

M.D.

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

Anno XIX, numero 9 - 30 giugno 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

PROSPETTIVE

8

Formazione in medicina generale tra proposte e proteste

LINEE GUIDA

20

SPREAD: riferimento italiano per l'ictus cerebrale

TRIAL

26

Gotta, fattori predisponenti al peggioramento delle cronicità



Angelo Testa

Presidente Nazionale Snami

**Sì alla riorganizzazione delle cure territoriali,
ma senza stravolgimenti**

ATTUALITÀ

■ Editoriale	Medici di famiglia: realtà, aspettative e presagi	3
■ Intervista	Si alla riorganizzazione delle cure territoriali, ma senza stravolgimenti	4
■ Focus on	La Sisac propone la stesura di testi unici per le cure primarie	6
■ Prospettive	Formazione tra proposte e proteste	8
■ Contrappunto	Il Ssn, i medici e l'efficientismo	10
■ Osservatorio	I ritardi infiniti della ricetta online	12

AGGIORNAMENTI

■ Cardiochirurgia	Approccio mininvasivo alla stenosi aortica	14
■ Ipertensione arteriosa	Raggiunti tre obiettivi con l'associazione fissa	15
■ Malattie infettive	HIV e migranti: tendenze, problemi e soluzioni	16
■ Nutrizione	Tradizione gastronomica alleata della salute della donna	17
■ Otorinolaringoiatria	Riconoscere e trattare correttamente la disfagia	18
■ Trapianti	Cordone ombelicale, patrimonio di cellule staminali adulte	19

CLINICA E TERAPIA

■ Linee guida	SPREAD: riferimento italiano per l'ictus cerebrale	20
■ Rassegna	Prevenzione delle lesioni neoplastiche del colon-retto: ruolo dei fitoestrogeni	24
■ Trial	Gotta, fattori predisponenti al peggioramento della cronicità	26
■ Riflettori	Preview del 14° Congresso Mondiale sul Dolore	28
■ Indagini	Fotografia aggiornata del doping	30
■ Profili	La polivalenza dell'acido ialuronico	31
■ Monitor	32

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

Grafica e impaginazione

Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggionni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



CSST CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA



Member of IFRA
A member of the 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.

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

Medici di famiglia: realtà, aspettative e presagi

Cosa dobbiamo aspettarci, non tanto sul piano generale, ma su quello specifico della nostra attività professionale di medici di famiglia? Il Governo sembra intenzionato a ridefinire il ruolo giuridico dei medici di medicina generale. Resta da vedere se lo farà riformando l'art. 8 della legge 502/92 o con un disegno di legge per le cure primarie, attuativo del Patto per la salute. Ma di più non farà.

Il lavoro più duro, il taglio dei costi, quello con tutta probabilità verrà lasciato alle Regioni. Sono autonome? Bene, si scelgano il modello di cure primarie che preferiscono, purché a costi ridotti. Se questa previsione dovesse avverarsi e tutto fa presagire che sia così, il passaggio successivo potrebbe essere la rapida stipula di un Accordo collettivo nazionale "leggero", di adattamento alle novità legislative, che dia il via libera alle contrattazioni regionali. A questo punto ci si potrà sbizzarrire. Ogni tipo di aggregazione professionale sarà possibile e il medico di famiglia potrebbe diventare un "come tu mi vuoi", da impegnare a seconda dei bisogni, come supporto ai medici di urgenza, mentre in altri territori si occuperà dei cronici, magari su chiamata dell'infermiere, responsabile dell'ambulatorio e via immaginando. Naturalmente, anche la retribuzione varierà notevolmente da Regione a Regione. E visto che viaggiamo sul piano delle ipotesi, potrebbe divenire possibile per i Mmg anche il passaggio alla dipendenza con decisioni delle singole Regioni. Neppure ci sarebbe da stupirsi se il principale utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico, prossimo venturo, fosse quello di controllare se ad ogni spesa corrisponda una condizione clinica idonea. Niente paura, si tratta solo di supposizioni. Anche se, a ben pensare, agosto è il mese delle manovre di emergenza, è il mese dei blitz, delle mosse a sorpresa.

Stefano Alice

Medico di medicina generale, Genova

Sì alla riorganizzazione delle cure territoriali, ma senza stravolgimenti



È questo in sintesi il pensiero espresso dal presidente Snam durante l'intervista rilasciata a *M.D.*

L'impossibilità di investimenti, dovuti all'attuale congiuntura economica, rende irrealizzabili i progetti proposti per riordinare l'assetto delle cure primarie

► **Anna Sgritto**

Non è un caso che **Angelo Testa**, presidente nazionale Snam, nell'intervista rilasciata a *M.D.* tenga a ribadire la netta opposizione del sindacato che rappresenta a eventuali modifiche normative per i medici delle cure primarie finché sarà in vigore il blocco dei rinnovi contrattuali. Sono passati solo pochi giorni dalla riunione tra Sisac e rappresentanti di categoria a cui sono susseguite le non confortanti notizie sulla *spending review* che vede i tagli alla sanità ritornare alla ribalta e sommersi alla sforbiciata di 8 miliardi di tremontiana memoria.

► **La Sisac ha solo proposto di uniformare i testi degli Acn, non di modificarli?**

“Ufficialmente si vorrebbe mettere mano al nostro accordo collettivo nazionale per fare una cosa nobile, eliminare tutte le parti complesse e in contraddizione. Ci siamo dichiarati disponibili a questo tipo di lavoro finalizzato a semplificare le

norme, togliere le parti ridondanti e pleonastiche, ma non siamo però assolutamente d'accordo a inserire nell'Acn una nuova normativa, *in primis* perché la legge prevede il blocco dei rinnovi contrattuali per tutto il 2013 in quanto non c'è la possibilità di investimenti. Senza investimenti non siamo disponibili a modificare nulla. Voglio essere chiaro su questo punto: durante la riunione altri sindacati si sono detti disponibili a inserire parti normative a costo zero. Si tratterebbe di una soluzione che penalizzerebbe ancor di più la nostra categoria. Le Regioni fanno fatica a onorare impegni di pagamenti già previsti e inoltre, su mandato della Sisac, si stanno attivando da un lato a non corrispondere quella parte di emolumento legata alla quota *ad personam* dei medici che andavano in pensione e che doveva essere spalmata sulla categoria e dall'altra a recuperarla laddove fosse già stata pagata. La preoccupazione da me palesata alla fine della riunione con la Sisac non

è dietrologia, ma si basa su palesi evidenze che la Parte Pubblica tenta di fare cassa su emolumenti che già sono dei Mmg”.

► **La linea che Snam ha mostrato in questi anni lo ha portato ad essere identificato come il sindacato del no...**

“Prima di tutto vorrei precisare che Snam è un sindacato che mette al centro del suo mandato la tutela del lavoro del medico. Ciò significa anche ascoltare e prendere in considerazione le istanze presentate dai propri iscritti, scremandole dalle richieste irrealizzabili, ma bisogna comunque avere il coraggio di dare voce anche a posizioni scomode. Detto ciò, devo ammettere che c'è stato un periodo in cui abbiamo impostato la nostra politica sindacale su posizioni molto rigide e di netta opposizione. Ma da tempo questa linea si è profondamente modificata. Le ultime contrattazioni ci hanno visto in una posizione meno arrocca-

ta, abbiamo firmato gli accordi, specificando ciò che condividevamo e facendo mettere a verbale i punti su cui non eravamo d'accordo. Firmare significa rimanere in gioco, poter partecipare ai tavoli successivi cercando di apportare cambiamenti. Una volta non abbiamo firmato e siamo stati assenti da tutte le trattative regionali e locali. Sono convinto che nella contrattazione è necessario lottare finché c'è lo spazio per farlo per poi firmare mettendo un punto fermo su quanto si è riusciti ad ottenere e continuare la lotta nei tavoli regionali e aziendali. Va detto che il nostro è un sindacato che si è rinnovato anche in termini generazionali, è ringiovanito di molto anche nell'età media dei suoi dirigenti. In questi ultimi anni le nostre critiche alle soluzioni di cambiamento prospettate dalla Parte Pubblica sono state accompagnate da proposte alternative. Mi riferisco, per esempio al progetto ME.DI.CO, alla recente proposta di riorganizzazione e integrazione tra ospedale e territorio".

► **Resta il fatto che Snami è stato molto critico sull'accordo siglato al Tavolo Tecnico ministeriale...**

"Il lavoro del Mmg si è modificato radicalmente assieme alla società e il tutto è avvenuto in tempi rapidi. È chiaro che bisogna rispondere a questi cambiamenti, ma quello che contestiamo sono le modalità fin qui attuate. Il medico e in particolare il Mmg, ha perso molto del suo potere di acquisto, anche il suo prestigio professionale è stato fortemente messo in discussione. Nel frattempo il suo ruolo puramente clinico è stato corrosato da pesanti incombenze burocratiche. Una serie di ammodernamenti, come l'informatizzazione, sono entrati nella professione a costo

zero, creando un aggravio di spesa alla professione. In tale contesto premere l'acceleratore su cambiamenti strutturali è controproducente, così come è impensabile ipotizzare soluzioni che prevedano finanziamenti al di fuori delle logiche del momento in cui viviamo. È inutile concentrarsi e spendere energie verso modelli di assistenza, magari validi sulla carta, ma che non si potranno realizzare per la congiuntura di recessione economica in cui ci troviamo. È da qui che nascono le perplessità espresse sulla proposta di riordino delle cure primarie. In particolare sul ruolo unico abbiamo tenuto a precisare che siamo favorevoli a un canale preferenziale per i medici di un comparto ad accedere a quello della medicina generale. Siamo contrari se si intende una confusione di ruoli in un futuro dell'assistenza in cui "tutti fanno tutto". La Continuità Assistenziale, emergenza e assistenza primaria devono continuare ad avere ruoli e compiti distinti, ma integrati. In merito alla ristrutturazione del compenso Snami si è espresso favorevolmente sulla distinzione fra fattori di produzione e compensi professionali. Abbiamo però voluto mettere i puntini sulle i sul fatto che tale ristrutturazione non segni un arretramento nella retribuzione complessiva attualmente percepita e che i fattori di produzione, ancorché a carico o compartecipati da Parte Pubblica, non vadano ad incidere sulla fiscalità complessiva del singolo convenzionato. L'offerta di salute sul territorio deve essere sicuramente migliorata per rispondere alla nuova domanda di salute, ma la soluzione dell'h. 12/24, per esempio avrebbe come effetto quello di dilatare la domanda e quindi i costi. Pensare che la medicina generale possa arginare i codici bianchi è alquanto inverosimile. Inoltre c'è il rischio non

solo di congestionare gli studi dei Mmg, ma di non risolvere il problema. Mettiamo il caso che un cittadino, colto da un lieve malore, si rechi presso lo studio del Mmg (sempre aperto), il quale potrebbe prescrivergli degli esami per approfondire il problema. Tenuto conto dei tempi di attesa, non sarebbe avulso dalla realtà pensare che per ovviare a questo problema quel cittadino scelga di recarsi in Pronto soccorso per accelerare i tempi. Non dimentichiamo che il 70% degli accessi in ospedale è un codice verde, per cui non si paga il ticket e solo il 10% sono codici bianchi per cui si paga un piccolo contributo. Il grande errore che si sta facendo è quello di proporre un unico modello per una situazione come quella italiana che vede realtà completamente differenti. È fondamentale rispettare la specificità dei nostri territori che sono estremamente variegati. Come possiamo non considerare il fatto che vi sono zone servite da ospedali e da strutture sanitarie di alto livello e territori con un ospedale a 100 km o sottodimensionato per il bacino di utenza. Oppure territori rurali in cui sono presenti più medici di famiglia e frazioni abitative accorpate che dispongono di un solo Mmg. La verità è che finora non abbiamo mai voluto approfondire la diversità di una medicina praticata nelle aree metropolitane da quella esercitata in aree rurali e montane".

www.qr-link.it/video/0912



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

La Sisac propone la stesura di testi unici per le cure primarie

Semplificare e uniformare i testi degli accordi collettivi nazionali siglati in contesti legislativi diversi per renderne più chiare le disposizioni e più facile l'iter applicativo. È questo in sintesi l'argomento portato all'attenzione dei sindacati di categoria nell'incontro di fine giugno dalla struttura interregionale che gestisce i rinnovi contrattuali

Del tutto inaspettata, secondo quanto dichiarato dai sindacati di categoria, la convocazione della Sisac di metà di giugno era stata accolta con sorpresa e sospetto tenuto conto del congelamento dei rinnovi contrattuali. Con questo stato d'animo si è affrontato l'incontro ed è stato svelato il mistero, la finalità era quella di avviare un processo di "semplificazione" dei testi convenzionali vigenti, con lo scopo di dare uniformità alle norme comuni dei singoli Acn. Ma, attenzione "la realizzazione dell'intero processo, in nessun caso, potrà prevedere la negoziazione di istituti volti ad alterare l'entità della remunerazione dei professionisti convenzionati ovvero ad aumentare i costi del Ssn".

