

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 7 numero 10

Giugno 2008

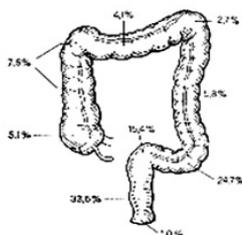
Sospeso il Rosiglitazone (Avandia, Avandamet Avaglim) Incertezze sul rapporto rischio-beneficio. I pazienti dovranno essere guidati a modificare la cura, ma senza allarmismi.

Multe effettuate con autovelox non segnalati: Nulle dal 2007 in poi

Certificati malattia On-line: il Ministero ci ripensa (in parte)

Vita da medico. Un giorno di ordinaria nevrosi

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Colonscopia davvero utile se il cancro e' a destra?



Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede

Nuove terapie orali per la sclerosi multipla

Meno privacy nei concorsi pubblici: si possono conoscere i dati personali degli altri concorrenti



La Medicina Difensiva non e' un problema solo italiano

Non si confisca l' auto per "modica ebbrezza". Parola di Cassazione!

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/

Indice

Ipoglicemie per trattamento contemporaneo chinolonici - ipoglicemizzanti	Pag. 3
Valori ottimali dell' Hb glicata nel diabete tipo 2	Pag. 5
Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede	Pag. 6
Nuove terapie orali per la sclerosi multipla	Pag. 6
La Medicina Difensiva non e' un problema solo italiano	Pag. 7
Colonscopia davvero utile se il cancro e' a destra?	Pag. 8
L' Emospermia	Pag. 9
Sospeso il Rosiglitazone (Avandia, Avandamet Avaglim)	Pag. 10
Certificati On-line: il Ministero ci ripensa (in parte)	Pag. 10
Bambini chiassosi? I genitori pagano la multa	Pag. 10
Multe con autovelox non segnalati: Nulle dal 2007	Pag. 11
INPS: certificati di malattie e Posta Elettronica Certificata	Pag. 11
INAIL: alla denuncia telematica di malattia non si allega il certificato medico	Pag. 11
Meno privacy nei concorsi pubblici	Pag. 12
Non si confisca l' auto per "modica ebbrezza"	Pag. 12
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 12
Vita da medico: un giorno di ordinaria nevrosi	Pag. 13

Mensile di informazione e varie attualita'. 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>

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

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (agg. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Guido Zamperini (redattore)

Collaborano:

Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onotri

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:

dzamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

Archivio completo:

Oltre 3000 articoli e varie risorse su <http://www.pillole.org/>

Contenuti selezionati:

www.scienzaeprofessione.it

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



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/

Ipoglicemie per trattamento contemporaneo chinolonici - ipoglicemizzanti

La somministrazione concomitante di chinolonici e antidiabetici orali in pazienti anziani, diabetici e/o malnutriti può causare ipoglicemia e, più raramente, iperglicemia.

Sono stati riportati numerosi casi di ipoglicemia associata a fluorochinoloni, in particolare a gatifloxacina e a levofloxacina. La maggior parte dei report, ma non tutti, avvengono in coincidenza con ridotta clearance della creatinina ed uso di sulfanilurea orale in pazienti diabetici anziani. Anche se i case reports costituiscono la maggior parte della letteratura relativa ad ipoglicemia associata a fluorochinoloni, ma sono stati pubblicati anche studi caso-controllo.

L'ipoglicemia si verifica in maniera tipica entro 72 ore dall'inizio della terapia con fluorochinolone. È stato riportato un caso di morte di un paziente da ipoglicemia associata a fluorochinolone. Sebbene sembra che si verifichino sia ipoglicemia che iperglicemia con tutti i fluorochinoloni, il peso dell'evidenza sembra mostrare un più alto tasso di ipoglicemia con gatifloxacina rispetto a levofloxacina o a ciprofloxacina. La gatifloxacina è stata sospesa volontariamente dal mercato dai suoi produttori nel 2006, così come erano state sospese temafloxacina e clinafloxacina nel 1990, per numerosi eventi avversi, compresa l'ipoglicemia. Un recente studio caso-controllo di pazienti ospedalizzati ha trovato una frequenza dell'1.1% di ipoglicemia (definita come concentrazioni sieriche di glucosio < 51 mg/dL) con levofloxacina e una frequenza del 2.1% con gatifloxacina. È stato trovato che la gatifloxacina aveva un tasso più elevato di anomalie dell'omeostasi glicidica (GHAs) rispetto ad altri popolari fluorochinoloni ed era associata con l'80% di tutte le GHAs in una revisione del Food and Drug Administration's (FDA's) Spontaneous Reporting System's adverse-event reports dal Novembre 1997 al Settembre 2003. Soltanto l'1.6% dei report di eventi avversi per levofloxacina erano dovuti a GHAs rispetto al 24% dei report per gatifloxacina ($p = 0.0001$). Un recente studio caso-controllo Canadese che ha coinvolto 788 pazienti ha trovato un aumentato rischio di ipoglicemia

con gatifloxacina (odds ratio aggiustata, 4.3; 95% intervallo di confidenza [CI], 2.9–6.3) ed un lieve incremento del rischio con levofloxacina (odds ratio aggiustata, 1.5; 95% CI, 1.2–2.0) rispetto a terapia con macrolidi. Sebbene il rischio di ipoglicemia sembra essere minore con levofloxacina che con gatifloxacina, continuano ad essere riportati casi di ipoglicemia significativa e prolungata con terapia con levofloxacina. Gli autori del presente lavoro, partendo da un case report di ipoglicemia persistente, riassumono gli ipotetici meccanismi sottostanti l'ipoglicemia da chinolonici.

Case Report

Un uomo di 58 anni, di razza caucasica, ricoverato per esacerbazione di scompenso cardiaco (HF) e sospetta polmonite da comunità (CAP), diabetico (compensato con terapia orale con glicemipiride, di cui il pz non ricordava "il nome" all'atto del ricovero), malnutrito (altezza cm 160, peso Kg 52), ha sviluppato severa e persistente ipoglicemia (concentrazione sierica di glucosio di 20 mg/dL), in seguito alla somministrazione contemporanea di levofloxacina 750 mg ogni 48 ore (per l'episodio broncopneumonico) e glipizide 10mg (per due giorni consecutivi).

Discussione

Il meccanismo proposto attraverso il quale i fluorochinoloni inducono anomalie ipoglicemiche non è chiaramente conosciuto. La teoria primaria di ipoglicemia associata a chinolonici è doppia, relativa sia ad effetti farmacocinetici che farmacodinamici. Il meccanismo farmacocinetico coinvolge interazioni farmaco-farmaco, mentre il meccanismo farmacodinamico comprende la possibilità di aumentata stimolazione delle β -cellule e conseguente aumentato rilascio di insulina.

