

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 7 numero 9

Settembre 2010

Dopo le ferie, si riprende nell'incertezza

La crisi economica, l'instabilita' del quadro politico, l'evidente incertezza programmatica, la pretesa delle riforme a costo zero creano ansia e allarme negli operatori.

E i giovani fuggono dagli studi medici

AVVISO

I recapiti del dott. Daniele Zamperini basati sul server Fast-web sono in fase di annullamento. Posta elettronica: dzamperini@gmail.com Oppure daniele.zamperini@email.it Nuovo fax: 0699331036 Oppure 1786055967

Rappresentatività nazionale delle Organizzazioni Sindacali

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA



Attenzione ai viaggi con Carte di Identità prorogate!



Cartellino identificativo obbligatorio a contatto col pubblico

Sequestro del veicolo in caso di ebbrezza: i vari casi e le sentenze della Cassazione



Le nuove linee guida sul trattamento del cancro prostatico

Riscontrata una sindrome cerebellare reversibile da metronidazolo

Profilassi antibiotica delle infezioni urinarie pediatriche

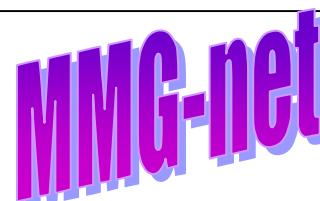
MMG-net

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Steroidi inalatori nella BPCO stabile	Pag. 3	<p>Mensile di informazione e varie attualità'. Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998 Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it</p> <p>Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -SIAMEG -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi</p> <p>Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)</p> <p>Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onotri</p> <p>Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni: dzamperini@gmail.com Cell. 333/5961678</p> <p>Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/ Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i></p>
Il Darusentan (inibitore recettoriale delle endoteline) nell'ipertensione resistente	Pag. 3	
Riscontrata una sindrome cerebellare reversibile da metronidazolo	Pag. 4	
Profilassi antibiotica delle infezioni urinarie pediatriche	Pag. 6	
Aborto ricorrente: sono utili gli antitrombotici?	Pag. 6	
Potassio citrato previene le recidive della calcolosi renale	Pag. 7	
Le linee guida del NCCN sul cancro prostatico	Pag. 7	
Attenzione ai viaggi con Carte di Identità prorogate	Pag. 9	
Sequestro del veicolo in caso di ebbrezza, anche se appartiene a terzi	Pag. 9	
Ma se l' automobilista rifiuta il "palloncino", il veicolo può essere confiscato	Pag. 10	
Assente alla visita fiscale per visitare un familiare ammalato? E' lecito...	Pag. 10	
I benefici previdenziali per l' esposizione all' amianto non sono automatici	Pag. 10	
Rappresentatività nazionale delle Organizzazioni Sindacali	Pag. 11	
Cartellino identificativo obbligatorio, se a contatto col pubblico	Pag. 11	
Nuovo Codice della Strada, occhio alla patente!	Pag. 11	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE e News prescrittive (a cura di Marco Venuti)	Pag. 12	
L'uso del laser per l' ernia discale e' riservato al medico	Pag. 13	
Helicobacter: sciogliere le sue difese	Pag. 13	



MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)

tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Steroidi inalatori nella BPCO stabile

Una revisione sistematica cerca di fare il punto sull'utilità e sulla sicurezza degli steroidi inalatori nella BPCO stabile moderata e grave.

Lo scopo di questa revisione sistematica era di valutare la sicurezza e l'efficacia degli steroidi inalatori associati ai beta 2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA) rispetto al solo uso dei LABA nella BPCO stabile moderata e grave.

Sono stati ritrovati 18 trials per un totale di 12.446 pazienti arruolati. La terapia associata steroide inalatorio/LABA non riduce il numero di riacutizzazioni gravi (RR 0,91; 95% CI 0,82-1,01) né la mortalità totale (RR 0,90; 95% CI 0,76-1,06), la mortalità per cause respiratorie (RR 0,80; 95% CI 0,61-1,05) e quella cardiovascolare (RR 1,22; 95% CI 0,88-1,71).

Tuttavia l'associazione riduce il numero delle riacutizzazioni di gravità moderata (RR 0,84; 95% CI 0,74-0,96) e migliora lo score respiratorio del questionario St. George. Anche se la terapia steroide inalatorio/LABA aumenta in maniera significativa il FEV1, l'associazione risulta associata ad un aumento del rischio di polmonite (RR 1,63; 95% CI 1,35-1,98).

Gli autori concludono che, rispetto alla monoterapia con LABA, l'associazione steroide inalatorio/LABA non porta ad

effetti clinicamente importanti e predefiniti ed è associata ad effetti collaterali seri.

Fonte:

Rodrigo JG et al. Safety and Efficacy of Combined Long-Acting β -Agonists and Inhaled Corticosteroids vs Long-Acting β -Agonists Monotherapy for Stable COPD. A Systematic Review. Chest 2009 Oct; 136:1029-1038

Commento di Renato Rossi

Le linee guida della BPCO consigliano, nelle forme lievi e con sintomi intermittenti, l'uso di un broncodilatatore a breve durata d'azione al bisogno per controllare la dispnea.

Nei pazienti con forme moderate e severe di malattia, in cui è presente dispnea giornaliera non responsiva al broncodilatatore al bisogno, si raccomanda di aggiungere un broncodilatatore a lunga durata (un anticolinergico o un beta 2 long acting) e, se necessario, teofillina orale.

L'aggiunta, a questa terapia, di uno steroide inalatorio è consigliata quando il FEV1 è inferiore al 50% e quando vi è un'anamnesi di frequenti riacutizzazioni (almeno 3 all'anno negli ultimi 3 anni).

La revisione sistematica recensita in questa pillola conferma, in buona sostanza, che queste raccomandazioni sono ancora

valide. Infatti la pratica di associare uno steroide inalatorio al beta 2 long acting riduce le riacutizzazioni di gravità moderata (ma non quelle molto gravi) e non comporta un miglioramento della mortalità totale né di quella respiratoria o cardiovascolare.

Alcuni studi hanno dimostrato che l'associazione porta ad un miglioramento della qualità di vita, mentre, per contro, aumenta il rischio di polmonite.

Il messaggio take away è dunque questo: nella BPCO uno steroide inalatorio aggiunto alla terapia con broncodilatatore a lunga durata d'azione può essere preso in considerazione nei pazienti con grave compromissione della funzionalità respiratoria, con sintomi importanti e persistenti e che vanno incontro a ripetute riacutizzazioni della malattia.

Referenze

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda (MD): Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2008. 94 p. 2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4364>

Il Darusentan (inibitore recettoriale delle endoteline) nell'ipertensione resistente

In uno studio randomizzato e controllato il darusentan, un inibitore del recettore delle endoteline, si è dimostrato efficace nel ridurre i valori pressori in pazienti con ipertensione resistente a tre o più farmaci. Rimane la stabile l'utilità del farmaco su endpoint clinici hard.

In questo studio randomizzato in doppio cieco sono stati reclutati 379 pazienti con pressione arteriosa sistolica ≥ 140 mmHg (≥ 130 mmHg se diabetici o nefropatici) nonostante trattamento con almeno tre farmaci antipertensivi

(incluso un diuretico) alle massime dosi tollerate.

I partecipanti sono stati randomizzati per 14 settimane ad un trattamento con placebo (n=132), darusentan 50 mg/die (n=81), darusentan 100 mg/die (n=81) oppure darusentan 300 mg/die (n=85). L'endpoint primario era il cambiamento dei valori pressori sistolici e diastolici.

