



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

The Lancet, [Volume 379, Issue 9829](#), Page 1851, 19 May 2012

CHRONIC DISEASE MANAGEMENT NELLA POPOLAZIONE CHE INVECCHIA

The Lancet

The world's population is ageing owing to increasing life expectancy and declining fertility. The populations of low-income and middle-income countries are now joining those of high-income countries in facing an increasing burden of chronic diseases. [A report](#), *Shades of gray: a cross-country study of health and well-being of the old populations in SAGE countries, 2007–2011*, jointly published on May 9 by the US Census Bureau and WHO, aims to improve documentation of health outcomes in such populations. The report focuses on six countries—China, Ghana, India, Mexico, Russia, and South Africa—which hosted 42% of the world's 1·4 billion people aged 50 years and older in 2010. The report concludes that chronic diseases are the leading cause of mortality in older people in these countries and that consequently such diseases are “certain to have a remarkable impact on the world's overall disease burden and healthcare”.

The report's analyses are based on self-reported responses. Respondents were asked if they had ever been diagnosed with a chronic disease—arthritis, stroke, angina, diabetes, chronic lung disease, asthma, hypertension, or cataracts. Hypertension was the most commonly reported disorder for people aged 50 years and older, except in India, where it was the second most commonly reported disorder after arthritis. In the six countries, the health score—based on self-reported health in eight domains covering affect/emotions, cognition, interpersonal activities and relationships, mobility, pain, self-care, sleep/energy, and vision—for those with a chronic disease was lower than for those without that disease. China had the highest mean health score of 68·1 (on a scale of 0–100) for both sexes combined, with the lowest score of 54·1 in India. On the basis of the report's results, different approaches for population-based risk reduction, as well as tackling risk factors for chronic diseases, are needed.

In a Comment in today's *Lancet*, Jan De Maeseneer and colleagues argue that integrated primary care is the key to tackling non-communicable diseases (NCDs), and should go beyond case finding for disease-oriented (vertical) programmes to provide “a source of comprehensive care that integrates and coordinates care for all health problems and engages individuals, families, and the community”. In linked Correspondence, Robert Beaglehole and colleagues express reservations about such a “short-sighted” approach. NCDs require much more than a medical response. Yet community-oriented primary care, De Maeseneer and colleagues insist, could be the foundation for a health system that also addresses the social and political determinants that are so fundamental to the perpetuation of NCDs. Strengthening of people-centred and integrated primary health care to deal with all common disorders, irrespective of cause, was recognised in the political statement from the UN High-Level meeting on NCDs last September, and it is indeed an essential component of the management of older people, who might well have more than one of these chronic disorders.

Cancer was also recognised as one of the NCDs to tackle in the global agenda by the High-Level Meeting of the General Assembly of the UN. There were an estimated 12·7 million new cases of cancer globally in



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

2008, with about two-thirds of cancer deaths in less developed countries. In a recent article published in *The Lancet Oncology*, Catherine de Martel and colleagues provided an updated systematic analysis of the proportion of cancer cases attributable to infections globally and by region in 2008. Compared with earlier reports, the annual absolute number of cancer cases due to infection increased by about half a million since 1990, whereas the proportion of cancer cases on the basis of infection remained stable at about 16—18%. For the four main infections together, the relative contribution of human papillomavirus to cancer burden is similar in developed countries and developing countries. The contribution of *Helicobacter pylori* is proportionally larger in more developed countries, and that of hepatitis B and C virus is large in less developed countries. Most of the cases attributable to infection occurred in less developed countries and were due to preventable and treatable infections. Improved vaccination programmes could be implemented at a national level.

It is important to establish a detailed understanding of health outcomes and access to health care by older populations, especially in low-income and middle-income countries. Improving the quality and quantity of health information and measurement techniques in chronic diseases is essential for prioritising preventive programmes for ageing populations and monitoring their effectiveness in all countries, rich and poor.



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

ACE-INIBITORI VS SARTANI: L'IMPORTANZA DEL "COMPARATOR"

European Heart Journal - doi:10.1093/eurheartj/ehs075.

