

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 6

Giugno 2009

I "Percorsi personalizzati del benessere"

A Uliveto, patrocinata dalla Regione Toscana, dalla ASL e dal Comune, la terza edizione dedicata alla ricerca interdisciplinare della salute

Il 23 maggio si e' svolto a Uliveto Terme il Convegno inaugurale della terza edizione dei percorsi del benessere, iniziativa interdisciplinare che coinvolge medici, biologi, psicologi, tendente a favorire il recupero dell'equilibrio psicofisico, spesso compromesso dai ritmi e dalle esigenze contemporanee. Relatori di alto livello, presentazione di ricerche originali, coordinamento con le Universita', illustrazione dei percorsi studiati per ottenere il massimo beneficio. Magiori dettagli nel prossimo numero.

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Alcune immagini del convegno inaugurale

**Il cortisonico
diminuisce le
recidive di
emicrania
grave**

**Slittano al 16
agosto gli
obblighi sulla
sicurezza dei
dipendenti**

**I gavettoni:
uno scherzo
che puo'
diventare
reato**

**Sospesa nota
AIFA 78
su colliri per
glaucoma**



**Dimagrire?
Ogni dieta va
bene, purché
ipocalorica**

**Rischio di
cancro del colon
dopo una colon-
scopia negativa**

**Lo spasmo
coronario:
esiste, e puo'
essere pericoloso**

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"

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

L' autismo puo' avere una causa anticorpale?	Pag. 3	
Testosterone e cancro alla prostata. Esiste realmente una associazione ?	Pag. 3	Mensile di informazione e varie attualita' Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998
Il cortisonico diminuisce le recidive di emicrania grave	Pag. 3	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it
Legami ambivalenti tra contraccettivi e tumori	Pag. 4	Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi
Dimagrire? Ogni dieta va bene, se ipocalorica	Pag. 4	
Rischio di violenza nei soggetti schizofrenici	Pag. 5	
L' emottisi: una sentinella importante	Pag. 6	
E' pericolosa la valvola aortica bicuspid?	Pag. 6	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)
E' pericolosa la valvola aortica bicuspid?	Pag. 6	Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Rischio di cancro del colon dopo una colonscopia negativa	Pag. 7	Per riceverla gratuitamente: daniele.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
Lo spasmo coronario: esiste, e puo' essere pericoloso	Pag. 8	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Slittano al 16 agosto gli obblighi sulla sicurezza dei dipendenti	Pag. 9	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato e riproducibile <u>citando la fonte</u></i>
Danno da fumo, no presunzione, occorre prova rigorosa	Pag. 9	
I gavettoni: quando uno scherzo puo' trasformarsi in reato perseguibile	Pag. 9	
Sospesa sperimentalmente la nota AIFA 78 sui colliri per glaucoma	Pag. 10	
Non c'e' danno morale per il turbamento di una settimana	Pag. 10	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Acquistare cani rubati e' un reato grave	Pag. 10	
Novita' in Gazzetta Ufficiale (a cura di Marco Venuti)	Pag. 11	
News prescrittive: Formoterolo, Cepimax, Maxipime, Clorochina, Cortison-chemicetina, Talofen, Modifiche Schede tecniche: Faxine, Efexor	Pag. 13	



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

L' autismo puo' avere una causa anticorpale?

Alcuni ricercatori americani del Johns Hopkins Hospital di Baltimora, guidati da Harvey Singer, hanno ipotizzato che la causa dell' autismo puo' essere costituita da anticorpi materni diretti contro il tessuto nervoso del feto.

Secondo questo studio, pubblicato sul Journal of Neuroimmunology, la donna incinta scaterebbe una risposta immunitaria verso il cervello del feto, con degli anticorpi che attraverserebbero la placenta attaccando il cervello del bambino.

La ricerca e' stata condotta sui topi ed avrebbe evidenziato una risposta infiammatoria che poi evolverebbe in lesioni nervose che si manifestano con i sintomi

dell' autismo.

Sono stati iniettati a topi femmina, incinte, anticorpi prelevati dal sangue di donne madri di bambini artistici; ad un gruppo di topi di controllo venivano invece iniettati anticorpi tratti dal sangue di madri di bambini sani.

