

# SCIENZA E PROFESSIONE

Scienza e Professione—Anno 6 num. 3—

Marzo 2009

## La medicina in mezzo al guado

*La crisi economica mette in forse molti traguardi faticosamente ottenuti. In difficoltà le aziende del settore, ne soffre l'economia*

Lo Stato cerca di risparmiare tagliando una serie di prestazioni e caricando sui privati una serie di nuove incombenze. Questo ulteriore carico economico comporta una serie di sofferenze a catena, che non restano limitate ai diretti interessati ma si riverberano sull'economia generale.

La Sanita' porta ricchezza, non bisogna mortificarla!

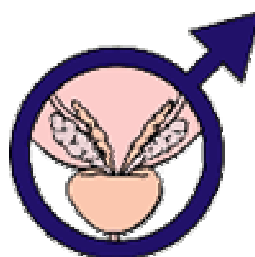


### La Sindrome Metabolica:

**Malattia da dimenticare?**



**I nuovi premi "IgNobel" 2008**  
La scienza comica



**Antiandrogeni nel cancro prostatico**



Ricercatori Universitari hanno documentato che i cani che percepiscono di essere trascurati in favore ad esempio di un bambino, possono sviluppare gelosia e atteggiamenti aggressivi. Intanto cambiano le leggi per i possessori di amici a quattro zampe.

**Attenzione ai cani gelosi!**

Documentati i motivi di certe crisi di furia "immotivate"



**Non celare la diagnosi al paziente, anche infausta!**

**Vietato sospendere la statina se viene l'ictus!**

**La differenza di eta' pensionabile tra i sessi va allineata. Sentenza CEE**

**Il medico reperibile rifiuta di effettuare la visita? E' sempre reato**



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

**"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

<b>Sindrome metabolica: malattia da dimenticare?</b>	Pag. 3	Mensile di informazione e varie attualità
<b>Curare l'ipertensione a tutte le età</b>	Pag. 3	Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998
<b>Adesivi cutanei a base di cianoacrilati</b>	Pag. 4	
<b>Il tremore essenziale: un frequente fastidioso disturbo</b>	Pag. 4	Dir. Resp.: <b>Daniele Zamperini</b> O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">http://www.scienzaeprofessione.it</a>
<b>Utile terapia espulsiva farmacologica per i calcoli renali</b>	Pag. 5	<b>Patrocinate da</b> -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi
<b>I Premi IgNobel 2008: quando la scienza fa sorridere</b>	Pag. 6	
<b>Recente tecnica per evitare retrospulsione di calcoli durante una URS</b>	Pag. 7	
<b>Deprivazione androgenica nel K prostatico localizzato</b>	Pag. 7	<b>Redazione</b> <b>Luca Puccetti (webmaster)</b> <b>Marco Venuti (agg. legale)</b> <b>Renato Rossi (coordinatore)</b> <b>Guido Zamperini (redattore)</b> Collaborano: <b>Marco Grassi, Clementino Stefanetti</b>
<b>Vietato sospendere la statina se viene l'ictus</b>	Pag. 8	
<b>Con aripiprazolo meno discinesie tardive rispetto ad alogiperidolo</b>	Pag. 9	<b>Per riceverla gratuitamente:</b> <a href="mailto:d.zamperini@gmail.com">d.zamperini@gmail.com</a> Cell. 333/5961678
<b>Anche le iniziali possono violare privacy</b>	Pag. 9	
<b>Non celare la diagnosi al paziente, anche se infausta!</b>	Pag. 10	<b>Archivio completo:</b> Oltre 3000 articoli e varie risorse su <a href="http://www.pillole.org/">http://www.pillole.org/</a> <b>Contenuti selezionati:</b> <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">www.scienzaeprofessione.it</a>
<b>Il chirurgo reperibile rifiuta di tornare in ospedale? E' sempre reato</b>	Pag. 10	
<b>La Corte di Giustizia CEE impone il pareggio dell'età pensionabile indipendentemente dal sesso</b>	Pag. 11	
<b>Dare del bugiardo, se è vero, non costituisce diffamazione</b>	Pag. 11	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
<b>La "speciale difficoltà" attenua la colpa, ma va provata</b>	Pag. 12	
<b>Questi invalidi non vanno sottoposti a visite di revisione</b>	Pag. 12	<b>Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione</b>
<b>NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)</b>	Pag. 13	
<b>News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)</b>	Pag. 13	
<b>Ultimissime: uomini e cani. Prevenire le aggressioni</b>	Pag. 14	



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da  
**ULIVETO E ROCCHETTA, "ACQUE DELLA SALUTE"**  
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

## Sindrome metabolica: malattia da dimenticare?

Secondo i dati del Cardiovascular Health Study la diagnosi di sindrome metabolica non sarebbe più utile della semplice ipertensione e dell'iperglicemia nel predire il rischio di mortalità totale e cardiovascolare, perlomeno negli adulti > 65 anni.

In questo studio sono stati usati i dati relativi a 4258 americani (età ≥ 65 anni) senza malattia cardiovascolare nota, arruolati nel Cardiovascular Health Study.

Al baseline (età media 73 anni) il 31% degli uomini e il 38% delle donne aveva una sindrome metabolica secondo i criteri stabiliti dell'Adult Treatment Panel III statunitense (ATP III). Durante i 15 anni di follow-up si verificarono 2116 decessi. Dopo aggiustamento multivariato, rispetto ai partecipanti senza sindrome metabolica, quelli con la sindrome avevano una mortalità più elevata del 22% (IC 95% da 11% a 34%). Tuttavia tale rischio era limitato ai soggetti con sindrome metabolica che avevano elevati livelli di glicemia a digiuno (>=

110 mg/dL) oppure diabete o ipertensione. Nei soggetti con sindrome metabolica senza iperglicemia e/o ipertensione il rischio non risultava più elevato rispetto a chi non aveva i criteri per la sindrome. I partecipanti ipertesi e contemporaneamente iperglicemici avevano una mortalità più elevata dell'82%. Risultati simili sono stati trovati se la diagnosi di sindrome metabolica veniva effettuata usando i criteri proposti dall'OMS o dalla International Diabetes Foundation.

Gli autori concludono che diagnosticare una sindrome metabolica ha un'utilità limitata per predire la mortalità totale o cardiovascolare negli adulti-anziani rispetto alla semplice determinazione della pressione e della glicemia.

Fonte:

Mozaffarian D et al. Metabolic Syndrome and Mortality in Older Adults. The Cardiovascular Health Study Arch Intern Med. 2008 May 12; 168:969-978.

Commento di Renato Rossi

Ci siamo già occupati della sindrome metabolica in altre occasioni [1,2] esprimendo il dubbio più che fondato che fosse sostanzialmente inutile usare i vari criteri proposti per una stratificazione del rischio cardiovascolare, essendo più che sufficienti i classici fattori di rischio usati nella pratica di tutti i giorni.

Lo studio recensito in questa pillola non fa altro che confermare il dubbio. Dubbio peraltro non solo nostro ma esplicitato addirittura dallo stesso Edwin Reaven, che aveva proposto per primo la definizione della sindrome, il quale, nel 2005, scrisse un articolo dal titolo altamente significativo: "The metabolic syndrome: requiescat in pace". Ci sembra che non ci sia molto altro dire.

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2259>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3905>

## Curare l'ipertensione a tutte le età

Un'ampia metanalisi conferma che anche negli anziani il trattamento dell'ipertensione è utile, mentre non ci sarebbe differenza di efficacia tra i vari antipertensivi nella varie età.

Questa metanalisi di RCT si è riproposta di quantificare la riduzione del rischio ottenibile con differenti regimi di antiipertensivi nelle diverse età (pazienti con più o meno di 65 anni).

