

MEDICINA - SOCIALE

FIDEST
Agenzia giornalistica
anno 20°
10 marzo 2008

blog Fidest su www.fidest.it

Ultimo aggiornamento: 10/3/2008

[Home](#)

[Economia/finanza](#)

[Politica-Istituzioni](#)

[Univ-Scuola-Cultura](#)

[Imprese-Sociale](#)

[Eventi religiosi](#)

[Arte-Spettacolo](#)

[Editoria e Recensioni](#)

[Centri Fidest**](#)

[attualita'](#)

[medicina - sociale](#)

[home page](#)

Per approfondimenti sulle notizie citate richiedere articolo o servizi a:

fidest@gmail.com

ATTENZIONE
dai **"Centri Fidest"**
l'informazione

- CODE10/621 (10/3) (fidest) Infarto, la corsa in ospedale salva la vita** *Oltre 65.000 gli infarti ogni anno in Italia: la mortalità intraospedaliera ormai non supera il 5% quando si riesce ad intervenire entro le prime due ore dall'insorgenza dei sintomi con le terapie ripersive. Cresce l'importanza delle angioplastiche che consentono di ripristinare stabilmente un flusso ematico in oltre il 90% dei casi: in Italia sono circa 20.000 gli interventi effettuati. Ma deve essere potenziata la rete di collegamenti che consente di ridurre al massimo l'intervallo tra l'inizio dei sintomi dell'infarto e il trattamento "Grazie all'introduzione delle Unità Coronariche e delle tecniche per ripristinare il flusso del sangue nelle arterie occluse, farmaci trombolitici e angioplastica coronarica" - dichiara **Filippo Crea**, dell'Istituto di Cardiologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - "la mortalità intraospedaliera è stimata oggi al 4-5%, un tasso nettamente inferiore rispetto a 40 anni fa, quando si registrava una mortalità del 40%". In Italia il tasso di mortalità per infarto è tra i più bassi d'Europa. Le strategie di intervento più efficaci per ridurre l'impatto di quella che è tuttora la prima causa di morte nei paesi occidentali vengono discusse per tre giorni dai più importanti cardiologi italiani, riuniti a Firenze per il XXV Congresso di Cardiologia "Conoscere e Curare il Cuore 2008" promosso dal Centro per la lotta contro l'infarto. "Conoscere e Curare il Cuore" - afferma il professor **Pier Luigi Prati** - "si è sempre preoccupato di individuare e selezionare tutti gli argomenti che, di volta in volta, appaiono più attraenti sia sotto il profilo scientifico che clinico". "Quest'anno" - aggiunge - "ci occupiamo in particolare della tematica 'retina coronarica e rete ospedaliera' perchè la terapia dell'infarto e l'impiego dell'angioplastica con stent rimangono un argomento di grande attualità". Al centro dell'interesse la valutazione dei risultati degli interventi di angioplastica, una pratica di intervento sempre più diffusa: in Italia ne vengono eseguite circa 20.000 ogni anno. Questa tecnica di ripersione meccanica si è mostrata efficace nel ripristinare stabilmente un flusso ematico in oltre il 90% dei casi, mentre la trombolisi raggiunge tale risultato soltanto nel 25-30% dei casi. "L'angioplastica è la soluzione ottimale nella terapia dell'infarto e va effettuata il più presto possibile" - afferma **Francesco Prati**, del Dipartimento per le Malattie dell'Apparato Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma - "La rimozione della placca aterosclerotica complicata con la trombosi, mediante la dilatazione con il palloncino e con il successivo posizionamento di una retina metallica per ottimizzarne il risultato costituiscono la tecnica ripersiva ottimale". "Per la cardiologia interventistica" - aggiunge Prati - "gli stent sono un importante traguardo considerato che l'applicazione nell'arteria del cuore di queste "retine" è in grado di ottimizzare i risultati dell'angioplastica". L'altra variabile che riduce il tasso di mortalità è il fattore tempo. Più rapidamente si interviene con i farmaci e con l'angioplastica (idealmente nelle prime due ore dopo l'insorgenza dei sintomi), più aumenta la probabilità di limitare i danni cardiaci causati dall'infarto. "Il modello organizzativo ospedaliero che riduce al massimo il ritardo tra l'inizio dei sintomi dell'infarto e il trattamento" - afferma **David Antoniucci**, Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Careggi di Firenze - "è un modello in rete, che consente la diagnosi a domicilio e simultaneamente consente l'accoglimento diretto del paziente in sala di emodinamica per eseguire l'angioplastica bypassando l'emergency room o l'unità coronarica. Mentre il trasporto in ospedale senza laboratorio di emodinamica, il trasferimento del paziente dall'emergency room all'unità coronarica, il susseguente contatto con l'ospedale provvisto di laboratorio di emodinamica ed il trasferimento del paziente allungano i tempi di trattamento. Solo mediante un efficiente*