Nei topi nati da madri del primo gruppo si sviluppavano sintomi simili all'autismo: ansia, iperattivita', scarsa tendenza a socializzare. Questi sintomi peggioravano ed aumentavano col crescere, cosi' come avviene nell' autismo umano. Cio' non si verificava nei topi del secondo gruppo.

E' evidente che una ricerca sui topi non puo' essere trasportata sic et simpliciter sull' uomo, e che l' interpretazione dei

sintomi "artistici" nel topo puo' essere fallace. Gli stessi autori hanno riconosciuto i limiti del loro studio, considerando anche che l'autismo e' una malattia complessa che potrebbe riconoscere piu' di una causa patogenetica, tuttavia ritengono probabile che la loro ricerca abbia identificato quanto meno uno dei possibili fattori patogenetici della malattia.

Se ulteriori ricerche confermassero queste rilevazioni, si potrebbe forse identificare con precisione l' anticorpo responsabile e identificare in anticipo le gravidanze a rischio di autismo.

Testosterone e cancro alla prostata. Esiste realmente una associazione ?

Il concetto che gli ormoni sessuali abbiano un ruolo nella patogenesi del cancro alla prostata deriva da numerosi studi di biologia di base ma soprattutto dall'evidenza clinica.

Infatti, come è noto a tutti, la deprivazione androgenica è in grado di "congelare" la malattia per un periodo più o meno prolungato.

Più recentemente, il PCPT ha posto in essere l'ipotesi che addirittura la finasteride, un farmaco che di fatto ha un blando effetto ormonale, possa ridurre l'incidenza di cancro alla prostata.

Su queste basi sono stati condotti numerosi tentativi di evidenziare una associazione tra cancro alla prostata e livello degli ormoni sessuali nel sangue mediante studi di epidemiologia.

Attualmente 18 studi, pubblicati tra il 1988 e il 2007, non hanno portato a risultati consistenti, dimostrando solo in alcuni casi un modesto contributo degli

ormoni sessuale sull'incidenza del cancro.

A quest'uopo, The Endogenous Hormones and Prostate Cancer Collaborative Group ha avuto il compito di effettuare un'analisi "pooled" sull'insieme dei dati originali dei 18 studi. Si tratta di 3886 uomini con cancro alla prostata e 6438 controlli.

Il rischio relativo di cancro alla prostata in relazione ai livelli sierici di 5 ormoni è stato stimato mediante particolari tecniche statistiche stratificando i soggetti per studio di appartenenza ed età e anno di reclutamento.

Non è stata trovata alcuna associazione tra rischio di tumore alla prostata e concentrazione sierica del testosterone libero, del diidrotestosterone, del deidroepiandrosterone, del androstenedione e dell'estradiolo anche dopo aver "aggiustato" i dati per i possibili fattori di confondimento.

Esiste soltanto una associazione inversa, ma debole, con la concentrazione della molecola a cui si legano gli ormoni sessuali nel sangue, la sex hormone – binding globuline (rischio relativo 0.86).

In conclusione non è affatto sicuro che i livelli degli ormoni sessuali possano influenzare l'incidenza di cancro alla prostata ma è anche possibile che i singoli studi finora pubblicati siano sotto dimensionati per dimostrare un effetto che potrebbe essere determinato da differenze di concentrazioni ormonali anche molto piccole.

Roddam AW, Allen NE, Appleby P, Key TJ. Endogenous sex hormones and prostate cancer: a collaborative analysis of 18 prospective studies. Endogenous Hormones and Prostate Cancer Collaborative Group. J Natl Cancer Inst. 2008 Feb 6;100(3):170-83

Il cortisonico diminuisce le recidive di emicrania grave

Il desametasone per via parenterale, somministrato nella crisi emicranica grave in aggiunta alle usuali terapie, riduce il rischio di recidive

L'emicrania rappresenta un problema comune e invalidante che opprime me-

diamente il 6% degli uomini ed il 15-17% delle donne.

Poiche' l' infiammazione puo' costituire un frequente fattore patogenetico, l' uso di antiinfiammatori e' piuttosto frequente tra i pazienti, che ne ricevono spesso effettivo beneficio ma con frequente

recidiva allorché il farmaco cessa il suo effetto.

