la massa grassa, a seguire diete squilibrate (alimentazione iperproteica) fino ad assumere ormoni androgeni, farmaci anabolizzanti e sostanze ergogeniche illecite, con rischio di grave compromissione epatica e renale.

Il termine *drunkorexia* indica un nuovo pericoloso comportamento alimentare emergente tra le adolescenti: digiuno prolungato durante il giorno per poter arrivare ad assumere ingenti quantità di alcolici all’ora dell’aperitivo. A differenza dell’anoressia, nella *drunkorexia* la volontà di dimagrire non è fine a se stessa, ma è strumentale all’assunzione di alcool: durante il giorno si “risparmiano” calorie che possono poi essere spese in alcolici e superalcolici alla sera. L’alcool diventa così uno strumento per integrarsi socialmente, per non avvertire il senso della fame e, in alcuni casi, anche per indurre il vomito. Le complicanze mediche di questo nuovo fenomeno sono simili a quelle dell’anoressia: alterazioni cardiocircolatorie, disturbi elettrolitici, osteoporosi, amenorrea, oltre ai rischi derivanti dall’abuso di alcolici, cioè epatopatia, neuropatia periferica e danni al sistema nervoso centrale.

www.qr-link.it/video/1412



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

■ TERAPIA

Gestione del rischio aterotrombotico nei pazienti con AOP

■ **Claudio Cimminiello**

Direttore UOC di Medicina Generale, Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate

Una storia di evento coronarico o di ictus ischemico determina un'elevata probabilità di incorrere in nuove sequele di carattere cardiovascolare e definisce per questi pazienti un maggior rischio cardiovascolare. I pazienti con arteriopatia obliterante periferica (AOP) condividono con chi ha un'anamnesi di evento coronarico o ictus una prognosi cardiovascolare molto sfavorevole. Infatti, se l'evoluzione della patologia a livello degli arti inferiori è abbastanza modesta (sono pochi i pazienti nei quali si osserva un'evoluzione dalla claudicatio intermittens all'amputazione dell'arto) è invece molto elevata la probabilità che nel corso degli anni si presentino eventi coronarici o cerebrali di natura ischemica.

Per questi motivi è obbligatorio considerare per tutti i pazienti con AOP una strategia di prevenzione intensa e aggressiva, soprattutto in quei soggetti che hanno interessamento aterotrombotico in più distretti (per esempio pazienti con AOP, sintomatica

o meno, più eventi ischemici coronarici o cerebrali) perché questa polidistrettualità determina un ulteriore innalzamento del livello di rischio (figura 1).

Le misure preventive da mettere in

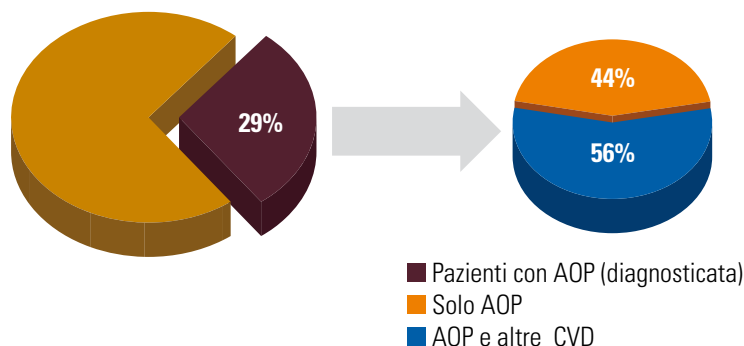
atto in questi soggetti comprendono, innanzi tutto, la correzione dei fattori di rischio noti (dislipidemie, ipertensione arteriosa, disordini del metabolismo glucidico, fumo di sigaretta) cui si deve associare una terapia antiaggregante, elemento cardine di profilassi degli eventi cardio e cerebrovascolari nei pazienti con AOP.

Fino ad oggi i presidi farmacologici si concentravano sull'acido acetilsalicilico, in assonanza con i favorevoli risultati che questa molecola determina in ambito cerebrale e cardiovascolare. È però da precisare che, in relazione all'AOP, le poche prove che hanno valutato l'efficacia dell'acido acetilsalicilico

Figura 1

Studio PARTNERS: Prevalenza di AOP ed altre patologie Cardiovascolari in Medicina Generale

Prevalenza di Arteriopatia Obliterante Periferica, diagnosticata con ABI, in una popolazione (n: 6979) che affluisce al Medico di Medicina Generale



ABI = Indice caviglia-Braccio (ankle-brachial index)
CVD = Malattie Cardiovascolari (CardioVascular Diseases)