La riduzione media della pressione sistolica fu di 9 mmHg e quella diastolica di 5 mmHg nel gruppo placebo, di 17 e 10 mmHg nel gruppo trattato con 50 mg/die, di 18 e 10 mmHg nel gruppo 100 mg/die e di 18 e 11 mmHg nel

gruppo a 300 mg/die.

L'effetto collaterale principale risultò essere la ritenzione di fluidi: edema o ritenzione idrica si verificarono nel 27% dei pazienti trattati con darusentan (14% con il placebo). Un altro effetto comune associato al darusentan risultò essere l'anemia, clinicamente però di scarsa importanza.

Morì di morte cardiaca improvvisa un paziente del gruppo placebo mentre 3 pazienti nel gruppo darusentan manifestarono eventi avversi cardiaci gravi. Gli autori concludono che darusentan porta ad una riduzione ulteriore della

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

pressione in pazienti che non ottengono un buon controllo con tre o più farmaci antipertensivi. Come per gli altri farmaci vasodilatatori può essere necessario un trattamento con diuretici per combattere la ritenzione idrica causata dal nuovo farmaco.

Fonte:

Weber MA et al. A selective endothelin-receptor antagonist to reduce blood pressure in patients with treatment-resistant hypertension: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2009 Oct 24; 374: 1423-1431

Commento di Renato Rossi

Un aumento delle endoteline è stato descritto in numerose condizioni patologiche, soprattutto cardiovascolari

(ipertensione arteriosa, ipertensione polmonare, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco) e nefropatie croniche. E' già in uso un antagonista del recettore delle endoteline, il bosentan, che viene prescritto per la terapia dell'ipertensione polmonare.

Il darusentan è un altro farmaco appartenente alla stessa classe. Nello studio recensito in questa pillola si è dimostrato efficace nel ridurre i valori pressori in pazienti con ipertensione arteriosa resistente ad almeno tre farmaci antipertensivi. Tuttavia siamo ancora all'inizio del lungo cammino che il farmaco dovrà affrontare. Infatti lo studio in questione ha avuto una durata di sole 14 settimane ed ha valutato un endpoint surrogato (variazione dei valori pressori rispetto al basale). Come ben sanno i lettori di questa testata, un effetto positivo su un outcome surrogato non necessariamente si

traduce in benefici clinicamente importanti per i pazienti. Bisognerà quindi attendere studi randomizzati e controllati (con un comparator attivo) con casistica e follow up adeguati e su endpoint clinici hard prima di poter dare un giudizio definitivo su questa classe di farmaci. L'effetto collaterale più comune associato al darusentan è risultato essere la ritenzione idrica, tanto che gli autori concludono che spesso, per contrastare questo fenomeno, è necessario l'uso di un diuretico. Solo il futuro potrà dirci se questo effetto collaterale andrà ad incidere negativamente su alcuni esiti cardiovascolari dell'ipertensione, come per esempio lo scompenso cardiaco.

Riscontrata una sindrome cerebellare reversibile da metronidazolo

Vengono descritti due casi di sindrome cerebellare reversibile indotta dal metronidazolo.

Caso 1

Un uomo di 54 anni si era presentato con una storia di 3 giorni di difficoltà di parola ed un'andatura barcollante, dopo aver avuto una crisi epilettica generalizzata tonico-clonica. Aveva assunto metronidazolo orale per bronchiectasie per 2 mesi prima della presentazione. (dose cumulativa stimata di circa 60 g). La sua storia medica includeva diabete mellito di recente diagnosi e dislipidemia. Non aveva storia familiare di disordini neurologici.

L'esame neurologico aveva mostrato disartria cerebellare, dismetria bilaterale ed un'andatura atassica a base larga. Il resto dell'esame era insignificante. I risultati delle immagini della risonanza magnetica (MRI) del cervello del paziente erano riportate essere normali, sebbene, in retrospettiva, si potevano vedere deboli iperintensità dei nuclei dentati agli scans FLAIR. I sintomi e i segni del paziente migliorarono nei successive 4 giorni.

Una settimana più tardi, la disartria e la atassia del paziente peggiorarono, ed egli fu ricoverato in ospedale. Le T2-weighted FLAIR MRI ripetute mostrano iperintensità simmetriche bilaterali nei nuclei dentate del cervelletto. I risultati di un accurato esame per i disordini cerebellari furono negativi; cause nutrizionali (deficit di vitamina B12 e di vitamina E) e disordini genetici (atassia di Friedreich, atassie spinocerebellari 1, 2, 3, 6, 7 e 8, xantomatosi cerebrotendinea) furono esclusi. Un mese circa dopo la dimissione, fu iniziata terapia con fenitoina dopo la seconda crisi epilettica.

Al momento della presentazione iniziale, la causa delle difficoltà del paziente non era stata riconosciuta, ed egli aveva continuato ad assumere metronidazolo per le bronchiectasie fin a quando la terapia non era stata sospesa circa 2 mesi dopo.

Al follow-up 3 mesi dopo la sospensione del metronidazolo, la sindrome cerebellare del paziente si era risolta. Una MRI del cervello del paziente ripetuta aveva mostrato completa risoluzione delle modificazioni del segnale nei nuclei dentati.

Caso 2

Una donna di 72 anni era stata ricoverata con dolore alla gamba sinistra e al fianco per un ascesso intraddominale. La sua storia medica includeva arteriopatia coronarica con un remoto infarto del miocardio e successivo by pass aorto coronarico. La sua storia includeva, inoltre, ipotiroidismo, una nefrectomia sinistra per un ascesso renale ed una storia remota di fumo. Circa 3 settimane dopo l'inizio del metronidazolo (500 mg due volte al giorno, per una dose cumulativa di circa 25 g), ella sviluppò una sindrome cerebellare con disartria, dismetria ed andatura atassica.

Una MRI del suo cervello fatta circa 2 mesi dopo l'inizio di questa sindrome mostrò segnale abnorme nei nuclei dentati bilateralmente, che era virtualmente identica alle immagini del paziente 1.

Basandosi su questi reperti, fu sospettata la tossicità del metronidazolo, ed il farmaco fu sospeso. I sintomi della paziente si risolsero gradualmente nelle successive settimane. Una MRI del

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

suo cervello ripetuta 1 mese dopo la sospensione del metronidazolo mostrò una completa risoluzione delle lesioni dei nuclei dentati cerebellari. La paziente morì due mesi dopo per cause non correlate.

Il metronidazolo è un antibiotico ampiamente usato nella pratica clinica, ma case reports 1-4 che possono verificarsi con l'uso del metronidazolo neurotossicità sia periferiche che centrali. (Box 1). La neuropatia periferica è l'evento avverso neurologico più comune causato dal metronidazolo. La maggior parte degli eventi avversi sono reversibili in poche settimane dopo la sospensione del trattamento.

Box 1: Complicazioni neurologiche associate all'uso di metronidazolo :

- Sindrome cerebellare
- Encefalopatia
- Vertigini
- Neuropatia autonoma
- Neuropatia ottica
- Neuropatia periferica

Una sindrome cerebellare reversibile con caratteristiche lesioni nei nuclei dentati cerebellari alla MRI è stata attribuita all'uso di metronidazolo, come descritto per i 2 pazienti citati nel presente lavoro e da altri Autori. (4-7). In genere i pazienti si presentano con disartria cerebellare ed atassia che possono occasionalmente oscillare, come nel nostro primo paziente. La durata del trattamento con metronidazolo prima che si manifestino i sintomi cerebellari è variabile, con un range dai 28 giorni 6 ai 3 mesi 7 e le dosi cumulative variano da un range di 25 g (come nella seconda paziente) fino a 90 g. 7 In genere i pazienti hanno una completa remissione dei sintomi dopo la sospensione del metronidazolo, talvolta in pochi giorni.