Vengono usati soprattutto i FANS, mentre appaiono poco usati i cortisonici.

E' stata quindi effettuata una metanalisi al fine di valutare l'efficacia e la tollerabilità negli adulti dei corticosteroidi per

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

ULIVETO e ROCCHETTA " Acque della Salute "

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

via parenterale nel trattamento dell'emicrania acuta di grado severo e nella profilassi delle recidive.

Sono stati esaminati gli studi controllati attraverso alcuni database elettronici (Cochrane, Central Register of Controlled Trials, Medline, Embase, LILACS, CINHAL), per un totale di 738 studi in cui è stata utilizzata la terapia standard ed è stata poi confrontata la somministrazione di una singola dose di desametasone compresa tra i 10 ed i 24 mg per via parenterale rispetto ad un placebo, esaminando sia il sollievo dal dolore che la ricomparsa dell'emicrania entro 72 ore dalla terapia.

In tutti gli studi è stata evidenziata che i trattati con desametasone presentavano un minor rischio di ricomparsa di emicrania entro le prime 24-72 ore rispetto al gruppo placebo (rischio relativo, RR 0,74 con un NNT di 9 per la profilassi di 1 recidiva).

Alcuni studi, che avevano preso in considerazione, in particolare, la diminuzione in acuto dell'intensità del dolore cefalico non hanno invece evidenziato benefici del desametasone rispetto al placebo. Per quanto riguarda gli eventi avversi,

nessuna differenza significativa è stata osservata tra desametasone e placebo per quanto concerne irrequietezza, sonnolenza, formicolio, nausea, torpore o gonfiore, ma i pazienti trattati con desametasone hanno evidenziato una maggiore tendenza a manifestare vertigini.

Non è stata osservata nessuna differenza significativa tra la somministrazione intramuscolare e quella endovenosa di cortisonico. La dose migliore è risultata essere quella di 15 mg.

In conclusione i dati indicano che l'uso di desametasone in associazione ad una terapia standard riduce il rischio di recidiva emicranica entro le 72 ore ma non si sono rilevati benefici sulla riduzione dell'intensità del dolore. I potenziali benefici del farmaco riguardano essenzialmente la profilassi delle recidive che, con una singola somministrazione di desametasone per via parenterale (in associazione alla terapia standard) si riducono di circa il 30%.

La metanalisi ha tuttavia evidenziato alcuni problemi non ancora risolti, come ad esempio la possibile interazione tra l'iniezione di desametasone e le usuali

terapie antiemicraniche somministrate in sede di Pronto Soccorso (principalmente diidroergotamina, sumatriptan per via sottocutanea, antagonisti della dopamina come metoclopramide, proclorperazina e clorpromazina, e ketorolac), né è stata esaminata l'eventuale efficacia della somministrazione orale.

Naturalmente occorre tener presenti gli effetti secondari della somministrazione di cortisonico in certe categorie di pazienti, come i diabetici, che potrebbero manifestare un aumento della glicemia durante le 36-72 ore di emivita del farmaco.

Resta perciò di primo impiego, sottolineare un editoriale di accompagnamento allo studio, la terapia precoce con triptani o altre terapie standard.

Fonte:

Colman I et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. *BMJ* 2008; 336: 1359-61.

Legami ambivalenti tra contraccettivi e tumori

Si discute da anni sui possibili effetti negativi sulla salute dei metodi contraccettivi, ormai larghissimamente usati. Una ricerca americana sottolinea le possibili interferenze tra i diversi metodi (pillola contraccettiva, spirale, legatura delle tube) e le condizioni di salute della donna.

Gli effetti possono essere sia positivi che negativi, proteggendo oppure favorendo l'insorgere di malattie.

Lo studio è stato effettuato dall'equipe del Dr. Xiao-Ou Shu del Vanderbilt University Medical Center di Nashville, Tennessee, che ha posto sotto osservazione 66.661 donne cinesi tra i 40 e i 70

anni per capire la connessione fra i tre metodi contraccettivi e una serie di tumori. L'esito dello studio è stato pubblicato sull'*International Journal of Cancer*.