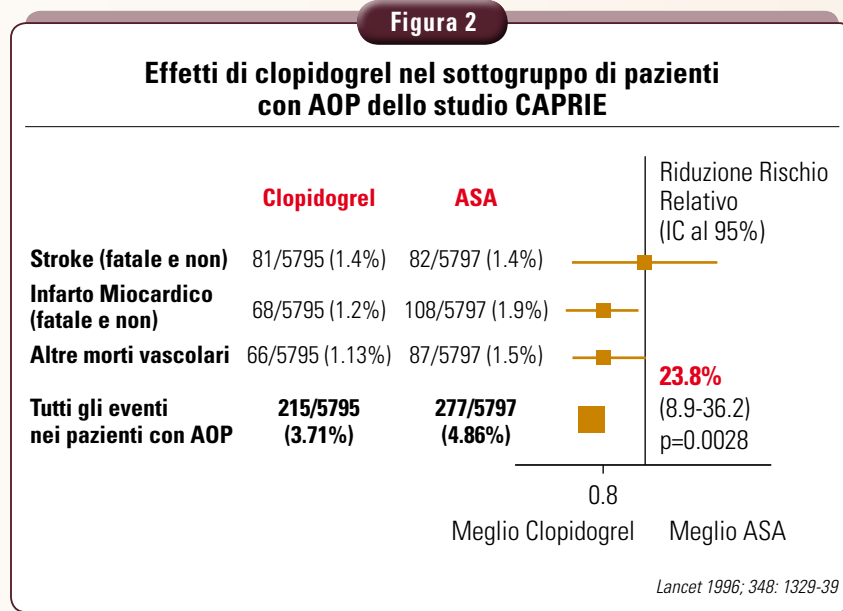
Hirsch, AT et al. JAMA. 2001; 286: 1317-24

lico hanno fornito risultati piuttosto deludenti. Una recente meta-analisi ha infatti dimostrato che l'acido acetilsalicilico non è stato in grado di fornire alcun effetto preventivo. Al contrario le tienopiridine (ticlopidina e clopidogrel) hanno determinato un impatto positivo e significativo nella riduzione del rischio cardiovascolare in pazienti con AOP (*Basili S. et al. Thromb Haemost 2010; 103: 766-73*).

Ticlopidina è un farmaco ben noto che però presenta alcune criticità, sia perché nella maggioranza dei pazienti il farmaco viene sottodosato e, in secondo luogo, perché di questa molecola è ben nota anche la scarsa sicurezza a livello ematologico. Per questi motivi le principali linee guida hanno accantonato questo farmaco in favore di clopidogrel.

Clopidogrel è un inibitore dell'ADP a livello dei recettori piastrinici (il meccanismo antiaggregante differisce quindi da quello dell'acido acetilsalicilico) che ha dimostrato una netta superiorità rispetto ad ASA, nel confronto diretto dello studio CAPRIE proprio nel sottogruppo di pazienti con AOP (*figura 2*).

Il trial ha arruolato quasi 20mila pazienti con aterotrombosi sintomatica suddivisi in tre sottogruppi in base alla causa di ospedalizzazione: un recente ictus ischemico, un recente infarto miocardico o arteriopatia periferica documentata oggettivamente, che sono stati trattati con clopidogrel (75 mg/



die) o ASA (350 mg/die). Complessivamente i risultati hanno mostrato una superiorità di efficacia in favore di clopidogrel, con una riduzione dell'8.7% del rischio di infarto miocardico, di ictus ischemico e di morte vascolare. Gli oltre 6000 pazienti con AOP hanno fatto osservare un risultato particolarmente favorevole: una riduzione del rischio di eventi ischemici maggiori, significativa dal punto di vista statistico, di quasi il 24%.

La recente abolizione del piano terapeutico, che limitava la prescrizione di clopidogrel a pazienti con malattia coronarica che fossero stati rivascolarizzati o a soggetti intolleranti ad acido acetilsalicilico, consente oggi di utilizzare questo farmaco per le indicazioni autorizzate dalla scheda tecnica,

che includono i pazienti con AOP. Si tratta di una grande novità che permette di disporre di un farmaco che le linee guida più accreditate a livello internazionale considerano come la "best options" in questi pazienti.

Un farmaco di prima scelta che oggi il medico di medicina generale e lo specialista possono prescrivere, in condizione di pieno rimborso, in questi pazienti.

www.qr-link.it/video/1412



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

■ UROLOGIA

Sintomi urinari associati a disfunzione erettile

I sintomi delle basse vie urinarie o LUTS comprendono la difficoltà a urinare, un aumento della frequenza, il bisogno di urinare spesso la notte, l'intermittenza di emissione del flusso e l'incompleto svuotamento della vescica. Spesso collegati all'ipertrofia prostatica colpiscono in Italia fino a 7 milioni e progrediscono con l'avanzare dell'età. Esiste però un'altra condizione alla quale questa sintomatologia si può ricollegare: si tratta della disfunzione erettile. Da un'indagine condotta su quasi 5000 uomini è risultato che in oltre il 70% dei casi i soggetti affetti da disfunzione erettile presentavano anche sintomi urinari. Il collegamento tra disfunzione erettile e sintomi urinari è verosimilmente derivato dalla presenza di un danno vascolare: una scarsa irrorazione sanguigna, già riconosciuta responsabile del deficit erettile (che è causato da un insufficiente apporto sanguigno ai corpi cavernosi del pene) potrebbe esercitare un ruolo negativo sulla vescica e sulla ghiandola prostatica, determinando la comparsa della sintomatologia del basso tratto urinario. Attualmente sono disponibili tre categorie di farmaci per il trattamento dell'ipertrofia prostatica: gli

