

Coordinamento Scientifico: Prof Adriano Venditti (Segretario Generale SIE)
 Segreteria Scientifica: Dott.ssa Claudia Carissimo (Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma)
 Editore Intermedia - Direttore Responsabile Mauro Boldrini
 Anno I - numero 7 - 30 aprile 2007

Gentile collega,

SIENews è un'iniziativa editoriale della Società Italiana di Ematologia. Questa newsletter, riservata ai membri della SIE, viene inviata ogni 15 giorni per divulgare approfondimenti e notizie di interesse per il professionista ematologo.

NEWS DALLA RICERCA

TRAPIANTO ALLOGENICO NON MIELOABLATIVO DA DONATORE NON-CORRELATO NEL MIELOMA MULTIPLO AD ALTO RISCHIO L'allografto non mieloablativo da donatore non-correlato è un trattamento, indicato nel mieloma, in grado di offrire un migliore controllo della malattia laddove il trattamento è precoce. A queste ... <leggi>

CARATTERIZZAZIONE DELL'APLASIA ERITROCITARIA PURA SECONDARIA A GRAVIDANZA Ricercatori, appartenenti alla Divisione di Ematologia e Oncologia medica del JG Brown Cancer Center, University of Louisville, e al Louisville Oncology, hanno caratterizzato la sindrome ... <leggi>

PRESENTAZIONE CLINICA, FREQUENZA DI EMOFAGOCITOSI E COMPORTAMENTO CLINICO DEL LINFOMA INTRAVASCOLARE Le caratteristiche cliniche del linfoma intravascolare variano sulla base dell'associazione con emofagocitosi e del paese in cui viene diagnosticato. Pazienti occidentali, giapponesi e asiatici ... <leggi>

RELAZIONE TRA ACCUMULO DI FERRO E MORBILTÀ/MORTALITÀ IN PAZIENTI CON TALASSEMIA E ANEMIA FALCIFORME CRONICAMENTE TRASFUSI A dispetto dei progressi terapeutici, la mortalità della popolazione di pazienti adulti sottoposti a regime trasfusionale cronico è 3 volte più elevata ... <leggi>

NUOVO METODO PER LA DIAGNOSI DEI DISORDINI MIELOPROLIFERATIVI CRONICI E DELLE TROMBOCITOSI DI ORIGINE SCONOSCIUTA La nuova metodica di RT-PCR multipla associata ad elettroforesi capillare si presta bene alla diagnosi genetica di routine dei disordini mielo-proliferativi cronici e per lo screening iniziale ... <leggi>

IL CARIOTIPO COME FATTORE PROGNOSTICO INDIPENDENTE NELLA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA L'osservazione che il cariotipo complesso e la condizione di ipodiploidia /triploidia aumentino il rischio di fallimento della terapia dimostra che la selezione di gruppi citogenetici diversi dal cromosoma ... <leggi>

AGGIORNAMENTI DI POLITICA SANITARIA

INDAGINE CINEAS, 4 ITALIANI SU 10 NON SI FIDANO DELL'OSPEDALE Milano, 19 aprile - Il guasto fatale, l'intervento chirurgico apparentemente banale che finisce in tragedia, il trapianto di organi infetti. Gli errori in corsia ... <leggi>

FARMACI: RICOVERI DA EFFETTI COLLATERALI, 30% PER ERRATA PRESCRIZIONE Roma, 17 aprile - A volte una cura può far ammalare. I medicinali, infatti, possono essere causa di un ricovero in ospedale per patologie farmaco-correlate ... <leggi>

TDM, 13% ITALIANI BOCCIA COMPORTAMENTO MEDICI Roma, 17 aprile - Dal paziente 'pacco postale', scaricato da un medico all'altro, al lancio di scopettoni contro i malati ... <leggi>

TDM, MENO ERRORI MEDICI MA LI SEGNALE 1 PAZIENTE SU 5 Roma, 17 aprile - Diminuiscono i sospetti errori nella pratica medica e diagnostica, facendo registrare un -5,7% di segnalazioni rispetto al 2005. Tuttavia, proprio il dato sugli errori ... <leggi>

FARMACI: OSPEDALI GENOVA, MONODOSI ANTI-ERRORI E RISPARMIO Genova, 13 aprile - Prescrizioni di farmaci in corsia su palmari, non più scatole di farmaci in reparto, sostituite da dosi uniche, personalizzate e tracciabili per ogni paziente: partirà in autunno da Genova, prima città in Italia ... <leggi>

BANDI E CONGRESSI

CORSO ITINERANTE SUL MIELOMA MULTIPLO (info)

PROPHYLAXIS AND THERAPY OF HEPATITIS B IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENTS (info)

9TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON MYELODYSPLASTIC SYNDROMES (info)

12TH CONGRESS OF THE EUROPEAN HEMATOLOGY ASSOCIATION (info)

Tutti i soci SIE sono invitati a collaborare al riempimento di questo spazio inviando all'attenzione di Antonella Boraso (newsletters@intermedianews.it) tutte le informazioni relative a bandi o concorsi di cui vengano a conoscenza. Vi ringraziamo fin d'ora per la collaborazione.

