

M.D.

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

Anno XIX, numero 15 - 10 dicembre 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 12

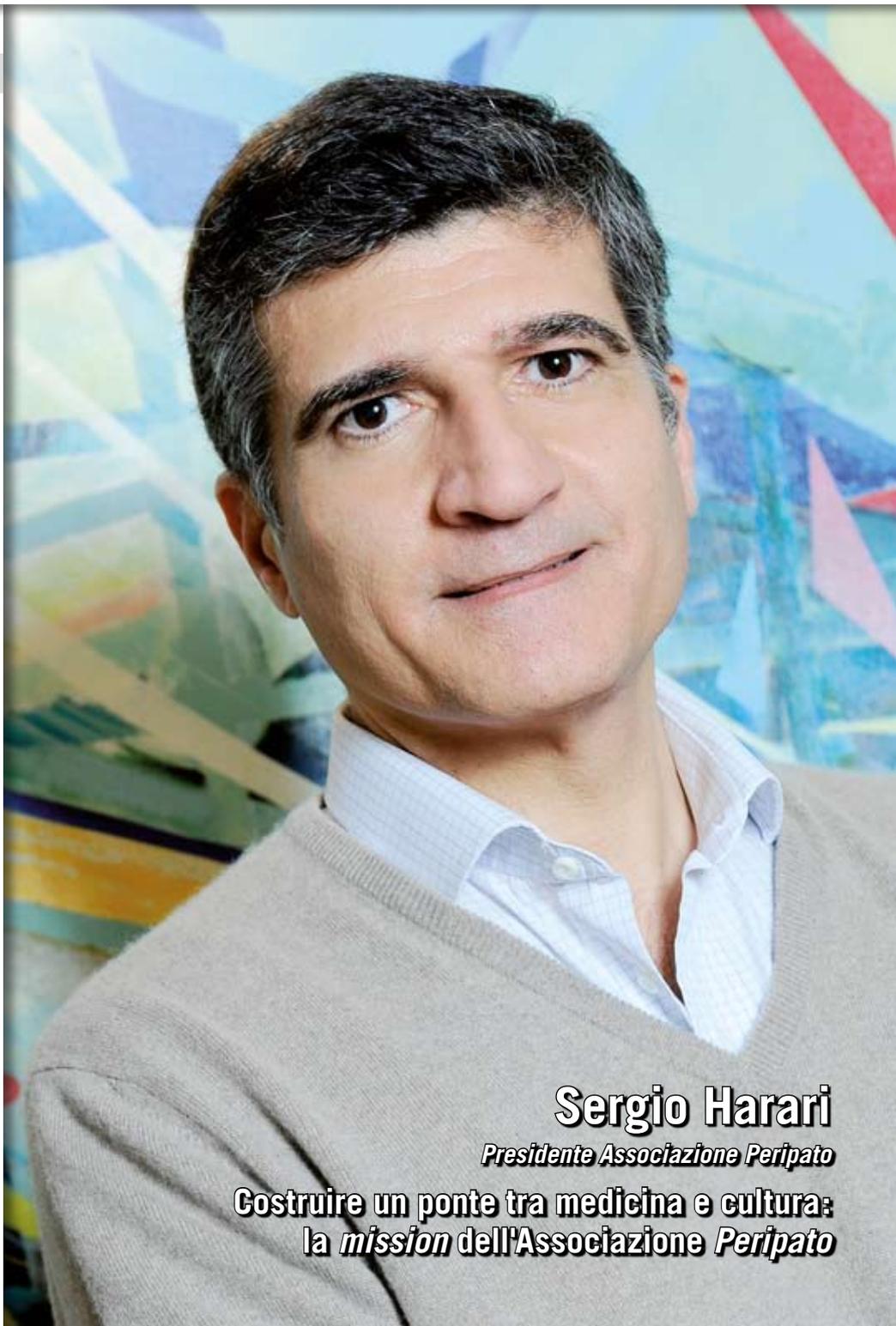
**Accordi regionali sotto la
scure della *spending review***

MANAGEMENT 34

**I protagonisti della gestione
terapeutica della gotta**

RASSEGNA 47

**I nuovi LARN:
i cambiamenti proposti**



Sergio Harari

Presidente Associazione Peripato

**Costruire un ponte tra medicina e cultura:
la *mission* dell'Associazione Peripato**

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Editoriale**
Siamo alla resa dei conti 9
- **Intervista**
Costruire un ponte tra medicina e cultura: la *mission* di Peripato 10
- **Focus on**
Accordi regionali sotto la scure della *spending review* 12
- **Contrappunto**
Fase negoziale straordinaria e insidiosa 16
- **Riflettori**
Segnali preoccupanti per il futuro delle cure oncologiche 21
- **Indagini**
Prescrizione dei farmaci generici tra pregiudizi e criticità 22

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

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

Grafica e impaginazione

Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



CSST

CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA



Member of IFED
A member of Federation of Adult Business of Countries

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

Specializzata e Tecnica

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

Periodicità: 15 numeri all'anno

Tiratura media: 33.349 copie

Diffusione media: 33.269 copie

Certificato CSST n. 2011-2249 del 27 febbraio 2012

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

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Per la sua fragilità l'anziano ha bisogno di cure diverse 26
- **Farmaci**
Ruolo del controllo del fosforo nella malattia renale cronica 27
- **Malattie rare**
Una terapia nutrizionale contro la fenilchetonuria 28
- **Neuropsichiatria**
ADHD: importanza di una diagnosi precoce 29
- **Oncologia**
Tumore del collo dell'utero, lo screening è più efficace 30
- **Riabilitazione**
Malattia di Parkinson: passi più sicuri grazie alla stimolazione plantare 31

CLINICA E TERAPIA

- **Management**
I protagonisti della gestione terapeutica della gotta 34
- **Documenti**
È il nuovo gel la terapia più efficace per la psoriasi lieve-moderata 37
- **Dialoghi clinici**
Rischio cardiovascolare globale e strategie di intervento 44
- **Rassegna**
I nuovi LARN: i cambiamenti proposti 47
- **Monitor** 50

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

*Buone feste
a tutti i lettori di M.D.*

Siamo alla resa dei conti

Il comparto delle cure primarie e il ruolo dei medici di medicina generale sono stati messi a dura prova da cambiamenti epocali che hanno visto modificare sostanzialmente la domanda di salute e le malattie croniche essere additate come la voce di costo più preoccupante perché in continua crescita. Un costo troppo impattante per un Ssn sempre più a risorse calmierate e la cui sostenibilità è messa a rischio da una crisi economica i cui effetti si ripercuotono sull'intero sistema Paese. Non deve quindi meravigliare il fluire di grandi discussioni su come arginare la deriva di un Ssn che, secondo esperti, economisti e tecnici salvatori della Patria, così com'è declinato non ci possiamo più permettere. Il 2012, che sta giungendo al suo compimento, ha visto esplodere i conflitti della lenta erosione che il comparto sanitario ha dovuto subire in questi anni. Conflitti la cui eco si è cercata di affievolire con veri e propri proclami di grandi e importanti innovazioni. Una delle protagoniste di queste innovazioni annunciate sicuramente è stata ed è l'assistenza h. 24 sul territorio la cui realizzazione implicherebbe, secondo il ministro della Salute, uno sforzo più sul fronte "organizzativo" che su quello delle risorse da investire. Secondo il progetto ministeriale, infatti, il tutto si può realizzare a costo zero. Ma se per un momento passiamo dalla teoria alla pratica, la realtà con cui impattiamo è di tutt'altro tenore. I primi rinnovi degli Accordi collettivi regionali per la medicina convenzionata, per esempio, sono forieri di cattivi presagi. È netta la contrazione delle risorse investite per la medicina convenzionata proprio in quelle Regioni che fino a pochi anni fa erano additate come un esempio di eccellenza e buona gestione. Ora anche queste sono a rischio di *default*. È legittimo quindi chiedersi come faranno a sobbarcarsi il peso dei costi dell'annunciata riorganizzazione dell'assistenza h. 24. Siamo alla resa dei conti e al momento a portare il fardello sono i cittadini, i medici e tutti i professionisti della sanità che, malgrado le difficoltà, hanno cercato in questi anni di far funzionare un servizio sanitario pubblico in agonia.

Costruire un ponte tra medicina e cultura: la *mission* di *Peripato*



Promuovere la corretta comunicazione in tema di benessere e salute, riavvicinando la cultura umanistica alla medicina moderna. È questo quanto si prefigge l'associazione *Peripato*, presentata di recente a Milano. Un obiettivo che, secondo quanto dichiarato da **Sergio Harari**, medico e presidente di *Peripato*, non è più rinviabile, perché la medicina, che tra le scienze è la più umanistica, oggi sembra essere sempre più ostaggio della tecnologia

► **Anna Sgritto**

Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato a Milano in Malattie dell'Apparato Respiratorio, Anestesia e Rianimazione, Chemioterapia, **Sergio Harari** è stato uno dei primi medici in Italia a occuparsi di trapianti polmonari. Nel 1999 nel capoluogo lombardo ha fondato l'Unità Operativa di Pneumologia all'Ospedale San Giuseppe oggi tra i Centri di riferimento nazionale per la diagnosi e la cura di malattie polmonari rare. All'attività assistenziale-clinica associa attività didattica e di pubblicazione e divulgazione scientifica anche su temi di politica sanitaria, sociali e ambientali.

Di recente si è impegnato in un'altra sfida: mosso dalla convinzione della necessità di gettare "un ponte tra medicina e cultura" ha dato vita all'Associazione *Peripato* (www.peripato.org), di cui è presidente. Nell'intervista rilasciata a *M.D.* ha tenuto a precisare che la

missione di questa associazione non è nuova, ma innovativa perché l'intento è quello di rimettere in connessione il mondo della medicina e della scienza con il mondo della cultura nella sua accezione più vasta, in particolare con quelle cosiddette *humanities* messe ai margini nell'era della tecnica.