Meccanismo Farmacocinetico

La teoria di una possibile interazione farmaco-farmaco è stata considerata da molti case reports e serie di casi che coinvolgono fluorochinoloni e farmaci antidiabetici. I fluorochinoloni coinvolti

in questi report sono gatifloxacina (sette casi), ciprofloxacina (due casi), e levofloxacina (tre casi). La gliburide era il farmaco antiperglicemico più spesso implicato, presente in cinque di questi casi. Le restanti interazioni coinvolgevano glicemipiride, pioglitazone (con gliburide), e repaglinide. Kirchheiner e coll. hanno studiato i polimorfismi genetici del sistema isoenzimi del citocromo P-450 (CYP) e il loro effetto sull'attività dei farmaci antidiabetici orali. Hanno trovato che il CYP2C9 è la prima via isoenzimatica responsabile del metabolismo di gliburide, glicemipiride, e glipizide, mentre altre vie possono giocare un ruolo minore nel metabolismo di questi farmaci. Altri farmaci antiperglicemici metabolizzati dal sistema isoenzimatico CYP includono nateglinide (CYP2C9), repaglinide (CYP2C8), pioglitazone (CYP2C8 e CYP3A4) e rosiglitazone (CYP2C9 e CYP2C8). Polimorfismi genetici nel CYP2C8 e nel CYP2C9 possono alterare la clearance di questi farmaci in alcuni individui con alterati genotipi di questi isoenzimi. Teoricamente, l'uso concomitante di un farmaco che è un substrato o un inibitore di una via CYP da qualcuno con un alterato polimorfismo genetico dello stesso isoenzima CYP potrebbe dare come risultato un incremento delle concentrazioni sieriche del farmaco, con conseguente aumentato effetto ipoglicemico del farmaco antidiabetico orale. Come le sulfaniluree, certi fluorochinoloni interagiscono con gli isoenzimi CYP in qualche misura. In uno studio, la ciprofloxacina ha inibito il metabolismo della teofillina attraverso la via del CYP1A2. La ciprofloxacina è stata anche riportata essere un inibitore della via CYP3A4. Nakamura e coll. hanno descritto un'interazione levofloxacina-teofillina-claritromicina ritenuta mediata dal CYP1A2 e dal CYP3A4. Secondo questo case report, la clearance della teofillina si era ridotta perché il suo metabolismo era stato inibito dalla levofloxacina e dalla claritromicina attraverso la via del CYP1A2 e del CYP3A4. Secondo il produttore, né la gatifloxacina né la moxifloxacina sono ritenuti essere un inibitore, un induttore o un substrato della via CYP, basandosi su studi in vitro;

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/

pertanto, potrebbe essere stata probabile una interazione farmaco-farmaco. Sebbene sia le sulfaniluree sia certi fluorochinoloni interagiscono con il sistema enzimatico CYP, entrambi procedono attraverso una diversa via primaria. Pertanto, un'interazione farmaco-farmaco via CYP sembra essere altamente improbabile, indicando che altri meccanismi debbano essere coinvolti.

Meccanismi Farmacodinamici

Il meccanismo farmacodinamico attraverso il quale i fluorochinoloni inducono anomalie non è completamente conosciuto. L'aumento del rilascio di insulina dalle cellule delle isole pancreatiche è stato riportato come il meccanismo più probabile per la ipoglicemia indotta da fluorochinoloni. I canali del potassio ATP-sensibili sono coinvolti nella secrezione insulinica. Quando questi canali sono bloccati, la membrana delle β -cellule è depolarizzata, consentendo al calcio di entrare nelle cellule attraverso i canali del calcio voltaggio-dipendenti. I granuli di insulina poi escono dalle β -cellule e il glucosio ematico viene ridotto. I canali del potassio ATP-sensibili delle cellule delle isole sono inibiti dai fluorochinoloni. Per questa inibizione, la secrezione di insulina è aumentata e può seguire ipoglicemia. Saraya e coll. hanno studiato l'effetto di levofloxacina, gatifloxacina, e temafloxacina sulla secrezione insulinica e sull'attività dei canali del potassio ATP-sensibili in cellule delle isole pancreatiche di ratto. Si sono verificati soltanto piccoli incrementi della secrezione insulinica con levofloxacina, significativi incrementi con gatifloxacina e temafloxacina. La levofloxacina ha ridotto di poco l'attività dei canali del potassio, mentre la gatifloxacina e la temafloxacina hanno inibito in maniera marcata l'attività dei canali del potassio. Ad un livello cellulare, otto subunità (quattro Kir6.2 e quattro SUR1) comprimono i canali del potassio ATP-sensibili delle β -cellule pancreatiche. Saraya e coll. hanno trovato che levofloxacina, gatifloxacina, e temafloxacina inibiscono le subunità Kir6.2 delle β -cellule pancreatiche. Gatifloxacina e temafloxacina sono sembrate avere il maggiore potenziale inibitorio rispetto alla levofloxacina sulle subunità Kir6.2, il che può spiegare perché la maggior parte dei casi di ipo-

glicemia sono stati riportati con gatifloxacina piuttosto che con levofloxacina. La temafloxacina è stata volontariamente sospesa dal commercio nel 1992 per reports della sua associazione con anemia emolitica ed alcuni casi di severa ipoglicemia.

In condizioni normali, l'organismo può compensare la riduzione dei livelli di glucosio attraverso meccanismi fisiologici. Normalmente, una riduzione dei livelli di glucosio causa la riduzione da parte del pancreas della sua secrezione insulinica e un aumento della glicogenolisi nel fegato. Il glucosio è prodotto in maniera endogena da lattato, glicerolo, e aminoacidi. Pazienti malnutriti, come gli anziani, possono non avere sufficienti riserve di glicogeno da mobilitare in risposta all'ipoglicemia causata da fluorochinoloni. Questa incapacità a compensare in maniera appropriata, insieme alla ridotta funzionalità renale nei pazienti anziani, può causare più alti livelli di farmaco o riduzione della sua clearance. Questo può spiegare perché la ipoglicemia indotta da fluorochinoloni è descritta più frequentemente in pazienti anziani. Sebbene il paziente in questo caso non fosse anziano, appariva clinicamente malnutrito, con un'altezza e un peso di 160 cm e 52 kg, rispettivamente. Le sue concentrazioni di albumina sierica erano di 2.1 mg/dL (range normale, 3.5-4.8 mg/dL). Il che supporta la teoria che la combinazione di rilascio di insulina indotta da chinolonici ed una ridotta capacità dell'organismo di impiegare meccanismi compensatori per correggere la ipoglicemia possono portare ad ipoglicemia persistente. Sia la glipizide che la glimepiride sono altamente legate alle proteine plasmatiche. A causa della malnutrizione di questo paziente, l'uso durante il ricovero della glipizide avrebbe potuto essere associato con ipoglicemia attribuibile ad una riduzione della quota del farmaco legata alle proteine. Poiché la glimepiride è in maniera più elevata legata alle proteine (99%) della glipizide (97%) ed il paziente non aveva avuto episodi di ipoglicemia a casa, la possibilità che il ridotto legame alle proteine della glipizide fosse l'unica causa della ipoglicemia del paziente viene ad essere ridotta.

Gli autori concludono sostenendo che:

“E' difficile determinare il meccanismo più probabile della ipoglicemia osservata in questo paziente; tuttavia la cosa più probabile è che la sua ipoglicemia fosse dovuta all'uso concomitante di levofloxacina e glipizide, al suo diabete e alla sua malnutrizione”.

Fonte

Hypoglycemia Associated with the Use of Levofloxacin. Seth M. Garber; Melanie W. Pound; Susan M. Miller. American Journal of Health-System Pharmacy. 2009;66(11):1014-1019.

Riferimenti

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3654>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/print.asp?print=news&pID=4461>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/pdf.asp?print=news&pID=2581>

Commento di Patrizia Iaccarino

Spesso la Farmacovigilanza, dopo la commercializzazione di un farmaco, inizia il suo vero lavoro nella “medicina reale”, partendo proprio dalle segnalazioni di eventi avversi e dai case report, i quali possono successivamente generare un “segnale” di allerta che viene monitorato dagli organismi competenti. Questi, a loro volta, possono chiedere verifiche attraverso studi per fare maggior luce e successivamente prendere decisioni sul rapporto beneficio/danno delle terapie, fino alla loro eventuale sospensione dal commercio. In quest'ottica, si sottolinea il ruolo fondamentale del medico di medicina generale sia nella segnalazione di eventi avversi, sia nella attenzione alle interazioni farmacologiche, sempre più possibili e frequenti, dato l'incremento dell'età media della popolazione e l'aumento delle patologie croniche che necessitano di polifarmacoterapia. In tale ottica, il presente lavoro sottolinea l'attenzione al paziente anziano fragile con comorbidità, e alle possibili conseguenze delle interazioni farmacologiche, nel caso specifico chinolonici-antidiabetici orali.

