

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

LUNEDI' 1° SETTEMBRE 2014

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Speciale ESC. Un nuovo paradigma nella cura dello scompenso cardiaco

Il congresso della Società Europea di Cardiologia ha preso il via a Barcellona con una buona notizia: dopo tanti anni e numerosi flop, finalmente sembra arrivato il momento di aggiornare la terapia dello scompenso cardiaco, con una nuova classe di farmaci, gli ARNi (inibitori dell'angiotensina e della neprilisina), che riducono del 20% la mortalità cardiaca

Per ora è solo una sigla, ma l'LCZ696 farà molto parlare di sé, essendo il primo farmaco, da oltre un decennio ad aver dimostrato di poter fare la differenza nel trattamento dello scompenso cardiaco cronico.

Il congresso della Società Europea di Cardiologia, inaugurato oggi a Barcellona, si apre con la presentazione dei risultati dello studio PARADIGM-HF (*Prospective Comparison of ARNI [Angiotensin Receptor–Neprilysin Inhibitor] with ACEI [Angiotensin-Converting–Enzyme Inhibitor] to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure Trial*), pubblicato in contemporanea *online first* sul *New England Journal of Medicine*. E la notizia fa rapidamente il giro del mondo.

Il farmaco, sviluppato dalla Novartis, è un'associazione tra il vecchio valsartan e il sacubitril, un inibitore della neprilisina. I sartani (ARB) hanno un posto rilevante da anni nel trattamento dello scompenso cardiaco, anche come alternativa agli ACE-inibitori, nei pazienti non in grado di tollerarli, ad esempio per la tosse. La neprilisina è un enzima deputato a degradare bradichinina, peptidi natriuretici e adrenomedullina; bloccando l'azione di questa endopeptidasi, gli inibitori provocano un aumento dei livelli circolanti di questi peptidi che secondo gli autori dello studio controbilancia gli effetti della esagerata attivazione neuroormonale, tipica dello scompenso, che porta a ritenzione di sodio, vasocostrizione e *remodeling* ventricolare.

Il PARADIGM-HF, coordinato da **John J.V. McMurray**, professore di cardiologia presso l'Università di Glasgow, è uno studio clinico condotto su oltre 8 mila pazienti affetti da scompenso cardiaco di classe NYHA 2-4, che ha confrontato l' LCZ696 al dosaggio di 200 mg due volte al giorno, con l'enalapril (10 mg due volte al giorno).

L'Italia ha partecipato con 40 centri, che hanno arruolato 200 pazienti.

I pazienti randomizzati ad uno dei due trattamenti erano già in terapia con farmaci anti-scompenso (il 90% assumeva un beta-bloccante, il 78% un ACE inibitore, il 22% con un sartano e una minoranza con un anti-aldosteronico).

Lo studio è stato interrotto precocemente, lo scorso marzo, dopo 27 mesi perché l' LCZ696 è risultato superiore all'enalapril: il farmaco ha prodotto una riduzione del 20% dell' *endpoint* composito primario di mortalità cardiovascolare e primo ricovero per scompenso cardiaco. Più in dettaglio, LCZ696 ha ridotto del 20% il rischio di morte cardiovascolare, del 21% i ricoveri per scompenso cardiaco e del 16% il rischio di mortalità per tutte le cause.

"I dati presentati al congresso ESC - commenta **Michele Senni**, Direttore della Cardiologia I, Scompenso e Trapianti di Cuore, ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e coordinatore per l'Italia del PARADIGM-HF – dimostrano che LCZ696, rispetto all'ACE inibitore, il capostipite dei farmaci utilizzati fino ad oggi, è potenzialmente superiore in termini di sopravvivenza e di riduzione delle ri-ospedalizzazioni nei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico e con funzione ventricolare sinistra ridotta. Questi dati aprono la strada a un potenziale cambiamento radicale nel trattamento dello scompenso cardiaco cronico, perché per la prima volta una nuova molecola ha mostrato risultati superiori all'attuale standard terapeutico. LCZ696 potrebbe quindi sostituire una delle molecole che attualmente rappresentano il cardine del trattamento, con una conseguente rivoluzione nella terapia dell'insufficienza cardiaca cronica".