alfalutici, gli inibitori della 5-alfa reduttasi e i fitoterapici. La classe principale è certamente quella degli alfalutici che facilitano l'apertura del collo vescicale e quindi lo svuotamento della vescica. Gli inibitori della 5-alfa reduttasi agiscono prevalentemente sul volume prostatico mentre il bersaglio dei fitoterapici è costituito dai processi infiammatori localizzati alla ghiandola prostatica. Le considerazioni sulle cause comuni ai due disturbi hanno posto le basi per nuovi trattamenti in grado di intervenire favorevolmente su entrambe le patologie. In particolare, tadalafil al dosaggio giornaliero di 5 mg, ha da poco ricevuto il parere positivo del CHMP (Committee for Medical Products for Humans Use) dell'EMA come primo farmaco indicato per trattare contemporaneamente la sintomatologia urinaria legata all'ipertrofia prostatica e la disfunzione erettile. Gli studi più recenti hanno dimostrato come i PDE5 migliorino la vascolarizzazione della vescica – attraverso un meccanismo che ne riossigena la parete muscolare – e della prostata. "La terapia in arrivo si è dimostrata efficace e sicura per quella popolazione di pazienti che soffrono sia di disfunzione erettile che di sintomi

urinari, spesso connessi ad iperplasia prostatica. È una buona notizia per questi uomini avere a disposizione una terapia unica, efficace e sicura per entrambi i problemi, dato che spesso ai disagi di natura sessuale che possono incidere sulla loro vita di coppia si affiancano quelli sociali creati dal disturbo di cui soffrono" ha commentato Francesco Montorsi, Professore Ordinario di Urologia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. In uno studio multinazionale di fase 3 sono stati valutati gli effetti di tadalafil 2.5 mg o 5 mg sulla disfunzione erettile e iperplasia prostatica benigna con sintomi urinari (BPH-LUTS), durante 12 settimane di terapia in doppio cieco. In questo studio tadalafil ha migliorato significativamente sia la disfunzione erettile che i sintomi urinari ed è stato ben tollerato. In un altro studio tadalafil 5 mg è stato confrontato con placebo o tamsulosin in monoterapia per LUTS/BPH. Al termine del trial tadalafil ha prodotto miglioramenti clinicamente significativi simili a tamsulosin, miglioramenti che si sono manifestati già dopo una settimana di terapia.

www.qr-link.it/video/1412



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

L'impatto del diabete in Europa e in Italia

Presentato l'Italian Barometer Diabetes Report 2012, un'indagine conoscitiva sulla malattia. Le prospettive attuali fanno prevedere che tra 5 anni non ci saranno più risorse sufficienti al mondo per poter contenere questo grave fenomeno. È indispensabile affrontare in maniera efficiente e strutturata questa emergenza di salute pubblica, creando al più presto organismi che siano in grado di coordinare tutti gli attori impegnati nell'educazione sanitaria, potenziando i centri di diabetologia e coinvolgendo la medicina territoriale

Complici l'elevata incidenza di obesità e la scarsa propensione a praticare attività sportive, il diabete colpisce in maniera significativa la popolazione italiana: nel nostro Paese si contano 2 milioni e 970mila diabetici, il 4.9% della popolazione. Particolarmente vulnerabili sono i grandi obesi, che presentano un rischio di sviluppare il diabete superiore di 60 volte rispetto a chi si mantiene in forma. Inoltre, il titolo di studio svolge un ruolo protettivo: tra i laureati la diffusione della malattia è di 5 volte inferiore, in confronto a chi ha solo la licenza media. E sono i cittadini del Sud ad essere i più colpiti: il 7.8% dei lucani e il 7.6% dei calabresi sono diabetici, contro il 2.6% degli abitanti di Bolzano, il 3.4% dei valdostani e dei veneti, il 3.6% dei lombardi. È questo l'identikit del paziente italiano, tracciato dall'*Italian Barometer Report 2012*, documento prodotto dall'*Italian Barometer Diabetes Observatory* (IBDO) di Villa Mondragone dell'Università romana di Tor Vergata.

