

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 2 numero 20

Giugno 2006

Indice

L'obesità aumenta il rischio neoplastico	Pag. 2
I fitoestrogeni calano il rischio di ca polmonare; diminuire il fumo e' ancora meglio	Pag. 2
Probabile recidiva neoplastica se il PSA raddoppia in 8 mesi	Pag. 2
Calcolare la prognosi del ca mammario	Pag. 3
Pubblicita' farmaceutica al pubblico: gli USA mettono in guardia	Pag. 3
Il pioglitazone: molto utile, con qualche problema	Pag. 4
Infezione neonatale di HCV: gia' in utero	Pag. 4
Di cosa si muore, dopo frattura dell' anca?	Pag. 5
Il lavoro che amavo...	Pag. 5
La Disfunzione Erettile puo' essere spia di patologia cardiovascolare	Pag. 6
Elettrodi cerebrali per l' ipertensione arteriosa	Pag. 6
Uccidere il tumore con la terapia genica	Pag. 6
Obbligo di denuncia di attività illecita da parte del dipendente pubblico	Pag. 6
TAC total body: uno screening che serve?	Pag. 7
Diabete gestazionale: controversie e consigli	Pag. 7
Nuovi trattamenti per il diabete: insulina inalatoria, exenatide	Pag. 8
Ciarlatani e falsi medici: attenzione alle conseguenze!	Pag. 8
La scheda clinica del MdF non e' atto pubblico (per ora...)	Pag. 10
Giubbotto catarifrangente: obbligo fondamentale	Pag. 10
NOVITA' DALLA GAZZETTA UFFICIALE (di Marco Venuti)	Pag. 11
News prescrittive (dalla G. U.) di Marco Venuti	Pag. 12
Ormoni sessuali e rischio di diabete tipo 2: dipende dai sessi	Pag. 12
Rimborso di spese accessorie per cure all' estero: a discrezione nazionale	Pag. 12
Ricovero troppo lungo? Si e' responsabili anche dei danni non voluti	Pag. 13
Si possono usare le cefalosporine nei pazienti allergici alla penicillina?	Pag. 13
Come ti risolviamo il problema	Pag. 14
Allucinazioni Virtuali	Pag. 14

Mensile di informazione e varie attualita'
Reg. Trib. Roma n. 397/2004
del 7/10/2004

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**

O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422

Versione registrata delle "PILLOLE" DI
MEDICINA TELEMATICA" attive dal
1998

<http://www.scienzaeprofessione.it>

Patrocinate da

O.M. della Provincia di Padova

SIMG-Roma

A. S. M. L. U. C. (Associazione Specialisti in Medicina Legale dell' Università' Cattolica)

Medico&Leggi

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)

Marco Venuti (agg. legale)

Renato Rossi (coordinatore)

Giuseppe Ressa (redattore)

Guido Zamperini (redattore)

Daniele Zampini (D.R.)

Per riceverla gratuitamente:

Scrivere a

d.zamperini@fastwebnet.it

Cell. 333/5961678

Archivio completo:

Oltre 4000 articoli e varie risorse
su <http://www.pillole.org/>

Contenuti selezionati:

www.scienzaeprofessione.it

*Il nostro materiale salvo diverse
indicazioni è liberamente
utilizzabile per uso privato,
riproducibile citando la fonte*

**Per proporre articoli o collaborazioni
scrivere alla redazione**

I^A Congresso Nazionale di Ippocrate

Incontro tra medici di Famiglia e Specialisti su problemi di clinica pratica

Uliveto Terme—Sabato 25 novembre 2006

Organizzato e patrocinato da Promed-Galileo

vmetta@promedgalileo.org

L'obesità aumenta il rischio neoplastico

.Una ricerca, effettuata in Austria, suggerisce una associazione importante tra obesità e rischio oncologico.

Lo studio ha seguito oltre 145.000 persone (67.447 uomini e 78.484 donne) per 10 anni.

L'età media dei soggetti arruolati, all'inizio dello studio, era di 42 anni. Entro la fine del periodo di osservazione furono diagnosticati 6241 tumori. Erano disponibili dati sul fumo, sul tipo di occupazione, sul BMI. In base al BMI i soggetti venivano classificati come normali (BMI

18,5 - 24,99), sovrappeso (BMI 25 - 29,99), obesi classe I (BMI 30 - 34,99), obesi classe II e III (BMI \geq 35).

Per gli uomini il rischio di cancro del colon era di 1,6 per gli obesi classi I e di 2,5 per gli obesi classe II e III rispetto ai soggetti con BMI normale. Per un BMI \geq 30 il rischio per cancro del retto era di 1,7 e di cancro pancreatico di 2,3.

Per le donne si osservò una modesta associazione positiva tra BMI e qualsiasi

tipo di tumore.

Per il cancro dell'endometrio il rischio per le obese classe I era di 2,1 e per le classi II e III di 3,9. Per un BMI \geq 30 il rischio di linfoma non Hodgkin era di 2,9. L'associazione tra BMI e cancro mammario risultò debole anche se per le donne > 65 anni tale rischio era di 1,5 per la classe I e di 1,3 per le classi II e III.

Ref: British Journal of Cancer 2005; 93:1062-7

I fitoestrogeni calano il rischio di ca polmonare; diminuire il fumo e' ancora meglio

Due studi pubblicati nello stesso numero di JAMA hanno valutato da una parte la relazione tra assunzione di fitoestrogeni e rischio di cancro polmonare e dall'altra se la riduzione del fumo in forti fumatori sia in grado di abbattere il rischio di neoplasia polmonare.

Il primo [1] è uno studio di tipo caso-controllo in cui sono stati arruolati 1674 pazienti con cancro polmonare (casi) e 1735 soggetti sani (controlli). Tutti i partecipanti sono stati interrogati circa il tipo di alimentazione assunta, in modo da quantificare dettagliatamente l'introduzione di 12 tipi di fitoestrogeni. L'assunzione di fitosteroli, isoflavoidi e fitoestrogeni era associata ad una riduzione del rischio di sviluppare un cancro polmonare. La riduzione andava dal 21% per i fitosteroli al 46% per tutti i tipi di fitoestrogeni. Negli uomini il beneficio era evidente per ogni tipo di fitoestrogeno assunto mentre per le donne solo per il totale dei fitoestrogeni. Il beneficio era evidente nei fumatori attuali e nei non fumatori ma non nei pregressi fumatori.

Nel secondo studio [2] è stato valutato se la riduzione del numero di sigarette fumate al giorno sia in grado di diminuire il rischio di sviluppo di cancro polmonare. Si tratta di uno studio osservazionale prospettico su 19.714 soggetti

con un follow-up di ben 31 anni. Durante lo studio si svilupparono 864 cancri polmonari. I pazienti sono stati suddivisi in 6 gruppi: 1) forti fumatori (15 o più sigarette al giorno)

2) riduttori, cioè fumatori che avevano ridotto il numero di sigarette passando dalle 15 e più al giorno ad almeno la metà

3) fumatori leggeri (1-14 sigarette/die)

4) soggetti che avevano smesso di fumare tra la prima e la seconda visita di controllo

5) ex-fumatori stabili

6) non fumatori.

Il rischio, rispetto a chi continuava a fumare 15 o più sigarette al giorno, era inferiore del 27% per i riduttori, del 46% per i fumatori leggeri, del 50% per chi aveva smesso tra la prima e la seconda valutazione, dell'83% per gli ex-fumatori e del 91% per i non fumatori.

Ref:

1. Schabath MB et al. Dietary Phytoestrogens and Lung Cancer Risk .

JAMA. 2005 Sept 28; 294:1493-1504.

2. Godtfredsen NS et al. Effect of Smoking Reduction on Lung Cancer Risk . JAMA. 2005 sept 28; 294:1505-1510.

Commento di Renato Rossi

Questi due studi, pur molto diversi tra

loro nel disegno e negli scopi, esplorano entrambi aspetti interessanti del cancro polmonare. Il primo studio, pur con tutte le limitazioni legate al disegno (di tipo caso-controllo), suggerisce che l'assunzione di fitoestrogeni con la dieta sia in qualche modo in grado di proteggere dallo sviluppo di cancro polmonare.

Questi risultati si aggiungono a quelli di studi precedenti di tipo epidemiologico ma è ancora presto prima di poter affermare un affetto protettivo dei fitoestrogeni: è necessario che questi dati siano confermati da studi prospettici di lungo respiro e su casistiche molto più numerose.

Il secondo studio è molto interessante perchè dimostra da una parte, se ce ne fosse ancora bisogno, lo stretto legame tra fumo di sigarette e sviluppo di cancro polmonare, e dall'altra che per il forte fumatore può valere la pena di ridurre almeno il numero di sigarette fumate, se proprio non riesce a smettere: se riuscisse a dimezzare le sigarette fumate ogni giorno vedrebbe, con il passare degli anni, diminuire il suo rischio del 27%. Verrebbe da dire "Meglio questo che niente".

Impressionante la differenza di rischio tra chi fuma 15 o più sigarette/die e il non fumatore: quest'ultimo ha un rischio inferiore del 91%!

Probabile recidiva neoplastica se il PSA raddoppia in 8 mesi

Sono stati studiati 621 pazienti con cancro della prostata trattato con terapia ormonale e radioterapia fra 1989 e 2003 per determinare se la recidiva clinica correlasse con la velocità con cui il loro livello PSA fosse aumentato. La recidiva è stata definita come cancro che ricorre nella prostata o che si diffonde ad altre parti del corpo. I ricercatori hanno scoperto che la misura del tempo di raddop-

piamento del livello di PSA rispetto alla fase immediatamente successiva al trattamento è un buon indicatore di recidiva o di morte per cancro prostatico.

I pazienti in cui il livello di PSA si è raddoppiato dopo otto mesi la recidiva è risultata più rara rispetto a quelli in cui il raddoppio del PSA era avvenuto entro 8 mesi. Il tasso di recidiva quinquennale stimato per i pazienti con un tempo di

raddoppio del PSA di più di otto mesi era del 9,4 per cento mentre era del 60,4 per cento nei pazienti in cui il tempo di raddoppio era inferiore o uguale ad otto mesi.

