

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 10

OTTOBRE 2011

La Sanita' nell' incertezza: quale futuro?

La crisi economica sta generando tagli nei settori considerati piu' "spreconi", come la Sanita' e la Previdenza. Ma non occorre tagliare, c'e' bisogno piuttosto di migliore amministrazione. Basta con le poltrone riservate ai politici "trombati"!!!

Chiarimenti sui diritti delle lavoratrici madri con interruzione di gravidanza

La depressione post partum

Nascono gemelli? Riposi doppi alla lavoratrice!

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



O2 iperbarico per le ulcere diabetiche



Studi medici e problemi condominiali

PSA velocity: serve?

Le orchiepididimiti

La modifica della Nota 13 è evidence based?

Tosse cronica e reflusso gastroesofageo

Al 21% le parcelle per prestazioni soggette ad IVA



Soffocare per gioco: Le morti inutili

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi, e consente l' accesso anche a letto del malato! - MMG-net

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



Indice

Soffocare per gioco: le morti inutili	Pag. 3
Il Ginko Biloba e' utile nell' arteriopatia obliterante periferica	Pag. 4
Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede	Pag. 5
Le orchiepididimiti	Pag. 6
La modifica della Nota 13 è evidence based?	Pag. 7
Tosse cronica e reflusso gastroesofageo	Pag. 9
Adeguamento assegni familiari: nota INPS	Pag. 9
Nelle cause per esposizione all' amianto, fa fede la certificazione INAIL	Pag. 9
Detrazioni fiscali per dispositivi medici: chiarimenti	Pag. 10
Medici e Condominio, rapporti non sempre facili	Pag. 10
PSA velocity: serve?	Pag. 11
Chiarimenti sui diritti delle lavoratrici madri con interruzione di gravidanza	Pag. 12
La depressione post partum	Pag. 12
Nascono gemelli? Riposi doppi alla lavoratrice!	Pag. 13
Novita' dalla Gazzetta Ufficiale (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13
AL 21% le parcelle per prestazioni soggette ad IVA	Pag. 13

Mensile di informazione e varie attualità'. Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**
O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
<http://www.scienzaeprofessione.it>

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

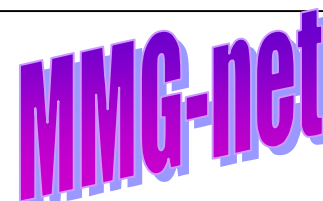
Archivio completo:

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



Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi, e consente l' accesso anche a letto del malato!

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

Soffocare per gioco: le morti inutili

Ha destato notevole clamore la morte, riportata da molti giornali, della studentessa di brava famiglia rimasta uccisa nel corso di un gioco erotico effettuato mediante strangolamento. E con lei e' rimasta gravemente lesionata un' amica mentre il gestore del "gioco", un ragazzo istruito e di buona famiglia porterà per tutta la vita i postumi indelebili dell' accaduto. Tre vite rovinare per un gioco fatto senza vera consapevolezza dei meccanismi in gioco.

Ma cosa e' effettivamente successo? E come si puo' spiegare l' accaduto? Come evitare altre morti inutili?

I fatti:

Dalle notizie riportate dai media, si apprende che le due ragazze si erano prestate, consenzienti, ad un gioco di origine giapponese, lo Shibari, consistente fondamentalmente nel porre due persone immobilizzate e con un laccio al collo, ai capi opposti di un bilancere, in modo che ciascuna delle due dipenda, per evitare lo strangolamento, dall' immobilita' e dalla partecipazione dell' altra. Si tratta di una ennesima variazione degli "strangolamenti erotici", molto in uso in certe comunita'.

Il gioco giapponese ha essenzialmente una funzione "rituale": I legamenti hanno una funzione prevalentemente estetica, il peso del corpo viene sostenuto dai legami intorno al torace e alle braccia, il laccio al collo e' messo in modo da non stringere in modo effettivo.

Ma qualcosa, in questo caso, e' andata molto diversamente dal previsto, e le conseguenze possono essere fatte risalire all' ignoranza da parte dei partecipanti, dei meccanismi fisiologici in gioco nelle procedure di impiccamento, vero o finto che sia.

Nella mentalita' comune, infatti, la morte per impiccamento viene fatta risalire essenzialmente all' asfissia indotta dalla chiusura delle vie respiratorie in seguito alla costrizione sul collo: l' asfissia richiede, per portare alla morte, un tempo abbastanza lungo, di vari minuti. Da cio' consegue un falso senso di sicurezza derivato dal concetto "Quando mi sento soffocare ho tutto il tempo per rimediare".

Non e' cosi'! L' evento e' talmente rapido da non permettere un recupero.

Nei casi di impiccamento entrano in gioco infatti fattori diversi, importantissimi ma generalmente ignorati: il fattore asfittico NON E' infatti, generalmente, quello che porta al decesso (sono riportati casi di morte per strangolamento anche in soggetti tracheostomizzati, nei quali l' occlusione delle vie aeree non e' concretamente effettuabile) ma la morte sopraggiunge per altri diversi meccanismi.

Fattore circolatorio:

Cio' che la gente comune ignora e' che il laccio va ad occludere, in primo luogo, le vie arteriose che portano il sangue al cervello. E' stato calcolato che per occludere le carotidi sia sufficiente una pressione di 3-4 Kg, bassissima. Non e' necessario gravare quindi con tutto il peso del corpo, basta "appoggiarsi" sul laccio per chiudere le carotidi. Il blocco del sangue porta poi ad una rapidissima perdita di coscienza, in pochi secondi, e quindi all' abbandono del corpo che va a gravare sul laccio completando lo strangolamento. Questo fenomeno e' ben noto, ad esempio, ai cultori di arti marziali.

Fattore neuro-vegetativo:

In prossimita' delle carotidi esistono recettori nervosi la cui stimolazione porta, per attivazione del sistema vagale, ad una inibizione riflessa del cuore. Questo meccanismo agisce in modo differente nei vari individui: in alcuni si ha solo un modesto rallentamento cardiaco, in altri si puo' avere un rallentamento marcato con collasso del soggetto. Sono stati descritti casi di soggetti che collassavano semplicemente annodando la cravatta, come anche casi di morte per arresto cardiaco troppo prolungato. Questi recettori si attivano piu' facilmente nel caso di pressione forte, improvvisa e prolungata ai lati del collo. Anche questo meccanismo e' ben noto ai cultori di arti marziali, e alcuni colpi sono studiati apposta (ricordate i films di Karate o di Kung-Fu?) per mettere fuori combattimento l' avversario colpendolo seccamente ai lati del collo.

I due fattori (circolatorio e neurovegetativo) possono molto spesso agire in con-

corso tra loro allorché il collo venga stretto da un laccio con meccanismo di impiccagione.

Nel caso riportato dai giornali e' percio' presumibile o almeno molto probabile che le cose siano andate cosi':

La ragazza ha avuto, in seguito alla pressione del laccio sul collo, uno svenimento rapidissimo e improvviso, causato da uno dei due meccanismi sopradescritti (o da entrambi in concorso). Si e' quindi accasciata causando l' ulteriore stretta del laccio e ulteriore blocco del flusso sanguigno e, a questo punto, della respirazione. Bastava forse tirarsi in piedi, ma cio' non era possibile.