“La lotta al diabete assorbe il 9% della spesa sanitaria italiana annuale – spiega il prof. Renato Lauro, Presidente dell'Osservatorio e Rettore dell'ateneo romano – pesando sulle casse statali per 9.22 miliardi di euro, 2.660 per ogni paziente. Il che significa 1.05 milioni di euro all'ora”. L'arma migliore per combattere la patologia, che uccide ogni anno 27.000 italiani tra i 20 e i 79 anni, rimane la prevenzione. Seguire cioè stili di vita adeguati. “Una dieta bilanciata, l'esercizio fisico e il controllo del peso riducono del 50% il rischio di essere colpiti dal disturbo –

commenta il sen. Antonio Tomassini, Presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato –. In questo modo si possono ottenere grandi risultati anche dal punto di vista economico, grazie ad iniziative la cui attuazione è fattibile perché poco costosa. Soprattutto se si considerano le spese derivanti dai ricoveri per complicanze. L'80% delle persone affette da diabete muore, infatti, a causa di problematiche cardiovascolari, da due a quattro volte più frequenti in chi soffre di questo disturbo metabolico. Inoltre, sono soprattutto le conseguenze più gravi come infarto, ictus, scompenso cardiaco e morte improvvisa ad interessare con maggior frequenza i diabetici, che si vedono ‘derubati’ in media di 5-10 anni di vita”. Diventa quindi fondamentale anche il buon controllo della patologia, da attuare subito dopo la diagnosi.

“Un trattamento precoce e intensivo dei principali fattori di rischio – aggiunge il prof. Agostino Consoli, coordinatore del Report 2012 e Ordinario di Endocrinologia presso l'Università di Chieti – come glicemia, ipertensione e colesterolo alto, riduce del 50% il rischio di gravi complicanze e di morte a distanza di 13 anni. Malgrado la gestione della malattia sia complicata, il modello di cura italiano è comunque particolarmente efficiente. L'assistenza diabetologica negli altri Paesi europei è, infatti, a carico soprattutto dei medici di famiglia. Da noi accade il contrario: è presente una rete diffusa di strutture specialistiche, in grado di fornire assistenza a oltre il 50% dei malati”.

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

Mi è arrivato l'annuncio di matrimonio di A., la assisto da una vita. Ha più di quarant'anni, da un paio vive con un compagno (considerata l'età in cui si sono incontrati lui si definisce prodotto da outlet). Un anno fa la diagnosi di carcinoma mammario bilaterale, due interventi chirurgici, chemioterapia pesante e terapia adiuvante cronica. Tutto fuorché prodotti da outlet!

Martedì

Che il nostro Sistema Sanitario, sulla carta probabilmente il migliore del mondo, sia in profondamente in crisi non vi è ormai alcuna ombra di dubbio. L'ingerenza dei partiti a tutti i livelli, la corruzione dilagante, l'assenza totale di trasparenza, la punizione del merito, la regionalizzazione, il dilagare delle incombenze burocratiche, la demotivazione dei professionisti, la riorganizzazione delle cure primarie ecc. hanno portato il sistema ad un livello di inefficienza tale per cui ormai milioni di italiani si servono di sistemi integrativi di assistenza. Che la decadenza sia più che reale e che sia previsto (o voluto?) un'ulteriore peggioramento della quantità e della qualità delle prestazioni fornite è dimostrato anche da quanto sta studiando la LegaCoop Emilia Romagna che vuole realizzare "una mutua dei cittadini" integrativa del Servizio Sanitario Nazionale e capace di offrire prodotti a prezzi calmierati. Stiamo pagando con la fiscalità generale un sistema Beveridge inefficiente (ad arte? per incapacità?) e dovremmo ripagarci un sistema mutualistico bismarkiano per avere un'assistenza decente. Probabilmente bisognerebbe avere il coraggio di dichiarare fallimento e ritornare al vecchio sistema mutualistico, ma così gli italiani pagherebbero una sola volta anziché due.

Mercoledì

Una neolaureata ha cominciato a sostituire un collega nell'ambulatorio di medicina generale. Il fatto è assolutamente naturale, la giovane dottoressa è abilitata alla professione, ma, cosa che finora non era mai successa, mi ha portato a fare una riflessione. Non esiste altro specialista che possa essere sostituito da un neolaureato privo di esperienza. Come mai questo avviene per la medicina generale? Forse che questa non è una specialità? Eppure così è definita e per praticarla bisogna aver fatto un corso post-laurea di tre anni. Forse perché è una disciplina che non utilizza abilità o strumenti particolari? Eppure è la più complessa delle discipline, ha delle caratteristiche peculiari, utilizza la conoscenza dei pazienti come risorsa fondamentale, vede problemi destrutturati, ha bisogno uno spettro di conoscenze amplissimo, si fa carico di decisioni in tempi stretti numerose volte al giorno, ecc. Il fatto che un medico di famiglia possa essere sostituito da un neolaureato mette in luce due aspetti fondamentali di questa professione in Italia. Il primo aspetto è la mancanza di definizione del campo di azione della disciplina; così un medico generalista può curare tutto o delegare tutto e per questo può essere sostituito anche da un neolaureato. Il secondo aspetto è nella bassa considerazione in cui questa specialità viene tenuta da parte di chi dovrebbe dettare le regole. I risultati sulla salute che questa professione fornisce, nella maggior parte dei casi, non sono evidenziabili immediatamente così come non lo sono i danni che può fare. La medicina di famiglia è una specialità tra quelle che richiedono maggior preparazione e professionalità, ha bisogno anche nel nostro paese di una collocazione accademica e di maggior considerazione.