Una nuova metanalisi condotta su 20 trial clinici controllati ha valutato l'impatto prognostico del blocco farmacologico del sistema renina angiotensina (SRA) in termini di riduzione di eventi fatali. Gli Autori, hanno evidenziato che l'utilizzo di un farmaco attivo sulla modulazione del SRA (sia esso un sartano od un ACE-inibitore) riduce il rischio di mortalità totale e cardiovascolare rispettivamente del 5% e del 7%. Il confronto, però, tra Sartani ed ACE-inibitori ha evidenziato che mentre gli ACE-inibitori riducono significativamente il rischio di mortalità da tutte le cause del 10% (HR: 0,90; IC 95%: 0,84-0,97), la terapia con Sartani non si associa ad una riduzione significativa degli eventi fatali (HR: 0,99; IC 95%: 0,94-1,04). Limite di questa metanalisi è di aver incluso trial clinici molto diversi tra loro, sia per criteri di arruolamento che per gruppo di controllo ("comparator"). Tra i 20 trial analizzati, infatti, 7 hanno confrontato una ACE-inibitore od un sartano col placebo mentre 13 includevano un confronto "head-to-head" con altri farmaci antipertensivi (calcio-antagonisti, beta bloccanti, diuretici). Neppure nelle analisi di meta-regressione proposte dagli Autori (utilizzate per indagare l'eterogeneità tra studi), l'effetto del diverso comparator (farmaco attivo o placebo) sulle stime di riduzione degli eventi è stato testato. Altro limite, è quello di aver considerato come end point di interesse solo la mortalità. Dalla letteratura, infatti, si può ipotizzare che queste due diverse classi di farmaci possano avere differente efficacia nel prevenire end point specifici come lo stroke e l'evento coronarico.



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

UN VACCINO PER L'ALZHEIMER

Incoraggianti i risultati del test, pubblicati su *The Lancet Neurology*, sul vaccino che attiva la difesa immunologica contro le placche albuminiche che danneggiano il cervello. Secondo il team di scienziati del Karolinska Institutet di Stoccolma che ha portato avanti lo studio, il vaccino non dà effetti collaterali. Si accende così una nuova speranza per i malati di Alzheimer. Questo vaccino è meno costoso di quelli sperimentati in precedenza e ha un effetto più prolungato. Dopo un primo esperimento compiuto con ottimi risultati su un campione di trecento pazienti svedesi, ora il vaccino viene testato su migliaia di altri malati in tutto il mondo.

Il nuovo vaccino, denominato Cad106, sorto dalla collaborazione fra il gruppo di ricercatori diretto dal professore Bengt Winblad del Centro Alzheimer del Karolinska Institutet e la rete di scienziati neurologici Swedish Brain Power, sarà impiegato negli ospedali svedesi, su vasta scala, prima della commercializzazione. Secondo il professore svedese Kaj Blennow del Policlinico Universitario Sahlgrenska di Göteborg, l'Alzheimer ha un decorso lento e quindi prima di cantare vittoria bisognerà attendere ulteriori risultati clinici.

ECHINACEA? FORSE, MA NON DURANTE LA CHEMIOTERAPIA!