Anche **Mariell Jessup**, *past president* dell'American Heart Association, nell'editoriale che accompagna la pubblicazione del lavoro sul *New England Journal of Medicine* suggerisce che LCZ696 potrebbe avere un impatto 'dirompente' nell'area dello scompenso cardiaco.

"Questo farmaco non solo rappresenta un passo avanti significativo – le fa eco **Greg Curfman**, Direttore Esecutivo del *New England Journal of Medicine* – ma apre un nuovo filone di pensiero sullo scompenso cardiaco. E probabilmente, il suo aspetto più interessante è rappresentato dalle ricerche che stimolerà in futuro".

Speciale ESC. Arriva il pacemaker 'swatch'

Da un'idea semplice ma geniale, potrebbe scaturire una nuova generazione di pacemaker 'auto-alimentati', che non avrà bisogno di generatori esterni. Il prototipo è stato messo a punto presso un'università svizzera

L'idea non poteva che venire dalla Svizzera, ispirata dal movimento meccanico degli orologi. Per ora è solo un prototipo ed è stato testato con successo sul cuore di maiali da 60 chili. Ma l'idea, quella di un *pacemaker* senza batteria è decisamente intrigante.

I *pacemaker* attuali funzionano grazie all'energia fornita da un generatore posizionato in una tasca sottocutanea sottoclavicolare. L'impianto richiede un piccolo intervento chirurgico e il generatore va sostituito a distanza di qualche anno e più volte perché si esaurisce.

L'idea di un *pacemaker* con una batteria autoricaricabile, un po' come avviene negli

orologi a carica automatica (inventati nel lontano 1777), è dunque assai interessante. **Adrian Zurbuchen**, *Cardiovascular Engineering Group* presso l'ARTORG, Università di Berna (Svizzera) ha presentato al congresso dell'ESC il suo prototipo *dipacemaker* 'a carica automatica'.

L'innovativo strumento è composto da un *device* epicardico che registra e commuta l'energia meccanica del cuore in energia elettrica, capace a sua volta di alimentare l'elettrodo *pacemaker*. L'apparecchio, testato sul maiale, ad una frequenza cardiaca di 130 battiti al minuto ha consentito di generare una potenza media di 52 μ W.

Il cuore rappresenta dunque un'interessante fonte di energia 'alternativa', con i suoi 100 mila battiti al giorno (36 milioni in un anno). E lo studio di **Zurbuchen** ha dimostrato che trasformare il movimento del cuore in energia elettrica è fattibile, proprio come in un orologio a carica automatica.

L'idea c'è tutta. Adesso va perfezionata e miniaturizzata.

DOCTOR33.IT

Certificati medici, permangono dubbi su sport amatoriale

Certificati medici e sport amatoriale, anche quest'anno si rischia il caos. Il Dl Fare del 2013 ha cancellato l'obbligo del certificato medico per svolgere attività ludico-motoria amatoriale (per esempio nuoto libero o palestra) ma nonostante ciò nell'ultimo anno le strutture hanno continuato a richiederlo ai fini dell'iscrizione. E il rischio è che anche quest'anno, nonostante la legge, i cittadini siano costretti a pagare dai 30 ai 50 euro per un certificato che non serve. Le palestre non si sentono tutelate e nonostante i chiarimenti del Ministero i dubbi ancora permangono. Dubbi che dovrebbero essere quasi sciolti per quanto riguarda invece i certificati per le attività sportive non agonistiche (quelle organizzate dalle scuole, nell'ambito di attività parascolastiche e quelle dei giochi studenteschi a livello provinciale o regionale) su cui sono in arrivo nuove linee guida. Il certificato sarà obbligatorio e avrà validità annuale. L'elettrocardiogramma, invece, dovrà essere effettuato almeno una volta nella vita (dai 60 anni una volta l'anno).

