

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 10

Ottobre 2012

Ritiro della patente automobilistica anche a chi guida il motorino da ubriaco



Criteria severi verso gli automobilisti pericolosi, anche senza danni a terzi

Sulla sicurezza della medicina complementare e alternativa

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA

Sulla sicurezza della medicina complementare e alternativa (CAM)



Utilizzo cronico di PPI nei fumatori favorisce la frattura d'anca



E' possibile la RMN nei pazienti con dispositivi cardiaci?

Assumere gli Antipertensivi: di mattina o di sera?

L'epilazione laser va eseguita sotto controllo medico

La fibrillazione atriale silente

Non versare la quota intramoenia alla ASL configura peculato



Vietata alle minorenni la mastoplastica additiva

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

Un utile test per le colopatie: la calprotectina fecale	Pag. 3
Risincrozzazione cardiaca: badare soprattutto alla durata del QRS	Pag. 3
Utilizzo cronico di PPI nei fumatori favorisce frattura d'anca	Pag. 4
Assumere gli antipertensivi di mattina o di sera?	Pag. 5
La fibrillazione atriale silente	Pag. 6
Gli antiepilettici possono causare osteoporosi	Pag. 6
Gli antibiotici nella congiuntivite acuta	Pag. 7
Ritardare il trattamento dell'infartuato aumenta il rischio di scompenso	Pag. 7
Sulla sicurezza della medicina complementare e alternativa (CAM)	Pag. 8
Per le verruche: crioterapia o acido salicilico?	Pag. 9
E' possibile la risonanza magnetica nei pazienti con dispositivi cardiaci?	Pag. 10
Vietata alle minorenni la mastoplastica additiva	Pag. 10
L'epilazione laser va eseguita sotto controllo medico	Pag. 11
Non versare la quota intramoenia alla ASL configura peculato	Pag. 11
Lo stalker assillante deve essere custodito in carcere	Pag. 11
Ritiro della patente automobilistica anche a chi guida il motorino da ubriaco	Pag. 12
Criteri severi verso gli automobilisti pericolosi	Pag. 12

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 (Ass. Special. Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
-Medico&Leggi

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

Collaborano:
Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino, Riccardo De Gobbi, Giampaolo Collecchia, Mirene Anna Luciani

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:
daniele.zamperini@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, e collega il PC con i palmari, con i Tablet!

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

Un utile test per le colopatie: la calprotectina fecale

Il dosaggio della calprotectina fecale potrebbe essere utile nell'individuare soggetti con sintomi intestinali senza patologia organica, ma deve essere interpretato nel contesto del quadro clinico complessivo.

Nei pazienti con sintomi intestinali persistenti è importante escludere la presenza di una malattia organica come una malattia intestinale cronica (colite ulcerosa, morbo di Crohn) o una neoplasia. Ovviamente la presenza di alcuni sintomi (per esempio diarrea sanguinolenta, rettorragia, perdita di peso, anemia, etc.) possono essere importanti per indirizzare verso la diagnosi ma il gold standard rimane l'esame endoscopico che permette sia la visione diretta delle eventuali lesioni sia la possibilità di eseguire una biopsia a fini istologici. Tuttavia l'esame endoscopico non è privo di effetti collaterali anche potenzialmente gravi, seppur rari, e comporta disagi per il paziente sia in fase di preparazione che di esecuzione.

Perciò sarebbe interessante poter disporre di un esame di screening semplice ed efficace al fine di ridurre gli esami endoscopici inutili.

La calprotectina è una proteina intracellulare che i neutrofili secernono nel lume intestinale in presenza di flogosi. Il suo dosaggio nelle feci potrebbe essere utile per individuare i soggetti che probabilmente hanno/non hanno una malattia intestinale organica?

In uno studio [1] sono stati valutati 650 pazienti consecutivi inviati ad un centro di secondo livello dai loro medici curan-

ti per la presenza di sintomi intestinali (età media 41 anni, 30% uomini). I valori della calprotectina fecale risultarono normali in 500 pazienti mentre in 150 erano aumentati. Si è visto che, usando il valore cut off di 50 µg/g, il valore predittivo negativo (VPN) del test era del 96,4% mentre il valore predittivo positivo (VPP) era del 77,1%.

Sulla base di questo studio si potrebbe affermare che il test è utile soprattutto quando risulta negativo in quanto permette di escludere con ragionevolezza la presenza di malattie intestinali.

Tuttavia altri studi hanno fornito risultati diversi.

Per esempio in uno studio [2] su 538 soggetti con "discomfort" addominale, usando sempre un cut off della calprotectina fecale di 50 µg/g per escludere una patologia organica, si è visto che la sensibilità era del 73% (212 avevano lesioni intestinali e il test ne identificava 155) e la specificità del 93% (326 non avevano lesioni e il test ne identificava 302). In totale risultarono 55 falsi negativi e 24 falsi positivi. Nel gruppo esaminato la prevalenza di lesioni era del 39,4%. Con questi dati è possibile calcolare il valore predittivo positivo del test che è risultato del 86,5% e quello predittivo negativo che è risultato dell'84,1%. In definitiva il test forniva un risultato sbagliato nel 14,5% dei casi.

In un altro studio su adulti e bambini con diarrea da varie cause [3] si vide che la calprotectina fecale aveva una sensibilità del 64% e una specificità del 80% (VPP = 70% e VPN = 74%) per diarrea da causa organica negli adulti, mentre

nei bambini la sensibilità era del 70% e la specificità del 93% (VPP = 96% e VPN = 56%).

La performance diversa del test nei vari studi dipende probabilmente sia dal fatto che sono state studiate popolazioni diverse con prevalenza differente di patologia organica sia dal fatto che sono stati valutati outcomes differenti. È ovvio, infatti, che diversa è l'accuratezza del test se viene prescritto in popolazioni selezionate, in cui la probabilità pre test di trovare una malattia è più alta, rispetto a quando il test viene applicato a popolazioni con probabilità pre test minori. Cosa del resto valida per qualsiasi esame di laboratorio o accertamento strumentale.

Possiamo concludere quindi che la calprotectina fecale è sicuramente un esame utile, però non può essere usato da solo per discriminare quali pazienti con sintomi intestinali persistenti debbono essere sottoposti ad ulteriori accertamenti e quali invece, in caso di test negativo, possono essere tranquillizzati perchè si può escludere una patologia organica. Come sempre in medicina, anche il dosaggio della calprotectina fecale deve essere interpretato nel contesto del quadro clinico complessivo.

Renato Rossi

Referenze

1. Frontline Gastroenterol 2012;3:21-28
2. BMC Gastroenterology 2012, 12:5
3. Clinical Chemistry June 2003; 49:861-867.

Risincronizzazione cardiaca: badare soprattutto alla durata del QRS

Nello scompenso cardiaco la terapia risincronizzante è utile solo nei casi di grave prolungamento del QRS, indipendentemente dalla classe NYHA di appartenenza.

Nei pazienti con scompenso cardiaco in classe III-IV NYHA in ritmo sinusale,

QRS > 120 msec e frazione di eiezione inferiore al 35% le linee guida consigliano l'impianto di devices risincronizzanti [1].

Tuttavia recentemente sono comparsi lavori che mostrano come questi dispositivi possano ridurre i ricoveri e la mortalità anche nei casi di scompenso car-

diaco classe I-II NYHA [2,3].

Una metanalisi recente conferma [4] che la terapia risincronizzante è efficace indipendentemente dalla classe NYHA di appartenenza. Tuttavia aggiunge un altro tassello alle nostre conoscenze perchè suggerisce che l'efficacia maggiore in termini di riduzione degli en-

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/

dpoint hard si verifica quando il QRS è gravemente prolungato.