Ed è proprio su questo punto che si sono differenziate le reazioni dei sindacati di categoria.

Fp Cgil Medici medicina convenzionata ha dichiarato di apprezzare l'attenzione e l'impegno della Sisac nel ricercare un ammodernamento dei testi, ma secondo il coordinatore nazionale **Nicola Preiti** c'è l'esigenza di sincronizzare questa iniziativa con le linee di indirizzo sulla assistenza territoriale definite con il ministro della Salute e soprattutto con il Patto per Salute da sottoscrivere in autunno.

Per **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg, quella della Sisac è una proposta di buon senso, ma sarebbe più propenso ad una vera riscrittura della convenzione che inci-

da sul piano normativo, introducendo elementi di innovazione senza aumenti di costi. Uno su tutti: il ruolo unico. Un'innovazione che però ha bisogno del *placet* del Comitato di settore: "E alla vigilia del Patto per la Salute - sottolinea Milillo - è opportuno aggiornarsi in autunno".

► I distinguo di Smi e Snamì

Di tutt'altro avviso è Snamì secondo cui si possono sanare le difficoltà alla comprensione delle norme, ma senza soldi non si sconvolgono gli accordi. Il presidente **Angelo Testa**, ha infatti tenuto a precisare che: "Non si può non essere d'accordo in linea di principio che comprensibilità e sinteticità di un testo siano caratteristiche irrinunciabili alla bontà di un documento. Molto di più per noi dello Snamì vale la sostanza di un accordo e poiché la legge impone che sino al 2014 non si possano fare accordi, mi fa specie che si pensi ad un qualcosa a costo zero. La logica deve essere mettere sul piatto della bilancia quanti soldi ci sono e ciò che si può fare per quella quantità di soldi. Viceversa è fantascienza. Una cosa è intervenire sulla semplificazione di una norma, ben altro è cambiare o stravolgere la norma stessa. In questo caso non siamo assolutamente d'accordo. Soprattutto ad isorisorse, come qualcuno ama chiamare il costo zero".

Sulla stessa linea è il giudizio sintetico di **Maria Paola Volponi**, re-

Il documento

La proposta: il testo presentato dalla Sisac ai sindacati



Dopo gli ultimi due Acn, il testo delle convenzioni vigenti risulta essere stato elaborato nel corso di almeno quattro diversi periodi temporali: il periodo dei decreti presidenziali pre-2001 (L. 165/2001); il periodo post L. 165/01 e soprattutto post nuovo Titolo V Costituzione (Acn 2005); il biennio 2008/2009 (Acn 2009); il biennio 2009/2010 (Acn 2010).

Tale aspetto contribuisce a rendere particolarmente complessa la comprensione delle disposizioni vigenti e di conseguenza ostacola tra l'altro l'applicazione delle stesse norme.

Di qui l'esigenza di avviare un processo di "semplificazione" dei testi vigenti.

Possibili metodi

A) Testo coordinato (può essere realizzato da chiunque, utile ma privo di qualsiasi validità giuridica)

B) Testo unico (dev'essere realizzato da chi ha il potere di conferirgli validità giuridica) = revisione, modifica parziale e fusione dei testi originari secondo criteri condivisi tra le parti. La versione finale viene formalmente approvata dalle parti e risulta quindi dotata di validità giuridica.

Possibili principi e criteri per la produzione dei testi unici delle convenzioni vigenti (Mmg, Pediatria, Specialistica):

- 1) Coerenza con l'impianto federalista
- 2) Farraginosità del testo (da eliminare)
- 3) Risoluzione problemi emergenti dalla contraddittorietà o dalla ambiguità del testo
- 4) Uniformità norme comuni (tra i 3 Acn)
- 5) Semplificazione dell'articolato
- 6) Integrazione parti aggiunte di recente
- 7) Coerenza con le indicazioni della "smart regulation"¹
- 8) Coerenza con le indicazioni della "Brunetta"²

Vedi altresì la L. 174/2011 "Disposizioni per la codificazione in materia di pubblica amministrazione" che, per la formulazione di testi unici riguardanti alcune disposizioni vigenti, individua i seguenti principi e i criteri direttivi:

a) Ricognizione e abrogazione espressa delle disposizione oggetto di abrogazione tacita o implicita, nonché di quelle che siano prive di effettivo contenuto normativa o siano comunque obsolete

b) Organizzazione delle disposizioni per settori omogenei o per materie, secondo il contenuto precettivo di ciascuna di esse

c) Coordinamento delle disposizioni, apportando le modifiche necessarie per garantire la coerenza giuridica, logica e sistematica della normativa e per adeguare, aggiornare e semplificare il linguaggio normativa

d) Risoluzione di eventuali incongruenze e antinomie tenendo conto dei consolidati orientamenti giurisprudenziali.

Obiettivi dell'incontro

Condividere una metodologia per il Testo Unico; individuare e condividere principi e criteri guida per la sua produzione.

Resta inteso che la realizzazione dell'intero processo, in nessun caso, potrà prevedere la negoziazione di istituti volti ad alterare l'entità della remunerazione dei professionisti I convenzionati ovvero ad aumentare i costi del Ssn.

Note

1. Tra i requisiti della "smart regulation" figurano ad esempio:

a) la chiarezza (il testo deve essere redatto in un linguaggio chiaro tale da garantire una interpretazione univoca);

b) la sinteticità e la completezza (il testo deve essere ragionevolmente il più corto possibile e capace al contempo di contenere tutti gli elementi necessari per la interpretazione e l'applicazione della norma);

c) l'assenza di conseguenze indesiderate (ogni norma deve riguardare solo le persone o i soggetti direttamente interessati ai suoi contenuti ed obiettivi, al fine di evitare impatti su parti terze.

2. Si fa riferimento ad esempio alle seguenti tematiche: 1) misurazione e trasparenza della performance; 2) valutazione del merito; 3) sanzioni disciplinari.

Tali aspetti sono disciplinati dal O.lgs 150/2009 con riferimento ai medici dipendenti dal Ssn.

sponsabile nazionale della Convenzionata per lo Smi: "Per la Sisac la preconditione è quella di non parlare di quote economiche o della parte economica. Non si capisce, quindi, a costo zero come si possano avviare quelle innovazioni necessarie per rilanciare la medicina

sul territorio. Sembrerebbe, quindi, esclusivamente un'operazione di *restyling* e *lifting* delle convenzioni. Inutile e fuorviante, inoltre, il richiamo alla Legge Brunetta come parametro di riferimento". Infatti tra i principi e criteri del documento di proposta Sisac per mettere appun-

to i testi unici della medicina generale, della pediatria di libera scelta, e della specialistica ambulatoriale si annovera la Legge Brunetta e, in particolare, si fa riferimento alla misurazione e trasparenza della performance; alla valutazione del merito e alle sanzioni disciplinari.

Formazione tra proposte e proteste

Si è aperto un dialogo tra l'onorevole **Amalia Schirru** - promotrice del disegno di legge che vorrebbe rilasciare il diploma di formazione specifica in MG a tutti i medici, chirurghi e specialisti che ne facciano richiesta - e i sindacati di categoria in netto disaccordo con la proposta e più in linea con il Ddl presentato dal senatore **Claudio Gustavino**

Sono state molte le email di protesta dei Mmg inviate all'onorevole **Amalia Schirru** (PD) per la modifica proposta dell'articolo 36 del decreto legge n. 206 del 9/11/2007 concernente il rilascio del diploma di formazione specifica in medicina generale. Quello che si contesta anche da parte dei sindacati di categoria è il rilascio del diploma del corso di formazione specifica in MG a tutti i medici, chirurghi e specialisti che ne facciano richiesta e che possano certificare una frequenza di almeno 3.200 ore presso gli ambulatori di Mmg o in un centro in cui si dispensano cure primarie. Secondo quanto specificato nella presentazione della legge, la modifica dell'art. 36, in sintesi, servirebbe a fronteggiare la già carente disponibilità di medici con titolo specifico e a garantire la copertura di servizi strategici per il Ssn, come quelli attualmente coperti dalle cure primarie, in particolare in territori disagiati.

Per **Pietrino Forfori**, responsabile nazionale per la formazione specifica in medicina generale Smi, è un grave errore prevedere la possibilità che i medici con altre specializzazioni possano esercitare come medico di famiglia, con un diploma rilasciato dalle Regioni o dalle province autonome. In questo modo si vanificherebbe tutta la specificità e l'importanza del percorso formativo

proprio della medicina generale e inoltre, si chiuderebbe la porta alle legittime richieste avanzate in questi mesi con diverse proteste dai giovani medici. Forfori ha poi chiesto che i parlamentari incontrino tutte le parti in causa per trovare uno sbocco costruttivo alla vicenda specificando che: "Sarebbe bene partire da altri Ddl che sono stati presentati e che recepiscono le preoccupazioni della categoria, tra questi quello del senatore **Claudio Gustavino**". Inoltre, il dirigente dello Smi ha invitato gli organi competenti a riflettere sulla piattaforma avanzata dalla Società italiana medicina generale in formazione (Simgif), dal Segretariato italiano giovani medici (Sigm) e dai Comitati Autonomi Regionali dei corsisti, cioè da quelle sigle che hanno promosso lo scorso 15 maggio una manifestazione a Roma. Anche Fimmg dice no alla proposta denunciandone l'assoluta parzialità e incongruità poiché in palese contrasto con la direttiva CEE n. 86/457/CEE che sancisce l'obbligo per gli Stati europei di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica in medicina generale e rende obbligatorio il titolo per l'esercizio della MG, obbligo necessario a garantire la libera circolazione sul territorio della comunità europea di medici di medicina generale specificamente formati nell'interesse assistenziale dei cittadini.

► La risposta alle critiche

"L'intento non è certamente quello di svalutare l'operato o le peculiarità proprie del Mmg - ha sottolineato l'onorevole Schirru in un comunicato stampa di risposta alle contestazioni - né, la volontà è quella di creare disparità o discriminazioni. La proposta di legge non ha nessuna intenzione di voler rimuovere o sostituire con un altro percorso la formazione specifica. Il corso di formazione resta e ne sottolineo l'utilità e necessità, il provvedimento non ne chiede la soppressione, anzi, si spinge perché diventi una specializzazione "vera". In parallelo, però, si vuole aprire un percorso di riconoscimento equipollente, senza oneri aggiuntivi, utile unicamente a risolvere una criticità territoriale evidente e un grave, concreto, precariato". E conclude: "Prendo certamente atto delle osservazioni ricevute, accogliendo quelle che eventualmente verranno in futuro, perché ritengo potrebbero essere utili per il percorso del provvedimento e per venire incontro ai problemi evidenziati (...)".

► La reazione

Pur plaudendo alla volontà di dialogo, Fimmg Formazione Pisa ha ribattuto alle precisazioni dell'onorevole Schirru, rammentando che la proposta è

L'obiettivo del Ddl presentato dal senatore Gustavino

L'obiettivo principale del disegno di legge presentato al Senato dal Responsabile Sanità dell'Udc, **Claudio Gustavino** è quello di equiparare i corsisti di medicina generale agli altri medici specializzati e dottorandi attraverso l'adozione di un contratto di formazione specifica di medicina generale. Nelle modifiche presentate al decreto legislativo n. 368 del 1999, il senatore specifica che: "La medicina generale è un'importante risorsa in quanto risponde ai bisogni necessari dei pazienti al di fuori dell'ospedale e riduce l'afflusso degli accessi al pronto soccorso. Nella prospettiva di riorganizzare e potenziare la medicina del territorio, risulta di fondamentale importanza che il ruolo dei medici di famiglia sia valorizzato. È necessario ripensare la formazione specifica in medicina generale, rivolta a chi la sceglie come propria professione per il futuro, ponendo come obiettivo quello di assicurare una pari dignità al percorso formativo del Mmg rispetto a quello dei medici specialisti".

giuridicamente impraticabile in quanto contraria alla normativa UE. "Una proposta analoga a quella in oggetto - ha precisato - è stata introdotta in

altri Paesi, ma la UE ha espresso parere negativo, intraprendendo azioni atte a sanzionare il mancato rispetto della direttiva UE 93/16 CEE. (...). La

stessa direttiva riconosce la necessità e l'utilità, nell'interesse dei pazienti e del miglioramento delle cure, di un percorso formativo specifico in MG. Tali considerazioni sono state più volte sancite anche dalle principali Società scientifiche della MG, sia nazionali sia internazionali. Lo svolgimento, a tempo determinato, di mansioni "di fatto", pur se effettuate per periodi protratti, non costituisce affatto garanzia di un percorso qualificante, in quanto privo degli imprescindibili passaggi di selezione, confronto, valutazione e controllo presenti nell'ambito del Corso di Formazione Specifica (...)."