Fonte: International Journal of Radiation Oncology*Biophysics 2005; 63:456-462

Calcolare la prognosi del ca mammario

Alcuni autori hanno elaborato un sistema a punteggio che dovrebbe aiutare i medici a stilare una prognosi nel cancro mammario. Il metodo detto "Breast cancer severity scale" (BCSS) si basa sulla valutazione di 3 variabili:

*Diametro del tumore:

- inferiore a 1 cm: 1 punto
- da 1,1 a 2 cm: 2 punti
- da 2,1 a 5 cm: 3 punti
- > 5,1 cm: 4 punti

*Numero di linfonodi positivi:

- da 1 a 3 linfonodi positivi: 1 punto
- da 4 a 9 linfonodi positivi: 5 punti
- 10 o più linfonodi positivi: 10 punti

*Recettori per estrogeni e progesterone:

- 1 punto se assenti i recettori per gli estrogeni
- 1 punto se assenti i recettori per il progesterone
- 2 punti se assenti entrambi i recettori

Il metodo è stato testato su 417 donne con cancro mammario. Usando i criteri di stadiazione dell'American Joint Commission on Cancer Staging, 171 pazienti

erano in stadio I, 190 in stadio II, 28 in stadio III e 30 in stadio IV.

Il BCSS medio era di 2,4 per le donne in stadio I, di 4,7 per quelle in stadio II, di 7,9 per lo stadio III e di 7,0 per lo stadio IV. La sopravvivenza a 5 anni era del 100% per lo stadio I, del 97% per lo stadio II, del 68% per lo stadio III e del 18% per lo stadio IV. La sopravvivenza libera da malattia a 5 anni era del 95% per lo stadio I, del 91% per lo stadio II, del 55% per lo stadio III.

Il metodo BCSS fornisce informazioni prognostiche migliori rispetto al tradizionale metodo di stadiazione: uno score di 7 punti discrimina tra le pazienti con buona e quelle con cattiva prognosi.

La sopravvivenza a 5 anni è del 92% per le donne con score inferiore a 7 punti e del 44% per quelle con score più elevato. Se si scorporano le donne con cancro mammario in stadio IV, la sopravvivenza a 5 anni è del 99% per le donne con score inferiore a 7 e del 75% per quelle con score superiore.

La sopravvivenza libera da malattia a 5

anni è rispettivamente del 93% e 60%.

Ref: Am J Surg Oct.2003; 186:404-8.

Commento di Renato Rossi

Riprendiamo questo studio, ormai del 2003, perchè ci sembra utile anche per il medico non specialista.

Di fronte ad una donna operata di cancro mammario ci chiediamo quale sarà la sua prognosi a distanza e se sia possibile stabilirlo con sufficiente attendibilità. Ovviamente la risposta dipende da vari fattori, che sono del resto facilmente intuibili: le dimensioni del tumore al momento della diagnosi, la presenza o assenza di coinvolgimento linfonodale, lo stato dei recettori ormonali.

Il merito del metodo denominato BCSS è soprattutto quello della semplicità in quanto si basa su pochi dati che possono essere facilmente a conoscenza anche del medico curante; inoltre non sono necessarie operazioni complicate o l'applicazione di difficili algoritmi e il calcolo del punteggio può essere fatto in pochi istanti. In questo modo si potrà stabilire, natu-

Publicita' farmaceutica al pubblico: gli USA mettono in guardia

L'ipotesi biologica del deficit di serotonina quale meccanismo patogenetico alla base della depressione sarebbe largamente indimostrato.

Secondo gli Autori del lavoro comparso su PLOS Medicine (1), non vi sarebbero evidenze scientifiche che la depressione sia causata da un deficit di serotonina. Negli Stati Uniti è possibile effettuare campagne di informazione diretta al pubblico volte a "sensibilizzare" circa l'esistenza e la gravità di date patologie e delle relative possibilità terapeutiche. E' bene ricordare che tempo fa qualcuno voleva introdurre qualcosa di simile anche in Europa, fortunatamente tale ipotesi è stata poi sventata. La pubblicità diretta al pubblico assorbe ingenti risorse ed è regolata solo ex post dalla FDA che può chiedere di ritirare o modificare il contenuto delle campagne pubblicitarie se il loro contenuto non è in linea con le informazioni prevalenti della comunità scientifica o risulta addirittura chiaramente falso, infondato o fuorviante. Da un punto di vista tecnico FDA può intervenire su una campagna pubblicitaria diretta al pubblico anche quando si faccia riferimento ad un meccanismo d'azione del prodotto reclamizzato che ri-

sulti incerto senza fare esplicita menzione delle limitazioni circa appunto le incertezze delle evidenze. Gli Autori ritengono che questo sia appunto il caso di alcune campagne dirette al pubblico inerenti gli antidepressivi SSRI.

Gli Autori denunciano anche che i soggetti con problemi distimici sono naturalmente più pronti ad essere influenzati dalle campagne dirette al pubblico. La rappresentazione della depressione come un disturbo "idraulico" da mancanza di serotonina ha una grossa presa sul pubblico e può alimentare richieste improprie di prescrizioni.

A tal riguardo giova ricordare che in un lavoro pubblicato nel 2002 su JAMA (2) alcuni attori addestrati a simulare disturbi dell'umore hanno chiesto ed ottenuto la prescrizione di un presidio a base di paroxetina da molti dei medici cui si erano rivolti. Gli Autori del presente articolo temono che le campagne pubblicitarie direttamente rivolte al pubblico incitino a formulare tali richieste da parte dei cittadini. Inoltre la rappresentazione della depressione come uno sbilanciamento o una deficienza di serotonina rende seducente il concetto del ripristino verso il (naturale) equilibrio del neuro-

trasmettitore carente. Insomma l'assunzione del farmaco in realtà rimedierebbe ad una carenza o ripristinerebbe un naturale equilibrio alteratosi.

Il mercato degli antidepressivi è enorme ed assorbe ingenti risorse. Viene da chiedersi come Lord Warner, ministro della sanità del Regno Unito, se sia opportuno dare un'etichetta patologica a semplici aspetti della "normale" condizione umana (3).

Tuttavia occorre anche chiedersi se sia solo "colpa" della pubblicità questa deriva verso il bisogno esasperato e diffuso di voler trovare una malattia cui ricondurre la fatica di vivere senza più valori, in preda ad un relativismo sempre più diffuso che stordisce l'uomo e lo disconnette dal continuum dei tradizionali valori sociali e familiari aprendo sotto ai suoi piedi un abisso di confusione e sazietà disperazione.

Luca Puccetti

1) Jeffrey R. Lacasse, Jonathan Leo Plos Medicine, 2005 Dicembre 2005

2) UK parliament House of Commons Select Committee on Health Fourth Report; 2005 (London)

3) Jama, 2002; 293:1995-2002.

Il pioglitazone: molto utile, con qualche problema

E' stato presentato ad Atene, al 41° meeting dell'European Association for the Study of Diabetes (e successivamente pubblicato sul Lancet) lo studio PROactive (Prospective Pioglitazone Clinical Trial in Macrovascular Events).

Nello studio sono stati arruolati 5238 pazienti con diabete tipo 2 di 19 paesi europei. L'età media era di 61.8 anni, la durata media della malattia diabetica era di 9,5 e i soggetti avevano una evidenza di malattia cardiovascolare.

Si trattava quindi di diabetici particolarmente a rischio elevato. I pazienti sono stati randomizzati per 3 anni a ricevere pioglitazone o placebo. Inoltre i pazienti ricevevano la terapia standard per il diabete (più di metà assumevano metformina o una sulfanilurea e un terzo usava insulina in associazione agli antidiabetici orali). Oltre alla terapia antidiabetica i pazienti erano in trattamento ottimale con aspirina, statine, farmaci antipertensivi.

L'obiettivo dello studio era la valutazione di un end-point primario composto da sei diversi eventi (morte, infarto non fatale, sindrome coronarica acuta, interventi cardiaci, ictus, amputazione maggiore degli arti e by-pass coronarico o PCI). Questo end-point venne ridotto del 10% dal trattamento con pioglitazone ma non raggiunse la significatività statistica ($P = 0,095$). Tuttavia l'analisi dell'end-point secondario principale (che era costituito dai componenti individuali dell'end-point primario) mostrava che il pioglitazone riduceva il rischio di attacco cardiaco, stroke e morte del 16%, una riduzione significativa dal punto di vista statistico ($P = 0,027$).

Inoltre il pioglitazone ridusse del 50% il numero di pazienti in cui si rendeva necessario l'uso dell'insulina.

Il 6% dei pazienti trattati con pioglitazone e il 4% di quelli nel gruppo placebo vennero ricoverati per scompenso cardiaco tuttavia la percentuale di casi di scompenso cardiaco fatale non differiva tra i due gruppi.

Secondo gli autori ogni 500 pazienti dia-

betici tipo 2 ad alto rischio trattati per 3 anni con pioglitazone si hanno 10 eventi (ictus, attacco cardiaco o morte) in meno.

Ref:

-Studio PROactive. Atene, settembre 2005. 41° meeting dell'European Association for the Study of Diabetes

-Lancet 2005 Oct 8; 366:1279-1289

Commento di Renato Rossi

I glitazoni (rosiglitazone e pioglitazone) agiscono aumentando la sensibilità dei tessuti periferici all'insulina; oltre a questo sono in grado di migliorare l'ipertensione e l'ipercolesterolemia e sembrano dotati di proprietà antinfiammatorie e vascolari. Questi effetti li hanno resi particolarmente interessanti, ma vi sono preoccupazioni circa il loro profilo di sicurezza. Possono provocare infatti, specialmente in associazione all'insulina, aumento di peso e ritenzione idrica e perciò vanno evitati nel paziente scompenso o cardiopatico sintomatico [1]. Sono state segnalate anche reazioni epatiche ed ematologiche per cui è necessario un monitoraggio frequente della funzionalità epatica e dell'emocromo durante il loro uso. Recentemente sono stati sottoposti ad esame dal NICE, l'organismo inglese che valuta rischi e benefici dei trattamenti [2], che ne consiglia l'uso solo nei casi di diabete non controllato in cui l'associazione sulfoniluree/metformina sia controindicata o non tollerata. Sempre il NICE consiglia di evitare l'uso dei glitazoni con l'insulina, anche se la FDA ha approvato il rosiglitazone in monoterapia o associato all'insulina [3].

Fino ad ora inoltre non c'erano dati a lungo termine circa la loro efficacia sugli esiti clinici e per la verità non erano molti neppure gli studi sugli altri trattamenti (vedi a tal proposito una pillola recente che si è occupata di questo aspetto). Anzi lo studio UKPDS (circa 5000 pazienti arruolati con follow-up di 10 anni) aveva mostrato che la terapia ipoglicemizzante aggressiva riduce gli eventi microvasco-

lari ma ha scarso impatto su quelli macrovascolari e che l'unico farmaco in grado di ridurre la mortalità sembra essere la metformina.