► ***Peripato*, denominazione scelta per l'Associazione, evoca immediatamente il sapere filosofico...**

"Quando Aristotele passeggiava lungo i peripatoi, i colonnati del suo liceo ateniese, insegnava non solo filosofia, ma biologia e anatomia. Allora scienza e filosofia sembravano un *unicum* indissolubile. La medicina, infatti, è la più umanistica tra le scienze, è nata in una tradizione culturale di tipo filosofico, ma poi nel tempo è andata verso l'acquisizione di sem-

pre più scientificità e tecnologie che sicuramente hanno permesso di innovare la diagnostica e le terapie. Ma nel frattempo abbiamo perso per strada l'*humus* in cui la medicina come scienza è nata. Oggi, nell'età della tecnica, dobbiamo fare i conti con il fatto che l'esame obiettivo e il supporto della struttura tecnica hanno sovrastato l'ascolto, la cura basata sulla comprensione. Proprio per questo motivo, leggendo *l'Imperatore del Male* di Siddhartha Mukherjee - medico ricercatore e oncologo, vincitore con questo libro del Premio Pulitzer 2011 - mi sono ritrovato a condividere in pieno un passaggio del libro in cui l'autore scrive: *La medicina comincia con un racconto. I pazienti raccontano storie per descrivere una malattia. I dottori raccontano storie per comprenderla. La scienza racconta la propria storia per spiegare le malattie.* *Peripato* è nata proprio con l'inten-

to di ricongiungere quella che è una parte attualmente un po' dimenticata della tradizione medica, riportandola alla sua completezza originaria che le permette non solo di curare, ma di prendersi cura di un altro uomo: il paziente. La medicina moderna non si può disgiungere dalla qualità della comunicazione e dalla relazione tra medici e pazienti e anche tra gli stessi medici e operatori sanitari. L'avanzamento della tecnologia al servizio del curare, come ho sottolineato, ha scisso questi aspetti dalla pratica medica con delle conseguenze dai risvolti drammatici. Mi riferisco in particolar modo a quella tragica pagina della cura Di Bella, che ho vissuto in prima persona e che ci ha fatto comprendere tra l'altro quanto l'alleanza terapeutica con il paziente sia un fondamento della nostra professione che non bisogna mai dare per scontato e che implica un impegno quotidiano nella costruzione di una relazione di fiducia tra malato e curante".

► **Processo empatico e relazione medico-paziente dovrebbero quindi essere dei capisaldi della formazione dei futuri medici?**

"La risposta non può che essere affermativa anche alla luce di quanto è emerso da un sondaggio che la nostra Associazione ha realizzato in collaborazione con *Corriere.it*, i cui dati sono stati di recente presentati a Milano. I risultati mostrano che cresce sempre più il numero degli italiani che si rivolgono a Internet per informarsi su problemi di salute, mentre dal medico vorrebbero più tempo e attenzione. Ma oltre ad aumentare l'utilizzo del web, cresce anche il numero degli assistiti che si presentano dal proprio curante con

Salute e informazione: tu come la pensi?

*I risultati del sondaggio lanciato da Corriere.it**

<p>1. Pensando all'ultima volta in cui si è presentato un problema di salute (suo o di un familiare), qual è stata la prima mossa che ha fatto?</p> <p>Mi sono rivolto al medico (di famiglia/specialista) 50.3%</p> <p>Ho cercato informazioni su Internet 43.6%</p> <p>Mi sono rivolto a chi aveva già fatto la stessa esperienza (amici/colleghi/parenti) 6.2%</p>	<p>5. Secondo Lei, come potrebbe migliorare la diffusione di informazioni corrette in materia di salute?</p> <p>Maggiore attenzione e dialogo da parte del medico di famiglia 61.6%</p> <p>Migliori e più numerose azioni delle istituzioni (Ministero della Salute, Servizio sanitario nazionale, Asl, ad esempio) 26.1%</p> <p>Maggiore attenzione e più informazione corretta da parte di giornali, radio e tv 12.4%</p>
<p>2. Di quali fonti di informazione si serve abitualmente in materia di salute?</p> <p>Internet 86.6%</p> <p>Enciclopedia medica 7.8%</p> <p>Giornali, radio e tv 5.7%</p>	<p>6. Pensando alla medicina di oggi, su cosa investirebbe da subito?</p> <p>Formazione dei medici al contatto umano 38.2%</p> <p>Tempi più veloci e investimenti maggiori nella ricerca 35.0%</p> <p>Cure e strumenti diagnostici davvero innovativi 26.9%</p>
<p>3. Si è mai presentato dal medico avendo già cercato informazioni (per esempio, un articolo di giornale o notizie scaricate da internet)?</p> <p>Spesso 44.2%</p> <p>Talvolta 41.1%</p> <p>Mai 14.7%</p>	<p>7. In generale, è soddisfatto del tempo dedicato dal suo medico al colloquio con Lei?</p> <p>Sì 35.5%</p> <p>Solo in parte 32.9%</p> <p>No 31.7%</p>
<p>4. Pensando all'ultima volta in cui Lei è stato da un medico (di base o specialista o pediatra non importa), le informazioni ricevute l'hanno soddisfatta?</p> <p>Solo in parte 43.7%</p> <p>Sì 34.8%</p> <p>No 21.6%</p>	<p>*Numero delle risposte: 2.530.</p> <p><i>I sondaggi online di Corriere.it non hanno un valore statistico, si tratta di rilevazioni non basate su un campione elaborato scientificamente. Hanno l'unico scopo di permettere ai lettori di esprimere la propria opinione sui temi di attualità. Le percentuali non tengono conto dei valori decimali. In alcuni casi, quindi, la somma può risultare superiore a 100.</i></p>

la fonte di informazione consultata. Il medico quindi dal canto suo si trova di frequente di fronte a persone che riducono l'asimmetria informativa che caratterizza il tradizionale rapporto medico-paziente e devono fare i conti con la possibilità che tali informazioni abbiano suscitato maggiori ansie invece che ridurle. In ogni caso, il nostro compito appare sempre più impegnativo e ci obbliga a una operazione di ascolto più focalizzato. Promuovere, sostenere ed organizzare attività di formazione ed aggiornamento professionale di medici, personale socio-sanitario è quindi uno degli obiettivi della nostra Associazione che tra l'altro ha lo scopo di

tutelare salute e ambiente. Proprio per questo sentiamo la necessità di rifondare il rapporto tra popolazione e cultura della salute e una delle nostre prime iniziative sarà la promozione a Milano, a settembre 2013, di un Festival della Salute".

www.qr-link.it/video/1512



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

Accordi regionali sotto la scure della *spending review*

La contrazione delle risorse per la sanità comincia a far vedere i suoi effetti nelle negoziazioni regionali per il rinnovo degli accordi integrativi (Air) della medicina convenzionata. In Lombardia, dopo una dibattuta contrattazione, l'Air viene firmato, malgrado il taglio di sei milioni di euro rispetto al precedente. In Emilia Romagna la discussione ha assunto toni di scontro e la trattativa si presenta ancor più difficile dopo l'annuncio del varo di un Piano straordinario regionale - da addebitare al "definanziamento" del Fondo sanitario nazionale - che prevede nel 2013 per la sanità dell'Emilia Romagna tagli per 260 milioni di cui 20 sarebbero da recuperare dalla medicina convenzionata

Una soluzione non ottimale, ma necessaria, vista la fase storica: così **Enzo Scafuro**, segretario regionale dello Smi lombardo, ha commentato la firma dell'Accordo integrativo regionale (Air) della Lombardia. Sulla stessa lunghezza d'onda, anche se con una diversa enfasi, il giudizio di **Fiorenzo Corti**, segretario regionale Fimmg: "Certo, è un accordo che comporta dei tagli, ma rispetto alla situazione prospettata all'inizio, siamo soddisfatti dei risultati ottenuti". Il taglio a cui si riferisce Corti è di circa 6 milioni ed è inerente la quota che fino alla fine di quest'anno sarà riconosciuta ai medici di medicina generale lombardi per l'utilizzo del sistema Siss. Ma non bisogna dimenticare che a pesare sulla trattativa c'è stata anche la *spending review*.

"Le risorse economiche disponibili entro cui ci siamo dovuti muovere - ha infatti sottolineato Scafuro - dovevano tener conto oltre al Drg dell'ottobre 2012, che tra l'altro non prevede per l'anno 2013 l'erogazione del contributo regionale per l'uso del Siss da parte dei Mmg, anche della *spending review*. Si tratta comunque di un accordo limitato nel tempo che potrebbe essere rivisitato prima della scadenza naturale di un anno, anche in considerazione delle prossime elezioni regionali". La remunerazione per il Siss è sta-

ta tagliata, ma, in sintesi, il nuovo Air prevede per ciascuna Asl una "Quota Complessiva Aziendale di Risorse Aggiuntive Regionali" pari a 0,81 euro per ogni assistito in carico ai Mmg per assicurare, con accordi aziendali, la copertura economica, con il seguente ordine di priorità:

1. riconoscimento delle forme associative attivate successivamente alla cessazione delle forme di associazione semplice;
2. incremento dell'indennità informatica (minimo 20% pari a circa 15 euro mese/medico);
3. maggiore accessibilità allo studio dei Mmg;
4. assistenza domiciliare (ADI-ADP);
5. riconoscimento di ulteriori forme associative e di personale di studio attivate successivamente al 31 dicembre 2010, oltre quelle derivanti dal passaggio della forma associativa semplice ad altra forma.

► Il caso Emilia Romagna

Botta e risposta invece tra l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, **Carlo Lusenti** e il segretario regionale della Fimmg, **Renzo Le Pera**, in merito ai finanziamenti previsti per la MG e il rinnovo dell'Air. Ad innescare il contenzioso un articolo apparso su *Repubblica*, edizione di Bologna, venerdì 30 novembre, con il titolo "Sanità, medici di famiglia in rivolta" in cui il segretario Fimmg so-



steneva che la Regione per il 2013 aveva "l'intenzione di tagliare 90 milioni di euro alla medicina convenzionata". Articolo a cui immediatamente ha risposto l'assessore Lusenti smentendo quanto sostenuto da Le Pera e precisando che il contributo richiesto alla medicina territoriale "per fronteggiare la situazione" è quello di rendere congruente il sistema di risorse aggiuntive da erogare per il rinnovo dell'Air con l'Acn 2010 e con il decreto Balduzzi.

Una risposta un po' "sibillina" chiarita però dal fatto che poco tempo dopo è stato annunciato un Piano straordinario regionale che prevede per il 2013 tagli per 260 milioni di euro. Questa cifra è la

diretta conseguenza del definanziamento del Fondo sanitario nazionale previsto per il 2013 che è inferiore a quello varato per l'anno precedente. Quale contributo di "risparmio" sarà chiamato a dare il comparto della medicina convenzionata? Stando a quanto accaduto nelle ultime riunioni tra Regione e rappresentanti di categoria, il "taglio" previsto per la medicina convenzionata sarebbe pari a 20 milioni di euro. E così la Regione per il rinnovo dell'Air ha presentato una proposta ai sindacati di categoria con la quale raggiungerebbe tale risparmio, abolendo i seguenti incentivi, considerati appunto superati dall'Acn 2010 e dal decreto Balduzzi:

■ 1 euro annuo per assistito inerte la disponibilità all'integrazione, l'accettazione della logica interprofessionale del Nucleo di Cure Primarie, la conoscenza informatica necessaria allo sviluppo dell'integrazione

■ 0,30 euro per assistito all'anno per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica

■ 5 euro all'anno per assistito (frazionato in 12 mensilità) per la partecipazione al progetto Sole dalla data dell'allacciamento dello studio medico.