L'outcome primario valutato è stato l'insieme degli eventi cardiovascolari. L'analisi ha compreso 31 RCT per un totale di 190.606 partecipanti. Non si è trovata alcuna differenza tra i gruppi di età nell'effetto ipotensivo e neppure si è trovata qualche differenza tra le varie classi di farmaci sugli eventi cardiovascolari maggiori. Inoltre non è stata riscontrata alcuna interazione tra età e trattamento quando la prima è stata considerata come una variabile continua.

Gli autori concludono che la riduzione

della pressione produce benefici a tutte le età e non vi sono forti evidenze che una certa età tragga più beneficio da un determinato trattamento piuttosto che da un altro.

Fonte:

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. BMJ 2008 May 17;336:1121-1123

Commento di Renato Rossi

La prima osservazione che si può fare su questa metanalisi (in cui sono stati considerati prevalentemente studi in cui erano usati calcioantagonisti, farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina, betabloccanti e diuretici) è che la terapia è efficace nel ridurre gli eventi cardiovascolari anche negli anziani. Anzi, come

fa notare un editorialista, siccome negli anziani il rischio assoluto di eventi è maggiore che nei giovani, il numero di pazienti che è necessario trattare per evitare una complicanza cardiovascolare è minore. D'altra parte questo sembra un concetto ormai acquisito, in accordo con i risultati di vari studi, tra cui il recente HYVET [1], effettuato in ultraottantenni.

La seconda osservazione, forse più interessante, è che non è stato possibile dimostrare una maggior efficacia di una particolare classe di farmaci in una fascia d'età piuttosto che in un'altra. Questo cozza, a nostro modo di vedere, con le raccomandazioni delle linee guida NICE che consigliano di usare un aceinibitore o un sartano come prima scelta nei pazienti più giovani (< 55 anni) e un diuretico o un calcioantagonista nei pazienti più anziani. L'editorialista che commenta lo studio è più possibilista e conclude che la metanalisi del BPLTTC

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

non esclude che gli aceinibitori possano essere meno efficaci negli anziani. Tuttavia, aggiungiamo noi, questa strategia è propria solo delle linee guida NICE e non viene suggerita da nessun altro organismo. Inoltre è stata duramente contestata in quanto si basa più su ragionamenti di tipo fisiopatologico e sull'analisi di un outcome surrogato che su end-point hard [2]. D'altra parte

alcuni autori canadesi hanno sostenuto anche per i betabloccanti (farmaci che sembrano aver perso ultimamente il favore degli esperti come prima scelta nell'ipertensione) un'efficacia diversa nei giovani rispetto agli anziani, ma una revisione Cochrane non ha confermato queste conclusioni [3].

#### Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3945>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2683>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3352>

## Adesivi cutanei a base di cianoacrilati

Gli adesivi a base di cianoacrilati rappresentano un importante strumento (alternativo ai classici "punti di sutura") per la chiusura delle ferite, perché presentano, in certi casi, notevoli vantaggi.

Uno dei maggiori carichi di lavoro dei P.S. è costituito da ferite cutanee trattate solitamente con punti di sutura. Meccanismi alternativi, finalizzati soprattutto a snellire le procedure possono essere i punti metallici, o, preferiti per il meccanismo atraumatico, i cerotti chirurgici. Si sono affermati recentemente, con alto gradimento sia degli operatori che dei pazienti, gli adesivi cutanei a base di cianoacrilati (derivati della classica "supercolla"), che presentano diversi vantaggi pur essendo abbastanza costosi.

Il prodotto base è un liquido fluido che, a contatto con substrati anionici, come il sangue, polimerizza formando un film solido che unisce i due lembi della ferita e che si stacca spontaneamente (senza bisogno di intervento esterno) dopo alcuni giorni.

Questi adesivi vanno applicati in due strati continui applicato con intervallo di circa 30 secondi evitando una applicazione massiva, perché si può verificare un eccessivo rilascio di calore.

I lembi delle ferite devono essere accuratamente affrontati, o manualmente o con l'aiuto di cerotti chirurgici, senza applicare una pressione diretta sui lembi per evitarne la separazione. Va evitata la penetrazione dell'adesivo nella ferita perché si può verificare una cicatrice. I

prodotti di degradazione del cianoacrilato non presentano rischi di tossicità in quanto la loro liberazione avviene dopo il distacco dell'adesivo dalla pelle. Uno dei vantaggi di questi adesivi è costituito dal fatto che formano una barriera verso i microrganismi, riducendo così il rischio di infezioni; non sono adatti però alla medicazione di ferite in regioni sottoposte a forte trazione (come le regioni articolari). L'adesione è ridotta in caso di umidità locale.

Singer AJ et al. The cyanoacrylate topical skin adhesives *The American Journal of Emergency Medicine* 2008, 26: 490-96.

## Il tremore essenziale: un frequente fastidioso disturbo

Una breve ma interessante disamina su un sintomo frequente nella pratica clinica.

Che cos'è il tremore essenziale?

Il tremore essenziale è caratterizzato da un tremore persistente e bilaterale che interessa gli arti superiori e le mani, ma talora può essere limitato solo alla testa. L'esame obiettivo non mostra altri rilievi, in particolare non sono presenti segni neurologici o rigidità muscolare. Un dato curioso è il miglioramento dopo assunzione di alcolici.

Generalmente il tremore viene classificato come segue:

- 1) tremore a riposo, che è tipico del Parkinson e delle sindromi parkinsoniane
- 2) tremore posturale, che viene evidenziato facendo tendere le braccia in avan-

ti al paziente e si ritrova nell'ansia, nell'alcolismo, nell'ipertiroidismo, nell'encefalopatia epatica, ma può essere presente anche negli anziani (tremore senile) oppure può non avere cause apparenti (tremore essenziale)

3) tremore intenzionale (o cinetico), che è tipico della patologia cerebellare e si evidenzia durante l'esecuzione di un movimento. Tuttavia anche il tremore essenziale può essere di tipo cinetico. Non è invece presente durante il riposo e quando il paziente dorme.

Quali sono le cause?

Le cause non sono note, anche se ci può essere un'eredità di tipo autosomico dominante. Tuttavia in 4 casi su 10 l'anamnesi familiare è negativa.

Quanto è frequente?

Il tremore essenziale rappresenta la causa di gran lunga più frequente di tremore e la prevalenza aumenta con l'età, anche se i primi sintomi, peraltro lievi, possono comparire fin da giovane. A seconda dei vari studi è stata calcolata una prevalenza che può arrivare fino al 3-5% della popolazione. Sono colpiti entrambi i sessi, anche se sono lievemente preferiti gli uomini.

Qual è l'evoluzione del tremore essenziale?

Il tremore di solito inizia ad un arto superiore e successivamente passa ad interessare anche l'altro.

Nelle prime fasi il disturbo può essere passeggero e comparire per esempio durante periodi di ansia e/o stress. In

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

seguito tende a farsi continuo. Anche se col passare degli anni il sintomo tende a peggiorare, di solito si tratta di una condizione benigna, tanto che molti pazienti non si rivolgono al medico per trattare questo disturbo. Tuttavia la presenza del tremore può comportare difficoltà nelle attività lavorative e di relazione e nel 15% dei casi si può avere un grado importante di disabilità.

Come si diagnostica?

La diagnosi è essenzialmente clinica e si basa sul riscontro di tremore in assenza di segni neurologici e di altre condizioni che possono provocare questo sintomo. Spesso si richiede una valutazione specialistica più per motivi di tipo relazionale che clinico in quanto il paziente esprime chiaramente il timore di andare incontro ad una patologia invalidante come il morbo di Parkinson.

Nel tremore essenziale però mancano la bradicinesia e la rigidità proprie di quest'ultimo.