Giovedì

Chi è anziano e chi soffre di una grave malattia non può sfuggire ad un sentimento di angoscia. Questo sentimento (come diceva Heidegger) rivela in tutta la sua immensità il "Niente" che è oltre il nostro "essere". Questa percezione del niente, questa percezione di essere immersi in un "Niente", questo oltrepassare la soglia della propria esistenza, è trascendenza. Forse la trascendenza e l'interrogarsi su di essa sono la vera questione della medicina, sono la causa per cui ci si rivolge al medico. La medicina ha una ragione anche metafisica. Essa è svelata dall'angoscia dei pazienti. Ecco perché (ricordando Wittgenstein) "l'etica, in quanto sgorga dal desiderio di dire qualcosa sul significato ultimo della vita, il bene assoluto, l'assoluto valore, non può essere una scienza. Ciò che dice non aggiunge nulla, in nessun senso, alla nostra conoscenza." Ecco la pericolosità di alcune linee guida che dovrebbero avere valore universale, trasferibile e applicabile a chiunque.

Venerdì

Più di due mesi fa è tornata in ambulatorio una mia anziana paziente, non si sentiva bene, visitandola mi sembrava che il cuore non fosse a ritmo, ho eseguito un ECG che ha confermato un flutter atriale. Ho spiegato alla paziente la situazione, ho prescritto gli accertamenti di rito per escludere tutte le patologie predisponenti (ecocardiogramma, funzionalità tiroidea, ecc) e ho iniziato la terapia con dicumarolo. Nel frattempo ho programmato una visita cardiologica per eventuale cardioversione elettrica da effettuare dopo almeno due mesi di terapia efficace con l'anticoagulante. Oggi ritorna la signora con la lettera della cardiologia: "Flutter atriale riconvertito elettricamente, si consiglia di continuare con la terapia in atto e di rivolgersi al cardiologo di riferimento per ulteriori decisioni". A mio modesto avviso una lettera del genere meriterebbe alcune osservazioni: perché proprio ora che è ritornata a ritmo avrebbe bisogno di un cardiologo e non dovrebbe essere seguita dal suo medico curante? Sapendo che non esiste nella struttura pubblica un "cardiologo di riferimento" che significato ha questo invito nella lettera di dimissione? Una lettera del genere implicitamente sottintende che il medico di famiglia non è in

grado di seguire un paziente che ha avuto una fibrillazione atriale. Quanto può incidere sul rapporto di fiducia un tale invito, fatto da una struttura pubblica sul rapporto paziente-medico curante? E cosa può pensare un paziente se il suo medico decide farsi carico del follow-up del caso? Di una cosa sono sicuro, una lettera di dimissione che si concludesse con un invito di questo tipo sarebbe inimmaginabile in qualsiasi altro paese europeo.

Sabato

Su un quotidiano nazionale un ampio servizio è dedicato alla sanità, a ulteriore dimostrazione di come il tema sia ritenuto importante. Si parla di riduzione di posti letto a seguito del decreto legge sulla *spending review* e delle rivalità fra reparti fotocopia negli stessi ospedali. Una pagina intera è occupata dalla pubblicità di una associazione che fornisce consulenza gratuita per un giusto risarcimento in caso di malasanità, un'altra pagina intera è occupata dalla pubblicità di un ambulatorio odontoiatrico che mette in risalto le tariffe e le convenzioni. Nove pagine sono dedicate alla rubrica sulla salute, in cui si parla del diabete nei più giovani, della malaria e dove un forum di esperti risponde alle domande dei lettori. Le considerazioni che possiamo fare sono: 1) in queste pagine non compare mai la medicina generale e la figura del medico di famiglia non esiste! 2) il contenzioso fra medici e pazienti è sicuramente destinato ad aumentare con il conseguente aumento della pratica della medicina difensiva; 3) ambulatori organizzati forniranno un'offerta efficace a costi contenuti a gruppi convenzionati di persone e al di fuori del Sistema Sanitario Nazionale; 4) si incentiva la figura dello specialista e si propone la specialistica per il primo livello di cura, inducendo falsi bisogni e scelte pericolose. Insomma, la medicina generale italiana sembra proprio aver fallito, difendendo privilegi corporativi e non puntando alla qualità, sembra si stia avviando all'estinzione e mentre pensa a nuovi modelli organizzativi si dimentica del core del problema: la capacità di risolvere i problemi della gente e le abilità che deve mettere in atto. La disciplina sopravvive perché ancora detentrica del ricettario del SSN. Come tanti arlecchini, siamo diventati servi dei burocrati, dei farmacisti e di coloro che dicono di voler rinnovare e difendere quella che chiamano la "categoria".