I sintomi e i segni dei pazienti descritti nel presente lavoro si sono risolti poche settimane dopo la sospensione della terapia con metronidazolo. Anche le modifiche della MRI si sono risolte in entrambi i pazienti, nei quali il farmaco era stato implicato come agente causale.

La sindrome cerebellare descritta è correlata con singolari e simmetriche iperintensità alla risonanza magnetica nei nuclei dentati del cervelletto. Altre aree del cervello possono essere coinvolte con l'uso del metronidazolo, incluso il cervello medio, il ponte, il midollo il corpo calloso ed altre regioni cerebrali. (8)

L'area più comunemente affetta è rappresentata dai nuclei dentati cerebellari. Il meccanismo d'azione della neurotossicità indotta dal metronidazolo sul sistema nervoso centrale e periferico non è ben noto. Meccanismi proposti includono legami del metronidazolo a RNA, DNA e a neurotrasmettitori inibitori, così come alla induzione di edema sia vasogenico che citotossico. (6)

Il metronidazolo è strutturalmente simile al precursore tiazolico della tiamina e potrebbe portare ad una riduzione dell'assorbimento della tiamina agendo come un analogo della tiamina. (9)

La propensione a sviluppare questi eventi avversi è scarsamente nota. Vi potrebbero essere alcune relazioni con la dose, ma in entrambi i nostri pazienti, la dose somministrata era nei range raccomandati. La paziente 2 ha sviluppato la sindrome dopo una dose cumulativa relativamente bassa di soli 25 g, che sono al livello basso del range di dosi associate alla sindrome cerebellare. E' anche possibile una tossicità sinergica con altri farmaci. (10)

Gli eventi avversi neurotossici del metronidazolo continuano ad essere non riconosciuti nonostante il suo ampio uso. La ricerca della causa delle lesioni nei nuclei dentati del primo paziente è stata ritardata fino a che uno degli Autori non ha letto la descrizione di un caso simile su di una rivista specializzata. Il riconoscimento della sindrome ha portato alla pronta sospensione del metronidazolo nella paziente 2.

Punti chiave

- Sindrome cerebellare, encefalopatia, vertigini e neuropatie autonome, ottiche, periferiche sono state associate

all'uso di metronidazolo.

- La sindrome cerebellare in genere inizia gradualmente in alcuni mesi dall'assunzione del metronidazolo.
- Una volta che il farmaco viene sospeso, la sindrome in genere migliora in pochi giorni e si risolve in qualche settimana.
- Questa sindrome è associata a significative iperintensità reversibili bilaterali nei nuclei dentati nelle immagini della risonanza magnetica.

Bibliografia

1. Clin Experiment Ophthalmol 2007;35:585-6.
2. J Child Neurol 2006;21:429-31.
3. Ann Intern Med 1978;88:361-2.
4. Int J Infect Dis 2008;12:e111-4.
5. N Engl J Med 2002;346:68-9.
6. Ann Intern Med 1980;93:59-60.
7. Arch Neurol 2003;60:1796-800.
8. AJNR Am J Neuroradiol 2007;28:1652-8.
9. Int J Clin Pharmacol Res 1999;19:83-8.
10. Med Mal Infect Epub 2008 Dec. 30 ahead of print.

Commento di Patrizia Iaccarino
A giudizio di chi scrive, la parte più bella di questo lavoro è proprio la sincera dichiarazione degli autori, che ammettono nella discussione di non aver capito che i sintomi del primo paziente fossero dovuti ad un evento avverso da farmaco, cosa che è stata suggerita ad uno di loro dalla lettura di un caso simile su di una rivista specializzata. La seconda paziente ha giovato di questa nuova acquisizione con la sospensione immediata del farmaco ritenuto agente causale. Questa ammissione diventa una forte testimonianza dell'importanza della pubblicazione dei case reports circa gli eventi avversi da farmaci. Si ha la sensazione che la cultura del "farmacovigilare" possa diffondersi come la luce del sole che, all'alba, va a rischiare tutto quanto veniva prima coperto dal buio.

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Profilassi antibiotica delle infezioni urinarie pediatriche

In un RCT australiano la profilassi antibiotica per 12 mesi ha ridotto il rischio di sviluppare un'infezione urinaria in bambini a rischio, ma l'effetto sembra modesto.

In questo studio randomizzato e controllato sono stati reclutati 576 bambini (età inferiore a 18 anni; età media 14 mesi) che avevano avuto uno o più episodi dimostrati di infezione urinaria. I partecipanti sono stati trattati per 12 mesi con placebo oppure con una sospensione di trimetoprim-sulfametossazolo (2 mg di trimetoprim e 10 mg di sulfametossazolo per kg al giorno).

L'end point primario era l' infezioni urinaria sintomatica confermata con esame microbiologico.

Il 64% dei bambini era di sesso femminile e il 42% aveva un reflusso vescicoureterale (nel 53% di questi bambini il reflusso era di III grado).

Durante il follow up una infezione urinaria si sviluppò in 36 dei 288 (13%) nel gruppo trattato e in 55 dei 288 bambini del gruppo placebo (19%), per una hazard ratio di 0,61 (CI95% 0,40-0,93). La riduzione del rischio di sviluppare infezione urinaria appariva consistente, ma modesta, in tutti i sottogruppi. La profilassi comunque sembra più efficace nei bambini con reflusso vescicoureterale di grado III-IV (riduzione del rischio assoluto del 6,8%) che in quelli con reflusso più modesto (riduzione del rischio assoluto del 5,4%) o senza reflusso (riduzione del rischio assoluto del-

l'1,8%).

Fonte:

Craig JC et al. Antibiotic prophylaxis and recurrent urinary tract infection in children. *N Engl J Med* 2009 Oct 29; 361:1748.

Commento di Renato Rossi

Gli autori sono partiti dalla constatazione che la profilassi antibiotica per ridurre il rischio di recidive di infezione urinaria nei bambini è ampiamente usata, ma mancano RCT di adeguata potenza. Inoltre, come abbiamo già scritto in alcune pillole precedenti [1,2], spesso i risultati degli studi disponibili sono stati negativi.

Lo studio australiano di Craig e coll. purtroppo pecca sull'endpoint esaminato in quanto, più che sulla comparsa di una nuova infezione urinaria, interesserebbe sapere se la profilassi antibiotica riduce o non riduce il rischio di deterioramento della funzione renale.

Un editoriale di commento suggerisce che, di fronte ad un bambino con infezione urinaria, è importante determinare se è presente un reflusso vescicoureterale in quanto non sembra giustificata una profilassi a lungo termine in assenza di reflusso.

L'editoriale evidenzia anche l'efficacia modesta della terapia. In effetti basandosi sui risultati del trial bisogna trattare per un anno circa 15 bambini con reflusso grave per evitare che uno di essi ab-

bia una recidiva. Tuttavia se non vi è reflusso si ha un NNT di circa 55.

Per il medico pratico può essere utile rifarsi a quanto suggerito dalle linee guida del NICE inglese:

- 1) nei bambini con un primo episodio di infezione urinaria sintomatica la profilassi antibiotica non dovrebbe essere consigliata di routine
 - 2) la profilassi può essere presa in considerazione nei bambini con recidive
 - 3) la batteriuria asintomatica non deve essere sottoposta a profilassi
- Di nostro aggiungiamo che, considerando i risultati di Craig e collaboratori, vale la pena di considerare la profilassi antibiotica anche dopo un primo episodio di infezione urinaria se vi è un reflusso importante, pur in mancanza di dati che dimostrino che tale pratica sia utile a preservare a lungo termine la funzione renale.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3474>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4344>
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2007) Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk>

Aborto ricorrente: sono utili gli antitrombotici?