I numeri arretrati di SIENews si possono scaricare dai soci SIE dal sito: www.siematologia.it

NEWS DALLA RICERCA**TRAPIANTO ALLOGENICO NON MIELOABLATIVO DA DONATORE NON-CORRELATO NEL MIELOMA MULTIPLO AD ALTO RISCHIO**

L'allograft non mieloablativo da donatore non-correlato è un trattamento, indicato nel mieloma, in grado di offrire un migliore controllo della malattia laddove il trattamento è precoce. A queste conclusioni è giunto il Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo che ha pubblicato i risultati dello studio sulla rivista *European Journal of Haematology*. L'allograft non mieloablativo è un trattamento che induce remissioni durature e rappresenta una possibile strategia di cura del mieloma. La procedura di condizionamento non mieloablativo ha permesso la riduzione della mortalità legata al trapianto e di quella associata alla mielosoppressione ed ha ampliato l'intervallo di età per accedere al trapianto. Tassi elevati di risposta sono osservati specialmente quando l'allograft è preceduto da chemioterapia citoreducente ad alte dosi. Gli autori hanno infatti studiato la possibilità di utilizzare l'allograft non mieloablativo come parte del piano di trattamento iniziale o di salvataggio in pazienti già trattati con terapia intensiva. Sono stati sottoposti ad allograft non mieloablativo 22 pazienti, 10 come parte del trattamento iniziale e 12 alla recidiva. I donatori sono stati selezionati con tipizzazione ad alta risoluzione di HLA-A, B, C, DRB1 e DQB1 ed è stata consentita la differenza di un singolo allele di classe I. Il condizionamento consisteva nella somministrazione di fludarabina alla dose di 90 mg/m² e irradiazione total body di 2 Gy. La profilassi della GVHD includeva ciclosporina e micofenolato mofetile. Tutti i pazienti, eccetto 2 (91%), sono stati trapiantati. Dopo un follow-up mediano di 20 mesi (range: 10-30), l'incidenza di GVHD acuta o cronica, di grado II-IV, era rispettivamente del 50 e 61%. La risposta globale è stata del 55%, con 4 (20%) remissioni complete e 7 (35%) parziali. Nei pazienti trapiantati la risposta globale al trattamento iniziale è stata pari all'89% mentre nel gruppo pretrattato era del 27% (p = 0.01). La sopravvivenza globale a 2 anni e quella libera da eventi sono state entrambi del 79% nel gruppo in trattamento iniziale, del 27% e 25% nel gruppo di pazienti con recidiva (p = 0.025 e p = 0.006, rispettivamente). In totale, 6 pazienti sono deceduti per cause legate al trapianto e 3 per progressione della malattia.

Riferimento bibliografico:

Benedetto Bruno, Roberto Sorasio, Francesca Patriarca, Vittorio Montefusco, Stefano Guidi, Alessandro Busca, Rosanna Scimé, Giuseppe Console, Giuseppe Milone, Giuseppe Marotta, Alida Dominietto, Luisa Giaccone, Marcello Rotta, Michele Falda, Andrea Bacigalupo, Alberto Bosi, Paolo Corradini, Renato Fanin, Simona Pollichieni, Mario Boccadoro on behalf of Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo (GITMO)

Unrelated donor haematopoietic cell transplantation after non-myceloablative conditioning for patients with high-risk multiple myeloma