Tra le donne analizzate, il 19,4% aveva usato la pillola contraccettiva in qualche momento della sua vita, il 44,9% la spirale e il 12,4% la legatura delle tube. Nel corso del follow-up di circa sette anni e mezzo, 2.250 donne si sono ammalate di cancro.

Per quanto riguarda il contraccettivo orale è risultato che la pillola aumentava il rischio di tumore della cistifellea e, forse, del colon; tuttavia, cominciare a

prendere il contraccettivo orale prima dei 29 anni diminuiva il rischio di cancro del seno

La spirale riduceva il rischio di cancro alla tiroide, specialmente nelle donne giovani, ma legare le tube faceva salire il rischio di tumore dell'utero e della cistifellea, pur riducendo il rischio di cancro allo stomaco.

Ogni metodo contraccettivo presentava quindi lati positivi e negativi, proteggendo da alcune malattie ma aumentando il rischio di ammalarsi di altre, anche se lo studio presenta non pochi limiti, legati ad esempio alla selezione delle donne prese in esame.

Fonte:

AGI Salute

Dimagrire? Ogni dieta va bene, se ipocalorica

Uno studio clinico randomizzato e controllato che per perdere peso non è tanto

importante il tipo di dieta scelto, basta che sia ipocalorico.

In questo RCT sono stati reclutati 811 adulti sovrappeso o obesi (81% bianchi,

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

62% donne, BMI medio 33 kg/m²). I partecipanti sono stati randomizzati a quattro tipi diversi di dieta, tutti ipocalorici: dieta ad elevato contenuto in grassi e proteine, dieta ad elevato contenuto in grassi e contenuto proteico medio, dieta a basso contenuto in grassi ed elevato in proteine, infine dieta a basso tenore lipidico e medio contenuto protidico. La quantità di carboidrati andava dal 35% nella prima dieta al 65% nell'ultima. A 6, 12, 18 e 24 mesi venne valutato il cambiamento del peso e del giro vita e non si notò alcuna differenza tra i quattro gruppi. Al secondo anno solo il 15% dei partecipanti aveva perso almeno il 10% del peso corporeo. Anche il senso di fame e la qualità di vita erano simili nei vari gruppi.

Fonte:

Sacks FM et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of

fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 2009 Feb 26; 360:859.

Commento di Renato Rossi

Le osservazioni principali che, ci sembra, si possa fare a questo RCT sono essenzialmente due. La prima è che conta poco quale tipo di dieta si scelga, l'importante per perdere peso è che sia ipocalorica. La seconda osservazione è che la dieta sembra essere poco efficace: a distanza di 24 mesi solo il 15% dei pazienti arruolati aveva perso almeno il 10% del peso iniziale. Altri studi hanno dimostrato che anche i risultati che si possono ottenere con i farmaci sono in genere poco entusiasmanti. Diverso è il discorso per la chirurgia bariatrica che riesce ad ottenere dimagramenti molto più cospicui. Si tratta però di una scelta limitata a pazienti selezionati con obesità grave e, per di più, non scevra di effetti collaterali.

Un editorialista conclude il suo commento in maniera pessimistica, paragonando l'epidemia di obesi ad una epidemia di colera, che non si può trattare con misure singole e che necessita, invece, di azioni complesse che dovrebbero iniziare con una efficace prevenzione già dall'infanzia. Come non essere d'accordo?

Per ultimo va sottolineato che, se è vero che sembra contare poco la composizione qualitativa della dieta ai fini della perdita di peso, è anche vero che essa deve comunque essere personalizzata sul paziente. Per esempio in soggetti con cardiopatia ischemica, ipercolesterolemia, diabete è preferibile scegliere una dieta a basso contenuto in grassi animali, con preferenza per acidi grassi polinsaturi, pesce, carboidrati complessi e vegetali.

Rischio di violenza nei soggetti schizofrenici

La schizofrenia risulta associata ad un aumentato rischio di comportamenti e crimini violenti, tuttavia l'aumento è piccolo nei soggetti senza abuso di sostanze e senza familiarità per violenze.

Questo studio di tipo osservazionale aveva lo scopo di determinare quale sia il rischio di commettere crimini violenti tra i pazienti schizofrenici e se tale rischio sia o meno influenzato dall'abuso di sostanze.