Lo studio PROactive è il primo studio che ha valutato un glitazone su esiti clinici. Se si deve valutare lo studio sulla base dell'end-point primario (che è quello sul quale viene tarata la potenza del trial) si dovrebbe dire che l'esito è stato negativo. Però esaminando gli end-point secondari risulta che il trattamento ha ridotto attacchi cardiaci, ictus e morte del 16%; l'NNT è 50: si evita uno di questi tre eventi ogni 50 pazienti trattati per 3 anni.

Queste le notizie positive. Ma vi sono anche dei dati che debbono richiamare alla cautela: il pioglitazone aumenta il rischio di scompenso cardiaco e di aumento del peso corporeo rispetto al placebo; inoltre non sappiamo per certo quale sia il profilo di rischio del farmaco quando associato all'insulina, come fa notare un editorialista commentando lo studio.

Quali sono le conclusioni, necessariamente provvisorie, che si possono trarre per il medico pratico?

La prima conclusione è che sicuramente sono necessari ulteriori studi sia per confermare questi dati che per valutare completamente il rapporto rischi/benefici e gli effetti collaterali della terapia a lungo termine.

La seconda conclusione è che nello studio erano arruolati diabetici tipo 2 particolarmente a rischio elevato, non è detto che i risultati siano automaticamente trasferibili ai diabetici meno a rischio. Infine si può dire che per ora i glitazoni rimangono farmaci di seconda scelta che possono avere un ruolo nei pazienti a rischio elevato in cui la terapia standard non riesca a raggiungere equilibri glicemici accettabili.

Ref:1. Circulation 2003;108:2941

2. Medscape Medical News 2003 Feb 28; sito internet: www.medscape.com

3. Medscape Medical News 2003 Feb 28; sito internet: www.medscape.com

Infezione neonatale di HCV: già' in utero

Nella metà dei casi, la trasmissione madre-figlio del virus dell'epatite C (Hcv) avviene in utero; nei casi restanti l'infezione sembra avvenire durante il parto, con scarse prove di trasmissione post-parto. La modalità del parto ed il sesso del neonato non risultano associati alla

positività della PCR nei primi tre giorni di vita, a differenza del basso peso neonatale e dell'infezione con virus di genotipo 1. Il trattamento della madre con terapia antivirale non è purtroppo possibile, in quanto diversi degli agenti implicati sono controindicati in gravidanza. Se

però dovesse rendersi disponibile una qualche forma di trattamento, essa dovrebbe essere iniziata nelle fasi precoci della gravidanza dato l'elevato tasso di trasmissione intrauterina.

Fonte: Arch Dis Child 2005; 90: F156-60)

Di cosa si muore, dopo frattura dell'anca?

Scopo di questo studio osservazionale prospettico era valutare quali sono i fattori che influenzano la mortalità a 30 giorni ed a un anno nelle fratture dell'anca. A tal fine sono stati reclutati 2448 pazienti consecutivi ricoverati per frattura dell'anca in un periodo di 4 anni. Sono stati esclusi 358 pazienti: quelli con età < 60 anni, quelli con fratture periprotetische, con fratture patologiche, con fratture trattate in modo non chirurgico e quelli deceduti prima dell'intervento.

La mortalità risultò del 9,6% a 30 giorni e del 33% ad un anno. Le complicanze post-operatorie più comuni furono le infezioni toraciche (9%) e lo scompenso cardiaco (5%). Nei pazienti che svilupparono uno scompenso cardiaco la mortalità a 30 giorni fu del 65% mentre il 92% era deceduto entro un anno. In quelli che svilupparono una infezione toracica la mortalità a 30 giorni fu del 43%.

I fattori di rischio associati ad un aumen-

to della mortalità a 30 giorni furono la presenza di 3 o più comorbidità, di malattie respiratorie e di tumori

Ref:

Roche JJW et al. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study BMJ 2005 Dec 10; 331: 1374

Commento di Renato Rossi

Le fratture dell'anca sono una patologia tipica dell'anziano e con l'invecchiamento progressivo della popolazione è prevedibile un loro aumento. Questo studio testimonia di quanto sia elevata la mortalità dopo l'intervento chirurgico. ad un anno circa un terzo dei pazienti operati è deceduto! Lo studio mostra anche che gli outcomes peggiori si verificano quando compaiono complicanze post-operatorie (soprattutto infezioni toraciche e scom-

penso cardiaco).

Tuttavia vi sono altri fattori che influenzano la mortalità post-operatoria e sono la presenza, al momento del ricovero, di patologie importanti, soprattutto malattie respiratorie o neoplasie.

Lo studio fornisce utili indicazioni per una precoce valutazione specialistica del paziente operato di frattura dell'anca.

Tuttavia, data la gravità di questa patologia sarebbero importanti tutte quelle misure atte a ridurre il rischio di frattura, misure che non possono essere solo di tipo farmacologico (terapia dell'osteoporosi) ma devono anche basarsi sulla prevenzione ambientale delle cadute come la rimozione dei tappeti, l'uso di corrimano, l'illuminazione degli ambienti, la limitazione dei farmaci che negli anziani possono provocare vertigini o ipotensione ortostatica o comunque favorire le cadute, ecc.

Il lavoro che amavo...

Se si è fortunati, può capitare di trovare il lavoro dei nostri sogni. Poco conta quanto sia difficile, o quanto distante da casa, o quante responsabilità comporti: se il lavoro che troviamo ci è congeniale, questo basta a farcelo piacere. Ma è un idillio eterno, o le cose possono cambiare nel tempo?

Purtroppo l'idillio può cessare, e quando cessa, dopo un tempo sempre difficile da predire, lo stesso lavoro che prima era pieno di spunti, di possibilità e di ricchezza diventa noioso, ripetitivo, e sterile.

Qualcuno ha, però, tentato di indagare e di spiegare cosa succede durante il processo di disamoramento verso il proprio lavoro, e questo qualcuno sono gli esperti della Sirota Survey Intelligence - che mediante una indagine che ha coinvolto più di un milione e 200 mila dipendenti di 52 tra le più importanti imprese statunitensi hanno stabilito che bastano sei mesi per far sì che l'idillio abbia termine.

La domanda a cui rispondere adesso è cosa influenzi questo legame: se pensiamo ad un legame affettivo possiamo ipotizzare che la colpa sia dei partner; in un legame lavorativo, quali sono i fattori

che influenzano l'attaccamento?

Prima di tutto la colpa è dei manager: le stesse persone che gestiscono le aziende sono le responsabili del calo dell'entusiasmo del nuovo entrato.

Sono incapaci di motivare efficacemente i propri sottoposti, di distribuire adeguatamente i riconoscimenti adeguati.

Secondo "Harvard Management Update" gli impiegati sarebbero oltretutto limitati dalla enorme quantità di permessi ed autorizzazioni necessarie per portare a compimento ogni atto del proprio lavoro, oltre che da orsi di formazione spesso non sufficienti per il lavoro effettivo che devono svolgere.

A condire il tutto va aggiunta una scarsa efficienza del sistema di diffusione e trasmissione delle informazioni, e che poche volte i responsabili sono in grado di delegare parte del proprio potere.

Il quadro che ne viene fuori è desolante: nel sistema organizzativo aziendale sono carenti i settori fondamentali per un buon lavoro.

Gli impiegati, infatti, comunicano male fra loro e con i superiori, ricevono premi non adeguati e mal distribuiti, hanno pesanti obblighi burocratici da assolvere per ogni fase del proprio lavoro, che a sua volta viene portato avanti con una formazione scarsa, e non hanno possibi-

lità di vedersi assegnare incarichi decisionali anche minimi.

Non stupisce, a questo punto, come il burnout sia dietro l'angolo...

Una situazione leggermente differente la troviamo in Italia, ove secondo la ricerca realizzata da Carrieri, Damiano e Ugolini pubblicata nel libro "Il lavoro che cambia" (Ediesse), gli italiani sono mediamente soddisfatti del proprio lavoro, anche se non mancano le note dolenti. Infatti, in Italia la prima causa di burnout è lo stress lavorativo, seguita dalla burocrazia interna, la scarsità di relazioni con i superiori e la ripetitività di mansioni.

Gli italiani sono, tra gli europei, quelli che meno si dichiarano soddisfatti degli orari di lavoro in rapporto agli impegni fuori dall'ufficio

Oltre a questo risulta importante un inadeguato sistema di retribuzione e premi, e l'impossibilità di intervenire nell'organizzazione del lavoro.

Guido Zamperini

Fonti:

<http://www.kataweb.it/lavoro/index.jsp?s=dossier&idContent=1611605>
<http://lavoro.repubblica.it/>

La Disfunzione Erettile puo' essere spia di patologia cardiovascolare

Questo studio si prefiggeva di esaminare il rapporto tra disfunzione erettile e rischio di eventi cardiovascolari. Sono stati seguiti e valutati ogni tre mesi i maschi (≥ 55 anni) arruolati nel braccio placebo dello studio Prostate Cancer Prevention Trial (n = 9457) durante il periodo 1994-2003 per la comparsa di disfunzione erettile e di malattie cardiovascolari. All'inizio dello studio l'85% dei soggetti non presentava malattie cardiovascolari mentre il 47% lamentava una disfunzione erettile. Dopo 5 anni il 57% dei partecipanti che all'inizio non avevano problemi di erezione riferivano

una disfunzione erettile. La comparsa di disfunzione erettile risultò associata ad un aumento del rischio di malattia cardiovascolare statisticamente significativo (HR 1,25; IC95% 1,02-1,53).

Tale associazione è sovrapponibile a quella vista per lo stato di fumatore o per l'anamnesi familiare positiva per infarto miocardico.

Gli autori dello studio concludono che la disfunzione erettile può essere, in alcuni pazienti, un precursore di successivi eventi cardiovascolari per cui si rende necessaria una valutazione accurata del paziente e dei suoi fattori di rischio.

Ref: JAMA. 2005 Dec 21; 294:2996-3002.

Commento di Renato Rossi

Questo studio conferma che la comparsa di D.E. può essere un primo segnale dell'esistenza di una cardiopatia ischemica o di altra patologia vascolare (o anche di diabete) misconosciuti: il paziente va attentamente indagato sotto il profilo dei fattori di rischio cardiovascolari e trattato di conseguenza. Secondo lo studio dovremmo considerare la presenza di disfunzione erettile un vero e segnale di rischio paragonabile al fumo o alla familiarità per infarto.