Per alcune erbe conosciamo con certezza i livelli di interazioni possibili. Ad esempio gli estratti di *Iperico* si comportano da induttori di numerosi citocromi e della stessa P-glicoproteina, cui consegue la riduzione di efficacia di molti farmaci assunti contemporaneamente. Al contrario, l'*Idraste* e la stessa *berberina*, così come il succo di *Pompelmo*, altri agrumi e altre piante ancora, si comportano invece da inibitori enzimatici, con conseguente possibile aumento di efficacia/tossicità dei farmaci assunti contemporaneamente. Vi sono piante invece per le quali le conoscenze si stanno gradualmente incrementando, e ogni tassello può essere utile. Una di queste è l'Echinacea, pianta medicinale nota anche al grande pubblico, utilizzata, forse anche a sproposito (come ad esempio per curare il raffreddore, anche quando invece il raffreddore può fare spesso il suo corso naturale), e comunque spesso come integratore per aumentare genericamente le difese immunitarie dell'organismo. Talvolta utilizzata nell'ambito dell'automedicazione, anche da pazienti affetti di patologie tumorali, con l'intento, dettato spesso dalla disperazione di assumere qualunque cosa possa aumentare le difese immunitarie contro il tumore. Ebbene, è stato appena pubblicato un lavoro in cui si presenta un caso clinico di interazione tra Echinacea ed etoposide, un chemioterapico utilizzato in particolare contro il tumore polmonare. John Bossaer, del Dipartimento di Farmacia della Università statale del Tennessee State, negli Stati Uniti ha descritto il caso di un paziente di 61 anni che ha presentato un grave abbassamento delle piastrine tale da richiedere una trasfusione perché a rischio emorragico. Il paziente stava assumendo anche un prodotto a base di Echinacea. L'assunzione di Echinacea è stata interrotta, e al successivo ciclo di chemioterapia il problema non si è riproposto. Il caso clinico è ritenuto significativo e istruttivo, oltretutto perché sperimentalmente l'Echinacea ha dimostrato di ridurre la funzione del citocromo 3A4, proprio quello che metabolizza l'etoposide. Con la conseguente spiegazione plausibile del pericoloso effetto collaterale che si era manifestato in quel paziente. In questo caso quindi la contemporanea assunzione di Echinacea avrebbe aumentato la tossicità dei farmaci chemioterapici. Morale della favola (se ancora ce ne fosse bisogno): i pazienti più fragili dal punto di vista biologico, come i pazienti oncologici, durante la chemio o radio terapia non devono assumere certe erbe o integratori a base di erbe, a meno che non vengano loro prescritte con adeguata motivazione e dietro la responsabilità di un medico esperto.



STATINE DOPO IL PRIMO ICTUS: RIDUCONO LE RECIDIVE E MIGLIORANO LA SOPRAVVIVENZA.... FOLLOW UP A 6 ANNI!

Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics DOI: 10.1111/j.1365-2710.2011.01318.x.

La terapia con statine nei pazienti con primo ictus acuto riduce il rischio a 6 anni di recidiva di ictus e migliora la sopravvivenza in una coorte di persone anziane dell'area mediterranea. Queste sono le conclusioni a cui sono giunti il dott. A. Sicras-Mainar ed i suoi colleghi che si sono posti l'obiettivo di determinare se la terapia con statine in pazienti con primo episodio di ictus riducesse l'incidenza a 6 anni di recidiva di ictus fatale o non fatale e la mortalità per qualsiasi causa in una popolazione mediterranea anziana, che non avesse malattia coronarica nota e che fosse seguita di routine nella pratica medica. I ricercatori per questo studio retrospettivo hanno utilizzato i dati relativi a morte, ospedalizzazione per stroke e storia di terapia con statine presenti nel database **BSA (Badalona Serveis Assistencials)**, che comprendeva una coorte di pazienti consecutivi presentanti un primissimo episodio acuto di ictus tra il mese di gennaio 2003 ed il mese di dicembre 2008. In questa coorte sono state calcolate la percentuale di recidiva (PR) e di incidenza (PI) di ictus fatale/non fatale e la mortalità per tutte le cause. L'associazione con la terapia con statine è stata valutata mediante il calcolo del rischio relativo (RR) e dell'hazard ratio (HR), utilizzando un'analisi di regressione logistica multivariata ed i modelli proporzionali di Cox di controllo per le covariate confondenti. Dallo studio è emerso che in una serie di 601 pazienti consecutivi [57% uomini, 75,9 (12,4) anni (88% >60 anni)], il 32% aveva ricevuto statine e questi pazienti erano risultati associati con una minore PR di ictus fatale/non fatale, 7% contro il 18% [RR regolato = 0,32 (CI: 0.16 - 0.61), P=0.001] e una più bassa IR; 16,78 vs 45,22 eventi/anno per 1.000 soggetti [HR aggiustato = 0.35 (0.19 - 0.64), P=0,001]. Inoltre, è stato osservato che la mortalità per tutte le cause è stata inferiore nella coorte che riceveva statine: 11% vs 16% [RR regolato = 0,29 (CI: 0.08 - 1.12), P=0,072] e anche la percentuale di incidenza di morte: 26.09 vs 36,25 morti/anno per 1.000 soggetti [HR aggiustato = 0.23 (0.08 - 0.67), P=0,007].