E intanto, sul tema, in attesa della convocazione del tavolo ministeriale, la FNOMCeO ha elaborato un suo pacchetto di proposte.

Il Ssn, i medici e l'efficietismo

Il convincimento che sembra dominare i vari consessi politici, amministrativi, sindacali che si occupano di sanità pubblica è che non sia governabile ciò che non è misurabile. Tale idea è anche diventata l'unico polo magnetico che orienta e attrae ogni iniziativa o provvedimento in sanità con ripercussioni letali sulla pratica medica

Carlo Iannotti
 Medico di medicina generale
 Benevento

La *clinical governance* è diventata un'ossessione dominante anche per i nostri sindacati. Intendiamoci, è legittimo rispondere alle analisi dei bisogni e dei costi ed alla determinazione di indicatori di efficacia che la Parte Pubblica va implementando con analisi sindacali consimili. Ed al sindacato ciò serve anche per fare opportune valutazioni di politica sanitaria. Quello che non va bene è appiattirsi su una visione esclusivamente efficientista. Tal genere di visione non si può applicare pedissequamente all'attività quotidiana del singolo medico quando implementa un percorso diagnostico-terapeutico di uno specifico paziente. Nella sua pratica clinica, il medico infatti utilizza unicamente la bussola di procedimenti ben codificati da linee guida scientifiche e profondamente radicati dagli insegnamenti universitari. Non altro. Non si avvale certamente di *benchmark*, indicatori di efficacia, costi standard, ecc. Intanto sulla stampa specializzata si sfornano ogni giorno farneticanti proposte neoefficientiste, articoli e approfondimenti sulla valutazione e sulla misurazione della *performance* organizzativa ed individuale dei Mmg. Si discute sui migliori indicatori di efficacia e di *benchmark* con i quali valutare medici e processi di cura. Il sindacato non può cadere in una trappola che accetta il teorema sottinteso: "se le risorse non bastano è perché il medico non agisce con la dovuta appropriatezza". Perché in tal modo finiremo per ipotizzare

corsi sui "profili patologici dell'attività prescrittiva".

Il fenomeno messo all'indice come causa di tutti i mali del Ssn è la variabilità prescrittiva. L'osservazione che i Mmg mettono in campo percorsi diagnostici e terapeutici assai diversi a fronte della medesima patologia è alla base del teorema che i medici sprechano risorse perché non sanno fare il proprio mestiere. Come si spiegherebbe altrimenti lo "scandalo" che a fronte della medesima malattia alcuni spendono più di altri? Ma se l'interrogativo è privo di senso ancor più inadeguato è lo strumento statistico utilizzato per trovare la risposta sulla variabilità dei comportamenti dei medici. "Esiste il malato non la malattia", recita una massima che è parte integrante dell'insegnamento della Medicina coniata al fine di rammentare sempre che nessun caso è mai simile ad un altro, né per rilevanza clinica né per contesto. Insomma attenzione a non dimenticare che i grandi numeri sono solo la somma di singoli casi, ma nulla dicono di ciascuno di essi.

Le definizioni diagnostiche hanno una valenza accademico/nosografica più che clinico/terapeutica. Perciò le analisi statistiche non possono servire - come qualcuno pretenderebbe - per determinare a priori standard di comportamenti medici. Se il sindacato è acquiescente su questo punto i medici rischiano di diventare dei veri e propri dispensatori automatici di PDT determinati a priori e lo farebbero sotto la propria responsabilità. Sarebbe ora di sostenere a gran voce che non è





possibile azzerare la variabilità prescrittiva, ma bisognerebbe anche che questa sia rivendicata quale indice di buona pratica clinica. Sostenuti da "tecnici" compiacenti, l'impudenza degli amministratori è arrivata al punto di tentare la legittimazione di un modello che, di fatto, vorrebbe separare la professionalità medica dal professionista che la esercita, imponendo l'applicazione acritica e pedissequa di PDT, devoluti e standardizzati dalla politica. Il paradosso è che un ruolo medico così impietosamente misconosciuto potrebbe essere legittimato nel rinnovo dei prossimi contratti. Il risultato? Medici espropriati della propria professionalità, maestranze esecutive (e non pensanti) del Servizio sanitario nazionale.

► Il rischio

In questa attuale situazione di disagio professionale, non vorrei che il "ruolo unico" possa diventare funzionale ad una perniciosa visione fin qui descritta. È vero, i tempi sono brutti e bisogna avere il coraggio di porre sul tavolo nuove proposte. Ma in che direzione andiamo? Io non lo so esattamente, ma temo di poterlo prevedere dal vento che tira.

A mio modesto avviso è invece ora di dire basta alla mistificazione del Mmg come costoso fattore di produzione, ridotto alla stregua di una macchina banale e anonima, tanto piccolo e marginale, magari da controllare con sanzioni disciplinari, negli aspetti organizzativi, quanto grande, centrale ed esclusivo nelle sue

funzioni di garanzia del cittadino e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali. Sacrosanta è allora la richiesta di ridefinire ruolo e responsabilità del medico, di attribuire ad organismi, veramente rappresentativi dei professionisti, reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e vincolare il *management* aziendale nelle scelte tecniche. Almeno fino a quando una rinata classe medica riuscirà a imporre nuove procedure di selezione e verifica delle carriere non discrezionali, autoritarie e vincolate - a cominciare dalla nomina dei direttori di struttura - al puro rapporto fiduciario con il direttore generale. Ma la mia è solo una riflessione di un dinosauro.

I ritardi infiniti della ricetta online

Problemi applicativi, inadempienze, Regioni che certificano non correttamente la fase conclusiva delle sperimentazioni: sono alcune delle criticità denunciate da Fimmg in una missiva inviata ai dicasteri di Finanze, Salute e alle Regioni

La data prevista per l'entrata a regime della ricetta elettronica è sempre più vicina, ma i problemi denunciati dagli addetti ai lavori sono quelli di sempre: ritardi, inefficienze, sperimentazioni fallimentari e sanzioni che piombano sui Mmg inadempienti (M.D. 2012; 2: 14-15; 4: 12-13). Fimmg di recente ha riportato l'attenzione su queste criticità attraverso una missiva, firmata dal segretario nazionale, **Giacomo Milillo**, inviata al ministero delle Finanze, a quello della Salute e alle Regioni. Nella lettera si fa presente che sono solo quattro le Regioni che hanno portato a termine con successo la sperimentazione: Lombardia, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Puglia a cui si aggiunge la Provincia autonoma di Trento. Una situazione preoccupante visto che entro dicembre 2012 l'obbligo della ricetta online dovrebbe coinvolgere tutti i medici, Mmg, medici convenzionati, dipendenti, prevedendo la ricetta elettronica per le prescrizioni di farmaci, esami diagnostici e visite specialistiche. Molte Regioni hanno chiuso la fase di sperimentazione più in teoria che in pratica, decretando in alcuni casi sanzioni per i Mmg inadempienti. Un punto questo sottolineato da Fimmg nella sua missiva: *"Purtroppo, per motivi che esulano dalle nostre competenze, alcune Regioni, pur non avendo concluso correttamente la sperimentazione, la stanno certificando in maniera non corretta e idonea, mentre altre procedono ad emanare direttive minac-*

ciando sanzioni economiche ai medici, non avendo provveduto a metterli nelle condizioni di adempiere".

Il Piemonte, per esempio ha dichiarato la conclusione positiva della sperimentazione senza che nessuno dei medici selezionati e coinvolti abbia inviato una sola ricetta online. Poi c'è il caso emblematico della Liguria dove non si è neppure partiti con la fase sperimentale e infine quello paradigmatico dell'Abruzzo: la Regione ha ufficializzato le sanzioni (decurtazione del compenso) a carico dei medici che non trasmettono online prima ancora di mettere a regime il sistema. Nel frattempo nelle Marche i medici iscritti alla Fimmg hanno indetto lo stato d'agitazione e chiesto un rinvio dell'entrata in vigore della ricetta online, denunciando inceppamenti continui del sistema e rallentamenti durante il salvataggio e l'invio al Sac. Per questi motivi, attraverso il segretario nazionale, Fimmg chiede: *"un intervento immediato per mettere i medici di tutte le Regioni nelle condizioni di adempiere ai compiti previsti in Convenzione nel più breve tempo possibile"*, nel frattempo avverte che *"difenderà i propri iscritti da ogni abuso, anche in sede giudiziaria"*.

Si spera che questo ennesimo appello vada a buon fine: già da marzo si annoverano denunce sulle criticità che mano a mano emergevano nella fase di sperimentazione. Il Sindacato dei Medici Italiani (Smi), per esempio, chiedeva una deroga alla data di entrata in vigore della fase operativa, diffidando le Regioni "in ritardo" a mettere in atto le sanzioni previste per i Mmg perché illegittime.



AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **CARDIOCHIRURGIA**

Approccio mininvasivo alla stenosi aortica

■ **IPERTENSIONE ARTERIOSA**

Raggiunti tre obiettivi con l'associazione fissa

■ **MALATTIE INFETTIVE**

HIV e migranti: tendenze, problemi e soluzioni

■ **NUTRIZIONE**

Tradizione gastronomica alleata della salute della donna

■ **OTORINOLARINGOIATRIA**

Riconoscere e trattare correttamente la disfagia

■ **TRAPIANTI**

Cordone ombelicale, patrimonio di cellule staminali adulte

■ CARDIOCHIRURGIA

Approccio mininvasivo alla stenosi aortica

■ **Angela Walmar**

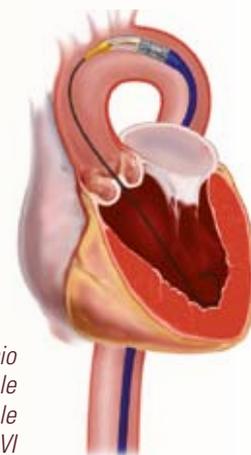
Malattia tipica della popolazione anziana la stenosi aortica determina un quadro sintomatologico tipico dello scompenso che risulta refrattario a qualsiasi terapia medica.

La forma severa della malattia colpisce, secondo le stime epidemiologiche più recenti, il 4.6% della popolazione oltre i 75 anni, più di 280.000 persone in Italia, un quinto delle quali - circa 50-60.000 - soffre di stenosi aortica definita grave e sintomatica, destinata a prognosi infausta nel giro di un paio d'anni.

Le linee guida internazionali prevedono, per queste persone, la sostituzione della valvola aortica con una protesi, mediante un intervento di cardiocirurgia: apertura dello sterno (sternotomia) o accesso mininvasivo, circolazione extracorporea, arresto del cuore e apertura dell'aorta, rimozione della valvola calcifica e impianto di protesi biologica. Si tratta di un intervento chirurgico complesso, seppur ormai di routine e a basso rischio di mortalità nei centri cardiocirurgici ad alto volume di attività e con standard qualitativi elevati, che non può tuttavia essere affrontato in

tutti i pazienti che presentano questa malattia. In almeno un terzo dei casi i pazienti hanno numerose malattie associate e sono in gravi condizioni, con un profilo di rischio elevato che non consente l'esecuzione dell'intervento chirurgico tradizionale. In questi casi, le alternative al trattamento chirurgico, quali la valvuloplastica percutanea e la terapia farmacologica, hanno mostrato benefici limitati e temporanei, con recidiva quasi inevitabile nel primo caso, e prognosi scarsa nel secondo. In questo tipo di paziente la TAVI (Transcatheter Aortic Valve Replacement) rappresenta una concreta, e spesso unica, alternativa.

La TAVI è stata oggetto di importanti studi clinici, come lo studio PARTNER, pubblicato a più riprese sul *New England Journal of Medicine* tra il 2010 e il 2012, che ha dimostrato la sua non inferiorità verso l'intervento cardiocirurgico, nei pazienti più gravi e a maggior rischio operatorio, e la sua superiorità nei confronti della terapia medica nei pazienti inoperabili. Sono di recente apparsi i risultati dello studio Italiano OBSERVANT (*Int J Cardiol* 25 maggio 2012, Epub ahead of print), su circa 2.000 pazien-



Approccio transapicale e transfemorale per la TAVI

ti trattati con TAVI in Italia nell'ultimo anno, che mostrano come in una popolazione ad alto rischio chirurgico la sopravvivenza a un mese sia superiore al 96%. Proprio vista la bontà dei risultati conseguiti sono in corso studi di confronto fra TAVI e chirurgia tradizionale anche in pazienti con rischio chirurgico più basso.