Eseguendo dei calcoli "spannometrici" un medico di medicina generale massimalista vedrebbe i suoi emolumenti decurtati di circa 330-380 euro mensili.

Fase negoziale straordinaria e insidiosa

Due i punti critici messi nero su bianco dalle Regioni sul rinnovo delle convenzioni per le cure primarie, rispetto a quanto fissato dal decreto Balduzzi: l'aspettativa provocata nella popolazione per l'avvio di un'assistenza primaria h. 24 e il nodo risorse per le forme aggregate di assistenza che le Regioni sono chiamate a garantire. Un'operazione che, secondo le Regioni, vale almeno un miliardo di euro

Stefano Alice

Medico di medicina generale, Genova

Una diretta conseguenza della Riforma Balduzzi sarà la decurtazione degli emolumenti per i Mmg. A sottolinearlo è la bozza dell'atto di indirizzo predisposto dalla Sisac in cui si ribadisce la straordinarietà di questa fase negoziale che interrompe il blocco contrattuale disciplinato con legge fino al 2014 compreso. Riaprire questa partita è stata una precisa scelta sindacale il cui obiettivo, secondo me è quello di accollare alle Regioni, già falciate da tagli lineari insostenibili, il finanziamento del famoso progetto della Rifondazione della Medicina Generale, alla cui realizzazione l'attuale leader della Fimmg ha deciso di legare le sue sorti. La tattica sindacale è consistita nello scavalco delle Regioni attraverso un accordo diretto col ministro della Salute, accompagnato da alcune dichiarazioni molto forti contro il regionalismo, travolto dagli scandali. Ad esse rispose il gelo delle Regioni, che si guardarono bene dal replicare, ma cominciarono ad organizzare, da subito, la loro controffensiva. Per questa brillante operazione - concertata ai danni delle Regioni dal Ministro Balduzzi con alcuni sindacati medici e condotta nel mezzo di una crisi economica epocale - si è fatto ricorso allo strumento della decretazione d'urgenza, quando per una riforma della Sanità, degna di questo nome, sarebbe necessario un ampio dibattito, da tenersi non solo in Parlamento, ma nell'intera società civile.

► Sordi a qualsiasi richiamo

Un'operazione che è stata segnata da un'incredibile sequela di errori. Fra tutti ricordiamo l'irrealistica aspettativa che è stata creata nella cittadinanza con la promessa di un'assistenza no-stop da parte dei medici di famiglia.

L'arcinoto h. 24, 7 giorni su 7 che, oltre ad essere di non facile realizzazione, è inutile perché privo di effetti positivi sulla salute della popolazione, è dannoso in quanto foriere di un aumento inappropriato di spesa sanitaria per bisogni di salute solo presunti e non diminuirà gli accessi impropri al Pronto Soccorso, come ampiamente dimostrato da diversi studi. Eppure gli inviti alla ragionevolezza non sono mancati, anche da parte di esponenti di spicco (Ignazio Marino) del partito che maggiormente appoggiava il Governo. Inoltre, tanto per buttare benzina sul fuoco, la leadership sindacale (Fimmg, Sumai, Fimp) ha pensato bene di minacciare lo sciopero nel caso il Decreto Balduzzi fosse stato "stravolto". Scolpito nella pietra rimarrà l' ammonimento del duo Ivan Cavicchi - Cesare Fassari, che senza dubbio, sono dei profondi conoscitori della palude in cui ci muoviamo: "attenti, cari medici di famiglia italiani, che state scherzando col fuoco. Se disgraziatamente qualcosa dovesse andare storto, ricordatevi che sarete proprio voi a pagare un prezzo altissimo". Sordi a qualsiasi richiamo, sembra proprio che, purtroppo, ci apprestiamo a vivere un'esperienza "indimenticabile".

Segnali preoccupanti per il futuro delle cure oncologiche

Oncologi, associazioni di categoria e di volontariato con tempi e modalità diverse stanno lanciando un unico grido d'allarme: i tagli alla sanità previsti dalla spending review mettono a rischio la possibilità di poter continuare a garantire trattamenti adeguati per i malati

Stefania Piccolo

Non poter più garantire trattamenti adeguati ai malati oncologici: è questa la preoccupazione che sembra accomunare tutti gli appelli lanciati dagli oncologi e dagli operatori del settore.

A Milano, di recente **Roberto Labianca** e **Alberto Scanni** rispettivamente presidente e past president di Cipomo (Collegio Italiano dei Primari Oncologici Medici Ospedalieri) in una conferenza stampa hanno sottolineato che per colpa della *spending review* sarebbero in pericolo "un terzo delle realtà ospedaliere di oncologia medica in Italia che già attualmente stanno vivendo un difficile momento". I disagi e le difficoltà dei dipartimenti oncologici nel nostro Paese sarebbero confermate dai risultati di un questionario *ad hoc* approntato da Cipomo per poter fotografare la situazione attuale nei diversi territori. Blocco del turn over, reparti di oncologia medica accorpati tra loro, o che da unità complesse diventano unità semplici sotto il governo dei reparti di medicina interna: è questo il quadro che emerge dai primi risultati inerenti le risposte date ai questionari pervenuti da Piemonte, Liguria, Toscana, Lazio e Calabria. Quello che si registra è una tendenza a generalizzare le specialità con il rischio di una cancellazione delle unità operative complesse di oncologia che avrebbe ripercussioni gravissime nell'approccio terapeutico e assistenziale ai pazienti oncologici.

► L'appello dei medici e pazienti

Pochi giorni dopo l'allarme lanciato da Cipomo, gli oncologi medici dell'Aiom, i chirurghi della Sico, i radioterapisti di Airo assieme ai rappresentati dei pazienti della Favio hanno inviato un appello al presidente del Consiglio e al ministro della Salute, al Coordinatore degli assessori regionali alla sanità e a tutti i Governatori delle Regioni in cui hanno chiesto di non diminuire i fondi da destinare all'assistenza oncologica. "Comprendiamo le difficoltà legate all'attuale situazione economica italiana - si legge nella missiva inviata alle istituzioni - e per questo siamo tutti pronti a collaborare per ridurre al minimo sprechi ed inefficienze, ma penalizzare i malati di cancro attraverso la riduzione dei servizi non solo non è una scelta etica e soprattutto non porta reali risparmi. Chiediamo alle istituzioni di non procedere a chiusure e a riduzioni indiscriminate e non previamente discusse e concordate di strutture e di servizi per i pazienti oncologici".

www.qr-link.it/video/1512



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



La prescrizione di farmaci generici tra pregiudizi e criticità

Medici e pazienti ancora scettici, farmacisti orientati alla sostituzione. È questo in sintesi quanto emerge da una recente indagine dell'Istituto di Ricerca Medi-Pragma, presentata di recente a Milano



Due medici su tre non intendono modificare il proprio atteggiamento prescrittivo verso i farmaci equivalenti, l'82% ritiene che la nuova norma della *spending review* sia una limitazione della libertà prescrittiva. I farmacisti invece incrementano la propensione alla sostituzione da farmaco di marca a equivalente, anche se cresce nella categoria la convinzione che questi prodotti non siano tutti uguali. Nel frattempo diminuisce negli anziani il consenso verso la norma della *spending review*: un over 65 su due preferisce continuare ad utilizzare i farmaci di marca e il 43% considera tale normativa una limitazione al diritto di cura. Sono questi in sintesi i risultati, di un'indagine dell'Istituto di Ricerca Medi-Pragma dal titolo "Farmaci Equivalenti: l'impatto della *spending review*". L'indagine ha infatti cercato di focalizzare le ricadute delle nuove norme sulla prescrizione dei farmaci, contenute nella *spending review*, a quattro mesi dalla loro introduzione, su Mmg, farmacisti e popolazione over 65. A tal fine sono state realizzate 1.600 interviste CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*): 1.000 sulla popolazione; 300 su Mmg e 300 su farmacisti. Secondo il Prof. **Francesco Scaglione**, direttore Scuola di Specializzazione di Farmacologia Clinica dell'Università di Milano e membro del Gruppo di Studio della SIF

sui medicinali equivalenti, i risultati della ricerca evidenziano una certa diffidenza sui generici da parte degli "addetti ai lavori" e dei pazienti che è da attribuire da un lato a veri e propri pregiudizi verso questi farmaci e dall'altro a limiti relativi alla rigidità della nuova normativa sulla prescrizione farmaceutica. "I farmaci generici rappresentano una grande opportunità - sottolinea il Prof. Scaglione - perché offrono cure efficaci a basso costo, ma non bisogna dimenticare che un farmaco può definirsi 'bioequivalente' rispetto all'*originator* quando contiene lo stesso tipo e la stessa quantità di principio attivo, ma non è invece necessario che ci siano gli stessi eccipienti. La composizione farmaceutica delle formulazioni generiche può quindi essere diversa da quella dei rispettivi prodotti di marca e comportare, ad esempio, un diverso assorbimento del farmaco. Quindi, quando si considerano terapie già in corso in pazienti cronici e ben stabilizzati, sarebbe consigliabile non modificare il trattamento".

www.qr-link.it/video/0312



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

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **DIABETOLOGIA**

Per la sua fragilità l'anziano ha bisogno di cure diverse

■ **FARMACI**

Ruolo del controllo del fosforo nella malattia renale cronica

■ **MALATTIE RARE**

Una terapia nutrizionale contro la fenilchetonuria

■ **NEUROPSICHIATRIA**

ADHD: importanza di una diagnosi precoce

■ **ONCOLOGIA**

Tumore del collo dell'utero, lo screening è più efficace

■ **RIABILITAZIONE**

Malattia di Parkinson: passi più sicuri grazie alla stimolazione plantare

■ DIABETOLOGIA

Per la sua fragilità l'anziano ha bisogno di cure diverse

Circa il 60% dei soggetti che vengono visti quotidianamente da un Centro di diabetologia è anziano, un dato che deve far riflettere e spingere ad essere ancora più attenti alla qualità della cura che viene erogata.

“I dati raccolti dal Rapporto “Anziani con diabete” dell’Associazione Medici Diabetologi (AMD) ci forniscono una fotografia importante, e forse unica, sulla tipologia di assistenza riservata a questa particolare categoria di persone e ai loro bisogni ancora insoddisfatti”, ha dichiarato **Carlo B. Giorda**, Presidente AMD e Direttore della Struttura Complessa Malattie Metaboliche e Diabetologie Asl Torino 5.