GLI OTTUAGENARI HANNO UNA SOPRAVVIVENZA ECCELLENTE DOPO CHIRURGIA VALVOLARE

Ann Thorac Surg 2012;94:744-750.

La chirurgia della valvola viene eseguita di routine negli ottantenni. I ricercatori dello studio hanno valutato le variabili che influenzano la dimissione dei pazienti (casa versus altra struttura) e se il tipo di dimissione del paziente era collegato ad una migliore sopravvivenza a lungo termine. Sono stati arruolati pazienti di almeno 80 anni (82,9 ± 2,5, il 46% di sesso femminile) che sono stati sottoposti a chirurgia valvolare tra il 2002 e il 2010. In base alla dimissione sono stati suddivisi in 2 gruppi: a casa (n = 184) o in altra struttura (n = 123). Attraverso il National Security Death Index e il Social Death Index sono stati verificati i pazienti deceduti. La dimissione, aggiustata per sesso (odds ratio [OR] = 1.45, p=0.17) e per European System for Cardiac Operative Risk Evaluation score (OR = 1.09, p=0.10), ha mostrato che gli anziani (OR = 1.18, p<0.001), i celibe (OR = 2.07, p=0,006) i pazienti con almeno 1 complicanza maggiore (OR = 3.86, p<0.001), avevano meno probabilità di essere dimessi a casa. Le curve di Kaplan-Meier sono risultate notevolmente inferiori a 1 e a 2 anni (85,8% vs 94,6%, p=0,009; 80,1% vs 90,3%, rispettivamente, p=0,01), per i pazienti non dimessi a casa. Predittori di follow-up per la mortalità in pazienti non dimessi a casa erano durata del ricovero (OR = 1.06, p=0.03) e qualsiasi complicanza maggiore (OR = 6.90, p=0.002); basso indice di massa corporea è stato marginalmente significativo (OR = 1.12, p=0,06). L'unico predittore significativo per i pazienti dimessi a casa era la durata del soggiorno (OR = 1.17, p=0.002).



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

LE ULTIME NOVITÀ SUL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER LE CURE PRIMARIE E L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Sono in tutto 27 gli articoli dell'ultima bozza del decreto che conferma alcune delle anticipazioni emerse nei giorni scorsi, come la riforma dell'intramoenia e quella dei medici di famiglia, che si dovranno unire in aggregazioni funzionali territoriali in modo da sgravare il pronto soccorso dei casi meno urgenti e offrire assistenza sul territorio h24. Confermata anche la tassa sulle bibite analcoliche con zuccheri aggiunti e con edulcoranti. Il testo infatti prevede per 3 anni un contributo straordinario a carico dei produttori di 7,16 euro per ogni 100 litri immessi sul mercato, ma stabilisce anche un contributo a carico di produttori di superalcolici, "in ragione di 50 euro per ogni 100 litri immessi sul mercato".

Contenuti Correlati

Il ricavato sarà destinato al finanziamento dell'adeguamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea), con particolare priorità alla riformulazione degli elenchi delle malattie croniche e delle malattie rare. Tra le altre novità inserite nel decreto legge, spiccano quella relativa all'introduzione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), punto d'arrivo del processo di dematerializzazione in sanità, e le nuove norme che riguardano le nomine dei direttori generali delle aziende sanitarie, che saranno nominati dalla Regioni "garantendo adeguate misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula, di trasparenza nella valutazione degli aspiranti".