Elettrodi cerebrali per l'ipertensione arteriosa

La pressione si può abbassare stimolando aree cerebrali profonde

La stimolazione di aree cerebrali è usata per il controllo di alcuni tipi di dolore intrattabile e nel morbo di Parkinson. Ricercatori di Oxford hanno valutato l'effetto della stimolazione mediante sottili elettrodi della sostanza grigia periacqueduttale e periventricolare. Sono stati compiuti esperimenti in 15 soggetti che dovevano sottoporsi ad una stimolazione cerebrale per dominare il

dolore da cui erano affetti. I pazienti hanno accettato di ricevere stimolazioni in aree diverse da quelle deputate dal controllo del dolore al fine di verificare se la stimolazione di aree della sostanza grigia periacqueduttale inducesse cambiamenti della pressione arteriosa periferica. La stimolazione della sostanza grigia ventrale periventricolare/periacqueduttale ha dato luogo ad una riduzione media della sistolica pari a 14.2+/-3.6 mmHg in sette pazienti, mentre la stimolazione della sostanza grigia

dorsale periventricolare/periacqueduttale è risultata associata con un incremento medio della sistolica pari a 16.7+/-5.9 mmHg in 6 pazienti.

Variazioni simili e consensuali sono state osservate anche a carico della diastolica, mentre la frequenza cardiaca non è risultata influenzata dalla stimolazione della sostanza grigia perisilviana e periventricolare.

Fonte: Neuroreport. 16(16):1741-1745, November 7, 2005

Uccidere il tumore con la terapia genica

Cellule tumorali uccise riattivando un gene soppressore silenziato.

Il gene WWOX, appartenente alla categoria degli oncosoppressori che hanno il compito di indurre il suicidio delle cellule con gravi alterazioni genetiche, come appunto quelle cancerose. Una delle cause dello sviluppo del cancro è proprio il cosiddetto "silenziamento" di questi geni. La proteina prodotta dal gene WWOX è mancante nella stragrande maggioranza delle cellule del cancro del polmone. Nel 62% dei casi, il gene non riesce a produrla perchè è stato sot-

toposto ad un processo di metilazione che lo ha reso "silenzioso", ossia incapace di esprimersi fenotipicamente.

L'esperimento condotto nell'Università dell'Ohio ha usato un adenovirus e un sistema farmaco-inducibile [ponasterone A, (ponA)]-inducibile per installare nel genoma delle cellule tumorali alcune copie aggiuntive del gene WWOX non metilato. Confrontando le cellule nelle quali il gene era stato riattivato mediante questa tecnica di "riparazione" genica con le altre, si è osservato che le prime andavano incon-

tro ad apoptosi e ad una drammatica riduzione della tumorigenicità. L'esperimento è stato replicato in modello animale. Dopo 28 giorni dall'impianto delle cellule tumorali, i topi che non avevano ricevuto le copie aggiuntive del gene WWOX avevano tutti sviluppato un tumore, mentre nei topi che avevano ricevuto copie aggiuntive del gene WWOX funzionante nel 60-80% dei casi non avevano sviluppato il tumore.

Fonte: PNAS published October 13, 2005, 10.1073/pnas.0505485102

Obbligo di denuncia di attività illecita da parte del dipendente pubblico

Spesso il medico riveste la qualifica di Pubblico Ufficiale. Mentre per il Convenzionato tale qualifica scatta solo nel corso degli adempimenti specifici svolti per conto della Pubblica Amministrazione, il medico dipendente pubblico e' da considerare talee pressoché' costantemente. Uno dei piu' importanti obblighi che ne derivano, e' quello della denuncia alle Autorità' di eventuali reati di cui

siano venuti a conoscenza. Tale obbligo e' stato piu' volte ribadito in sede giudiziaria.

Recentemente anche la Corte dei conti e' pronunciata in merito, condannando definitivamente condannato un dipendente pubblico che aveva omesso di denunciare, avendone conoscenza, l'attività illecita posta in essere nella struttura in cui lavorava, causativa di danno erariale.

E' stato sancito che, in caso di omissione, il dipendente concorre alla produzione di tale danno, violando l'obbligo personale che incombe sugli agenti pubblici di denuncia dei reati alla competente procura della Repubblica e della Corte dei conti.

Corte dei conti (Sez. I centrale di appello) Sentenza 31/08/2005, n. 266 GZ

TAC total body: uno screening che serve?

Negli Stati Uniti alcuni centri radiologici hanno iniziato ad offrire la TAC total body senza contrasto come mezzo di screening con lo scopo di diagnosticare in fase precoce malattie ancora asintomatiche.

Alcuni ricercatori dell'università di San Diego hanno passato in rassegna i referti di 1192 TC total body consecutive eseguite in soggetti asintomatici. Spesso l'esame era stato richiesto dallo stesso paziente.

Nell'86% dei casi fu riscontrata almeno una anomalia radiologica (venivano escluse dal computo le alterazioni cardiache e le calcificazioni coronariche).

Il numero medio di alterazioni per paziente era di 2,8. Nel 4% dei casi si trattava di alterazioni toraciche (cicatrici e noduli polmonari, calcificazioni vascolari, anomalie dei linfonodi mediastinici). Nel 69% dei casi le alterazioni erano localizzate a livello dell'addome e della pelvi: calcificazioni vascolari, cisti e lesioni aspecifiche epatiche, cisti e calcificazioni renali, ingrandimenti della pro-

stata, fibromi uterini o cisti ovariche.

Il 60% dei soggetti aveva anomalie vertebrali, generalmente di tipo degenerativo.

Nel 37% dei casi i radiologi avevano consigliato ulteriori accertamenti o follow-up.

Ref: Radiology 2005 Nov; 237:385-94.

Commento di Renato Rossi

Per la serie siete tutti ammalati e se ne volete una dimostrazione eccola pronta su un bel piatto d'argento: una TAC total body non si nega a nessuno!

I risultati di questo studio sono inquietanti: praticamente nessuno è perfetto, un qualche "incidentaloma" si riesce sempre a trovare in una remota parte del corpo. Che poi questo serva effettivamente a far star meglio le persone o a prolungarne la vita è tutto da dimostrare, anzi sono molto più probabili i rischi derivanti da procedure invasive di tipo diagnostico o chirurgico dovute a sovradignosi.

Il riscontro di una qualche anomalia (praticamente certo) porterà infatti ad

intensificare accertamenti anche cruenti o addirittura ad interventi operatori al fine di arrivare ad una diagnosi finale o per asportare un qualche "accidente" trovato semplicemente perchè lo si è andato a cercare e che, se lasciato in pace, non avrebbe dato mai segno di sè. Per fortuna cio' avviene negli Stati Uniti, dove la sanità è di tipo privatistico ed è spesso interesse di alcuni promuovere la medicalizzazione esasperata.

Commento di Daniele Zamperini:

L'abitudine tende a far dimenticare i rischi: le recenti "linee-guida sulla diagnostica per immagini" ha evidenziato come la dos di radiazioni assorbita con una TAC equivalga a parecchie centinaia di radiografie del torace e a parecchi anni di esposizione alla radiazione naturale di fondo. I rischi aggiuntivi non sono trascurabili, per cui non sembra una indagine da effettuarsi per semplice controllo di routine...

Diabete gestazionale: controversie e consigli

Circa il 7% delle gravidanze è complicata da diabete, nel 90% dei casi si tratta di diabete gestazionale (cioè di diabete insorto durante la gravidanza e non preesistente ad essa).

Una ricerca su vari database elettronici, estesa poi a varie linee guida, ha cercato di sintetizzare lo stato dell'arte sull'argomento. I punti che seguono ne riassumono i risultati :

1) Alcuni autori negano che il diabete gestazionale sia un' entità nosografica a sè, sarebbe piuttosto semplicemente l'espressione di un' insulino-resistenza di base slatentizzata dallo stato gravidico e un fattore di rischio per lo sviluppo successivo di diabete tipo 2.

2) Anche circa lo screening esistono delle incertezze. Alcuni raccomandano di limitare lo screening solo alle donne ad alto rischio (età \geq 35 anni, BMI $>$ 30, uso di corticosteroidi, storia personale o familiare di diabete, appartenenza a gruppi etnici a rischio); altri consigliano lo screening in tutte le gravidanze tra la 24° e la 28° settimana.

3) Non vi è accordo in letteratura sugli effetti avversi che il diabete gestazionale potrebbe comportare nè sulla efficacia di vari protocolli per il suo trattamento.

4) E' noto che l'iperglicemia, nelle prime

10 settimane di gestazione (cioè durante l'organogenesi) è teratogena e aumenta il rischio di malformazioni fetali e aborti da 2 a 3 volte: uno screening effettuato tra la 24° e la 28° settimana però non identifica l'iperglicemia precocemente, proprio nel periodo in cui è invece più pericolosa.

5) A partire dalla 12° settimana di gravidanza le cellule beta fetali sono in grado di produrre insulina e quindi se la glicemia materna è elevata si ha un' iperinsulinemia fetale che può portare a macrosomia (peso alla nascita $>$ 4 kg), che si verifica in circa il 20% dei casi. Il trattamento comporta una riduzione non significativa di questa percentuale mentre la diagnosi di diabete gestazionale induce un aumento dei tagli cesarei. In alcune regioni del Canada dove lo screening del diabete gestazionale è stato sospeso, la percentuale di macrosomia fetale non è cambiata.

6) Diversamente dalle donne con preesistente diabete, il diabete gestazionale non è associato ad un aumento delle malformazioni congenite rispetto alla popolazione generale. Anche la mortalità perinatale delle donne con diabete gestazionale varia molto da studio a studio ma le stime più recenti suggeriscono che essa sia paragonabile a quella delle pazienti di

controllo senza diabete.

7) Nel 60-95% dei casi il diabete gestazionale può essere trattato adeguatamente con la sola dieta. Negli altri l'insulina riduce la macrosomia e i parti cesarei ma aumenta il rischio di ipoglicemia materna e neonatale. Vi sono inoltre poche evidenze che abbiano paragonato vari regimi di terapia insulinica. Recentemente è stata usata in alcuni RCT la gliburide, un antidiabetico orale che non passa la barriera placentare e che sembra ottenere risultati simili all'insulina quando iniziata alla 11° settimana di gravidanza. Anche gli outcomes gravidici sembrano buoni. Studi più datati suggeriscono che la metformina potrebbe essere sicura ed efficace e si attendono i risultati di nuovi trials.