Nel suo lavoro quotidiano, il medico che lavora secondo le indicazioni terapeutiche derivanti dalle “migliori evidenze” si può trovare a dover somministrare ad un paziente complesso (basti pensare ad un comune paziente anziano con ridotta

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/

clearance renale, diabetico, iperteso o con altre patologie cardiovascolari, magari anche "malnutrito") una rischiosa polifarmacoterapia, i cui esiti di salute possono essere discutibili, ma, purtroppo, sono poco studiati e valutati. Il me-

dico di medicina generale, unico coordinatore di tali problematiche talvolta può vivere una complessa sensazione di "paralisi" di fronte ai rischi legati a scelte di sotto ma anche di sovra trattamento, rispetto alle quali non è neppure so-

stenuto da chiare evidenze. Questa è la sua "ars medica, competenza difficile, maturata nel tempo, purtroppo spesso sottostimata quando si giudica il suo operato.

Valori ottimali dell' Hb glicata nel diabete tipo 2

Uno studio osservazionale retrospettivo suggerisce che, nel diabete tipo 2, la mortalità più bassa si ha con valori di emoglobina glicata attorno al 7,5%.

A partire dall' UK General Practice Research Database sono state studiate due coorti di pazienti con diabete tipo 2 (età \geq 50 anni). Le due coorti erano composte, rispettivamente, da 27.965 pazienti nei quali il trattamento antidiabetico con un farmaco per os era stato intensificato passando ad insulina associata ad antidiabetici orali e da 20.005 pazienti che avevano cambiato un regime che già includeva l'insulina. Sono stati esclusi i pazienti con diabete secondario. La mortalità è risultata più bassa nei pazienti con valori di glicemoglobina attorno a 7,5%: il rischio di morte espresso come Hazard Ratio (HR) risultava essere più alto nei soggetti con valori di glicemoglobina più bassa (6,1% - 6,6%) con HR 1,52 (95% CI 1,32-1,76) ed in quelli con valori più elevati (10,1% - 11,2%) con HR 1,79 (95% CI 1,56-2,06).

In generale, la curva della mortalità mostrava un andamento ad "U" con la mortalità più bassa nei soggetti con valori di HbA1c attorno a 7,5%.

Per quanto riguarda il tipo di trattamento usato, si è visto che la mortalità era maggiore nei pazienti che usavano una terapia a base di insulina rispetto a chi usa solo antidiabetici orali: HR 1,49 (95% CI 1,39-1,59).

Gli autori concludono che, se i loro risultati saranno confermati da altri studi, le linee guida sul diabete dovrebbero prevedere anche dei valori minimi di glicemoglobina al di sotto dei quali non andare.

Fonte:

Currie CJ et al. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet 2010 Feb 6; 375:481-489

Commento di Renato Rossi

Si tratta di uno studio retrospettivo osservazionale con tutti i limiti di questo tipo di lavori. Ci sono importanti fattori di confondimento come l'età, il sesso, il fumo, la colesterolemia, il rischio cardiovascolare, la morbilità generale che possono influire sui risultati finali, per quanto gli autori abbiano aggiustato i dati per tutti questi elementi confondenti. Così, per esempio, risulta ovvio che la maggiore mortalità riscontrata nel gruppo in trattamento insulinico può dipendere non tanto dall'insulina stessa quanto dal fatto che con questo farmaco vengono trattati i pazienti con diabete più grave e di più difficile controllo. Tuttavia, non va dimenticato che anche studi randomizzati e controllati (ACCORD, ADVANCE e VDAT) hanno dimostrato che il trattamento intensivo ed il raggiungimento di valori prossimi alla normalità dell'HbA1c non solo non riducono gli esiti ma, addirittura, potrebbero aumentare la mortalità, soprattutto nei diabetici di vecchia data e/o con complicanze cardiovascolari già instaurate. In effetti, le ultime raccomandazioni delle linee guida prevedono che, per questa tipologia di pazienti, valori target accettabili di emoglobina glicata possano essere attorno a 7% - 7,5%. Perchè nello studio di Currie e coll. chi aveva un valore medio di emoglobina glicata attorno a 6,5% mostrava un aumento della mortalità di circa il 50% rispetto a chi aveva valori attorno a

7,5%?

Una spiegazione possibile è che nei soggetti in cui, con la terapia antidiabetica, si raggiungono valori di HbA1c così bassi sono molto più probabili gli episodi ipoglicemici che, com'è noto, possono essere molto pericolosi. Gli episodi ipoglicemici sono più frequenti soprattutto nei diabetici trattati con insulina, in special modo quando si usano regimi a più dosi giornaliere.

Inoltre va considerato che nel diabete, più che l'equilibrio glicemico stretto, è importante identificare e trattare gli altri fattori di rischio cardiovascolare, come il fumo, l'ipertensione, l'ipocolesterolemia, la sedentarietà.

Il messaggio per il medico pratico ci sembra semplice: lo studio recensito in questa pillola, pur con tutti i limiti che esso può avere, rafforza il concetto che nella maggior parte dei pazienti con diabete tipo 2 è sufficiente accontentarsi di arrivare a valori target di HbA1c attorno a 7% - 7,5%.

In altre parole, anche qui, come in altri campi della medicina, vale il detto: "Less is more".

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4056>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4809>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4409>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4308>

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/

Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede

L'ossigenoterapia iperbarica si dimostra un trattamento aggiuntivo utile in soggetti diabetici con ulcere croniche del piede.

Lo scopo di questo studio è stato di valutare l'efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica (OTI) nelle ulcere croniche del piede in pazienti diabetici. Lo studio (denominato HODFU: Hyperbaric Oxygen Therapy in Diabetics with Chronic Foot Ulcers) è di tipo randomizzato, controllato, in doppio cieco, contro placebo.

Il trattamento somministrato consisteva in sessioni giornaliere della durata di 95 minuti in camera iperbarica per 5 volte alla settimana per 8 settimane.

Sono stati reclutati pazienti diabetici affetti da ulcere del piede (grado 2,3, o 4 di Wagner) datanti da più di 3 mesi.

Una guarigione completa dell'ulcera si ottenne, a distanza di un anno, in 25/48 pazienti sottoposti a OTI (= 52%) e in 12/42 pazienti del gruppo placebo (29%). La differenza era statisticamente significativa ($p = 0,03$). In un'analisi per sottogruppi si è visto che la guarigione avveniva nel 61% (23/38) dei pazienti che avevano completato almeno 35 sessioni di OTI, contro un 27% (10/37) del gruppo placebo.

La frequenza di eventi avversi risultò bassa.

Gli autori concludono che l'ossigenoterapia iperbarica è un trattamento aggiuntivo utile in soggetti diabetici con ulcere croniche del piede.

Fonte:

Londahl M, Katzman P, Nilsson A, et

al. Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2010 May;33:998-1003

Commento di Renato Rossi

Le ulcere del piede nel diabetico riconoscono una patogenesi complessa e multifattoriale tra cui alterazioni neuropatiche e macro e microvascolari.

L'andamento è cronico e la guarigione difficile da ottenere; spesso richiedono il coinvolgimento di varie figure professionali sia di tipo infermieristico che medico.

Sono stati proposti vari tipi di trattamento, tra loro associati: asportazione chirurgica degli eventuali materiali necrotici, medicazioni di vario tipo, allettamento, antibiotici a largo spettro, gambaletti gessati o in fibra di vetro, ASA, pentosifillina, prostaglandine, fattori di crescita granulocitaria, etc. Se è presente un deficit arterioso chirurgicamente aggredibile si può ricorrere al by-pass o all'angioplastica con stent.