riguarda:
scienze
biologia
medicina
tecnologie
esoterismo
diritti cittadini

I link che segnaliamo:

<http://www.viaggidoc.it/>



LE PROPOSTE
turistiche
(nella seconda
pagina di
arte/spettacolo)

Viaggi che passione.

Le proposte
turistiche

collegamento in rete tra le strutture ospedaliere e l'individuazione dei bacini di utenza degli ospedali dotati di emodinamica ed in grado di effettuare l'angioplastica in emergenza, è possibile migliorare la terapia dell'infarto. *"Attualmente"* - aggiunge Antonucci - *"in Italia esistono diversi modelli organizzativi ed una eterogeneità di distribuzione delle cure che variano da regione a regione o da un'area metropolitana all'altra. Le migliori reti in termini di efficienza sono state costituite nel nord del paese"*. Ma un fattore chiave rimane quello della prevenzione, anche per le persone già colpite da infarto: per ridurre il rischio di un secondo ricovero, che entro un anno interessa il 10-15 per cento dei pazienti, i cardiologi ribadiscono ancora una volta l'importanza di abbinare un corretto stile di vita - basato su astensione totale dal fumo, attività fisica e mantenimento di un indice di massa corporea e un "giro fianchi" ottimale - a una terapia farmacologica che permetta di tenere sotto controllo pressione e valori lipidici.