Ulcere vascolari: dalle staminali nuove potenzialità terapeutiche

Nel campo del trattamento delle ulcere vascolari, patologia piuttosto frequente nella popolazione adulta e ancora di più negli anziani, la ricerca si sta orientando in tre direzioni: uso di polisaccaridi, ricorso a soluzioni contenenti ozoni e impiego di fattori di crescita cellulari e di cellule staminali

Angela Walmar

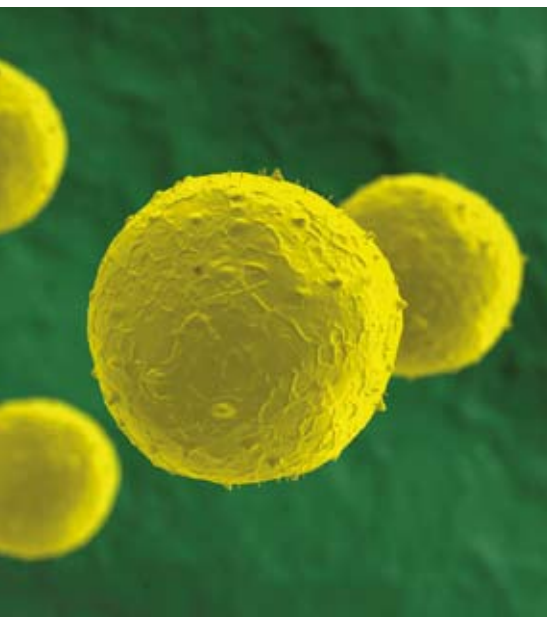
Le ulcere cutanee di origine vascolare affliggono quasi l'1% della popolazione adulta, ed arrivano al 2-3% nei soggetti più anziani. Circa il 70% di questi casi è dovuto a malattie delle vene (ulcere venose); i restanti casi sono invece legati a malattie delle arterie o al diabete. Un'ulteriore punto che deve essere tenuto in considerazione è che le lesioni cutanee croniche aumentano con l'aumentare dell'età ed è evidente come il problema, che rientra nel grande quadro della terza età e nelle riduzioni dell'autosufficienza sia destinato ad aumentare la sua importanza in termini umani ed economici.

Le forme più frequenti sono quelle dovute all'insufficienza venosa cronica provocata dalla presenza di marcate ed estese varici (sindrome varicosa), oppure ad una precedente trombosi venosa profonda (sindrome post trombotica). Si associano spesso processi di infiammazione ed infezione che provocano una zona di distruzione più o meno profonda della pelle, appunto l'ulcera cutanea, generalmente localizzata alle caviglie. Almeno nel 30-40% dei casi le ulcere venose hanno scarsa tendenza a guarire e forte propensione a recidivare. I soggetti colpiti oltre al gonfiore dell'arto accusano dolore intenso e persistente, che rende spesso difficile il cammino o anche soltanto la stazione eretta. Il decorso prolungato e le recidive anche a distanza di anni non favoriscono una assistenza uniforme, perché il paziente migra da un

ambulatorio all'altro in cerca di una terapia risolutiva.

La gestione di una ulcera comporta in primo luogo un approccio multidisciplinare volto ad identificare la causa e il relativo trattamento della lesione. La preparazione del letto dell'ulcera costituisce un tempo di primaria importanza nella terapia locale e consiste nel debridement tissutale, nella gestione dell'essudato, nel trattamento dell'infezione, nella correzione del microambiente biologico, nella valutazione del dolore, nello stimolo ad una riepitelizzazione a partire dai margini della lesione.

Il debridement rimuove i tessuti necrotici e devitalizzati, i batteri, le cellule senescenti. Si avvale di metodiche enzimatiche, autolitiche, meccaniche, chirurgiche. La scelta della tecnica è in relazione a diversi criteri quali velocità, selettività, dolore, quantità di essudato, presenza di infezione, costi. La presenza di batteri in attiva replicazione può determinare una reazione locale dell'ospite (colonizzazione critica) o una reazione sistemica (infezione) con segni clinici locali e generali e un rallentamento del fisiologico processo di guarigione, attraverso una persistenza della fase infiammatoria. Il riconoscimento di tali segni (comparsa di essudazione abbondante, allargamento dell'area dell'ulcera, cattivo odore) permette di instaurare una adeguata terapia locale (detersione, antisettici, medicazioni all'argento) o terapia antibiotica sistemica (sulla scorta di un esame





colturale con antibiogramma).