L’analisi mirata del database degli Annali AMD ha avuto lo scopo di verificare come la diabetologia italiana gestisce il paziente anziano dal punto di vista della terapia e dello *screening* delle complicanze, oltre che di evidenziare se esistono modalità di trattamento diverse rispetto alla popolazione non anziana e, nello stesso tempo, l’appropriatezza della terapia rispetto alle linee guida. Gestire in maniera efficace una persona anziana con diabete, indipendentemente

dall’età di insorgenza della malattia, vuol dire anche confrontarsi con persone più fragili, che richiedono modalità di cura diverse rispetto alla popolazione più giovane e che spesso presentano altre malattie associate al diabete e un rischio più elevato di comorbidità. Gli anziani sono, infatti, soggetti alle comuni sindromi geriatriche come le reazioni avverse da politerapia, la depressione, il decadimento cognitivo e la demenza, i traumi da caduta, le compromissioni funzionali.

La complessità della cura di queste persone appare evidente laddove si consideri il numero dei farmaci assunti. La politerapia, con i rischi e le conseguenze ad essa associate, è una condizione tipica degli anziani e proprio per questo risulta difficile standardizzare obiettivi e schemi di trattamento. Emerge, dunque, la necessità di attuare scelte terapeutiche estremamente personalizzate, che permettano al medico di intervenire su ciascuno con un’associazione diversa di farmaci, in base alle caratteristiche del singolo individuo.

Un altro dato particolarmente importante emerge dall’analisi dell’im-

piego dei farmaci. Negli anziani, farmaci tradizionali come le sulfaniluree risultano essere ancora tra i più utilizzati: mediamente nel 36% degli over 65. Questi farmaci, tuttavia, espongono a un rischio di ipoglicemia elevato e alle complicanze ad essa correlate. Per queste ragioni i trattamenti antidiabetici destinati a questa categoria di persone devono tenere conto dell’età e della loro fragilità, garantendo insieme all’efficacia un elevato profilo di tollerabilità.

“Le crisi ipoglicemiche influiscono in maniera significativa sulla qualità di vita di queste persone. Non c’è dubbio, infatti, – ha aggiunto Giorda – che l’introduzione delle terapie innovative, come le DPP-4, abbia portato un minor rischio di ipoglicemie e conseguentemente di disabilità. Si sospetta, per esempio, che una percentuale elevata di fratture del femore nell’anziano con diabete sia riconducibile proprio a episodi di ipoglicemia. Possiamo concludere quindi che le DPP-4, riducendo le ipoglicemie e i problemi ad esse legati, siano da ritenersi farmaci ideali per l’anziano”.

www.qr-link.it/video/1512



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

■ FARMACI

Ruolo del controllo del fosforo nella malattia renale cronica

Negli ultimi anni si sono accumulate crescenti evidenze sull'importanza del ruolo del metabolismo calcio-fosforo nella progressione dell'insufficienza renale cronica e del rischio cardiovascolare ad essa associata. L'iperfosfatemia, associata inevitabilmente alla dialisi, rappresenta una delle cause della calcificazione dei tessuti molli, mentre i depositi di calcio e fosforo a livello delle valvole cardiache sono da due a cinque volte più comuni nei pazienti in dialisi rispetto ai pazienti non dializzati.

Il fosforo in eccesso favorisce inoltre l'insorgenza di calcificazioni vascolari, fondamentalmente attraverso la sua azione di supporto allo sviluppo di iperparatiroidismo secondario. La somministrazione di Vitamina D, che dovrebbe combattere l'iperparatiroidismo, ha come effetto collaterale l'aumento dell'assorbimento di calcio e fosforo all'interno dell'intestino, con conseguente aumento della fosfatemia.

Anche la ricerca nefrologica italiana ha contribuito a far luce sul rapporto esistente tra elevata fosforemia e danno renale.

Una nuova analisi dei dati dello studio REIN, pubblicata nel 2011, ha

dimostrato che, in pazienti con insufficienza renale, elevati livelli di fosforo nel sangue aumentano il danno ai reni e il rischio di eventi cardiovascolari, riducendo l'effetto benefico del ramipril somministrato ai pazienti affetti da insufficienza renale (*J Am Soc Nephrol* 22: 2011. doi: 10.1681/ASN.2011020175).

Per questo motivo, il controllo dei valori di fosforo è considerato un aspetto fondamentale della cura delle malattie renali. In questo senso la dieta svolge sicuramente un ruolo importante, ma raramente è sufficiente a regolare i livelli di fosforo, poiché a causa della perdita di funzionalità, i reni non filtrano più adeguatamente questo minerale e non consentono la sua regolare escrezione attraverso le urine. È comunque utile controllare l'apporto proteico, soprattutto quello derivante da latte e formaggi.

Particolare importanza può avere in questo contesto il ricorso a sostanze chelanti il fosforo. La ricerca in questo senso ha portato a migliorare progressivamente l'efficacia di questo approccio, rendendo possibile l'utilizzo di questi farmaci non solo nei pazienti in dialisi ma anche in quelli in predialisi. È ciò che si è ottenuto con sevelamer carbonato,

che può essere considerato l'evoluzione della forma cloridrata dello stesso principio attivo.

Sevelamer carbonato evita infatti il rischio di acidosi metabolica, che invece si poteva osservare nelle persone in pre-dialisi durante il trattamento con sevelamer cloridrato. Ciò è molto importante per prevenire l'evoluzione dell'insufficienza renale e delle sue complicanze, considerato che il picco della fosforemia si ha più o meno intorno al livello 4 di insufficienza renale, quando i meccanismi di controllo del rene non riescono più a compensare l'eccesso di fosforo nel sangue e consentirne l'eliminazione attraverso le urine.

Sevelamer carbonato è in grado di legare il fosforo presente nei cibi nell'intestino e consente di eliminarlo con le feci, aiutando a tenerne sotto controllo l'eccesso nel sangue. La sua azione sembra estendersi anche al metabolismo lipidico, poiché permette di abbassare i valori del colesterolo LDL, favorendo quindi anche un miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare, generalmente elevato nei pazienti nefropatici.

www.qr-link.it/video/1512



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

■ MALATTIE RARE

Una terapia nutrizionale contro la fenilchetonuria

Alimenti funzionali e indispensabili e alimenti accessori: è questo in estrema sintesi il concetto di *Core food* e *Non core Food*, che prospetta una nuova strategia per la terapia dei pazienti affetti da fenilchetonuria. Questi bambini oggi hanno la possibilità di mantenere uno stato di salute paragonabile a quello dei coetanei senza questa malattia rara, con un impatto sulla vita sociale sempre meno rilevante. La terapia dietetica di questi bambini prevede una distribuzione degli alimenti con un basso rapporto tra quelli di origine vegetale (frutta e verdura) e quelli di origine animale, con quantità definite in base alla attività enzimatica residua e quindi della tolleranza individuale. Questa dieta viene integrata con tutti i macro e micro nutrienti, potenzialmente carenziali in una dieta priva di alimenti di origine animale. I prodotti cerealicoli presenti negli schemi dietetici (pane, pasta, biscotti) sono alimenti specifici a ridotto contenuto di proteine e fenilalanina. Il paziente ha la possibilità di sostituire tra loro gli alimenti utilizzando il sistema degli equivalenti ponderali, uno strumento che dà facoltà di

variare, mantenendo costante la quantità di fenilalanina introdotta. Ogni sostituzione deve essere fatta rimanendo all'interno della stessa classe di alimenti, allo scopo di mantenere lo schema dietetico il più bilanciato possibile.

L'ambizioso obiettivo ora non deve essere solo quello di prevenire i danni da accumulo di fenilalanina e correggere le carenze nutrizionali, ma di trasformare la "terapia dietetica" in "terapia nutrizionale". È quindi necessario prestare massima attenzione alla qualità degli alimenti utilizzati per la dieta a basso apporto di fenilalanina.

Ecco quindi il concetto di *Core food* e *Non core food*, classificazione già utilizzata per la popolazione pediatrica sana, per creare classi di alimenti funzionali e indispensabili (core) e alimenti accessori, senza specifiche peculiarità nutrizionali (non core). Non bisogna comunque dimenticare che la funzione di alimenti *Non core* (cioccolato,

merendina, budino aproteici, ecc.) non va cercata in senso nutrizionale stretto, ma può essere quella di permettere al bambino affetto da fenilchetonuria di concedersi salutarmente uno sfizio senza dover ricorrere ad alimenti comuni ricchi di proteine ed ugualmente poco funzionali.

L'obiettivo è educare e non privare, unendo la classificazione *Core-Non core* al sistema sopraccitato degli equivalenti ponderali, dando origine ad uno strumento di libertà da utilizzare su un sentiero ben tracciato. "L'esperienza presso il Centro per la diagnosi, la terapia ed il follow-up delle iperfenilalaninemie della Clinica Pediatrica dell'Ospedale San Paolo, Università degli Studi di Milano, ci suggerisce che per ottenere e raggiungere risultati non è necessario avere solo le giuste conoscenze," afferma il professor Giovannini, "ma creare una rete di fiducia, un'alleanza, per la crescita collettiva tra i genitori e il centro di riferimento".



■ NEUROPSICHIATRIA

ADHD: importanza di una diagnosi precoce

■ **Patrizia Lattuada**

Il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (o ADHD, acronimo di Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) è una sindrome complessa di origine neurobiologica che si manifesta tipicamente nell'età evolutiva, presentando disattenzione, impulsività e iperattività motoria. Purtroppo è ancora poco nota nel nostro Paese: curare adeguatamente un bambino affetto da ADHD oggi ha ancora i suoi limiti e le ragioni vanno ricercate principalmente nella difficoltà diagnostica.

L'ADHD non è un problema marginale e transitorio che si risolve con l'età, contrariamente a quanto si riteneva un tempo se non riconosciuta e trattata adeguatamente la condizione può persistere nell'adolescenza e nell'età adulta, diventando un fattore di rischio per altre patologie psichiatriche: abuso di sostanze, esordi di disturbo bipolare, grave disadattamento sociale e relazionale. Come ci illustra il Prof. **Paolo Curatolo** di Policlinico Tor Vergata di Roma, i progressi della ricerca neurobiologica hanno evidenziato che il fattore patogenetico del disturbo possa essere costituito da un deficit nelle capacità

di inibizione delle risposte impulsive e attentive mediate dalla corteccia prefrontale e gli studi genetici stimano che l'80% dei casi di ADHD siano di natura ereditaria.

I soggetti affetti da ADHD presentano difficoltà di concentrazione, si distraggono facilmente, hanno difficoltà a stare fermi, e non sono in grado di controllare il loro comportamento impulsivo. Molti bambini si comportano, qualche volta, in questo modo, ma per un soggetto con ADHD i problemi si presentano per almeno 6 mesi, in modo inappropriato rispetto ai coetanei e in diversi contesti (scuola, casa, gioco), causando uno stress significativo nei confronti dei loro familiari e degli insegnanti.