La sanità elettronica

In un futuro non molto lontano ci recheremo in ospedale, dal medico di famiglia o in farmacia semplicemente con un "codice identificativo univoco". Stop ai pezzi di carta stropicciati e alle fotocopie delle ricette mediche, perché tutta la nostra storia sanitaria sarà contenuta all'interno di un solo codice. Almeno, questo è quello che emerge dalla lettura della mini-riforma sulla sanità che dovrebbe approdare il 31 agosto sul tavolo del Consiglio dei ministri e che prevede, in proposito, l'istituzione, da parte di Regioni e Province autonome, del cosiddetto fascicolo sanitario elettronico (Fse), sulla scia dell'Agenda digitale promossa dal ministro Corrado Passera. Si tratta, in sostanza, spiega il testo, "dell'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito". L'obiettivo è chiaro e dichiarato da tempo: 'dematerializzare' la sanità e spostare tutto da carta a digitale. Un percorso teoricamente condiviso da tutti gli attori in gioco ma certamente non facile da realizzare in tempi brevi, come dimostra il cammino tortuoso dell'attesa ricetta sanitaria elettronica, che dovrebbe produrre risparmi e portare maggiore trasparenza e tracciabilità ma che rischia di subire ritardi rispetto alla tabella di marcia messa a punto dal ministero dell'Economia, che nel decreto del Novembre 2011 ha fissato a dicembre 2012 il passaggio a regime della prescrizione online e il conseguente pensionamento della storica ricetta 'rossa'. Al momento, infatti, nonostante la fase di sperimentazione sia stata avviata in quasi tutte le Regioni, permangono ancora notevoli problemi di natura tecnica e molte sono le differenze tra le singole Regioni (Lombardia ed Emilia-Romagna sono vicine al traguardo) per pensare che i tempi possano realmente essere rispettati. Non è un caso che già poco prima dell'estate i medici di famiglia avevano avanzato l'ipotesi di una proroga dei tempi, paventando difficoltà simili a quelle incontrate con l'avvio della riforma sui certificati medici online. A complicare ulteriormente l'introduzione della ricetta elettronica, infine, sono arrivate le nuove norme sulla prescrizione dei farmaci, che potrebbero provocare altri ritardi. Eppure, il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha recentemente ribadito che l'obiettivo è quello di evitare ritardi e nello stesso tempo consentire nei termini



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

previsti l'introduzione della ricetta elettronica.

Le nuove norme

Nuove norme anti-fumo, con multe fino a mille euro per chi vende le famigerate 'bionde' ai minorenni (2mila in caso di recidiva e stop di 3 mesi della licenza), una 'stretta' contro videopoker e slot machine, che dovranno stare a debita distanza: almeno 500 metri, da scuole, centri giovanili o istituti frequentati principalmente da giovani ma anche da ospedali e centri come le residenze sanitarie e assistenziali per anziani. Arriva anche una tassa ad hoc per i produttori di bevande analcoliche zuccherate ed alcoliche, e nuovi criteri per la selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie. E' un provvedimento a 360 gradi, con dentro molti dei temi 'caldi' della sanita' italiana, quello messo a punto dal ministro della Salute, Renato Balduzzi, che con ogni probabilita' arrivera' il 31 agosto prossimo sul tavolo del Consiglio dei ministri. Il decreto "e' ancora a livello di bozza e sara' discusso, per ora e' una proposta", si e' limitato a commentare il ministro della salute, Renato Balduzzi, che mercoledi' mattina incontrera' gli assessori regionali. I partiti, nel frattempo, restano in attesa, ma certo tanto il Pdl, "la tassa sulle bibite e' demenziale", ha chiosato il capogruppo in Senato, Maurizio Gasparri, quanto il Pd non nascondono un certo disappunto per non essere stati informati delle norme piu' 'innovative' (leggi tassa sulle bibite). Al punto, si mormora, da sentirsi autorizzati ad avere maggiore liberta' quanto il testo arrivera' in Aula.