Le nuove conoscenze in tema di riparazione tissutale hanno portato allo sviluppo delle medicazioni avanzate, che, oltre a permettere lo scambio gassoso e garantire l'isolamento termico, mantengono un microambiente umido, che è essenziale per una riepitelizzazione dell'ulcera. Mentre durante la maturazione fisiologica dell'epidermide le cellule migrano dallo strato basale verso la superficie della pelle, nel corso del processo di riparazione le cellule epiteliali migrano dai margini dell'ulcera e per la loro migrazione necessitano di una superficie di scorrimento liscia e umida. Quindi l'essudato con i suoi componenti riveste un ruolo chiave nel processo di guarigione. Le metalloprotesi partecipa-

no alla prima fase del processo di riparazione, rimuovendo i tessuti devitalizzati, ma elevate concentrazioni possono portare ad una distruzione delle proteine della matrice extracellulare e ad un ritardo di guarigione. L'attività coordinata e bilanciata delle cellule infiammatorie, vascolari, connettivali ed epiteliali necessitano di una matrice extracellulare (ECM) per realizzare il processo di guarigione. La ECM è costituita in prevalenza da collagene, una proteina fibrosa con proprietà tali da conferire resistenza ed elasticità alla struttura di cui fa parte. L'impiego di soluzioni contenenti ozono è attualmente in studio per ottenere una perfetta asetticità della ferita.

Dopo un'adeguata preparazione del fondo della lesione, in relazione alle

caratteristiche dell'ulcera, si può far ricorso ad una chirurgia ripartiva con l'utilizzo di innesti cutanei autologhi o l'applicazione di matrici dermiche cellulari o acellulari. L'utilizzo delle cellule staminali nella cura delle ulcere cutanee rappresenta attualmente una significativa potenzialità terapeutica anche se al momento non si abbiano dati certi su un rapporto costo-beneficio ottimale. La medicina tutta sta passando dal concetto di riparazione a quello di rigenerazione, il che vuol dire che la cura delle ulcere cutanee potrebbe passare dall'attuale pratica di guarigione, attraverso meccanismi che portano alla formazione di cicatrice, alla sostituzione di un tessuto devitalizzato con un altro tessuto rigenerato.

Orientarsi tra priorità di intervento, benefici e risorse disponibili

In un periodo di crisi economica, l'analisi costo-efficacia è uno strumento utile per valutare l'impatto economico di un'azione e i suoi benefici nella gestione delle patologie dermatologiche invalidanti. Ciò significa poter stabilire le priorità di intervento rispetto ad una malattia e adottare metodi che tengano in considerazione sia il beneficio per il paziente che le risorse coinvolte. Quando si parla di malattie dermatologiche gravi si fa riferimento alle patologie complesse come la psoriasi, le patologie bollose autoimmuni, gli eczemi e i tumori cutanei, di cui la dermatologia ospedaliera si fa carico. I centri ospedalieri intesi come hub strategici, assumono un valore sempre più rilevante per la somministrazione di nuovi farmaci e il management di queste patologie

Liria Rame

I pazienti cronici colpiti da malattie dermatologiche complesse richiedono importanti risorse sanitarie. “Una corretta diagnosi e identificazione dei pazienti – suggerisce Patrizio Sedona, Direttore della dermatologia dell'ospedale di Venezia-Mestre e presidente dell'Adoi (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani) – è cruciale per condurre appropriate decisioni verso i trattamenti più efficaci per i pazienti e più efficienti per il sistema sanitario e la società nel suo complesso.”

La psoriasi è ai primi posti tra le patologie dermatologiche invalidanti. In Italia è la patologia più frequente, con circa 2 milioni e mezzo di casi. Il costo sociale è tra i più alti per la comunità anche per i disagi psichici derivanti dalla sua stigmatizzazione sociale. “Si stima che il costo annuale per la gestione dei pazienti affetti da psoriasi sia di circa 9000 euro – afferma Ornella De Pità Direttore dell'Immunologia ed Allergologia dell'IDI di Roma. Per quanto riguarda il decadimento fisico e cognitivo della psoriasi, abbiamo dei valori molto vicini a quelli dei malati di cancro. Il 54% dei pazienti è depresso, il 20% ha subito gravi episodi di rifiuto sociale, quali la richiesta di abbandonare il proprio posto di lavoro, il 10% addirittura sviluppa un desiderio di morte ed il 5% elabora istinti suicidi. Una corretta diagnosi, una precoce e attenta terapia, la prevenzione delle comorbidità, riducono in maniera consistente l'evoluzione verso forme severe.”

Le dermatiti eczematose, invece,

rappresentano per rilevanza clinica, epidemiologica e socio-sanitaria un problema di sanità pubblica a livello mondiale. In Italia sono almeno 4 milioni le persone che hanno problemi cutanei seri, tali da aver bisogno di cure mediche, e più di un terzo di queste, almeno 1.500.000 persone, soffrono di dermatite eczematosa.