La diagnosi di ADHD è sostanzialmente clinica e si basa sull'osservazione attenta del bambino e sulla raccolta di informazioni con il coinvolgimento di diverse fonti (genitori, insegnanti, educatori) utilizzando interviste e questionari volti ad indagare i parametri di disattenzione, impulsività e iperattività. Se diagnosticato precocemente si possono mettere in atto le misure terapeutiche più appropriate, che nel bambino più piccolo sono basate su



rigorosi approcci psicosociali e cognitivo-comportamentali. Nel bambino in età scolare, se gli interventi non farmacologici non hanno mostrato il risultato atteso, è possibile introdurre trattamenti farmacologici con molecole che vanno a correggere il difetto neurochimico alla base del disturbo. Le opzioni di trattamento per l'ADHD includono gli stimolanti (metilfenidato) e i non-stimolanti (atomoxetina), ma è molto importante sottolineare che i farmaci devono essere somministrati come parte di un piano di trattamento completo, che comprende interventi di consulenza psicologica ed educativa.

■ Per informazioni sui Centri regionali di riferimento per il Registro Nazionale ADHD consultare: www.iss.it/adhd

www.qr-link.it/video/1512



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

■ ONCOLOGIA

Tumore del collo dell'utero, lo screening è più efficace

Con l'introduzione del test per la ricerca del DNA del Papillomavirus (Test HPV DNA), al posto del Pap test come primo esame di screening per il carcinoma della cervice, i protocolli diventano più efficaci rispetto al tradizionale screening citologico, oltre che rispondere a caratteristiche quali sicurezza clinica, economicità, appropriatezza.

Una recente pubblicazione, che ha tracciato un'analisi della realtà attuale e del prossimo futuro dello screening in Italia, è il rapporto italiano di Health Technology Assessment (HTA Report), un rapporto indipendente finanziato dal Ministero della Salute.

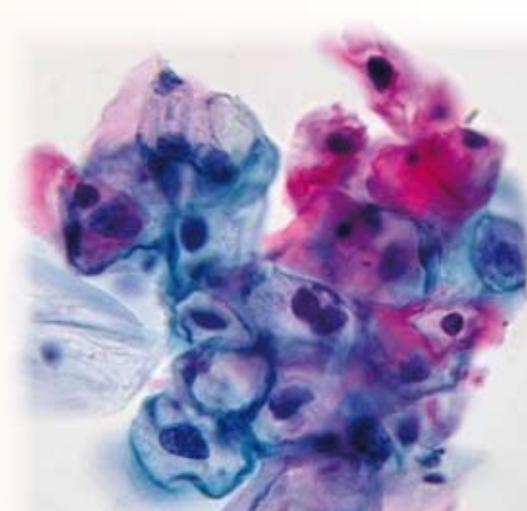
Il rapporto, coordinato dal dott. Guglielmo Ronco, Unità di Epidemiologia dei Tumori Centro per la Prevenzione Oncologica di Torino, ha coinvolto numerosi esperti italiani e ha valutato tutti i risvolti di efficacia e fattibilità legati all'introduzione del test HPV DNA come primo test di screening per il tumore del collo dell'utero, che nel nostro Paese colpisce ogni anno circa 3.500 donne. La positività al test HPV non significa che la donna è malata, ma è soltanto un indice di maggior rischio di patologia che richiede successivi ap-

profondimenti. "La comunicazione alle donne dell'esito del test HPV di screening – ha spiegato Mario Sideri, Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano, tra gli autori del Rapporto – rappresenta un elemento totalmente innovativo e di grande rilevanza. Mentre in genere negli screening oncologici il test è diretto a distinguere sani e malati, il test HPV, sia esso negativo o positivo, individua comunque una popolazione sana, ma con un livello di rischio differente. A un test HPV positivo non segue infatti alcun esame di approfondimento invasivo ma solo la lettura del tradizionale Pap test eseguito all'atto del test virale; nel caso di negatività invece, presente in più del 90% dei casi, il Pap test non è più necessario e il controllo successivo si sposta a 5 anni. Questa novità concettuale richiede la massima collaborazione da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel programma di screening, perché cambia notevolmente il paradigma seguito finora. Il test HPV, dato il suo alto valore predittivo negativo (la capacità di individuare le donne sane), permette di incrementare notevolmente gli intervalli tra uno screening e il successivo, all'insegna del mot-

to "meno è meglio". Abbiamo a disposizione un'altra importante arma contro questo tumore, in perfetta sintonia con la vaccinazione preventiva anti HPV; per sfruttare al meglio le nuove conoscenze sarà importante uno sforzo comune, a partire dall'impegno per la formazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti".

Il test HPV si effettua con un prelievo simile al Pap test, facile e indolore. Il materiale prelevato viene utilizzato per la ricerca del DNA del Papillomavirus ad alto rischio mediante un test di laboratorio, basato su tecnologie molecolari. L'avvio dello screening basato sul test HPV DNA dovrebbe avvenire non prima dei 30-35 anni, con un intervallo di almeno 5 anni dopo un test HPV con risultato negativo. Molto importante è l'utilizzo di test validati e la definizione di sistemi di triage per le donne positive al test HPV DNA, dove a oggi l'esecuzione del Pap test è il metodo più raccomandabile.

Il (test HPV DNA) nello screening per il carcinoma della cervice i protocolli diventano più efficaci rispetto al tradizionale screening citologico (Pap test) oltre che rispondere a caratteristiche quali sicurezza clinica, economicità, appropriatezza.



RIABILITAZIONE

Malattia di Parkinson: passi più sicuri grazie alla stimolazione plantare

Studi recenti hanno evidenziato che la stimolazione meccanica di alcune aree del corpo sembra in grado di migliorare il cammino nei pazienti con malattia di Parkinson. Si tratta della FMS (*Foot Mechanical Stimulation*), una terapia di riabilitazione messa a punto da un team di ricercatori svizzeri che si basa su una stimolazione del sistema nervoso periferico mediante impulsi meccanici controllati in specifiche aree dei piedi. Costituisce una vera e propria innovazione nel campo della terapia di riabilitazione del Parkinson, una malattia che colpisce circa il 3 per mille della popolazione, incidenza che sale all'uno per cento nelle persone con più di 65 anni. In Italia i pazienti sono circa 240mila, per lo più di sesso maschile.

La terapia FMS ha finora permesso, a tutti quei pazienti che hanno risposto positivamente, di ottenere sensibili miglioramenti nella velocità di deambulazione e nella lunghezza dei passi, a tutto vantaggio dell'equilibrio e della postura. In questi pazienti, inoltre, la stimolazione ha consentito di ridurre gli episodi di *freezing* motorio, momenti in cui i pazienti sono quasi impossibilitati a muoversi – molto pericolosi perché possono causare anche cadute, ed

ha permesso la riduzione della bradicinesia (lentezza dei movimenti).

La FMS è una terapia riabilitativa che integra le cure farmacologiche, che devono essere continuate come da indicazioni e sotto la sorveglianza del neurologo curante.

Sono in corso studi indipendenti sulla terapia FMS da parte di una serie di Istituti tra cui il Centro Parkinson di Milano (Istituti Clinici di Perfezionamento), l'Unità Sincopi e Disturbi della Postura, Clinica Medica, IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI), il dipartimento di Bioingegneria, Laboratorio Divieti per lo Studio dei Disturbi del Movimento, Politecnico di Milano, il Dipartimento di Tecnologie per la Salute dell'Istituto Galeazzi, l'Associazione di Ricerca sulle Neuroscienze di Milano e la Fondazione Grigioni per il Morbo di Parkinson.

Recentemente i risultati dei primi studi sono stati presentati al recente 23° Simposio Mondiale sul Sistema Nervoso Autonomo. Gli studi hanno dimostrato che, a 24 ore dalla stimolazione, nei pazienti sono aumentate la velocità e la lunghezza del passo così come la velocità di rotazione; in tali pazienti si sono misurati anche miglioramenti nel funzionamento del sistema nervoso autonomo, con

conseguente probabile riduzione dei sintomi non-motori.

Fuori dal protocollo clinico si è osservato che gli effetti hanno avuto durata maggiore, dai tre ai sette giorni dalla stimolazione, e che i benefici appaiono aumentare con la ripetizione delle applicazioni. Altri studi clinici sono attualmente in corso sui diversi aspetti della terapia.

Il beneficio più immediato e apprezzabile della terapia consiste nel recupero delle funzioni motorie che permettono ai pazienti che rispondono positivamente una maggiore autonomia e indipendenza, con effetto positivo sulla qualità di vita. In molti casi diviene, infatti, possibile riprendere le relazioni sociali ed interagire in modo attivo con familiari, amici, colleghi e caregiver. Inoltre, grazie al miglioramento delle capacità motorie, la FMS permette di accedere a trattamenti fisioterapici che consentono di potenziare il tono muscolare e le prestazioni fisiche. La terapia FMS è ora largamente accessibile attraverso GONDOLA®, un innovativo dispositivo medico personale e portatile, che apre nuove prospettive nel trattamento dei parkinsoniani consentendo di ottenere sensibili miglioramenti nella qualità della vita.

I protagonisti della gestione terapeutica della gotta

La Società Italiana di Reumatologia ha promosso un aggiornamento delle raccomandazioni EULAR del 2006 per la gestione terapeutica di questa forma di artrite. Molti sono i punti fondamentali che sono stati toccati: la corretta informazione ed educazione del paziente, il trattamento farmacologico dell'attacco acuto, dove la colchicina rappresenta il presidio più importante che si affianca alla somministrazione di Fans, la terapia ipouricemizzante dopo la completa risoluzione dell'attacco acuto. Il documento è stato presentato all'ultimo congresso della SIR a Milano

Elisabetta Torretta

La gotta colpisce l'1-2% della popolazione adulta dei Paesi sviluppati, rappresentando la forma più frequente di artrite con una prevalenza in aumento negli ultimi decenni. La diagnosi di malattia è solitamente clinica, tuttavia la ricerca dei cristalli di urato monosodico nel liquido sinoviale, anche in soggetti asintomatici, rimane il gold standard diagnostico.

La gestione terapeutica della gotta non riguarda solo la prescrizione appropriata di farmaci antinfiammatori o di terapie mirate a ridurre i livelli di acido urico, ma deve comprendere una corretta informazione del paziente, oltre che del medico di medicina generale. Considerando l'avvento delle nuove strategie terapeutiche, la Società Italiana di Reumatologia ha ritenuto necessario promuovere un Consensus per aggiornare le raccomandazioni EULAR del 2006.

I punti chiave per il trattamento della gotta riguardano in primo luogo l'informazione e l'educazione del paziente e l'adozione di uno stile di vita appropriato. In una malattia così tipicamente caratterizzata da andamenti altalenanti, dove fasi di completo benessere di varia durata si alternano ad attacchi acuti, cercare di migliorare la compliance del paziente è molto importante: gli sforzi vanno indirizzati all'adozione di una sana alimentazione e alla moderazione nel consumo di bevande contenenti fruttosio e alcool, in particolar modo di birra.