Possono essere associati disturbi dell'andatura, ma in questi casi è sempre opportuno escludere sottostanti patologie neurologiche.

Gli esami di imaging, che nel tremore essenziale risultano negativi, sono raramente necessari, soprattutto se la storia familiare è positiva, ma talora vengono richiesti per escludere una patologia organica neurologica se l'anamnesi è negativa per tremore essenziale.

Gli esami di imaging cerebrale sono necessari se il tremore è comparso all'improvviso oppure se vi è un peggioramento rapido.

Nella diagnosi differenziale vanno considerate alcune cause esogene di tremore: antidepressivi, beta-stimolanti, metoclopramina, neurolettici, teofillina, ormoni tiroidei, alcol, caffeina, nicotina, sindrome da astinenza (alcol, droghe). E' opportuno inoltre escludere, oltre al Parkinson ed altre condizioni neurologiche, il deficit di vitamina B12, l'iperti-

roidismo, l'iperparatitoidismo, l'ipocalcemia, l'iponatriemia, le epatopatie e le nefropatie, il morbo di Wilson.

Come si tratta?

Nelle forme lievi di solito non si attua alcuna terapia.

I farmaci vengono usati nei casi in cui il disturbo comporti ripercussioni sulla qualità di vita del paziente oppure se quest'ultimo richiede un trattamento per motivi psicologici.

Il farmaco di prima scelta è il propranololo (60-240 mg/die), che generalmente comporta un miglioramento del tremore a breve termine, anche se non è nota l'efficacia nel lungo periodo.

Altri betabloccanti sono stati proposti, ma la loro utilità non è ancora ben documentata.

Nei casi in cui il propranololo non sia tollerato o sia controindicato si può ricorrere al primidone, che ha dimostrato, in alcuni studi di piccole dimensioni, di ridurre il tremore e la disabilità. Il farmaco tuttavia può non essere tollerato e provocare effetti psichiatrici come depressione e disturbi cognitivi.

La dose generalmente usata è di 250 mg/die in quanto si è visto che dosi superiori non sono più efficaci.

Un altro farmaco che può risultare utile è il topiramato, che tuttavia può provocare vari effetti collaterali come anoressia, calo di peso, sonnolenza, deficit dell'attenzione, parestesie.

Recentemente è stata proposta anche la tossina botulinica associata all'emoagglutinina A.

La somministrazione avviene per mezzo di iniezioni nei muscoli dell'avambraccio oppure a livello dei muscoli cervicali in caso di tremore del capo. Il trattamento è in grado di ridurre il sintomo ma può provocare debolezza dell'arto. Inoltre la difficoltà a reperire medici che praticano tale terapia ne costituisce un limite.

Altri farmaci con prove di efficacia più

limitate o contrastanti sono le benzodiazepine, la mirtazapina, i calcioantagonisti, la clonidina, la flunarizina, i calcioantagonisti nicardipina e nimodipina, gli inibitori dell'anidraasi carbonica.

Nei pazienti con grave disabilità che non rispondono al trattamento medico può essere proposta la soluzione chirurgica. Le procedure attuate sono la talamotomia stereotassica e la stimolazione talamica profonda. In entrambi i casi si possono ottenere buoni risultati, tuttavia la talamotomia può comportare complicanze come la disartria e l'emorragia cerebrale.

La stimolazione talamica sembra essere gravata da una minore frequenza di effetti avversi ed ha il vantaggio di poter essere interrotta in caso di reazioni collaterali.

In ogni caso le indicazioni e il tipo di intervento devono essere valutati da centri esperti della metodica trattandosi di opzioni la cui efficacia e sicurezza a lungo termine devono ancora essere determinate.

In conclusione si deve sottolineare che gli studi sul management del tremore essenziale sono limitati e che sarebbero necessari ulteriori ricerche per determinare meglio l'efficacia nel lungo termine e la sicurezza dei trattamenti medici e chirurgici proposti.

Renato Rossi  
(pillole.org)

Referenze

1. Smaga S. Tremor. Am fam Physician 2003; 68:1545-1552
2. Ziesiewicz TA et al. Therapies for essential tremor. Neurology 2005; 64: 2008-2020
3. Burke D et al. Essential tremor. <http://www.emedicine.com/neuro/ TOPIC129.HTM>
4. Ferriera G et al. Tremore essenziale. Clinical Evidence conciso. Edizione Italiana 2008, pag. 118-119.

## Utile la terapia espulsiva farmacologica per i calcoli renali

Nel caso di calcolosi ureterale distale di piccole o medie dimensioni è possibile effettuare una terapia medica espulsiva con discrete probabilità di successo con

alfabloccanti

In questo studio randomizzato ed in doppio cieco sono stati reclutati 69 pa-

zienti con calcolosi ureterale distale. I calcoli avevano un diametro inferiore agli 8 mm (mediamente 4 mm). I pazienti sono stati randomizzati ad alfu-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “**  
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

sina (un alfa-bloccante) oppure placebo fino alla espulsione del calcolo. Se entro 4 settimane non si verificava l'espulsione il paziente veniva sottoposto ad intervento endoscopico di rimozione. L'espulsione spontanea si verificò nel 74% dei casi nel gruppo alfuzosina e nel 77% del gruppo controllo (differenza non significativa). Tuttavia il periodo necessario per l'espulsione era significativamente minore nel primo gruppo (5,2 versus 8,5 giorni). Inoltre i pazienti del gruppo in trattamento attivo riferivano una riduzione del dolore maggiore rispetto al gruppo placebo.

Fonte:

Pedro RN et al. Alfuzosin stone expulsion therapy for distal ureteral calculi: A double-blind, placebo controlled study. *J Urol* 2008 Jun; 179:2244.

Commento di Renato Rossi

Come si può capire si tratta di un piccolo studio e quindi i risultati vanno interpretati con cautela. La percentuale di pazienti che ebbe una espulsione spontanea del calcolo non differiva statisticamente tra i due gruppi, tuttavia nel gruppo trattato con l'alfa-bloccante essa avveniva più rapidamente e il dolore era

minore.

D'altra parte già alcune metanalisi precedenti avevano suggerito l'utilità della terapia espulsiva.

Il Lancet nel 2006 aveva pubblicato una metanalisi [1] di 9 trials per un totale di quasi 700 pazienti.

La metanalisi aveva evidenziato che i pazienti in cui venivano usati calcio-antagonisti o alfa-bloccanti avevano una probabilità del 65% maggiore di espulsione dei calcoli rispetto a chi non era sottoposto a terapia.

Per gli alfa-bloccanti la probabilità era del 54% maggiore rispetto al non trattamento, mentre per i calcio-antagonisti associati agli steroidi la probabilità aumentava al 90%. Gli autori calcolarono un NNT di 4 e conclusero che, sebbene fossero necessari RCT di elevata qualità per confermare i loro risultati, la terapia con alfa-bloccanti o calcio-antagonisti è una scelta ragionevole del trattamento conservativo che potrebbe ridurre la necessità di interventi invasivi.

Tuttavia la probabilità di espulsione spontanea di un calcolo ureterale dipende da molti fattori, soprattutto dalle sue dimensioni, come si faceva notare nel commento alla metanalisi [1]: se il calcolo ha una dimensione inferiore al centimetro le probabilità di espulsione

spontanea possono superare il 90%.