Tra gli strumenti della cassetta terapeutica a disposizione del medico figura anche l'ossigenoterapia iperbarica. Infatti un flusso ematico inadeguato a livello dell'ulcera, dovuto alle alterazioni vascolari che complicano la malattia diabetica, comporta un ridotto apporto di ossigeno e si ritiene che l'ossigenoterapia iperbarica possa migliorarlo.

I risultati dello studio HODFU in realtà non sono nuovi. Una precedente revisione Cochrane [1] aveva concluso che l'OTI riduce il rischio di amputazione, con un NNT particolarmente attraente (=

4), e aumenta le probabilità di guarigione ad un anno. Tuttavia lo scarso numero di pazienti arruolati negli studi richiedeva di valutare con cautela questo risultato, anche per il notevole impatto economico che comporta la scelta di avviare il paziente alle sedute di OTI.

Gli autori della revisione Cochrane auspicavano trials rigorosi e di elevata qualità per poter identificare il sottogruppo di pazienti che potrebbero aspettarsi maggiori benefici dall'ossigenoterapia iperbarica.

Queste osservazioni rimangono valide anche dopo la pubblicazione dello studio HODFU anche se si tratta sicuramente di uno studio ben disegnato.

Va considerato inoltre che l'ossigenoterapia iperbarica, a parte i costi per i servizi sanitari, è una pratica che comporta un notevole sacrificio, in termini di tempo e di spese, per il paziente qualora il centro a cui rivolgersi non fosse disponibile nelle vicinanze.

Il messaggio per il medico pratico ci sembra questo: avviare alla OTI quei pazienti che mostrano ulcere croniche importanti ed estese, che non rispondono, in un lasso di tempo ragionevole, ad altre opzioni terapeutiche più facilmente disponibili.

Referenze

Kranke P, Bennett MH, Debus SE, Roedel-Wiedmann I, Schnabel A. Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD004123. DOI: 1-0.1002/14651858.CD004123.pub2.

Nuove terapie orali per la sclerosi multipla

Il fingolimod e la cladribina si sono dimostrati efficaci nella sclerosi multipla remittente/recidivante, ma rimane da determinare quale sia il loro impatto a lungo termine sulla disabilità grave che caratterizza la malattia.

Il *New England Journal of Medicine* pubblica contemporaneamente tre studi sulla sclerosi multipla.

Nel primo trial [1], di tipo randomizzato e controllato, durato 24 mesi, sono stati

arruolati 1272 pazienti con sclerosi multipla remittente/recidivante, trattati con fingolimod orale oppure placebo. Il trattamento ha ridotto la frequenza delle recidive e la progressione della disabilità, ma era associato ad effetti collaterali come bradicardia, blocco atrioventricolare, edema maculare, aumento delle transaminasi e lieve ipertensione.

Nel secondo trial [2], durato 12 mesi, con 1292 pazienti arruolati, il fingolimod orale è stato paragonato all'interfe-

rone per via intramuscolare, sempre in pazienti con forme remittenti/recidivanti di malattia. Il fingolimod si è dimostrato più efficace dell'interferone nel ridurre il rischio di recidiva. Gli effetti avversi del trattamento erano rappresentati da infezioni opportunistiche da virus herpes (che in due casi si sono rivelate fatali), blocco atrioventricolare, edema maculare, neoplasia cutanea ed aumento delle transaminasi.

Nel terzo studio [3], durato 96 settima-

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/

ne, la cladribina è stata paragonata al placebo. Il farmaco ha ridotto il rischio di recidiva e la disabilità, a scapito di effetti collaterali come la linfopenia e un maggior rischio di infezioni opportunistiche come herpes zoster o riattivazione di forme tubercolari latenti.

Fonte:

1. Kappos L et al. for the FREEDOMS Study Group. A Placebo-Controlled Trial of Oral Fingolimod in Relapsing Multiple Sclerosis. N Engl J Med 2010 Feb 4; 362:387-401
2. Cohen JA et al. Oral Fingolimod or Intramuscular Interferon for Relapsing Multiple Sclerosis for the TRANSFORMS Study Group. N Engl J Med 2010 Feb 4; 362:402-415
3. Giovannoni G et al for the CLARITY Study Group. A Placebo-Controlled Trial of Oral Cladribine for Relapsing

Multiple Sclerosis. N Engl J Med 2010 Feb 4; 362: 416-426

Commento di Renato Rossi

Un editorialista, nel suo intervento, definisce benvenute queste nuove terapie orali per la sclerosi multipla, perchè aumentano l'armamentario terapeutico a disposizione del medico. Tuttavia ammette che l'impatto di questi trattamenti a lungo termine rimane ancora da determinare, così come sono ancora oggetto di discussione tra esperti quali debbano essere gli endpoint clinicamente rilevanti da ricercare. In effetti gli studi recenti in questa pillola, pur avendo arruolato ognuno un numero considerevole di pazienti, hanno avuta una durata relativamente breve se si pensa che gli esiti della sclerosi multipla vanno valutati in un periodo di molti anni. Solo studi futuri potranno determinare il beneficio

reale di queste nuove terapie orali nel ridurre o rallentare la grave disabilità che caratterizza, nelle fasi avanzate, la sclerosi multipla, e, nello stesso tempo, accertare se gli effetti collaterali avranno un profilo accettabile.

Sarà interessante, inoltre, stabilire se è possibile ottenere benefici maggiori da terapie che associno tra loro i vari farmaci a patto di poter ridurre il rischio di provocare infezioni opportunistiche gravi e/o fatali, data l'interazione di questi trattamenti con il sistema immunitario. Per il momento nè la cladribina (un immunomodulatore che agisce su alcuni sottotipi linfocitari) nè il fingolimod (un immunosoppressore) sono stati approvati dalla FDA per il trattamento della sclerosi multipla. La cladribina è approvata per la leucemia a cellule capellute.

La Medicina Difensiva non è un problema solo italiano

Un sondaggio su quasi 2.500 medici USA dimostra che più del 90% pratica medicina difensiva.

In questo sondaggio sono stati interrogati 2.416 medici USA appartenenti a varie branche specialistiche.

Ai medici è stato chiesto se erano d'accordo o meno con queste due affermazioni:

- 1) I medici prescrivono un maggior numero di test e procedure per proteggersi da possibili denunce di malpratica
 - 2) L'uso non necessario di test diagnostici non diminuirà finchè i medici non potranno essere protetti dalle denunce indesiderate di malpratica
- Il 92,6% dei medici maschi e l'86,5% dei medici donne ha risposto di esercitare la medicina difensiva. Questa differenza non era statisticamente significativa. Non vi erano differenze neppure di tipo geografico o di appartenenza a branche specialistiche. La medicina difensiva viene confessata anche da medici di famiglia e pediatri che, statisticamente, sono meno soggetti a denunce rispetto a ginecologi, chirurghi, ortopedici, medici dell'emergenza. Insomma, il problema sembra riguardare l'intero mondo medico.

I risultati di questo studio sono in linea

con quelli di lavori precedenti.

Stimare i costi superflui causati dalla medicina difensiva è difficile: è stato calcolato che possano rappresentare fino al 10% dell'intera spesa sanitaria USA. Secondo i medici intervistati la medicina difensiva potrà essere abbandonata solo se i medici saranno protetti contro le cause da malpratica: in caso contrario non si avrà nessuna riduzione di esami, accertamenti diagnostici e procedure inutili.

Fonte:

1. Bishop TF et al. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey Arch Intern Med. 2010 Jun 28;170:1081-1083.
2. Sen Orrin G. Hatch. It Is Time to Address the Costs of Defensive Medicine: Comment on "Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey". Arch Intern Med. 2010 Jun 28;170:1083-1084.

Commento di Renato Rossi

Cosa si intende per medicina difensiva? Con questo brutto termine si indica la prescrizione da parte del medico di farmaci, esami, accertamenti radiologici o endoscopici anche di costo elevato che non sarebbero necessari dal punto di

vista clinico al solo scopo di difendersi da una eventuale denuncia di malpratica intentata dal paziente.