Il Gruppo di lavoro per l'appropriatezza della TAVI, costituito da cardiologi interventisti e cardiocirurghi italiani - è impegnato nella redazione del documento dal titolo "TAVI: quale futuro per l'impianto transcattetero di valvola aortica? Considerazioni sull'appropriatezza e la sostenibilità di un intervento salvavita", che si propone di fare il punto sui risultati e sulle prospettive della tecnica di intervento per via percutanea e che sarà presentato a settembre nel corso di una tavola rotonda a Roma con clinici e decisori istituzionali e successivamente in una serie di workshop regionali.



GRUPPO DI LAVORO
PER L'APPROPRIATEZZA
DELLA TAVI

www.qr-link.it/video/0912



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

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Raggiunti tre obiettivi con l'associazione fissa

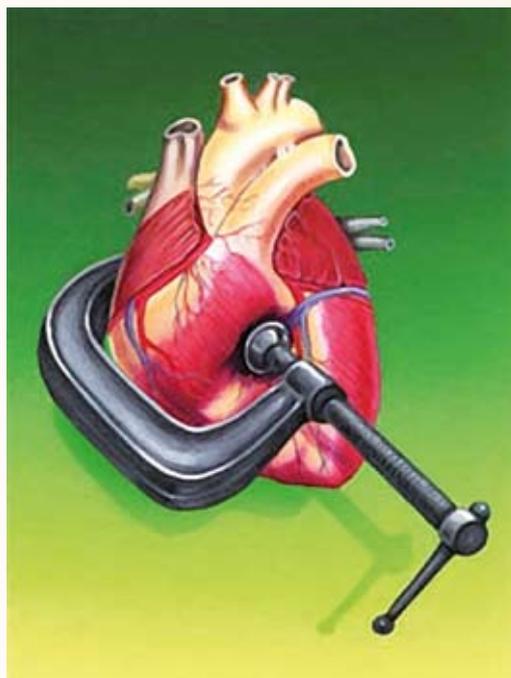
Migliore aderenza terapeutica, migliore controllo pressorio, contenimento dei costi. Questi sono, in sintesi, i risultati che emergono da uno studio europeo che conferma le grandi potenzialità che una terapia antiipertensiva basata su associazioni fisse è in grado di esprimere.

Lo studio mostra un potenziale risparmio complessivo di 1.8 milioni di euro all'anno per ogni 10mila ipertesi nei cinque Paesi europei considerati (Spagna, Regno Unito, Italia, Germania e Francia), grazie al passaggio dalla combinazione estemporanea di 2 antiipertensivi alla combinazione fissa degli stessi. I risparmi si ottengono attraverso il miglioramento dell'aderenza terapeutica (che si traduce in un miglior controllo della pressione arteriosa) e la conseguente riduzione del rischio di ospedalizzazione e dei costi sanitari associati. L'aderenza e la persistenza al trattamento sono un reale problema per i pazienti ipertesi, visto che circa il 50% interrompe la terapia dopo un anno. Una delle ragioni della bassa aderenza alla terapia consiste nel numero di compresse che

i pazienti devono assumere. In molti casi, infatti, è solo con l'associazione di almeno due farmaci che si può raggiungere un controllo pressorio ottimale e il 15-20% dei pazienti richiede anche un'associazione triplice. I pazienti possono assumere combinazioni estemporanee di due o più compresse oppure un'associazione fissa in un'unica compressa. Soluzione quest'ultima che dimostra di mi-

gliorare l'aderenza dei pazienti riducendo i costi, mettendo, pertanto, a disposizione dei medici un trattamento antiipertensivo efficace. Di recente introduzione la nuova associazione triplice fissa antiipertensiva olmesartan medoxomil, amlodipina e idroclorotiazide ha ottenuto il parere positivo delle autorità regolatorie per l'indicazione aggiuntiva in pazienti adulti la cui pressione arteriosa non sia adeguatamente controllata attraverso la combinazione doppia fissa olmesartan medoxomil e amlodipina. La nuova indicazione offre ai medici la possibilità di prescrivere l'associazione fissa triplice a quei pazienti che non hanno raggiunto un adeguato controllo pressorio con la combinazione doppia, senza la necessità di aggiungere un'altra compressa singola, come passaggio intermedio.

Questa associazione, che sarà presto disponibile anche in Italia, è la prima associazione triplice per il trattamento dell'ipertensione. Essa rappresenta uno dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari; inoltre le implicazioni derivanti dal fatto che oltre la metà dei pazienti non seguono correttamente la terapia antiipertensiva sono notevoli e possono in parte spiegare l'alto tasso di mortalità correlata all'ipertensione in Europa. Per contro, migliorare l'aderenza al trattamento antiipertensivo si associa ad una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari.



■ MALATTIE INFETTIVE

HIV e migranti: tendenze, problemi e soluzioni

■ **Tullio Prestileo**

Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive & Centro di Riferimento Regionale INMP Sicilia - ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli Palermo

Ben radicato nell'immaginario collettivo, il dubbio che i migranti portino un carico di malattia in grado di minacciare la nostra salute è invece smentito dai fatti: l'esperienza ha infatti dimostrato che, nella stragrande maggioranza, il loro stato di salute è sovrapponibile a quello degli italiani. Nella gestione del paziente straniero con HIV va, però, considerata una peculiare *fragilità* che lo espone ad ulteriori rischi socio-sanitari. La peculiarità dell'approccio a questa popolazione è quella di dovere assistere persone che presentano condizioni socio-sanitarie e culturali in continuo divenire e con specifiche situazioni cliniche, psichiche, sociali e culturali. Esiste una notevole difficoltà nel dialogo con il paziente immigrato non solo per motivi linguistici, ma anche e soprattutto per l'incontro di mondi e aspettative differenti a confronto: il migrante è sempre in una fase di transizione e di trasformazione vivendo ambiguamente il distacco dal proprio passato e la volontà di integrarsi nel nuovo mondo, non riuscendoci mai in modo definitivo. Il migrante che arriva dal medico, oltre ai problemi legati ai bisogni primari si

trova ad dover fronteggiare un altro problema: lo *stress da transculturazione*. La stessa espressione sintomatologica risulta difficoltosa per problemi di comprensione sia linguistica che culturale così come l'espressione nosologica; quest'ultima, che dovrebbe essere la parte più obiettiva, in mancanza di dati univoci e di denominatori fissi è la più problematica in quanto rimane radicata la prevenzione verso il paziente immigrato che lo vede come portatore di malattie infettive ed esotiche. La diversità linguistica pertanto rappresenta solo un piccolo scoglio, superabile facilmente, nella relazione medico-paziente eteroculturale considerando anche che il "popolo dei migranti" in Italia è rappresentato da una moltitudine eterogenea di etnie, culture, religioni e idiomi provenienti da paesi profondamente differenti. In questo contesto, l'infezione da HIV, di per sé, denota una malattia drammatica che colpisce principalmente i giovani. Tale diagnosi nel momento della sua formulazione ha un impatto devastante anche quando il soggetto sembra perfettamente sano. Alla problematicità della malattia si ag-

giungono, nell'esperienza con gli immigrati, le evidenti difficoltà di approccio verso un'utenza linguisticamente e culturalmente diversa. La presenza di mediatori culturali diventa così essenziale per eliminare almeno il primo livello di incomprensione tra medico e paziente che, sovente, comunicano attraverso l'uso di una lingua "intermedia" parlata e capita male da entrambi. Superato il problema dell'incomprensione, bisogna tener presente che la maggior parte dei pazienti immigrati proviene da regioni del mondo in cui la sigla AIDS è sinonimo di morte, di fine immediata, di impossibilità a procreare. Non è raro trovarsi davanti pazienti riluttanti a fare il test per l'HIV pur sapendo di essere stati esposti al contagio; tra l'altro si tratta di persone che provengono da paesi in cui fare il test ha poco senso se non si ha poi la possibilità di fare la terapia antiretrovirale. A tutto ciò si aggiunge la difficoltà di conquistare la fiducia di chi si trova nell'ambigua condizione del migrante, legato ancora al proprio passato e desideroso di integrarsi in un mondo che ancora non comprende del tutto con forti implicazioni sul piano del risultato terapeutico finale.

www.qr-link.it/video/0912



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



■ NUTRIZIONE

Tradizione gastronomica alleata della salute della donna

La malattia neoplastica, quando si protrae nel tempo, diventa parte della vita: quando una paziente diviene una malata cronica deve essere messa nelle condizioni di poter fare la sua vita, nonostante la malattia. Il patrimonio di farmaci a disposizione permette di curare la patologia per lungo tempo e con diverse intensità di cura, che sono percepite dalle pazienti in maniera soggettiva; tuttavia, se gli effetti più gravi che possono mettere a rischio la vita sono evitati attraverso specifici tecnicismi, gli effetti più percepiti soggettivamente devono essere affrontati nell'interazione comunicativa tra medico e malata, cercando di trovare una soluzione che soddisfi l'esigenza di curarsi al meglio e quindi di vivere al meglio. Ecco dunque che un prezioso alleato delle terapie è un'alimentazione sana ed equilibrata, come la dieta mediterranea, accompagnata da un'adeguata attività fisica: un approccio al cibo corretto non solo mette la paziente nella condizione di affrontare meglio i trattamenti, ma anche di ridurre il rischio di ricadute. Alimentarsi bene, con una dieta bilanciata, offre importanti vantaggi in termini di prevenzione; inoltre, permettendo di mantenere una forma fisica adeguata ha anche altri grandi benefi-

ci nei confronti della prognosi. Per una serie di ragioni connesse ai livelli d'insulinemia e ad alcuni fattori di crescita che hanno dei meccanismi d'azione simili a quelli dell'insulina, l'accumulo di grassi e il sovrappeso costituiscono fattori di rischio sia nello sviluppo sia nella prognosi del tumore.

È bene dunque evitare le diete iperproteiche e privilegiare una dieta bilanciata, come quella che siamo abituati a fare nel nostro Paese, ricca di verdure, di pesce, con carboidrati di buona qualità, bevendo molti liquidi e facendo adeguata attività fisica. Equilibrio e misura sono le parole chiave: nel momento in cui ci ammaliamo, il cibo rappresenta il benessere, per cui imporre grossi sacrifici alimentari potrebbe essere controproducente, anche se il concetto di sacrificio alimentare dipende dal tipo di educazione al cibo che si possiede: chi possiede un'educazione alimentare sbagliata, basata sugli eccessi, finisce per percepire come sacrificio una semplice dieta equilibrata. Su queste premesse si consolida la "buona" alleanza tra oncologia e tradizione gastronomica italiana: nutrizionisti, oncologi e chef hanno

messo a punto un modello alimentare che applica i principi della dieta mediterranea alle esigenze delle pazienti in terapia, le cui basi saranno illustrate alle pazienti attraverso corsi di cucina promossi nell'ambito della campagna "Assapora la Vita", Campagna nazionale itinerante che ha come obiettivo aiutare le donne colpite da tumore al seno che affrontano le terapie, invitandole a riscoprire l'importanza di prendersi cura di se stesse, anche attraverso la buona cucina (www.assaporalavita.it).

Con 1.384.000 casi diagnosticati nel 2008, il tumore della mammella è la forma di neoplasia femminile più frequente al mondo. In Europa, sempre nel 2008, oltre 425.000

donne hanno ricevuto una diagnosi di tumore al seno e sono stati 128.737 i decessi correlati alla malattia. Anche in Italia il tumore della mammella è la patologia con l'incidenza e la mortalità maggiore tra le donne: nel 2008 si sono registrate 47.514 nuove diagnosi e 11.693 decessi (*GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008*).



www.qr-link.it/video/0912



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

■ OTORINOLARINGOIATRIA

Riconoscere e trattare correttamente la disfagia

Erroneamente considerata un problema inevitabile a una certa età, la disfagia viene spesso sottovalutata, anche dal paziente stesso che si arrende a priori e non cerca nemmeno un aiuto e/o un trattamento medico al problema.

La disfagia consiste in un disagio nel deglutire o una disfunzione deglutitoria obiettivamente rilevabile direttamente o indirettamente per le sue conseguenze. È presente in circa il 20% della popolazione oltre ai 50 anni, con elevati costi indotti dal problema.

Inoltre, nella popolazione ospedaliera geriatrica solo il 39% dei pazienti disfagici viene identificato dallo staff.

La disfagia può avere cause di diversa natura, quali la malattia di Alzheimer, la malattia di Parkinson, l'ictus e l'invecchiamento. Ogni anno, secondo l'Agency for Health Care Policy and Research, ci sono 300-600 mila nuovi casi di disfagia provocati da malattie neurologiche. In particolar modo, nell'ictus la disfagia è presente in una percentuale compresa fra il 23% e il 50% dei casi, complicando il percorso della malattia. Le più comuni e gravi complicanze sono: disidratazione,

malnutrizione e polmonite da aspirazione.