Test medicina, Giannini conferma abolizione: Bellantone: modello francese insostenibile

«Non ci sono le aule, non ci sono i docenti e non si capisce come si possa fare selezione al primo anno». Sono molti, secondo **Rocco Bellantone**, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, i lati oscuri della riforma più volte annunciata dal ministro **Giannini** e ribadita ai rettori giovedì scorso e che prevede l'abolizione dei test d'accesso a medicina. Lo scenario delineato dal ministro, che ora sembra prendere sempre più forma, prevede

un primo anno aperto a tutti con sbarramento finale, secondo il modello francese. Uno “tsunami” intollerabile secondo molti rettori «stiamo parlando di 80.000 studenti» sottolinea Bellantone, per il quale anche spalmare gli studenti sui corsi di laurea affini non è una soluzione. L’ipotesi del ministro è un primo anno comune che raggruppi medicina, farmacia e biotecnologie, ai quali verrebbero impartiti insegnamenti di base comuni a questi indirizzi (chimica, fisica e biologia). «Ma si parla di competenze diverse e di un numero sempre troppo alto di studenti rispetto alle capacità fisiche delle nostre università» sottolinea il preside di Medicina presso l’ateneo romano. Oscuro anche come si possa effettuare la selezione al primo anno, secondo Bellantone. «È chiaro che l’attuale test non va bene» spiega «ma non è certo questa la soluzione. Piuttosto si potrebbe pensare a una selezione a livello dei licei, a una maturità più uniforme sul territorio e a un quiz contestuale alla maturità stessa». Manca ancora una proposta operativa, comunque, anche perché il piano scuola più volte annunciato è stato per ora rimandato visto il rischio di «troppa carne al fuoco» per l’esecutivo guidato da Renzi.

Pubbligate linee guida sulla gestione della listeriosi in gravidanza

L’American college of obstetricians and gynecologists (Acog) ha pubblicato su Obstetrics & gynecology le prime linee guida sulla gestione delle infezioni da *Listeria monocytogenes* in gravidanza, una patologia che tra le gestanti ha un’incidenza circa 13 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. «La malattia, di origine alimentare, può causare complicazioni fetali e perinatali come aborto spontaneo e parto pretermine, nonché la possibile morte neonatale. I sintomi sono simil-influenzali con febbre, dolori muscolari, cefalea e diarrea» riepiloga **Jeffrey Ecker**, ginecologo del Massachusetts general hospital e presidente del Committee on obstetric practice che ha redatto il documento. Il Comitato suddivide le gestanti in tre gruppi: asintomatiche, con sintomi lievi senza febbre, e febbrili con o senza sintomi, raccomandando il test per l’infezione e il trattamento solo per l’ultimo gruppo. «Una donna incinta esposta alla *Listeria* con febbre superiore a 37,5 °C va testata con emocolture» riprende Ecker. E in attesa dei risultati, disponibili non prima di qualche giorno, il documento Acog raccomanda il trattamento antibiotico e l’avvio della sorveglianza fetale. «Viceversa, le donne con sintomi lievi ma senza febbre non necessitano di emocolture. Se tuttavia si ritiene opportuno farle, il laboratorio va informato, per evitare che i batteri vengano scambiati per banali contaminanti» sottolinea il ricercatore. «Per le donne asintomatiche, infine, nessun test è necessario, e nemmeno la sorveglianza fetale» aggiunge il ginecologo, raccomandando di non mangiare cibi ad alto rischio di contaminazione durante la gravidanza. «Trovandosi nel suolo e nelle acque, la *Listeria* può contaminare un’ampia varietà di cibi crudi come carni, verdure, formaggi molli e carni fredde, ma anche cibi preparati come hamburger e hot dog, paté di carne, salumi, burro e prodotti lattierocaseari, specie quelli fatti con latte non pastorizzato. Come molti altri batteri, la *Listeria* viene eliminata dalla pastorizzazione e dalla cottura, ma la contaminazione può avvenire

anche dopo la cottura e prima della vendita. Mantenere una adeguata catena del freddo in caso di acquisto di prodotti confezionati è dunque una misura di estrema importanza per prevenire l'infezione» conclude Ecker.