Certificato sportivo

Una norma comparsa a sorpresa, destinata potenzialmente a sconvolgere le abitudini di milioni di italiani, poi dichiarata 'refuso' dal ministero della Salute non prima di aver suscitato le polemiche dei medici di base. Questa la storia, breve ma intensa, di una norma contenuta nell'ultima bozza del 'decretone' sulla sanita' che andra' in discussione nel Cdm del 31 agosto, che prevedeva anche per lo sport non agonistico, dalla palestra alla piscina, un certificato del medico sportivo. La prescrizione, recitava la bozza del decreto, era stata pensata "Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attivita' non agonistica o amatoriale", e ovviamente non era piaciuta ai medici di medicina generale, che finora erano i principali deputati a rilasciare il certificato: "Non condivido la decisione per due motivi - aveva spiegato Giacomo Milillo, segretario della Fimmg, il principale sindacato dei medici di base - da una parte ci sara' un aumento dei costi per le famiglie, dovuta anche al fatto che ci sono molti meno medici sportivi rispetto ai medici di medicina generale, e quindi molti ricorreranno al privato. Dall'altra la maggiore spesa e i disagi inevitabili saranno un disincentivo all'attivita' sportiva. La decisione e' dannosa per la salute". La possibile platea interessata dal cambiamento, afferma l'Istat nella sua indagine 'Aspetti della vita quotidiana', sarebbe stata di piu' di 12 milioni di persone, circa il 22% della popolazione sopra i 3 anni, che pratica qualche forma di attivita' in modo continuativo. L'ipotesi era invece piaciuta ai medici sportivi: "E' senz'altro una novita' positiva - aveva commentato Enrico Castellacci, il medico della nazionale italiana di calcio - visto che stiamo parlando di tutelare la salute, questo tipo di certificato e' un passaporto per la vita". Dopo qualche ora, pero', a spegnere le polemiche e' arrivato il dietro-front del ministero: la misura e' un rifiuto che dovrebbe sparire dalla versione definitiva del provvedimento, anche perche' l'intenzione, si apprende da fonti ministeriali, e' di rafforzare i controlli ma sempre da parte dei medici di base. Il termine rifiuto era stato usato anche lo scorso aprile quando nel ddl lavoro era apparsa una norma che prevedeva lo stop alle esenzioni del ticket per i disoccupati. In quel caso pero' la retromarcia era toccata al ministero del Welfare.



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

La nota del Sumai

Il decreto del Ministro della Salute Renato Balduzzi anticipato da alcuni organi di stampa in materia di sanità contiene certamente modifiche importanti e che sembrano andare nella giusta direzione, soprattutto per quanto attiene le norme che modificano l'articolo 8 del Dlgs. 502/92 e che mirano al rafforzamento del sistema delle cure territoriali. E che ricordo, sono frutto del lavoro svolto dal tavolo attivatosi tra il Ministero della Salute e le Organizzazioni Sindacali negli ultimi mesi". È quanto sostiene il segretario nazionale del Sumai-Assoprof, Roberto Lala, commentando la bozza del decreto Balduzzi che sarà presentata al prossimo Consiglio dei Ministri del 31 agosto. "Il potenziamento del sistema delle cure territoriali e l'integrazione tra i professionisti che vi operano è decisivo - specifica Lala - e lo diciamo da anni. È chiaro, però, che una proposta di riforma che affronta molti nodi scoperti del nostro sistema sanitario dovrà essere il più possibile condivisa tra tutti gli attori del sistema: Regioni in primis". " Altro tema - prosegue Lala - che riteniamo importante, anche se va ulteriormente approfondito, riguarda le norme sulla responsabilità civile. Positivo il fatto che la responsabilità del medico viene riferita solo alla colpa grave e bene la creazione di un Osservatorio e di un albo di consulenti, mentre si poteva fare di più sul Fondo ad hoc. Negativa, invece, l'assenza delle tabelle di risarcimento, un elemento che può evitare iniquità e speculazioni". " In ogni caso - conclude - il nostro auspicio è quello di non trovarci di fronte all'ennesima proposta destinata a cadere nel dimenticatoio, anche perché mai come oggi il nostro sistema sanitario necessita di una riforma che punti allo sviluppo delle cure sul territorio al fine di rendere un'assistenza e un servizio migliore ai cittadini".

NUTRACEUTICI E SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI DI SUPPORTO NELLE DEMENZE

**Monday, July 23, 2012 - IMNG Medical News
BY SUSAN LONDON**

VANCOUVER, BRITISH COLUMBIA (IMNG) – Medical foods and supplements designed to support neural health and function may soon expand treatment options for common forms of dementia based on the results of two studies.