In una metanalisi successiva di 22 trials per circa 2000 pazienti [2] si è trovato che alfabloccanti (negli studi era usata soprattutto tamsulozina) e calcioantagonisti (era usata soprattutto la nifedipina) riducono il tempo necessario per l'espulsione ed anche la necessità di interventi. Anche in questo caso l'NNT era di 4. Nel loro commento gli autori muovevano delle critiche alla qualità e all'ampiezza degli studi: molti erano non in cieco e di piccole dimensioni. In ogni caso, nonostante queste limitazioni, va considerato che la terapia proposta è di breve durata, generalmente priva di gravi effetti collaterali e anche solo ridurre e il tempo necessario per l'espulsione e il dolore sono obiettivi da perseguire. Si può concludere quindi che, in caso di calcolosi ureterale distale con calcoli inferiori al centimetro si possa, ragionevolmente, effettuare un tentativo di terapia medica.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2754>
2. Singh A et al. A systematic review of medical therapy to facilitate passage of ureteral calculi. *Ann Emerg Med* 2007 Nov; 50:552.

## I Premi IgNobel 2008: quando la scienza fa sorridere

Come e' ormai noto, il Premio Ig Nobel (pronuncia italiana Ignobel) è una parodia del premio Nobel, e viene assegnato ogni anno una o due settimane prima dell'annuncio dei vincitori del vero Premio Nobel. Vengono scelte ricerche scientifiche di dubbia costruttività, le "ricerche che non dovrebbero essere mai ripetute".

Sponsorizzati dalla rivista *Annals of Improbable Research*, i premi Ig-Nobel sono presentati come se fossero veri Premi Nobel nel corso di una cerimonia di gala presso l'Università di Harvard, con grande clamore mediatico, essendo ormai un classico dell'irriverenza. Abbiamo riportato in passato alcune di queste classifiche, ora esponiamo quelle del 2008, orgogliosi di aver preceduto, nelle nostre recensioni (vedi le ballerine di lap-dance) anche gli spericolati stu-

denti statunitensi

I premiati del 2008

**NUTRIZIONE:** vincitore un italiano: Massimiliano Zampini, dell'Università di Trento e Charles Spence, dell'Università di Oxford, per aver modificato elettronicamente il suono prodotto da una patatina fritta fatta croccare sotto i denti, facendo credere a chi la mangiava che questa fosse più fresca e fragrante. L'esperimento è riuscito.

**PACE:** vincitori la Commissione federale d'etica per la biotecnologia nel settore non umano della Svizzera e i cittadini svizzeri.

Hanno adottato il principio legale che le piante hanno una propria dignità'.

**ARCHEOLOGIA:** vincitori Astolfo G. Mello Araujo e Jose' Carlos Marcelino dell'Università di San Paolo, Brasile, per aver misurato come la datazione di reperti archeologici e quindi la Storia, può essere cambiata dall'azione di un armadillo vivo che scavando sposta i resti.

**BIOLOGIA:** vincitori Marie-Christine Cadiergues, Christel Joubert e Michel Franc dell'Ecole Nationale Veterinaire di Tolosa, Francia.

Hanno scoperto che le pulci dei cani possono saltare più in alto di quelle che vivono sui gatti.

**MEDICINA:** vincitore Dan Ariely della Duke University, Usa, per aver dimostrato che i medicinali

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**  
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

placebo dal prezzo elevato sono più efficaci dei placebo che costano poco.

**SCIENZE COGNITIVE:** vincitori Toshiyuki Nakagaki della Hokkaido University, Giappone, Hiroyasu Yamada di Nagoya, Giappone, Ryo Kobayashi della Hiroshima University, Giappone, Atsushi Tero di Presto JST, Giappone, Akio Ishiguro della Tohoku University, Giappone, e Ágotá Tóth dell'Università di Szeged, Ungheria, per aver scoperto che le muffe del fango riescono a trovare il percorso più breve tra due punti all'interno di un labirinto.

**ECONOMIA:** vincitori Geoffrey Miller, Joshua Tybur e Brent Jordan dell'Uni-

versità del New Mexico, Usa, per aver scoperto che il ciclo ovarico di una ballerina di lap dance professionista influisce sulla quantità di mance che riceve.

**FISICA:** Dorian Raymer della Ocean Observatories Initiative e Douglas Smith della University of California, San Diego, Usa, per aver provato matematicamente che un ammasso di fili, di capelli o praticamente di qualunque altra cosa filamentosa, si aggrovigliera formando dei nodi.

**CHIMICA:** vincitori  
1) Sharee A. Umpierre dell'Università

di Porto Rico, Joseph A. Hill dei Fertility Centers del New England (Usa) e Deborah J. Anderson della Boston University School of Medicine and Harvard Medical School, per aver scoperto che la Coca-Cola è un efficace spermicida

2) Chuang-Ye Hong della Taipei Medical University, Taiwan, per aver scoperto che non è vero.

**LETTERATURA:** vincitore David Sims della Cass Business School, Londra, per il suo studio "Tu, bastardo: un'esplorazione narrativa dell'esperienza dell'indignazione all'interno delle organizzazioni"

## Una tecnica per evitare retrospulsione di calcoli durante una URS

La retrospulsione di un calcolo ureterale in pelvi durante l'ureterorenoscopia è un evento fastidioso che spesso costringe a sospendere la procedura, posizionare un tutore ureterale e rivalutare a distanza di tempo il paziente per un secondo trattamento, creando un discomfort per il paziente e notevoli costi aggiuntivi per la struttura sanitaria.

Sono stati creati presidi appositi per evitare il fenomeno, che può incidere sino al 60% delle ureterorenoscopie operative effettuate; ultimo in ordine di arrivo lo stone cone brevettato da Dretler.

Putroppo però questi strumenti hanno un costo notevole che incide significativamente sul totale dell'intervento.

A quest'uopo, un gruppo di Pakistani ha messo a punto una tecnica, priva di costi aggiuntivi e di semplice applicazione, in

grado di prevenire la retrospulsione.

Si tratta di passare un cateterino ureterale prossimalmente al calcolo e di instillare 2 mL di gel di lidocaina al 2% mediante una siringa da 5 mL attraverso un ureterorenoscopio semirigido prima di iniziare la litotrixxia.

La tecnica è stata validata da uno studio randomizzato su 50 pazienti, 25 trattati con ureterorenoscopia e litotrixxia pneumatica di calcolo ureterale ostruente con preliminare instillazione del gel e 25 senza.

I due gruppi erano omogenei per età e dimensioni del calcolo.

La retrospulsione è avvenuta in un paziente del primo gruppo (4%) contro i 7 pazienti del secondo gruppo (28%) (p 0.002).

Il tasso di clearance completa da calcoli a 2 settimane, valutato mediante TAC, è

stato rispettivamente del 96% e 72% (p 0.045) nei due gruppi.

In conclusione, con questa semplice tecnica sembrerebbe possibile avere risultati sovrapponibili a quelli ottenibili mediante presidi di costo ben più significativo e riteniamo pertanto doveroso un suo utilizzo per verificarne nella nostra pratica clinica l'applicabilità e la ripetibilità.

Zehri AA, Ather MH, Siddiqui KM, Sulaiman MN. A randomized clinical trial of lidocaine jelly for prevention of inadvertent retrograde stone migration during pneumatic lithotripsy of ureteral stone. *J Urol.* 2008 Sep;180(3):966-8

Da Rocchetta Uromagazine 17/11/08

## Deprivazione androgenica nel cancro prostatico localizzato

Uno studio osservazionale suggerisce che la terapia di deprivazione androgenica nel cancro prostatico localizzato non migliora la sopravvivenza in pazienti anziani.

In questo studio osservazionale di coorte sono stati reclutati 19271 pazienti di almeno 66 anni (età media 77 anni) con cancro prostatico localizzato (stadio T1

e T2) e che non erano stati trattati con terapia chirurgica o con radioterapia. La diagnosi era stata posta nel periodo 1992-2002 ed il follow-up è durato fino al 31 dicembre 2006.

Sono state valutate, come outcomes primari, sia la sopravvivenza cancer-specifica che la sopravvivenza totale.

La coorte è stata trattata nel 41% dei casi (n = 7867) con deprivazione andro-

genica, mentre 11404 pazienti hanno ricevuto solo un trattamento conservativo che non prevedeva la terapia ormonale.