- **CODE10/622 (10/3) (fidest)** L'infarto miocardico è dovuto nella quasi totalità dei casi ad una occlusione coronarica acuta che interrompe il flusso di sangue nel territorio servito dal vaso coronario e produce la necrosi (morte) del tessuto miocardico (muscolo cardiaco). La ricanalizzazione del vaso con il ristabilimento del flusso entro alcune ore dall'occlusione coronarica consente il salvataggio di miocardio ancora vitale, la riduzione delle dimensioni dell'infarto e della conseguente disfunzione ventricolare (insufficienza della pompa cardiaca) e nel breve e lungo termine una riduzione della mortalità. Nella ricanalizzazione del vaso occluso acutamente da materiale trombotico, la riperfusione meccanica (con angioplastica) è efficace nel ripristinare stabilmente un flusso ematico in oltre il 90% dei casi, mentre la fibrinolisi, cioè l'impiego di farmaci, raggiunge tale risultato soltanto nel 25-30% dei casi. Il fattore tempo è fondamentale per ridurre la mortalità: tanto più precoce è la riperfusione, quanto maggiore la quantità di muscolo cardiaco salvato e quindi le possibilità di sopravvivenza. È di cruciale importanza "accorciare" al massimo l'intervallo di tempo tra l'inizio dei sintomi dell'infarto ed il trattamento di riperfusione. Possiamo ridurre il ritardo intervenendo su ognuna delle tre fasi di questo intervallo: dall'inizio dei sintomi alla diagnosi di infarto miocardico acuto, dalla diagnosi all'ammissione in ospedale, dal ricovero al trattamento ripervasivo. La prima dipende anche dal paziente che deve quanto meno percepire una sensazione di allarme e conseguentemente stabilire un tempestivo contatto medico. Qui pesano fattori socioculturali: il ritardo in questa fase è maggiore per i soggetti anziani e di sesso femminile. Nelle altre fasi sono invece determinanti la logistica e l'organizzazione del sistema sanitario. È essenziale la **rete** efficiente di collegamenti tra le strutture ospedaliere che consenta di raggiungere per tempo quelle in grado di effettuare l'angioplastica in emergenza. Il modello organizzativo che riduce al massimo il ritardo è quello che consente la diagnosi a domicilio e simultaneamente consente l'accoglimento diretto del paziente in sala di emodinamica per eseguire l'angioplastica, bypassando l'emergency room o l'unità coronarica. All'opposto, il trasporto in ospedale senza laboratorio di emodinamica, il trasferimento del paziente dall'emergency room all'unità coronarica, il susseguente contatto con l'ospedale provvisto di laboratorio di emodinamica ed il trasferimento del paziente allungano i tempi di trattamento. In Italia esistono diversi modelli organizzativi ed una eterogeneità di distribuzione delle cure che variano da regione a regione o da un'area metropolitana all'altra. Le migliori reti in termini di efficienza sono state costituite nel nord del paese.
- **CODE10/622 (10/3) (fidest)** **L'infarto del miocardio è considerato un evento catastrofico, ma è sempre vero?** Lo è, ma solo in una piccola percentuale di pazienti. Basti pensare che con l'introduzione delle Unità Coronariche, dei trombolitici e dell'angioplastica coronarica la mortalità intraospedaliera per infarto si è ridotta dal 40% circa di 40 anni fa al 4-5% di oggi. Questo avviene soprattutto nelle strutture sanitarie d'avanguardia. Più rapidamente si interviene con i farmaci e con l'angioplastica (idealmente nelle prime due ore dopo l'insorgenza dei sintomi), più aumenta la probabilità di limitare i danni cardiaci causati dall'infarto. Questo consente alla maggior parte dei pazienti di tornare a casa dopo pochi giorni ed alcune settimane di convalescenza, e di condurre una vita a volte ancora migliore di quella vissuta prima dell'infarto. Anche mettendo in atto la migliore prevenzione possibile il rischio di morte, nel primo anno dopo la dimissione, è di circa il 5% ed il rischio di un secondo ricovero è del 10-15%. Dopo il primo anno, però, questo rischio si attenua notevolmente. Il paziente che ha avuto un infarto deve attenersi a uno stile di vita basato su tre regole semplici ma fondamentali: 1) l'astensione totale dal fumo; 2) il mantenimento di un indice di massa corporea ed un giro fianchi ottimale; 3) un'attività fisica regolare. Per quanto riguarda il fumo, anche solo 4-5 sigarette al giorno raddoppiano il rischio di

infarto. Smettere di fumare è talmente importante che è ragionevole pensare di far ricorso anche ad interventi farmacologici, sempre sotto stretta sorveglianza medica. Per quanto riguarda l'indice di massa corporea (calcolata come rapporto fra peso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza in metri), l'obiettivo è mantenerlo al di sotto di 25Kg/m^2 . Studi recenti hanno dimostrato che il grasso addominale è nocivo quanto il fumo, in quanto sintetizza proteine che danneggiano le coronarie. La circonferenza raccomandata non deve superare i 102 cm negli uomini e gli 88 cm nelle donne. Una dieta che aiuti a raggiungere questo obiettivo è basata sulla riduzione della assunzione di zuccheri e di grassi animali, privilegiando pesce, frutta e verdura. Per quanto riguarda l'attività fisica noi cardiologi consigliamo un esercizio aerobico moderato per 15-30 minuti, almeno 5 volte la settimana. Consideriamo l'esercizio fisico alla stessa stregua di una medicina in quanto induce la sintesi di proteine che proteggono la parete delle arterie dall'arteriosclerosi. Inoltre non ha costi né effetti collaterali. Uno stile di vita ottimale non azzera il rischio di un secondo infarto. Bisogna abbinare un'appropriate terapia medica che tenga conto della necessità di controllare la pressione arteriosa, di mantenere a livelli ottimali i grassi nel sangue, di ottimizzare (portandoli a valori normali se alti) la glicemia. Il paziente va informato della assoluta necessità di assumere, per tutta la vita, farmaci che fluidifichino il sangue. Il farmaco per eccellenza rimane sempre l'aspirina; questa terapia si inizia di solito già durante il ricovero. Purtroppo una quota non trascurabile di pazienti, anche con stili di vita corretti e terapia farmacologia adeguata, nel primo anno, incorre in un secondo infarto, che è sempre causa di ricovero. Va detto però che di solito la gravità è inferiore a quella del primo infarto. Per ridurre ulteriormente il rischio di recidive è necessario approfondire le nostre conoscenze sulle cause dell'infarto, investendo più risorse nella ricerca.