E' noto che la medicina non è una scienza esatta e che gli esiti imprevedibili sono sempre possibili, anche quando si siano messe in atto tutte le migliori strategie disponibili di diagnosi e trattamento. Tuttavia presso il grande pubblico, spesso grazie ai mass media che esaltano le virtù di una medicina invincibile e infallibile, è passato il messaggio che l'errore medico non esista. Bisogna purtroppo fare autocritica e dire che qualche volta anche noi medici abbiamo contribuito a questa immagine distorta. Di fronte ad aspettative irrealistiche è del tutto naturale che, quando qualcosa va storto, il paziente o i familiari cerchino un "colpevole", un capro espiatorio su cui caricare il fardello del fallimento. Il passo verso la denuncia penale e la richiesta di danni diventa allora sempre più breve. Negli USA la paura di una denuncia per malpratica è diffusa in tutto l'ambiente medico, ma si è fatta strada anche nel nostro paese ed influenza negativamente ogni giorno i comportamenti dei medici.

Le conseguenze sono di due tipi.

Da una parte il medico tenderà a prescrivere più esami, più visite specialistiche,

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/

più indagini radiologiche o endoscopiche oppure userà più farmaci del necessario. Questo comportamento è di per sé foriero di pericoli in quanto molti esami invasivi o molti farmaci possono avere effetti collaterali indesiderati che sono giustificabili solo quando è necessario usarli, perché allora il rapporto benefici/rischi diventa favorevole. Ma la prescrizione di accertamenti e trattamenti inutili porta anche ad un aumento dei costi per cui risorse sempre più ingenti vengono sottratte ogni giorno a chi ne avrebbe realmente bisogno.

Un'altra conseguenza della medicina

difensiva è di segno opposto: per evitare fallimenti e possibili denunce sempre più medici preferiscono evitare di imbarcarsi in interventi chirurgici o procedure a rischio, oppure rifiutano di curare pazienti difficili e con patologie complesse, limitandosi ad una routine più tranquilla e meno stressante, in nome di "chi me lo fa fare?".

Come poterne uscire? Chi scrive sostiene da tempo che prima è necessaria una presa di coscienza da parte di tutti (politici, opinione pubblica, giudici, etc.) che il problema della medicina difensiva si rifletterà sempre più in un

peggioramento delle cure sanitarie.

Quando sarà concetto condiviso e diffuso che l'errore medico è ineliminabile e che, esclusi ovviamente i casi di dolo, il dottore che sbaglia non deve finire nelle aule di un tribunale (aule che sono da riservare ai delinquenti veri), solo allora, ripeto, si potrà passare alla depenalizzazione dell'errore medico. Per il paziente che ne abbia ricevuto un danno ingiusto adeguatamente documentato si dovrà prevedere un congruo indennizzo economico con apposite assicurazioni, con un iter veloce e certo.

Tertium non datur.

Colonscopia davvero utile se il cancro è a destra?

Lo screening colonscopico potrebbe ridurre solo il rischio di cancro del colon sinistro e non di quello destro.

Si tratta di uno studio tedesco che ha esaminato i dati di 3.287 soggetti sottoposti a colonscopia di screening (età media ≥ 55 anni). In circa il 18% dei soggetti uno screening colonscopico era già stato effettuato nei precedenti 10 anni. In media la colonscopia precedente era stata eseguita 5 anni prima.

La prevalenza di una neoplasia (definita come cancro o adenoma avanzato) del colon sinistro risultò essere più elevata nel gruppo mai screenato: 9% rispetto al 3% del gruppo già screenato.

Al contrario la prevalenza di neoplasia nel tratto destro del colon risultò essere simile nei due gruppi: circa il 3%.

Gli autori hanno aggiustato i risultati per vari fattori confondenti (età, sesso, storia familiare di cancro del colon) senza che questo cambiasse i dati.

Conclusioni: in un setting ambulatoriale lo screening colonscopico effettuato fino a 10 anni prima riduce il rischio di neoplasia del colon sinistro, ma non di quello destro.

Fonte:

J Natl Cancer Inst 2010 Jan 20; 102:89.

Commento di Renato Rossi

Già lavori precedenti avevano suggerito che la colonscopia è meno efficace nello scoprire tumori e adenomi della porzione destra del colon. Per esempio in uno

studio canadese di tipo caso-controllo [1] sono stati identificati oltre 10.000 pazienti morti con una diagnosi di cancro del colon. Questi casi sono stati confrontati con oltre 51.000 controlli (simili per età, sesso, luogo geografico e stato economico). I soggetti che avevano ricevuto una colonscopia avevano un rischio minore di morire per cancro del colon rispetto a chi non aveva effettuato una colonscopia. Ma, anche in questo caso, la riduzione del rischio (del 69%) era evidente solo per il cancro del colon sinistro.

In un altro studio [2] sono stati seguiti per 14 anni più di 110.000 soggetti che avevano avuto una colonscopia negativa. Si è visto che l'endoscopia portava ad una riduzione del rischio di cancro del colon distale maggiore rispetto alla riduzione osservata per i cancri prossimali.

Le ragioni della minor efficacia dell'endoscopia per i tumori prossimali possono essere molte: anzitutto potrebbe essere in gioco una diversità biologica tra i tumori del colon sinistro e quelli del colon destro, poi si deve considerare una possibile minor visualizzazione per scarsa pulizia o per scarsa abilità dell'operatore delle porzioni destre del colon.

Un editorialista si chiede [3] se la colonscopia sia efficace al punto tale da poter essere considerata l'esame principe per lo screening del cancro del colon e se tale efficacia, rispetto alla più semplice rettosigmoidoscopia, giustifichi i costi e i rischi più elevati.

Il problema principale è che per il momento non sono disponibili studi clinici randomizzati e controllati sullo screening colonscopico, per cui è gioco forza ragionare solo su lavori di tipo osservazionale, con tutti i limiti conosciuti per questo tipo di studi.

Referenze

1. Ann Intern Med 2009 Jan 6; 150:1.
2. Clin Gastroenterol Hepatol 2008 Oct; 6:1117.
3. J Natl Cancer Inst 2010 Jan 20; 102:70.

Commento di Clementino Stefanetti
Non ci sono RCT sulla efficacia dello screening della colonscopia nei soggetti asintomatici a moderato rischio ma rimane, però, il gold standard per la diagnosi di neoplasie del colon. Gli unici dati a disposizione derivano da studi di coorte e caso-controllo. L'ultimo studio pubblicato paragonava la riduzione della mortalità per neoplasia del colon con i dati aspettati del Surveillance, Epidemiology and End Results americano (SEER) con riduzione del rischio del 65% [1]. Al contrario esistono almeno 3 RCT sullo screening con sigmoidoscopia con un trend positivo dopo i 7 anni di follow up [2,3,4]. Pertanto l'efficacia dello screening colonscopico deriva da evidenze indirette.

L'efficacia dello screening colonscopico nello scoprire lesioni prossimali è stato recentemente messo in discussione ma lo studio Canadese aveva limitazioni

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/

riguardanti l'impossibilità di differenziare le procedure di screening da quelle diagnostiche [5].

Possibili spiegazioni possono essere dovute alla diversa esperienza degli endoscopisti, alla durata dell'esame e alla localizzazione delle lesioni.

In uno studio sullo screening colonscopico fatto da 12 esperti endoscopisti si notò che la percentuale di scoperta di adenomi e carcinomi era significativamente più alta quando il tempo impiegato era > di 6 minuti (28.3% vs. 11.8%, $P < 0.001$) [6]. Non si sa se questo effetto incida nei programmi di screening co-

lonscopici.