La disfagia, invece, è importante che venga riconosciuta e trattata adeguatamente. Ricorrere a un logopedista è molto importante perché permette una serie di accertamenti e valutazioni soggettive. Un secondo fondamentale step sono i suggerimenti per cambiare le attività deglutitorie in un paziente disfagico. Elementi essenziali della riabilitazione della disfagia orofaringea sono: adozione di posture di compenso, apprendimento di ma-

I consigli per la riabilitazione della disfagia

- Adozione di posture di compenso
- Apprendimento di manovre deglutitorie
- Modificazione delle caratteristiche reologiche del bolo
- Adozione di sistemi alternativi di nutrizione
- Stimolazione sensoriale
- Rinforzo muscolare
- Modificazione dei riflessi



novre deglutitorie, modificazione delle caratteristiche reologiche del bolo (scivolosità, coesione, omogeneità, temperatura, colore, sapore, appetibilità), sistemi alternativi di nutrizione, stimolazione sensoriale, rinforzo muscolare, modificazione dei riflessi (*tabella*).

La gestione del paziente disfagico prevede quindi l'intervento di un team multidisciplinare con azione coordinata e congiunta per la programmazione e la realizzazione di un programma riabilitativo nutrizionale. Il fondamentale supporto medico deve essere infine affiancato da una corretta gestione del disturbo nella vita quotidiana dei pazienti, a partire da una regolare alimentazione, che segua ricette standardizzate per rendere il prodotto accettabile per i disfagici.

Vengono in aiuto le diete a consistenza modificata prodotte da aziende specializzate, che offrono la garanzia dei corretti apporti calorici, proteici, di micronutrienti e di liquidi e che consentono al paziente di operare scelte anche in base al gusto.

■ TRAPIANTI

Cordone ombelicale, patrimonio di cellule staminali adulte

Il sangue del neonato che rimane nella placenta al termine del parto - e che in passato veniva eliminato insieme alla placenta - viene oggi prelevato dai vasi sanguigni del cordone ombelicale mediante una semplice procedura eseguita dopo il taglio del cordone, che non pone alcun rischio né per la mamma né per il neonato. Questo particolare tipo di sangue - il "sangue placentare" - contiene preziose cellule staminali adulte che da oltre 20 anni vengono utilizzate a scopo di trapianto per i pazienti affetti da gravi malattie del sangue (leucemie, linfomi, talassemie, malattie del sistema immunitario, difetti me-

tabolici). Oltre due milioni di famiglie hanno già donato il sangue placentare a scopo solidaristico, contribuendo a creare un patrimonio mondiale di oltre 600.000 donazioni conservate a temperatura inferiore a -150°C in oltre 140 banche pubbliche in tutto il mondo. Con questo patrimonio sono stati realizzati finora circa 25.000 trapianti.

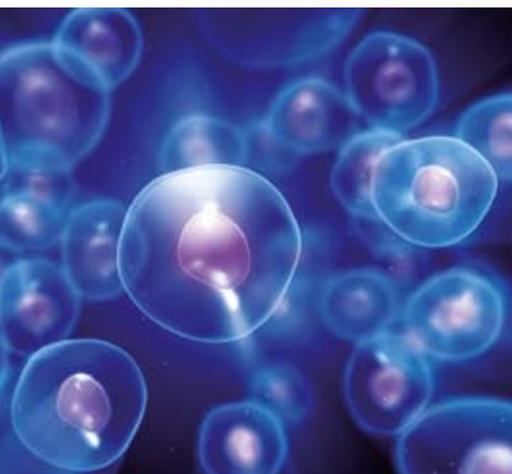
Dato che il successo di questo tipo di trapianto è significativamente correlato al numero di cellule contenute nel sangue placentare e alla compatibilità fra donatore e ricevente, è necessario sviluppare ulteriormente gli attuali programmi di raccolta solidaristica per consentire a tutti i pazienti di ricevere una donazione con un elevato numero di cellule in relazione al peso corporeo del ricevente e con un ottimo livello di compatibilità. A tal fine, gli esperti hanno indicato l'obiettivo di triplicare l'inventario disponibile, ovvero passare per l'Italia da un patrimonio attuale di circa 30.000 a un inventario definitivo di 90.000 donazioni.

È stato di recente organizzato a Milano un convegno dal titolo "Una vita che nasce fa crescere la vita. Donazione, divulgazione e utilizzazione del sangue del cordone



ombelicale", promosso dal Centro di Medicina TrASFusionale, Terapia Cellulare e Criobiologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano e da The International Association of Lions Clubs, Distretto Lions 108 Ib4.

Obiettivo di questo convegno è stato quello di fare il punto sulla donazione solidaristica del sangue placentare e sulla ricerca sulle cellule staminali, allo scopo di promuovere la migliore sinergia fra clinici, ricercatori e associazioni di utilità sociale nel promuovere una corretta informazione alla cittadinanza su questi temi e un corretto uso di questo prezioso materiale biologico.



www.qr-link.it/video/0912



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

SPREAD: riferimento italiano per l'ictus cerebrale

Per i suoi contenuti e per l'autorevolezza degli Autori, le linee guida SPREAD (Stroke PRevention and Educational Awareness Diffusion), arrivate ormai al 14° anno di produzione, appaiono più che mai saldamente il punto di riferimento italiano, per la prevenzione e la cura dell'ictus cerebrale e delle sue conseguenze. L'importante numero di accessi qualificati al portale www.spread.it, che hanno ormai stabilmente raggiunto le 1.500 presenze giornaliere di media, con punte di oltre 2.500 visite in un solo giorno, fanno del format elettronico un successo associato ed indiscusso

Gian Franco Gensini e Augusto Zaninelli
a nome di "SPREAD Collaborative Group"
Università di Firenze

La 7.a Edizione di SPREAD è stata realizzata grazie ad un contributo incondizionato di Bayer Italia

► Epidemiologia

L'incremento dell'età media e l'attuazione di maggiori e migliori misure di prevenzione, ha permesso di spostare ad età più avanzate, come al di sopra degli 85 anni, la percentuale di maggior prevalenza della malattia e di valutare come l'età, che da sempre è considerata il maggior fattore di rischio per la comparsa di ictus, inizi ad incidere significativamente al di sopra dei 74 anni (figura 1), anche se l'incidenza e l'impatto sociale della malattia e delle sue conseguenze in Italia, continua ad essere importante e molto pesante (ogni anno circa 213.000 pazienti, 1 caso ogni 2 minuti e mezzo circa).

► Prevenzione

Con riferimento alla fibrillazione atriale, viene abolito il termine "fibrillazione atriale cronica" in quanto obsoleto e non più utilizzato, lasciando solo "fibrillazione atriale", essendo la distinzione principale fra "parossistica", "permanente" e "persistente". È stata poi aggiunta una raccomandazione che include lo score CHA₂DS₂VASc come indicatore di riferimento per la stratificazione del rischio di ictus cardioembolico.

Il tema dei nuovi anticoagulanti orali viene sintetizzato nelle *tabelle 1, 2 e 3* nelle quali, in modo sistematico, si definiscono le caratteristiche farmacologiche di dabigatran,

Figura 1

L'età è il maggior fattore di rischio per l'ictus

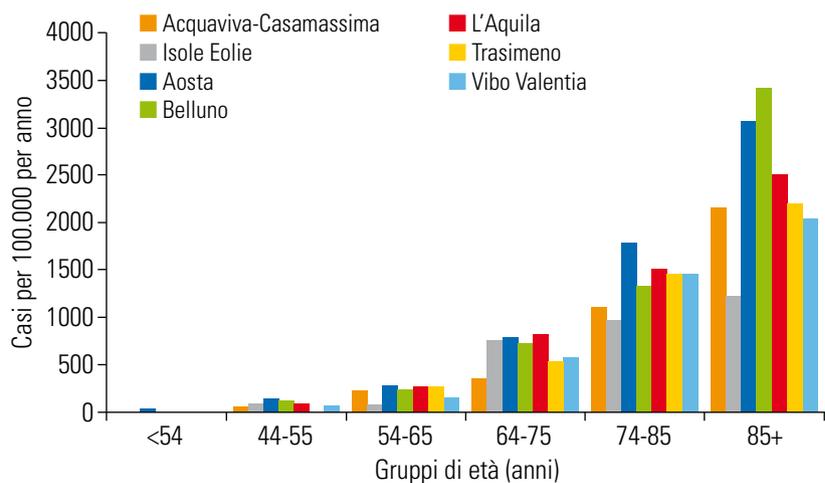


Tabella 1

I nuovi farmaci anticoagulanti orali: dabigatran, rivaroxaban e apixaban

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Target	Ila (trombina)	Xa	Xa
C _{max} (ore)	0.5 - 2 (2)	2 - 4 (4)	1 - 3 (4)
Biodisponibilità	6.5%	80-100%	66%
Metabolismo (Cit. P450)	No	32%	15%
Emivita (ore)	17	11	11-14
Profarmaco	Si	No	No
Eliminazione renale	80%	33%	25%
Interazione farmacologica	Rifampicina, chinidina, amiodarone, potenti inibitori P-gp	CYP3A4 e P-gp	CYP3A4 e P-gp
Monitoraggio routine	No	No	No

Tabella 2

Caratteristiche popolazione degli studi registrativi di dabigatran, rivaroxaban e apixaban

	RE-LY Dabigatran	ROCKET-AF Rivaroxaban	ARISTOTELE Apixaban
Dose (mg)	150, 110 bid	20 (15*) qd	5 (2.5*) bid
Campione	18.113	14.264	18.201
Età (aa)	71	73	70
Maschi (%)	64	60	64
Precedente ictus (%)	20	55	(19)
Disegno	PROBE	Doppio cieco	Doppio cieco
VKA naïve	50%	38%	43%
TTR (mediana)	64%	58%	66%
CHADS ₂	110 mg	150 mg	Rivaroxaban
medio	2.1	2.2	3.5
0-1 (%)	32.6	32.2	0
2 (%)	34.7	35.2	13
>3 (%)	32.7	32.6	87

* Dose testata nei pazienti con insufficienza renale. Per rivaroxaban in soggetti con CrCl 30-50 mL/min; per apixaban in soggetti con due o più dei seguenti criteri: almeno 80 anni, peso inferiore a 60 kg o creatinina sierica \geq 1.5 mg/dL

rivaroxaban e apixaban e i risultati non comparativi dei tre studi di riferimento (RE-LY, ROCKET-AF e ARISTOTELE).

► Ictus acuto

Si sottolinea l'opportunità per le varie autorità sanitarie locali dedicate alla gestione dell'emergenza, di adottare un "codice ictus" che identifichi al momento dell'arrivo dei mezzi di soccorso, i pazienti candidati per arrivare il più presto possibile in una Stroke Unit, evitando di perdere tempo prezioso per il passaggio dal Pronto Soccorso del Presidio geograficamente più vicino, ma sprovvisto della struttura adeguata per l'emergenza cerebrovascolare.

Inoltre, i risultati, ormai consolidati, dello studio ECASS III inducono una sostanziale modifica della raccomandazione relativa alla tempistica indicata per la somministrazione della trombolisi, con l'ampliamento della finestra per la somministrazione del farmaco dalle 3 alle 4.5 ore. Recentemente, la pubblicazione dei risultati dello studio IST3 propone il trattamento con r-tPA e.v fra le 4.5 e le 6 ore come statisticamente migliorativo sugli esiti funzionali, con un beneficio che non sembra essere diminuito anche per i pazienti di età >80 anni.

► Terapia chirurgica

Viene rimarcata la superiorità della tromboendarteriectomia carotidea (TEA), rispetto allo stenting carotideo. Inoltre, in caso di stenosi carotidea superiore al 50% e di TIA o ictus minore è indicata l'endarteriectomia precoce, cioè entro le prime due settimane dall'evento ischemico minore. È presumibi-

Tabella 3

Riassunto dei risultati

Si rammenta che non è possibile nessun confronto né diretto, né indiretto tra le tre molecole a causa del diverso disegno dei tre studi (doppio cieco per rivaroxaban e apixaban, in aperto per dabigatran e con un diverso periodo di osservazione incluso nell'analisi ITT) e, a causa delle differenze nella popolazione arruolata, come ad esempio il CHADS₂ score notevolmente più elevato per rivaroxaban.

	Dabigatran		Rivaroxaban	Apixaban
	110 mg bid	150 mg bid	20 mg qd	5 mg bid
Efficacia % /a	1.53 non inferiore p<0.001	1.11 superiore p<0.001	2.1 (ITT) non inferiore p<0.001	1.27 (ITT) superiore p<0.01
Mortalità % /a	3.75 p=0.13	3.64 p=0.051	1.9 p=0.07	3.52 p=0.047
Emorragie maggiori % /a	2.71 p=0.003	3.11 p=0.31	3.6 p=0.58	2.13 p<0.001
Emorragie cerebrali % /a	0.23 p<0.005	0.30 p<0.005	0.5 p=0.02	0.33 p<0.001

le che l'endoarteriectomia offra il massimo beneficio se eseguita nei primi giorni dal sintomo, probabilmente entro 48 ore dal sintomo, e in ogni caso alla stabilizzazione dell'evento ischemico cerebrale. Tale procedura è utile anche nei pazienti di età sopra i 70 anni.