- **CODE10/639** (10/3) (fidest) Novità dal Congresso ISPLAD di Milano Nessun test cutaneo preliminare con il filler dermico a base di collagene porcino. La scienza è sempre più al servizio della bellezza. Se fino ad oggi il principale svantaggio dei filler dermici a base di collagene era rappresentato dalla necessità di sottoporre i pazienti a test cutanei preliminari, questo ostacolo è oggi superato con un filler iniettabile a base di collagene porcino (EVOLENCE®) indicato per la correzione di rughe e linee del viso, la ridefinizione delle labbra con una durata fino a 12 mesi. Lo dimostra uno studio clinico realizzato negli Stati Uniti e presentato oggi in occasione del Congresso della *International-Italian Society of Plastic-Aesthetic and Oncologic Dermatologists (ISPLAD)* in corso a Milano. Lo studio che ha coinvolto 530 soggetti, dimostra infatti come questo filler porcino presenti un indice di ipersensibilità talmente ridotto da non richiedere test cutanei preliminari per verificare eventuali reazioni allergiche. I soggetti sottoposti a test non hanno presentato infatti reazioni cutanee positive dovute ad ipersensibilità né incrementi degni di nota nel livello degli anticorpi. I soggetti coinvolti sono stati sottoposti ad una prima iniezione sottocutanea di 0.1 ml di EVOLENCE® sull'avambraccio sinistro e ad una seconda iniezione, a distanza di due settimane, sull'avambraccio destro. I punti di iniezione sono stati analizzati clinicamente a distanza di 30 minuti e 72 ore dopo ciascuna iniezione e 30 giorni dopo la seconda iniezione. Un rilevamento di anticorpi contro il collagene è stato effettuato durante lo screening e un altro dopo la conclusione dello studio. Le reazioni cutanee sono state valutate in una scala da 0 (nessuna reazione) a 4 (reazione forte con rossore marcato). Al termine dello studio non sono state rilevate reazioni di tipo 3 o 4. Le reazioni di tipo 1 e 2, riscontrate in 3 casi, sono state lievi e di breve durata. Il rischio di reazione allergica è stato quindi riscontrato nel 0.58% dei soggetti. Questo dato è inferiore sia a quello riguardante i prodotti a base di collagene bovino che quelli a base di collagene umano. Inoltre, il rischio di reazioni allergiche in seguito ad iniezione di EVOLENCE® è considerato inferiore rispetto al rischio associato ad iniezioni di prodotti a base di acido ialuronico (rischio stimato 0.74%).
- **CODE10/640** (10/3) (fidest) Nasce la biblioteca interna, i volontari dell'Auser Unitel leggeranno insieme ai piccoli pazienti ricoverati in Ospedale. E' una delle pochissime iniziative del genere nelle strutture sanitarie italiane. Suscitare o rafforzare l'interesse per la lettura nei piccoli pazienti ricoverati nella Clinica Pediatrica dell'Ospedale Policlinico di Chieti, contribuendo in tal modo a rendere meno traumatica la loro degenza nel reparto: è l'obiettivo del progetto «Leggere per stare meglio. Il libro come strumento di terapia», che prevede la creazione di una biblioteca costantemente aggiornata all'interno della Clinica Pediatrica e la presenza dei volontari dell'associazione Auser Unitel di Chieti, i quali