Si trattava inoltre di un soggetto sovrappeso, per cui erano quasi impossibili anche gli eventuali tentativi di sollevarla; nel frattempo, a causa della tensione provocata dalla sua caduta, il laccio si tendeva provocando anche lo strangolamento dell' amica legata all' altro capo della corda.

La sua morte, avvenuta per ischemia cerebrale, e' stata cosi' rapida (a differenza di quanto sarebbe stato causato dall' asfissia) da rendere inutile il successivo tentativo di tagliare la corda.

Le morti inutili

I meccanismi sopradescritti rendono ragione di tanti episodi e di tante morti inutili descritte ogni tanto dalla cronaca. La modestissima pressione necessaria per indurre allo svenimento e al successivo decesso (bastano, abbiamo detto, 3-4 chilogrammi) spiega come mai si riscontrino tante morti apparentemente strane ed incredibili: soggetti trovati morti impiccati in ginocchio, o semiseduti sul pavimento, ove sarebbe bastato alzarsi in piedi o sollevarsi di pochi centimetri per raggiungere la salvezza. In ambito medico-legale si parla infatti di "impiccamento incompleto", e rappresenta una casistica non rara.

Ecco quindi che molti impiccamenti "dimostrativi", attuati nella convinzione di "far finta" ma di potersi liberare in qualsiasi momento, si trasformino in eventi mortali. E' possibile che, ad esempio nelle carceri, un numero non indifferente di morti possa essere conse-

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

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

guenza non voluta di un atto di semplice protesta dimostrativa.

Ed ecco come mai a volte i bambini, giocando al "gioco dell'impiccato", finiscono per perdere la vita o per portarne per sempre le conseguenze invalidanti. Stringere il collo per bloccare la respira-

zione (un atto tante volte fatto solo per scherzo, o per gioco erotico) è pericolosissimo; non va mai effettuato con lacci o con altri mezzi meccanici perché possono richiedere troppo tempo per essere tolti; la vittima non deve mai essere lasciata sola; i bambini vanno istruiti a non

fare mai questi giochi. Sembrano regole inutili e un po' stupide, ma malgrado ciò l'elenco delle morti inutili dovute alla loro inosservanza si allunga ogni anno...

Daniele Zamperini

Il Ginkgo Biloba e' utile nell'arteriopatia obliterante periferica

Una revisione sull'efficacia della Ginkgo Biloba nell'arteriopatia periferica e nella claudicatio intermittens

Malattia Vascolare Periferica

Pittler MH, Ernst E. Ginkgo Biloba extract for the treatment of intermittent claudication: a meta-analysis of randomized trials. Am J Med 2000;108:276-281.

Questa metanalisi ha valutato l'efficacia del Ginkgo biloba per la claudicatio intermittens, includendo trial clinici randomizzati ricercati su MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, AMED, CISCOS, e sulla Cochrane Library. I dati sono stati ricavati anche da bibliografie di studi e articoli di revisione, così come da produttori di prodotti commerciali di Ginkgo. Sono state ricercate informazioni aggiuntive dagli autori delle pubblicazioni. Gli studi sono stati inclusi se erano randomizzati, in doppio cieco e controllati vs placebo. Gli studi che hanno utilizzato il Ginkgo in combinazione con altri farmaci o che non valutavano la distanza di marcia sono stati esclusi. La misura di esito comune era la distanza di cammino libera da dolore.

Il cambiamento medio rispetto al basale veniva usato per determinare la differenza tra il Ginkgo e il placebo. Sono stati inclusi per l'analisi 8 trial. Sette dei quali davano favorito il Ginkgo biloba rispetto al placebo per la distanza di cammino libera da dolore, sebbene soltanto 4 avessero notato differenze statisticamente significative tra i gruppi. Nondimeno, l'insieme statistico ha mostrato una differenza significativa della distanza di cammino libera da dolore con il Ginkgo (differenza media pesata: 34 metri, 95% IC 26-43 metri). Tre trials, che comprendevano il 51% dei pazienti studiati in questa metanalisi, avevano metodologie simili nel dosaggio di Ginkgo biloba e nella durata dello

studio (24 settimane). Anche l'insieme di questi studi ha mostrato differenze significative con il Ginkgo per la distanza di cammino libera da dolore (differenza media pesata 33 metri). Dei 7 studi che hanno riportato la distanza massima di cammino, sei hanno trovato differenze significative in favore del Ginkgo; il range di miglioramento era ampio, da 36 a 189 metri. Vi erano troppo pochi studi per determinare se i publication bias avessero influenzato i risultati complessivi di questa analisi. Da notare che soltanto 1 trial aveva riportato procedure di randomizzazione. Inoltre, nessuno degli studi crossover ha riportato un periodo di washout. *Complessivamente, questa analisi ha mostrato che il cammino libero da dolore è statisticamente aumentato con il Ginkgo, sebbene non sia chiaro se questi miglioramenti siano clinicamente significativi.*

Gardner CD, Taylor-Piliae RE, Kiazand A, et al. Effect of Ginkgo biloba on treadmill walking time among adults with peripheral artery disease. J Cardiopulm Rehab Prev 2008;28:28-265.

I componenti attivi del Ginkgo biloba, i flavonoidi e i terpeni, hanno potenziali effetti vasodilatatori che possono essere di beneficio nella malattia arteriosa periferica (PAD).

La proposta di questo studio era di valutare la formulazione EGb 761, che contiene il 24% di flavonoidi e il 6% di terpeni, sulla massima distanza di cammino al tappeto libera da dolore in pazienti con PAD. L'endpoint primario era il tempo Massimo di cammino al tappeto; I ricercatori hanno stimato che fossero necessari 30 partecipanti per gruppo. Questo trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo, ha arruolato 62 adulti con un indice caviglia/

braccio (ABI) < 0.9. Inoltre, i soggetti arruolati erano in grado di camminare al tappeto a 2 mph e ad un grado del 10% per almeno un minuto e meno di 10 minuti, con almeno un 25% di calo dell'ABI in 1 minuto dopo il test al tappeto e meno del 25% di variabilità tra 2 test al tappeto.

I partecipanti sono stati istruiti ad assumere 3 tavolette di EGb761 (60 mg ciascuna) o placebo con la prima colazione, e 2 con il pranzo, ogni giorno, per 4 mesi. All'inizio e a 4 mesi, veniva fatto il test al tappeto, supervisionato da un infermiere professionale. Ai partecipanti veniva detto di camminare finché non potevano più continuare, e veniva chiesto di stimare il loro dolore alle gambe ogni 30 secondi durante l'esercizio utilizzando una scala a 4 punti.

La vasodilatazione mediata di flusso (FMVD) era misurata con ultrasuoni all'inizio e alla fine dello studio. Veniva prelevato del sangue all'inizio e alla fine dello studio per misurare l'LDL. Dai partecipanti veniva completato un questionario Walking Impairment, che stimava il grado di difficoltà al cammino, e la qualità di vita veniva valutata utilizzando il questionario SF-36.