► Riabilitazione e continuità dell'assistenza

Particolare attenzione è rivolta alla fase della riabilitazione della deglutizione: è raccomandato, infatti, un precoce screening delle competenze deglutorie, dello stato cognitivo ed il calcolo del punteggio alla scala di Rankin al fine di ridurre il rischio di polmoniti nei pazienti con stroke. È indicato, inoltre, un programma riabilitativo che includa esercizi per l'incremento della funzione motoria orofaringea in associazione alle tecniche specifiche (manovre di com-

penso, posturali e di modificazioni reologiche del cibo).

► Complicanze psico-cognitive

È stato recentemente segnalato che nei pazienti con depressione, una buona risposta al trattamento antidepressivo è associata a maggiore indipendenza a 12 settimane. Recenti evidenze suggeriscono che un trattamento antidepressivo in "add-on" con fluoxetina possa potenziare il recupero motorio.

► Ruolo della ricerca nell'ictus

Osservazioni precliniche e cliniche hanno suggerito elevate potenzialità antiaritmiche della ranolazina nella fibrillazione atriale ricorrente e in quella di nuova insorgenza nei pazienti con patologia coronarica acuta. Tre studi clinici hanno dimostrato l'efficacia di vernakalant nella conversione a ritmo sinusale della

fibrillazione atriale sostenuta e in quella successiva ad intervento cardiocirurgico. Inoltre, vernakalant si è dimostrato superiore rispetto ad amiodarone nella conversione a ritmo sinusale della fibrillazione atriale di recente comparsa.

► Economia e impiego delle risorse

Si è valutato che il costo medio in Italia per il ricovero ospedaliero per la fase acuta per il DRG 14, applicato all'ictus, è di €3.927. Il costo totale di una degenza per ictus è stato calcolato in €12.282 di cui €6.875 di costi diretti sanitari e €5.497 di costi indiretti, compreso un calcolo per ridotta produttività, dovuta allo stato di malattia.

► Processi gestionali basati sull'evidenza

Uno dei problemi principali di tutte le linee guida è l'implementazione sul territorio nella pratica clinica. La Comunità Economica Europea nel suo 7th Framework Programme – European Implementation Score, Work Package 2, ha identificato alcune strategie per l'implementazione delle linee guida (figura 2). Queste strategie prevedono ai primi posti la distribuzione di materiale formativo e le azioni degli esperti. Le linee guida SPREAD, per la diffusione e la numerosità degli accessi al portale e per le chiare prese di posizione dei suoi Autori anche in situazioni di aree grigie e aspetti controversi, sicuramente rispettano questi standard e si posizionano fra quelle più applicabili nel lavoro quotidiano del medico e di altre figure professionali che si occupano e dedicano il loro lavoro e la loro missione alla prevenzione

Figura 2

Linee guida: sommario dei metodi di implementazione



della malattia cerebrovascolare e alla cura dei malati di ictus.

Bibliografia di riferimento

Gensini GF & Zaninelli A (editors): SPREAD – Linee Guida Italiane di Prevenzione e Trattamento dell'Ictus Cerebrale. Versione on line: www.spread.it. Versione cartacea: pubblicazioni Pierrel Research Italy SpA, Milano, 14 marzo 2012.

www.qr-link.it/video/0912



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

Prevenzione delle lesioni neoplastiche del colon-retto: ruolo dei fitoestrogeni

La cancerogenesi colon-rettale è un processo multifasico che dipende dall'interazione di fattori genetici ed acquisiti (esposizione a fattori esogeni o endogeni che innescano e mantengono la trasformazione neoplastica). La chemioprevenzione, un meccanismo indispensabile per ridurre i casi di malattia e i costi legati alla patologia, si basa su numerosi fattori: dieta mediterranea, farmaci e, infine, estrogeni e fitoestrogeni

Dafne Pisani

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Bari Aldo Moro



Il carcinoma del colon retto (CCR) costituisce la seconda causa di morte per tumore nei Paesi occidentali con circa 49.000 decessi nel 2011. La prevalenza in Italia è di 564 casi ogni 100.000 abitanti. L'incidenza è superiore nel sesso maschile (20.700 nuovi casi/anno) rispetto al sesso femminile (17.300 nuovi casi/anno) con un OR di 1.4.

“La cancerogenesi colon-rettale è un processo multifasico - sostiene il prof. **Alfredo Di Leo**, Direttore della Gastroenterologia Universitaria e del Centro Interdipartimentale di Ricerca di Gastroenterologia ed Epatologia dell'Età Evolutiva presso l'Università di Bari “Aldo Moro” - che dipende dall'interazione di fattori genetici ed acquisiti (esposizione a fattori esogeni o endogeni che innescano e mantengono la trasformazione neoplastica). Nel caso del colon-retto, il processo di cancerogenesi passa attraverso stadi clinici ben definiti, associati a caratteristiche mutazioni genetiche (coinvolgimento gene Apc) ma è il successivo accumulo di mutazioni sorte in seguito al contatto fra mucosa e fattori luminali (dieta, secrezioni digestive) ad indurre lo sviluppo della displasia e la progressione delle lesioni precancerose (polipi adenomatosi) in carcinoma. L'intervallo di tempo in cui in media si sviluppa un carcinoma a partire da un adenoma è di circa 10 anni, mentre il tempo necessario perché il carcinoma dia luogo alla formazione di metastasi è di 1.8 anni, perciò individuare la presenza di polipi è una

preziosa opportunità sia per lo screening che per la rimozione di tali formazioni. La lenta progressione degli adenomi in carcinomi rende i primi la condizione appropriata per l'avvio della chemioprevenzione, divenuta ormai parte integrante del controllo delle malattie neoplastiche”.

► Strategie di chemioprevenzione

La chemioprevenzione è una strategia basata sull'impiego di sostanze naturali o di farmaci capaci di interrompere il processo di cancerogenesi. Essa va distinta in prevenzione:

- primaria (rivolta alla popolazione generale), focalizzata all'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole con l'obiettivo di controllare i determinanti della patologia;
- secondaria (rivolta alla popolazione a rischio) che si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia permettendo di intervenire precocemente, ma non evitando o riducendo la comparsa della stessa;
- terziaria (rivolta alla popolazione malata), è la sommatoria delle azioni finalizzate a ridurre l'impatto negativo di una patologia, le complicanze e le probabilità di recidive.

Gli studi di chemioprevenzione sono basati sull'ipotesi che l'interruzione dei processi biologici coinvolti nella cancerogenesi sia in grado di ridurre l'incidenza delle neoplasie.

Nel caso del CCR, la chemioprevenzione è un meccanismo indispensa-

bile sia per consentire una riduzione del numero dei pazienti affetti da tale neoplasia che per ridurre i costi legati alla patologia.

“La chemioprevenzione primaria del CCR si basa su numerosi fattori - spiega il prof. Di Leo - prima fra tutti la dieta: dati epidemiologici sottolineano il ruolo protettivo della dieta mediterranea nell'incidenza del CCR. Per quanto riguarda, invece, il ruolo dei farmaci, l'unico attualmente autorizzato dalla Food and Drugs Administration ai fini chemiopreventivi è il celecoxib: i FANS esercitano un ruolo protettivo nei confronti sia dell'adenoma che del CCR in popolazioni a rischio intermedio di CCR. Studi randomizzati ed osservazionali hanno dimostrato l'efficacia dell'aspirina ad alte dosi nella prevenzione primaria tanto del CCR quanto dell'adenoma in pazienti a rischio intermedio. Il ruolo dell'aspirina nella chemioprevenzione è, però, limitato da importanti effetti collaterali dose-correlati (sanguinamenti gastrointestinali)”.

► Ruolo degli estrogeni

Un ruolo degli estrogeni nello sviluppo del CCR è stato ipotizzato partendo dall'evidenza epidemiologica secondo cui l'incidenza del CCR è inferiore nelle donne in età fertile rispetto agli uomini e dall'osservazione di una ridotta incidenza di neoplasia in donne in post-menopausa che assumono la terapia ormonale sostitutiva (HRT). “Un trial clinico su 16.608 donne americane - afferma il prof. Di Leo - ha evidenziato una riduzione del 37% del rischio di CCR nelle pazienti in post-menopausa che assumevano HRT, a fronte dei ben noti effetti collaterali della terapia stessa (aumentata incidenza di CR della cervice uterina, di CR della mammella, incrementa-

to rischio cerebro-vascolare)”.

Lo studio condotto dal prof. Di Leo e dal suo team di giovani medici, tra cui la dott.ssa Katia Lofano, è volto proprio ad indagare il ruolo degli ormoni steroidei sessuali femminili nel CCR. Gli estrogeni esercitano la propria attività biologica tramite il legame con due recettori (ERs): ER α ed ER β . Tali due isoforme recettoriali sono differenti per gene di produzione, per struttura chimica, per localizzazione e per funzione. “Studi in vitro ed in vivo - continua il prof. Di Leo - hanno dimostrato che ER β modula l'attività di ER α contrastandone l'azione proliferativa ed anti-apoptotica. Tale opposto meccanismo è noto come azione ying-yang dei due recettori. Nelle cellule normali si assiste ad un bilanciamento tra proliferazione (promossa da ER α) ed inibizione della crescita cellulare (mediata da ER β). Nelle cellule tumorali prevale l'azione di ER α . A livello intestinale, invece, predomina ER β , la cui modulazione diventa un interessante target per la chemioprevenzione”.

► Ruolo dei fitoestrogeni

Il gruppo di ricerca della Gastroenterologia Universitaria di Bari ha concentrato l'attenzione sullo studio dei fitoestrogeni, sostanze naturali alimentari come la soia che hanno rivelato una straordinaria efficacia nella prevenzione del CCR. L'evidenza epidemiologica dimostra, infatti, una significativa riduzione dell'incidenza del CCR nelle popolazioni asiatiche, la cui alimentazione è ricca di soia.

I fitoestrogeni sono dei modulatori selettivi per il recettore ER β (SERMs) e sono privi di azione sui recettori estrogenici ER α . Questo dato è molto significativo: gli agonisti dei recettori ER α , infatti, risultano responsabili di importanti effetti collaterali (CR del-

la mammella, rischi cerebro e cardio-vascolari) e ciò ha condizionato l'uso degli estrogeni nel CCR in passato.

In particolare, il team del prof. Di Leo si è occupato dello studio di due sottoclassi di fitoestrogeni: la silimarina (già usata come antifibrotico nella steatosi epatica) ed i lignani. “In un modello murino - rivela il prof. Di Leo - geneticamente predisposto alla formazione di polipi intestinali (poiché portatore della mutazione del gene Apc) abbiamo recentemente dimostrato come l'apporto di una miscela costituita da silimarina e lignina (fibra dietetica insolubile e metabolita dei lignani) determini una significativa riduzione di numero, volume e grado di displasia dei polipi stessi. Con uno studio randomizzato in doppio cieco sull'uomo abbiamo, inoltre, valutato come la miscela di fitoestrogeni e fibre dietetiche possa influenzare i livelli di espressione del recettore estrogenico β nel colon di pazienti a rischio intermedio di sviluppo di CCR (già sottoposti a polipectomia endoscopica). Gli incoraggianti risultati della nostra ricerca confermano il possibile utilizzo di tale miscela per la chemioprevenzione secondaria del CCR”. In un prossimo futuro l'individuazione di sostanze naturali o di sintesi capaci di agire selettivamente sui recettori estrogenici, potrebbe aprire nuovi campi di ricerca nella gestione degli adenomi e nella prevenzione della loro progressione nel CCR.

www.qr-link.it/video/0912



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

Gotta, fattori predisponenti al peggioramento della cronicità

Presentati all'Eular i risultati preliminari di un trial italiano, lo studio KING, promosso dalla Società italiana di Reumatologia (SIR): si tratta di un'indagine osservazionale multicentrica prospettica di identificazione di determinanti di disabilità e qualità della vita in pazienti con gotta

Giovanni Minisola
Presidente Società italiana di Reumatologia (SIR)

Carlo A. Scirè
Unità Epidemiologica, Società italiana di Reumatologia (SIR)

Sebbene il quadro clinico sia caratterizzato inizialmente da un'artrite infiammatoria acuta e intermittente, con il passare degli anni frequentemente la gotta evolve in una forma cronica di artrite. Le conseguenze possono essere molteplici per quanto riguarda l'impatto sulla qualità della vita, sulla disabilità e sul rischio di mortalità, che risulta incrementato in questi pazienti.