leggeranno i libri insieme ai piccoli ricoverati. L'iniziativa è stata presentata in conferenza stampa dal direttore della Clinica Pediatrica, Francesco Chiarelli, dal direttore generale della Asl di Chieti, Mario Maresca, dal presidente del Sistema bibliotecario provinciale di Chieti, Terzio Di Carlo, dal dirigente del 6/o Circolo didattico di Chieti, Ettore D'Orazio, dalla presidente dell'Auser Unitel di Chieti, Licia Marsilio. Il progetto coinvolge anche l'associazione «Amici della Biblioteca De Meis» di Chieti. «Si tratta – ha spiegato il professor Chiarelli – di un processo di umanizzazione della struttura ospedaliera che abbiamo avviato già dal 1997, con la costituzione, per la prima volta in Abruzzo, della scuola interna per i bambini ricoverati». Il progetto della biblioteca interna è uno dei pochissimi attivati nelle cliniche pediatriche degli ospedali italiani. «Vorremmo – ha aggiunto Chiarelli – che i bambini leggessero di più, in ospedale come a casa, e guardassero meno la televisione. La lettura è il modo più efficace per migliorare le capacità intellettive dei bambini, per stimolare la parola e l'ideazione». Secondo l'Ingegnere Maresca si tratta di un esempio positivo di collaborazione tra ospedale e società: «Il rapporto tra operatori della sanità e cittadini deve sicuramente migliorare – ha detto il direttore generale della Asl –. Ci sono molte cose da sistemare, ma occorre che la popolazione condivida la soluzione dei problemi. Problemi drammatici come quelli che riguardano le liste di attesa sono aggravati dalle tantissime richieste inappropriate, da chi prenota le prestazioni e non si presenta. Dobbiamo crescere insieme, serve tanta buona volontà da parte di tutti». Accanto alla scuola interna, gestita in collaborazione con il 6/o Circolo didattico grazie alle insegnanti Annamaria Di Matteo e Francesca Nardelli, saranno nel reparto i volontari dell'Auser Unitel. «Siamo un'associazione di persone adulte – ha affermato la presidente Licia Marsilio –, vogliamo aiutare i piccoli, come se fossero i nostri nipoti. Se animata, la lettura può attrarre il piacere dei bambini e dare loro un'occasione diversa di partecipazione. Cominceremo nei prossimi giorni e vedremo quale sarà la risposta». Normalmente saranno tre gli operatori presenti nel reparto: uno leggerà insieme ai bimbi più piccoli, un altro si dedicherà a quelli più grandi e un terzo si occuperà del prestito dei libri sia ai pazienti sia ai loro genitori. Ciò aiuterà anche questi ultimi a rendere più sopportabili i periodi spesso lunghi che trascorrono accanto ai loro bambini degenti. I libri saranno forniti e aggiornati costantemente dal Sistema bibliotecario provinciale e dalla Biblioteca De Meis di Chieti che – ha sottolineato Terzio Di Carlo – ha una dotazione ampia e specializzata di libri per ragazzi.