L'aderenza complessiva era del 94% e del 92% nel placebo e nei gruppi Ginkgo, rispettivamente. Il tempo di inizio del dolore aumentava di 15 ± 31 secondi nel gruppo placebo e di 21 ± 43 secondi nel gruppo Ginkgo ($p=0.28$). L'aumento medio del tempo di cammino fino al dolore massimo era aumentato del 40% nel gruppo Ginkgo e del 10% nel gruppo placebo ($p=0.12$).

Le modifiche del FMVD dalla linea basale avevano favorito il gruppo Ginkgo ma la differenza di significato statistico era piccola ($p=0.24$). In maniera simile, non si sono notate modifiche significative dell'IDL o del questionario Walking Impairment.

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/

Tuttavia, per uno dei componenti dell'SF-36, definito "ruolo fisico", le modifiche dell score tra 4 mesi e linea basale erano più alte nel gruppo Ginkgo rispetto a placebo.

Sebbene I risultati dell'endpoint primario non raggiungessero la significatività statistica, il trend era in favore del Ginkgo.

Ancora degno di nota, vi era un piccolo numero di individui in entrambi i gruppi, Ginkgo e placebo (N=6 e 5, rispettivamente) con tempi di cammino basali ai

livelli alti dei criteri di inclusione, tra 5 e 10 minuti. Dopo il trattamento, quelli del gruppo Ginkgo avevano aumentato drammaticamente i loro tempi di cammino, mentre quelli del gruppo placebo no.

E' plausibile, pertanto, che individui con PAD più grave e tempi di cammino più brevi potrebbero essere meno responsivi alla terapia. Inoltre, i ricercatori non hanno riportato gli eventi avversi, che avrebbero potuto essere utili per determinare l'utilità clinica delle formulazio-

ni di Ginkgo.

A cura di Patrizia Iaccarino

Referenze

Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 1

Sheryl L. Chow et al. *Pharmacotherapy*. 2010;30:109

Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede

L'ossigenoterapia iperbarica è 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

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi, e consente l'accesso anche a letto del malato!

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

Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD0041-23. DOI: 1-

0.1002/14651858.CD004123.pub2.

Le orchiepididimiti

Una breve panoramica sulle cause, sulla diagnosi e sulla terapia delle orchiepididimiti.

Le orchiti sono infiammazioni dei testicoli, mentre quando la flogosi riguarda l'epididimo si parla di epididimiti. Generalmente l'orchite si associa sempre ad una epididimite, mentre quest'ultima può anche essere isolata.

Le orchiepididimiti vengono classificate in vario modo:

- 1) infettive e non infettive
- 2) acute (durata dei sintomi inferiore alle sei settimane), subacute e croniche (se durano da più di tre mesi).

L'età più colpita è quella compresa tra i 18 e i 70 anni, anche se la maggior parte dei casi si osserva attorno ai 30-40 anni.

Come si manifestano?

Nelle forme acute i sintomi principali sono il dolore testicolare, l'aumento di volume del testicolo interessato e, talora, la febbre. Le forme croniche sono caratterizzate soprattutto dal dolore.

Dal punto di vista clinico le forme acute sono le più importanti e devono essere differenziate dalla torsione testicolare. I segni clinici che distinguono una torsione sono l'inizio acuto con dolore importante, il testicolo orientato verso l'alto e trasversalmente, il dolore che si accentua con la sopraelevazione del testicolo, l'abolizione del riflesso cremasterico; può essere presente eritema scrotale ed idrocele che, tuttavia, non sono caratteristici in quanto possono essere presenti anche nell'orchite.

Nell'orchiepididimite il dolore può essere ad inizio graduale o anche acuto, ma spesso si riduce con l'elevazione del testicolo, il riflesso cremasterico è presente e l'epididimo e il testicolo sono ingrossati o si può palpare una massa. Ricordiamo che il riflesso cremasterico, caratterizzato dalla contrazione del muscolo cremasterico con elevazione del testicolo, può essere risvegliato accarezzan-

do la parte alta mediale della coscia, vicino all'inguine, preferibilmente con un movimento dall'alto verso il basso. Nell'orchiepididimite possono essere presenti febbre e sintomi riferibili alle basse vie urinarie (disuria, stranguria, etc.). Questi sintomi sono rari in caso di torsione.

Un altro elemento che può aiutare nella diagnosi differenziale è l'età del paziente: la torsione del testicolo infatti avviene di solito fra i 12 e i 20 anni ed è rara dopo i 35 anni.

In caso di dubbio è opportuno comunque richiedere una valutazione urologica urgente ed un ecocolordoppler che evidenzierà, nella torsione, un testicolo di aspetto normale con una riduzione del flusso sanguigno. Nell'orchite il testicolo di presenta ipoecogeno e con aree ipervascolarizzate.

Quali sono le cause?

L'epididimite e l'orchite nei soggetti più giovani è di solito causata da un germe a trasmissione sessuale come la *Clamidia trachomatis* o la *Neisseria gonorrhoeae*. Ci possono essere però forme batteriche non specifiche, spesso favorite da alterazioni anatomiche. In questi casi entrano in gioco i comuni patogeni delle vie urinarie come per esempio l'*Escherichia coli* o altri coliformi. Questi germi sono i responsabili dell'infezione anche negli uomini che praticano rapporti anali. Altri germi isolati sono i proteus, la *Klebsiella*, l'emofilo, l'ureoplasma, lo pseudomonas. Da non dimenticare infine il micobatterio, vari tipi di funghi e i virus, soprattutto nei pazienti con infezione da HIV. L'orchite virale più frequente è quella che complica il 20-30% dei casi di parotite.

Fra le forme non infettive vanno menzionate quella da farmaci (amiodarone) e quelle secondarie a vasculiti.

Quali sono i fattori di rischio?

Fra i fattori di rischio riportati acquistano importanza l'attività sessuale, un'

attività fisica intensa, l'uso della bicicletta o del motorino, la posizione seduta mantenuta per lunghi periodi, una recente infezione urinaria, un recente intervento chirurgico sulle vie urinarie, anomalie anatomiche delle vie urinarie, ostruzione prostatica, stenosi uretrali.

Ci sono test diagnostici da richiedere?

Se vi è una secrezione uretrale è opportuno richiedere un esame colturale ed un tampone uretrale.

Di solito si prescrivono pure un esame urine ed una urinocoltura. Il test alla PCR permette di identificare clamidia o neisseria presenti nella secrezione uretrale o nell'urina.

Per differenziare una flogosi da una torsione, in caso di scroto acuto, possono essere utili anche la VES ed il dosaggio della proteina C reattiva.

Nel caso di infezioni da clamidia o neisseria è opportuno ricercare altre infezioni sessualmente trasmesse (sifilide, HIV, HBV, HCV) ed estendere tali ricerche anche ai partners sessuali del paziente. L'ecocolordoppler è utile, come si è detto, per differenziare una orchite o una epididimite da una torsione testicolare; inoltre esclude la presenza di masse (cisti, tumori).

Qual è la terapia dell'orchiepididimite?