European Journal of Haematology 2007 April; Volume 78, Issue 4: Pages 330 - 337

CARATTERIZZAZIONE DELL'APLASIA ERITROCITARIA PURA SECONDARIA A GRAVIDANZA

Ricercatori, appartenenti alla Divisione di Ematologia e Oncologia medica del JG Brown Cancer Center, University of Louisville, e al Louisville Oncology, hanno caratterizzato la sindrome da aplasia pura della serie rossa (APSR), secondaria a gravidanza. In questo studio, pubblicato sulla rivista *Annals of Hematology*, sono stati revisionati tutti i casi pubblicati in letteratura circa questa condizione. È stato incluso il caso di una paziente che ha sviluppato APSR tre volte, due in corso di gravidanza e una dopo la somministrazione di medrossiprogesterone. Sono state considerate nello studio 10 pazienti che hanno sviluppato episodi di APSR indotti durante 13 gravidanze, dove la manifestazione della sindrome può avvenire in qualsiasi momento del periodo gestazionale. Tutte le pazienti hanno ricevuto trasfusioni di sangue e 6 di queste sono state trattate con corticosteroidi. L'APSR si è risolta in tutte le pazienti dopo il parto. Cinque donne hanno avuto successive gravidanze, 3 complicate da APSR, 1 normale e 1 risoltasi con aborto spontaneo senza APSR. Una donna ha invece sviluppato APSR dopo lunga esposizione a medrossiprogesterone. I campioni di sangue relativi a 9 casi di neonati erano normali. L'APSR indotta da gravidanza è una sindrome auto-limitante a rischio elevato di recidiva durante le successive gravidanze, può però essere controllata da trasfusioni di sangue. Anche la somministrazione di progestinici può innescare la sindrome.

Riferimento bibliografico:

Muneeb A. Choudry, Bryan K. Moffett and Damian A. Laber

Pure red-cell aplasia secondary to pregnancy, characterization of a syndrome

Annals of Hematology 2007; Volume 86, April, Number 4: Pages 233 - 237

TOP

PRESENTAZIONE CLINICA, FREQUENZA DI EMOFAGOCITOSI E COMPORTAMENTO CLINICO DEL LINFOMA INTRAVASCOLARE

Le caratteristiche cliniche del linfoma intravascolare (LIV) variano sulla base dell'associazione con emofagocitosi e del paese in cui viene diagnosticato. Pazienti occidentali, giapponesi e asiatici sono stati studiati localmente da ricercatori appartenenti all'International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG). I pazienti con una diagnosi di LIV negativo per emofagocitosi presentavano caratteristiche cliniche simili, mentre quelli con LIV associato a emofagocitosi mostravano caratteristiche cliniche significativamente diverse, pur avendo entrambe le forme prognosi infausta. In questo studio, pubblicato sulla rivista *Haematologica/The Hematology Journal*, le caratteristiche cliniche di 50 pazienti occidentali con LIV sono state confrontate con quelle di 123 pazienti con LIV diagnosticato nei paesi dell'est asiatico (87 in Giappone e 36 in altri paesi asiatici). L'emofagocitosi non è stata osservata nei pazienti occidentali, ma in 38 (44%) pazienti giapponesi ($p = 0.00001$) e in 7 (19%) pazienti di altri paesi asiatici ($p = 0.002$) essa era presente. Nessuna differenza clinica era evidente tra i pazienti con LIV negativo per emofagocitosi e diagnosticato nei paesi occidentali, Giappone e altri paesi orientali. D'altra parte, i pazienti giapponesi e non, che presentavano LIV non legato a emofagocitosi, mostravano più frequentemente uno stadio avanzato di malattia, con febbre, coinvolgimento epato-splenico, infiltrazione del midollo, dispnea, anemia e trombocitopenia ma raramente avevano manifestazioni cutanee o coinvolgimento del sistema nervoso centrale. L'interessamento linfonodale e del sangue periferico era meno comune in tutti i sottogruppi. Nei pazienti occidentali, la chemioterapia con antracicline era associata a una percentuale di remissione del 52% e la sopravvivenza globale a 2 anni era pari al 46%. Adeguati studi molecolari sono necessari per meglio delineare le caratteristiche cliniche del LIV e verificare se queste ultime riflettano entità biologiche diverse.

Riferimento bibliografico:

Andrés J.M. Ferreri, Giuseppina P. Dognini, Elías Campo, Rein Willemze, John F. Seymour, Osnat Bairey, Maurizio Martelli, Amalia De Renzo, Claudio Doglioni, Carlos Montalbán, Alberto Tedeschi, Astrid Pavlovsky, Sue Morgan, Lilj Uziel, Massimo Ferracci, Stefano Ascani, Umberto Gianelli, Carlo Patriarca, Fabio Facchetti, Alessio Dalla Libera, Barbara Pertoldi, Barbara Horváth, Arpad Szomor, Emanuele Zucca, Franco Cavalli, Maurilio Ponzoni on behalf of the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG)

Variations in clinical presentation, frequency of hemophagocytosis and clinical behavior of intravascular lymphoma diagnosed in different geographical regions

haematologica/the hematology journal 2007; Volume 92 (Number 4): Pages 486 - 492

RELAZIONE TRA ACCUMULO DI FERRO E MORBILTÀ/MORTALITÀ IN PAZIENTI CON TALASSEMIA E ANEMIA FALCIFORME CRONICAMENTE TRASFUSI

