

## DALLE ALTRE RIVISTE



### DIFFERENZE GEOGRAFICHE E SOCIOECONOMICHE NELL'ACCESSO ALLE PROCEDURE DI RIVASCULARIZZAZIONE POST-INFARTO MIocardICO

Il trattamento efficace dell'infarto miocardico acuto (IMA) con soprallivellamento del segmento ST (STEMI) richiede un sistema ben funzionante che si basi sulla diagnosi preospedaliera, sul trasporto veloce alla struttura sanitaria più appropriata e alla terapia di riperfusione dell'arteria coronarica responsabile dell'IMA. Lo studio ha valutato le disuguaglianze nell'accesso alle procedure di riperfusione coronarica nel post-IMA nella Regione Piemonte e le sue variazioni in 9 anni di osservazione. Le Unità Coronariche (UC) sono state geocodificate attraverso un sistema informativo geografico (SIG) e il tempo di trasporto dall'UC alla residenza dei pazienti è stato diviso in categorie: 0-20, 20-39 e  $\geq 40$  min. L'associazione tra i diversi tempi di trasporto e la terapia di riperfusione con Angioplastica Coronarica Percutanea (PTCA) entro due giorni dall'ospedalizzazione per IMA è stata analizzata negli anni: 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012. Il 29% dei pazienti con diagnosi di IMA ( $n=66097$ ) è stato rivascularizzato entro due giorni dall'ospedalizzazione. Durante gli anni di osservazione la percentuale di pazienti con IMA sottoposti a PTCA era aumentata dal 25% al 30%. Le donne ( $RR=0,85$ ; [95% CI=0,83-0,88]) e i pazienti più anziani ( $\geq 80$  anni,  $RR = 0,42$ ; [0,40-0,43]) presentavano una ridotta probabilità di essere rivascularizzate. Solo durante il primo periodo di studio, una maggiore distanza tra residenza del paziente e l'ospedale e un basso livello d'istruzione ( $RR=0,78$  [0,74-0,82]) risultavano associati a una minore probabilità di eseguire una PTCA. Negli ultimi anni, le differenze socioeconomiche e geografiche si sono ridotte e non sembrano rappresentare le principali cause di non adeguata terapia nei pazienti con IMA. (Lidia Staszewsky)

**Fonte:** De Luca G, Petrelli A, Landriscina T, Gnani R, Giammaria M, Costa G. Geographic and socioeconomic differences in access to revascularization following acute myocardial infarction. *Eur J Public Health* 2016; 26: 760-5.

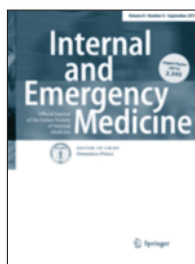


### IPOTERMIA ASSOCIATA A IBUPROFENE IN ETÀ PEDIATRICA

L'ibuprofene è un farmaco di prima scelta nel trattamento della febbre e del dolore leggero-moderato in pediatria, e, insieme al paracetamolo, risulta tra i farmaci più utilizzati per questa indicazione. Nel 2015 una analisi periodica del sistema italiano di sorveglianza delle reazioni avverse ha mostrato la potenziale associazione tra ibuprofene e ipotermia nei bambini.

I casi di reazioni avverse associate a ibuprofene sono stati estratti dal database italiano delle segnalazioni spontanee e da VigiBase fino al dicembre 2015. Nel primo database le segnalazioni di ipotermia legate ad ibuprofene sono state 19 su un totale di 3386 segnalazioni riferibili ad ibuprofene. All'evento ipotermia a seguito di esposizione al farmaco è stata associata una significativa disproporzionalità, con un PPR di 19,8 (IC 95%, 12,0-32,9). La causalità dell'associazione è stata classificata come probabile per 16 casi, mentre per 3 era possibile. Nel database VigiBase sono stati identificati invece 168 casi di ipotermia associata a ibuprofene, di questi 126 riguardavano bambini, con un *information component* pari a 2.05 (IC<sub>025'</sub> 1,82). Un totale di 49 casi sono stati definiti gravi, 6 di essi erano dovuti a sovradosaggio, e 3 pazienti sono morti. Sembra dunque possibile una relazione causale tra esposizione ad ibuprofene e ipotermia. Sebbene il rischio assoluto di ipotermia non sia quantificabile dai risultati di questo studio, l'informazione ha rilevanza dato il diffuso uso del farmaco e la potenziale gravità degli esiti. (Daniele Piovani)

**Fonte:** Donati M, Monaco L, Melis M et al. Ibuprofen-associated hypothermia in children: analysis of the Italian spontaneous reporting database. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; 72: 1239-43.