Un secondo elemento importante è quello relativo all'identificazione di al-

tre cause di iperuricemia e di gotta che possono essere espressione di comorbidità, che dovrebbero essere diagnosticate prima di iniziare il trattamento della gotta. Comorbidità e fattori di rischio quali iperlipidemia, ipertensione, iperglicemia, obesità e fumo dovrebbero essere presi in considerazione come parte importante nella gestione dei pazienti con gotta. Per esempio alcuni antipertensivi e diuretici possono avere effetti iperuricemizzanti mentre altri (losartan, amlodipina) possono avere effetto uricosurico.

Nel trattamento dell'attacco acuto di gotta, che rappresenta la forma di artrite più dolorosa che sia dato conoscere, è indispensabile il ricorso a una terapia che abbia effetto analgesico e azione antinfiammatoria. La colchicina rappresenta il farmaco di prima scelta (anche se manca un accordo unanime sulla posologia) e la task force della Consensus italiana consiglia bassi dosaggi, fino a 2 mg/die, posologia che si è rivelata efficace e sicura. La colchicina dovrebbe essere somministrata precocemente e assunta a lungo a basso dosaggio. Altro presidio farmacologico importante è costituito dai Fans, che dovrebbero essere somministrati precocemente, non appena insorgono i primi sintomi, con una riduzione del dolore superiore al 50% in 2-3 giorni, ma con una durata del trattamento il più breve possibile e dando la preferenza ai Fans a emivita breve. Nel trattamento acuto gli steroidi a dosaggio medio-alto per brevissimo periodo possono essere utili; da evitare l'uso prolungato in quanto è

stato segnalato un aumento del rischio di cronicizzazione della gotta con sviluppo di tofi. Gli inibitori dell'interleuchina 1 possono considerarsi una potenziale opzione terapeutica soprattutto in quei pazienti con gravi controindicazioni o effetti collaterali al trattamento con colchicina, Fans e/o steroidi, quando il dolore è refrattario al trattamento convenzionale o in caso di gravi comorbidità.

Dopo la completa risoluzione dell'attacco acuto è consigliabile la terapia ipouricemizzante, iniziata a basso dosaggio e gradualmente incrementata fino a raggiungere e mantenere i livelli di uricemia al di sotto del punto di saturazione dell'urato monosodico (≤ 6 mg/dL). Tra questi l'allopurinolo, un inibitore competitivo della xantina-ossidasi, è il farmaco di prima scelta. La somministrazione andrebbe inizia-

ta con dosi di 100 mg/die, incrementate di 100 mg ogni 2-4 settimane; in caso di insufficienza renale è opportuno adattare la posologia per ridurre il rischio di tossicità. In caso di intolleranza/allergia all'allopurinolo, o in caso di grave insufficienza renale o di mancata risposta terapeutica, il farmaco ipouricemizzante di seconda scelta è il febuxostat (80-120 mg), un inibitore non competitivo della xantina-ossidasi che viene metabolizzato prevalentemente a livello epatico.

Infine gli uricosurici (probenecid, benzbromarone, sulfipirazione) potrebbero essere utilizzati per la riduzione dei livelli di acido urico ma sono controindicati in pazienti con insufficienza renale e dovrebbero essere evitati nei pazienti con calcolosi renale e in pazienti con insufficienza epatica (in particolar modo il benzbromarone).

Da ultimo si può citare un trattamento che al momento è stato autorizzato solo negli Stati Uniti, la somministrazione per via endovenosa di uricasi peghilata (pegloticasi) che risulta efficace nel ridurre rapidamente il pool di urati e le dimensioni dei tofi. La terapia è però controindicata nei pazienti con deficit della glucosio 6-fosfato deidrogenasi in quanto la somministrazione di uricasi aumenta lo stress ossidativo.

www.qr-link.it/video/1512



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

È il nuovo gel la terapia più efficace per la psoriasi lieve-moderata

Dall'attenta revisione dei principali studi pubblicati negli ultimi anni è scaturita una Consensus paper sull'efficacia dell'associazione fissa calcipotriolo/betametasona dipropionato nel trattamento della psoriasi lieve-moderata e sul suo profilo di sicurezza. Redatto da 7 tra i maggiori esperti in dermatologia, il documento si allinea alle raccomandazioni delle Linee guida europee e statunitensi per la gestione della patologia



Di recente pubblicazione, il *Consensus Paper* sull'uso dell'associazione fissa calcipotriolo/ betametasona dipropionato "è un documento al quale ha lavorato la Società Italiana di Dermatologia (SIDeMaST) attraverso un'attenta revisione dei numerosi studi sull'argomento che sono stati pubblicati negli ultimi anni – ha commentato **Giampiero Girolomoni**, Professore ordinario di Dermatologia e Venereologia, Dipartimento di Medicina, Università di Verona – con lo scopo di portare a conoscenza dei medici (dermatologi, chirurghi estetici, medici di medicina generale, ecc) l'associazione fissa in gel e ottenere una condivisione generale sulla sua efficacia e sul suo utilizzo".

Il razionale su cui si basa l'associazione dei due principi attivi è rappresentato dalla soppressione dell'eritema, dell'edema e dell'infiltrato infiammatorio da parte del betametasona dipropionato e dall'azione di riduzione dell'iperproliferazione e di normalizzazione della differenziazione dei cheratinociti da parte del calcipotriolo, un analogo sintetico della vitamina D.

Una volta somministrabili solo separatamente, i due principi attivi sono ora disponibili in una associazione fissa di calcipotriolo (50 mcg/g) e betametasona dipropionato (0.5 mg/g), che offre un'opzione terapeutica conveniente e razionale.

Gli studi che sono stati inclusi nella

Consensus (*G Ital Dermatol Venereol* 2012; 147 (suppl. 2 al n.5): 1-9) hanno complessivamente arruolato 11000 pazienti, di cui 7000 nella sperimentazione della formulazione in unguento e 4000 nella formulazione in gel.

L'associazione fissa in formulazione in gel è stata testata in quattro studi. Una sperimentazione randomizzata in doppio cieco in 4 bracci in 1505 pazienti adulti con psoriasi almeno moderata che coinvolgeva almeno il 10% dell'area dello scalpo, che comparava la formulazione in gel sviluppata in maniera specifica per l'utilizzo su cuoio capelluto con i singoli componenti e il veicolo (placebo). Il gel si è dimostrato significativamente più efficace rispetto ai due componenti a partire dalla seconda settimana e per tutte le 8 settimane di trattamento (*Jemec JBE et al, J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 455-63).

Il secondo studio, multicentrico, randomizzato, controllato in doppio cieco a 4 bracci, ha coinvolto 364 pazienti con psoriasi volgare di severità almeno lieve sul corpo che per 8 settimane sono stati trattati con l'associazione in gel applicata una volta al giorno confrontata con i singoli componenti, anch'essi in gel. L'associazione in gel ha mostrato efficacia superiore rispetto a tutte le terapie di confronto e non è stata rilevata alcuna differenza significativa con l'associazione in gel e i trattamenti di confronto per quanto riguarda la frequenza e la

tipologia degli eventi avversi (*Fleming C et al. J Drugs Dermatol 2010; 9: 969-74*).

Il terzo studio era una sperimentazione di fase III, multicentrica, randomizzata, controllata in singolo cieco a 3 bracci, in 458 pazienti con psoriasi di severità almeno moderata. Nelle 8 settimane di studio sono state confrontate efficacia clinica e sicurezza del gel vs tacalcitolo unguento e veicolo in gel. L'efficacia e la superiorità dell'associazione in gel era evidente già nelle prime fasi e la percentuale di pazienti in remissione completa o quasi all'8^a settimana è stata di 39.9% per l'associazione in gel vs 17.9% e del 5.5% rispettivamente per tacalcitolo unguento e veicolo ($p < 0.001$) (*Langley RGB et al. Dermatology 2011; 222: 148-56*).

L'ultimo dei 4 studi è un trial monocentrico, randomizzato, controllato in 24 pazienti che valutava

l'effetto terapeutico e la tollerabilità di 5 trattamenti per uso topico per la psoriasi volgare (associazione fissa in gel o unguento, calcipotriolo in crema o unguento, un prodotto sperimentale a base di calcipotriolo e idrocortisone) e un veicolo di controllo. La valutazione ecografica dello spessore della placca ha rivelato una importante riduzione dello spessore cutaneo e un miglioramento significativamente maggiore con la combinazione in gel o in unguento rispetto agli altri topici di confronto (*Queille-Roussel C et al. Clin Drug Investig 2012; 32: 613-19*).

Negli studi sulla tollerabilità, l'associazione fissa è stata molto ben tollerata nella psoriasi sia del corpo sia dello scalpo: tra i 1412 pazienti trattati con la formulazione unguento, solo lo 0.8% ha sospeso la terapia a causa di eventi avversi. I tassi di sospensione per eventi avversi

sono stati più elevati con altri trattamenti (ad eccezione del betametasone, 0.4%): 4.8% con tacalcitolo, 4.5% con placebo, 1.3% con calcipotriolo (*G Ital Dermatol Venereol 2012; 147 (suppl. 2 al n.5): 1-9*).

La migliore tollerabilità del trattamento, unitamente alla sua elevata efficacia e al fatto che esso prevede la monosomministrazione quotidiana, rappresentano altrettanti aspetti in grado di influenzare vantaggiosamente la compliance del paziente.

www.qr-link.it/video/1512



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

Compliance, la chiave di volta dell'efficacia della terapia

La psoriasi è probabilmente la malattia cronica con i più bassi livelli di aderenza e ciò rappresenta un problema importante perché l'uso irregolare o interrotto della terapia si riflette nella persistenza/aggravamento della malattia, nel peggioramento del rapporto con il medico, nell'aggravio dei costi. Lo afferma **Michele Blasco**, Medical Director di Leo Pharma Italia, sottolineando come "le survey rivelano che il 60% dei pazienti psoriasici italiani non ha mai utilizzato terapie topiche e che circa un terzo si auto-prescrive i trattamenti. Inoltre, a causa della bassa aderenza, la metà di quelli che li usano lo fanno in maniera inadeguata: la maggior parte dei pazienti utilizza creme emollienti e idratanti, addirittura shampoo antiforfora invece dei farmaci antipsoriasici tipici indicati per la forma lieve-moderata della patologia". Il miglioramento della compliance passa attraverso diverse vie: una terapia semplificata, l'aumento della

frequenza delle visite di follow-up, l'educazione del paziente e, non ultimo, la possibilità di utilizzare formulazioni che, come quella in gel, sono più gradite ai pazienti. Il gel, infatti, non unge, non macchia gli indumenti, è più facile da applicare, si assorbe più rapidamente e quindi è in grado di migliorare la qualità della vita del paziente, incrementando in modo significativo la sua aderenza.



www.qr-link.it/video/1512

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

Rischio cardiovascolare globale e strategie di intervento

Gli alti costi dell'ipertensione arteriosa e delle sue complicanze rendono auspicabili strategie preventive che siano indirizzate alla correzione del profilo di rischio globale

Intervista a: Francesco Maria Bovenzi

Direttore Dipartimento Cardio-Respiratorio, Direttore Unità Operativa di Cardiologia, Presidio Ospedaliero "Campo di Marte" - Lucca

Alla luce della consapevolezza che ipertensione arteriosa ed eventi cardiovascolari comportano un peso e un costo molto elevato per l'individuo, per i sistemi sanitari e per la società, è auspicabile che le attuali strategie di prevenzione primaria e secondaria vengano riesaminate e, invece che indirizzarsi alla correzione del singolo fattore di rischio, prevedano modelli di approccio integrati che partendo dalla definizione del profilo di rischio globale di un paziente disegnino poi interventi efficaci ed efficienti. Inserito in un approccio globale ai fattori di rischio, il trattamento farmacologico dell'ipertensione e ancor più quello delle sue complicanze rappresenta così una strategia costo efficace per la prevenzione degli eventi e delle complicanze cardiovascolari e renali che segnano il destino del paziente a rischio alto o molto alto.