Lo studio si è avvalso dell'esame di registri svedesi sui ricoveri ospedalieri e sui crimini violenti nel periodo 1973-2006. Il rischio di 8.003 pazienti schizofrenici è stato paragonato al rischio nella popolazione generale (n=80.025). Per determinare anche il ruolo di fattori confondenti di tipo familiare è stato determinato il rischio anche in 8.123 fratelli di pazienti schizofrenici non affetti dalla malattia.

Nei pazienti con schizofrenia si registrò almeno un comportamento violento nel 13,2% dei casi contro un 5,3% della popolazione generale. Il rischio risultava però sostanzialmente limitato ai soggetti che avevano anche un abuso di sostanze mentre era modesto nei pazienti schizo-

frenici senza abuso di sostanze.

Si è evidenziata anche un'importante influenza della familiarità: nei pazienti schizofrenici che erano stati confrontati con i fratelli si aveva almeno un episodio di violenza nel 28,3% dei casi contro un 17,9% dei fratelli senza schizofrenia.

Gli autori concludono che la schizofrenia è associata ad un aumentato rischio di comportamenti violenti, soprattutto nei soggetti con abuso di sostanze e con familiarità.

Sono necessari ulteriori studi per definire, in questi casi, quale possa essere la gestione e il trattamento.

Fonte:

Fazel S et al. Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA* 2009 May 20;301:2016-2023.

Commento di Renato Rossi

Gli autori di questo studio sono partiti dalla constatazione che si ritiene che i pazienti affetti da schizofrenia abbiano un rischio da 4 a 6 volte maggiore di commettere crimini violenti rispetto alla popolazione generale. Tuttavia il rischio è variabile a seconda degli studi e vi sono numerose incertezze se altri fattori

possano essere implicati. Nonostante questo, le linee guida consigliano di valutare il rischio di atti violenti nei soggetti con questo disordine psicotico. In realtà le malattie mentali da sole non predicano in modo rigoroso il rischio di violenza e vanno considerati altri fattori come un passato di comportamenti violenti, detenzione in giovane età, abusi fisici da piccoli, genitori arrestati, abuso di sostanze (alcol, droghe), l'età, il sesso, la condizione economica, il contesto sociale (per esempio un divorzio recente o la perdita del posto di lavoro).

Inoltre spesso i pazienti con psicosi sono essi stessi vittime di atti violenti e di sopraffazioni.

Lo studio recensito in questa pillola, pur confermando che la schizofrenia risulta associata ad un aumentato rischio di comportamenti e crimini violenti, conferma che tale rischio è probabilmente piccolo in assenza di abuso di sostanze e di familiarità. Pertanto la credenza assai diffusa tra il pubblico che il malato psicotico sia anche un violento andrebbe perlomeno temperata e meglio chiarita. La sfida per i medici e gli operatori sanitari è di riuscire ad individuare quei soggetti che sono a rischio più elevato, in modo da mettere in atto provvedimenti

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

ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “

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

di tipo preventivo a favore dei caregivers e dei familiari. In questo senso la conoscenza del paziente, del suo ambiente familiare e del contesto sociale ed economico, possono essere strumenti utili e preziosi. Un punto ancora incerto è se il trattamento del disturbo mentale, farmacologico e non farmacologico,

Referenze

1. Elbogen Eb et al. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Feb;66:152-61.
2. Pulay AJ et al. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results

from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jan;69:12-22.

3. Taylor PJ. Psychosis and violence: stories, fears, and reality. *Can J Psychiatry*. 2008 Oct;53:647-59

L' emottisi: una sentinella importante

Un episodio di emottisi apparentemente banale può essere invece il segno iniziale di una neoplasia polmonare.

Gianni ha 56 anni, è appena andato in pensione dopo aver lavorato per quasi quarant'anni in una fonderia.

Non ha mai avuto problemi di salute se si esclude una lieve ipertensione arteriosa che tiene sotto controllo con un aceinibitore. Il medico curante però, più che sulla pressione, continua a insistere perché smetta di fumare.

In effetti Gianni fuma da quando aveva quindici anni e la sua media è di circa 20-25 sigarette al giorno.