La metanalisi ha preso in considerazione studi clinici randomizzati e controllati in cui era stata valutata l'utilità della terapia risincronizzante e in cui era stata effettuata un'analisi per sottogruppi, divisi in base alla durata del QRS (QRS compreso tra 120 e 149 msec e QRS \geq 150 msec). La classe NYHA dei pazienti arruolati negli studi andava dalla I° alla IV°. Si è visto che la risincronizzazione cardiaca riduce gli esiti avversi (compresi mortalità e ricoveri) nei pazienti con QRS gravemente prolungato (\geq 150

msec), indipendentemente dalla classe NYHA di appartenenza. Nei pazienti con QRS solo moderatamente prolungato non risultava, al contrario, una riduzione degli outcomes, anche in questo caso indipendentemente dalla classe NYHA di appartenenza.

Sembra quindi che il criterio principale da prendere in considerazione quando si deve decidere circa l'impianto di un device risincronizzante non sia tanto il grado di scompenso cardiaco quanto la gravità del prolungamento del QRS.

In conclusione, una metanalisi molto utile per aiutare il medico a prendere le

decisioni clinicamente più appropriate.

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3651>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4776>
3. Ann Intern Med 2011 Mar 15; 154: 401-412.
4. Arch Intern Med 2011 Sept 12; 171:1454-1562.

Utilizzo cronico di PPI nei fumatori favorisce frattura d'anca

L'utilizzo cronico di PPI sembra associato ad un rischio aumentato di frattura d'anca, soprattutto in donne con anamnesi positiva di fumo.

Sebbene l'utilizzo a breve termine degli inibitori di pompa protonica (PPI) sia ben tollerato, ultimamente sono aumentate le preoccupazioni riguardanti la potenziale associazione tra il loro uso a lungo termine e le fratture ossee, specialmente dell'anca, che, come è noto, sono associate a maggiore morbilità e mortalità.

I PPI possono inibire l'assorbimento del calcio, interferiscono direttamente con la funzione degli osteoclasti, o inducono ipergastrinemia, con conseguente riduzione della densità minerale ossea correlata ad iperparatiroidismo.

Alcuni studi hanno esaminato l'associazione tra utilizzo di PPI e rischio di fratture d'anca.

Molti di questi studi avevano importanti limitazioni, compreso il disegno retrospettivo, la incapacità di controllare confondenti relativi alla dieta e allo stile di vita, campioni di taglia piccola, e accertamenti limitati circa l'esposizione a PPI. Tuttavia, nel Maggio 2010, la Food and Drug Administration ha emesso un avviso riguardante una potenziale associazione, pur riconoscendo la necessità di ulteriori dati.

Questo studio prospettico di coorte si è posto l'obiettivo di esaminare l'associazione tra uso cronico di inibitori di pompa protonica (PPI) e rischio di

frattura d'anca. Hanno partecipato allo studio 79.899 donne in menopausa, originariamente arruolate nello studio "Nurses Health Study", provenienti da 11 stati USA, che fornivano dati circa l'uso di PPI e altri fattori di rischio ogni 2 anni dal 2000, seguite in follow-up fino al 1 giugno 2008. End point principale la misura di fratture incidenti d'anca.

Risultati

Durante 565.786 anni-persona, sono state documentate 893 fratture d'anca incidenti. Il rischio assoluto di frattura d'anca tra le regolari utilizzatrici di PPI era di 2.02 eventi per 1000 anni-persona, rispetto ad 1.51 eventi per 1000 anno-persona tra le non-utilizzatrici. Rispetto alle non-utilizzatrici, il rischio di frattura tra donne che utilizzavano regolarmente PPI per almeno due anni era del 35% più alto, con un uso più prolungato associato ad un rischio aumentato (P trend <0.01).

L'aggiustamento per fattori di rischio, compresi body mass index, attività fisica e introito di calcio non modificava materialmente questa associazione. Queste associazioni non si modificavano neppure dopo aver valutato i motivi d'utilizzo dei PPI. La relazione tra uso di PPI e frattura differiva, invece, per l'anamnesi di fumo (P interaction=0.03).

Tra fumatrici attuali ed ex fumatrici, l'utilizzo di PPI era associato ad un incremento maggiore del 50% del rischio di frattura. Invece, tra donne che non avevano mai fumato non vi era associa-

zione.

In una metanalisi di questi risultati con 10 studi precedenti, la odds ratio complessiva di frattura d'anca associata all'uso di PPI era 1,30 (da 1.25 a 1.36).

Conclusioni

Gli autori concludono che l'utilizzo cronico di PPI è associato ad un rischio aumentato di frattura d'anca, soprattutto in donne con anamnesi positiva di fumo.

Il fumo inibisce l'assorbimento di calcio, per cui fumo e PPI potrebbero avere un effetto sinergico sul rischio di frattura, mediato dal mancato assorbimento di calcio.

Inoltre, studi sperimentali hanno ipotizzato che sia i PPI sia il fumo influenzano la funzione osteoclastica, suggerendo un condiviso effetto negativo sul rimodellamento osseo. Futuri studi sperimentali o ulteriori analisi di altre coorti dovrebbero esaminare l'esposizione congiunta a PPI e fumo.

Limitazioni ammesse dagli autori

Non si hanno informazioni circa l'utilizzo di PPI prima del 2000; tuttavia, la prevalenza d'uso nel 2000 era bassa (6.7%) ed è progressivamente aumentata fino al 2008. Pertanto, l'utilizzo dei PPI prima del 2000 era probabilmente estremamente basso. Non si hanno informazioni specifiche sul tipo o brand dei PPI e sulle dosi utilizzate.

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/

L'informazione circa la frattura d'anca è autoriportata e non confermata da dati medici registrati.

Non si hanno informazioni circa la densità minerale ossea, ma studi precedenti non hanno dimostrato una relazione tra utilizzo di PPI e modificazioni della densità minerale ossea.

Si tratta di uno studio osservazionale e, pertanto, non si possono escludere eventuali confondenti, anche se l'aggiustamento per i più importanti fattori di rischio per frattura d'anca precedentemente identificati non ha alterato i risultati in maniera significativa.

Fonte:

BMJ 2012;344:e372 doi: 10.1136/bmj.e372 (Published 31 January 2012) Page 4 of 13

Commento di Patrizia Iaccarino

Pur con tutti i limiti degli studi osservazionali, questo lavoro sembra confermare la relazione tra utilizzo cronico di PPI (rispetto a precedenti lavori in cui si evidenziava un aumento di rischio dopo 5 anni d'uso, in questo lavoro il tempo è ridotto a 2 anni) e frattura d'anca. Ma, il dato più interessante è la correlazione evidenziata con la condizione della don-

na di fumatrice. Se da successivi studi si confermerà tale tipo di associazione, sarà necessario tenerne conto nella valutazione individuale del rischio di frattura e/o anche nelle indicazioni alla pratica eventuale di un esame DEXA.

Riferimenti

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4275>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5426>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5193>

Assumere gli antipertensivi di mattina o di sera?

Nei pazienti diabetici e in quelli con insufficienza renale cronica gli antipertensivi sembrano più efficaci se somministrati alla sera.

Sono diversi gli studi prospettici che mostrano un miglior controllo della Pressione Arteriosa (PA) e un miglior profilo della sicurezza con la somministrazione dei farmaci antipertensivi alla sera invece del mattino. (1)

Con il Monitoraggio della Pressione Arteriosa delle 24 ore (MAPA) si possono distinguere i pazienti dipper in cui la pressione sistolica media notturna si riduce tra il 10 ed il 20% rispetto alla media diurna, pazienti non-dipper in cui la pressione sistolica media notturna si riduce meno del 10% rispetto alla media diurna, pazienti con fenomeno del reverse-dipper in cui la pressione sistolica media notturna si incrementa rispetto alla media diurna e pazienti extreme-dipper in cui la pressione sistolica media notturna si riduce di oltre il 20% rispetto alla media diurna.