Secondo uno studio danese gli antitrombotici non sono efficaci nelle donne con aborti ricorrenti di natura inspiegata.

In questo studio randomizzato danese sono state reclutate 364 donne alla sesta settimana di gestazione oppure in cerca di una gravidanza (età 18-42 anni). Le partecipanti, che per essere arruolate, dovevano in passato aver avuto due o più aborti inspiegati, sono state rando-

mizzate ad ASA a basse dosi (80 mg/die) associato a nadroparina (2850 UI per via sottocutanea), ASA da solo oppure placebo.

Diventarono gravide 299 donne (82%) e 197 partorirono un figlio vivo (54% del totale, 66% di quelle che erano andate incontro ad una gravidanza).

Non si sono evidenziate differenze tra i tre gruppi per quanto riguarda la percentuale di parti con neonati vivi.

Lo studio è stato interrotto anticipatamente a causa di questi risultati negativi. Effetti collaterali (ecchimosi e reazioni cutanee nel sito di iniezione) si sono registrati nel gruppo trattato con ASA + nadroparina.

Fonte:

Kaandorp SP et al. Aspirin plus heparin or aspirin alone in women with recurrent miscarriage. *N Engl J Med* 2010 Apr 29;

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

362:1586.

Commento di Renato Rossi

Nei paesi occidentali circa una donna ogni 20 che tenta di andar incontro ad una gravidanza presenta un quadro di aborti ricorrenti (due o più). Nel 50% dei casi la causa non è nota, mentre cause note sono alterazioni cromosomiche del prodotto del concepimento oppure uno stato trombofilico nella madre. Ipotizzando che nei casi di aborto ricorrente da cause sconosciute possano essere in gioco alterazioni della coagulazione in senso trombotico non diagnosticate o non riconoscibili con le metodiche

attuali, alcuni consigliano una profilassi con ASA a basse dosi oppure con eparina a basso peso molecolare. Tuttavia non ci sono evidenze a favore di questa pratica [1].

Nello studio recensito in questa pillola sono stati paragonati tre approcci: ASA a basse dosi associato ad un'eparina a basso peso molecolare, ASA a basse dosi, oppure placebo. Come si è visto, lo studio è stato interrotto anticipatamente per l'inutilità dei due trattamenti anti-trombotici testati.

A questo punto non resta che concludere con quanto sottolinea un editorialista nel suo commento [2]: non ci sono ragioni per usare una profilassi con antitrombo-

tici nei casi di aborto ricorrente.

Anche perchè, aggiungiamo noi, la terapia con ASA e/o con eparina a basso peso molecolare non è scevra di rischi potenziali.

Ovviamente questi risultati non si applicano a donne in cui l'aborto ricorrente trova come motivo patogenetico una sottostante trombofilia.

Referenze

1.
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4877>

Potassio citrato previene le recidive della calcolosi renale

In uno studio retrospettivo la somministrazione a lungo termine di potassio citrato ha ridotto il rischio di recidiva nella nefrolitiasi ricorrente.

In questo studio di tipo retrospettivo è stata valutata una coorte di 503 pazienti che avevano sofferto di nefrolitiasi ricorrente e che erano stati trattati con potassio citrato. Molti pazienti presentavano riduzione della concentrazione di citrato nelle urine, ipercalciuria e gotta. Il trattamento ha avuto una durata, in media, di 41 mesi (da 6 a 168). La frequenza di calcolosi passò da un valore baseline medio di 1,89 per anno ad un valore di 0,46 per anno ($p < 0,0001$). La percentuale di remissione fu del 68%

e quella di diminuzione dei calcoli urinari del 93%.

Gli autori concludono che la somministrazione a lungo termine di potassio citrato riduce in modo significativo il rischio di recidiva di calcoli urinari, confermandosi utile nella nefrolitiasi ricorrente.

Fonte:

Robinson MR et al. Impact of long-term potassium citrate therapy on urinary profiles and recurrent stone formation. *J Urol* 2009 Mar; 181:1145.

Commento di Renato Rossi

La somministrazione di potassio citrato, oltre ad alcalinizzare le urine, aumenta

la concentrazione urinaria di citrato che agisce a sua volta facilitando la soluzione dei sali che aggregandosi formano i calcoli. È noto che la nefrolitiasi ha un'elevata tendenza a recidivare, pertanto avere a disposizione una terapia che riduce tale rischio è sicuramente interessante. Lo studio recensito in questa pillola non ha la stessa forza di un trial clinico randomizzato e controllato, essendo di tipo osservazionale, retrospettivo e, per di più, mancando di un gruppo di controllo.

Tuttavia nei pazienti con nefrolitiasi recidivante una terapia di prevenzione secondaria con potassio citrato dovrebbe essere presa in considerazione.

Le linee guida del NCCN sul cancro prostatico

Secondo le linee guida del NCCN i tumori prostatici clinicamente localizzati a basso e bassissimo rischio di progressione dovrebbero essere trattati, in prima istanza, con vigile attesa.

Sono state aggiornate le linee guida sul cancro prostatico del NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Vi è una novità importante: è prevista la sorveglianza attiva non come possibile opzione, ma come sola scelta terapeutica nel trattamento iniziale dei pazienti a

basso rischio.

In pratica i pazienti vengono divisi in due categorie: quelli a rischio molto basso e quelli a rischio basso. Per i primi la sorveglianza attiva deve essere offerta come prima linea se vi è una aspettativa di vita inferiore ai 20 anni, per i secondi se l'aspettativa di vita è inferiore ai 10 anni.

Si calcola che grazie al dosaggio del PSA circa il 40% dei casi di tumore prostatico diagnosticati ogni anno riguardano pazienti di questo tipo. Si tratta

di pazienti che presentano un cancro istologicamente maligno, ma dal comportamento clinico poco aggressivo o indolente, i quali, se trattati, possono andar incontro a inutili complicanze della terapia, mentre il trattamento non comporta un aumento della sopravvivenza (overtreatment).

Ma come si fa a definire il rischio del paziente? I parametri da prendere in considerazione sono la stadiazione TNM, lo score di Gleason, il valore del PSA, la PSA density e il risultato della

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

biopsia prostatica.
 Secondo il NCCN il paziente con cancro clinicamente localizzato [b]a basso rischio[b] ha un tumore in stadio T1 o T2a, uno score di Gleason compreso tra 2 e 6 e un PSA inferiore a 10 ng/mL. Invece un paziente con cancro clinicamente localizzato a rischio molto basso ha un tumore in stadio T1a, uno score di Gleason fino a 6, un PSA inferiore a 10 ng/mL, meno di tre foci positivi alla biopsia (con meno del 50% di tumore in ognuno) e una PSA density inferiore a 0,15 ng/mL/grammo.
 (la PSA density si calcola dividendo il valore del PSA per il volume prostatico calcolato tramite ecografia transrettale). Per vigile attesa le linee guida intendono il dosaggio del PSA almeno ogni 6 mesi ed un esame digitale del retto almeno una volta all'anno. In caso di basso rischio ed aspettativa di vita superiore ai 10 anni si consiglia anche di ripetere la biopsia prostatica una volta all'anno. Negli altri casi la ripetizione della biopsia è opzionale: può essere prevista entro 6-18 mesi a seconda del numero di foci neoplastici ritrovati al primo esame. In caso di progressione della malattia si avvia il paziente al trattamento ritenuto più idoneo.