La sensibilità della colonscopia è stata stimata usandola come standard di riferimento ossia effettuando una seconda colonscopia a breve distanza di tempo. Una revisione sistematica (465 pz) trovò una percentuale di fallimento del 2% per adenomi > di 10 mm e del 25% per adenomi < di 5 mm. La percentuale totale era del 22% [7]

Un altro problema da considerare è la difficoltà nello scoprire lesioni a causa della loro localizzazione. Per esempio le lesioni piatte e depresse sono descritte, in letteratura, con frequenza maggiore di quanto ritenuto in passato e possono non

essere scoperti alla colonscopia. (8) Ci sono poi lesioni localizzate all'interno di pieghe che sfuggono alla colonscopia [9].

Per concludere, il rischio di sviluppare una neoplasia del colon dopo una colonscopia negativa permane basso fino a oltre 10 anni ma occorre migliorare la tecnica per scoprire le lesioni prossimali che sono la tomba dell'endoscopista [10].

Referenze

(10 voci bibliografiche rinvenibili su pillole.org)

L'Emospermia

Una breve rivisitazione dell'emospermia.

Cos'è l'emospermia?

Per emospermia s'intende la presenza di sangue nel liquido spermatico. Si tratta di un segno clinico che spaventa molto il paziente, ma nella maggior parte dei casi è una condizione benigna e autolimitata, soprattutto quando si verifica senza altri sintomi di accompagnamento ed in uomini giovani.

Qual è la causa dell'emospermia?

Spesso l'emospermia riconosce una causa comportamentale come un'esagerata attività sessuale o il coito interrotto oppure, al contrario, un'astinenza sessuale prolungata. In circa il 40% dei casi si può trovare una infezione sottostante. Altre cause meno frequenti: manovre invasive sull'apparato urogenitale (per esempio biopsia prostatica, cistoscopia), prostatite, tumori della prostata o delle vie urinarie. Sono stati descritti anche casi di emospermia in corso di amiloidosi, ipertensione, coagulopatie, epatopatie.

Cosa fare in caso di emospermia?

Per prima cosa bisogna sincerarsi se si tratta di una vera emospermia. Infatti talora il paziente scambia per emospermia l'ematuria macroscopica. E' necessario anche chiedere se ci sono stati rapporti sessuali con una partner durante il

ciclo mestruale perchè, in questo caso, il sintomo potrebbe essere stato mal interpretato ed il sangue presente nello sperma potrebbe non essere quello del paziente ma della partner.

Negli uomini giovani (< 40 anni) e senza sintomi associati, di solito, non è necessario richiedere esami di approfondimento in quanto l'ematospermia è un disturbo autolimitato. Se invece il paziente giovane presenta sintomi urinari è probabile un'infezione che deve essere documentata con l'urinocoltura, l'esame colturale dello sperma ed i test per le infezioni sessualmente trasmesse.

Nel caso l'emospermia non fosse un episodio isolato ma fosse ricorrente o persistente oppure se esistono sintomi di allarme come febbre, perdita di peso, dolori ossei, anemia etc. è necessario ricorrere ad accertamenti ematochimici e strumentali.

Quali accertamenti richiedere?

Prima di richiedere degli accertamenti ematochimici e strumentali è opportuna una buona anamnesi ed un altrettanto scrupoloso esame obiettivo alla ricerca di segni di infezione genitorurinaria, masse testicolari, dolorabilità e caratteristiche della prostata esaminata tramite esplorazione digitale del retto. Tra gli esami di laboratorio sono utili soprattutto l'esame delle urine, l'urinocoltura, l'esame citologico delle urine, la sper-

miocoltura, il dosaggio del PSA, l'emocromocimetrico. Se si sospetta una infezione sessualmente trasmessa andranno richiesti i relativi tests. Lo studio ecografico della prostata per via transrettale associato all'ecografia dei reni e delle vie urinarie completerà gli accertamenti di primo livello.

Se viene evidenziata una causa infettiva si effettua un trattamento antibiotico di due settimane. Gli antimicrobici più spesso usati e che penetrano la capsula prostatica sono i chinolonici, la doxiciclina e il trimetoprim/sulfametossazolo.

Quando richiedere una valutazione specialistica?

Una valutazione urologica è utile qualora all'emospermia si associno sintomi del tratto genitourinario (frequenza/urgenza) oppure dolore pelvico o ai genitali. Inoltre il parere specialistico è opportuno quando l'emospermia è persistente e/o ricorrente o se gli esami di primo livello hanno dato esiti alterati.

Nel caso non si riesca ad evidenziare alcuna causa e l'emospermia non sia un episodio isolato è opportuna una rivalutazione del paziente a 3-6 mesi. In questi casi spesso viene fatto un tentativo empirico con un breve ciclo antibiotico.

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/

Sospeso il Rosiglitazone (Avandia, Avandamet Avaglim)

L'EMA e l'AIFA hanno sospeso il Rosiglitazone perché non è dimostrato che i benefici siano superiori ai rischi cardiovascolari connessi al farmaco.

In attesa di nuovi studi sull'argomento, i pazienti dovranno sospendere la terapia sostituendola (sotto controllo medico) con altri farmaci

In data 23 settembre 2010, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha terminato la revisione del profilo benefici-rischi del farmaco per il diabete rosiglitazone, iniziata in data 9 Luglio 2010, concludendo che non vi è più sufficiente evidenza a sostenere una prevalenza dei benefici sui rischi.

Pertanto, l'EMA ha raccomandato che

tutte le Agenzie Nazionali del Farmaco provvedano alla sospensione dell'autorizzazione all'immissione in commercio di tutte le specialità mediche contenenti rosiglitazone (Avandia, Avandamet e Avaglim). Questa raccomandazione è stata già recepita dall'Agenzia Italiana del Farmaco -AIFA.

La sospensione rimarrà attiva fin quando non verra' forniti dati scientifici convincenti che consentano di selezionare gruppi di pazienti in cui i benefici del rosiglitazone superino i rischi connessi alla sua assunzione.

Il rosiglitazone è un farmaco per il diabete appartenente alla classe dei tiazolidinedioni (o glitazoni) che è stato sottoposto a stretto monitoraggio negli ultimi

3 anni in seguito alla segnalazione di un suo possibile ruolo nell'aumento del rischio di eventi cardiovascolari, in particolare infarto del miocardio.

L'aumentato rischio riguarda in modo specifico l'uso di rosiglitazone e non interessa gli altri farmaci per il diabete incluso il pioglitazone.

I pazienti dovranno necessariamente interrompere questa terapia sostituendola con altri preparati in commercio, naturalmente sotto controllo del medico.

La cosa può essere effettuata con calma, senza effettiva urgenza.

Daniele Zamperini

Certificati On-line: il Ministero ci ripensa (in parte)

Il Ministero rivede la situazione sui certificati malattia da trasmettere on line.

Per non violare quanto precedentemente disposto ci si inventano esenzioni, aggiustamenti ed escamotages che pongano temporaneamente riparo alle evidenti manchevolezze del sistema. Novità (per ora) sulle categorie interessate e sulle sanzioni.

Il testo della circolare e alcune nostre considerazioni aprendo l'articolo

La Commissione nominata dal Ministero aveva già ravvisato, in un rapporto problemi gravi riguardanti sia la distribuzione dei PIN, sia l'indisponibilità dei canali telefonici, sia la necessità di

adeguare il sistema all'aumento del numero degli utenti.

A settembre si è aperta una nuova fase di monitoraggio della durata di quattro mesi.

Informazioni spicciole:

- È attivo il numero verde 800 013 577

- Si ribadisce che alcune categorie di diritto pubblico non sono interessate alla cosa

- Tutti i medici sono interessati (dipendenti, convenzionati ed anche LIBERI PROFESSIONISTI che però, nelle more, continueranno transitoriamente a certificare in cartaceo)

- I certificati di Pronto Soccorso e dimissione ospedaliera presentano criticità

per cui, fino a soluzione delle stesse, si continuerà a certificare in cartaceo

- La circola INVITA (non è un ordine, solo un invito: "è opportuno che le Amministrazioni... si astengano dalla contestazione degli addebiti) ad evitare sanzioni verso i medici fino al 31 gennaio 2011."