Ad essere sinceri ha provato più volte a smettere, ma sempre con scarsi risultati. Però apparentemente il fumare non gli provoca nessun fastidio, se si esclude qualche colpo di tosse produttiva al mattino, con emissione di scarso escreato.

In una di queste occasioni, l'escreato era striato di sangue. Sul momento non si è per nulla preoccupato pensando che probabilmente si era rotto qualche capillare, ma siccome il sintomo si è ripresentato nelle mattine successive ha pensato bene di consultare il medico. Questi, dopo averlo visitato e non aver riscontrato nulla di anormale, lo ha consigliato comunque di eseguire una radiografia del torace ed una visita otorinolaringoiatrica.

Entrambi gli accertamenti sono risultati

negativi.

Questo ha tranquillizzato Gianni, anche se l'emottisi è durata per circa una settimana. Poi, di colpo, il catarro scresciato di sangue è scomparso. Il medico gli ha detto però di farsi rivedere se il sintomo dovesse ricomparire.

Passano circa sei anni e Giuseppe non ha problemi di sorta. Un giorno, durante una passeggiata in collina, sente un improvviso dolore al ginocchio, si reca dal medico e una TAC mostra la rottura del menisco mediale. Bisogna operare, consiglia l'ortopedico.

Viene programmato il ricovero, vengono espletati gli accertamenti pre-operatori tra cui una radiografia del torace che evidenzia un nodulo al campo medio del polmone destro.

Il quadro è sospetto per neoplasia polmonare, si eseguono una TAC ed una broncoscopia che confermano la diagnosi.

Il chirurgo toracico interpellato afferma che si tratta di una forma operabile. Il paziente viene quindi ricoverato in chirurgia toracica e sottoposto a lobectomia.

Sono passati più di dieci anni dall'intervento, Gianni sta bene, e si sottopone a regolari controlli.

Commento del caso clinico

Di fronte ad un paziente fumatore con emottisi il sospetto di tumore polmonare

è molto forte.

Nel caso in questione sia la radiografia del torace che la visita otorinolaringoiatrica negative hanno tratto in inganno il medico che si è sentito falsamente tranquillo.

A sua parziale scusante si può dire che si era agli inizi degli anni ottanta del ventesimo secolo e l'esame TAC non era così facilmente disponibile e diffuso come ora. Non è certo che l'episodio di emottisi, verificatosi ben sei anni prima della diagnosi, fosse effettivamente dovuta al cancro del polmone, anche se molto probabile. Comunque il dato di una importante esposizione al fumo di sigaretta associato alla comparsa di emottisi dovrebbe, attualmente, portare il medico ad essere aggressivo nel suo iter diagnostico e a non esitare a richiedere una TAC toracica pur in presenza di una radiografia negativa.

Nel caso di Gianni, per fortuna, il ritardo diagnostico sembra non aver comportato conseguenze negative sulla sopravvivenza del paziente.

Questo conferma anche che la natura biologica del tumore polmonare è variabile: possono esistere tumori piccoli e apparentemente in fase iniziale che hanno già dato metastasi e tumori di dimensioni maggiori e apparentemente più avanzati che però hanno un decorso più lento e indolente.

Renato Rossi

E' pericolosa la valvola aortica bicuspidale?

Uno studio di coorte ha valutato quali sono gli esiti dell'aorta bicuspidale con un follow-up di 9 anni.

In questo studio di coorte sono stati

valutati gli outcomes di 642 pazienti ambulatoriali adulti (età media 36 anni, 68% uomini) affetti da valvola aortica bicuspidale.

Il follow-up medio è stato di 9 anni.

Durante questo periodo si sono verificati 28 decessi. Uno o più eventi cardiaci primari si sono verificati in 161 pazienti, comprese 17 morti per cause cardiache, 142 interventi chirurgici sulla valvola

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

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

aortica, dissezione o aneurisma aortico in 11 pazienti, ricoveri per scompenso cardiaco in 16 pazienti.

I fattori che risultarono associati ad un primo evento cardiaco erano l'età > 30 anni (Hazard ratio 3,01), la stenosi aortica moderata o grave (HR 5,679, l'insufficienza aortica moderata o grave (HR 2,68).