Nella tabella 1 vengono sintetizzate le raccomandazioni delle linee guida a seconda del tipo di cancro prostatico.

TABELLA 1 CANCRO PROSTATICO CLINICAMENTE LOCALIZZATO

A RISCHIO MOLTO BASSO (T1a, Gleason fino a 6, PSA inferiore a 10 ng/mL, meno di tre foci positivi alla biopsia con meno del 50% di tumore ognuno, PSA density inferiore a 0,15 ng/mL/grammo)
 Se aspettativa di vita inferiore ai 20 anni: solo vigile attesa

A RISCHIO BASSO (T1 o T2a, Gleason fino a 6, PSA inferiore a 10 ng/mL)
 Se aspettativa di vita inferiore a 10 anni: solo vigile attesa
 Se aspettativa di vita superiore a 10 anni: sorveglianza attiva oppure radioterapia oppure prostatectomia radicale con eventuale asportazione dei linfonodi

pelvici.

A RISCHIO INTERMEDIO (T2b o T2c, Gleason 7, PSA compreso tra 10 e 20 ng/mL):
 Se aspettativa di vita inferiore a 10 anni: sorveglianza attiva oppure radioterapia oppure prostatectomia radicale con eventuale asportazione dei linfonodi pelvici
 Se aspettativa di vita superiore a 10 anni: prostatectomia con eventuale asportazione dei linfonodi pelvici oppure radioterapia

A RISCHIO ELEVATO (T2a, Gleason 8-10, PSA > 20 ng/mL)
 Prostatectomia con eventuale asportazione dei linfonodi pelvici oppure radioterapia

CANCRO PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO

In questo caso si tratta di tumori T3b o T4, in cui il rischio di progressione è elevato.
 Sono possibili tre opzioni: radioterapia, prostatectomia, terapia ormonale

CANCRO PROSTATICO METASTATICO

In caso di metastasi linfonodali senza segni di metastasi sistemiche: radioterapia con eventuale ciclo (4-6 mesi) di terapia ormonale
 In caso di metastasi sistemiche: terapia ormonale

Nella tabella 2 viene sintetizzata la classificazione TNM per il cancro prostatico

TABELLA 2

T = Tumore
 T1 = tumore clinicamente inapparente non visibile e non palpabile diagnosticato in seguito ad un esame istologico dopo TURP (T1a = presente nel 5% o meno del tessuto resecato, T1b = presente in più del 5% del tessuto resecato) o ad una agobiopsia per un PSA elevato (T1c)
 T2 = tumore confinato alla prostata, T2a se ad un solo lobo, T2b se ad entrambi i lobi
 T3 = tumore esteso alla capsula prostatica (T3a) oppure anche alle vescichette seminali (T3b)

T4 = tumore che invade le strutture adiacenti (collo vescicale, retto, ecc)
 TX = tumore non valutabile

N = Linfonodi
 0 = no interessamento linfonodale
 N+ = interessamento linfonodale
 NX = linfonodi non valutabili

Metastasi sistemiche
 M0 = non metastasi a distanza
 M+ = metastasi a distanza. M1a = linfonodi non regionali – M1b = ossa – M1c = altri tessuti

Che dire? Queste nuove linee guida differiscono dalle precedenti perchè nei pazienti con cancro clinicamente localizzato a rischio evolutivo molto basso o basso la sorveglianza attiva diventa non una scelta opzionale insieme alle altre (chirurgia o radioterapia), ma una scelta raccomandata come prima linea. In questo senso viene riconosciuto che molti cancri prostatici scoperti mediante screening possono essere forme indolenti che evolvono lentamente o non evolvono, per cui il trattamento porterebbe a maggiori rischi che benefici. Tuttavia vi sono alcune criticità che è bene tenere presenti.

Anzitutto non è sempre facile determinare con esattezza l'aspettativa di vita di un individuo perchè si devono considerare non solo le tabelle statistiche di sopravvivenza ma anche le comorbilità eventualmente presenti.

In secondo luogo non esistono ancora studi su larga scala che abbiano paragonato la sorveglianza attiva al trattamento chirurgico o radiante in pazienti con tumore prostatico localizzato. E' in corso attualmente uno studio di fase 3, randomizzato e controllato, denominato STAR (Surveillance Therapy Against Radical Treatment), ma i risultati non saranno disponibili per alcuni anni. Infine, il punto critico principale: quanti pazienti, soprattutto se relativamente giovani, pur correttamente e dettagliatamente informati, riusciranno a scegliere la sorveglianza attiva, accettando l'idea di vivere con un tumore istologicamente maligno senza trattarlo? La scelta in effetti non sarebbe facile neppure per un medico, figurarsi per un paziente.
 Renato Rossi

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Referenze

NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate cancer. V.I.2010
Le linee guida sono liberamente consultabili, previa registrazione, al link:
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/prostate.pdf

Commento di Luca Puccetti

Tali raccomandazioni appaiono davvero poco sensate e poco giustificate. Prendiamo la situazione italiana un uomo di 62 anni ha una speranza di vita media di oltre 20 anni. Questo vorrebbe dire che si dovrebbe sottoporre, non si sa per quanti anni, ad una sorta di "tagliando annuale" in cui si dovrebbero ottenere gli indici su cui costruire il profilo di rischio che comporta, tra l'altro anche un'ecografia.

Ma che cosa accade del rischio anno dopo anno? Esso non rimane eguale, ma cambia dinamicamente, sia per intrinseci

motivi statistici, sia per possibili sopraggiungenti patologie. Quali prove esistono che un intervento dopo 5 anni di vigile attesa risulti ancora egualmente potenzialmente efficace come quello che fosse stato eseguito 5 anni prima? Non esiste alcuna seria prova di tutto ciò. Per non parlare, come già osservato da Renato Rossi, della difficilissima situazione di convivenza psicologica con una tale minaccia, che potenzialmente potrebbe indurre stress e depressione e quindi diminuire anche per questo motivo la speranza di vita e che assai probabilmente, ne minerebbe la qualità. I confini tracciati dalla presente linea guida sono pertanto inaccettabili e viene il sospetto che siano dettati da pure esigenze economiche da parte delle compagnie di assicurazione. Stanno inoltre affacciandosi nuove tecniche, che, sia pur tutte da verificare, prospettano un possibile recupero dall'eventuale incontinenza postprostatectomia. La regola,

fino ad oggi spesso usata, del discriminare di età di 7 anni di speranza di vita per decidere sull'intervento chirurgico, senza elucubrare su improbabili quanto complesse previsioni della progressione, appare molto più applicabile e ragionevole, per lo meno per il setting culturale italiano.

Inoltre sarebbe interessante verificare, e cercheremo di farlo, la precisione di un tale modello anche solo dal punto di vista statistico. Lo score di predittività del rischio di progressione appare troppo complesso. Solitamente le cose più implementabili si basano su score semplici e di rapido calcolo. Invece, altro dubbio malevolo, sembra che sia necessaria una competenza specialistica per poter avere i dati necessari al calcolo. Insomma una LG che non ci sentiremo mai di seguire.

Attenzione ai viaggi con Carte di Identità prorogate

Il Ministero degli Interni mette sull'avviso: non tutti i Paesi esteri accettano la carta di identità italiana scaduta e prorogata mediante timbro delle autorità'.