Il trattamento dell'orchiepididimite può essere empirico ed essere prescritto anche senza avere il risultato degli esami di laboratorio.

Se si sospetta che siano in gioco una clamidia o una neisseria gonorrhoeae (età 14-35 anni) può essere somministrata una singola dose di 250 mg per via IM di ceftriaxone oppure doxiciclina per os (100 mg due volte al giorno per 10 giorni) o, ancora, azitromicina (una singola dose di 1 g per os).

Se invece si sospetta un coliforme (età inferiore ai 14 anni o superiore ai 35) viene consigliato un chinolonico per os per 10 giorni (per esempio ciprofloxacina).

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/

na 250 g due volte al giorno o levofloxacina 500 mg una volta al giorno). La terapia sintomatica è volta a ridurre il dolore e si basa su analgesici, elevazione dello scroto, riposo e impacchi freddi. Il ricovero viene raccomandato in caso di dolore molto intenso e non responsivo alla terapia, vomito persistente, se si sospetta la formazione di un ascesso oppure in caso di segni sistemici che fanno pensare ad una sepsi. Per valutare l'efficacia della terapia e

l'evoluzione clinica è necessario rivedere il paziente a distanza di 3-5 giorni. I sintomi, di solito, migliorano entro questo periodo anche se possono essere necessarie alcune settimane perchè l'indurimento del testicolo scompaia del tutto.

Quando è necessaria una valutazione specialistica?

Oltre ai casi in cui si sospetta una torsione testicolare, una valutazione urologica

è necessaria se il paziente non mostra alcun miglioramento dopo 3-5 giorni di terapia, nei bambini in età prepuberale (per escludere una anomalia delle vie urogenitali) e dopo i 45-50 anni per escludere una stenosi uretrale (ipertrofia prostatica o altro).

Renato Rossi

La modifica della Nota 13 è evidence based?

Alcune considerazioni sulla recente modifica della Nota 13 da parte dell'AI-FA.

Ampliamento dei soggetti da sottoporre a terapia con statine in prevenzione primaria.

Lo spirito delle note è quello di favorire l'appropriatezza prescrittiva dei medici, ma leggendo la Nota 13 [1] si rimane stupiti dalla scomparsa delle carte del rischio (Progetto Cuore) in favore della somma dei fattori di rischio come prevedono le Linee Guida ATP III del 2004 [2].

In altre parole, nella prevenzione primaria, la prescrizione delle statine era possibile per i soggetti con un rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni > del 20%, calcolato con le carte del rischio. Ora la prescrizione è possibile anche a coloro che hanno più di 2 fattori di rischio. Così, per esempio un soggetto, maschio o femmina, con più di 50 anni, fumatore e iperteso può essere trattato con una statina.

In altre parole la nota permette un allargamento della prevenzione primaria a soggetti con fattore di rischio compreso tra il 10% e il 20%, prima esclusi.

Ampliamento della prescrizione delle statine ai soggetti con rischio intermedio significa creare nuovi malati con incremento enorme della spesa farmaceutica a fronte di una scarsa o nulla evidenza clinica.

L'unica linea guida che usa questa metodologia è la ATP III, ma non le recenti linee guida ESC 2011 [3] dove si parla ancora di carte del rischio, in questo caso lo SCORE, con prescrizione delle

statine per un rischio di eventi cardiovascolari a dieci anni > 20%. Non solo, se si analizzano le linee guida con il sistema AGREE [4] si può notare che al top ci sono le linee guida NICE [5] mentre le ATP III sono al sesto posto come punteggio, mentre le ESC addirittura al nono posto.

Non si capisce come mai non si sia preso in considerazione la linea guida NICE, valutata come la migliore disponibile.

In letteratura si trovano 6 revisioni sistematiche, l'ultima in ordine di tempo quella della Cochrane (vedi: <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5176>).

Un articolo di Therapeutics Letter [6] ha esaminato le 5 revisioni sistematiche non Cochrane dove due dimostravano una diminuzione della mortalità mentre tre no e questa disparità è in parte dovuta alla presenza o assenza di RCT disponibili a quel tempo.

La conclusione degli autori è che l'effetto sulla diminuzione della mortalità delle statine in prevenzione primaria è da attribuire a bias.

Infatti alcuni RCT (per esempio il JUPITER) sono stati sospesi prematuramente per avere dimostrato un effetto significativo delle statine, ma la sospensione precoce di uno studio può essere causa di bias [7]. Va detto che molti RCT presi in considerazione dalle revisioni sistematiche contenevano anche pazienti con precedenti eventi cardiovascolari e questa può essere una ragione dell'effetto positivo dimostrato dalle statine.

La revisione Cochrane [8] ha preso arbitrariamente RCT con una percentuale di

pazienti con precedenti cardiovascolari inferiore del 10% e con rischio basale di morte per tutte le cause di 1 su 100 persone per anno (più basso rispetto alle altre revisioni in cui si andava dal 1,4 al 1,7 per 100 persone anno). I risultati dimostrano una riduzione della mortalità, della rivascolarizzazione e degli eventi cardiovascolari fatali e non fatali.

Secondo i revisori questi benefici non sono di importanza tale da giustificare un uso esteso delle statine in prevenzione primaria anche nei soggetti a basso rischio perchè il numero di soggetti che bisogna trattare per evitare un evento è molto alto (circa 1000 persone per un anno).

Gli autori, inoltre, mettono in guardia i lettori dai molti punti critici e concludono che la presenza di molti pazienti, nei RCT esaminati, con precedenti eventi cardiovascolari rende impossibile trovare le evidenze.

Target di L-DL colesterolo

Altra evidente caratteristica della nuova nota è la presenza dei target di LDL-C non solo per i pazienti ad alto e altissimo rischio, rispettivamente < 100 mg/dL e < di 70 mg/dL, ma anche per i pazienti a moderato rischio, ovvero per quei pazienti che hanno un rischio tra il 10% e il 20%, in questo caso < di 130 mg/dL, anche con aggiunta di ezetimibe, se intolleranti a statina.

La presenza di target è discutibile: per esempio in prevenzione primaria le linee guida NICE [5] (quelle di miglior qualità) affermano che se il rischio cardiovascolare a dieci anni è > al 20% occorre

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/

prescrivere una statina a dosaggio pieno (per esempio simvastatina 40 mg) senza preoccuparsi del target e senza monitorare l'LDL-C. Per i pazienti ad altissimo rischio non ci sono studi che hanno dimostrato l'utilità di abbassare l'LDL-C sotto i 70. Sono quindi raccomandazioni di esperti non basate sull'evidenza.