Durante il follow-up si sono verificati 1560 decessi da cancro prostatico e 11045 decessi totali.

La deprivazione androgenica risultò associata ad una riduzione della sopravvivenza cancro specifica a 10 anni

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

(80,1% versus 82,6%; HR 1,17; IC95% 1,03-1,33) rispetto al trattamento conservativo, mentre non vi era nessun aumento della sopravvivenza totale a 10 anni (30,2% versus 30,3%; HR 1,00; IC95% 0,96-1,05).

In una analisi per sottogruppi, pre-specificata nel disegno dello studio, si è visto che la deprivazione androgenica aumentava la sopravvivenza specifica nei casi con cancro poco differenziato (58,8% vs 54,3%; HR 0,84; IC 0,70-1,00; P = 0,049), ma non quella totale (17,3% versus 15,3%; HR 0,92; IC95% 0,84-1,01).

Gli autori concludono che la deprivazione androgenica non è associata ad un aumento della sopravvivenza nella maggior parte degli anziani con cancro prostatico localizzato quando viene paragonata al trattamento conservativo.

Considerati i costi e gli effetti collaterali (inclusi vampate, impotenza e aumento del rischio fratturativo) gli autori consigliano i medici di valutare attentamente l'opportunità di usare la terapia ormonale nel cancro prostatico localizzato.

Fonte:

Lu-Yao GL et al. Survival Following Primary Androgen Deprivation Therapy Among Men With Localized Prostate Cancer. JAMA. 2008 Jul 9;300:173-181.

Commento di Renato Rossi

La deprivazione androgenica viene di solito usata nei casi di cancro prostatico avanzato e metastatico, mentre le linee guida ammettono che non ci sono studi che ne abbiano dimostrato l'utilità nei casi di cancro localizzato.

Tuttavia, come osservano gli autori dello studio recensito in questa pillola, la terapia ormonale viene sempre più usata anche nei casi di cancro prostatico localizzato quando la via chirurgica o la

radioterapia non sono attuabili o non sono accettate dal paziente.

Lo studio di Lu-Yao è di tipo osservazionale e per questo soggetto ai noti bias di questo tipo di lavori. Tuttavia dimostra che, in questi casi, la deprivazione androgenica non porta ad un aumento della sopravvivenza, nè di quella cancro-specifica nè di quella totale, rispetto al trattamento conservativo.

Per il vero in un sottogruppo di pazienti con forme poco differenziate di neoplasia prostatica si è trovato che la terapia ormonale era associata ad un aumento della sopravvivenza cancro-specifica (peraltro molto risicato dal punto di vista statistico, con una P di 0,049).

Tuttavia la sopravvivenza totale, che è quella che più conta, era la stessa nei due gruppi.

Inoltre, se si guarda ai risultati globali, si dovrebbe dedurre che il trattamento ormonale provoca addirittura una riduzione della sopravvivenza cancro specifica. Ovviamente questo dato va preso con beneficio d'inventario per la natura osservazionale dello studio, ma va ricordato che uno studio preliminare suggerisce che la terapia di deprivazione androgenica potrebbe facilitare la metastatizzazione delle cellule del cancro prostatico [1].

L'accrescimento delle cellule neoplastiche è stimolato dal testosterone per cui è logico pensare che una terapia antiandrogenica riduca la proliferazione e l'accrescimento del tumore stesso. Tuttavia è stato visto che, affinché si producano metastasi a distanza, è necessario, almeno in molti casi, che le cellule neoplastiche esprimano una sostanza detta "nestina".

Quando le cellule tumorali prostatiche vengono private del testosterone producono in maggior quantità nestina e questo potrebbe favorire la formazione di metastasi.

In effetti Kleeberger e collaboratori [1] hanno visto che nei pazienti sottoposti a terapia chirurgica le cellule neoplastiche non esprimevano nestina, mentre elevati valori di questa sostanza vennero ritrovati nelle cellule tumorali prostatiche di pazienti deceduti per metastasi.

E' ovvio che in questi pazienti era prescritta molto più facilmente la terapia androgeno-soppressiva, quindi l'associazione non prova un legame di tipo causa-effetto. Però esperimenti in vitro hanno dimostrato che quando le cellule neoplastiche vengono private del testosterone aumenta la produzione di nestina.

Se l'ipotesi fosse esatta potrebbe in qualche modo spiegare perchè lo studio di Lu-Yao ha evidenziato un aumento della mortalità cancro-specifica nel gruppo di pazienti trattati con terapia ormonale.

Per chiarire questo ed altri dubbi circa l'utilità della terapia androgeno-soppressiva sarebbero necessari studi randomizzati e controllati che, per il momento, mancano.

Si rimane dunque nell'incertezza, come ancora controversa è la terapia di scelta del cancro prostatico localizzato. Questa testata ha dedicato all'argomento varie pillole alle quali si rimanda per ulteriori particolari [2,3,4,5].

Referenze

1. Kleeberger W et al. Roles for the stem cell associated intermediate filament Nestin in prostate cancer migration and metastasis. Cancer Res. 2007 oct;67:9199-9206
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3620>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3862>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3754>
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3694>

## Vietato sospendere la statina se viene l'ictus

Nei pazienti colpiti da ictus ischemico che assumevano statina prima dell'evento acuto è utile non sospendere il farmaco neppure per pochi giorni, pena esiti clinici peggiori.

In questo studio sono stati reclutati 215

pazienti ricoverati per ictus ischemico acuto. Di essi 89 erano in trattamento con statina prima dell'evento. I ricercatori hanno diviso, in maniera randomizzata ma senza cecità, questi 89 pazienti in due gruppi: ad gruppo (n = 46) venne sospesa la statina per 3 giorni

(atorvastatina 20 mg/die), mentre nell'altro gruppo (n = 43) si continuava la somministrazione.

Dopo il terzo giorno a tutti i pazienti venne somministrata comunque l'atorvastatina.

Lo studio ha valutato i decessi e la di-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>



pendenza (secondo il Rankin scale modificato) a distanza di 3 mesi: questo outcome si verificò nel 60% dei casi nel gruppo in cui era stata sospesa la statina e nel 39% del gruppo controllo ( $p = 0,04$ ).

Oltre a questo va aggiunto che il peggioramento dei segni neurologici nelle prime 48 ore dall'attacco acuto era più frequente nel gruppo con sospensione della statina.

Rispetto ai pazienti senza precedente trattamento con statine in chi aveva avuto la sospensione del farmaco vi era un maggior rischio sia di peggioramento neurologico nelle prime 48 ore sia di aumento del volume dell'infarto cerebrale.

Gli autori concludono che nella fase acuta dell'ictus il trattamento con statine non dovrebbe essere sospeso.

Fonte:

Blanco M et al. Statin treatment withdrawal in ischemic stroke: A controlled randomized study. *Neurology* 2007 Aug 28; 69:904-10.

Commento di Renato Rossi

Si sapeva che le statine sono utili nei pazienti colpiti da stroke. Ma questo studio spagnolo va oltre: suggerisce che coloro che assumevano il farmaco prima di essere colpiti dall'evento ischemico cerebrale non lo devono sospendere neppure per pochi giorni, pena un peggioramento degli outcomes clinici a 3 mesi. E' evidente che tale risultato non può essere legato all'azione ipolipemizzante delle statine.