Sono ravvisabili alcune illogicità su cui, per ora, ci asteniamo dal commentare, in attesa dei prossimi sviluppi della situazione

Il testo integrale della circolare su http://www.smi-lazio.org/downloads/circolare_n2_2010.pdf

Bambini chiassosi? I genitori pagano la multa

I rumori molesti causati da bambini troppo chiassosi sono punibili, a carico dei genitori, che hanno l'obbligo di vigilare e moderarli. (Cassazione I penale sentenza n. 23862/2010)

Abbiamo già riportato su questa ed altre testate alcune precedenti sentenze di condanna per i proprietari di cani e di altri animali che, facendo chiasso, arre-

cavano disturbo al riposo dei vicini di casa. Questa volta la Corte applica lo stesso principio ai genitori di bambini troppo chiassosi.

Siccome alcuni bambini urlavano all'interno di un condominio, i genitori venivano multati della somma di 40 Euro per violazione dell'art. 659 del Codice Penale (*Disturbo delle occupazioni o del riposo delle persone* - *Chiunque, me-*

dante schiamazzi o rumori, ovvero abusando di strumenti sonori o di segnalazioni acustiche, ovvero suscitando o non impedendo strepiti di animali, disturba le occupazioni o il riposo delle persone, ... è punibile...), in quanto non avevano opportunamente vigilato al fine di evitare che i piccoli arrecassero disturbo a terzi.

I genitori, evidentemente per una questio-

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/

ne di principio che si e' poi rivelata molto piu' costosa della multa contestata, si erano rivolti alla Cassazione che pero'

ha dichiarato legittima la sanzione inflitta perchè gli schiamazzi dei bambini avevano disturbato "un numero indeter-

minato di persone".

Multe con autovelox non segnalati: Nulle dal 2007

La Cassazione si e' pronunciata sul dolente problema delle multe effettuate con autovelox non segnalati: queste multe sono nulle ma solo dal 2007 in poi (Cass. n. 15105 del 22/6/2010)

I fatti: un automobilista, multato nel 2004 per eccesso di velocità, aveva presentato ricorso basato sulla considerazione che i dispositivi elettronici che rilevano la velocità delle automobili, devono essere segnalate e che pertanto, la multa fatta in assenza di segnalazione si deve configurare come nulla. Il ricorso era stato respinto, per cui l'automobilista era ricorso in Cassazione.

La Cassazione ha però confermato le

pronunce dei giudici di merito, respingendo il ricorso.

I giudici hanno citato un'altra recente sentenza in materia che (cass. 656/2010) ha stabilito: "l'obbligo della preventiva segnalazione dell'apparecchiatura di rilevamento della velocità previsto dall'art. 4 del D.l. n. 121 del 2002, conv. nella legge 168 del 2002, per i soli dispositivi di controllo remoto senza la presenza diretta dell'operatore di polizia, menzionati nell'art. 201, comma 1-bis, lett. f) del codice della strada, è stato successivamente esteso con l'entrata in vigore dell'art. 3 del d.l. n. 117 del 2007, conv. nella l. n. 160 del 2007, a tutti i tipi e modalità di controllo effettuati con

apparecchi fissi o mobili installati sulla sede stradale, nei quali, perciò, si ricomprendono ora anche gli apparecchi elettronici gestiti direttamente e nella disponibilità degli organi della polizia".

In altre parole, i magistrati hanno precisato che sono nulle le multe elevate dal 2007 senza la segnalazione della presenza degli autovelox, mentre quelle fatte prima di quell'anno resteranno valide in quanto non esisteva all'epoca l'obbligo di segnalazione.

INPS: certificati di malattie e Posta Elettronica Certificata

Circolare INPS: i certificati di malattia possono essere inviati ai datori di lavoro anche con la Posta Elettronica Certificata evitando l'invio della raccomandata cartacea.

Con la circolare n. 119 del 7/9/2010 l'INPS fornisce indicazioni per l'invio delle attestazioni di malattia alla casella di Posta Elettronica Certificata indicata

dal datore di lavoro.

Questa opzione costituisce un'ulteriore modalità prevista per tale procedura dal decreto del Ministero della salute del 26/2/2010.

Per gli interessati: La richiesta di invio degli attestati tramite PEC deve essere inoltrata, mediante lo stesso indirizzo PEC a cui si vuole ricevere la documen-

tazione, all'indirizzo di Posta certificata di una Sede INPS, che possono essere reperiti sul sito Internet dell'Istituto. La richiesta deve contenere, per le Pubbliche Amministrazioni, l'identificazione del richiedente espressa con il codice fiscale e con il progressivo INPDAP relativo alla Sede di servizio. Per le aziende private invece l'identificazione da comunicare è la matricola INPS.

INAIL: alla denuncia telematica di malattia non si allega il certificato medico

Con la Circolare 36/2010 (diretta essenzialmente ai datori di lavoro) l'INAIL chiarisce alcuni dettagli circa l'invio telematico delle denunce di malattia professionale.

Resta l'obbligo di invio del certificato da parte del medico certificatore.

Il datore di lavoro che effettui la denuncia di malattia professionale per via tele-

matica è esonerato dall'obbligo di inviare il certificato medico.

L'INAIL può eventualmente richiedere espressamente il certificato qualora tale certificato non sia stato direttamente inviato all'Istituto dal lavoratore o dal medico certificatore.

In caso di richiesta da parte dell'INAIL, il datore di lavoro è obbligato ad ottemperare ai sensi dell'art. 53, comma 5, del

Testo Unico n. 1124/1965, così come modificato dal D.M. 30 luglio 2010.

In caso di mancato invio, restano confermate le disposizioni sanzionatorie di cui al punto 6 della Circolare INAIL n. 22/1998, come modificate dalla Legge 27 dicembre 2006 n. 296, art. 1, co. 1177.

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/

Meno privacy nei concorsi pubblici

Secondo la sentenza n. 32103 del 3-/9/2010 del TAR Lazio il partecipante concorso può accedere ai curriculum e alle schede valutative degli altri candidati

Con questa sentenza il Tar Lazio ha stabilito che, in caso di concorso pubblico, sul diritto alla riservatezza prevale invece il diritto di accesso ai documenti

amministrativi.

In particolare, la seconda sezione quater del Tar ha stabilito che i partecipanti ad un concorso possono accedere ai verbali, alle schede di valutazione ed agli elaborati degli altri candidati senza che il diritto alla riservatezza degli altri candidati ne risulti lesa.

Infatti, affermano i giudici, "i concorrenti, prendendo parte alla selezione,

hanno evidentemente acconsentito a misurarsi in una competizione nella quale la comparazione dei valori costituisce l'essenza".

Inoltre è stato sottolineato che questi atti, "una volta acquisiti alla procedura, escono dalla sfera personale dei partecipanti".

Non si confisca l'auto per "modica ebbrezza"

Cassazione, IV penale, sentenza n.32021/2010: non si procede alla confisca dell'auto, anche in caso di incidente stradale, se il tasso alcolemico del guidatore è inferiore a 1,5.

Chiarendo alcuni aspetti del nuovo Codice stradale, la Cassazione ha chiarito che non sempre scatta la confisca obbligatoria dell'autovettura nel caso in cui il conducente in stato di ebbrezza provochi un incidente, precisando che per procedere alla confisca occorre che sia superato il limite di 1,5 di tasso alcolemico.