Obstet Gynecol. 2014 Aug 5. [Epub ahead of print]

Cosmesi e staminali: attenzione alle pubblicità ingannevoli

Le pubblicità sulle cellule staminali a scopo cosmetico non sono ancora supportate da prove scientifiche sulla sicurezza e l'efficacia di tali procedure, almeno secondo uno studio di revisione della letteratura su Plastic and reconstructive surgery, la rivista ufficiale dell'American society of plastic surgeons (Asps). «Le staminali offrono un enorme potenziale, ma il mercato è saturo di dichiarazioni infondate e talvolta ingannevoli o fraudolente che potrebbero mettere a rischio i pazienti» esordisce **Michael Longaker** della Stanford university medical center, dicendosi preoccupato circa l'uso non regolamentato di cellule staminali a scopo cosmetico. «Nonostante il trattamento sia ancora agli inizi, un numero crescente di annunci pubblicitari parla di ringiovanimento con staminali, descrivendone l'uso per il lifting o per la mastoplastica come se fosse una realtà consolidata» osserva il ricercatore. E aggiunge: «Ma questi annunci descrivono benefici derivati da procedure non ancora sottoposte a rigorosa valutazione scientifica, compresi i rischi potenziali e gli effetti sull'invecchiamento». Per fare chiarezza sull'argomento Longaker e colleghi hanno effettuato una ricerca su Google sui trattamenti cosmetici con staminali, di cui il più comune era il lifting con cellule isolate da tessuto adiposo. «Ma i siti consultati fornivano poche informazioni sulla qualità delle cellule usate, e in mancanza di norme di riferimento i prodotti utilizzati potrebbero contenere molti altri tipi di cellule» riprende il ricercatore, sottolineando che i cosiddetti lifting con staminali sono spesso solamente iniezioni di tessuto adiposo prive di qualsiasi effetto sull'invecchiamento. «Ad oggi, solo una procedura con staminali a scopo cosmetico ha ricevuto l'approvazione della Food and drug administration per il trattamento delle rughe sottili del viso» afferma il ricercatore. E conclude: «Le cellule staminali offrono un enorme potenziale per le applicazioni cosmetiche, ma dobbiamo essere vigili per evitare affermazioni non scientifiche che possono minacciare questo settore emergente».

Plast Reconstr Surg. 2014 Aug;134(2):193-200. doi: 10.1097/PRS.0000000000000404.

CORRIERE DELLA SERA.IT

**In arrivo un nuovo farmaco per lo scompenso cardiaco
Presentato al congresso dei cardiologi europei di Barcellona**

In questi giorni Barcellona è assediata dai cardiologi appartenenti alla Società europea di cardiologia (Esc) e a quelle che rappresentano India, Cina, Giappone, Russia, Paesi arabi, Israele. Anche gli americani, di Nord e Sud, ci sono. Il perché, a parte la qualità scientifica dell'Esc, è anche legato ai risultati di uno studio su un nuovo farmaco che potrebbe superare i mitici ace-inibitori, farmaci unici che hanno 25 anni di storia. Il principio attivo ha sigla LCZ696 ed è il capostipite di una nuova classe farmacologica con un meccanismo "2 in 1".

La patologia

Proteggere dalla morte gli affetti (a prescindere dalla causa), da scompenso cardiaco cronico era la sua missione. Verificata con ottimi risultati sperimentali, come indicano i risultati di uno studio (a cui hanno partecipato anche centri italiani) appena pubblicati sul New England Journal of Medicine. Lo scompenso cardiaco cronico in Italia riguarda oltre 1 milione di persone. Il nuovo farmaco riduce la mortalità del 20% e diminuisce in modo evidente il numero di ricoveri dovuti allo scompenso o ad altre malattie correlate. Rispetto all'attuale terapia standard con Ace-inibitore enalapril il risultati sono significativamente superiori, dimostrandosi superiore anche in termini di tollerabilità. Il quadro italiano dello scompenso, in buona parte conseguente a infarto, al momento è il seguente: 600mila malati, altri 100-200 mila che ancora non sanno di esserlo (senza sintomi), uno su 2 che muore entro 5 anni, prima causa di ricovero tra gli over 65. È in tempi bui per l'economia ridurre i ricoveri è più di un successo medico. Senza considerare il leit motiv degli esperti riuniti a Barcellona: lo scompenso cardiaco cronico è come "un'epidemia destinata a crescere".

LCZ696 è atteso in Italia nel 2015. «Parliamo di una vita salvata in più ogni 32 pazienti trattati», commenta Michele Senni, specialista in scompenso all'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e coordinatore per l'Italia dello studio Paradigm Hf, quello pubblicato sul New England Journal of Medicine, con circa 8.400 pazienti arruolati (200 da 40 centri del nostro Paese).