Non è infatti ipotizzabile che una sospensione per un periodo così breve provochi un peggioramento del quadro

lipidico tale da spiegarne gli esiti. D'altra parte la relazione tra ipercolesterolemia e ictus è abbastanza controversa, sicuramente meno importante di quella che il colesterolo ha con l'infarto miocardico. Infatti gli autori offrono una spiegazione alternativa che si basa sugli effetti pleiotropici: è noto che le statine, oltre ad agire sui lipidi plasmatici, possiedono varie azioni ancillari come un effetto sull'endotelio vasale, un'azione antiflogistica e antitrombotica. Probabilmente la sospensione anche per pochi giorni provoca una sorta di "rebound" con attivazione dei processi di trombogenesi e conseguenti esiti negativi. Ovviamente, trattandosi di uno studio con solo 89 pazienti, e per di più senza cecità, è utile usare una certa prudenza nell'interpretare questi risultati

## Con aripiprazolo meno discinesie tardive rispetto ad aloperidolo

Diminuisce il rischio di discinesia tardiva nei pazienti schizofrenici trattati con aripiprazolo rispetto al trattamento con aloperidolo.

I disturbi del movimento sono spesso una manifestazione della schizofrenia tuttavia i pazienti trattati con antipsicotici tipici sembrano avere una più frequente tendenza a sviluppare discinesia tardiva, grave disordine del movimento, disabilitante e sovente irreversibile, tipico effetto collaterale iatrogeno.

La comparsa di discinesia tardiva è favorita dall'elevato dosaggio del farmaco, dalla lunghezza della terapia, dall'età avanzata, dalla presenza di diabete mellito e dall'uso contemporaneo di anticolinergici; più soggetto il sesso femminile.

Alcuni trial precedenti avrebbero dimo-

strato che l'uso di antipsicotici atipici comporta una minore frequenza e una minore gravità del sintomo.

L'aripiprazolo è un antipsicotico atipico con un meccanismo d'azione in parte diverso dagli altri, in quanto agisce su recettori differenti.

Analizzando i dati di due trials in doppio cieco su circa 1500 pazienti trattati con aloperidolo (5-7-10 mg) o aripiprazolo (30 o 20 mg) si è potuto verificare (usando alcune scale specifiche per la valutazione dei movimenti involontari) la comparsa ex-novo di discinesia tardiva e' stata nettamente inferiore nei pazienti trattati con aripiprazolo rispetto a quelli trattati con aloperidolo, sia nelle valutazioni; la comparsa dei sintomi nei pazienti trattati con aripiprazolo avveniva inoltre in epoca più tarda e con una gravità dei sintomi nettamente inferiore.

re.

Di conseguenza la necessità di terapie con farmaci antiparkinson è stata, nei pazienti trattati con aripiprazolo, circa la metà rispetto al gruppo aloperidolo.

In conclusione il trattamento con aripiprazolo ridurrebbe significativamente l'insorgenza e la gravità di discinesia tardiva rispetto all'alooperidolo ma questo effetto collaterale può comunque manifestarsi anche nel corso del trattamento con aripiprazolo.

Referenze

1. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1901-6.
2. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6: 325-37.
3. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 486-7.

## Anche le iniziali possono violare privacy

Le iniziali, se comunque consentono l'identificazione, costituiscono violazione della privacy

La Cassazione ha condannato un giova-

ne romano che, per vendicarsi di una ragazza che lo aveva piantato, nel gennaio 2001 aveva aperto una casella di posta elettronica con un account di fantasia mettendo però il nome puntato

della donna con il suo numero di cellulare.

La ragazza, disturbata dalle email e dalle telefonate di estranei al suo cellulare,

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

denunciava il ragazzo per molestie e per violazione della privacy.

Il giovane veniva condannato dal Tribunale di Roma sia per le molestie che per la violazione della legge 675 del '96.

Ricorso in appello, il giovane vedeva confermata la condanna, sia pure con pena ridotta.

La difesa del giovane si è rivolta allora alla Cassazione sostenendo che il giovane "aveva immesso in rete una sola pagina grafica contenente il numero di cellulare, ma non i suoi dati personali visto che il numero di utenza

cellulare era svincolato da riferimenti anagrafici"; in effetti era stato inserito solo il nome puntato della ragazza, senza cognome, e era stata aperta una casella di posta elettronica "con indirizzo di fantasia", dunque, non raggiungibile da chi non conosceva l'indirizzo".

La Corte però (Terza sezione penale, sentenza 46206) respingeva il ricorso in quanto il D.L.vo 467 del 2001 in aggiornamento della legge sulla privacy definisce come dato personale "qualunque informazione relativa a persona fisica,

persona giuridica, ente o associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, compreso un numero di identificazione personale". Di conseguenza il numero di cellulare, unitamente all'indicazione del nome puntato, rende "identificabile" la persona presa di mira.

La condanna veniva quindi confermata DZ

## Non celare la diagnosi al paziente, anche se infausta!

La Cassazione civile, sez. III, 18 settembre 2008, n. 23846, ha stabilito che è dovere del medico informare della diagnosi ed evitare di nascerla, come spesso avviene, per motivi umanitari, in quanto si verifica un danno alla persona.

In un caso di tumore ormai inoperabile e sottoponibile solo ad interventi terapeutici palliativi, al paziente era stata celata la diagnosi.

Benche' l' exitus fosse ormai inevitabile ma solo rinviabile pur con ogni terapia, la Corte ha ritenuto che si integrasse un danno risarcibile alla persona, per diver-

si motivi:

a) Il paziente, non avendo potuto fruire di intervento chirurgico palliativo ha dovuto sopportare le conseguenze del processo morboso e particolarmente il dolore mentre la tempestiva esecuzione dell'intervento palliativo avrebbe potuto, sia pure senza ottenere la guarigione, alleviare le sue sofferenze.

b) Il fatto che l' exitus si fosse verificato anzitempo rispetto a quanto ottenibile, ha determinato per il paziente sia la perdita della chance di conservare durante quel decorso una migliore qualità di vita

sia la perdita della chance di vivere alcune settimane o alcuni mesi di più rispetto a quelli poi vissuti.

c) E' stato negato al paziente oltre alla possibilità di poter scegliere cosa fare nell'ambito di quello che la scienza medica suggerisce per garantire la fruizione della salute residua fino all'esito infausto, anche la possibilità di poter programmare il suo "essere persona" e, quindi, in senso lato l'esplicazione delle sue attitudini psico-fisiche, in vista e fino all'evento mortale.

## Il chirurgo reperibile rifiuta di tornare in ospedale? E' sempre reato

Cassazione: chirurgo reperibile rifiuta di tornare in ospedale? E' reato anche se non c'è l'urgenza

Ci risiamo! Per l'ennesima volta un medico che svolge funzione di Pubblico Ufficiale viene condannato per aver ommesso una visita, anche se a posteriori si è accertato che tale visita sarebbe stata inutile.

Questo perché viene elevata l'accusa di omissione o rifiuto di atti d'ufficio, reato tipico del P.U., che prescinde dalla gravità del caso.

L'omissione di atti d'ufficio viene interpretata sempre in modo restrittivo. La Cassazione (VI penale, n. 48379/2008) ha ribadito che commette reato

(art. 328 c.p.) il chirurgo reperibile che rifiuta di tornare in ospedale, anche se la situazione è correttamente considerata "non urgente".

Un chirurgo in servizio di reperibilità era stato chiamato con urgenza dai colleghi di turno in Ospedale, i quali illustravano una allarmata valutazione delle condizioni di una paziente, già visitata dall'imputato, e indicavano una situazione di progressivo peggioramento.

Il chirurgo dissentiva dalla valutazione dei colleghi e rifiutava il pronto ritorno in ospedale per una nuova visita finalizzata a stabilire la necessità o meno di un intervento chirurgico.

Questo rifiuto, secondo la Cassazione,

rappresenta una colpevole omissione dei suoi doveri in quanto il chirurgo non era certo obbligato a condividere la valutazione dei suoi colleghi, ma ciò non poteva fare senza procedere a nuova diretta visita.