Il Dipartimento degli affari interni e territoriali del Ministero dell'Interno, con la circolare n. 23 del 28 luglio 2010

ha avvisato i cittadini che numerosi Paesi esteri non riconoscono come validi per l'espatrio i documenti italiani prorogati nella validità' con timbro o altro documento di accompagnamento. Per evitare spiacevoli disagi o addirittura il divieto di ingresso alla frontiera estera, quindi, e' necessario che il turista in possesso di Carta di identità prorogata

si informi specificatamente oppure (meglio ancora) chieda il rilascio di un nuovo documento con validità' decennale, riconsegnando quello prorogato. I costi del nuovo documento (non elevati, in verità) sono a carico dei cittadini richiedenti.

Sequestro del veicolo in caso di ebbrezza, anche se appartiene a terzi...

La Cassazione si e' pronunciata in modo difforme in diverse sentenze operando dei distinguo a seconda delle circostanze: in certi casi e' ammesso il sequestro del veicolo qualora il conducente sia in stato di ebbrezza, anche se il veicolo appartiene a terzi, in altri casi cio' viene negato.

Il primo caso: La sent. n. 11791 del 26/3/2010, VI penale, aveva escluso che potesse essere disposto il sequestro del veicolo condotto dal figlio ubriaco se il mezzo apparteneva al padre, escludendo che potesse essere formulato un giudizio di rimproverabilità per omessa sorveglianza sul comportamento

dell'indagato.

Il secondo caso (n. 20610 del 26-/2/2010, IV sez. penale) la Corte ha voluto superare l'aspetto puramente formale della proprietà del mezzo valutando invece le condizioni concrete dei fatti.

Il caso in oggetto trattava di un ragazzo colto in stato di ebbrezza alla guida di un motociclo intestato alla madre. Il veicolo era stato sequestrato, ma la proprietaria aveva presentato ricorso basandosi proprio sul fatto che il veicolo era intestato a persona diversa da quella del guidatore.

La Corte le ha dato torto.

Il concetto di appartenenza, secondo i magistrati, non e' strettamente riconducibile, dal punto di vista strettamente giuridico, né alla nozione di proprietà né alla semplice intestazione del veicolo, ma va verificato in concreto se il soggetto che si pone alla guida del veicolo in stato di ebbrezza sia o meno in grado di esercitare un effettivo e concreto dominio sul mezzo in una maniera che, indipendentemente dalla formale intestazione, può assumere sia le forme del possesso che quelle della detenzione, escludendone la rilevanza solo per forme di possesso meramente occasionali.

Nel caso in oggetto i giudici hanno

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

ritenuto che la madre (sessantasettenne) di fatto non esercitasse un effettivo e concreto dominio sul mezzo che invece veniva verosimilmente esercitato dal figlio trentanovenne, che ne era quindi il concreto possessore.

Tuttavia (terzo caso) la Suprema Corte di Cassazione, con la sentenza n. 20093 del 26 maggio 2010, ha invece escluso che si possa applicare la misura in esa-

me in caso di auto aziendale, anche se il conducente è colto alla guida in stato di ebbrezza.

Per i giudici, il carattere afflittivo della confisca trascenderebbe le esigenze di sicurezza e verrebbe ad essere incompatibile con l'applicazione della misura in parola alla luce dei principi di legalità, personalità e responsabilità che caratterizzano le sanzioni penali. Per questi motivi la Suprema Corte ha annullato il

provvedimento restrittivo adottato dal Tribunale del riesame di Vicenza con il quale era stata disposta la confisca del veicolo condotto dal legale rappresentante della società intestataria del veicolo sottoposto a confisca.

Insomma, non c'è ancora una univoca interpretazione delle norme in materia, bisognerà attendere ulteriori chiarimenti.

Daniele Zamperini—Giuseppina Onotri

... Ma se l' automobilista rifiuta il "palloncino", il veicolo può essere confiscato

La Cassazione, in una recente sentenza, ha stabilito che se l' automobilista rifiuta test alcolemico il veicolo va confiscato, trattandosi di sanzione penale accessoria (Sezioni Unite, sentenza n.23428).

Il Procuratore della Repubblica presso il tribunale di Pordenone aveva investito la Cassazione della questione se la confisca del veicolo, prevista dal Codice della strada nel caso di condanna per il reato di rifiuto di sottoposizione all'accertamento del tasso alcolemico, abbia natura di misura di sicurezza o di sanzione amministrativa.

Il problema non è di poco conto, in quanto da ciò scaturiscono importanti

conseguenze procedurali.

La Corte ha perciò precisato, in base alle modifiche introdotte con la legge del 24 luglio 2008, n. 125, che la confisca del veicolo prevista dal Codice della Strada nel caso di condanna per il reato di rifiuto di sottoposizione all'accertamento del tasso alcolemico, ha natura di sanzione penale accessoria. In particolare, con l'entrata in vigore del decreto legge 23 maggio 2008 n. 92, convertito con la legge 24 luglio 2008, n. 125, "è stato introdotto un inasprimento delle pene detentive per gli illeciti di seconda e terza fascia del secondo comma dell'art. 186 ed ha introdotto una dispo-

sizione, in virtù della quale con la sentenza di condanna o di patteggiamento (...) è sempre disposta la confisca del veicolo con il quale è stato commesso il reato ai sensi dell'art. 240, comma II, del codice penale"

La normativa precedentemente in vigore, non si dimostra efficace per contrastare il fenomeno del guida sotto l'effetto dell'alcol, in quanto il conducente del veicolo poteva avere interesse a rifiutare di sottoporsi ai test alcolimetrici, accettando la sanzione amministrativa; Con le norme attuali invece subirà ugualmente la confisca dell'automobile:

Giuseppina Onotri

Assente alla visita fiscale per visitare un familiare ammalato? E' lecito...

I doveri di solidarietà e assistenza familiare sono validi motivi di giustificazione (Cass. 5718/2010)

I fatti:

Un lavoratore in malattia si era recato in visita alla madre malata (sottoposta ad intervento di cardiocirurgia) e ricoverata in un centro specialistico riabilitativo.

Intrappolato nel traffico non era rientrato in tempo per la visita fiscale, ed era quindi risultato assente dal domicilio. Per questo motivo l'INPS, in base alle norme vigenti, aveva rifiutato il riconoscimento dell'indennità di malattia.

Portato il problema in Cassazione, questa decideva in favore del lavoratore, affermando che possono esistere esigen-

ze di solidarietà e vicinanza familiare che legittimano la non reperibilità fiscale: tali esigenze di "solidarietà e di vicinanza familiare" sono senz'altro meritevoli di tutela "nell'ambito dei rapporti etico sociali garantiti dalla Costituzione".

Il ricorso dell'INPS veniva quindi respinto.

I benefici previdenziali per l'esposizione all'amianto non sono automatici

Il diritto va riconosciuto solo se esposizione è "qualificata" e ultradecennale (Cass. lavoro n. 3453/10)

Nel caso in oggetto alcuni lavoratori avevano ottenuto in sede giudiziaria (in primo grado ed in appello) il diritto alla rivalutazione del periodo contributivo, ai sensi dell'art.13, comma 8, della legge

n. 257 del 1992, sul presupposto dell'avvenuta esposizione ultradecennale ai rischi dell'amianto.

La Consulenza Tecnica d'Ufficio aveva accertato la configurabilità di un rischio da inalazione di amianto con superamento dei valori soglia fino al 1986; per il periodo successivo, invece, vi era stata in ogni caso, un'esposizione a rischio

inalatorio pericoloso per la salute. ma non erano stati superati tali valori.