One study found that a cocktail of compounds designed to support synapse formation and function improved memory in patients with mild Alzheimer's disease. The other found that oral citicolina, a substrate for acetylcholine synthesis that inhibits neurodegeneration, yielded better memory than no treatment in patients with mild cognitive impairment (MCI) due to vascular causes.

The findings may signal the start of an era in which Alzheimer's disease and other dementias are managed with a multimodality approach involving a variety of pharmacologic and nonpharmacologic strategies, [according to Maria Carrillo](#), Ph.D., senior director of medical and scientific relations for the Alzheimer's Association. "We need to continue to be open to different therapeutic avenues and approaches," she commented while moderating a press briefing at the Alzheimer's Association International Conference 2012, where the data were first presented.

Souvenaid for Mild Alzheimer's Disease

In the first trial, known as Souvenir II, researchers led by Dr. Philip Scheltens of the VU University Medical Center in Amsterdam studied 259 patients from multiple centers in Europe who had mild Alzheimer's disease, with a Mini-Mental State Examination (MMSE) score of 25 or greater.

Patients were randomized evenly to receive Souvenaid (125 mL orally once a day) or a control drink for the first 24 weeks. Souvenaid contains a special formulation of omega-3 and -6 fatty acids, choline, phospholipids, B vitamins, and antioxidants designed to promote the formation and function of synapses, he explained.



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

“Synapse dysfunction is ... critical to causing symptoms in Alzheimer’s disease. It’s not the amyloid load that causes memory problems – it’s the loss of synapses and the loss of neurons that do so,” he noted. In a subsequent 24-week extension period, all patients received Souvenaid.

Rates of serious adverse events did not differ between groups, and there were no new safety signals during the extension period, Dr. Scheltens reported.

Compliance was uniformly high in both groups during both periods, ranging from 93% to 97%. “People really liked [Souvenaid] and stayed on the product the whole time,” he said. “There are two flavors: strawberry and vanilla. It’s like a drinkable yogurt. ... It tastes very, very good, and that’s why the compliance was so high. Although the amount of fish oil in it is equivalent to three or four herrings, you would be surprised that it doesn’t smell at all like fish or taste like fish.”

At 24 weeks, patients in the Souvenaid group had a significantly greater improvement from baseline in z scores for the Neuropsychological Test Battery memory domain ($P = .023$) and marginally better total composite scores ($P = .053$), as recently published ([J. Alzheimers Dis. 2012;31:225-36](#)).

In additional results, there was a significant improvement between 24 and 48 weeks in the z score for the memory domain of the Neuropsychological Test Battery among both patients who started and continued on Souvenaid ($P = .025$) and patients who started on the control drink and switched to Souvenaid ($P = .009$).

“The memory actually even improved further; there was no ceiling effect on memory,” Dr. Scheltens commented. “So the mild patients could even improve further.”

The effect size in the study was 0.21, “exactly on the order of the cholinesterase inhibitors,” he pointed out. “But the risk-benefit ratio is much better, because there are no side effects and people can take it as long as they want.”

“We think this may offer a new approach, a dietary management approach, if you like, in people with very early Alzheimer’s disease,” Dr. Scheltens concluded. “We are continuing the [research] program because we think it is worthwhile to pursue this in a rigorous, scientifically oriented way. The targeted patient population will be the mild to very mild Alzheimer’s disease patients.”

He said it’s unlikely that combining individual dietary supplements could achieve the benefit seen with Souvenaid. Studies of various individual components have shown “they basically don’t work. Only the particular combination of all these nutrients is needed and is necessary to build up the membrane of the synapse. So it’s just not something you can do at home – throw a little bit of this, a little bit of that in a tube. It is the specific combination and the ratio between the [components of the] combination that actually works.”

Assuming Souvenaid makes it to the market, it will be classified as a medical food. “That means it has to be prescribed by a doctor and it needs to be delivered by a pharmacist. It is not over the counter,” Dr. Scheltens noted. He expects that the product will first be launched in Europe, as the manufacturer is located there.