Scomparsa degli omega-3 per i pazienti con infarto del miocardio

La nota precedente prevedeva la prescrizione degli OMEGA-3 nell'infarto in considerazione dei risultati dello studio GISSI-Prevenzione [9] che aveva dimostrato una riduzione del rischio di morte e delle morti da causa cardiaca. In letteratura si trova una recente meta-analisi [10] che mostra una significativa riduzione delle morti cardiovascolari, morte improvvisa cardiaca, morte da tutte le cause ed eventi non fatali cardiovascolari. Questa riduzione era dovuta in gran parte a studi con pazienti ad alto rischio mentre vi era una riduzione degli eventi cardiovascolari non fatali in studi con pazienti a rischio moderato ma in prevenzione secondaria. Diversamente si esprime la Cochrane del 2002 [11], che aveva preso in considerazione anche il GISSI-Prevenzione, affermando che non esistono evidenze ma, come prevedono le linee guida (NICE), di continuare a prendere omega-3 nel post-infarto e anche in prevenzione primaria almeno 3 volte la settimana. Anche un recente studio [12] non ha mostrato riduzione degli eventi fatali nei pazienti affetti da infarto del miocardio con l'uso di basse dosi di omega-3.

A cura di Clementino Stefanetti

Commento di Luca Puccetti

Le considerazioni di Clementino Stefanetti esaminano puntualmente e brillantemente le più significative evidenze in ambito di terapia ipolipemizzante in funzione degli effetti sugli eventi cardiovascolari.

Sono da ricordare altresì altri effetti correlati alla modifica della nota 13.

Si è eliminata una base decisionale basata su studi molto rigorosi fatti in Italia accettando basi di ragionamento fondate

su linee guida che in massima parte sono il risultato di analisi di popolazioni diverse da quelle italiane.

Si sono accettati indici surrogati per il rimborso di molecole che non hanno dati sugli eventi indipendentemente dall'azione delle statine.

Si è posta un'enfasi elevata sul valore della colesterolemia.

Battaglia e Saffi Giustini hanno giustamente osservato (14) che l'ipotesi di linearità tra rischio vascolare e colesterolemia LDL è suffragata soprattutto da dati della letteratura osservazionale, che per definizione, rappresenta una fonte debole di evidenza. I dati della letteratura sperimentale (studi con end points su eventi) e delle sue metanalisi sono invece piuttosto confusi e frammentari.

La relazione tra effetto della terapia con statine in prevenzione primaria in soggetti che non siano a rischio cardiovascolare elevato appare piuttosto poco supportata in base ai risultati di una recente metanalisi Cochrane che indicano NNT molto elevati in prevenzione primaria in soggetti non a rischio elevato (15).

Si sono definiti in un atto regolatorio limiti "ordinativi", come i target di colesterolemia, da raggiungere nelle varie fattispecie cliniche e questa scelta pone formidabili problemi prima di tutto in quanto scarsamente supportata dalla letteratura, che viene riportata in modo discrezionale e selettivo a supporto delle scelte che essa implica. L'inevitabile corollario di queste scelte sarà un aumento rilevante del carico assistenziale medico, di esami di laboratorio e strumentali.

Ciò avverrà inevitabilmente sia per motivi medico legali e di medicina difensiva, sia per un aumento delle aspettative legate a diritti tanto presunti quanto impossibili e per l'ansia che si innescherà nei soggetti che non raggiungeranno i target i cui limiti appaiono del tutto sproporzionati per un setting di medicina clinica di routine e sono la trasformazione di indicazioni tendenziali, derivanti da studi osservazionali e di stratificazione di casistiche, in precisi compiti assistenziali.

E' facile immaginare un aumento rilevante della spesa non tanto per i farmaci, ma per tutto l'indotto assistenziale e di counselling che la nota determinerà a fronte di risultati su eventi hard assai modesti.

La sensazione è che, data la incoerente base scientifica delle scelte della nuova nota 13, l'AIFA non possa essere considerata un mero Organo Tecnico, con tutte le conseguenze presenti e future che tale percezione comporta.

Referenze

1. Nota 13 AIFA http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/nota_13.pdf
2. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04.pdf>
3. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-dyslipidemias-FT.pdf>
4. <http://www.snlg-iss.it/cms/files/metodo%20ipercolesterolemia.pdf>
5. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11982/40742/40742.pdf>
6. <http://www.ti.ubc.ca/sites/ti.ubc.ca/files/77.pdf>
7. JAMA. 2010 Mar 24;303(12):1180-7 <http://jama.ama-assn.org/content/303/12/1180.full.pdf>
8. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19.
9. Lancet. 1999 Aug 7;354:447-55.
10. Clin Cardiol. 2009 Jul;32(7):365-72. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.20604/pdf>
11. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18.
12. N Engl J Med. 2010 Nov 18;363(21):2015-26. Epub 2010 Aug 28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20929341>
13. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11886/38799/38799.pdf>
- 14) <http://www.progettoasco.it/pdf/471.pdf>
- 15) <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5176>

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/

Tosse cronica e reflusso gastroesofageo

E' ancora oggetto di discussione se il trattamento del reflusso gastro esofageo sia utile nei pazienti con tosse cronica.

Negli adulti con tosse cronica si ritiene che il reflusso gastroesofageo sia una causa importante in circa il 41% dei casi. Ma il trattamento del reflusso gastroesofageo (RGE) è efficace nel migliorare la tosse?

Una revisione Cochrane ha esaminato 19 studi (13 effettuati in adulti e 6 in bambini).

Per quanto riguarda gli studi pediatrici nessuno è risultato idoneo per una meta-analisi; in un singolo RCT è emerso che l'uso degli inibitori di pompa protonica (PPI) non era efficace ed aumentava la frequenza di effetti avversi di cinque volte.

Negli studi effettuati sugli adulti non è stato possibile trovare dati sufficienti sui H2 antagonisti, sui farmaci agenti sulla motilità gastrica e sulle terapie conservative, mentre non vi sono studi sulla funduplicatio. In 9 studi sono stati paragonati PPI e placebo: non si è trovata differenza tra i due trattamenti sulla risoluzione della tosse usando l'analisi

intention to treat. Usando invece la sensitivity analyses si è visto che alla fine del trattamento (2-3 mesi) vi era un miglioramento della tosse con i PPI.

Gli autori concludono che nei bambini molto piccoli i PPI non sono efficaci e non devono essere usati. Per i bambini più grandi non è possibile alcuna conclusione per dati insufficienti.

Negli adulti le prove non sono sufficienti per poter concludere con certezza che i PPI sono efficaci per trattare la tosse associata al RGE.

Si auspicano studi in doppio cieco, randomizzati e della durata di almeno 2 mesi.

Fonte:

Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, et al. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;1:CD004823

Commento di Renato Rossi

La tosse cronica è un motivo di frequente consultazione nella pratica clinica. Anzitutto bisogna escludere una tosse

postinfettiva che di solito, pur potendo durare parecchie settimane, tende ad essere autorisolutiva, una bronchite cronica, soprattutto se il paziente è un fumatore, un tumore polmonare o altra patologia sepecifica (tubercolosi, etc.). Non va dimenticato, anche, che una tosse cronica potrebbe essere legata all'uso di alcuni farmaci (come per esempio aceinibitori e, meno frequentemente, antagonisti del recettore dell'angiotensina II o sartani).

Quando non si trovano cause apparenti bisogna pensare a: asma bronchiale, post nasal drip, reflusso G-E. Spesso il reflusso G-E viene sospettato dopo una consulenza otorinolaringoiatrica che evidenzia segni indiretti di reflusso (flogosi iperemica della laringea). La revisione Cochrane recensita in questa pillola ci dice, però, che il trattamento con PPI non è supportato, per ora, da evidenze definitive. Se si decide di fare un tentativo in tal senso è opportuno avvisare il paziente che i benefici, se ci saranno, potrebbero manifestarsi dopo alcuni mesi di trattamento.