- **CODE10/641** (10/3) (fidest) Il paziente è un ammalato di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica), la malattia che ha portato tra i tanti, via Piergiorgio Welby e Luca Coscioni, rara e incurabile, una patologia che provoca la totale immobilità del corpo e lucidità mentale fino alla morte per crisi respiratoria. Il tanto dibattuto farmaco IGF-1 BP3, seppure non risolutivo in quanto non guarisce la SLA e non salva la vita, sembra essere uno dei pochi in grado di prolungarla e migliorarla. In Italia per ottenerlo è necessaria un'ordinanza del giudice che obbliga il Ministero della Salute al suo acquisto. Talvolta per averlo sono necessarie lunghe trafale, legali e burocratiche. L'avv. Trapuzzano, del Foro di Lamezia Terme, ha finora aiutato circa 70 pazienti ad ottenerlo. Perché non arriva in Italia? Ma se è in gioco la salute e la vita, se la vita fosse della madre o del padre, del figlio o del fratello dell'amico dell'amico. Il Sig. Silvio Donadei, utilizza il farmaco dal settembre 2007 grazie a un provvedimento ottenuto dalla avv. Trapuzzano nel maggio 2007 presso il Tribunale di Lecce. La legge vuole che all'acquisto vi provveda la ASL competente, in questo caso quella di Lecce. 90 fiale coprono un ciclo di 3 mesi di cura, che costa 140 mila euro l'anno. Le fiale arrivano direttamente dalla casa farmaceutica che le produce, la ISMED e devono mantenere una temperatura costante di almeno -20°. In data 5 gennaio 2008, poco dopo il ritiro della nuova scatola contenente le fiale, il sig. Silvio riceveva la telefonata della dott.ssa De Pascalis che lo invitava a controllarne l'integrità. Il farmaco si era scongelato e quindi non era più utilizzabile. La causa secondo la dottoressa sarebbe stata una spina del frigorifero presente in sala operatoria staccata dalla presa di corrente. Il sig. Silvio, in seguito alla cura col suddetto farmaco, aveva riportato oggettivi e sensibili miglioramenti, che ovviamente si stanno già perdendo evidenziando lo stesso maggiori difficoltà motorie alle mani e al tronco. Il danno, oltre che essere economicamente rilevante (valutato per circa 90 mila euro) e pagato anche dai cittadini, vede anche la vita di una persona già sofferente ancor più compromessa. Questo danno lo pagherà il dipendente della ASL? Lo pagherà il suo direttore generale? Chissà, intanto lo pagherà la ASL, lo pagheremo indirettamente noi, a causa di qualche "scaldapoltrona" anzi "scaldafrigorifero" di troppo, ma soprattutto il sig. Silvio, a cui va la nostra grande comprensione ed il nostro totale supporto con ogni mezzo a nostra disposizione. Questa è una storia che vi farà rabbrivire, che farà il verso a Sycko di Michale Moore e a Peter Roste l'autore di Global Pharma, ma in chiave tutta

mediterranea ed in linea con la spazzatura di Napoli. questa volta in un' ASL di Lecce. E al signore che ha staccato la spina gli auguriamo che non capiti a lui una simile ingiustizia.