I valori si possono calcolare con la seguente formula: $100 * [1 - (PA \text{ media notturna} / PA \text{ media diurna})]$.

Un altro fenomeno che è possibile notare con il MAPA è il morning surge; l'innalzamento della PA nelle prime ore del mattino ed è considerato un FR per IMA. Infatti gli IMA avvengono di fre-

quente al mattino presto.

Il morning surge indica il fisiologico incremento della pressione arteriosa al primo mattino. Il morning surge si calcola sottraendo dal valore medio della pressione arteriosa sistolica misurata nelle prime due ore dopo il risveglio il valore medio della pressione arteriosa sistolica misurata durante la notte, avendo cura di considerare il suo valore più basso.

Il morning-surge è considerato positivo se il risultato è > di 55 mm/Hg. (12) Con il MAPA la dimostrazione della mancanza del calo fisiologico della PA notturna (non-dipper) e i pazienti con extreme-dipper sono fattori di rischio per l'insorgenza di danno d'organo. (2)

Un recente trial (3) su pazienti affetti da Insufficienza Renale Cronica (IRC) dimostra che la somministrazione dei farmaci antipertensivi alle sera riduce gli eventi cardiovascolari composti (morte, IMA, angina percororis, rivascolarizzazione, scompenso cardiaco, occlusione arteriosa degli arti inferiori, occlusione dell'arteria retinica e stroke del 69%). Considerando eventi composti quali morte cardiovascolare, IMA e stroke la riduzione è del 72%.

Inoltre si ha un miglior controllo della PA al MAPA, (56% vs 45%, p=0.003). Nell'IRC vi è un'alterazione del ritmo circadiano della PA e il più comune è il fenomeno non-dipping, presente nel 67% dei pazienti. (4,5,6) Questo feno-

meno è presente anche nei dializzati e nei trapiantati e diventa tanto più frequente all'aumentare della creatinina.

Ma non finisce qui.

Il fenomeno è presente anche nei diabetici con vari gradi di microalbuminuria e macroalbuminuria. Così il MAPA è in grado di identificare i pazienti a rischio di IRC identificando i pazienti che svilupperanno microalbuminuria dimostrandosi utilissimo in prevenzione primaria. (4)

Un'ipotesi è la diminuzione dell'assorbimento del sodio nell'IRC.

Lo stesso avviene anche in malattie con aumento del filtrato glomerulare ma aumento del riassorbimento tubulare del sodio come nell'iperaldosteronismo, diabete mellito e sindrome metabolica. (7,8) Esiste una relazione diretta tra diminuzione del filtrato glomerulare e il rapporto tra giorno e notte della BP che aumenta. (7,8)

La somministrazione dei farmaci antipertensivi alla sera nei pazienti diabetici porta agli stessi risultati visti nei pazienti con IRC (9) con una riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori (morte cardiovascolare, IMA e stroke) del 67% e un miglior controllo della PA.

Come nei pazienti affetti da IRC nei diabetici i non-dipper sono circa il 64% ma i diabetici che hanno il fisiologico calo della PA notturna possono avere il fenomeno non-dipping in successivi

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/

controlli MAPA. (10).

E nei pazienti affetti da sola ipertensione essenziale?

Una Cochrane (11) ha analizzato 21 trial con 1900 pazienti e non ha mostrato differenze tra somministrazione serale e mattutina.

Implicazioni pratiche

Il MAPA, con tutti i suoi limiti, si conferma una tecnologia affidabile in grado di dare al medico pratico elementi aggiuntivi che il tradizionale sfigmomanometro non è in grado di dare, specificamente per i pazienti diabetici e con

IRC dove esiste relazione tra decadimento della funzione renale e comparsa del fenomeno non-dipping.

Attualmente il costo di questi apparecchi si è abbassato di molto e su eBay si possono trovare a meno di 200 euro: <http://goo.gl/sqMlj>.

Clementino Stefanetti
Bibliografia

1. Blood Press Monit. 2010 Aug; 1-5(4):173-80.
2. J Hum Hypertens. 2009 Oct; 2-3(10):645-53.
3. J Am Soc Nephrol. 2011 Dec;22(12):2313-21. <http://goo.gl/Besqs>
4. Nephron 57:293-298, 1991

5. Blood Press Monit. 2012 Feb;17(1):20-3.

6. <http://goo.gl/fIZAE>

7. Hypertens Res. 2010 Jun;33(6):515-20.

8. Hypertension. 2008; 51: 827-828
<http://goo.gl/VeCIW>

9. Diabetes Care. 2011 Jun;34(6):1270-6. <http://goo.gl/d1oTl>

10. J Hypertens. 2006 Apr;24(4):647-53. <http://goo.gl/ZKYkj>

11. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Oct 5;(10):CD004184.

<http://goo.gl/nvv8u>

12. Circulation. 2003 Mar 1-8;107(10):1401-6. <http://goo.gl/d5K7U>

La fibrillazione atriale silente: frequenza e rischi

La fibrillazione atriale silente potrebbe essere più frequente di quanto si creda ed essere responsabile di ictus ischemici apparentemente criptogenetici.

E' noto che una delle cause più importanti di ictus ischemico è la fibrillazione atriale.

Tuttavia si vedono con una certa frequenza ictus ischemici in pazienti che non soffrono di fibrillazione atriale e nei quali non sono evidenti neppure altre cause (come per esempio una stenosi carotidea oppure una patologia aterosclerotica diffusa).

In realtà la possibilità attuale di poter disporre di registrazioni elettrocardiografiche continue di 24 ore (ECG secondo Holter) o addirittura di giorni (loop recorder) ci ha permesso di scoprire che esistono pazienti che vanno incontro ad episodi anche prolungati di fibrillazione atriale del tutto asintomatici dal punto di vista clinico.

Qual è l'importanza di questi episodi? Si può ipotizzare che possano essere la causa (o almeno una delle cause) dei cosiddetti ictus idiopatici?

Sembrerebbe di sì, secondo uno studio pubblicato dal New England Journal of Medicine.

Nello studio, denominato ASSERT (Asymptomatic AF and Stroke Evaluation in Pacemaker Patients and the AF Reduction Atrial Pacing Trial), erano stati arruolati 2580 pazienti portatori di pacemaker e con anamnesi negativa per fibrillazione atriale anche pregressa. La registrazione dei tracciati effettuata mediante il device ha permesso di osservare che, durante un follow up di almeno 3 anni, circa un paziente su tre va incontro ad episodi di fibrillazione atriale clinicamente silente della durata di almeno sei minuti. Si è visto inoltre che questi episodi aritmici erano associati ad un rischio di ictus ischemico aumentato di circa 2,5 volte. Il rischio risultava ancora maggiore se il paziente aveva un CHADS2 score di 2 o più elevato.

Se è vero quindi che episodi prolungati di fibrillazione atriale silente possono causare ictus ischemico, la domanda conseguente è se il trattamento con anti-coagulanti possa essere utile come per i pazienti con fibrillazione atriale clinica-

mente manifesta.

Per il momento la domanda rimane senza una risposta certa in quanto non esistono RCT che abbiano esplorato questa specifica situazione.

Rimane il fatto che la disponibilità di registrazione elettrocardiografiche continue porterà sempre più il medico a individuare pazienti con episodi di fibrillazione atriale silente.