Adeguamento assegni familiari: nota INPS

L' INPS ha calcolato, in base ai parametri ISTAT, che l' adeguamento degli assegni per il nucleo familiare (calcolabile sulla base dei prezzi al consumo riportati tra l' anno 2009 e il 201-

0 e quindi pagabili nel 2011) sia dell' 1,6%.

L'Ente ha inviato a tale proposito una circolare (Circolare 13 giugno 2011, n. 83) a cui e' stata anche allegata la tabella

di riferimento da applicare in relazione alle diverse tipologie di nuclei familiari. La circolare e' reperibile sul sito dell' INPS

Daniele Zamperini

Nelle cause per esposizione all' amianto, fa fede la certificazione INAIL

Allorche' il lavoratore chiedi i benefici lavorativi concessi a chi sia stato esposto all' amianto, va dimostrato che l' esposizione sia stata congrua a causare danni alla salute. A questo scopo acquista pieno valore probatorio la certificazione INAIL (Cassazione n. 12823-/2011).

Spetta al lavoratore (che chiede i benefici contributivi e pensionistici previsti

dall'art. 13, comma 8 della Legge n. 257 del 1992) dimostrare che l' ambiente lavorativo ma anche che tale ambiente presentava una concreta esposizione al rischio alle polveri di amianto con valori limite superiori a quelli indicati nel D.Lgs. 277/91 modificato dall'art. 3 della L. 257/92.

Nel caso in oggetto il lavoratore aveva dimostrato sia la specifica lavorazione praticata che la durata della stessa (oltre

dieci anni comprensivi delle interruzioni quali riposi, ferie e festività) ma non aveva potuto dimostrare di aver superato il limite legale all' esposizione.

Il Legislatore - afferma la Suprema Corte - di fronte alle difficoltà di accertamento, in sede giudiziale, della effettiva consistenza della esposizione all'amianto nelle varie realtà aziendali, ha conferito pieno valore probatorio alla certificazione dell' INAIL concernente, per ciascun

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/

lavoratore, il grado di esposizione e la sua durata rilasciata sulla base degli atti di indirizzo del Ministero del Lavoro. "Appare sufficiente l'esistenza della certificazione INAIL per fondare il diritto alla maggiorazione contributiva, avendo il Legislatore delegato all'ente di previdenza professionalmente attrezzato i necessari accertamenti tecnici sul superamento della soglia di esposizione e sulla relativa durata, da effettuare peral-

tro necessariamente attraverso i criteri generali dettati in sede ministeriale, liberando così la fase giudiziale da verifiche lunghe e complicate"-

Naturalmente il lavoratore può dimostrare in giudizio una situazione diversa in quanto "la certificazione INAIL non costituisce prova esclusiva della esposizione qualificata, persistendo ovviamente la possibilità che questa venga dimostrata in giudizio attraverso gli ordinari

mezzi di prova".

Sulla base di tali principi i Giudici di legittimità hanno respinto il ricorso del lavoratore, non avendo questi dimostrato che non erano emersi elementi probatori di una esposizione all'amianto che indicasse, sia pure con rilevante grado di probabilità il superamento della soglia prevista.

Daniele Zamperini

Detrazioni fiscali per dispositivi medici: chiarimenti

Sul sito dell'Agenzia delle Entrate è reperibile la Circolare n.20 del 13 maggio 2011 in cui vengono chiariti dubbi e criteri di detraibilità delle spese sostenute per l'acquisto di dispositivi medici. Ne presentiamo un breve riassunto.

- Per Dispositivo medico (Dm in abbreviato) si intendono "i prodotti, le apparecchiature e le strumentazioni che rientrano nella definizione di dispositivo medico contenuta negli articoli 1, comma 2, dei tre decreti legislativi di settore (decreti legislativi n. 507/92 n. 46/97 n. 332/00), e che sono dichiarati conformi, con dichiarazione/certificazione di conformità, in base a dette normative ed ai loro allegati e, perciò, vengono marcati CE dal fabbricante in base alle direttive europee di settore".

- Non è sufficiente, per ottenere la detrazione, presentare scontrino fiscale con generica dicitura "dispositivo medi-

co": è necessario che sul documento fiscale sia visibile la descrizione del dispositivo medico e il nome del soggetto che sostiene la spesa;

- Il dispositivo deve essere contrassegnato dalla marcatura CE che ne attesti la conformità alle direttive europee 93/42/CEE, 90/385/CEE e 98/79/CE.

- I dispositivi detraibili (non esiste un elenco ufficiale) sono essenzialmente:

lenti a contatto e relative soluzioni, lenti oftalmiche correttive e relative montature, occhiali premontati per presbiopia, apparecchi acustici, cerotti, bende, garze e medicazioni avanzate, siringhe, termometri, apparecchio per aerosol, apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa, penna pungidito e lancette per il prelievo di sangue capillare per misurazione della glicemia,

pannoloni per incontinenza, prodotti ortopedici (tutori, ginocchiere, cavigliere, stampelle, bastoni ecc.), ausili per disabili, (cateteri, sacche per urine, padelle ecc.), prodotti per dentiere, come creme adesive, compresse disinfettanti ecc., materassi ortopedici e materassi antidecubito, contenitori campioni (urine, feci), test di gravidanza, test di ovulazione, test menopausa, glucometri e strisce reattive, strisce e strumenti per la determinazione del colesterolo totale, HDL e LDL, strisce e strumenti per la determinazione dei trigliceridi, test auto-diagnostici per le intolleranze alimentari, test autodiagnosi per PSA prostatico, per la determinazione del tempo di protrombina (INR), per la rilevazione di sangue occulto nelle feci, per la celiachia.

Daniele Zampeini

Medici e Condominio, rapporti non sempre facili

Non sempre i condomini gradiscono la presenza di uno studio medico nell'edificio. Riportiamo due casi interessanti: la pronuncia della Cassazione (II sez. n. 14460/11) che vieta nei condomini le attività dimostratamente "pericolose" e/contagiose:

una seconda sentenza (II sez. n. 25772-/09) che attribuisce al condominio l'onere del risarcimento nel caso di pazienti dello studio medico infortunatisi nelle aree comuni

Nel primo caso un medico che svolgeva attività di dermatologo era stato conte-

stato dal condominio che, in base al regolamento adottato secondo una formula standard proibiva la destinazione degli appartamenti "ad impianti commerciali pericolosi, ad uso sanatorio, di gabinetto di cura malattie infettive o contagiose, a scuola di musica, canto e ballo, a circoli ricreativi e politici". Il medico era stato condannato dai giudici di merito sia in primo grado che in appello sulla base del fatto che "la branca della dermatologia includeva anche la diagnosi e cura di malattie parassitarie".

Il dermatologo ricorreva in Cassazione sottolineando che la norma proibiva

attività con carattere di oggettiva pericolosità, e non solo presunta.