I magistrati hanno ribadito che "il chirurgo in servizio di reperibilità, chiamato dal collega già presente in ospedale che ne sollecita la presenza in relazione ad una ravvisata urgenza di intervento chirurgico, deve recarsi subito in reparto e visitare il malato. L'urgenza ed il relativo obbligo di recarsi subito in ospedale per sottoporre a visita il soggetto infermo vengono a configurarsi in termini formali, senza possibilità di sindacato a distanza da parte del chiamato. Ne consegue che il rifiuto penal-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**  
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

mente rilevante ai sensi dell'art. 328, comma primo, cod. pen. si consuma con la violazione del suddetto obbligo e la responsabilità non è tecnicamente connessa all'effettiva ricorrenza della prospettata necessità ed urgenza dell'intervento chirurgico".

La Corte ha poi precisato le caratteristiche del servizio di "reperibilità" o di "pronta disponibilità", che costituisce una modalità organizzativa dei servizi apprestati dalle aziende sanitarie ed è disciplinato dall'art. 25 del DPR 25 giugno 1983, n. 348, recante trattamento del personale delle unità sanitarie locali (G.U. 20 luglio 1983, n. 197), successivamente sempre richiamato o ripreso dai contratti collettivi nazionali dell'area della dirigenza medico - veterinaria del

servizio sanitario nazionale.

Tale servizio "è caratterizzato dall'immediata reperibilità del dipendente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel più breve tempo possibile dalla chiamata".

Nel caso di specie, ciò che è stato correttamente ascritto e addebitato al chirurgo, secondo la Corte, "non è l'omesso intervento chirurgico, bensì il rifiuto indebito dell'atto dovuto, richiestogli reiteratamente dai medici suoi colleghi in adempimento delle disposizioni organizzatorie dell'ospedale, adottate in piena conformità all'art. 25 del DPR cit. ed ai successivi CCNL dell'area di dirigenza medico - veterinaria".

In altre parole, come abbiamo scritto

più volte, i medici devono quindi saper distinguere la differenza tra l'"omissione di soccorso" e il "rifiuto di atti d'ufficio". Quest'ultima violazione (nella quale sono incappati spesso anche i medici della guardia medica notturna convenzionata) prescinde assolutamente dalla reale gravità del caso. Quando i medici ricoprono un servizio che per sua natura prevede un intervento diretto in seguito a chiamata, questo intervento deve essere effettuato (a meno, ovviamente, di impedimento materiale) in quanto costituisce specifico dovere d'ufficio, a prescindere dalla gravità della situazione.

DZ—PO

## Corte di Giustizia CEE: età pensionabile uguale per tutti

L'età pensionistica deve essere uguale per uomini e donne: lo dispone la CEE

L'Italia è stata condannata per la normativa pensionistica che diversifica l'età per i dipendenti pubblici. La norma che prevede che le donne vadano in pensione a sessanta anni, mentre gli uomini a sessantacinque, viola gli obblighi imposti dalla normativa comunitaria. (Corte di Giustizia Europea, Sezione IV, sent. 46/0713, nov. 2008).

La Corte è partita dalla costante giurisprudenza comunitaria che, ai sensi dell'art. 141 CE, vieta qualsiasi discriminazione (basata su qualunque meccani-

simo) in materia di retribuzione tra lavoratori di sesso maschile e quelli di sesso femminile. La pensione costituisce una retribuzione, ai sensi dell'art. 141 CE. Se è vero, dice la Corte, che i provvedimenti nazionali contemplati dalla citata disposizione debbono, in ogni caso, contribuire ad aiutare la donna a vivere la propria vita lavorativa su un piano di parità rispetto all'uomo, la fissazione di un requisito di età pensionabile che varia secondo il sesso è in contrasto con questa disposizione.

La Repubblica Italiana ha sostenuto che la previsione di una condizione di età diversa a seconda del sesso è giustificata dall'obiettivo di eliminare discrimina-

zioni a danno delle donne, ma queste argomentazioni sono state respinte in quanto, secondo la Corte, questo sistema non solo non è idoneo a compensare gli svantaggi ai quali sono esposte le carriere dei dipendenti pubblici di sesso femminile, ma è addirittura più svantaggioso per le donne in quanto l'obbligo di andare in pensione cinque anni prima degli uomini, comporta che percepiscano una pensione inferiore.

Per questi motivi la Repubblica Italiana è stata condannata.

DZ—CP

fonte  
laprevidenza.it)

## Dare del bugiardo, se è vero, non costituisce diffamazione

Il fatto può costituire reato (ingiuria o diffamazione) solo se si aggredisce la sfera morale della persona e non se si denunciano irregolarità effettivamente riscontrate.

La Quinta Sezione Penale della Corte di Cassazione, con Sent. n. 31596/2008, ha assolto un condomino che aveva inviato una lettera agli altri componenti del condominio dipingendo l'amministratore

come una persona scorretta e bugiarda.

La Corte ha stabilito che la critica è legittima anche usando frasi certamente aspre "perché a ciascuno condominio spetta il diritto di controllare i comportamenti dell'amministratore e di denunciare eventuali riscontrate irregolarità".

Nel caso specifico la Corte ha osservato che "non vi era una aggressione alla sfera morale della persona dell'[...], ma una censura soltanto delle attività svolte

come amministratore" e che il delitto di diffamazione è scriminato allorché sia espressione del legittimo esercizio del diritto di critica, salvo maturare le ragioni del diverso convincimento.

Del resto, sottolinea la Corte, "in mancanza di convocazione di rituali assemblee il condominio, per rendere edotti gli altri condomini di eventuali irregolarità e della iniziativa intrapresa di contestare la condotta dell'amministratore con attri-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**  
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

buzione di specifici comportamenti, non può fare altro che inviare agli altri condomini una missiva in modo che anche

essi attivino i loro poteri di controllo". Il condomino e' stato perciò' assolto, in quanto il suo gesto rientrava nell' eserci-

zio di un legittimo diritto.  
DZ

## La "speciale difficoltà" attenua la colpa, ma va provata

Ribadito ancora dalla Cassazione: grava sul medico l'onere di provare la speciale difficoltà' dell'intervento chirurgico

La Cassazione, esaminando il caso di una peritonite insorta ad un paziente all'esito di intervento chirurgico di polipectomia endoscopica effettuato all'interno di una struttura sanitaria pubblica, ha ribadito (Cassazione civile, Sentenza 8.10.2008 n. 24701) che resta a carico del medico e della struttura sanitaria l'onere di dimostrare che la prestazione è stata eseguita in modo diligente e che il mancato adempimento è dovuto a causa a sé non imputabile, perché' conseguente ad un impedimento non prevedibile né prevenibile con la diligenza nel caso dovuto.

La distinzione, osserva la Corte, tra pre-

stazione facile e prestazione di speciale difficoltà non può valere come criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma solo per la valutazione del grado di diligenza e del grado di colpa riferibile al medico. L'art.2236 c.c. (secondo il quale la stessa responsabilità per danni, allorché' ricorrano problemi di speciale difficoltà, è limitata ai soli casi di colpa grave e dolo) non ha alcuna rilevanza ai fini della ripartizione dell'onere probatorio, giacché' incombe in ogni caso al medico dare la prova della particolare difficoltà della prestazione.

Il medico che vuole avvalersi della limitazione della responsabilità disposta dall' art. 2236 c.c. deve " dare la prova della particolare difficoltà della prestazione, laddove la norma in questione implica solamente una valutazione della

colpa del professionista, in relazione alle circostanze del caso concreto".

Quando il risultato è " anomalo" o "anormale" rispetto al convenuto esito dell'intervento ( o della cura), medico e struttura sanitaria sono tenuti a dare la prova che esso dipenda da fatto ad essi non imputabile, essendo stata osservata adeguata condotta diligente dovuta, valutata tenendo conto delle specifiche circostanze del caso concreto; se tale prova manca, ai sensi degli artt. 1218 e 2697 c.c. medico e struttura sanitaria rimangono soccombenti.