La sopravvivenza a 10 anni del gruppo oggetto dello studio non era significativamente diversa da quella stimata della popolazione generale. All'ultimo follow-up 280 pazienti mostravano una dilatazione del seno aortico e/o dell'aorta ascendente.

Fonte:

Tzemos N et al. Outcomes in Adults With Bicuspid Aortic Valves JAMA. 2008 Sept 17;300:1317-1325.

Commento di Renato Rossi

La valvola aortica normalmente è formata da tre cuspidi, ma talora può averne solo due e allora si parla di valvola bicuspidale.

Si tratta di una alterazione congenita molto frequente, tanto che colpisce circa l'1-2% della popolazione.

Può rimanere del tutto asintomatica e venire scoperta durante un esame ecocardiografico eseguito per altri motivi. Altre volte può complicarsi con stenosi e/o insufficienza valvolare, dilatazione della radice aortica e, infine, dissezione aortica.

Le linee guida americane [1] consigliano di valutare molto accuratamente, in questi pazienti, il diametro della radice aortica e dell'aorta ascendente con un ecocardiogramma di superficie.

Se questa valutazione non può essere accurata si consiglia di ricorrere alla RMN oppure alla TAC cardiaca.

Se si riscontra una dilatazione della radice aortica o dell'aorta ascendente (diametro > 4 cm) il follow-up con tecniche di imaging come l'ecocardiogramma, la RM e la TAC cardiaca, deve avere una cadenza annuale. Si raccomanda l'intervento chirurgico di riparazione o sostituzione della radice aortica quando il diametro supera i 5 cm oppure se la velocità di dilatazione è maggiore di 0,5 cm all'anno.

Nei pazienti che, a causa di una stenosi e/o insufficienza valvolare importante, vengono operati di sostituzione valvolare si consiglia la riparazione della radice aortica o la sostituzione della aorta ascendente per diametri superiori a 4,5 cm.

Nei soggetti con radice aortica superiore ai 4 cm che non sono candidati all'intervento e che non hanno un'insufficienza moderata/grave della valvola si consiglia la somministrazione di un beta-bloccante.

Queste raccomandazioni sono state recentemente sottoposte a critica [2] in quanto la soglia di dilatazione stabilita è arbitraria e si basa su quella prevista per la sindrome di Marfan.

Bisogna tener presente che nella sindrome di Marfan vi è una debolezza congenita del tessuto connettivo, che non è provata nel caso di aorta bicuspidale. Inoltre le linee guida non hanno confrontato il rischio di dissezione aortica con quello operatorio.

Solo nel 3% dei casi di dissezione aortica si ritrova una aorta bicuspidale mentre nel 72% dei casi è presente una storia di ipertensione. D'altra parte il rischio di mortalità da intervento chirurgico è attorno al 4%. Comunque stia la questione, lo studio recensito in questa pillola conferma che l'aorta bicuspidale non è una condizione del tutto benigna.

E' vero che la sopravvivenza a 9 anni era sovrapponibile a quella, stimata, della popolazione generale. Ma va considerato che un follow-up di 9 anni è relativamente breve per una condizione congenita e in una popolazione con età media al di sotto dei 40 anni. Inoltre un

evento cardiaco primario si verificò in circa il 25% della coorte presa in esame.

Com'era facilmente immaginabile, fattori predittivi di outcomes gravi erano l'età e la presenza di una stenosi e/o insufficienza valvolare moderata/grave. Infine in più del 40% dei pazienti, alla fine del periodo di osservazione, era presente una dilatazione della radice aortica o dell'aorta ascendente, condizione che, com'è noto, può complicarsi, con una dissezione aortica, anche se probabilmente il meccanismo con cui questa dilatazione si verifica è diverso da quello della sindrome di Marfan e, come abbiamo visto, non tutti sono concordi nel condividere le raccomandazioni delle linee guida.

In ogni caso, questo studio conferma la necessità di un controllo periodico con ecocardiogramma per valutare l'eventuale presenza e/o progressione di una stenosi/insufficienza valvolare o di una dilatazione della radice aortica o dell'aorta ascendente.