A dispetto dei progressi terapeutici, la mortalità della popolazione di pazienti adulti sottoposti a regime trasfusionale cronico è 3 volte più elevata della popolazione americana generale. È questa la conclusione del presente studio, pubblicato sull'American Journal of Hematology, che ha incluso 142 pazienti con talassemia (Tal), 199 con anemia falciforme (AF) trasfusi e 64 con AF non trasfusi, con l'obiettivo di determinare la frequenza di mortalità e morbilità legata ad accumulo di ferro. I pazienti arruolati in 31 centri distribuiti negli Stati Uniti, in Canada e nel Regno Unito avevano simile distribuzione per età (globale: 25 ± 11 anni, media \pm DS) e sesso (52% donne). I pazienti con AF trasfusi sono stati ospedalizzati più spesso dei pazienti non trasfusi o con Tal ($p < 0.001$). Tra gli ospedalizzati, i pazienti adulti con AF e trasfusione-dipendenti avevano maggiori probabilità di essere senza lavoro rispetto ai pazienti con Tal (RR = 1.6, IC 95%: 1.0 - 2.5) o con AF non trasfusi (RR = 3.1, IC 95%: 1.3 - 7.3). È stata anche osservata una correlazione positiva tra grado di accumulo di ferro, determinato attraverso il livello di ferritina serica, e frequenza di ospedalizzazione ($r = 0.20$; $p = 0.009$). Sono stati registrati 23 decessi (6 Tal, 17 AF trasfusi) nei 23.5 ± 10 mesi di follow-up. Nel gruppo di pazienti con AF trasfusione-dipendenti, i deceduti avevano iniziato la terapia trasfusionale (25.3 vs. 12.4 anni, $p < 0.001$) e di chelazione (26.8 vs. 14.2 anni, $p = 0.01$) in un periodo successivo rispetto ai lungo-sopravvissuti. La frequenza di morte normalizzata nei pazienti con Tal è risultata inferiore (2.2/100 persone anno) rispetto a quella dei pazienti con AF trasfusione-dipendenti (7.0/100 persone anno; RR = 0.38; IC 95%: 0.12 - 0.99). Un più lungo follow-up di questa popolazione potrà aiutare a meglio definire la relazione tra accumulo di ferro cronico e morbilità/mortalità.

Riferimento bibliografico:

Ellen B. Fung, Paul Harmatz, Meredith Milet, Samir K. Ballas, Laura De Castro, Ward Hagar, William Owen, Nancy Olivieri, Kim Smith-Whitley, Deepika Darbari, Winfred Wang, Elliott Vichinsky, The Multi-Center Study of Iron Overload Research Group

Morbidity and mortality in chronically transfused subjects with thalassemia and sickle cell disease: A report from the multi-center study of iron overload

American Journal of Hematology 2007 April; Volume 82, Issue 4: Pages 255 - 265

NUOVO METODO PER LA DIAGNOSI DEI DISORDINI MIELOPROLIFERATIVI CRONICI E DELLE TROMBOCITOSI DI ORIGINE SCONOSCIUTA

La nuova metodica di RT-PCR multipla associata ad elettroforesi capillare si presta bene alla diagnosi genetica di routine dei disordini mieloproliferativi cronici (DMC) e per lo screening iniziale della trombocitosi di natura sconosciuta. La ricerca di marker genetici migliora la diagnosi di DMC e aiuta la distinzione da condizioni reattive simili, come l'eritrocitosi e la trombocitosi. Gli autori dello studio, pubblicato su *Annals of Hematology*, hanno messo a punto un test composto da PCR seguito da elettroforesi capillare, disegnato per individuare le due principali lesioni associate a DMC: la fusione BCR-ABL, caratteristica della leucemia mieloide cronica, e la mutazione JAK2 V617F, tipica della policitemia vera e di una parte dei casi di trombocitemia essenziale e mielofibrosi idiopatica. Il test è stato applicato alla diagnosi di 50 pazienti con alterazioni di almeno 2 parametri emocromocitometrici all'esordio e di 42 pazienti con trombocitosi isolata non reattiva. Tale approccio ha definito la diagnosi in 44 dei 50 casi nel primo gruppo di pazienti e in 22 dei 42 casi con trombocitosi isolata.