Citicoline for Vascular MCI

In the second trial, known as IDEALE, Dr. Pietro Gareri, a geriatrician with the Ambulatory Center for Dementia in Catanzaro, Italy, and his colleagues enrolled 349 patients in Italy at least 65 years of age who had evidence of vascular lesions on neuroradiologic imaging, and either an MMSE score of at least 21 or subjective memory complaints. (Those with probable Alzheimer’s disease were excluded.)

The patients were assigned in a 3:1 ratio to open-label treatment with citicoline (500 mg twice a day) or a control condition (no treatment).

“Citicoline has a number of different properties,” Dr. Gareri explained. “For example, it inhibits apoptosis associated with cerebral ischemia. And it’s able to inhibit several models of neurodegeneration. It’s able to potentiate neuroplasticity. And it is a natural precursor of phospholipid synthesis.”

Trial results showed a nonsignificant increase in MMSE scores over 6 months in the citicoline group (from 22.4 to 22.9), compared with a decrease in scores in the control group (from 21.5 to 19.6). Scores differed significantly between groups at 3 months and at 6 months.



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI
GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

Both groups had improvements in functional dependence, as assessed from activities of daily living and instrumental activities of daily living, with no significant between-group difference.

There was a trend toward better Geriatric Depression Scale scores with citicoline ($P = .06$). “This was not a surprise, because citicoline increases noradrenaline and dopamine levels in the central nervous system,” Dr. Gareri commented. None of the patients experienced adverse events.

“Definitively, this study shows that citicoline is effective and safe. Therefore it can be recommended in vascular mild cognitive impairment,” he concluded.

Neither Dr. Scheltens nor Dr. Gareri disclosed any relevant conflicts of interest.



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

Via M. Tenore, 17 – 80100 NAPOLI

www.associazionegeriatri.it

SPESSE LE RICETTE PER GLI ANZIANI SONO SBAGLIATE

Una ricerca pubblicata di recente sulla rivista scientifica *PLoS One* ha passato in rassegna 19 studi internazionali sulle prescrizioni di farmaci a ultrasessantacinquenni nelle cure primarie. Dallo studio emerge che una ricetta su cinque non è appropriata oppure che il dosaggio indicato è troppo alto o basso, oppure, ancora, che la durata della terapia è insufficiente o eccessiva.

«Il problema è rilevante anche nel nostro Paese, tanto che nei mesi scorsi l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), in collaborazione con i medici di famiglia, ha predisposto un documento programmatico sull'uso dei farmaci nelle cure primarie - commenta Walter Marrocco, della Fimmg, che ha fatto parte del gruppo di lavoro congiunto - le prescrizioni inappropriate non avvengono solo negli studi dei medici di famiglia e negli ambulatori specialistici, ma riguardano addirittura un terzo dei pazienti ricoverati in ospedale».

Alcuni studi rilevano che, se ad esempio si associano gli antinfiammatori FANS ai diuretici, il rischio di ricovero per insufficienza cardiaca è doppio rispetto all'utilizzo di questi ultimi da soli. E l'ultimo rapporto dell'OsMed, l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali, dell'Aifa, segnala l'uso non appropriato di antibiotici per curare raffreddore o influenza e l'impiego di antinfiammatori per periodi troppo prolungati, superiori ai 90 giorni l'anno, in pazienti a rischio, soprattutto donne e anziani.

«Nei pazienti sottoposti a più terapie spesso la prescrizione dei diversi farmaci avviene da parte di vari specialisti, a volte consultati all'insaputa l'uno dell'altro, il che rende difficile una valutazione delle eventuali interazioni farmacologiche - fa notare Marrocco - Si aggiungono, poi, i farmaci da banco o di automedicazione che si assumono senza dirlo al dottore».

Per aiutare i medici di famiglia a risolvere dubbi o problemi, a Roma esiste da anni un osservatorio della Fimmg sulle prescrizioni improprie, dove ogni mese arrivano circa 600 richieste di chiarimenti, non solo da medici, ma anche da parte di pazienti. Uno staff di esperti risponde ai quesiti e raccoglie le segnalazioni, poi inoltrate ai competenti organismi regionali.