Nonostante sia una patologia da tempo ben nota e di ampia diffusione, pochi studi si sono focalizzati sull'identificazione nei pazienti affetti da gotta cronica, delle possibili variabili socio-demografiche e cliniche in grado di influire significativamente sul grado di disabilità, sulla qualità della vita e sul rischio di mortalità legati alla malattia. Sebbene la recente introduzione di nuovi farmaci stia dando un certo impulso alla ricerca, studi osservazionali su di essa sono sporadici a livello internazionale e praticamente assenti per l'Italia.

► Obiettivo e metodologia dello studio

Lo studio KING (**K**ick-off the **I**talian **N**etwork for **G**out), promosso dalla Società Italiana di Reumatologia, si propone di studiare l'influenza dei fattori demografici, delle abitudini di vita, delle caratteristiche di malattia e dei fattori terapeutici sulla disabilità funzionale e sulla qualità della vita di pazienti affetti da gotta.

È stato deciso di seguire un approccio osservazionale misto (retrospettivo e prospettico). I pazienti sono stati selezionati mediante campionamento casuale dai registri ambulatoriali e contattati per l'inserimento nel registro. Sono stati coinvolti 30 centri reumatologici, distribuiti sul territorio nazionale, per ottenere, attraverso un questionario standardizzato e validato, dati di follow-up a 12 mesi su 450 pazienti in tutta Italia.

Lo studio è longitudinale e raccoglie numerose variabili: caratteristiche socio-demografiche, comorbidità, abitudini di vita, durata e fase di malattia, terapie pregresse e concomitanti, indici di attività e danno; lo scopo è di individuare, nelle diverse aree, quali sono i fattori che predispongono al peggioramento cronico della gotta.

► Risultati preliminari

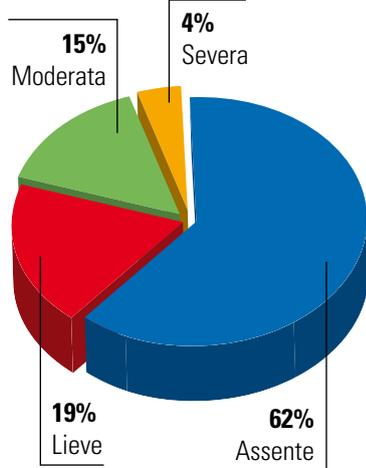
Lo studio KING ha iniziato a fornire dati interessanti sulla storia attuale della malattia e ha identificato i fattori di rischio di disabilità nei malati con gotta, fornendo una chiara rappresentazione della reale applicazione delle linee guida internazionali per il trattamento della malattia, con l'obiettivo di intraprendere le strategie terapeutiche più appropriate per limitarne la progressione.

I risultati evidenziano che i pazienti affetti da questa malattia mostrano una disabilità superiore all'atteso: è stato registrato che circa il 40%

Figura 1

Compromissione funzionale

Classe di disabilità (HAQ)

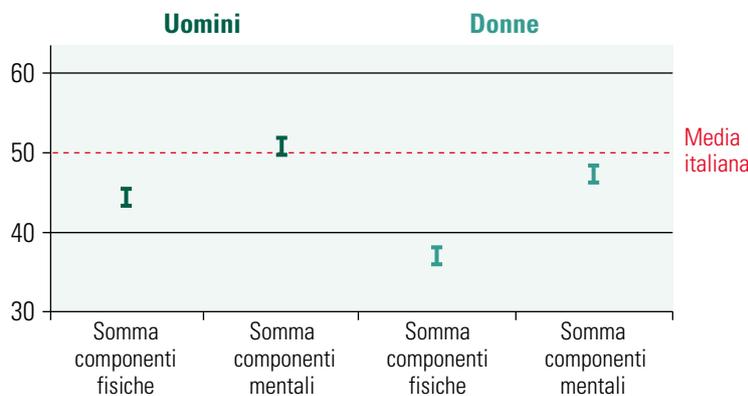


Scirè CA et al, Congresso EULAR (Berlino, 2012)

dei soggetti presenta un grado di disabilità da lieve a severa (figura 1). Inoltre, a causa della disabilità e della peggiore condizione fisica, l'indicatore generico relativo alla qualità della vita dei pazienti si attesta su valori significativamente minori rispetto a quelli misurati tra la popolazione generale (figura 2).

Figura 2

Impatto sulla qualità della vita (SF-36)

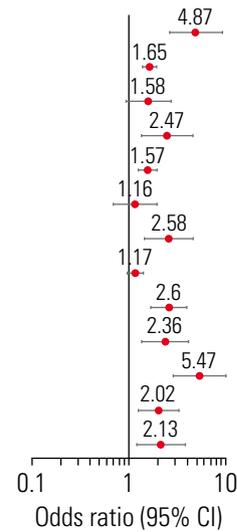


Scirè CA et al, Congresso EULAR (Berlino, 2012)

Figura 3

Fattori di rischio per malattia più severa

- Genere (femminile)
- Età (10 anni)
- Sovrappeso vs normopeso
- Obeso vs normopeso
- Indice di comorbidità (classi)
- Vino (elevato consumo)
- Birra (elevato consumo)
- Durata della malattia (classi)
- Attacchi nell'ultimo mese (>0)
- Oligo vs monoarticolare
- Poli vs monoarticolare
- Presenza di tofi
- Acido urico sierico >7mg/dl



Scirè CA et al, Congresso EULAR (Berlino, 2012)

Al di là delle caratteristiche di sesso ed età, che incidono sul grado e l'entità della disabilità, anche gli stili di vita hanno un impatto significativo sulla malattia: in particolare i soggetti obesi o coloro che consumano alcolici presentano una maggiore disabilità e una minore funzione fisica. Lo studio KING (figura 3) ha eviden-

ziato come la gotta venga gestita in maniera non sempre ottimale; da questa prima fotografia emerge la necessità di operare un intervento mirato potenzialmente in grado di migliorare la condizione dei pazienti, limitandone la disabilità e generando una ricaduta positiva sulla qualità di vita. Diventano pertanto imprescindibili una maggiore consapevolezza della malattia: diagnosi precoce, educazione del paziente, corretta terapia, un'accurata valutazione della risposta sono la base per un approccio sempre più mirato ed efficace.

www.qr-link.it/video/0912



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

Preview del 14° Congresso Mondiale sul Dolore

Dal 27 al 31 agosto Milano ospiterà il più importante evento congressuale sul dolore, con oltre 6 mila partecipanti da tutto il mondo. Il Presidente del meeting, il Prof. Paolo Marchettini, anticipa i temi salienti che saranno affrontati nelle cinque giornate di lavori



Favorire il progresso e il confronto scientifico per contrastare il dolore: un'emergenza sociale che colpisce 1 italiano su 4 e che - con una perdita annua di oltre tre milioni di ore lavorative e costi sanitari di circa due miliardi di euro - costituisce la prima voce di spesa sanitaria nel Paese, con un impatto superiore anche a quello delle malattie cardiovascolari. È l'obiettivo principale del 14° Congresso Mondiale sul Dolore che, organizzato dall'International Association for the Study of Pain (IASP), si svolgerà a Milano dal 27 al 31 agosto, presso il MiCo - Milano Congressi, con oltre 6 mila esperti provenienti da 110 Paesi di tutto il mondo. Dalle tecnologie più innovative per la diagnosi e la prognosi al rapporto medico-paziente, gli esperti si confronteranno sugli argomenti più attuali legati al mondo della ricerca e della terapia del dolore. Si parlerà, tra le altre cose, di *brain imaging*, ma anche del dolore viscerale e del suo collegamento allo stress, della genetica del dolore e di uno dei dolori più diffusi: la cefalea. Si discuterà, inoltre, del dolore oncologico, del dolore neuropatico, degli interventi psicosociali per la gestione del dolore e del ruolo fondamentale della comunicazione medico-paziente.

► Crisi, stress e dolore

Un italiano su 4 ha avuto esperienza di dolore e l'Italia è dopo la Norvegia il Paese con la più alta incidenza in Europa. È stata evidenziata una correlazione tra lo stress diffuso e il dolore, tanto da arrivare a parlare di "dolore da crisi". "In questo periodo storico, caratterizzato da stress diffuso nella popolazione, assistiamo all'esplosione di quello che possiamo ribattezzare 'dolore da crisi', con un aumento considerevole dei casi di congestione dell'intestino e della vescica, dolori muscolari, senso diffuso di spossatezza e difficoltà nel riposare. Benché sia proprio lo stress psichico a causare questi danni, il dolore esiste davvero e i pazienti non devono essere considerati malati immaginari", spiega **Paolo Marchettini**, Presidente del Comitato Organizzativo Locale del 14° Congresso Mondiale sul Dolore, Responsabile del Centro di Medicina del dolore del Centro Diagnostico Italiano e del Centro di Medicina del dolore dell'Ospedale San Raffaele. "In situazioni di minaccia e di pericolo l'organismo ha la necessità di liberarsi di tutto ciò che è di 'ostacolo', svuotando la vescica e l'intestino. Quando si vivono, invece, situazioni continue di stress, come la tensione, la preoccupazione, la perdita del proprio ruolo sociale, si rischia una congestione che può portare a ulcera gastrica, disturbi della motilità intestinale, ecc."

► Identikit del sofferente di dolore

Il paziente tipo è una donna tra i 35-50 anni, con cefalea e dolori diffusi, un reddito familiare medio tra i 20 e i 40 mila euro all'anno, sottoposta a molti fattori di stress e con un'educazione medio-bassa (es. scuola dell'obbligo). Gli esperti identificano, infatti, una relazione inversamente proporzionale tra il grado di istruzione e il grado e la persistenza del dolore. "Il 30% dei cittadini con un livello di istruzione medio-basso - spiega il Prof. Marchettini - hanno esperienza di dolore severo, mentre l'incidenza scende al 17-18% nella popolazione con un titolo di studio elevato. Questo fenomeno si spiega con la presumibile migliore capacità di comunicare con il medico di una persona più istruita". A proposito di comunicazione medico-paziente, Marchettini ha aggiunto che "proprio a Milano, presso il Centro Diagnostico Italiano, è nato quest'anno un ambulatorio di terapia del dolore focalizzato all'analisi dei dolori complessi che si auspica serva da modello per creare la cultura dell'ascolto nei medici e del racconto nei pazienti, un passo fondamentale per evitare una cronicizzazione del dolore, portando enormi risparmi alla sanità e migliorando la qualità di vita dei pazienti".

► Uno scenario che cambia

Il panorama italiano della ricerca e della terapia del dolore si sta evolvendo e modificando dopo l'introduzione della Legge 38 del 2010. "Non è un caso che il Congresso Mondiale sul Dolore si svolga in Italia, il Paese che con una normativa molto avanzata sancisce il diritto a non soffrire e istituisce due reti distinte per la terapia del dolore e per le cure

Gestione del dolore: istruzioni per l'uso e proposte operative

In occasione del convegno IMPACT Proactive 2012 (Interdisciplinary Multitask PAIn Cooperative Tutorial) – la task force che riunisce ogni anno a Firenze istituzioni e addetti ai lavori con l'obiettivo di promuovere la piena applicazione della legge 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – è stato presentato il manuale "Dolore in Italia. Analisi della situazione e proposte operative", messo a punto da un gruppo multidisciplinare di esperti per guidare l'operato del medico di famiglia e del farmacista nell'approccio al paziente che soffre. Il volume, realizzato con il supporto di Angelini, ha visto il coinvolgimento di diverse Società Scientifiche attive nell'area dolore. Secondo alcuni dati riportati nel documento, attualmente in Italia il 21.7% della popolazione convive con la sofferenza inutile, circa 13 milioni di persone, e il 41% considera inefficaci le terapie ricevute. "A più di due anni dall'approvazione della Legge 38, in Italia esistono ancora dei margini di miglioramento nella misurazione del dolore e nel trattamento antalgico", afferma **Guido Fanelli**, fra i componenti della "cabina di regia" che ha redatto il manuale e Presidente della Commissione Terapia del Dolore e Cure Palliative del Ministero della Salute. "L'obiettivo di questo volume è contribuire al necessario cambiamento culturale nella gestione del dolore sul territorio, partendo dalla corretta diagnosi per arrivare all'appropriatezza prescrittiva in medicina generale e all'appropriatezza di consiglio in farmacia. Il documento è solo il primo passo di un percorso articolato, che proseguirà con specifiche iniziative formative rivolte a queste figure professionali, chiamate a contribuire con il loro impegno a un importante progresso nella qualità delle cure".