Riferimento bibliografico:

Emanuele Ammatuna, Tiziana Ottone, Serena Zaza, Serena Lavorgna, Rosa Grillo, Paola Curzi, Paola Panetta, Giorgio Federici, Sergio Amadori and Francesco Lo-Coco

Diagnostic refinement of chronic myeloproliferative disorders and thrombocytoses of unknown origin by multiple RT-PCR and capillary electrophoresis of BCR-ABL rearrangements and JAK2 (V617F) mutation

Annals of Hematology 2007, May; Volume 86, Number 5: Pages 355 - 361

TOP

IL CARIOTIPO COME FATTORE PROGNOSTICO INDIPENDENTE NELLA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA

L'osservazione che il cariotipo complesso e la condizione di ipodiploidia/triploidia aumentino il rischio di fallimento della terapia dimostra che la selezione di gruppi citogenetici diversi dal cromosoma Philadelphia (Ph) è necessaria per la stratificazione del rischio per pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA). Questi i risultati degli studi UKALLXII e 2993 mediante revisione dei dati citogenetici di 1522 pazienti, analisi condotta dal Medical Research Council (MRC)/National Cancer Research Institute (NCRI) Adult Leukaemia Working Party of the United Kingdom e l'Eastern Cooperative Oncology Group dall'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Il "pattern" citogenetico prima del trattamento è da tempo conosciuto come un fattore prognostico nelle malattie ematologiche maligne, ma la sua utilità nella LLA dell'adulto è limitata dalla presenza del cromosoma Ph a causa della ridotta incidenza di altre anomalie ricorrenti. In questo studio pubblicato su Blood, sono state analizzate l'incidenza e le associazioni cliniche per più di 20 anomalie cromosomiche specifiche. I pazienti con cromosoma Ph, t(4;11)(q21;q23), t(8;14)(q24.1;q32), cariotipo complesso (5 o più anomalie cromosomiche) o ipodiploidia/triploidia hanno minori percentuali di sopravvivenza globale e libera da eventi quando comparati con pazienti con anomalie differenti. Al contrario, pazienti con iperdiploidia o delezione 9p presentano prognosi migliore. L'analisi multivariata ha inoltre dimostrato che il ruolo prognostico di t(8;14), cariotipo complesso e ipodiploidia/triploidia era indipendente da sesso, età, numero di leucociti e stato delle cellule T nei pazienti Ph-negativi.

Riferimento bibliografico:

Anthony V. Moorman, Christine J. Harrison, Georgina A. N. Buck, Sue M. Richards, Lorna M. Secker-Walker, Mary Martineau, Gail H. Vance, Athena M. Cherry, Rodney R. Higgins, Adele K. Fielding, Letizia Foroni, Elisabeth Paietta, Martin S. Tallman, Mark R. Litzow, Peter H. Wiernik, Jacob M. Rowe, Anthony H. Goldstone, Gordon W. Dewald, on behalf of the Medical Research Council (MRC)/National Cancer Research Institute (NCRI) Adult Leukaemia Working Party of the United Kingdom and the Eastern Cooperative Oncology Group

Karyotype is an independent prognostic factor in adult acute lymphoblastic leukemia (ALL): analysis of cytogenetic data from patients treated on the Medical Research Council (MRC) UKALLXII/Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 2993 trial

Blood, 15 April 2007; Volume 109, Number 8: Pages 3189 - 3197

AGGIORNAMENTI DI POLITICA SANITARIA

INDAGINE CINEAS, 4 ITALIANI SU 10 NON SI FIDANO DELL'OSPEDALE

Milano, 19 aprile - Il guasto fatale, l'intervento chirurgico apparentemente banale che finisce in tragedia, il trapianto di organi infetti. Gli errori in corsia che si trasformano in 'cronaca nera' preoccupano sempre di più gli italiani: oltre 4 (43,2%) su 10 ritengono gli ospedali italiani poco o per nulla affidabili (36,5% e 6,6% rispettivamente), con punte di sfiducia al Sud e nelle Isole (48% contro il 31,1% del Nord-Ovest) e 'picchi' di paura soprattutto per le prestazioni di Pronto Soccorso (30,9%), sala operatoria (29,1%), diagnostica (23,7%) e degenza sia post-intervento (4,2%) che pre-intervento (3,7%). A 'mappare' i timori dei pazienti nelle strutture sanitarie della penisola è un'indagine condotta in ottobre dal Cineas, consorzio universitario specializzato nella prevenzione e gestione dei rischi. La ricerca - presentata oggi a Milano - ha coinvolto mille connazionali maggiorenni: studenti, lavoratori, pensionati, casalinghe, disoccupati o in cerca della prima occupazione, 'reclutati' tra Nord-Ovest (26,9%), Nord-Est (19%), Centro (19,7%), Sud e Isole (34,4%). Dalle risposte raccolte emerge che, se il 56,8% degli italiani ripone molta (7,1%) o abbastanza (49,7%) fiducia negli ospedali, la 'fetta' restante confessa di non sentirsi al sicuro. Per tutelarsi, il 64% rimane 'passivo' e non fa nulla, il 22,2% si assicura e il 13,8% ricorre ad altri strumenti. Ma quali sono le soluzioni proposte dagli italiani per ospedali a prova di 'svista'? In generale - risulta dall'indagine Cineas - il 57,5% degli intervistati crede che la prima via da seguire sia assumere 'camici bianchi' più preparati o responsabilizzarli maggiormente. Le risposte, tuttavia, cambiano in base alla fascia d'età considerata. Per il 38,4% degli italiani over 65, specie di Centro e Sud e con basso livello di istruzione, la colpa dell'eventuale errore dipende dal fattore umano e dalla qualità tecnica della prestazione. Per il 28,6% dei 18-34enni, invece, soprattutto del Nord e più istruiti, l'elemento 'chiave' sta nell'organizzazione del lavoro, da controllare e a volte ripensare. "L'ottimismo è un rischio che vogliamo correre", commenta Adolfo Bertani, presidente del Cineas, convinto che la fiducia dei cittadini nella sanità italiana possa crescere "favorendo la compartecipazione medico-paziente". Il segreto di una medicina più umana, concorda Pasquale Spinelli, presidente della Fism (Federazione nazionale società mediche e scientifiche), sta nel "creare un paziente informato. Per raggiungere questo traguardo, il mezzo di cui disponiamo è il consenso informato. Ma questo strumento - sottolinea - non può ridursi a un foglio da far firmare al malato. Per un consenso davvero informato il medico deve dialogare con pazienti e familiari, e accertarsi che abbiano veramente capito quello che viene detto e suggerito loro. Ma per farlo serve tempo, e spesso i medici alle prese con una lunga lista di malati da assistere non ne hanno abbastanza. Sei minuti a visita non bastano: ne servono 10, a volte 12. Il tempo è un costo - conclude Spinelli - ma è un costo da affrontare" per evitare che i pazienti italiani fuggano all'estero.