Cosa fare in questi casi? In mancanza di evidenze certe è giocoforza affidarsi al buon senso clinico. Una strategia ragionevole potrebbe essere quella di sottoporre a terapia anticoagulante quei soggetti che presentano episodi silenti prolungati e ripetuti, soprattutto se il loro rischio tromboembolico secondo la valutazione CHA2DS2-VASc risulta elevato, comportandosi in pratica come di fronte a episodi parossistici clinicamente evidenti [2].

Renato Rossi
Referenze

1. N Engl J Med 2012 Jan 12; 366:120-129

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5191>

Gli antiepilettici possono causare osteoporosi

Una revisione dell'EMA suggerisce che l'uso di alcuni antiepilettici potrebbe essere associato ad un aumento del rischio di riduzione della densità ossea.

Problemi di sicurezza e motivi della attuale revisione di sicurezza

L'associazione causale tra l'uso di farmaci antiepilettici quali carbamazepina, fenitoina, fenobarbital e primidone e la osteomalacia è già noto ed è riportato nei foglietti illustrativi di questi medicinali, anche se in modo incoerente. Tuttavia, l'associazione causale tra an-

tiepilettici e altri disturbi dell'osso, quali riduzione della densità minerale ossea, osteopenia e osteoporosi non era chiara e, pertanto, la PhVWP Pharmacovigilance Working Party) ha voluto condurre una revisione sulla classe degli antiepilettici e il rischio di disturbi dell'osso.

Setting clinico

La osteomalacia è una condizione che colpisce gli adulti, nella quale l'osso diviene debole e più soffice del normale. Con l'osteopenia, la densità minerale ossea è più bassa del normale e quest'osso può sviluppare osteoporosi.

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro, caratterizzata da riduzione della massa e della densità ossea e da deterioramento della micro-architettura del tessuto osseo.

Sebbene vi siano molti fattori di rischio secondari per osteoporosi, un'associazione tra antiepilettici e osteoporosi potrebbe rappresentare un problema per pazienti anziani, che sono già a rischio di osteoporosi e che hanno maggiori probabilità di aver bisogno di antiepilettici per la loro alta incidenza di epilessia. Inoltre, l'uso di antiepilettici in questo gruppo di età si estende oltre la gestione delle convulsioni (ad es., per il dolore e per i disturbi psichiatrici).

Informazioni sui dati valutati

La revisione ha incluso dati clinici, non-clinici ed epidemiologici pubblicati nella letteratura medica e report di casi di sospette reazioni avverse rilevanti derivate dai reporting spontanei nella UE.

Pur con i limiti degli studi valutati e della possibilità di numerosi bias, la PhVWP ha concluso che la revisione della classe degli antiepilettici con la raccomandazione di includere informazioni circa il rischio di disturbi dell'osso (ridotta densità minerale ossea, osteopenia, osteoporosi e fratture), in pazienti in trattamento a lungo termine, nel foglietto illustrativo di tutti i prodotti medicinali che in UE contengono carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, primidone, oxcarbazepina, lamotrigina o valproato di sodio.

Allo stato attuale, i dati per altri antiepilettici sono molto limitati e insufficienti a supportare un'associazione causale con i disturbi dell'osso oltre alla osteo-

malacia, e non viene, pertanto, richiesta loro alcuna informazione aggiuntiva, anche se alcuni di questi già includono informazioni su potenziali effetti sull'osso.

Conclusioni

L'uso a lungo termine di carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, primidone, oxcarbazepina, lamotrigina e valproato di sodio è associato al rischio di riduzione della densità ossea, che può portare a osteopenia, osteoporosi e fratture.

Fonte:

Pharmacovigilance Working Party (PhVWP) October 2011
EMA/CHMP/PhVWP/845939/2011
Page 10/11
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/10/WC500117061.pdf

A cura di Patrizia Iaccarino

Gli antibiotici nella congiuntivite acuta

Gli antibiotici topici possono essere utili nella congiuntivite acuta con secrezione purulenta e nelle forme di gravità moderata.

Le congiuntiviti acute sono condizioni viste con una certa frequenza in un ambulatorio di Medicina Generale.

Possono essere dovute a fattori irritanti (sia di tipo chimico che fisico come per esempio la luce solare) o a traumi (per esempio lenti a contatto), ad allergia, a infezioni (batteriche, virali, da clamidia).

Le forme allergiche sono di solito bilaterali e si accompagnano a sintomi di tipo respiratorio e/o nasale oltre che ad una anamnesi positiva per allergia.

Le forme irritative spesso hanno una storia positiva per esposizione a qualche agente irritante o ad un trauma.

Le forme infettive possono essere monolaterali, almeno all'inizio, ma poi spesso

tendono a diventare bilaterali.

Non è sempre agevole distinguere le congiuntiviti virali da quelle batteriche.

Può indirizzare verso la diagnosi di una forma batterica la presenza di una maggior secrezione di tipo purulento, ma si tratta di un segno soggetto ad una certa soggettività interpretativa e quindi non del tutto inequivocabile.

Detto circa la difficoltà della diagnosi differenziale tra forme batteriche e virali, rimane da stabilire se vale la pena di usare o meno un antibiotico per uso topico.

In una metanalisi (3 studi per 622 pazienti) si è visto che la terapia antibiotica aveva maggiori probabilità di risultare utile nei casi in cui c'era secrezione purulenta e/o occhio rosso di gravità moderata.

Tuttavia si è evidenziato anche che la congiuntivite acuta, perlomeno quella vista in medicina di base, è spesso una

malattia autolimitata e molti pazienti guariscono spontaneamente [1].

Importante per il medico non oculista è soprattutto selezionare i pazienti che devono essere inviati con urgenza a consulenza specialistica.

L'invio è consigliato se:

- 1) sono presenti segni di allarme come dolore oculare oppure disturbi visivi
- 2) la forma appare particolarmente grave già all'inizio
- 3) si sospetta un interessamento della cornea o dei tessuti oculari profondi
- 4) la flogosi non guarisce o non migliora dopo qualche giorno di trattamento.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Br JGenPract. 20

Ritardare il trattamento dell'infarto aumenta il rischio di scompenso

Nei pazienti con infarto miocardico ad ST sopraelevato una riduzione del ritardo di cateterizzazione è associato ad una riduzione del rischio di comparsa di scompenso cardiaco.

Il tempo che intercorre tra la comparsa dei sintomi dell'infarto miocardico e il trattamento è associato ad un aumento del rischio di comparsa di scompenso cardiaco?

Alcuni ricercatori danesi hanno misurato

il rischio di scompenso cardiaco congestizio in circa 8.000 pazienti che erano stati sottoposti ad angioplastica percutanea (PCI) a causa di un infarto miocardico con sopraelevazione del tratto ST (STEMI).

Il ritardo del trattamento è stato suddiviso in ritardo dovuto al paziente (dalla comparsa dei sintomi a quando il paziente si rivolgeva al servizio di emergenza) e ritardo dovuto al sistema sanitario (da quando entrava in funzione il sistema di emergenza all'entrata al reparto di emodinamica per eseguire il cateterismo cardiaco).

Il ritardo dovuto al sistema (ma non quello dovuto al paziente) è risultato associato ad un aumento di comparsa di scompenso cardiaco.

In particolare quando il ritardo era inferiore ai 60 minuti il rischio era del 1-0,1%; se il ritardo era fra 61 e 120 minuti il rischio era del 10,6%; se fra 121 e 180 minuti il rischio aumentava al 1-2,3% e fra 181 e 360 minuti al 14,1%.

Gli autori ammettono però che, come in ogni studio non randomizzato, vi possono essere dei bias di selezione o altri fattori confondenti.

Fonte:
Ann Intern Med 2011 Sep 20; 155:361.