Meccanismo d'azione

«Da un lato LCZ696 agisce sul sistema renina-angiotensina, dall'altro aumenta la produzione degli ormoni natriuretici fabbricati dal cuore che non è solo una pompa, ma è anche una ghiandola», sottolinea Senni. Formulato in compresse, si assume 2 volte al giorno. «Andrà abbinato a beta-bloccanti e antialdosteronici», precisa il cardiologo italiano. «Una rivoluzione», secondo Milton Packer (University of Texas Southwestern Medical Center di Dallas, Usa), che con John McMurray (Università di Glasgow, Scozia) ha guidato lo studio. Il farmaco ha già ottenuto la "corsia preferenziale" dall'agenzia regolatoria americana Fda, mentre la domanda di registrazione sarà avanzata all'ente europeo Ema all'inizio dell'anno prossimo. A confezionarlo per tutto il mondo sarà l'Italia, nello stabilimento Novartis di Torre Annunziata (Napoli).

Sta bene il cuore degli italiani

Sempre da Barcellona, numeri positivi per quanto riguarda l'Italia. I nostri cuori sono mediamente più sani degli altri. Registriamo una riduzione della mortalità

cardiovascolare del 33% mortalità in 10 anni. Nonostante le malattie cardiovascolari rimangano il primo killer nella Penisola, con circa 250 mila decessi all'anno (pari a oltre 2 morti su 5) secondo gli ultimi dati reperibili, «grazie alla prevenzione, al progresso medico e alla capillarità della rete di assistenza sul territorio negli ultimi decenni la mortalità per infarto e malattie ischemiche coronariche nel nostro Paese è crollata». Lo afferma Matteo Di Biase, presidente della Società italiana di cardiologia (Sic), intervistato dall'AdnKronos in occasione dell'apertura del congresso Esc 2014. «Dal 1971 a oggi - dice - con l'introduzione delle unità coronariche, la mortalità per infarto è scesa dal 14% al 3,8%». In linea generale, il trend di riduzione dei decessi cardiovascolari interessa tutta Europa. Lo ha dimostrato uno studio internazionale coordinato da Melanie Nichols dell'università di Oxford (Gran Bretagna) e pubblicato sull'European Heart Journal, la rivista ufficiale dell'Esc. L'analisi ha riguardato 52 Paesi del Vecchio continente su 53 (Andorra è stata esclusa per mancanza di dati), confrontando le ultime cifre disponibili con quelle di 10 anni prima. Scorrendo le tabelle, per l'Italia (dati 2010) si contano circa 196 morti cardiovascolari su 100 mila abitanti tra gli uomini e 131 su 100 mila tra le donne: - 33% in un decennio. Un terzo in meno. Europa divisa, ma in alcuni Paesi fra i maschi ora uccide di più il cancro. Nonostante una situazione a macchia di leopardo, che vede la Russia (915 morti ogni 100 mila abitanti per gli uomini e 517 su 100 mila per le donne) pagare un prezzo 6 volte superiore a quello della Francia (rispettivamente 150 e 87 su 100 mila), la fotografia complessiva certifica un calo dei tassi di mortalità cardiovascolare e coronarica. Con alcune nazioni in cui, almeno gli uomini, muoiono ormai più per cancro che per problemi di cuore: sono Belgio, Danimarca, Francia, Israele, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Slovenia, Spagna e San Marino. La Danimarca, in particolare, è il primo Paese in cui il "sorpasso" del cancro vale anche per le donne. «Lo studio europeo - precisa Di Biase - confronta Paesi molto diversi fra loro per tipo di servizio sanitario, di farmaci assunti, di stili di vita. Tuttavia, il risultato medio generale è che la mortalità cardiovascolare si è ridotta negli anni, con un calo più marcato nelle nazioni avanzate come l'Italia». Da questo punto di vista "siamo tra le nazioni messe meglio". Le nostre finanze forse traballano, ma l'economia del cuore funziona. E anche le cure per il cancro funzionano. Precisa Di Biase: «In Italia il sorpasso sulla mortalità per cuore non è ancora avvenuto perché qui curiamo bene anche il cancro». Attenzione, però, all'obesità che rischia di invertire il trend positivo. A far bene al cuore degli europei è stata soprattutto la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare, dal fumo al colesterolo alto. Ma l'aumento dei livelli di obesità potrebbe rischiare di invertire il trend.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584