FARMACI: RICOVERI DA EFFETTI COLLATERALI, 30% PER ERRATA PRESCRIZIONE

Roma, 17 aprile - A volte una cura può far ammalare. I medicinali, infatti, possono essere causa di un ricovero in ospedale per patologie farmaco-correlate che, però, nel 3,7% dei casi sono evitabili. ‘Sul banco degli imputati’ finiscono, ai primi posti, i medicinali antiaggreganti, i diuretici, gli antinfiammatori e gli anticoagulanti, che insieme rappresentano il 51% dei casi di ricovero. Nel 30,6% dei casi, il ricovero è dovuto ad una errata prescrizione del farmaco, nel 33,3% a un’inadeguata aderenza alla terapia prescritta e nel 22,2% dei casi al mancato controllo nel tempo della terapia in atto. Questi i risultati di un'analisi condotta da ricercatori britannici di Nottingham e colleghi olandesi di Nijmegen, che hanno passato in rassegna varie banche dati (Cochrane Library, Index UK, Medline ecc.). Sono stati selezionati, partendo da 122 studi rilevanti, 17 studi osservazionali prospettici nei quali erano riportati la percentuale di ricoveri ospedalieri farmaco-correlati prevenibili, i farmaci chiamati in causa e i motivi possibili. Dallo studio è dunque emerso che la media dei ricoveri ospedalieri da farmaco prevenibili era pari al 3,7% (con un intervallo da 1,4 a 15,4 nei 13 studi valutati). La maggioranza (51%) di questi ricoveri (nei 9 studi valutati) era dovuta a farmaci antiaggreganti (16%), diuretici (16%), antinfiammatori non steroidei (11%) e anticoagulanti (8%). “Concentrando gli interventi preventivi su questi farmaci - commentano gli autori dello studio, riportato sul bollettino di farmacovigilanza dell'Aifa - si può ridurre notevolmente il numero di ricoveri ospedalieri dovuti a una cattiva prescrizione, a una non buona aderenza alle indicazioni d’uso dei farmaci e al mancato controllo delle terapie prescritte”.