- **CODE10/642** (10/3) (fidest) Malattie rare: la politica italiana non deve abbassare la guardia Le vicissitudini della politica italiana non devono rallentare né tanto meno bloccare gli importanti provvedimenti contenuti in Finanziaria relativamente all'introduzione in tutte le Regioni italiane dello screening neonatale allargato, che permette l'identificazione precoce di almeno 40 malattie metaboliche ereditarie. E' questa la richiesta dell'AIMMME Associazione Italiana Studio Malattie Metaboliche Ereditarie Onlus, che da tempo lavora per l'applicazione dello screening in tutta la Penisola e per sensibilizzare la popolazione sulle tematiche delle malattie rare. "Lo scorso 29 febbraio – spiega Cristina Vallotto, Presidente AIMMME – si è celebrata in tutta Europa la prima giornata europea delle malattie rare. Un'occasione importante per porre le malattie rare al centro dell'attenzione pubblica. Ma questa attenzione non deve durare solo un giorno". In Italia qualcosa si sta muovendo in questi ultimi mesi: è nato il Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità, dal 10 marzo il Ministero attiverà un numero verde per famiglie e malati (800.896.949), ed il prossimo 20 marzo la Conferenza Stato-Regioni approverà un ampliamento dell'elenco delle malattie rare che danno diritto alle prestazioni gratuite del servizio sanitario nazionale. In questo contesto di maggiore attenzione per le malattie rare, si è inserito anche l'introduzione in Finanziaria di un finanziamento di 3 milioni di Euro necessari per acquistare le apparecchiature necessarie per estendere a tutti i neonati italiani lo screening allargato, che permette di avere diagnosi precoci su oltre 40 malattie metaboliche ereditarie, malattie gravi ed altamente invalidanti e mortali se riconosciute tardivamente, ma attualmente trattabili con farmaci e dieta che possono cambiare il decorso clinico della malattia. Una tipologia di screening di massa si identifica 1 bambino malato ogni 2.000, ed applicata ad oggi purtroppo solo nella Regione Toscana. "Un provvedimento che avrà una ricaduta positiva sul mondo della prevenzione, della ricerca e della cura delle malattie metaboliche congenite e delle malattie rare, ma di cui ancora non si hanno notizie, relativamente ai tempi ed ai modi di applicazione – continua la Vallotto – Inoltre non bisogna dimenticare nemmeno i vari provvedimenti legislativi a favore delle malattie rare che giacciono invariati nei cassetti della burocrazia. Ecco perché è il momento di sollecitare il mondo politico, quello che sta per lasciare il Palazzo ma anche gli uomini e le donne che vi si insedieranno, a non dimenticare le persone affette da patologie rare e le loro famiglie".
- **CODE10/643** (10/3) (fidest) Farmaci ed effetto placebo: l'importanza di meglio pubblicizzare quelli generici: per il paziente e per le casse dello stato Se il paziente sa che il trattamento cui è sottoposto è caro, reagisce meglio alla cura. E la cosa funziona anche con il placebo. Lo sostengono ricercatori del Massachusetts Institute of Technology (MIT), le cui conclusioni sono riportate dal Journal of the American Medical Association (1). Il punto d'avvio è stato il reclutamento in Internet di 82 volontari disponibili a fare da cavia per nuovi analgesici dalle caratteristiche simili alla codeina. In realtà, si trattava di un placebo. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: ai "fortunati" sono state date pillole da 2,50 dollari l'una; agli altri la stessa pillola, presentata come una promozione a soli 10 centesimi. Tutti hanno poi subito la stessa serie di scariche elettriche fino a 80 volt, dopo di che sono stati invitati a quantificare il loro dolore. Risultato: l'85% di coloro che avevano ingurgitato la pillola costosa ha notato una riduzione del dolore; tra quelli che avevano assunto la pillola in promozione, solo il 61% . Se in questo caso il prezzo ha avuto un ruolo terapeutico a parte intera, di solito non è l'unico. "Il prezzo non è che una delle variabili del mercato, allo stesso titolo dell'imballaggio o del marchio, che possono accentuare l'effetto placebo", spiega il direttore dell'esperimento, Dan Ariely. Lo studio pone alcuni quesiti. Per esempio, come si fa a inviare medicine a buon mercato alle popolazioni bisognose evitando che abbiano la sensazione di ricevere merce scadente? Lo stesso vale per i farmaci generici: il loro uso deve essere maggiormente pubblicizzato, perché farebbe bene, oltre che alla salute dei pazienti, anche alle tasche degli stessi e ai bilanci del Servizio Sanitario Nazionale.
- **CODE10/644** (10/3) (fidest) Malattia da Reflusso Gastroesofageo: i quarantenni i più colpiti in Italia Una vera e propria mappa della Malattia da Reflusso Gastroesofageo in Italia, divisa per età, regioni, fattori scatenanti, comportamenti adottati. Il quadro emerge dal primo bilancio di attività del "Gastrovan, la prevenzione si fa strada", la campagna itinerante di informazione e prevenzione sulla Malattia da Reflusso Gastroesofageo, sponsorizzata da AstraZeneca e organizzata in collaborazione con AIGO -Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri-. L'occasione per parlare dello stato della MRGE in Italia, e di come questa diffusa patologia gastrointestinale viene affrontata, è fornita dai