► Come è cambiato l'approccio al trattamento dell'ipertensione alla luce delle nuove proposte terapeutiche e della definizione di rischio cardiovascolare globale?

Con l'introduzione del concetto di rischio globale si è venuto modificando l'approccio al paziente, che punta ad interventi coordinati e indirizzati ai diversi fattori di rischio presenti, privilegiando approcci intensivi e più aggressivi

con associazioni di due o più farmaci di quelli destinati a pazienti che, per esempio, presentano solo condizioni di ipertensione lieve-moderata. Inoltre, iniziare il trattamento con un'associazione preconstituita di due farmaci può rappresentare un altro importante vantaggio poiché ritardare, anche solo di qualche mese, la riduzione o il controllo pressorio può determinare la comparsa di eventi cardiovascolari causa di mortalità o di ulteriore aggravamento del profilo di rischio. Le linee guida ESH/ESC molto orientate al controllo del rischio cardiovascolare, identificano la terapia di associazione come una strategia per il raggiungimento del target pressorio in questi pazienti, nei quali è anche possibile raggiungere ulteriori benefici associando al trattamento antipertensivo la somministrazione di altri farmaci per il controllo, per esempio, del profilo glicemico o dell'assetto lipidico (*J Hypertens. 2007; 25: 1105; J Hypertens. 2009; 27: 2121; Eur Heart J 2012; 33: 1635*).

► Ci sono delle differenze in termini di efficacia e tollerabilità tra le opzioni terapeutiche disponibili?

Tra le varie combinazioni possibili che le linee guida ESH/ESC hanno indicato già nel 2007 come preferite, calcioantagonisti e ACE-inibitori dimostrano di avere elevato profilo di efficacia; l'as-

sociazione di questi principi attivi ha un forte razionale fisiopatologico. Tra i calcioantagonisti, lercanidipina per la sua lipofilia è caratterizzata da un'azione antipertensiva graduale e prolungata che si combina con una buona tollerabilità. Una review recente ha dimostrato che questa molecola ha un ridotto rischio di indurre edema periferico rispetto a quanto associato ai calcioantagonisti di prima generazione (si ricorda che tra gli eventi indesiderati l'edema periferico è spesso il più frequente, riportato nel 3-19% dei casi) (*Clin Ther. 2009; 31: 1652*). Sarebbe associata alla lipofilia anche la scarsa induzione di tachicardia riflessa che distingue lercanidipina dai calcioantagonisti di prima e seconda generazione (vengono segnalati in letteratura casi di eventi cardiovascolari in pazienti ipertesi con sindrome coronarica acuta trattati con calcioantagonisti short-acting) (*Am J Hypertens 2003; 16: 596*). Nel paziente con ipertrofia ventricolare conseguente a ipertensione arteriosa, i calcioantagonisti, oltre a facilitare la regressione dell'ipertrofia, sono in grado di migliorare il flusso coronarico. Altre molecole che, in questi pazienti, dispongono di forti evidenze sono quelle che interagiscono con il sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAAS) (*Int J Hypertens 2001, doi: 10.4061/2011/495349*). Queste molecole infatti sono in grado di con-

trastare gli effetti negativi prodotti dall'angiotensina II sul sistema cardiovascolare (vasocostrizione, ritenzione idro-salina, ipertrofia cardiaca e fibrosi, disfunzione endoteliale, stress ossidativo, aterogenesi) (*Am J Hypertens* 2003; 16: 1066). Sono quindi in grado di ridurre in maniera efficace la pressione arteriosa come pure di proteggere dal danno d'organo mediato dall'ipertensione e di prevenire le malattie cardiovascolari.

▶ **Quanto influisce l'aderenza alla terapia su controllo pressorio e riduzione dei rischi cardiovascolari?**

Avere a disposizione trattamenti antiipertensivi efficaci non è automatica garanzia di raggiungere i target di controllo pressorio. Colpa anche della scarsa compliance e persistenza in trattamento: è ben documentato che queste risultano particolarmente basse nei soggetti con malattie croniche, soprattutto se destinati ad assumere le terapie per un tempo indefinito. Il grado di compliance del paziente al trattamento può avere un impatto significativo sull'efficacia. La mancata aderenza nei pazienti con fattori di ri-

schio o affetti da patologie cardiovascolari viene stimata intorno al 50% in prevenzione primaria ed al 30% in prevenzione secondaria e riguarda tutte le principali categorie di farmaci cardiovascolari: antipertensivi, statine, antiaggreganti e anticoagulanti. Gli effetti sfavorevoli della mancanza di aderenza comprendono non solo il mancato raggiungimento del goal pressorio ma un aumento delle ospedalizzazioni e degli eventi cardiovascolari letali e non. La non compliance alla terapia, per esempio, costituisce una delle cause di insufficienza cardiaca scompensata acuta, implicata nel 42% delle ospedalizzazioni (*Am J Med* 2007; 120: 713).

▶ **Quali sono i fattori che influenzano compliance e persistenza in trattamento?**

Uno dei fattori in grado di influenzare l'aderenza del paziente è il profilo di tollerabilità del trattamento: tanto più vengono considerati inaccettabili gli eventi avversi tanto più sarà difficile che il paziente prosegua con regolarità l'assunzione di una terapia prescritta. Inoltre, nel caso dell'ipertensione arteriosa, cioè di una condizione priva di

sintomi evidenti, spesso il paziente non percepisce l'importanza dei benefici del trattamento: al di là delle periodiche misurazioni pressorie, non ha riscontro pratico di un sintomo che viene attenuato dal farmaco come accade invece nel trattamento di condizioni acute. I pazienti rallentano nell'assunzione dei farmaci prendendosi delle vere e proprie 'vacanze terapeutiche', oppure addirittura smettono del tutto il trattamento senza avvertire il medico. In questo contesto le associazioni fisse di molecole possono, almeno in parte, proteggere dal rischio di abbandono della terapia da parte del paziente e quindi dalla maggiore probabilità di eventi. Le associazioni, infatti, rispondono in maniera ottimale alla necessità di un regime terapeutico semplificato. Sono molto importanti anche nei pazienti anziani nei quali il dover controllare l'ipertensione con più farmaci mal si combina con l'elevato tasso di comorbidità che comporta inevitabilmente delle poli-terapie e con la fragilità che ne deriva: difficoltà a ricordare di assumere con regolarità le compresse e rischio più elevato di interazioni tra farmaci sono fattori cui dedicare sempre attenta considerazione.

I nuovi LARN: i cambiamenti proposti

Con questo acronimo si intende “Livelli di Assunzione di Riferimento”, anziché “Raccomandati”. Si è visto che raccomandare un unico valore non sempre risulta positivo dal punto di vista nutrizionale: talvolta può essere più utile suggerire un intervallo di riferimento

Renzo Pellati

Specialista in Scienza dell’Alimentazione Torino

La SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana) ha presentato a Bologna i nuovi LARN che oggi assumono un significato diverso dal passato. Le novità introdotte si riferiscono ad una leggera riduzione delle quantità raccomandate di proteine per gli adulti sani. C’è anche una riduzione dei valori dei carboidrati, intesi come amidi più zuccheri. Ora l’intervallo di riferimento è indicato fra il 45% ed il 60% delle calorie totali, anziché “almeno il 55%” indicato in precedenza. **Furio Brighenti**, docente di Nutrizione Umana all’Università di Parma e Presidente della SINU, dice che nei nuovi LARN è sottolineata l’importanza dell’indice glicemico delle fonti alimentari di carboidrati. In caso di diete ricche in amido e zuccheri, la scelta di cibi a basso indice glicemico viene raccomandata per mantenere il più possibile basso il carico glicemico totale. Un’altra novità riguarda la fibra alimentare: la raccomandazione ora viene data in base alle calorie introdotte (da 12.6 a 16.7g ogni 1000 Kcal), consigliando comunque di non scendere al di sotto dei 25 g al giorno, visti gli effetti che la fibra ha sulla funzione intestinale e sul metabolismo di grassi e zuccheri. A proposito di questi ultimi, va segnalato che non dovrebbero essere più del 15% delle

calorie totali, rispetto al precedente 10-12%, però occorre prudenza per quanto riguarda il fruttosio, sovente segnalato dalla pubblicità come sostitutivo del saccarosio. Questa percentuale è compatibile con le raccomandazioni relative alle vitamine e ai minerali presenti nella frutta, nel latte e nella verdura. Nel caso dei grassi ora c’è un intervallo di riferimento dal 20 al 35% delle calorie totali giornaliere (in passato si diceva: 25% delle calorie totali), con la raccomandazione di controllare il tipo di grassi. Se l’alimentazione è corretta per quanto riguarda l’assunzione di grassi (e quelli saturi in particolare), anche la colesterolemia va sotto controllo.

I nuovi LARN sono ricchi di dati per l’utilizzo nell’ambito dietetico. Comprendono il livello di assunzione del nutriente che è sufficiente a soddisfare i fabbisogni del 50% dei soggetti sani (definito AR = Average Requirement), quello che soddisfa il fabbisogno di quasi tutti (97.5%) i soggetti sani in uno specifico gruppo di popolazione (PRI = Population Reference Intake), l’assunzione adeguata (AI = Adequate Intake), l’intervallo di riferimento per l’assunzione di macronutrienti (RI = Reference Intake range for macronutrients), il livello massimo tollerabile di assunzione (UL = tollerabile Upper intake Level), l’obiettivo nutrizionale per la prevenzione (SDT

= Suggested Dietary Target).