## LA CAMPAGNA CHOOSING WISELY DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA INTERNA

L'appropriatezza è uno dei problemi di maggior rilievo per i sistemi di assistenza sanitaria in termini di rischi inutili per i pazienti, qualità dell'atto medico, costi e organizzazione. L'appropriatezza è il fulcro del movimento Choosing Wisely nato negli USA nel 2012 e poi diffusosi in altri 19 paesi, Italia compresa con la campagna *Fare di più non significa fare meglio* ([www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/](http://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/)).

La Società Italiana di Medicina Interna ha identificato le più frequenti pratiche a rischio di inapproprietezza, attraverso un approccio bottom-up rivolto a tutti i membri. Una prima selezione ha riguardato le pratiche identificate in USA e Canada e successivamente una seconda, tramite voto (409 iscritti alla società rispondenti su 2306 contattati), ha permesso di selezionare 5 pratiche. Questo articolo descrive un metodo di lavoro che facilmente potrebbe essere adottato da altre società e richiama l'attenzione sul ruolo che le società scientifiche possono ricoprire nel migliorare l'assistenza e nell'evitare di esporre i pazienti a rischi di pratiche inappropriate.

Infine, non va dimenticato che queste campagne necessitano fortemente della collaborazione con i cittadini, perché la cultura dell'appropriatezza sia condivisa e l'informazione sia il veicolo per una migliore assistenza. (Paola Mosconi)

### Le 5 pratiche SIMI:

- evitare di prescrivere il riposo a letto, a meno che non esista una indicazione specifica. Promuovere la mobilitazione precoce;
- non eseguire il D-dimero test senza un'indicazione precisa;
- non prescrivere una terapia antibiotica per via endovenosa a lungo termine in assenza di sintomi;
- non prescrivere inibitori della pompa protonica a tempo indeterminato in assenza di indicazioni specifiche;
- non collocare, o mantenere, cateteri centrali inseriti perifericamente.

**Fonte:** Montano N, Costantino G, Casazza G, et al. The Italian Society of Internal Medicine choosing wisely campaign. *Intern Emerg Med* 2016; 11: 1125-30.

## EFFETTO DELL'ADERENZA ALLA TERAPIA INALATORIA SULLA SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI IN PAZIENTI AFFETTI DA BPCO

Se la terapia inalatoria migliora la sopravvivenza nella BPCO è ancora una domanda aperta. Lo scopo di questo studio è valutare l'effetto della aderenza alla terapia inalatoria nella BPCO sulla sopravvivenza a 5 anni. È uno studio di coorte che utilizza database contenenti informazioni su ricoveri, terapia farmacologica e mortalità. Soggetti di età superiore ai 45 anni sono stati arruolati dopo un ricovero per esacerbazione di BPCO durante il periodo 2006-2009. La dose giornaliera di farmaco inalato durante i 5 anni di follow up è stata calcolata, e cinque livelli di esposizione sono stati identificati: 1) uso regolare di long-acting agonisti  $\beta_2$  e corticosteroidi inalatori (LABA/ICS); 2) uso occasionale di LABA/ICS; 3) uso regolare di LABA; 4) uso occasionale di LABA; 5) utilizzo di altri farmaci respiratori non LABA. Un totale di 12124 soggetti sono stati seguiti (46% donne; età media 73,8 anni) per un tempo medio di follow up di 2,4 anni, e un tasso di mortalità = 11,9 per 100 persone/anno. Confrontati al gruppo che ha fatto uso regolare di LABA/ICS, tutti gli altri gruppi hanno mostrato un rischio di mortalità più alto, con il rischio più alto calcolato per il gruppo che utilizzava altri farmaci respiratori non LABA (HR= 0,89, IC 95% 1,43-1,87). I pazienti del gruppo che faceva uso regolare di LABA hanno avuto una sopravvivenza più alta dei soggetti del gruppo che ha usato solo occasionalmente la terapia LABA/ICS. I risultati avvalorano le raccomandazioni sull'uso regolare dei farmaci respiratori per il miglioramento dello stato di salute e la prognosi nella BPCO moderata-severa. (Marina Bianchi)

**Fonte:** Belleudi V, Di Martino M, Cascini S, et al., on behalf of the OUTPUL Study Group. The impact of adherence to inhaled drugs on 5-year survival in COPD patients: a time dependent approach. *Pharmacoeconomics Drug Saf* 2016; 25: 1295-304.