Gli autori della revisione concludono che lo screening del diabete gestazionale ne aumenta surrettiziamente la prevalenza ma non esistono prove conclusive che ciò si traduca in un miglioramento degli esiti. Alcune risposte potranno venire dallo studio HAPO in cui sono state arruolate circa 25.000 donne gravide.

Ref: Can Fam Physician May 2005;51:688-95.

Nuovi trattamenti per il diabete: insulina inalatoria, exenatide

Nel primo studio [1] sono stati reclutati 309 pazienti diabetici, senza patologia respiratoria significativa, con valori di glicemoglobina compresi tra 8% e 11%, già in trattamento con due farmaci anti-diabetici orali. I partecipanti sono stati randomizzati in tre gruppi: insulina inalatoria da sola, insulina + antidiabetici orali, antidiabetici orali senza insulina. L'end-point primario era il cambiamento dei valori di glicemoglobina rispetto al baseline a 12 settimane.

Rispetto al gruppo di controllo (quello che aveva continuato ad assumere solo i farmaci antidiabetici orali) la glicemoglobina si ridusse in media di 1,67 punti nel gruppo insulina inalatoria + antidiabetici per os e di 1,18 punti nel gruppo insulina da sola. Valori di glicemoglobina inferiori al 7% si ottennero nel 32% del gruppo insulina + agenti orali e solo nell'1% del gruppo antidiabetici orali. Ipoglicemia, aumento lieve del peso corporeo e anticorpi anti-insulina si ebbero più frequentemente nei gruppi trattati con insulina inalatoria, mentre la funzione polmonare non differiva tra i tre gruppi.

Nel secondo studio [2], durato 26 settimane, sono stati arruolati 551 pazienti con diabete tipo 2 poco controllato (glicemoglobina compresa tra 7% e 10%) nonostante terapia con metformina associata a sulfonilurea.

I partecipanti sono stati randomizzati ad exenatide (10 µg due volte al giorno) o insulina glargina dosata in modo tale da mantenere la glicemia a digiuno al di sotto di 100 mg/dL. Al baseline la glicemoglobina media era di 8,2% nel gruppo exenatide e di 8,3 nel gruppo insulina glargina. Alla 26 settimana essa era ridotta di 1,11% in entrambi i gruppi.

Paragonata alla insulina glargina l'exenatide era associata ad una maggior riduzione delle escursioni della glicemia post-prandiale mentre l'insulina riduceva maggiormente la glicemia a digiuno.

Il peso corporeo era ridotto di 2,3 kg in media nel gruppo exenatide e aumentato di 1,8 kg nel gruppo insulina. L'ipoglicemia notturna era meno frequente con l'exenatide mentre gli episodi di ipoglicemia sintomatica erano simili nei due gruppi.

Gli effetti collaterali maggiori dell'exenatide furono di tipo gastrointestinale: nausea (57,1% vs 8,6%), vomito (17,4% vs 3,7%) e diarrea (8,5% vs 3,0%).

Ref: 1) Ann Intern Med 2005 Oct 18; 143: 549-558

2. Ann Intern Med 2005 Oct 18; 143: 559-569

Commento di Renato Rossi

Il primo studio dimostra che l'insulina inalatoria migliora il controllo glicemico quando viene aggiunta oppure sostituisce gli antidiabetici orali. Come la terapia con insulina tradizionale può comportare episodi ipoglicemici e aumento di peso ma ha il vantaggio di una maggior accettabilità da parte del paziente. Tuttavia lo studio presenta alcune limitazioni: oltre a non essere in cieco (cosa che però non ha probabilmente comportato errori nel determinare i vari end-point) era di durata troppo breve, non ha confrontato l'insuli-

na inalatoria con una terapia orale più aggressiva e con insulina tradizionale.

Il secondo studio, pur esso in aperto, ha valutato l'exenatide, un peptide sintetico iniettabile che stimola il rilascio di insulina dalle cellule pancreatiche. Lo studio però è stato caratterizzato da un tasso di drop-out elevato per l'exenatide (19,4% vs 9,7% dell'insulina). La percentuale di effetti collaterali di tipo gastroenterico è stata considerevolmente alta nel gruppo exenatide: un paziente su 2 lamentava nausea e quasi uno su 5 vomito.

Già studi precedenti avevano mostrato che l'exenatide, aggiunta alla terapia orale, può migliorare il controllo glicemico, ma anche che gli effetti collaterali a livello gastroenterico sono molto frequenti. Inoltre gli studi hanno avuto una durata troppo breve (in media 30 settimane) per cui non sono noti efficacia e sicurezza a lungo termine. La necessità di dover ricorrere alla somministrazione sottocutanea potrebbe costituire un altro limite del farmaco.

In conclusione l'insulina per via inalatoria e l'exenatide potrebbero costituire un passo in avanti nella terapia del diabete tipo 2, la prima perchè migliora la compliance, la seconda perchè non comporta un aumento del peso, effetto collaterale tipico dell'insulina. Tuttavia saranno necessari altri studi, di più lunga durata e di maggior casistica, per stabilire l'efficacia di queste nuove armi sia nei confronti di nuovi farmaci antidiabetici come i glitazoni sia sulle complicanze a lungo termine della malattia diabetica.

Ciarlatani e falsi medici: attenzione alle conseguenze!

Non è rara la notizia, riportata dai mezzi di comunicazione, della scoperta di "falsi medici" che, pur non laureati, esercitavano la professione medica. Frequenti sono poi i "maghi" ed i ciarlatani che, confidando nella debolezza psicologica dei malati più gravi, sostituiscono le loro "terapie" a quelle della scienza ufficiale.

La loro scoperta porta generalmente alla cessazione delle attività truffaldine ma, ci si chiede, cosa può accadere se tale attività, esercitata senza le necessarie competenze, avesse arrecato la morte o comunque un danno alla salute dei clienti?

Risponde a ciò una recente sentenza

della Cassazione penale (Sez. V, 25-10/2005, n. 39246):

Colui che, esercitando abusivamente la professione medica (articolo 348 c.p.), formulando diagnosi errate e prescrivendo terapie inadeguate ed inefficaci, e non consentendo al malato di assumere i farmaci corretti o altre terapie che potrebbero avviarlo alla guarigione o comunque determinare un miglioramento delle sue condizioni di salute, determina la morte o un peggioramento delle condizioni del malato, è colpevole del delitto di cui all'articolo 586 c.p. (morte o lesioni come conseguenza di altro delitto).

Si rileva, in questa evenienza, il concor-

so tra un delitto doloso ed uno colposo, in quanto l'agente commette un reato doloso, pur causando conseguenze non volute. Viene a mancare l'elemento doloso a proposito della morte o dell'aggravamento, tuttavia esiste un diretto nesso di causalità imputabile all'agente. L'esercizio abusivo della professione medica è delitto contro la pubblica amministrazione di per sé non offensivo del bene della vita o della salute; qualora consegua la morte, sebbene non voluta, questa viene attribuita all'agente a titolo di colpa.

DZ-GZ

Si puo' derogare dal Piano Terapeutico

Il Piano Terapeutico della struttura pubblica non e' tassativo ma puo' consentire delle deroghe. La violazione non costituisce errore gravemente colposo, ma semplice irregolarita' amministrativa se giustificabile dalle condizioni cliniche del paziente.

I fatti: veniva convenuta in giudizio presso la Corte dei Conti della Liguria un medico di base convenzionato, a cui veniva contestato di aver effettuato prescrizioni di ossigeno liquido a favore del proprio assistito in eccedenza rispetto ai piani terapeutici formulati dalle competenti strutture sanitarie ospedaliere.

Il medico, a propria difesa, sottolineava diversi problemi tecnici (caratteristiche dei contenitori e della valvole, temperatura ambientale, la fisiologica dispersione del gas ecc.) che interferivano con l'effettivo consumo dell'ossigeno liquido, nonché i problemi clinici legati alle frequenti riacutizzazioni della patologia polmonare, che causavano un maggior consumo rispetto a quanto pianificato.

La Procura riteneva insufficienti tali argomentazioni e, ritenendo il medico colpevole di danno erariale, ne richiedeva il rimborso.

Secondo la Procura, il medico che non osserva le disposizioni stabilite nel P.T. pone in atto un comportamento caratterizzato da errore professionale gravemente colposo, in quanto rientra nella minima diligenza e perizia effettuare prescrizioni farmaceutiche in conformità ad un programma terapeutico contenente indicazioni estremamente precise come quello relativo al caso in esame.

La difesa evidenziava invece, richiamandosi alla giurisprudenza della Corte dei

Conti, che le prescrizioni di ossigeno da parte del medico di base, in eccedenza rispetto alle quantità previste nel piano terapeutico, non costituiscono di per sé fonte certa di danno per la finanza pubblica. Tale scostamento diventa dannoso solo se ingiustificato e non corrispondente al fabbisogno del paziente, per cui l'esistenza di un danno va apprezzata con riferimento alle reali necessità dell'assistito.

La Corte accoglieva la tesi difensiva.

La Corte, nell'esame del caso, rilevava infatti che "l'art. 7 del D.M. 1° febbraio 1991 prevede che l'accertamento delle patologie che determinano l'insufficienza respiratoria cronica "deve essere operato esclusivamente nelle strutture universitarie o nelle strutture ospedaliere ed ambulatoriali a gestione diretta o convenzionate obbligatoriamente". Aggiunge poi il menzionato D.M. che "dette strutture provvedono, altresì a fornire alla valutazione dei medici curanti gli indirizzi terapeutici che si riconnettono alla suddette forme morbose... la chiara formulazione letterale dell'art. 7 del D.M. 1° febbraio 1991 sembra riconoscere al medico di base una certa discrezionalità nella prescrizione dei trattamenti di ossigenoterapia, atteso che la norma prevede che gli indirizzi terapeutici elaborati dalle predette strutture siano offerti alla valutazione dei medici curanti."

"In ogni caso, -specifica la Corte- quant'anche si volesse accedere alla tesi della Procura... è evidente che il superamento dei limiti autorizzati non comporta necessariamente un danno alla finanza pubblica. Occorre infatti che i quantitativi prescritti siano eccessivi rispetto

alle reali necessità terapeutiche del paziente. In caso contrario, la prescrizione del farmaco in misura adeguata alle necessità dell'assistito, ancorché disposta in violazione di autorizzazioni a carattere interno, non comporta danno, bensì mera irregolarità amministrativa. Nel caso di specie la Procura si è limitata a dimostrare il superamento dei quantitativi "autorizzati", ma non ha fornito alcun concreto elemento dal quale si possa desumere l'inutilità o la dannosità del trattamento erogato in eccedenza.