La Cassazione ha dato ragione al medico evidenziando che i giudici di merito avevano dedotto l'effettiva destinazione dell'immobile "non da un elemento di fatto concreto, ma solo dalla specializzazione medica di cui è in possesso il proprietario, dato insufficiente in assenza di una complessiva interpretazione della clausola" che vieta la destinazione a locali "di cura malattie infettive o contagiose".

La causa è quindi stata ritrasmessa ai giudici di appello che dovranno rivaluta-

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/

re i fatti in base a dati concreti, come indicato dalla Cassazione.

Nel secondo caso invece un paziente in visita presso uno studio medico, aveva riportato un infortunio nell'androne (spazio condominiale di uso comune e non esclusivo dello studio medico). Il condominio aveva rifiutato di risarcire il danno sostenendo che questo andasse posto a carico del medico ed, eventualmente, di una sua personale polizza assi-

curativa.

La cassazione ha invece stabilito che l'eventuale risarcimento, in casi come questo, è posto a carico del condominio, che ha la responsabilità di prevedere ed evitare la pericolosità dei luoghi comuni.

Qualora il condominio potesse dimostrare di aver adottato tutte le normali misure di sicurezza, potrebbe ipotizzarsi una corresponsabilità dell'infortunato stesso, per sua disattenzione. In ogni caso va

esclusa una responsabilità specifica del sanitario.

Va ricordato però che la situazione subirebbe un completo capovolgimento qualora l'infortunio fosse avvenuto all'interno dello studio; può essere quindi molto importante avere un'assicurazione che copra anche questo tipo di sinistri.

Daniele Zamperini

PSA velocity: serve?

Secondo i dati del braccio placebo del Prostate Cancer Prevention Trial non è giustificato usare la PSA velocity per decidere se sottoporre o meno un paziente alla biopsia prostatica.

Gli autori di questo studio [1] hanno valutato gli 5.519 uomini arruolati nel braccio placebo del Prostate Cancer Prevention Trial, in cui veniva confrontata la finasteride versus placebo. I partecipanti avevano un'età ≥ 55 anni, un livello di PSA iniziale uguale o inferiore a 3 e una esplorazione rettale negativa. Veniva eseguito un PSA ogni anno e dopo 7 anni di trattamento con placebo i partecipanti vennero sottoposti a biopsia prostatica.

Analizzando i dati è emerso che proporre una biopsia quando l'aumento del PSA (PSA velocity) è superiore a 0,35 ng/mL/anno (come suggeriscono alcune linee guida) porterebbe ad un aumento della capacità predittiva di cancro prostatico molto piccolo, sia per quanto riguarda i tumori con score di Gleason ≥ 7 sia per quanto riguarda i tumori clinicamente significativi. Per questo motivo gli autori raccomandano di non usare la PSA velocity come unico criterio per decidere una eventuale biopsia prostatica. Infatti se si usasse solo questa misurazione si avrebbe un aumento consistente di biopsie inutili: circa un uomo ogni sette dovrebbe essere sottoposto a biopsia prostatica.

Un editoriale di commento [2] conclude che il test del PSA come strumento di screening continua a lasciare molto a desiderare.

Fonte:

1. Vickers AJ et al. An Empirical Evaluation of Guidelines on Prostate-specific Antigen Velocity in Prostate Cancer Detection. JNCI J Natl Cancer Inst. doi: 10.1093/jnci/djr028. Pubblicato anticipatamente online il 24 febbraio 2011.

2. The Science and Art of Prostate Cancer Screening. Siu-Long Yao and Grace L. Lu-Yao.

JNCI J Natl Cancer Inst. doi: 10.1093/jnci/djr047. Pubblicato anticipatamente online il 24 febbraio 2011.

Commento di Renato Rossi

Le problematiche relative al cancro prostatico e allo screening sono note: il tumore è molto frequente, ma spesso si tratta di forme che, pur essendo istologicamente maligne, hanno una evoluzione clinica lenta ed indolente. Pertanto lo screening diffuso mediante dosaggio del PSA può portare a diagnosticare e trattare inutilmente molti pazienti (fenomeno della sovradiagnosi).

Due ampi RCT (uno americano ed uno europeo) hanno portato a risultati contrastanti, per cui è ancora oggetto di dibattito se i benefici dello screening siano superiori ai danni derivanti da un sovratrattamento.

La difficoltà maggiore risiede nel fatto che non abbiamo ancora disponibile un test che ci dica quali sono i tumori evolutivi che conviene trattare precocemente e quali sono quelli indolenti che potreb-

bero semplicemente essere oggetto di sorveglianza periodica.

Alcuni hanno proposto di usare la PSA velocity, vale a dire la velocità con cui i valori di PSA aumentano nel tempo. Uno studio [1] di qualche anno fa aveva evidenziato che gli uomini con PSA velocity maggiore di 0.35 ng/mL/anno avevano un rischio relativo di morte per cancro prostatico rispetto agli uomini con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL/anno superiore di quasi cinque volte (RR = 4.7, 95% CI = da 1.3 a 16.5; P = .02); i tassi per 100 000 persone-anni erano 1240 per gli uomini con PSA velocity oltre 0.35 ng/mL/anno e 140 per quelli con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL/anno.

Lo studio recensito in questa pillola suggerisce al contrario che usare il cut off di PSA velocity di 0,35 ng/mL/anno non porta ad un miglioramento importante della nostra capacità di discriminare tumori con score di Gleason ≥ 7 oppure tumori clinicamente importanti.

Come concludere? In attesa che il futuro porti a sviluppare test predittivi più precisi, ci sembra, in accordo con i due editorialisti che commentano lo studio, di poter affermare che il PSA continua a mostrare limiti non indifferenti.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2843>

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/

Chiarimenti sui diritti delle lavoratrici madri con interruzione di gravidanza

In caso di interruzione di gravidanza (aborto spontaneo o volontario) la legge stabilisce trattamenti previdenziali diversi. L' INPS chiarisce alcuni termini del problema (messaggio n. 9042 del 18/04/11)

E' fondamentale, per stabilire il tipo di trattamento a cui la lavoratrice ha diritto, calcolare esattamente in quale periodo della gravidanza e' avvenuta l' interruzione: se avvenuta prima del 180^a giorno di gestazione (calcolando a ritroso i 300 giorni dalla data presunta del parto)

l' interruzione e' considerata aborto, con diritto all' indennita' di malattia; se avvenuto dopo il 180^a giorno la lavoratrice ha invece diritto al congedo di maternità ed al correlativo trattamento economico previdenziale.

La depressione post partum

Una breve sintesi sulla diagnosi e sul trattamento della depressione post partum.

Cos'è la depressione post partum?

La depressione post partum è una sindrome depressiva che compare dopo il parto.

Colpisce circa il 13% delle donne dopo la maternità e può comportare sintomi importanti a carico della donna che impattano negativamente sulla sua qualità di vita e sulle dinamiche familiari. Inoltre può essere alla base di comportamenti pericolosi (suicidio ed infanticidio), come anche recenti episodi di cronaca hanno evidenziato.

Quali sono le cause della depressione post partum?