In base a queste considerazioni la Corte, accogliendo il ricorso dell'ente previdenziale, ha respinto la richiesta dei lavoratori ed ha stabilito che "l'accertamento dell'esistenza di un'esposizione "qualificata" richiede

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

che il giudice verifichi se il lavoratore abbia dimostrato che nell'ambiente nel quale si svolgeva la lavorazione vi era una concentrazione di polveri di amianto superiore ai valori di rischio sopra indicati e che egli è stato esposto al rischio per oltre dieci anni... Nel caso di specie manca la prova del superamento, a partire dal 1986, dei valori di soglia previsti dalla legge" come dimostrerebbe "la consulenza tecnica d'ufficio la quale ha

affermato che a partire dal 1986 la concentrazione di fibre di amianto era probabilmente inferiore ai valori di soglia; del tutto ingiustificato deve pertanto ritenersi il riconoscimento del diritto oggettivo del presente giudizio".

In conclusione quindi la Corte, accogliendo il ricorso proposto dall'Ente, non ha riconosciuto il diritto ai benefici delle prestazioni pensionistiche derivanti

dal rischio da esposizione all'amianto: per tali benefici l'esposizione non deve essere generica ma "qualificata" e ultradecennale, e cioè tale da superare le soglie previste dall'art.13, comma 8, della legge n. 257/1992 (norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto).

Giuseppina Onotri

Rappresentatività' nazionale delle Organizzazioni Sindacali

Solo le Organizzazioni Sindacali firmatarie di accordi nazionali possono promuovere azioni per condotta antisindacale

Sono rappresentativi e possono promuovere il procedimento previsto dall'art. 28 dello Statuto dei lavoratori solo i sindacati che hanno stipulato contratti collettivi applicati in tutto il territorio nazionale. (Cass. sez. lavoro n. 5209 del 4 marzo 2010)

La Cassazione ha accolto un ricorso della Tirrenia che si era opposta all'azione di un sindacato (non firmatario dei

contratti collettivi nazionali) che chiedeva il pagamento dei contributi sindacali. Nell'occasione la Cassazione ha illustrato alcuni concetti aventi valenze generali: "In tema di rappresentatività sindacale - ha detto la Corte - il criterio legale dell'effettività dell'azione sindacale equivale al riconoscimento della capacità del sindacato di imporsi come controparte contrattuale nella regolamentazione dei rapporti lavorativi.

Di conseguenza, al fine del riconoscimento del carattere "nazionale" dell'associazione sindacale - richiesto per legittimare l'azione di repressione antisindacale

ex art. 28 stat. lav. - assume rilievo, più che la diffusione delle articolazioni territoriali, la capacità di contrarre con la parte datoriale accordi o contratti collettivi, anche gestionali, che trovano applicazione in tutto il territorio nazionale e attestano un generale e diffuso collegamento del sindacato con il contesto socio-economico dell'intero paese, di cui la concreta ed effettiva organizzazione territoriale si configura quale elemento di riscontro del suo carattere nazionale piuttosto che come elemento condizionante".

Cartellino identificativo obbligatorio, se a contatto col pubblico

Previsto da tempo l'obbligo di identificazione introdotto con l'art.69 della cd. riforma della pubblica amministrazione, d.lgs. n. 150 del 2010, l'obbligo del cartellino identificativo per i pubblici dipendenti viene ribadito e specificato, pena sanzioni disciplinari (Circ. n.3 del 2010)

La circolare esplicativa n.3 del 2010 ha ribadito che tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni che svolgono attività a contatto con il pubblico, saranno tenuti rendere visibile il loro nominativo attraverso l'uso di cartellini oppure di targhe.

La circolare specifica quali siano le atti-

vità "a contatto con il pubblico":

"Per attività a contatto con il pubblico si intendono quelle svolte in luogo pubblico e aperto al pubblico nei confronti di un'utenza indistinta".

La circolare è destinata a tutte le amministrazioni ed è immediatamente operativa (non solo per le Amministrazioni centrali ma anche per le Regioni e gli Enti locali), per tutte le attività "contrattualizzate (escluse alcune attività per cui le regole andranno valutate dalle varie amministrazioni, come gli avvocati di Stato, i magistrati, i professori universitari, il personale appartenente alle forze armate e alle forze di

polizia, il corpo nazionale dei vigili del fuoco, il personale della carriera diplomatica e prefettizia e le altre categorie che sono disciplinate dai propri ordinamenti).

In ogni caso, le altre eventuali deroghe dovranno essere previste da decreti del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, adottati su proposta del Ministro competente.

"L'inosservanza della prescrizione - si legge dal testo della circolare - verrà valutata secondo i criteri ordinari della responsabilità disciplinare con l'irrogazione delle sanzioni in relazione alle violazioni accertate".

Nuovo Codice della Strada, occhio alla patente!

Anche per un banale tamponamento si rischia di rimanere a piedi: con il nuovo codice della strada in vigore da agosto infatti scatta il ritiro immediato della

patente se si commette un'infrazione che contribuisce a causare un incidente con lesioni alle persone.

La patente può essere ritirata subito in

34 casi, tra i quali:

- guida in stato di ebbrezza o sotto effetto di droghe, o rifiuto di sottoporsi ai test

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

- omissione di soccorso per incidente ricollegabile al proprio comportamento
- guida pericolosa: contromano in curva, sorpassi vietati di tram, filobus, veicoli a loro volta in sorpasso o fermi a semafori, dossi, in curva o sulle strisce pedonali, oppure sorpassi effettuati con scarsa visibilità
- eccesso di velocità di oltre 41 km/orari o superamento dei limiti specifici per i neopatentati
- circolazione su corsie di emergenza o di accelerazione/decelerazione
- guida con assicurazione falsa

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE

luglio-agosto 2010 *La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti*
Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Legge n. 120 del 29.07.10 (Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29.07.10 Supplemento ordinario n. 171)

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA STRADALE

La legge apporta varie modifiche al codice della strada, alcune delle quali interessano anche il mondo medico e sanitario più in generale.

Articolo 23 (modifica gli articoli 119 e 128 del codice della strada): vengono individuati con maggior precisione i medici accertatori; ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria l'interessato dovrà esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (rilasciata sulla base di accertamenti clinicotossicologici le cui modalità saranno individuate con decreto ministeriale); anche il medico di fiducia è chiamato a certificare i precedenti morbosi del richiedente; viene ribadito che le spese per eventuali accertamenti inerenti l'idoneità alla guida sono a carico del richiedente; i responsabili delle unità di terapia intensiva o di neurochirurgia sono obbligati a dare comunicazione dei casi di coma di durata superiore a 48 ore, ed in seguito a tale comunicazione i soggetti interessati saranno tenuti alla revisione della patente di guida.

Articolo 50: viene introdotta la certificazione di assenza di abuso di sostanze alcoliche e di assenza di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per chi esercita attività di autotrasporto.

Articolo 55: sulle confezioni esterne o sui contenitori dei prodotti farmaceutici che producono effetti negativi in relazione alla guida dei veicoli dovrà essere riportato un pittogramma che indichi in modo ben visibile la pericolosità per la guida derivante dall'assunzione del medicinale e le avvertenze di pericolo.

N. 3 Intese della Conferenza per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province di Trento e Bolzano del 08.07.10 (Gazzetta Ufficiale n. 176 del 30.07.10 Supplemento ordinario n. 175)

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 5 DELL'ACCORDO STATO-REGIONI, REP. N. 1805 DEL 24 LUGLIO 2003, SULL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI) - BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 5 DELL'ACCORDO STATO-REGIONI, REP. N. 1805 DEL 24 LUGLIO 2003, SULL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE - BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 5 DELL'ACCORDO STATO - REGIONI, REP. N. 1805 DEL 24 LUGLIO 2003, SULL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA - BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

Pubblicati gli Accordi Collettivi Nazionali che regalano il rapporto di lavoro dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici di medicina generale e dei medici specialisti pediatri di libera scelta.