In un quadro patologico così compromesso, non è chi non veda, al di là del responso dei dati emogasanalitici su cui si è basato il secondo piano terapeutico, la legittimità di un trattamento ossigenoterapico esteso alle 24 ore al giorno, se ciò può essere utile, non fosse altro che per ragioni umanitarie, a lenire la sofferenza di un malato terminale.

D'altra parte, come è stato sopra evidenziato, è la legge stessa che assegna ai piani terapeutici il carattere di indicazioni da fornire "alla valutazione dei medici curanti", riconoscendo a questi ultimi, che operano a diretto contatto con il malato e hanno la visione complessiva delle sue reali condizioni, fisiologiche, ambientali e psicologiche, quel margine di discrezionalità nella valutazione degli indirizzi terapeutici provenienti dalle competenti strutture sanitarie, che consenta loro di adottare le soluzioni terapeutiche che meglio si attagliano alla fattispecie concreta."

In base a tali considerazioni il medico è stato assolto da ogni addebito.

Daniele Zamperini – Guido Zamperini

La scheda clinica del MdF non e' atto pubblico (per ora...)

La scheda clinica del Medico di Famiglia: e' un atto pubblico?

Questo quesito ha comportato lunghe e appassionante discussioni tra gli operatori del settore, in quanto tale eventuale classificazione comporterebbe notevoli obblighi e responsabilità per il sanitario: diventerebbe reato la compilazione ritardata o differita, la modifica, la correzione, l' omissione di elementi importanti ecc. Secondo la nostra fondata opinione, gia' pubblicata dal Bollettino dell' O.M. di Padova e ormai accettata dai piu', i colleghi possono stare tranquilli: la scheda clinica, almeno per ora, non e' un atto pubblico.

Esaminiamo i vari aspetti della situazione:

- Differenti fonti legislative:

La Cartella clinica ospedaliera e' sancita dal T.U. delle Leggi Sanitarie (Regio decreto 27 luglio 1934, n.1265) che ne indica con precisione le caratteristiche obbligatorie, i contenuti, i requisiti formali e sostanziali.

La Scheda clinica del MdF e' invece stabilita in base ad un Contratto nazionale di categoria (ai sensi dell' art.48 della legge 23 dicembre 1978 numero 833) che ne da' descrizioni e disposizioni del tutto differenti: " Scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate e a quanto previsto dagli accordi regionali".

-Alcuni hanno sostenuto la natura di "atto pubblico" in conseguenza del ruolo di Pubblico Ufficiale" svolto dal Medico Convenzionato. In effetti il medico convenzionato e' generalmente riconosciuto come P. U.; tuttavia non e' vero che tutto cio' che fa il P.U. costituisca atto pubblico.

L'articolo 2699 del codice civile definisce atto pubblico il "documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto e' formato". La giurisprudenza ha poi stabilito che costituisce atto pubblico solo cio' che il P.U. compie utilizzando i suoi "poteri autoritativi o certificativi" a lui attribuiti dalla Legge al fine di attribuire una "pubblica fede".

Quindi il MdF e' P.U. quando emette un certificato; lo e' anche (ma non sempre) quando ricetta in quanto la ricetta presenta certi aspetti assimilabili ad un certificato: quando un farmaco, per esempio, e' sottoposto a condizioni particolari (Note AIFA, ecc.) la ricetta contiene implicitamente la certificazione che le condizioni del paziente rientrano in quei parametri; anche la data costituisce elemento certificadorio, tuttavia le normali ricette non sempre sono considerate atti pubblici: molte condanne della Corte dei Conti per ricettazione impropria o falsa non sono state infatti seguite da denuncia penale per falso ideologico, come sarebbe stato obbligatorio nel caso di atto pubblico. E' bene comunque essere molto prudenti sull' argomento.

-Alla luce di quanto detto, dobbiamo considerare che la scheda clinica, come definita negli Accordi Collettivi, non abbia alcun potere "autoritativo o certificadorio".

Il potere certificadorio puo' invece attuarsi (anche se tale aspetto e' tuttora dibattuto) allorché i contenuti della scheda vengano diffusi o trasmessi durante l' attivita' medica (es: il medico stila una relazione per il riconoscimento di invalidita' sulla base dei dati della cartella, oppure riporta i dati della scheda clinica nella scheda di accompagnamento al ricovero).

Il nostro parere negativo e' coincidente con quello della SIAR (Societa' Italiana Attivita' Regolatorie (<http://www.siar.it>):

" *Un'ultima considerazione riguarda la scheda del medico di medicina generale, che quest'ultimo e' obbligato a tenere e ad aggiornare, in base al recente accordo collettivo nazionale (DPR n. 270 del 28.7.00 art. 31), con lo scopo sia di migliorare la continuita' assistenziale sia di contribuire ad eventuali indagini epidemiologiche mirate a quanto previsto dagli accordi regionali.*

A differenza della cartella clinica ospedaliera, questa scheda rappresenta un documento d'uso personale del medico e non acquisisce il valore di vera e propria certificazione, salvo che in quelle situazioni che ne prevedono l'esibizione, come accade in caso di ricovero in ospedale. Infatti in questa evenienza e' prevista la compilazione

della scheda di accesso in ospedale, che accompagna la richiesta di ricovero e riporta i dati anamnestici (oltre che i provvedimenti terapeutici eventualmente intrapresi e gli accertamenti diagnostici effettuati) estratti dalla scheda sanitaria individuale.

Il medico convenzionato diventa in questo caso pubblico ufficiale e i suoi atti acquisiscono le caratteristiche di atti d'ufficio."

- Una considerazione pratica: perche' la scheda clinica del MdF non viene accettata dalle Commissioni Pubbliche come atto pubblico probatorio, come succede alla cartella clinica ospedaliera? Questo perche' non ne e' ritenuta analoga, e non abilitata come documento fidefacente.

-Uno degli aspetti piu' importanti sull' argomento concerne il destino della scheda clinica dopo la cessazione di attivita' del medico. Mentre la cartella clinica ospedaliera, per la sua natura di atto pubblico, va conservata illimitatamente, la scheda del Medico di Famiglia, giuridicamente diversa, puo' usufruire delle regole molto piu' semplici stabilite nella legge sulla Privacy (art. 16) per i documenti contenenti dati sensibili: ne e' consentita la distruzione, la conservazione per uso non professionale, o la trasmissione ad altro professionista che venga a succedere al pensionato.

Le prospettive future: il recentissimo decreto del Ministero delle Attivita' Produttive detta una serie di regole che prevedono, per un prossimo futuro, la trasmissione per via informatica della cartella clinica (o meglio, dei dati clinici) dei pazienti in un archivio generale mediante il quale sia possibile, a qualsiasi sanitario, accedere ai dati salienti al dichiarato scopo di razionalizzare le prescrizioni, evitare duplicati inutili o altre forme di spreco.

Questa trasmissione di dati, costituendo un obbligo di legge, modifichera' la condizione giuridica della scheda clinica?

E' molto probabile che cio' avvenga, con una serie di oneri collaterali non indifferenti per il sanitario.

Daniele Zamperini—Guido Zamperini

Giubbotto catarifrangente: obbligo fondamentale

La Suprema Corte di Cassazione ha assolto (escludendone completamente la colpa) un automobilista che investiva in ora notturna un pedone sceso in autostrada dalla propria vettura rimasta in panne in cerca di soccorso senza indossare il giubbotto catarifrangente.

L' automobilista era gia' stato assolto dai giudici di merito (che avevano stabilito la colpa esclusiva dell' investito) ma la causa era finita in Cassazione in quanto

gli eredi di questo avevano eccepito il dettato dell' art. 2054 del C.C. che aggrava l' onere della prova del conducente, il quale deve provare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno.

La Corte respingeva l' eccezione in quanto l' evento presentava i caratteri della imprevedibilita' e della inevitabilita', sia per le modalita' con cui si era verificato, sia in relazione ai tempi di avvistamento e ai riflessi psicofisici necessari ad

evitare l'investimento.

Un consiglio, quindi, per i medici obbligati a circolare in orari notturni: non dimenticare mai di indossare il giubbotto catarifrangente. Non sara' estetico, ma, motivi legali a parte, probabilmente salva la vita.

(Cassazione civile Sentenza, Sez. III, 21/09/2005, n. 18615)

DZ-GZ

NOVITA' DALLA GAZZETTA UFFICIALE (di Marco Venuti)

Il testo integrale dei documenti citati è fornita da "Medico & Leggi" di Marco Venuti: essa è libera fino al giorno 23.03.2006. Per consultarli, cliccare [qui](#)

Ordinanza del Ministero della Salute del 10.03.06 (Gazzetta Ufficiale n. 93 del 21.04.06)

IMPORTAZIONE, PER MOTIVI TERAPEUTICI, DI FARMACI REGISTRATI ALL'ESTERO CONTENENTI PRINCIPI ATTIVI DELTA-9-TETRAIDROCANNABINOLO E TRANS-DELTA-9-TETRAIDROCANNABINOLO

Con questo provvedimento viene autorizzata l'importazione per motivi terapeutici, previa autorizzazione dell'Ufficio centrale stupefacenti del Ministero della salute, di farmaci registrati all'estero contenenti delta-9-tetraidrocannabinolo e trans-delta-9-tetraidrocannabinolo.

Quanto sopra fino all'eventuale inserimento di questi principi attivi nella tabella II, sezione A del testo unico e, comunque, non oltre il novantesimo giorno dall'entrata in vigore della citata ordinanza.

Decreto del Ministero della salute del 11.04.06 (Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24.04.06)

INDICAZIONE DEI LIMITI QUANTITATIVI MASSIMI DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE, RIFERIBILI AD UN USO ESCLUSIVAMENTE PERSONALE DELLE SOSTANZE ELENCAE NELLA TABELLA I DEL TESTO UNICO DELLE LEGGI IN MATERIA DI DISCIPLINA DEGLI STUPEFACENTI E DELLE SOSTANZE PSICOTROPE, PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEI RELATIVI STATI DI TOSSICODIPENDENZA, DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 9 OTTOBRE 1990, N. 309, COME MODIFICATO DALLA LEGGE 21 FEBBRAIO 2006, N. 49, AI SENSI DELL'ARTICOLO 73, COMMA 1-BIS

Con questo provvedimento sono stati finalmente pubblicati i limiti quantitativi massimi, riferibili ad uso esclusivamente

personale, delle sostanze stupefacenti e psicotrope elencate nella tabella I del testo unico, di recente profondamente modificato.