Restano comunque possibili, spiega la Corte, il fermo amministrativo. La Corte, nella parte motiva della sentenza

richiama ed interpreta il contenuto del comma 2 bis dell'Art. 186 del codice della strada che prevede pene più gravi per chi provoca un incidente (fino al raddoppio) ma per la confisca occorre che il tasso alcolemico sia superiore alla soglia del 1,5

richiama ed interpreta il contenuto del comma 2 bis dell'Art. 186 del codice della strada che prevede pene più gravi per chi provoca un incidente (fino al raddoppio) ma per la confisca occorre che il tasso alcolemico sia superiore alla soglia del 1,5

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE agosto-settembre 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

Decreto del Ministero della Salute del 14.07.10 (Gazzetta Ufficiale n. 200 del 27.08.10)

INDIVIDUAZIONE DI CENTRI AUTORIZZATI A PRATICARE LA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA - 2010

Vengono autorizzati a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla nuovi centri in Toscana (Pisa), nelle Marche (Urbino, Jesi e Camerino), in Sardegna (Nuoro e Tempio Pausania), in Lombardia (Milano e Valcamonica), in Veneto (Legnago, Camposampiero e Mestre), in Lazio (Roma) e Campania (Napoli).

Allegato al provvedimento, viene pubblicato l'elenco completo dei centri autorizzati (indirizzi e numeri telefonici), in sostituzione di analogo allegato pubblicato lo scorso anno.

Comunicato del Ministero della Difesa (Gazzetta Ufficiale n. 206 del 03.09.10)

COMUNICATO RELATIVO AL DECRETO 9 AGOSTO 2010, RECANTE MODIFICA DELLA DIRETTIVA TECNICA RIGUARDANTE L'ACCERTAMENTO DELLE IMPERFEZIONI E DELLE INFERMITÀ CHE SONO CAUSA DI NON IDONEITÀ AL SERVIZIO MILITARE

A completamento del DMD 09.08.10 (Gazzetta Ufficiale n. 192 del 18.08.10), viene pubblicato questo comunicato che definisce con estrema precisione il tipo di certificato medico che debba essere rilasciato per l'accertamento delle imperfezioni e delle infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare.

In particolare, deve essere certificato lo stato di buona salute e deve essere posta la massima attenzione nel segnalare eventuali manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche e gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci o alimenti. Il provvedimento individua con molta precisione la figura che è tenuta a rilasciare tale certificazione (medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 883) e stabilisce che nel certificato stesso il candidato dovrà dichiarare di aver fornito tutti gli elementi informativi richiesti, con particolare riferimento ad eventuali ricoveri ospedalieri.

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/

Vita da medico: un giorno di ordinaria nevrosi

Un giorno frenetico, nevrotico, stressante. Un giorno di assoluta normalità nello studio di un medico di famiglia, delegato dai suoi pazienti a risolvere tanti problemi ma non altrettanto rispettato o gratificato. Non più. Pina Onotri ci racconta una tranquilla giornata di ordinaria nevrosi: tutto verissimo.

Stamattina arrivo a studio mezz'ora prima dell'apertura, perchè ho un appuntamento con Fabrizio, che poi deve correre subito in ufficio. Parcheggio, miracolo, a 200 m.

Per percorrere quel breve tratto ci metto più di un quarto d'ora: incontro la signora Ida con il carrello della spesa che "Dottoressa sarei venuta proprio da lei, ho mal di schiena cosa mi consiglia?"

Le rivolgo un gran sorriso ed una prescrizione al volo.

Incontro Paolo che è agli arresti domiciliari e sta rientrando in quel momento dall'ospedale, dove ha subito un intervento chirurgico. Mi sembra doveroso fermarmi e chiedere come va. Passo finalmente davanti alla guardiola del portiere, che mi allunga un fascio di posta e naturalmente ne approfitta per chiedermi una prescrizione per la moglie. Tant'è!!!!

Finalmente guadagno l'uscio di studio, ci sono già dieci persone ad aspettarmi e tra questi Fabrizio. "Scusami il ritardo, entra con me così mentre accendo il computer e la stampante e mi infilo il camice facciamo una chiacchierata veloce." E così è, All'improvviso sento tafferugli e voce grossa in sala di aspetto. Cesare sta insultando Fabrizio, perchè secondo lui è entrato da me quando non era ancora il suo turno.

Cesare non è mio paziente, perchè non risiede a Roma. Lo curo gratis. E' il nuovo compagno di Maria, che conosco e curo da cinque anni. Lo ha accompagnato da me per la prima volta dieci giorni fa in quanto ha dei problemi; l'ho visitato, gli ho richiesto dei consulti specialistici, gli ho prescritto dei farmaci. Guardo attonita la scena: Fabrizio che, con calma, cerca di spiegare che aveva un appuntamento con me e Cesare che continua ad urlare lanciando insulti.

Mi indigno: siamo a casa mia ed esigo che vengano rispettate le regole della buona educazione, non tollero che nessuno all'interno del mio studio possa venire insultato ed aggredito. Invito Cesare ad uscire e a cercarsi un altro medico. Va via sbattendo la porta; nessuno fa commenti. Mi scuso con Fabrizio per l'incidente e comincio a lavorare.

Ma la giornata è ormai rovinata. Non è la prima volta che assisto a queste scene di violenza e malanimo a stento repressi: durante i turni di guardia, mentre visito persone che non conosco e che non mi conoscono e appaiono diffidenti, è quasi la regola e cerco di passarci su....., ma quando capita nel mio studio di medico di famiglia.....bè è un altro paio di maniche.

Sto per uscire, quando mi chiama la mia amica e collega Danila, per ricordarmi che oggi devo accompagnarla dall'avvocato. Deve preparare una memoria difensiva; circa tre anni fa -ricordo la storia perchè me l'aveva raccontata- aveva fatto ricoverare in ospedale una sua paziente di 45 anni con sintomi specifici. Dopo circa 50 giorni di ricovero la donna era morta in ospedale per sospetta meningite.

Qualche giorno fa, trascorsi tre anni dall'evento, è stata contattata dal marito della donna deceduta, che si è scusato con lei, le ha detto che sperava ardentemente che lei in quel periodo fosse coperta da assicurazione: "Sa dottoressa io non volevo, ma i parenti di mia moglie mi hanno costretto a denunciare lei e l'ospedale"

Dopo tre anni? Dopo aver effettuato un ricovero?

L'avvocato ed il perito hanno detto di non preoccuparsi: molto probabilmente finirà tutto in una bolla di sapone. Ma le spese legali? E lo stress? Di quelli chi se ne fa carico? E su tutto il rammarico di aver perso una vita umana, anche se non è dipeso da noi.

Danila è disperata e cerco di consolarla: è la terza storia di questo tipo che ascolto nell'arco di un mese, successa a persone più o meno a me vicine. Anche i medici di medicina generale sono bersaglio sempre più frequente di denunce. Ripensando a questa orribile giornata mi chiedo: ma quando è successo? Quando è successo che non siamo più considerati amici di famiglia, ma mostri e "assassini" da processare in tivù e sui giornali? Quando è successo che i nostri studi non sono più studi di medicina generale, ma shopping center dove acquistare salute, bellezza, immortalità? Quando è successo che si è perso il senso del limite e si pensa di aver stipulato con il medico un contratto di risultato e non di cure, con tutti i limiti umani e scientifici che queste possono avere? Quando è successo che abbiamo smarrito la nostra autorevolezza e il senso profondo dell'essere medico? E con noi l'hanno smarrito le persone che curiamo se si sentono legittimate ad insultarci e denunciarci, con la stessa facilità con cui si decide di fare un acquisto.

In un convegno un esimio docente di medicina legale ha detto: "Siamo ben oltre la medicina difensiva, siamo nell'era in cui la medicina è sottoposta all'obbedienza giurisprudenziale. Tutto ciò si può superare solo promuovendo la cultura del consenso sociale informato sul limite della medicina stessa, dei medici e della scienza"

Pina Onotri

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/