Commento di Renato Rossi
Come fanno notare gli autori, è noto che un intervento precoce nell'infarto miocardico riduce la mortalità. Ma, aggiungono, i risultati del loro studio suggeriscono che i benefici sono ancora maggiori in quanto intervenire al più presto con una PCI riduce anche il rischio che in seguito compaia uno scompenso cardiaco congestizio.

Vi è un dato che lascia perplessi, vale a dire che solo il ritardo legato al sistema

e non quello dovuto al paziente sembra sia associato ad un aumento del rischio. Ci pare un dato difficile da spiegare e questo ci induce a ritenere che i risultati dello studio vadano interpretati con prudenza. Ma non nel senso che siano sbagliati in se stessi, quanto nel fatto che ogni ritardo ci sembra deleterio.

Il messaggio pratico, a nostro avviso, e per il resto già noto, è che il paziente con sospetto infarto miocardico deve rivolgersi immediatamente al Pronto Soccorso, senza perdere tempo a cercare il proprio medico curante o senza aspettare sperando che i sintomi regrediscono. Ma è altresì importante predisporre servizi di emergenza attrezzati sia per la diagnosi immediata sia per il pronto trasferimento al reparto di emodinamica.

Sulla sicurezza della medicina complementare e alternativa (CAM)

E' stata pubblicata, sulla rivista *Pharmacotherapy*, la seconda parte del lavoro riguardante la CAM e le patologie cardiovascolari: quella inerente la sicurezza (safety).

In USA circa 15milioni di persone utilizzano la medicina complementare e alternativa (CAM) per varie condizioni mediche.

False concezioni circa la presunta efficacia di questi prodotti hanno contribuito ad un'ampia popolarità di questo tipo di terapia, mentre gli effetti avversi sono stati sottovalutati e sottoriportati. Inoltre, i pazienti che utilizzano prodotti da banco CAM sono spesso trattati con terapie farmacologiche concomitanti, che potrebbero portare effetti avversi gravi, senza un counselling appropriato. **Pertanto, è importante per i medici essere informati circa i potenziali problemi di safety relativi a questi prodotti.**

Partendo da queste premesse, gli autori di questa revisione, attraverso una accurata ricerca bibliografica, hanno riportato tutte le evidenze disponibili relative agli effetti avversi e alle interazioni farmacologiche della CAM, attribuendo loro anche un punteggio relativo al livello di evidenza.

Dopo una parte iniziale generale, relativa a varie revisioni sul tema generale (di cui ci occupiamo in questo articolo), la revisione è stata divisa in vari capitoli, riguardanti ciascuno un tipo di prodotto.

Ci riproponiamo di riportare in vari articoli successive I vari prodotti singolarmente, con la relativa evidenza disponibile circa gli effetti avversi e le interazioni farmacologiche.

Gli autori hanno evidenziato, per ogni prodotto, le evidenze disponibili, secondo il seguente criterio:

Forza delle Evidenze:

- A= Trials controllati randomizzati/meta-analisi
- B = Studi clinici non randomizzati (coorte/caso-controllo)
- C= Report di casi/serie di casi
- D = Studi su animali e/o di laboratorio
- E = Interazioni teoriche

Una revisione sistematica è focalizzata sugli effetti avversi cardiovascolari di un'ampia varietà di prodotti a base di erbe e medicine alternative. Dopo una vasta ricerca elettronica su Medline (via PubMed), Embase, Cochrane Library,

Amed, e CISCOM, gli autori hanno ricercato reports su eventi avversi recenti e gravi, quali ospedalizzazione, condizioni minacciose per la vita, o morte.

La revisione è stata raggruppata per eventi avversi riportati con vari farmaci a base di erbe, quali aritmie (comprese tachicardia e bradicardia), arterite, dolore precordiale, scompenso cardiaco, ipertensione, ipotensione, infarto miocardico e pericardite. Sono stati anche revisionati i casi di interazione tra warfarin e prodotti a base di erbe, in cui si è verificata una sotto o sovra coagulazione.

Inoltre, gli autori hanno incluso varie tavole riassuntive degli effetti farmacologici noti, degli effetti cardiovascolari riportati e di quelli teorici, e delle interazioni presunte o riportate, per ciascun prodotto a base di erbe. Quasi tutta l'evidenza revisionata per ciascun effetto avverso è basata su report di casi o serie di casi.

Gli autori concludono che, mentre sono stati riportati effetti avversi con la CAM, la reale incidenza di tali eventi non è nota, così come i meccanismi della sottosegnalazione.

Fonte:

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/

J Cardiol. 2003;19(7):818–27.

La seconda revisione, invece, è focalizzata sulla interazione tra CAM e tradizionale farmacoterapia cardiovascolare.

Dopo una ricerca sistematica su PubMed (Gennaio 1966–Dicembre 2003), sono stati identificati 43 case report ed otto studi clinici per la inclusione nella revisione.

Il farmaco più comunemente coinvolto era il warfarin (37 casi ed 1 trial clinico).

Altre interazioni riportate erano alterazioni delle concentrazioni sieriche di digossina, aumentati livelli o effetti dell'aspirina, e alterazioni nelle concentrazioni della terapia con statine principalmente metabolizzate dall'isoenzima 3A4 del citocromo P450.

Gli autori concludono che le interazioni tra prodotti a base di erbe e tradizionali farmaci cardiovascolari sono un importante problema di safety e che l'accresciuta consapevolezza di questo problema dovrebbe rappresentare un focus dei clinic e dei ricercatori.

Fonte:

J Cardiol. 2005;98:1–14.

La terza revisione esamina l'evidenza circa il rapporto tra modificazioni della dieta o dei componenti nutrizionali di ciascuna dieta, inclusi supplementi e vitamine, e le modifiche efficaci della

funzionalità piastrinica.

Varie modificazioni dietetiche, compresa la dieta Mediterranea e l'Indian Heart Study, hanno dimostrato che le modifiche della dieta possono essere associate ad una riduzione degli eventi cardiovascolari e della mortalità.

Alcuni componenti di queste diete sono stati associati a più bassi livelli di funzionalità piastrinica, compresi gli acidi grassi monoinsaturi (olio di oliva), gli acidi grassi n-3 derivati dalle piante (acido α linolenico), e gli acidi grassi polinsaturi n-3 dell'olio di pesce [acido eicosapentaenoico (EPA) e docosahexaenoico (DHA)].

I dati sembrano dimostrare che gli effetti antitrombotici dei supplementi di olio di pesce siano maggiori di quelli visti con gli acidi grassi derivati da piante.

Anche l'uso di polifenoli, compresi quelli che si trovano nel vino, nell'uva, e nel cacao è stato associato a tassi migliori di eventi cardiovascolari e a ridotta funzionalità piastrinica, sebbene questa associazione sia più inconsistente rispetto a quella vista con l'aumentato introito di acidi grassi o con la loro supplementazione.

Mentre ridotti livelli di aggregazione piastrinica sono generalmente ritenuti desiderabili nella prevenzione della malattia cardiovascolare, ampi trials clinici con la vitamina E hanno mostrato alti tassi di effetti avversi relativi ad emorragie, compreso lo stroke emorragico.

Gli autori concludono che alcuni supplementazioni e le vitamine sono fortemente associate a ridotti livelli di aggregazione piastrinica, compresi gli oli di pesce ed alcuni nutrienti ricchi polifenoli quali il succo di pompelmo e il cacao. Questi effetti possono spiegare alcuni dei benefici epidemiologici con diete ricche di questi ingredienti negli studi osservazionali.