Fonte:  
laprevidenza.it)

## Questi invalidi non vanno sottoposti a visite di revisione

Riportiamo, perché' spesso dimenticato, il D.M. 2/8/2007 indicante una serie di patologie che, per la loro gravità' e irreversibilità', non vanno sottoposte a visite di verifica del permanere della patologia invalidante.

In realtà' e' possibile elevare qualche critica, in quanto alcune di queste patologie, pur inemendabili al momento attuale, potrebbero giovare di futuri progressi scientifici.

Da sottolineare che sono oggetto del decreto "12 voci relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria", per cui si tratterebbe, per definizione, di pazienti aventi diritto all' indennità' di accompagnamento e assimilate. Sono riportati i criteri da usare per la valutazione del caso.

### 1) Insufficienza cardiaca in IV classe NHYA refrattaria a terapia.

-Diagnosi della specifica condizione

patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione NHYA sulla base degli accertamenti effettuati e risposta ai presidi terapeutici.

### 2) Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione prognostica.

-Valutazione della funzionalità respiratoria sulla base degli accertamenti eseguiti.

-Indicazione di trattamento con ossigenoterapia o ventilazione meccanica in corso.

### 3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile.

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione prognostica.

-Indicazione di trattamento dialitico in corso.

### 4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide.

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta possibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

### 5) Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8.

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione funzionale, sulla base degli accertamenti effettuati come alle voci 2 e/o 4 e/o 8.

### 6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica.

-Diagnosi della specifica condizione

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA " Acque della Salute "**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Persistente compromissione neurologica.

-Referti di esami specialistici.

**7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati.**

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Stadiazione internazionale della specifica patologia.

-Compromissione funzionale secondaria di organi od apparati.

**8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisetimanali refrattarie al trattamento.**

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione prognostica.

-Valutazione funzionale: tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; ampiezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

**9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco.**

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione prognostica

-Compromissione funzionale di organo e/o di apparato, sulla base degli accertamenti effettuati.

**10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.**

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione prognostica.

-Valutazione e descrizione funzionale:

funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

**11) Deficit totale della visione.**

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione funzionale: visus naturale e corretto in OO (spento, motu manu, ombra luce); ERG e PEV destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in OO o diagnostica con neuroimmagini.

**12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.**

-Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

-Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE febbraio 2009

*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](http://www.medicoeleggi.com)*

### Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 12.02.09 (Gazzetta Ufficiale n. 43 del 21.02.09)

#### MODIFICA DELLE MODALITÀ DI PRESCRIZIONE DEI MEDICINALI CONTENENTI ISOTRETINOINA AD USO SISTEMICO

Per l'ennesima volta in pochi anni viene modificata la modalità di prescrizione dei medicinali contenenti isotretinoina ad uso sistemico. Le nuove regole, che entreranno in vigore dal trentesimo giorno successivo alla data pubblicazione del provvedimento nella Gazzetta Ufficiale, contemplano:

- prescrizione medica da rinnovare volta per volta;

- alla prescrizione deve essere allegato uno specifico modulo AIFA;

- la prima prescrizione deve essere effettuata da parte dello specialista dermatologo, quelle successive anche da parte del medico di medicina generale.

Si ricorda che la prima limitazione nella prescrizione della isotretinoina ad uso sistemico risale alla determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 28.10.2005, rettificata dal successivo provvedimento del 14.03.2006e quindi dalla determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 16.11.2007.

## News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Neo-Lotan Plus, Forzaar, Hizaar - Indicazioni terapeutiche:

Trattamento dell'ipertensione essenziale in pazienti in cui la pressione sanguigna non è adeguatamente controllata con losartan o idroclorotiazide da soli.

Lortaan - Indicazioni terapeutiche:

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Trattamento dell'ipertensione essenziale. Trattamento della patologia renale in pazienti con ipertensione e diabete mellito di tipo 2 con proteinuria  $\geq 0,5$  g/die nel contesto di una terapia antiipertensiva. Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (in pazienti  $\geq 60$  anni), quando il trattamento con gli ACE inibitori non è considerato adatto a causa di incompatibilità, specialmente tosse, o controindicazione. I pazienti con insufficienza cardiaca che sono stati stabilizzati con un ACE inibitore non devono essere trasferiti a losartan. I pazienti devono avere una frazione di eiezione del ventricolo sinistro  $\leq 40\%$  e devono essere stabilizzati con il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica. Riduzione del rischio di ictus in pazienti ipertesi con ipertrofia ventricolare sinistra documentata con ECG (vedere paragrafo 5.1 Studio LIFE, Razza).

---

## MMG-NET, IL SW CHE COLLEGA TUTTI I GESTIONALI MEDICI

All' indirizzo <http://www.mmg-net.it/> informazioni sul Software per i Medici di Famiglia (e non solo!) che **permette il collegamento in rete di piu' studi che usino programmi gestionali diversi.**

E' cosi' possibile costituire o formare gruppi (come forse diverra' obbligatorio) senza doversi uniformare alla scelta di un unico software. Il programma puo' sostituire gli eventuali sw aggiuntivi proposti dalle Aziende. Facilita le sostituzioni tra medici, ed e' utile anche per medici che abbiano piu' studi.

### **Totalmente rispettate tutte le normative in vigore**

Presentato al Congresso di Ippocrate (Cascina (PI), novembre 2008) e' un sistema velocissimo e "leggero" che gira anche su macchine poco potenti ed effettua automaticamente aggiornamenti, allineamenti di archivi, copie di sicurezza.

E' la risposta al tentativo delle grandi aziende di imporre forzatamente un unico sw ai gruppi di medici associati. Costi concorrenziali e possibilita' di facilitazioni.

Per maggiori informazioni tel. 091.323834/333493 - fax. 091.6118839  
e-mail: [info@mmg-net.it](mailto:info@mmg-net.it)

---

## Ultimissime: uomini e cani

I recenti episodi di aggressione apparentemente immotivata da parte di cani contro soprattutto bambini, ha indotto il legislatore a rivedere le norme che regolano il possesso di questi amici a quattro zampe. Nei prossimi numeri daremo informazioni piu' precise a proposito delle nuove normative; ora vogliamo solo esprimere la necessita' che i proprietari si rendano conto dei possibili meccanismi che sono alla base di queste improvvisate crisi di "pazzia".

Secondo alcuni studi effettuati da ricercatori dell'Università di Vienna i cani sono per certi aspetti simili ai bambini, e provano sentimenti di affetto ma anche di frustrazione o gelosia, proprio come i bambini umani.

I ricercatori hanno valutato la risposta di due cani, presenti in una stessa stanza, a cui veniva richiesta la medesima cosa. Solo uno dei due cani, pero', veniva premiato mentre il secondo veniva ignorato e trattato con indifferenza.

Un esperimento analogo, finora, era stato effettuato solo sulle scimmie. Sia nei primati che nei cani un comportamento del genere provocava nell' animale trascurato manifestazioni palesi di frustrazione e di gelosia, talvolta aggressive.

Frederike Range, del dipartimento di neurobiologia e ricerca cognitiva dell'Università di Vienna, ha sottolineato: "I cani hanno uno spiccato senso della giustizia e quando percepiscono di essere trattati ingiustamente, allora, diventano gelosi".

E' fondamentale, quindi, che i proprietari a cui sia nato un figlio non trascurino il loro amico a quattro zampe ma continuino a dimostrargli affetto: i rischi di una crisi di gelosia si leggono tutti i giorni sui quotidiani.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:  
**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**  
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>