Per molte delle sostanze elencate, comunque, non viene indicata la quantità di principio attivo in quanto, per esse, non sono disponibili dati riferibili ai livelli individuali di consumo.

Ordinanza del Ministero della Salute del 13.04.06 (Gazzetta Ufficiale n. 106 del 09.05.06)

MISURE URGENTI IN MATERIA DI CELLULE STAMINALI DA CORDONE OMBELICALE

In attesa della emanazione di provvedimenti attuativi di disposizioni legislative già vigenti, con questa ordinanza (analoga a precedenti atti) il Ministero della salute conferma che:

1. la conservazione di sangue da cordone ombelicale è consentita solo presso strutture pubbliche opportunamente autorizzate;
2. l'importazione e l'esportazione di cellule staminali da cordone ombelicale per uso sia autologo che allogeneico deve essere autorizzata di volta in volta dal Ministero della salute, previa presentazione di specifica documentazione.

Decreto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca n. 172 del 06.03.06 (Gazzetta Ufficiale n. 109 del 12.05.06)

REGOLAMENTO CONCERNENTE MODALITA' PER L'AMMISSIONE DEI MEDICI ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA

Definiti i nuovi criteri per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione: modalità e tempistica della presentazione della domanda per la partecipazione al concorso; costituzione della commissione giudicatrice; modalità di svolgimento e di valutazione della prova di esame, la quale consiste sia di una prova scritta che di una successiva prova pratica; modalità di valutazione dei titoli posseduti dai candidati; modalità di comunicazione dei risultati e della data di inizio delle attività didattiche.

Questo decreto sostituisce precedenti

disposizioni risalenti al 2003.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 09.05.06 (Gazzetta Ufficiale n. 114 del 18.05.06)

INSERIMENTO DEL MEDICINALE

«GLUCARPIDASE» (GIA' NOTO COME CARBOSSIPEPTIDASI G2) (VORAXAZETM) NELL'ELENCO DEI MEDICINALI EROGABILI A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMA 4, DEL DECRETO-LEGGE 21 OTTOBRE 1996, N. 536, CONVERTITO, DALLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, N. 648, PER L'INDICAZIONE TERAPEUTICA: TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON TOSSICITA' DA METOTRESSATO O A RISCHIO DI SVILUPPO DI TOSSICITA' DA METOTRESSATO

Con questo provvedimento l'Agenzia Italiana del Farmaco autorizza l'utilizzo della carbossipeptidasi G2 sia nella tossicità da metotrexate, sia nei pazienti in cui sussista il rischio di tossicità da metotrexate.

I pazienti sono considerati a rischio di tossicità da metotrexate nel caso in cui abbiano una funzione renale alterata, che può comportare un ritardo nella eliminazione del metotrexate, oppure nel caso di evidenti ritardi nella eliminazione del metotrexate stesso.

In questi casi, la carbossipeptidasi G2 andrà somministrata per via endovenosa alla dose di 50 unità/kg in pazienti sia pediatrici che adulti.

Per questo impiego, il farmaco è stato inserito nell'elenco dei medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, dei medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e dei medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata da erogarsi a totale carico del servizio sanitario nazionale qualora non esista valida (pag. 14)

News prescrittive (dalla G. U.) di Marco Venuti

Gemzar - Aggiunta di una via di somministrazione e modifica dello schema posologico:

"via di somministrazione intravesicale nel trattamento del carcinoma vescicale, esclusivamente come via di somministrazione di seconda linea";

"nel trattamento del carcinoma superficiale della vescica la dose raccomandata di gemcitabina da somministrare per via endovesicale è di 2000 mg diluiti in 100 ml o 50 ml di soluzione fisiologica (concentrazione pari a 20 o 40 mg/ml). La dose di farmaco deve essere somministrata per un tempo di instillazione pari a 60 minuti una volta a settimana per sei settimane consecutive. La concentrazione della soluzione non deve essere superiore a 40 mg/ml e riduzioni del dosaggio possono essere effettuate in base al grado

di tossicità causata dal farmaco nel paziente"

Topamax - Modificate le indicazioni terapeutiche per le compresse da 25 e 50 mg. Le nuove indicazioni sono:

"Epilessia - Topamax è indicato in monoterapia per i pazienti con diagnosi recente di epilessia o per il passaggio alla monoterapia di pazienti epilettici. Topamax è indicato come terapia aggiuntiva per adulti e bambini nelle epilessie parziali semplici o complesse, nella sindrome di Lennox-Gastaut e nelle epilessie generalizzate con crisi tonico-cloniche. Emicrania - Topamax è indicato per la profilassi dell'emicrania nei pazienti adulti che non abbiano risposto o siano intolleranti alle altre terapie standard.

L'utilità di Topamax nel trattamento della fase acuta dell'emicrania non è stata studiata."

Nel caso dell'indicazione terapeutica "emicrania", la prescrizione del medicinale è soggetta a piano terapeutico.

Virlix, Formistin - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

"Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica negli adulti e nei bambini a partire dal primo anno di età".

Provisacor - Tra gli effetti indesiderati, disturbi gastrointestinali, aggiunta di rari casi di pancreatiti.

Ormoni sessuali e rischio di diabete tipo 2: dipende dai sessi

Una revisione sistematica di 43 studi (per un totale di 13.401 soggetti) ha valutato l'associazione tra vari tipi di ormoni sessuali e il rischio di sviluppare un diabete tipo 2 in uomini e donne. Gli ormoni testati erano il testosterone, la SHBG (sex hormone-binding globulin, una globulina che lega gli ormoni sessuali) e l'estradiolo.

L'esame dei dati ha dimostrato che il rischio di sviluppo di diabete tipo 2 è associato ad elevate concentrazioni di testosterone nelle donne mentre il rischio risulta ridotto negli uomini con testosterone elevato; elevati valori di SHBG sono associati ad una riduzione del rischio, più pronunciata nelle donne che negli uomini (riduzione dell'80% vs 52%); infine una elevata concentrazione di estradiolo comporta un aumentato rischio di diabete in entrambi i sessi. Gli autori concludono che gli ormoni sessuali possono modulare in modo diverso il rischio di diabete a seconda del

sesso: elevati livelli di testosterone aumentano il rischio nelle donne mentre lo riducono negli uomini; al contrario elevati livelli di SHBG sembrano avere effetti protettivi, più pronunciati nelle donne che negli uomini.

Ref:

Ding EL et al. Sex Differences of endogenous sex hormones and risk of type 2 diabetes. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2006 Mar 15; 29-5:1288-99.

Commento di Renato Rossi

Gli ormoni sessuali agiscono influenzando la resistenza all'insulina per cui già si ipotizzava che essi potessero produrre un diverso rischio di diabete tipo 2 negli uomini e nelle donne. Però questo studio suggerisce che diverso è il ruolo

di uno stesso ormone a seconda del sesso e che in particolare il testosterone aumenta il rischio nelle donne mentre sembra ridurlo negli uomini.

La SHBG lega il testosterone e quindi ne riduce la concentrazione: questo spiega perchè elevate concentrazioni di questa proteina riducono il rischio nelle donne più che negli uomini.

Nel complesso comunque non è facile spiegare il differente comportamento del testosterone nei due sessi: è possibile che questo ormone intervenga in modo diversificato nei maschi e nelle femmine nelle varie tappe metaboliche dei carboidrati e dei grassi e sui vari fattori che influenzano l'insulino-resistenza.

Ulteriori studi potranno chiarire meglio l'esatto meccanismo d'azione dei vari ormoni sessuali ed aprire, forse, una strada allo sviluppo di nuovi farmaci per il diabete tipo 2

Il rimborso di spese accessorie per cure all'estero e' a discrezione nazionale

Non c'è obbligo di rimborsabilità per le spese sostenute per affrontare il trasferimento all'estero legato alle esigenze mediche.

Tuttavia gli stati membri possono liberamente conferire prestazioni aggiuntive agli assicurati in base al diritto nazionale, ma non sono obbligati a conferirle. Tali prestazioni possono consistere, ad esem-

pio, in rimborso delle spese alberghiere o di soggiorno.

Le norme comunitarie (in particolare l'art. 22 del regolamento n. 1408/71) non disciplinano la questione di queste spese complementari (spostamento, soggiorno e mantenimento, occorse in relazione a cure mediche all'estero); pertanto, spetta unicamente agli Stati membri decidere se

adottare o meno disposizioni aggiuntive che attribuiscono il diritto al rimborso di determinate spese.

Corte Giust. CE Conclusioni dell'Avvocato Generale 19/01/2006, n. Causa C-466/04

GZ

Ricovero immotivatamente lungo? Si e' responsabili anche dei danni non voluti

Anche se il paziente soccombe per un' affezione il cui rischio e' intrinseco al ricovero, il medico e' responsabile se tale ricovero non era motivato (Cass. Sez. II n. 369 del 16/02/2006)

Il paziente era stato ricoverato per un intervento neurochirurgico di decompressione da tumore midollare. L' intervento si era concluso positivamente ma il paziente decedeva in seguito ad una polmonite nosocomiale da pseudomonas insorta successivamente, ed evoluta in uno shock settico.

Il CTU sottolineava come, nel caso specifico, la lunga ospedalizzazione fosse il principale fattore di rischio per la colonizzazione con batteri nosocomiali e quindi per l'infezione nosocomiale postoperatoria". Il CTU citava a tale proposito due lavori scientifici non recentissimi, ma, a suo avviso, basilari: la prolungata degenza ospedaliera preoperatoria aumenta il rischio di infezione in modo lineare, sia come numero generale di infezioni sia a carico dell'apparato respiratorio. Anche la terapia immunosoppressiva farmacologica - cortisone - rappresenta un documentato ed importante fattore di rischio". Il paziente sarebbe quindi stato "colonizzato" da tali pericolosi microrganismi durante il prolungato ricovero; questi poi avrebbero

acquistato patogenicita' in seguito all' immunosoppressione causata dal trattamento cortisonico prolungato effettuato in attesa dell' intervento (due mesi) e dall' intervento stesso.

Il CTU (e poi la Corte) individuavano quindi una responsabilita' nell' ingiustificatamente prolungato periodo di ricovero preoperatorio e di conseguente trattamento cortisonico, tali da accrescere il generico rischio intrinseco.