In Italia, le patologie cutanee rappresentano il 29% delle patologie professionali denunciate. Il contatto con allergeni e irritanti rappresenta una variabile in grado di aumentare l'incidenza di dermatiti eczematose. La continua immissione nell'ambiente di nuove molecole costituisce un fattore di rischio permanente. “Per quanto riguarda la spesa – precisa Antonio Cristaudo, Responsabile della dermatologia allergologica dell'Istituto San Gallicano di Roma – recenti analisi condotte dall'Unione Europea attestano che il costo annuo delle sole dermatiti eczematose occupazionali è di 600 milioni di euro con circa 3 milioni di giorni lavorativi persi. Dati italiani indicano che la spesa media annuale per il trattamento della dermatite atopica è di 1.254 euro a famiglia. Queste patologie creano un considerevole danno economico per gli individui e la comunità, incidendo inoltre negativamente sulla qualità di vita dei pazienti. Le migliori possibilità terapeutiche risiedono nella prevenzione: identificazione degli agenti nocivi e rimozione degli stessi dall'ambiente, eliminando tutte le cause che concorrono a favorire l'insorgenza e l'aggravamento del danno”.

Meningite: ora sono protette tutte le fasce di età

► Il Comitato per i Farmaci per uso umano (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha adottato parere positivo per il vaccino a quattro componenti contro il meningococco B [rDNA, adsorbito] per l'immunizzazione attiva di soggetti di età pari o superiore ai 2 mesi contro la malattia meningococcica invasiva causata da *N. meningitidis* di gruppo B. Al momento dell'approvazione, questo sarà il primo vaccino ad ampio spettro autorizzato, in grado di contribuire a proteggere tutti i gruppi di età contro il meningococco di tipo B (MenB), inclusi i lattanti, la fascia a maggiore rischio di infezione. La malattia meningococcica da sierogruppo B (MenB) spesso non viene diagnosticata correttamente e può uccidere nell'arco di 24 ore o causare gravi disabilità permanenti.

SLA, finanziamenti per sette progetti innovativi

► AriSLA, Fondazione Italiana di Ricerca per la SLA, a seguito del quarto bando di concorso annuale ha selezionato sette nuovi progetti di ricerca che potranno partire grazie a un investimento complessivo di 892.700 euro. Le sette ricerche finanziate, scelte tra 90 proposte progettuali che hanno partecipato al bando, si propongono attraverso diversi approcci di fare luce sulle cause della malattia, mettere a punto nuovi test per una diagnosi preco-

ce e testare molecole che potrebbero diventare nuovi farmaci. I finanziamenti per ciascun progetto vanno dai 55.000 ai 250.000 euro erogati in un periodo compreso tra 12 e 24 mesi di lavoro.

Un gel per il trattamento della cheratosi attinica

► La Commissione Europea ha concesso l'autorizzazione alla commercializzazione nell'Unione Europea (UE) per il gel a base di ingenolo mebutato (LEO Pharma) come trattamento della cheratosi attinica. Il gel è un trattamento topico a monosomministrazione giornaliera da applicare per due o tre giorni per la cura della cheratosi attinica, una diffusa condizione della pelle che, se non curata, può portare al carcinoma squamocellulare, una forma di tumore della pelle non-melanoma. Dal momento che non è possibile prevedere quali cheratosi attiniche degenereranno in un tumore della pelle non-melanoma, l'identificazione e il trattamento in fase precoce di queste lesioni è fondamentale. Ciò che rende particolarmente interessante il gel a base di ingenolo mebutato è la brevità del ciclo di trattamento (1-2 giorni) che dovrebbe portare a una migliore compliance.

SIE AWARD, bando di ricerca per giovani scienziati

► La Società Italiana di Endocrinologia (SIE), con il grant condizionato di IBSA Farmaceutici, promuove il SIE AWARD, un bando di ricerca destinato a sele-

zionare le migliori idee dei giovani scienziati italiani in ambito universitario e ospedaliero. I giovani ricercatori italiani sono chiamati a sviluppare proposte di ricerca sull'ormone tiroideo e i fenomeni di assorbimento e malfunzionamento di questa sostanza nel corpo umano. Il bando prevede 3 borse di studio: i tre migliori progetti riceveranno un premio di 15.000 euro ciascuno per il finanziamento della ricerca. Le proposte e gli elaborati dovranno essere inviati, entro il 31 gennaio 2013, alla Segreteria generale Sie (segreteria generale.sie@gmail.com).

Ossigenoterapia iperbarica, una cura solo per pochi

► L'ossigenoterapia iperbarica (OTI) è indicata per la cura in regime ambulatoriale di numerose patologie (tra le quali quelle da decompressione e le ulcere cutanee) tuttavia in Italia i centri che offrono questa terapia non sono molti e non tutti sono convenzionati con il SSN. In alcune regioni, come l'Emilia Romagna, la Campania, la Toscana, la Lombardia, il Veneto, i centri di medicina iperbarica rappresentano un riferimento per la cura di queste patologie, con un conseguente risparmio in termini economici per il Sistema Sanitario Nazionale e per la società. In altre regioni, come ad esempio nel Lazio, ve ne sono 4: Policlinico Umberto I (Università La Sapienza di Roma), CIR srl (Centro Iperbarico Romano), IGOT di Latina e Civitavecchia (autorità portuale); ma di questi solo il Policlinico Umberto I è in convenzione.