TOP

TDM, 13% ITALIANI BOCCIA COMPORTAMENTO MEDICI

Roma, 17 aprile - Dal paziente 'pacco postale', scaricato da un medico all'altro, al lancio di scopettoni contro i malati da parte di ausiliari sanitari; dall'infermiere che non accorre all'arrivo dell'ambulanza alla paziente spogliata "dimenticata" per ore in attesa di un esame mentre i sanitari entrano ed escono dalla stanza. Gli italiani bocciano il comportamento degli operatori sanitari, denunciando soprattutto superficialità, indifferenza, scortesia e arroganza. Il dato emerge dal X Rapporto Pit salute del Tribunale per i Diritti del Malato: ben il 13% delle segnalazioni dei cittadini (+1,5% sul 2005) riguarda, infatti, episodi 'al limite' verificatisi nel servizio sanitario. Gli atteggiamenti poco graditi si manifestano in primo luogo negli ospedali (51,2%), ma anche in Usl (29,9%) e cliniche private (10,4%) e si concentrano nelle regioni del nord (36,7% rispetto al 29,3% del sud). Il dito dei pazienti, che denunciano atteggiamenti inopportuni, è puntato soprattutto contro i medici specialisti (49,8%), seguiti dai medici di famiglia (8%) e dal personale del pronto soccorso (6,4%). "Chiediamo - ha affermato il segretario generale TDM - cittadinazzattiva Teresa Petrangolini - che vengano introdotti veri sistemi di verifica su questi aspetti, che minano il rapporto di fiducia tra cittadino e operatori; è inoltre necessario dare strumenti alla valutazione da parte dei cittadini anche attraverso l'audit civico e rappresentanti delle organizzazioni di tutela dei cittadini - ha concluso - dovrebbero entrare a pieno titolo nei nuclei di valutazione".

TOP

TDM, MENO ERRORI MEDICI MA LI SEGNA LA 1 PAZIENTE SU 5

Roma, 17 aprile - Diminuiscono i sospetti errori nella pratica medica e diagnostica, facendo registrare un -5,7% di segnalazioni rispetto al 2005. Tuttavia, proprio il dato sugli errori medici resta il principale ‘neo’ della sanità italiana e sempre primo per segnalazioni: a denunciarli, infatti, è ancora 1 cittadino su 5 tra quelli che nell’ultimo anno si sono rivolti a Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato. Il dato emerge dal X Rapporto Pit salute del TDM ‘Diritti a pezzi? La sanità tra universalità e federalismo’, presentato oggi a Roma ed elaborato su un totale di 19.776 segnalazioni giunte nel corso del 2006. Il 56,1% delle denunce di errore è fatta da donne e la fascia maggiormente colpita è quella dai 36 ai 56 anni, con un tasso di mortalità del 21% (anche se si registra il 38% di decessi nella fascia 66-76 anni). In quasi 1 caso su 3, l’errore si verifica in ortopedia o oncologia, mentre “netti miglioramenti” si registrano nell’area della chirurgia generale. Quanto alla tipologia, si tratta prevalentemente di errori occorsi durante lo svolgimento di interventi chirurgici (72%) o diagnosi errate (22%) e si verificano soprattutto nelle strutture di ricovero o nei pronto soccorso (oltre il 20%). A guidare la ‘classifica’ degli errori medici è l’area ortopedia (18,7%), seguita da oncologia (13,6%), ginecologia e ostetricia (8,8%), chirurgia generale (8,5%) e pronto soccorso (5,7%). Negli ultimi otto anni, miglioramenti si segnalano soprattutto per la chirurgia (-5,3%), mentre la situazione peggiora per oncologia (+3,5%), odontoiatria (+1,6%) e ortopedia (+0,5%). “Nonostante i tanti proclami - ha commentato la coordinatrice nazionale del TDM Francesca Moccia - in Italia non esiste ancora un registro ufficiale degli errori e in molti casi mancano anche le unità di Risk management nate proprio perchè si possa imparare dagli errori fatti. È ora che questi strumenti - ha detto - diventino obbligatori e che si intervenga su chi non li adotta”.

TOP

FARMACI: OSPEDALI GENOVA, MONODOSI ANTIERRORI E RISPARMIO

Genova, 13 aprile - Prescrizioni di farmaci in corsia su palmari, non più scatole di farmaci in reparto, sostituite da dosi uniche, personalizzate e tracciabili per ogni paziente: partirà in autunno da Genova, prima città in Italia, la somministrazione della dose unica dei farmaci negli ospedali, un nuovo sistema completamente informatizzato che ha l'obiettivo di evitare gli errori di somministrazione permettendo anche un risparmio. Si comincerà in due reparti dell'ospedale di San Martino, gastroenterologia e chirurgia vascolare, per poi estendersi all'ospedale Galliera e ad altri dell'area metropolitana. L'annuncio è stato dato dall'assessore regionale alla salute Claudio Montaldo nel convegno "Innovare per non rischiare". Il meccanismo prevede la prescrizione per la terapia giornaliera da parte del medico durante i giri di visita, attraverso un apposito software installato su PC portatili o palmari, che sarà integrato con la cartella clinica informatizzata in corso di progettazione; le terapie prescritte vengono recepite in tempo reale dal Laboratorio di riconfezionamento in dose unitaria dove vengono preparate, per alcuni reparti, le terapie personalizzate; a livello centrale (Laboratorio di riconfezionamento) si realizza la produzione della dose unitaria dei farmaci per la alimentazione dei magazzini automatici di reparto e delle scorte di reparto ed infine il ciclo termina con la somministrazione dei farmaci al paziente, controllati sempre da un sistema informatico. Secondo il direttore generale del San Martino, Gaetano Cosenza, "il farmaco a dose unica costa al San Martino 22 milioni di euro con un contratto di 9 anni che include tutta l'informatizzazione del magazzino e della distribuzione, costo che sarà ammortizzato grazie ai risparmi a partire dal quinto anno". Il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, Nello Martini, ha rimarcato che "in Italia è la prima iniziativa di metodo di allestimento della terapia con la prescrizione a computer e il prelievo automatico". Gli infermieri dovranno solo controllare che il codice a barre delle dosi uniche corrisponda a quello sul braccialetto del paziente. "Inizieremo con 200 posti letto - ha concluso Cosenza - in tre anni diventeranno 700 per completare il servizio sull'intera degenza nel 2009". Le monodosi verranno confezionate nella farmacia dell'ospedale. Il padiglione nove diventerà la centrale operativa. "L'avvio della somministrazione della dose unica del farmaco, primi in Italia, a cominciare dall'ospedale San Martino per proseguire poi con il Galliera e con tutta l'area metropolitana genovese ci riempie di orgoglio per l'inizio di un percorso di responsabilità e di sicurezza nei confronti del paziente", ha rimarcato ancora l'assessore Montaldo.