palliative. I contenuti principali della legge riguardano la realizzazione di campagne informative a favore dei cittadini, l'organizzazione e lo sviluppo delle due reti, la formazione del personale dedicato, alcune semplificazioni in materia di prescrizione dei farmaci analgesici e lo sviluppo della ricerca nel settore. La stessa legge prevede un monitoraggio annuale della sua applicazione da parte del Ministero della Salute. A due anni dall'entrata in vigore molti aspetti sono stati realizzati mentre altri necessitano di decreti applicativi in fase attuale di elaborazione. Inoltre, le due reti hanno raggiunto un diverso sviluppo complessivo e una differente omogeneità di distribuzione nella regioni italiane. Si tratta di un percorso che richiede tempo e risorse, ma che intende perseguire l'obiettivo di migliorare le

conoscenze sul dolore e sulle cure palliative e di ottimizzare la qualità delle cure offerte, con un'attenzione particolare ai collegamenti tra cure in strutture specialistiche e di ricovero e cure e assistenza al domicilio del malato, attraverso un approccio multi-disciplinare e multi-istituzionale.", dichiara **Oscar Corli**, Direttore Centro per la Ricerca e lo Studio del Dolore dell'Istituto di ricerche Farmacologiche Mario Negri.

www.qr-link.it/video/0912



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

Fotografia aggiornata del doping

Nell'ambito del convegno "La tutela della salute nelle attività sportive e la lotta al doping" è stato tracciato dalla Commissione per la Vigilanza ed il Controllo del Doping (CVD) del Ministero della Salute, il profilo del consumatore di sostanze dopanti. Ha in media 30 anni, è maschio, vive al Nord. Dei 1676 atleti controllati 52 sono risultati positivi alle sostanze vietate: circa il 3.1% con una marcata differenza di genere, poiché la prevalenza di maschi positivi è più del doppio di quella riscontrata nelle donne. Le sostanze più usate sono diuretici e agenti mascheranti, al secondo posto gli stimolanti

Lo scorso anno l'attività di controllo della CVD ha riguardato 386 eventi sportivi per un totale di 1676 atleti di cui il 71% di sesso maschile e il 28% di sesso femminile, con un'età media di 29 anni. Il ciclismo è stata la disciplina sportiva più controllata. Poco meno del 40% di tutti i controlli, infatti, hanno riguardato la Federazione ciclistica. Seguono il calcio, la pallacanestro, il nuoto. Tra le federazioni con il maggior numero di atleti controllati si osservano grandi differenze. Il ciclismo, per esempio, ha una prevalenza di positivi al di sopra della media col 4.4%. Particolare attenzione va posta anche alle percentuali di positivi riscontrate in alcuni sport nei quali il numero di controlli è molto esiguo ma rappresentano percentuali di positività particolarmente elevate: la pesistica e cultura fisica (9.7%), la pallamano (6.3%) e il rugby (5.0%). Rispetto all'età degli atleti positivi al doping notiamo che, nonostante quasi il 60% degli atleti controllati abbia un'età inferiore ai 29 anni, la prevalenza maggiore di positività ai test antidoping è rilevata in atleti con età superiore ai 44 anni. Oltre il 63% degli atleti è risultato positivo ad un unico principio attivo, il 31% è risultato positivo a due sostanze e 2 atleti sono risultati positivi a 6 sostanze contemporaneamente. Nel 2011 le sostanze vietate più utilizzate sono i diuretici e gli agenti mascheranti, seguita dagli agenti anabolizzanti e dagli stimolanti. Da notare che negli atleti positivi della Federazione ciclistica, sebbene le sostanze più usate siano risultate le stesse della popolazione generale

(diuretici e mascheranti), è maggiore la frequenza di stimolanti ed è completamente assente la positività ai cannabinoidi. Gli stimolanti, inoltre, sono usati soprattutto dalle donne in particolare quelli ad azione anoressizzante per il controllo del peso, risulta assente invece l'uso di cocaina.

I dati che riguardano l'uso di farmaci consentiti (fenomeno della medicalizzazione dell'atleta) indicano che il 42.6% ha usato nel 2011 farmaci antinfiammatori, il 7.2% antiasmatici, il 7.1% farmaci per le malattie da raffreddamento. Più della metà degli sportivi, inoltre, ha assunto prodotti salutistici e integratori (58.8%).

Dal 2003 a oggi sono stati controllati 12485 atleti con un'età media di 27 anni e di questi il 3% è risultato positivo ai controlli antidoping con una differenza di genere molto ampia: il 3.8% dei maschi contro l'1.4% delle donne. Negli anni le percentuali di atleti positivi sono state molto diverse con valori minimi registrati nel 2005 (2%) e con il valore massimo nel 2008 (4.8%).

L'intervento di controllo si è svolto nei settori dilettantistici, giovanili, nelle serie minori (dalla D in giù) e nelle discipline sportive meno controllate dal CONI. Il numero degli atleti è spesso esiguo quindi non rappresentativo della federazione di appartenenza. Le positività dunque non possono essere interpretate come una stima della diffusione del fenomeno del doping all'interno delle singole federazioni ma si tratta di dati significativi e rappresentativi di un fenomeno che è in espansione nello sport amatoriale e che riguarda perciò la popolazione generale.



La polivalenza dell'acido ialuronico

Molecola naturale, pressoché ubiquitaria nell'organismo, trova applicazione in numerosi campi della medicina, dalla cura degli inestetismi alla chirurgia riparativa. L'importante è poter disporre di formulazioni specifiche destinate alle diverse applicazioni terapeutiche, per poter offrire risposte adeguate ai vari problemi

Sirio Spadano



L'acido ialuronico, glicosaminoglicano non solforato, è ampiamente distribuito nell'organismo essendo uno dei costituenti principali di tutte le matrici connettivali e di molti liquidi organici. La caratteristica principale è l'idrofilia, che permette di legare e trattenere nei tessuti notevoli quantità di acqua proveniente dalla rete capillare; inoltre, per l'elevata viscosità connessa con le proprietà idrofile, l'elevata solubilità in acqua, l'alto peso molecolare e l'alta anionicità, l'acido ialuronico svolge una funzione lubrificante e, grazie all'elevata viscosità in soluzione acquosa, costituisce una barriera contro la diffusione nell'organismo di microrganismi, di sostanze tossiche e di corpi estranei. Con il tempo, la quantità di acido ialuronico presente nell'organismo tende a diminuire, generando fenomeni come l'invecchiamento cutaneo, oltre a possibili problemi alle articolazioni e una diminuzione generale di elasticità dei tessuti. La sostanza trova numerose ed efficaci applicazioni in molti ambiti. In reumatologia e ortopedia l'acido ialuronico viene utilizzato come terapia intrarticolare, non solo come lubrificante del liquido sinoviale, ma anche per il suo ruolo protettivo dei tessuti, limitando la penetrazione di radicali liberi ed enzimi proteolitici. In campo urologico, l'acido ialuronico in sinergia con altre sostanze svolge una importante funzione antinfiammatoria e riparatrice nei confronti dell'epitelio vescicale (urotelio). Nel caso di ferite, ulcere e ustioni, la molecola si rivela particolarmente efficace nell'accelerare e favorire il processo di cicatrizzazione e riparazione dei

tessuti. Anche nelle infiammazioni e lesioni ulcerose della bocca, come afte e stomatiti, o nel trattamento di ustioni di secondo e terzo grado, esistono terapie che si avvalgono delle proprietà riparatrici di questa molecola. Viene inoltre impiegata nella chirurgia otologica come rigenerante delle membrane timpaniche forate e in campo oftalmologico, per la produzione di lacrime artificiali nel trattamento della sindrome dell'occhio secco e come soluzione viscoelastica nella chirurgia della cataratta. L'ambito di applicazione più esteso e più conosciuto resta comunque quello dermoestetico, dove i filler di acido ialuronico permettono di affrontare quasi tutti gli inestetismi, con controindicazioni praticamente nulle.

► Eccellenza produttiva

Sul mercato si trovano numerose preparazioni a base di acido ialuronico ed è fondamentale che i processi produttivi rispettino rigorosi standard qualitativi. Recentemente abbiamo visitato l'impianto per la produzione di Altergon Italia (Morra de Sanctis - AV), un sito di eccellenza nel panorama chimico-farmaceutico nazionale dove viene prodotto l'acido ialuronico IBSA attraverso un processo di tipo biofermentativo che permette di ottenere un prodotto altamente purificato, privo di contaminazioni e quindi di rischi allergici. IBSA ha sviluppato una specifica competenza nella preparazione dell'acido ialuronico con una gamma di prodotti diversi per impiego in ortopedia, reumatologia, medicina dello sport, orl, urologia, dermatologia e dermoestetica.

Speranze reali di guarigione per le malattie del sangue

► Cresce di anno in anno la speranza per le persone colpite da tumori del sangue: per alcune forme di leucemie o linfoma, il 70-80% dei pazienti raggiunge la guarigione completa e oggi questo risultato sembra possibile anche per la leucemia mieloide cronica. Secondo i dati dello studio internazionale ENESTnd, il 32% dei pazienti in terapia con nilotinib, farmaco di ultima generazione, dopo 36 mesi raggiunge la risposta molecolare completa. Ciò è considerato il requisito essenziale per valutare l'interruzione della terapia nell'ambito di specifici protocolli clinici. La leucemia mieloide cronica, malattia che fino a pochi anni fa poteva essere curata solo con il trapianto di cellule staminali, dopo l'avvento delle terapie mirate presenta altissime percentuali di sopravvivenza.

Disponibile una App gratuita per i pazienti emofilici

► Si chiama FactorTrack™ ed è un diario infusione elettronico sviluppato da Bayer HealthCare Italia in collaborazione con la società The Lathe Inc, che consente l'inserimento dei dati infusionali del paziente con emofilia A nella memoria del proprio apparecchio elettronico (iPhone, iPod o Smartphone) in totale sicurezza. L'applicazione, disponibile per i sistemi operativi Apple e Android, è gratuita, sicura e facile da usare e aiuta i pazienti nella gestione della loro terapia, rendendo più facile la tracciabilità infusione del fattore VIII.

Formazione per la gestione delle emergenze

► L'Azienda Ospedaliera di Padova (provider per l'accreditamento) in collaborazione con la Croce Rossa Italiana e con il supporto di Janssen Italia, ha dato vita ad un progetto di formazione destinato al personale medico-sanitario che affronta la gestione delle emergenze. Il percorso formativo che si articola in 11 moduli, fino a dicembre 2012, si svolge tra Jesolo, Verona e Padova ed è aperto al personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Padova, a quello volontario e dipendente di tutte le componenti della Croce Rossa Italiana del Veneto, del Friuli Venezia Giulia e del Trentino Alto Adige. Questi gli argomenti: Basic Life Support Defibrillation e Pediatric Basic Life Support, approccio e gestione del paziente traumatizzato, maxi-emergenze e incidenti maggiori, emergenza ostetrica, neonatale e pediatrica, emergenze nucleari, biologiche, chimiche e radiologiche.

Monoterapia di I linea per l'epilessia di nuova diagnosi

► Per il trattamento di prima linea delle crisi epilettiche parziali, con o senza generalizzazione secondaria nei pazienti adulti con epilessia di nuova diagnosi, l'EMA ha espresso parere favorevole all'estensione dell'uso di zonisamide una volta/die in monoterapia. Zonisamide, un antiepilettico di seconda generazione, ha attualmente le stesse indicazioni, ma come terapia aggiuntiva. Oltre al parere dell'EMA, sono

positivi anche i risultati di uno nuovo studio di fase III (*Lancet Neurology* 2012; 579-8), che ha dimostrato che il 79.4% dei pazienti del gruppo zonisamide e l'83.7% del gruppo carbamazepina, considerata il gold standard di trattamento, sono rimasti liberi da crisi per un periodo uguale o superiore a 26 settimane. L'incidenza di eventi avversi è risultata simile nei due gruppi.

La terapia intramuscolare con interferone è più facile

► Arriva anche in Italia la penna pre-riempita monouso che consente l'autosomministrazione intramuscolare di interferone β 1a, permettendo di facilitare l'assunzione del farmaco da parte dei pazienti: l'autoiniettore è totalmente integrato con la siringa pre-riempita, ossia il farmaco è già all'interno della penna e non è necessario che il paziente faccia alcuna manovra per caricare la siringa. Questa nuova procedura di somministrazione riduce il dolore e l'ansia da iniezione, fattore importante poiché l'agofobia è presente nel 22% dei soggetti affetti da Sclerosi Multipla (SM) e sottoposti a terapie iniettive.

La nuova penna pre-riempita rappresenta un importante passo in avanti nel trattamento: è un'innovazione che renderà i pazienti più indipendenti, facilitando l'accettazione della terapia. Recenti studi hanno dimostrato, infatti, che la nuova penna pre-riempita riduce l'ansia legata all'iniezione per il 66% dei pazienti, riduce il dolore nel 68% dei casi ed è più facile da impugnare per l'89%.