Alessandra Bordoni, Direttore del Dipartimento di Scienze e Tecnologie Agro-Alimentari all’Università di Bologna, ha messo in luce l’incertezza che esiste nella letteratura scientifica relativamente al fabbisogno di particolari acidi grassi (PUFA n-3) relativamente al loro ruolo fisiologico e a quello preventivo. Alcuni studi hanno evidenziato una sostanziale differenza tra questi due fabbisogni, portando a considerare l’effetto preventivo più “farmacologico” che nutrizionale. Tali aspetti sono legati sia alla risposta del singolo individuo, sia alla matrice alimentare che veicola gli acidi grassi. Va ricordato che gli acidi grassi regolano il fisiologico svolgimento di innumerevoli funzioni, e il diverso impatto sulle svariate funzioni determina la necessità di stabilire non solo un fabbisogno generalizzato di acidi grassi, ma una suddivisione degli specifici fabbisogni delle diverse categorie degli stessi. Nei nuovi LARN i valori di alcune vitamine sono invece aumentati, come per i folati, perché se in passato il criterio era di prevenire carenze, ora invece si tiene conto del possibile ruolo favorevole nella prevenzione di diverse malattie croniche.

Giulia Caiella, Segretaria Nazionale della SINU e Direttore del SIAN e del Dipartimento di Prevenzione ASL, RMB-Roma, ha evidenziato come la

ristorazione collettiva rappresenti uno dei principali settori di applicazione dei LARN, perché oggi è in aumento la tendenza della popolazione a consumare uno o più pasti della giornata fuori del tradizionale ambiente familiare e questo fenomeno interessa non solo gli adulti, ma anche bambini e ragazzi, per cui è di fondamentale importanza elevare il livello qualitativo dei pasti mantenendo saldi i principi di sicurezza alimentare. La variabilità dei fabbisogni degli individui è presente sia in nutrienti che in energia. Uno stesso livello di apporto può essere adeguato per alcuni soggetti (che hanno un fabbisogno basso), e insufficiente per altri (con fabbisogno elevato), per cui la zona di sovrapposizione è ampia: per alcuni, oltre al rischio di carenza, può esserci un rischio di assunzione eccessiva. È stata elaborata una curva (WHOINRAN) che mette in relazione il livello di apporto con il rischio di eccesso o di carenza. Sulla base delle due curve (rischio di eccesso e rischio di inadeguatezza) può essere stabilito l'intervallo di sicurezza.

Le tabelle dietetiche devono essere elaborate prevedendo una scelta estiva e una invernale, e nell'arco dei menù settimanali si dovrà prevedere un'ampia offerta di proposte per portare alla conoscenza dei fruitori della mensa anche alimenti e modalità di preparazione che potrebbero non rientrare nelle consuetudini familiari, stimolando l'interesse verso nuove proposte.

Amleto D'Amicis (Vice Presidente SINU), con la collaborazione di altri docenti italiani di Scienza degli Alimenti (**M. Porrini, D. Del Rio, V. Fogliano, A. Ghiselli, N. Pellegrini, S. Scaccini**) ha preso in esame le sostanze non nutrienti di interesse nutrizionale come i "phytochemicals" i quali non sono definibili "nutrienti"

in senso classico, però si pensa che possano influenzare la salute e contribuire alla prevenzione di diverse malattie. Per esempio la luteina, un carotenoide (senza attività pro vitaminica) esplica la sua funzione filtrando la luce blu ad alta energia dello spettro della luce visibile, oltre a svolgere azione antiossidante a livello dei fotorecettori che sono particolarmente soggetti al danno ossidativo. Anche per i polifenoli la ricerca è promettente, però non sono ancora stati studiati effetti da carenza e le modificazioni che subiscono nel tratto digerente, per cui è difficile stabilire raccomandazioni nutrizionali. In altre parole, non esistono ancora chiare evidenze che stabiliscano se le azioni positive osservate in vitro hanno anche una funzione "in vivo". Tuttavia, poiché cominciano ad emergere alcune evidenze su un loro possibile ruolo nella nutrizione umana, si è ritenuto necessario menzionarli nei nuovi LARN.

Catherine Leclercq (Dirigente INRAN- Roma) ha illustrato i risultati dello studio effettuato su 3323 individui appartenenti a 1329 famiglie per ricavare informazioni utili per la sorveglianza dei consumi alimentari della popolazione italiana, sia in termini di impatto ambientale che in termini di adeguatezza nutrizionale. Infatti, alcuni alimenti largamente consumati dalla popolazione italiana hanno un elevato impatto ambientale. È il caso della carne bovina (per il consumo di risorse idriche e di emissioni di metano), del pesce (per la crisi delle risorse ittiche marine e per l'inquinamento che deriva da alcuni allevamenti), delle bevande confezionate quali acque, bibite, succhi di frutta (per i costi ambientali legati alla produzione e allo smaltimento dell'imballaggio e al trasporto). Lo scopo dello studio è di poter fare ipotesi di sostituzione

parziale degli alimenti suddetti (importanti per una buona salute) mantenendo o addirittura migliorando la qualità nutrizionale della dieta.

Alcune ipotesi di sostituzione da considerare sono la sostituzione della carne bovina con la combinazione di cereali e legumi o con pollame, la sostituzione di grandi pesci carnivori con piccoli pesci azzurri o con pollame e alghe, la sostituzione dei succhi di frutta con frutta fresca, la sostituzione dell'acqua minerale imbottigliata e delle bibite con l'acqua potabile del rubinetto. Tali sostituzioni potrebbero migliorare l'equilibrio della dieta, con un maggior apporto di fibra, di carboidrati complessi, un minor apporto di carboidrati semplici e di grassi saturi, pur mantenendo un apporto adeguato di nutrienti essenziali. Non tutti i consumatori sono al corrente di questi indirizzi: bisogna diffonderli e la loro conoscenza presso la popolazione in generale richiede del tempo. L'educazione alimentare non è un fatto solo cognitivo perché le scelte alimentari sono influenzate dalla cultura, dagli ideali personali, dalle esperienze, dalle risorse, dal gusto. Al Congresso SINU, oltre che al rispetto per l'ambiente, si è parlato anche dello spreco di risorse in atto che avvengono durante la trasformazione industriale dei cibi, la distribuzione, il consumo finale esagerato e non razionale. Gli sprechi alimentari oggi attuati potrebbero nutrire miliardi di persone, perché nella civiltà occidentale oggi si dà poco valore al cibo: infatti soltanto il 18% del nostro reddito è devoluto al cibo. Il rimanente 82% è devoluto a tutte le altre attività che fanno parte della nostra vita, ma non incidono sulla salute.

Per una completa consultazione contattare la SINU, via della Mattonaia, 17 - 50121 Firenze - e-mail: info@sinu.it.

“Terapia ricreativa” per bambini con tumore

► Una “triplice alleanza” dalla parte dei bambini malati di tumore. L’Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica, Dynamo Camp e GlaxoSmithKline sono impegnati ad un progetto per creare una rete di volontari dedicati e diffondere la pratica e la cultura del volontariato a favore dei bambini affetti da gravi malattie. Primo atto di questa intesa, la realizzazione della “Guida all’assistenza dei bambini e degli adolescenti malati di tumore”, dedicato a chi intende avvicinarsi a problematiche tanto complesse.

La terapia delle malattie pediatriche più gravi si svolge oggi attraverso percorsi basati su protocolli assistenziali con ospedalizzazione minima. In questo percorso di cura si inserisce l’attività di Dynamo Camp, che dalla sua fondazione ha accolto gratuitamente 1065 bambini per periodi di vacanza e svago secondo programmi di Terapia Ricreativa. L’esperienza offerta ha l’obiettivo di mettere la malattia sullo sfondo, restituendo al bambino le possibilità di autonomia, di socializzazione, di apprendimento gioioso, di prestazioni fisiche in un clima di divertimento.

Innovazione nella terapia del diabete di tipo 2

► Empagliflozin appartiene a una classe terapeutica innovativa, quella degli inibitori del co-transportatore sodio-glucosio di tipo

2 (SGLT-2) attualmente in fase di studio come farmaco ipoglicemizzante per pazienti con diabete di tipo 2. Si tratta di una classe di farmaci che riducono il riassorbimento renale del glucosio con conseguente eliminazione del glucosio in eccesso nelle urine. Una recente analisi combinata dei risultati di Fase IIb ha valutato gli effetti di empagliflozin anche sulla pressione arteriosa, oltre alla sua azione primaria di riduzione di HbA1c e calo ponderale e le conclusioni indicano un calo della pressione sistolica di 4-5 mmHg rispetto al basale, più marcato in soggetti con valori basali di PAS elevati (>140 mmHg).

Formazione di professionisti in ambito odontoiatrico

► Dall’impegno dell’Università degli Studi di Milano Bicocca e dell’Istituto Stomatologico Italiano nasce *International School For Dental Medicine* (ISDeM), un progetto internazionale a guida italiana che sviluppa attività di alta formazione post-universitaria nel campo dell’odontoiatria, odontostomatologia e chirurgia orale, oltre che di ricerca scientifica di base e applicata. ISDeM ha come sede operativa gli spazi già esistenti dell’Università di Milano-Bicocca e dell’Istituto Stomatologico Italiano, con oltre 100 postazioni di lavoro per odontoiatri ed igienisti dentali e con laboratori idonei ad esercitazioni pratiche per 25 odontotecnici. Le aule per la didattica frontale contano circa 250 posti in Istituto Stomatologico Italiano e altrettanti presso l’Ateneo.

Linee di indirizzo nel dolore peri e post-operatorio

► La Società Italiana di Chirurgia del Ginocchio, Artroscopia, Sport, Cartilagine e Tecnologie Ortopediche (SIGASCOT), ha di recente siglato specifiche raccomandazioni per il trattamento del dolore peri e post-operatorio. Le linee d’indirizzo riguardano principalmente l’atto chirurgico. Nella fase preoperatoria è importante controllare il dolore, con l’uso di farmaci ad hoc, per ridurre il rischio che la sofferenza persista nel post-operatorio. In fase intraoperatoria, viene consigliato l’impiego di cateteri e iniezioni di anestetici locali con effetto che persiste nel tempo. Molto importante anche il controllo del dolore in fase postoperatoria, durante la quale si raccomanda il ricorso all’analgesia multimodale, ossia all’associazione di più farmaci a basso dosaggio, che permette di ottimizzare l’efficacia dei diversi principi attivi, riducendone gli effetti collaterali. In generale andrebbe incrementato l’uso dei farmaci oppioidi, che per il dolore severo sono l’opzione terapeutica d’elezione.

Provvedimento AIFA

In data 4 dicembre 2012 l’Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto il divieto di utilizzo, ai sensi dell’art. 142, comma 1, del D.Lvo 219/2006, dei medicinali Pentacol 60 compresse 800 mg (AIC 026925053) e Pentacol 60 compresse 400 mg (AIC 026925040).