Tutti e tre i provvedimenti riguardano il biennio economico 2008-2009.

Mentre il testo del rinnovo contrattuale dei medici specialisti ambulatoriali interni e dei medici di medicina generale viene riportato integralmente (e viene messo a disposizione in formato *.pdf), quello riguardante i medici specialisti pediatri di libera scelta non è stato pubblicato integralmente nella Gazzetta Ufficiale.

Decreto del Ministero della Difesa del 09.08.10 (Gazzetta Ufficiale n. 192 del 18.08.10)

MODIFICA DELLA DIRETTIVA TECNICA RIGUARDANTE L'ACCERTAMENTO DELLE IMPERFEZIONI E DELLE INFIRMITÀ CHE SONO CAUSA DI NON IDONEITÀ AL SERVIZIO MILITARE

Con la pubblicazione di questo decreto trova piena attuazione la legge 109 del 12 luglio 2010 la quale aveva stabilito che la carenza accertata, parziale o totale, dell'enzima glucosio-6-fosfatodeidrogenasi non poteva essere motivo di esclusione ai fini dell'arruolamento nelle Forze armate e nelle Forze di polizia.

La voce contemplante la carenza dell'enzima glucosio-6-fosfatodeidrogenasi viene infatti sostituita, dal presente decreto, con

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

la voce "pregressa emolisi".

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Unidrox, Chinoplus, Keraflex - Modificate le indicazioni terapeutiche, che ora contemplano: il trattamento di infezioni sostenute da ceppi sensibili, nelle seguenti patologie: infezioni acute non complicate delle basse vie urinarie (cistite semplice), infezioni complicate delle basse vie urinarie, riacutizzazione di bronchite cronica, rinosinusite batterica acuta (la sinusite batterica acuta deve essere adeguatamente diagnosticata in accordo alle linee guida nazionali o locali sul trattamento delle infezioni respiratorie; per il trattamento della rinosinusite batterica, questo antibiotico deve essere usato solo in pazienti nei quali la durata dei sintomi sia inferiore a 4 settimane e quando l'impiego di altri antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tale infezione venga considerato inappropriato o nel caso in cui questi siano risultati inefficaci). viene rammentato che nel trattamento di pazienti con malattie infettive si deve tener conto delle caratteristiche locali relative alla sensibilità agli antibiotici.

Ramipril Hexal - Modificate le indicazioni terapeutiche: eliminazione della prevenzione cardiovascolare (riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare in pazienti con patologie cardiovascolari aterotrombotiche conclamate - pregresse patologie coronariche o ictus, o patologie vascolari periferiche - e diabete con almeno un fattore di rischio cardiovascolare).

L'uso del laser per l' ernia discale e' riservato al medico

Una recente sentenza della Cassazione Penale (Sentenza n. 24600 del 30/06/2010) precisa e ribadisce i confini delle attribuzioni professionali sanitarie.

Rientra nella professione del medico, (dice la Cassazione) non soltanto la diagnosi che si fa di una determinata alterazione organica o di un disturbo funzionale fisico o mentale, ma anche la profilassi o la cura mediante appositi rimedi diretti ad eliminare le verificatesi disfunzioni oppure a lenirne gli effetti. Sull' attribuzione delle competenze professionali non incidono ne' il consenso del paziente, ne' il fatto che eventualmente che le cure siano state effettuate da persone non qualificate su diagnosi effettuata da un medico professionista, ne' che le cure abbiano avuto esito posi-

tivo.

I fatti:

Un soggetto non abilitato alla professione medica aveva effettuato, su diagnosi di un medico specialista, un intervento mediante attrezzatura laser per riduzione di un' ernia discale intervertebrale.

Per tale motivo era stato condannato per esercizio abusivo della professione medica (articolo 348 c.p.).

La Cassazione ha confermato il parere del giudice di merito pur annullando la condanna per problemi procedurali.

Secondo i giudici le pratiche cosiddette PLT e PLDD che comportano l' introduzione, in anestesia locale, di un ago-cannula e successivamente una fibra ottica all' interno del nucleo polposo del disco intervertebrale attraverso cui in-

viare impulsi laser capaci di ridurre la pressione dell'ernia mediante la vaporizzazione di parte della sostanza erniaria, costituiscono attività tipiche e riservate alla professione medica, anche perché gravate da potenziali rischi di lesione a carico di tessuti contigui e comunque tali da implicare la distruzione di una pur piccola quantità di tessuti.

E' stato poi precisato che e' del tutto irrilevante il fatto che diagnosi, profilassi e cura siano effettuate secondo tecniche o metodiche diverse da quelle tradizionali o convenzionali, poiché l' essenziale e' che tali attività siano svolte da persona priva delle cognizioni tecnico-scientifiche proprie di chi ha conseguito la prescritta abilitazione, con conseguente pericolo per la salute del cittadino. Giuseppina Onotri

Helicobacter: sciogliere le sue difese

Un gruppo di ricercatori della Cattolica di Roma-Policlinico Gemelli avrebbe messo a punto una nuova strategia terapeutica mediante l' uso di n-acetil-cisteina, capace di dissolvere il biofilm protettivo del batterio che lo rende poco sensibile agli antibiotici.

Lo studio e' stato pubblicato su Clinical Gastroenterology and Hepato-

logy.: sono stati trattati due gruppi di pazienti con infezione da H.P. resistente alle comuni terapie.

Il primo gruppo con antibioticotera-
pia mirata tramite antibiogramma, il secondo gruppo con l' aggiunta del mucolitico.

L'effetto terapeutico (eradicazione del batterio) era raggiunto nel 63%

dei trattati con mucolitico e solo nel 20% dei trattati col solo antibiotico.

Lo studio andra' confermato, ma secondo i ricercatori le prospettive appaiono molto positive.

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Un testo importante su un argomento scottante, in rapida evoluzione e sempre piu' importante per i medici

IN LIBRERIA



L'avvocato Chiara Rabbito, dottore di ricerca in informatica giuridica, già autrice del volume "L'informatica al servizio della pubblica amministrazione e del cittadino", è uno dei principali esperti italiani di diritto dell'informatica e di sanità elettronica. Nell'ambito della sua attività didattica, è docente del Corso di alta formazione in *e-health* organizzato dall'Università di Bologna.

Oltre a svolgere la libera professione, è responsabile del settore privacy della Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica.

È autrice di numerose pubblicazioni e contributi scientifici in materia di diritto delle nuove tecnologie, privacy, e-government. Vive e lavora a Bologna.

Con questo nuovo volume, l'avv. Rabbito ci guida nell'analisi dei profili dell'attuale tematica della sanità elettronica, fornendo un prezioso strumento a tutti coloro, tecnici e non, che desiderano comprendere i complessi risvolti legali delle applicazioni dell'informatica e della telematica al servizio sanitario. Un supporto fondamentale per medici, giuristi, decisori pubblici, e per chiunque si trovi ad operare nel complesso mondo della sanità italiana.

CHIARA RABBITO

CHIARA RABBITO

SANITÀ ELETTRONICA E DIRITTO



PROBLEMI E
PROSPETTIVE

SANITÀ ELETTRONICA E DIRITTO

ISBN: 978-88-65150-13-9



SOCIETÀ EDITRICE UNIVERSO

MMG-net "La" Medicina in rete...

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/