La responsabilita', a parere della Corte, va rapportata al concetto di "trattamento medico", ampiamente evolutosi negli ultimi decenni. Esso non può essere ridotto all'atto chirurgico, come si riteneva in origine, ma va esteso a qualsiasi atto che coinvolga la persona del paziente nella sua dimensione personale, sia fisica che psichica, e comprenderà tutti gli atti e le decisioni che interferiscono con il diritto alla salute e alla libertà personale del paziente ad opera del medico. Potrà, quindi, trattarsi di atti chirurgici, di trattamenti farmacologici, di attività diagnostica e di tutto quanto si svolge in un contesto medico, ivi compreso il ricovero ospedaliero. Questo non può essere considerato qualcosa di estraneo all'attività medica, come un mero sfondo neutro della stessa; pur necessario per lo svolgimento di alcune

attività mediche, è anche fonte di rischi specifici, ben noti nella letteratura medica, ai quali è esposto il paziente per il solo fatto di trovarsi in ospedale.

Per questi motivi il ricovero ospedaliero, al pari di ogni altro trattamento, deve rispondere a corretti criteri di indicazione medica, e deve quindi essere il risultato di una valutazione bilanciata tra i benefici attesi (la realizzabilità di necessarie attività di diagnosi e cura) e i noti rischi connessi. Di conseguenza, così come una dimissione anticipata può essere ingiustificata e fonte di responsabilità, alla stessa stregua può divenire fonte di responsabilità un ricovero protratto senza necessità medica, se non altro come condotta imprudente e contraria alle corrette pratiche cliniche, quando ha esposto il paziente ai rischi connessi al ricovero, in primis le infezioni nosocomiali, senza alcuna necessità di tipo medico. In tale ultima ipotesi il ricovero costituisce un'indicazione errata e una fonte di danno sotto il profilo della negligenza, avendo esposto inutilmente il paziente agli agenti patogeni. Veniva quindi confermata la condanna dell' Ospedale.

Daniele Zamperini—Guido Zamperini

Si possono usare le cefalosporine nei pazienti allergici alla penicillina?

Esiste davvero una reazione crociata da penicilline e cefalosporine?

Per determinarlo è stato effettuato uno studio retrospettivo di coorte utilizzando il database United Kingdom General Practice Research.

Sono stati selezionati tutti i pazienti che avevano avuto una prescrizione di penicillina seguita da una di cefalosporina e che avevano manifestato un evento di tipo allergico nei 30 giorni seguenti ogni prescrizione. E' stato effettuato poi un paragone con i pazienti che avevano ricevuto una prescrizione di penicillina seguita da una di sulfamidico.

In totale sono stati identificati 3.375.162 pazienti trattati con penicillina; di questi 506.679 (15%) hanno in seguito ricevuto una cefalosporina.

Il rischio di sviluppare un evento allergico per i pazienti che avevano avuto un evento precedente era di 10,1 (IC95% 7,4-13,8) rispetto a chi non aveva avuto un evento in precedenza. Il rischio assoluto di avere una reazione anafilattica

dopo la somministrazione di cefalosporina era di 0,001%. Al contrario il rischio di avere una reazione allergica dopo somministrazione di sulfamidico piuttosto che di cefalosporina, era di 7,2 (IC 3,8-13,5).

Gli autori concludono che nei pazienti allergici alla penicillina il rischio di reazioni allergiche ad una successiva somministrazione di cefalosporine o sulfamidici è aumentato, anche se il rischio di anafilassi è molto basso. Per tale motivo gli autori ritengono che le cefalosporine possano essere prese in considerazione per i soggetti con allergia nota alla penicillina.

Ref: Am J Med 2006 Apr; 119: 35-4.e11-354.e19

Commento di Renato Rossi

E' stato affrontato uno spinoso problema: si può prescrivere con ragionevole sicurezza una cefalosporina a pazienti con anamnesi di reazioni di tipo allergico alle penicilline? Questo studio, effettuato su un database veramente notevo-

le, conferma l'impressione clinica che le cefalosporine siano in grado di causare reazioni allergiche in pazienti già allergici alle penicilline. Il rischio però non sembra diminuire di molto con l'uso alternativo di sulfamidici, aspetto quest'ultimo che non può essere spiegato con la cross-reattività invocata per le cefalosporine. E' possibile che soggetti allergici alla penicillina abbiano una reattività' aspecifica maggiore rispetto agli altri soggetti..

Nonostante lo studio in questione abbia documentato una percentuale veramente molto bassa di anafilassi, occorre comunque operare con molta prudenza. Infatti sarebbe difficile rispondere in sede medico-legale di fronte ad una eventuale contestazione di un evento grave, seppur molto raro, quando esistono antibiotici alternativi alle cefalosporine da usare nei soggetti allergici alla penicillina, che sono tra l'altro altrettanto efficaci e maneggevoli.

Come risolvere al meglio il problema

Quello del “problem solving”, ovvero le dinamiche che sottendono alla soluzione dei problemi, è uno dei campi più studiati all'interno della psicologia sociale; questo perché la soluzione dei problemi può essere intesa probabilmente come la massima capacità dell'intelletto umano. Ma i problemi possono essere risolti sia da soli che in gruppo, adottando quindi strategie differenti.

Una ricerca svolta presso l'Università dell'Illinois a Urbana-Champaign, ha cercato di determinare il numero ottimale di cervelli necessari alla corretta soluzione dei problemi.

Nel corso dello studio, a 760 studenti è stata sottoposta una serie di problemi di tipo crittografico.

Gli studenti lavoravano isolatamente o

in gruppo, ed i gruppi erano composti da un numero variabile di persone. La valutazione del risultato non verteva solamente sulle risposte giuste o errate, ma venivano considerate anche le strategie utilizzate per raggiungere la soluzione. I risultati confermano il trend delle ricerche precedenti: il gruppo lavora meglio del singolo. Il punto interessante di questo esperimento è, però, la determinazione del numero minimo di persone necessarie per avere un miglioramento nelle prestazioni.

I gruppi di due persone si collocano, per capacità di problem solving, al pari dei singoli meglio dotati, ma non li superano.

Per avere un miglioramento, per innescare le dinamiche ottimali di produzio-

ne, si necessita di una “massa critica” di almeno tre persone. I gruppi migliori sono, infatti, quelli di 3, 4, o 5 persone. Questo può essere spiegato mediante le dinamiche sociali che si instaurano in un gruppo. L'utilizzo di conoscenze situate, le dinamiche di accoglimento/esclusione delle idee, i sistemi di leadering, si instaurano al meglio all'interno di gruppi di persone, ma due persone non sempre possono essere considerate un “gruppo” nel senso stretto del termine.

Guido Zamperini

Fonte:

Journal of Personality and Social Psychology, (APA), 04-2006

[http://www.opsonline.it/?](http://www.opsonline.it/?m=show&id=5533)

[m=show&id=5533](http://www.opsonline.it/?m=show&id=5533)

Allucinazioni Virtuali

Un nuovo metodo per controllare le “voci”, frequenti in alcune tipologie psicotiche, viene proposto dall'università di Jaén, dove i ricercatori del gruppo dell' 'Evaluación Psicológica' hanno cominciato un avveniristico studio relativo al controllo delle manifestazioni psicotiche mediante la realtà virtuale.

Il trattamento, che deve essere affiancato a quello farmacologico, consiste nel sottoporre il paziente a stimoli analoghi

a quelli che subisce durante le allucinazioni: “visioni” e “voci”, quindi, ma a comando.

Lo scopo, ovviamente, non è quello di sottoporre il paziente ad un evento doppiamente stressante quanto quello di abituarlo a focalizzare l'attenzione, in modo da ridurre l'insorgenza e l'impatto psicologico delle allucinazioni e di prevenirne l'insorgenza.

Un doppio scopo, quindi, per questa nuova tecnica.

Da un lato quindi si stimola l'esposizione alle allucinazioni ma in un ambiente protetto, nello stile cognitivista, che consentirebbe al paziente di riconoscere, trattare e modulare le stesse allucinazioni nella vita normale; dall'altro lato si tenta, alzando la soglia di consapevolezza, di prevenirne l'insorgenza. In altre parole, prevenzione e cura sintomatologica.

Guido Zamperini

Fonte: <http://www.lescienze.it/>

(da pag 11) alternativa terapeutica (provvedimento della Commissione unica del farmaco del 20 luglio 2000). Per il suo utilizzo bisognerà attenersi a quanto stabilito dal tale provvedimento, con particolare riguardo a: istituzione del registro, rilevamento e trasmissione dei dati di monitoraggio clinico ed informazioni riguardo a sospensioni del trattamento; acquisizione del consenso informato; modalità di prescrizione e di dispensazione del medicinale; rilevamento e trasmissione dei dati di spesa.

Decreto del Ministero della Salute del 11.05.06 (Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23.05.06)

AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI MEDICI DI BORDO ABILITATI E SUPPLEMENTI, A SEGUITO DELLA REVISIONE GENERALE DISPOSTA

CON DECRETO MINISTERIALE 4 MARZO 2005

Viene aggiornato l'elenco dei medici di bordo abilitati e supplementi, le cui autorizzazioni all'imbarco e iscrizioni sono confermate a seguito della revisione generale disposta con proprio decreto ministeriale 4 marzo 2005.

Il provvedimento consta di due allegati con i relativi elenchi.

Decreto legislativo n. 191 del 04.04.06 (Gazzetta Ufficiale n. 119 del 24.05.06)

ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2003/99/CE SULLE MISURE DI SORVEGLIANZA DELLE ZONOSI E DEGLI AGENTI ZOONOTICI

Questo provvedimento, attuativo della direttiva 2003/99/CE, ha lo scopo di garantire una adeguata sorveglianza delle zoonosi, degli agenti zoonotici e

della resistenza agli antimicrobici ad essi correlata e un'adeguata indagine epidemiologica dei focolai di tossinfezione alimentare.

Tutto ciò, al fine di consentire la raccolta delle informazioni necessarie ad una valutazione delle relative tendenze e fonti.

I vari articoli affrontano, a partire dalle definizioni, i molteplici aspetti della problematica: gli obblighi generali, le regole generali relative alla sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici, gli obblighi degli operatori del settore alimentare, la sorveglianza della resistenza agli antimicrobici, l'indagine epidemiologica dei focolai di tossinfezione alimentare, la valutazione delle tendenze e delle fonti delle zoonosi degli agenti zoonotici e della resistenza agli antimicrobici, i laboratori di riferimento comunitari e nazionali e, infine, le risorse finanziarie e le abrogazioni.