Tuttavia, molti degli studi che hanno valutato la funzionalità piastrinica hanno fondamentali problemi metodologici e nessuno dei farmaci revisionati potrebbe essere utilizzato nella pratica clinica per i suoi effetti antiplastrinici come monoterapia o al posto di farmaci tradizionali finché non saranno realizzati studi più definitivi.

Fonte:

Circulation. 2010;121:1033–44.

L'ultima revisione citata dagli autori è relativa al lavoro di da noi già commentato, cui si rimanda:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5099>

Fonte:

J Am Coll Cardiol. 2010;55:515–25.

Riferimento

Pharmacotherapy 2011;31(10):208–277

Sintesi a cura di Patrizia Iaccarino

Per le verruche: crioterapia o acido salicilico?

In uno studio randomizzato in aperto non si sono riscontrate differenze in termini di efficacia tra crioterapia e acido salicilico nel trattamento delle verruche.

In questo studio multicentrico in aperto, randomizzato, sono stati reclutati 240 pazienti (età > 12 anni) che avevano una verruca che, a parere del medico, era possibile trattare con acido salicilico o crioterapia.

I partecipanti sono stati trattati con crioterapia (nitrogeno liquido applicato da un medico) oppure con acido salicilico

al 50% (autosomministrato) per un periodo massimo di 12 settimane.

Non si sono evidenziate differenze per l'endpoint primario (scomparsa completa della verruca a 12 settimane) tra i due gruppi, neppure quando i risultati sono stati analizzati sulla base dell'età del paziente, delle sue preferenze o del tempo di scomparsa delle verruche.

Diciannove partecipanti hanno riportato 28 eventi avversi (14 per gruppo), con due eventi avversi non gravi nel gruppo crioterapia.

La crioterapia è risultata associata a costi più elevati.

Gli autori concludono che non ci sono differenze di efficacia tra acido salicilico e crioterapia sia a 12 settimane che a 6 mesi.

Fonte:

Health Technol Assess. 2011 Sep;15:1–170.

BMJ 2011; 342:d3271 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21652750>

Commento di Renato Rossi

Le comuni verruche sono una manifestazione dermatologica che il medico prati-

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/

co vede molto frequentemente. Sono dovute al papillomavirus e si localizzano più spesso nelle aree sottoposte a traumi anche minimi come le mani e i piedi. I risultati dello studio di Cockayne e coll. rivestono quindi un interesse particolare perchè permettono al medico di consigliare in prima battuta un trattamento a base di acido salicilico che il paziente può tranquillamente eseguire al proprio domicilio, con risparmio di tempo e di costi. Gli autori ricordano che già in altri studi si è visto l'equivalenza delle due opzioni di trattamento. Va sottolineato, però, che nello studio sono state impiegate con-

centrazioni di acido salicilico maggiori di quanto di solito si usa. La crioterapia potrebbe essere riservata ai pazienti che la preferiscono oppure in seconda battuta se l'acido salicilico fallisce. Un altro dato da sottolineare è la percentuale di partecipanti che mostrava una risoluzione completa delle verruche a 12 settimane: abbastanza bassa con entrambi i trattamenti. Di questo è utile avvisare il paziente, per non creare aspettative esagerate. Gli autori dello studio ricordano, comunque, che in studi precedenti la percentuale di guarigione con le due metodiche andava dal 30% al 60%, forse a causa della diversa popolazione

arruolata.

Altri trattamenti usati sono l'immunoterapia di contatto (dinitroclorobenzene) e la terapia fotodinamica.

Ricordiamo inoltre che esiste la possibilità di una crioterapia effettuata dal paziente stesso con preparati in libera vendita a base di una miscela di dimetiletiletere e propano. Sarebbero interessanti lavori di confronto fra le varie metodiche disponibili.

E' bene, in ogni caso, informare il paziente che con il tempo le verruche tendono a guarire spontaneamente: circa due casi su tre si risolvono entro 2 anni.

E' possibile la risonanza magnetica nei pazienti con dispositivi cardiaci?

Uno studio suggerisce che la RM potrebbe essere effettuata con sicurezza nei pazienti con dispositivi cardiaci impiantati, ma con le cautele del caso.

La risonanza magnetica può essere effettuata in soggetti con dispositivi cardiaci impiantabili?

Ha cercato di rispondere a questa domanda uno studio in cui sono stati arruolati 438 pazienti che avevano impiantato un pacemaker oppure un cardioverter-defibrillatore (ICD).

E' stata impiegata una RM con campo di forza di 1,5 T e durante l'esame venivano registrati la comparsa di sintomi, l'elettrocardiogramma e vari parametri come la pressione arteriosa e l'ossimetria.

In soli tre pazienti (pari allo 0,7%) i dispositivi impiantati hanno subito la perdita della memoria del programma, ma non c'è stata una interruzione del funzionamento grazie alla funzione di backup.

Nessun paziente ha avuto disfunzioni a lungo termine anche se sono state osservate delle alterazioni dei vari dispositivi di tipo minore.

Comunque non si è mai reso necessario

un intervento di riprogrammazione.

Gli autori, pur ammettendo alcuni limiti del loro studio (non sono stati testati tutti i dispositivi cardiaci disponibili e nel 10% dei soggetti arruolati non è stato possibile effettuare un follow up a lungo termine), concludono che, **con le precauzioni del caso e a patto di effettuare un monitoraggio elettrofisiologico durante l'esame, la RM può essere considerata sicura in pazienti con determinati dispositivi cardiaci.**

Fonte:

Ann Intern Med 2011 Oct 4; 155:415.

Commento di Renato Rossi

Dato che il numero di pazienti che hanno un dispositivo cardiaco impiantato diventa sempre più elevato e dato, altresì, che la RM è divenuta per molte patologie una tecnica diagnostica di primo livello, è importante per il medico sapere se l'esame può o meno essere effettuato senza pericoli.

Lo studio recensito in questa pillola è tranquillizzante e suggerisce che l'esame è possibile, pur con le dovute precauzioni (monitoraggio clinico ed elettrofisiologico).

Un editoriale di commento conclude che i dispositivi cardiaci non dovrebbero più essere considerati una controindicazione assoluta alla RM [1].

Tuttavia, a nostro avviso, conviene essere cauti. Intanto lo studio di Nazarian e coll. ha delle limitazioni ammesse dagli stessi autori. Inoltre non sappiamo se le stesse conclusioni valgano per esami con campi magnetici diversi da quello usato nello studio.

E' utile quindi, per il medico, prima di prescrivere una RM ad un paziente con dispositivo cardiaco, contattare il radiologo dedicato per avere un parere im merito, parere che, a fini medico legali, sarebbe bene farsi rilasciare per iscritto.

E' interessante ricordare, comunque, che recentemente sono stati approntati dei pacemaker compatibili con la RM [2].

Referenze

1. Ann Intern Med 2011 Oct 4; 155:470.
2. http://www.mrisafety.com/safety_article.asp?subject=236

Vietata alle minorenni la mastoplastica additiva

E' entrata in vigore il 12 luglio 2012 una legge (5 giugno 2012, n.87) che vieta interventi di chirurgia estetica sulle minorenni.

La legge ha il fine di evitare il ricorso al

bisturi per puri fini di "apparenza", per conquistare una maggiore visibilità nel mondo dello spettacolo, nella speranza di conquistare un posto al sole come veline o simili soggetti.

Nulla di male se a fare uso chirurgico

del proprio corpo e' una maggiorenne, non e' consentito invece per le minori. La mastoplastica additiva, insieme con la rinoplastica, è uno degli interventi più richiesti dalle teen-ager, ben prima del raggiungimento della maggiore età.

In realta' non sara' facile bloccare il mercato clandestino dei bisturi di pochi scrupoli, sia che si mascherino con finte diagnosi di patologie organiche che con interventi palesemente clandestini.