La causa non è nota. Tuttavia sono stati rilevati numerosi fattori di rischio: depressione o ansia importante durante la gravidanza, anamnesi personale positiva per depressione maggiore o disordine disforico premestruale, mancanza di aiuti e supporti psicologici, economici e sociali, problemi coniugali, giovane età della madre, basso stato socioeconomico.

Sono state rilevate anche altre condizioni che possono aggravare o scatenare la depressione, come per esempio ipotiroidismo post partum, tireopatie autoimmuni, insonnia, difficoltà di vita.

Quando pensare ad una depressione post partum?

Una depressione post partum deve essere sospettata in presenza di sintomi come ansia, insonnia, insoddisfazione, tristezza, anedonia, agitazione psicomotoria, riduzione della concentrazione, incapacità a portare a termine un lavoro, etc. Particolare attenzione il medico deve porre alla valutazione dei fattori di rischio prima ricordati.

Tuttavia spesso la depressione post partum non viene diagnosticata, per cui può essere ragionevole ricorrere ad uno screening in tutte le donne che hanno appena partorito. Lo screening può essere facilitato dall'uso di particolari questionari. Il più usato è quello che va sotto il nome di Edinburgh Postnatal Depression Scale, un questionario a dieci voci che può essere somministrato dal medico o autosomministrato dalla paziente. E' disponibile anche una versione in italiano [1].

E' uno strumento veloce e di facile uso che può essere usato anche in un setting di cure primarie.

Dati i potenziali gravi rischi sia per la madre che per il bambino una diagnosi precoce è utile e auspicabile.

Come si cura la depressione post partum?

La cura si basa sulla psicoterapia e sugli antidepressivi.

E' importante inoltre, dove possibile, implementare supporti ed aiuti di tipo psicologico e sociale, con il coinvolgimento di familiari ed assistenti sociali,

specialmente nei casi in cui tali supporti siano carenti.

Il trattamento farmacologico si basa sugli antidepressivi SSRI. Il farmaco antidepressivo consigliato per le donne che allattano è la sertralina.

Il contemporaneo trattamento di condizioni patologiche associate come per esempio l'ipotiroidismo o l'insonnia.

Alcuni consigliano anche il massaggio della donna da parte del partner per almeno 20 minuti per due o più volte alla settimana così come il massaggio del bambino da parte della madre.

Viene raccomandato anche una regolare attività fisica di tipo aerobico.

Considerati i rischi reali che può comportare è consigliabile che il medico curante, per la gestione della depressione post partum, si avvalga della supervisione e della collaborazione specialistica.

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.centropsichedonna.it/autodiagnosi.php?qid=1>

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/

Nascono gemelli? Riposi doppi alla lavoratrice!

In caso di nascita gemellare il datore di lavoro deve concedere doppi riposi, altrimenti la lavoratrice ha diritto a risarcimento (Consiglio di Stato n. 2732/11)

Ad una lavoratrice, madre di due gemelli, il datore di lavoro non aveva riconosciuto il doppio del periodo previsto per il riposo giornaliero ex legge 8 marzo 2000, n. 53, per cui la lavoratrice era ricorsa alle vie giudiziarie.

Il Consiglio di Stato le ha dato ragione, spiegando che la legge intendeva tutelare non solo la protezione della salute

della donna e la maggiore attenzione per le necessità fisiologiche dei neonati nel primo anno di vita, ma anche l'appagamento dei bisogni affettivi e relazionali di ciascun bambino, per realizzare il pieno sviluppo delle loro personalità.

Da questo punto di vista la mancata concessione del beneficio dei riposi doppi, in caso di parto gemellare, comporta "in re ipsa" un danno, corrispondente all'omesso soddisfacimento delle esigenze protette dalla legge.

Circa la valutazione economica di tale danno, il Collegio ha precisato che, in

assenza di specifiche dimostrazioni di danno economico materiale (ad esempio la necessità di ricorrere a personale a pagamento per l'assistenza dei bambini, in corrispondenza delle ore di permesso negate), è possibile comunque richiedere la valutazione equitativa, di cui all'art. 1226 cod. civ., quale danno certamente non suscettibile di prova nello specifico ammontare, ma sussistente per le stesse ragioni giustificatrici delle norme a tutela della genitorialità.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE Settembre 2011

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 05.07.11 (Gazzetta Ufficiale n. 204 del 02.09.11)

CENTRI AUTORIZZATI A PRATICARE LA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA - 2011

All'elenco dei centri già autorizzati a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla, vengono aggiunte ulteriori sedi nelle seguenti regioni: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana e Veneto (articolo 1).

Viene pertanto aggiornato l'elenco generale dei centri, al quale sono stati apportati gli opportuni cambiamenti anche in seguito alla cambio dell'indirizzo dei centri già autorizzati (articolo 2).

Decreto del Ministero della Salute del 26.07.11 (Gazzetta Ufficiale n. 208 del 07.09.11, Supplemento ordinario n. 202)

REVISIONE DELLA LISTA DEI FARMACI E DELLE SOSTANZE BIOLOGICAMENTE O FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE E DELLE PRATICHE MEDICHE, IL CUI IMPIEGO È CONSIDERATO DOPING, AI SENSI DELLA LEGGE 14 DICEMBRE 2000, N. 376

Pubblicata la nuova lista dei farmaci, delle sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping, armonizzata con la lista internazionale di riferimento.

Il provvedimento riporta:

- allegato I: la lista delle sostanze vietate e dei metodi proibiti
- allegato II: i criteri di predisposizione e di aggiornamento della lista
- allegato III: le classi vietate, i principi attivi appartenenti alle classi vietate, i medicinali contenenti principi attivi vietati, l'elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e dei relativi medicinali, le pratiche e i metodi vietati in gara e fuori gara.

Questo provvedimento sostituisce il decreto ministeriale 19 aprile 2010.

AL 21% le parcelle per prestazioni soggette ad IVA

La recente manovra finanziaria ha previsto anche l'aumento dell'IVA al 21%. Restano escluse le prestazioni sanitarie ma sono invece soggette le prestazioni non sanitarie (es: perizie, prestazioni medico-legali, partecipazioni a corsi ecc.)

1. Cosa aumenta: L'aliquota IVA da applicare per tutte le prestazioni, escluse quelle sanitarie, dal 20% al 21%.

2. Da quando decorre: Dal 17 settembre 2011. Alle operazioni effettuate in precedenza continua ad applicarsi l'aliquota del 20%. In pratica i medici di famiglia dovranno emettere fattura con IVA al 21% per i certificati per invalidità civile, per perizie e certificati medico legali ecc. Per dettagli vedi:

http://www.scienzaeprofessione.it/IVA_prestazioni_sanitarie_articolo1.htm

3. Non sono state modificate le aliquote ridotte del 4% e 10% e non sono stati modificati i beni e i servizi a cui si applicano (tab. II e III del DPR n. 633/72).

4. E' possibile fatturare prima dell'incasso, per cui se l'emissione è stata effettuata prima del 17 settembre si applicherà l'aliquota del 20% (con obbligo di versamento dell'IVA alla prossima liquidazione).

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/