TOP

BANDI E CONGRESSI

CORSO ITINERANTE SUL MIELOMA MULTIPLO

Roma 20 Aprile, 18 Maggio, 15 Giugno

<programma definitivo>

Presidenti del corso: Prof. Sergio Amadori, Prof.ssa Luciana Annino

Presidenti delle Giornate Congressuali: A. Monarca, P. de Fabritiis, I. Majolino

Segreteria Scientifica: Dott. Tommaso Caravita di Toritto, Dott. Luca De Rosa, Dott. Giacinto La Verde

Segreteria organizzativa:

Future Events Studio Srl - Provider ECM n. 11764

Tel +39 334 147 26 97

Fax +39 178 277 87 88

e-mail: futureevents@tiscali.it

TOP

PROPHYLAXIS AND THERAPY OF HEPATITIS B IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENTS

Torino, 10-11 maggio 2007 Aula Magna Ospedale Molinette

Evento patrocinato dall' AISF (Associazione Italiana Studio Fegato) finalizzato alla profilassi e terapia dell'epatite B negli immunocompromessi.

Per informazioni ed iscrizioni è possibile consultare il programma presso il sito AISF (www.webaisf.org).

Per scaricare il programma vai al sito www.medinews.it

TOP

9TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON MYELODYSPLASTIC SYNDROMES

Firenze May 16-19, 2007 Palazzo dei Congressi, Piazza Adua 1

Segreteria organizzativa: Studio ER Congressi - Gruppo Triumph

Via Marconi 36, 40122 Bologna, Italy

Tel: +39 051 4210559

Fax: +39 051 4210174

E-mail: ercongressi@gruppotriumph.it.

Website: <http://www.ercongressi.it>

TOP

12TH CONGRESS OF THE EUROPEAN HEMATOLOGY ASSOCIATION

Vienna 7-10 June, 2007, Neue Messe Vienna, Austria

The Fellowships Program 2007 includes a number of EHA Research Fellowships as well as the long established EHA - José Carreras Foundation Young Investigator Fellowship. Each grant in the 2007 program is for a two-year period. Awards will be made at the 12th Annual Congress of EHA in Vienna, June 7-10, 2007 and will be payable from January 2008

Website: <http://congress.ehaweb.org/12th/>

TOP

CORSO ITINERANTE SUL MIELOMA MULTIPLIO

Roma

20 APRILE 18 MAGGIO 15 GIUGNO
2007

PRESIDENTI DEL CORSO:

Prof. Sergio Amadori, Prof. Luciana Annino

20 aprile

LA DIAGNOSTICA DELLE DISCRASIE PLASMACELLULARI E DELL'AMILOIDOSI

Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Via di Grotta Rossa

18 maggio

COMPLICANZE NEL MIELOMA MULTIPLIO

Villa Eur - Viale dell'Umanesimo

15 giugno

LA TERAPIA DEL MIELOMA MULTIPLIO

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Circ.ne Gianicolense

PRESIDENTI DELLE GIORNATE CONGRESSUALI

A. Monarca
P. de Fabritiis
I. Majolino

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dott. Tommaso Caravita di Toritto
Dott. Luca De Rosa
Dott. Giacinto La Verde

IN COLLABORAZIONE CON:



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



FUTURE EVENTS STUDIO S.r.l.

Provider ECM n. 11764
E-mail: futureevents@tiscali.it
Tel. +393341472697 - Fax +391782778788

TOP