Infatti restano leciti gli interventi destinati alla ricostruzione mammaria in caso di interventi o gravi malformazioni, che non hanno dunque solo ed esclusiva-

mente ragioni estetiche ma sono anche legate al benessere psicologico delle ragazze.

Per i chirurghi che continueranno ad accettare clienti under 18, sono previste sanzioni disciplinari (sospensione di tre mesi dalla professione).ed economiche, con ammende sino a 20.000 euro.

Inoltre e' prevista da altra legge l' istituzione di un "registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari" (G.U. n.148 del 27 giugno 2012) che avra' il compito di controllare la qualita' delle protesi utilizzate e di vigilare sull'applicazione della legge, controllando l'operato delle cliniche e degli ospedali dove si eseguono interventi di chirurgia. (DZ)

L' epilazione laser va eseguita sotto controllo medico

Il tribunale di Modena ha emesso una sentenza significativa a proposito di una richiesta di risarcimento per danni riportati in seguito ad un trattamento di epilazione radicale mediante laser.

L' epilazione laser e' un trattamento medico.

Tribunale di Modena – Sez. II; Sent. n. 947 del 05.06.2012

I fatti : Presso un centro estetico e' stato effettuato, in due fasi, un trattamento

laser di epilazione radicale da cui derivavano esiti cicatriziali nella regione del mento.

Veniva disposta CTU che sottolineava come il laser utilizzato per gli interventi di epilazione, se non bene adoperato, possa provocare lesioni da energia termica e quindi ustioni e necrosi coagulativa dei tessuti colpiti.

Il Tribunale, sottolineando questi aspetti, evidenziava che la tecnica utilizzata si configura, per le sue caratteristiche,

come atto medico e pertanto l'uso dello strumento avrebbe dovuto essere riservato a personale medico o comunque ad ausiliari con competenza qualificata e sempre sotto la supervisione di un sanitario.

Cio' non era accaduto, in quanto il personale addetto era privo dei titoli e delle competenze necessarie.

Per questi motivi il Tribunale condannava il Centro al risarcimento del danno. (DZ)

Non versare la quota intramoenia alla ASL configura peculato

Un primario medico che esercita la libera professione intramoenia senza versare alla ASL la quota spettante commette peculato con conseguente sospensione. Cassazione Penale – Sez. VI; Sent. n. 25255 del 26.06.2012

Un medico, gia' condannato in primo e secondo grado per peculato, ha proposto ricorso in Cassazione contro la pena a lui inflitta (un anno di reclusione e di interdizione dai pubblici uffici) dal

tribunale e dalla Corte d' appello di Salerno.

Nel corso dei processi era stato accertato che il sanitario, nell'esercizio delle sue funzioni di professore associato presso una unita' operativa complessa, aveva esercitato attivita' professionale intramoenia senza versare all' Azienda ospedaliera i corrispettivi delle visite per la conseguente ripartizione di essi secondo legge tra l'Azienda e l'indagato (rispettivamente 22% e 78%), appro-

priandosi per intero delle somme ricevute come onorario da alcuni pazienti.

Tale condotta non configura il reato piu' lieve di appropriazione indebita bensì, dato il ruolo svolto dal medico quello piu' grave di peculato.

Per questo motivo La Cassazione ha respinto il ricorso del medico confermando la sentenza dei giudici di merito. (DZ)

Lo stalker assillante deve essere custodito in carcere

Sono recenti le notizie su delitti commessi da persone abbandonate dal partner che, non riuscendo a superare il colpo dell' abbandono, si vendicano in maniera sanguinosa. Ma spesso si tratta di "delitti annunciati", preceduti da chiare manifestazioni di stalking e da esplicite minacce. La Cassazione (Sentenza n. 44133/2011) ha stabilito che gli autori di queste condotte devono essere sottoposte a custo-

dia preventiva anche prima del processo

I fatti:

Una donna, abbandonata dal suo fidanzato, iniziava una opera di stalking verso il suo ex fidanzato, la sua famiglia, la sua nuova compagna.

In particolare iniziava una persecuzione a distanza, con telefonate ed sms a tutte le ore, email minacciose, annunci su internet con foto e generalita' delle vitt-

me.

La persecutrice veniva denunciata ed arrestata.

Contro la detenzione in carcere la donna aveva presentato ricorso chiedendo, in attesa del processo, la sostituzione della misura cautelare in carcere con quella dei domiciliari presso l'abitazione dei genitori, con proibizione all' uso di telefono e mezzi telematici.

La Cassazione respingeva la richiesta

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/

sottolineando l'inidoneità dalla contenzione domiciliare proposta in alternativa sulla base delle "caratteristiche di compulsività" della condotta, e per altro, su elementi specificamente attinenti alla capacità inibitoria del domicilio indicato, quali il sequestro presso quella stessa abitazione di materiale informatico riferibile alla condotta contestata" nonché sulla "refrattarietà dell'indagine ad in-

terventi dissuasivi, come l'essere stata già presentata nei confronti della stessa analoghe denunce da precedente fidanzato".

Insomma, troppo assillante, recidiva e testarda.

Benché, dato quanto espresso in premessa, non si possa non essere

d'accordo in via di principio con la decisione della Corte, non è possibile non sottolineare che la lunghezza dei procedimenti giudiziari in Italia rischia di fatto di trasformare la misura preventiva in misura punitiva anticipata, e magari addirittura più lunga di quella che potrebbe essere la pena definitiva. (DZ)

Ritiro della patente automobilistica a chi guida il motorino da ubriaco

A guidatore del ciclomotore trovato in stato di ebbrezza va ritirata la patente automobilistica, anche se non era richiesta per il ciclomotore.

Non si applica, in caso di veicolo per cui si chiede una "abilitazione", il principio che esenta dalle sanzioni accessorie il guidatore di un mezzo che non richiede patente (come ad esempio una bicicletta). (Cassazione, con sentenza 13 agosto 2012, n. 32439).

I fatti:
il conducente di un ciclomotore era stato sorpreso in condizioni di ebbrezza alcolica in occasione di un controllo stradale. Il Tribunale aveva stabilito la pena accessoria del ritiro della patente automobilistica non accettando la tesi difensiva

dell'imputato, sostenente che il reato era stato commesso trovandosi alla guida di un veicolo che non richiedeva la patente.

La Cassazione, investita del problema, confermava la sentenza di merito in base ad un principio già stabilito dalle Sezioni Unite secondo il quale, essendo necessario per la guida del ciclomotore un certificato di idoneità, ed essendo questo sostituito ed "assorbito" dalla patente automobilistica, questa ultima soggiace alle regole di legge rispondendone al posto del certificato

"Nel caso di guida di un ciclomotore in stato di ebbrezza da parte di un soggetto munito di patente di guida - dice la Corte -, tale titolo abilitativo ha un'idoneità assorbente rispetto al certificato di ido-

neità, con l'ulteriore conseguenza che la sanzione amministrativa accessoria alla sospensione della patente di guida, prevista quale sanzione amministrativa obbligatoria anche in caso di sentenza di patteggiamento, deve necessariamente avere ad oggetto la patente di guida, in quanto titolo che abilita il soggetto anche alla guida del ciclomotore." Oltretutto, sottolineava ancora la Corte, "i requisiti fisici e psichici richiesti per la guida dei ciclomotori sono quelli prescritti per la patente di categoria A, ivi compresa quella speciale" per cui il certificato di idoneità per la guida di ciclomotori viene ad essere sostanzialmente un vero e proprio titolo di abilitazione alla guida, del tutto assimilabile alla patente di guida. (DZ)

Criteri severi verso gli automobilisti pericolosi

Secondo la Cassazione vanno sanzionate severamente le condotte degli automobilisti che mettano a rischio l'incolumità pubblica, anche se non si sono verificati danni alle persone (Cass. IV sez. n. 6381/2012).

I fatti:
un automobilista ubriaco era uscito di strada ma l'incidente non aveva cagionato danni a terzi. In base agli accertamenti, era stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti di legge, per cui venne sottoposto a processo e condannato dal Tribunale a due mesi di arresto, sospensione della patente per un anno e confisca

della vettura.

L'automobilista si era difeso sostenendo che il concetto di "incidente stradale" dovrebbe essere riferito alla collisione con altri utenti o comunque a danni verso terzi (cosa non verificatasi nel caso in oggetto) per cui era ricorso in Cassazione.

La Suprema Corte respingeva il ricorso spiegando che "il concetto di 'incidente stradale' richiamato ai fini dell'integrazione dell'aggravante, è ben più ampio di quelli d'investimento e di collisione tra autoveicoli, che vi sono, in ogni caso ricompresi: infatti, esso non implica

necessariamente la produzione di danni a cose proprie o altrui o lo scontro con altri veicoli o comunque il coinvolgimento di terze persone con danni alle stesse, bensì qualunque situazione che esorbiti dalla normale marcia del veicolo in area aperta alla pubblica circolazione, con pericolo per l'incolumità altrui e dello stesso conducente".

Vanno quindi valutate con particolare severità le condotte di guida che mettono a rischio (anche senza danno concreto) l'incolumità pubblica, compresa quella del guidatore.

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

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi, e collega il PC con i palmari, con i Tablet!

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

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE agosto e settembre 2012

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 n. 143 del 06.07.12 (Gazzetta Ufficiale n. 199 del 27.08.12)

REGOLAMENTO RECANTE L'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI LIBERO-PROFESSIONALI TRA IL MINISTERO DELLA SALUTE ED I MEDICI GENERICI FIDUCIARI INCARICATI DELL'ASSISTENZA SANITARIA E MEDICO-LEGALE AL PERSONALE NAVIGANTE, MARITTIMO E DELL'AVIAZIONE CIVILE. (VALIDITÀ 1° GENNAIO 2001-31 DICEMBRE 2005)

Con questo provvedimento viene reso esecutivo l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali tra il Ministero della salute ed i medici generici fiduciari incaricati dell'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, per il periodo 1° gennaio 2001-31 dicembre 2005, siglato tra le parti in data 31 gennaio 2012.

L'accordo si compone di:

- 19 articoli (Campo di applicazione, Conferimento dell'incarico, Incompatibilità, Compiti, Obblighi del medico, Visite ambulatoriali e domiciliari, Sostituzioni, Cessazione dall'incarico, Responsabilità convenzionali e violazioni, Commissione paritetica, Onorari e massimale, Visite mediche domiciliari di controllo, Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi, Contributo previdenziale e per assicurazione di malattia, Medici domiciliari, Quote sindacali, Esercizio del diritto di sciopero
- Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione, Aggiornamento professionale obbligatorio, Oneri);
- 2 norme transitorie;
- 5 dichiarazioni a verbale;
- 1 allegato (prestazioni aggiuntive e nomenclatore tariffario)

E' previsto che questo ACN resti in vigore fino alla pubblicazione del successivo

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 27 luglio 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 199 del 27.08.12 - Supplemento ordinario n. 176)

AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI MEDICINALI, ISTITUITO CON IL PROVVEDIMENTO DELLA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO (CUF) DATATO 20 LUGLIO 2000, EROGABILI A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, AI SENSI DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, N. 648

Con questo provvedimento viene integrato l'elenco dei farmaci erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, predisposto in attuazione dell'art. 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, mediante l'aggiunta, alla specifica sezione concernente i medicinali che possono essere utilizzati in ambito pediatrico per una o più indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate in quanto di uso consolidato sulla base dei dati della letteratura scientifica, di 7 liste di farmaci: anestetici, farmaci per il trattamento di patologie gastrointestinali, farmaci per il trattamento di patologie del sangue e organi eritropoietici, farmaci per il trattamento di patologie dermatologiche, farmaci per il trattamento di patologie dell'apparato genito-urinario e ormoni sessuali, farmaci per il trattamento di patologie del sistema nervoso e apparato muscolo-scheletrico, farmaci per il trattamento di patologie dell'apparato respiratorio.

Per ogni principio attivo vengono riportate l'indicazione pediatrica autorizzata, la posologia pediatrica autorizzata, l'uso off-label che si vuole autorizzare, le evidenze al sostegno del bisogno terapeutico, l'indicazione pediatrica in Guida all'Uso dei Farmaci nei Bambini 2003, l'indicazione pediatrica in BNF for Children 2010-11, le note.

L'utilizzo di questi medicinali non comporta l'obbligo di trasmissione dei dati individuati dall'art. 4 (monitoraggio clinico) e dall'art. 6 (spesa farmaceutica) del provvedimento CUF datato 20 luglio 2000.

Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 214 del 13.09.12)

DISPOSIZIONI URGENTI PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL PAESE MEDIANTE UN PIÙ ALTO LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE

Pubblicato in Gazzetta Ufficiale il tanto atteso provvedimento di "riordino" del sistema di tutela della salute del paese e del quale la stampa ha dato ampia eco.

Il decreto legge si articola in quattro sezioni:

- norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria: riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie; esercizio dell'attività libero professionale intramuraria; responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie; dirigenza sanitaria e governo clinico; aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia; disposizioni in materia di edilizia sanitaria, di controlli e prevenzione incendi nelle strutture sanitarie, nonché di ospedali psichiatrici giudiziari;
- riduzione dei rischi sanitari connessi all'alimentazione e alle emergenze veterinarie: disposizioni in materia di vendita di prodotti del tabacco, misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica; norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande; disposizioni in materia di emergenze veterinarie;
- disposizioni in materia di farmaci: modificazioni al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e norme sull'innovatività terapeutica; revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale e altre disposizioni dirette a favorire l'impiego raziona-

le edeconomicamente compatibile dei medicinali da parte del Servizio sanitario nazionale; procedure concernenti i medicinali; disposizioni in materia di medicinali omeopatici, anche veterinari e di sostanze ad azione ormonica;
- norme finali: razionalizzazione di taluni enti sanitari; trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal Ministero.

Decreto del Ministero della Salute del 16.07.12 (Gazzetta Ufficiale n. 222 del 22.09.12)

CENTRI AUTORIZZATI A PRATICARE LA VACCINAZIONE CONTRO LA FEBBRE GIALLA ED A RILASCIARE I RELATIVI CERTIFICATI VALIDI PER USO INTERNAZIONALE 2012

All'elenco dei centri già autorizzati a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla, vengono aggiunte ulteriori sedi (articolo 1) nelle seguenti regioni: Emilia Romagna (11 nuove sedi), Puglia (6 nuove sedi) e Veneto (2 nuove sedi).

Viene pertanto aggiornato l'elenco generale dei centri (allegato), al quale sono state apportate le opportune modifiche anche in seguito alla cambio dell'indirizzo di alcuni centri già autorizzati (articolo 2).

Legge n. 167 del 19 settembre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 227 del 28.09.12)

NORME PER CONSENTIRE IL TRAPIANTO PARZIALE DI POLMONE, PANCREAS E INTESTINO TRA PERSONE VIVENTI

Provvedimento molto sintetico composto da due articoli che, in deroga al divieto di cui all'articolo 5 del codice civile, ammette di disporre a titolo gratuito di parti di polmone, pancreas e intestino al fine esclusivo del trapianto tra persone viventi.