Ovviamente nel paziente che presenta segni di vizio valvolare o dilatazione il follow-up dovrà essere ravvicinato (come suggerito dalle linee guida), mentre in assenza di tali indicatori si potrà adottare un monitoraggio più distanziato.

Referenze

1. Bonow RO et al. ACC/AHA 2006 guideline for the management of patients with valvular heart disease. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2006 Aug;48:e1-148.
2. Guntheroth WG. A critical review of the American College of Cardiology/American Heart Association practice guidelines on bicuspid aortic valve with dilated ascending aorta. Am J Cardiol 2008 Jul 1; 102:107-110

Rischio di cancro del colon dopo una colonscopia negativa

Uno studio suggerisce che dopo una colonscopia negativa intervalli di screening di 5 o più anni possono essere adeguati.

Questo studio si proponeva di valutare il rischio di sviluppare un cancro del colon dopo 5 anni da una prima colonscopia negativa.

Al baseline sono stati identificati tramite

screening endoscopico 2436 soggetti senza adenomi del colon. Di questi il 51,6% (n = 1256) vennero di nuovo sottoposti a colonscopia in media 5 anni dopo.

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

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

L'età media di questo gruppo, sempre al baseline, era di 56,7 anni (56,7% uomini).

Alla seconda colonscopia non venne riscontrato alcun caso di cancro del colon.

Uno o più adenomi furono diagnosticati al 16% dei partecipanti (n = 201), furono riscontrati 19 adenomi avanzati (10 a livello distale rispetto alla flessura splenica) in 16 soggetti (1,3%).

Il rischio di sviluppare un adenoma avanzato non era diverso tra chi al baseline non aveva polipi iperplastici e chi li aveva.

Gli uomini presentarono un rischio di adenoma di qualsiasi tipo e di adenoma avanzato maggiore rispetto alle donne.

Gli autori concludono che nei soggetti che ad uno screening iniziale non sia diagnosticata una neoplasia del colon, il rischio di sviluppare un cancro coloretale è molto basso a distanza di 5 anni. Anche il rischio di adenoma avanzato è basso (maggiore negli uomini che nelle donne).

Tutto questo conferma che un intervallo di 5 o più anni dopo una colonscopia normale è appropriato.

Fonte:

Imperiale TF et al. Five-Year Risk of Colorectal Neoplasia after Negative Screening Colonoscopy
N Engl J Med 2008 Sept 18; 359:1218-1224

Commento di Renato Rossi

Anche se non sono per il momento disponibili i risultati degli studi in corso, numerose linee guida consigliano lo screening del cancro del colon con esame endoscopico.

Tuttavia non è noto quale sia l'intervallo ottimale tra un esame e l'altro. Alcuni ritengono che, siccome la colonscopia è un esame invasivo che può essere gravato anche da complicanze gravi, seppur rare, e da una ridotta compliance, ci si potrebbe accontentare di un controllo eseguito verso i 55-60 anni (once a life) e, se questo è negativo, non proseguire con screening successivi in quanto il rischio di sviluppare in futuro un cancro del colon è basso. Tuttavia questa strategia non è mai stata provata in uno studio clinico randomizzato e controllato. Altri propongono intervalli di screening di 5 o più anni [1].

Lo studio recensito in questa pillola mostra che, in effetti, questa raccomanda-

zione può essere ragionevole: nella popolazione esaminata non si evidenziò, dopo 5 anni da una colonscopia negativa, nessun caso di cancro del colon-retto, mentre adenomi avanzati (considerati importanti precursori del cancro) erano presenti solo in una percentuale molto bassa (1,3%).

Una debolezza dello studio è il fatto che dei 2436 soggetti inizialmente screenati solo poco più della metà si sottopose alla seconda colonscopia e questo potrebbe aver inquinato i risultati trovati. Comunque gli autori hanno compiuto una sensitivity analysis [2] che ha confermato sostanzialmente i dati originali. Studi futuri potranno meglio definire quale dovrebbe essere l'intervallo ottimale in soggetti a rischio medio di neoplasia del colon nei quali una prima colonscopia sia risultata negativa. Probabilmente intervalli di 8-10 anni potrebbero essere un lasso di tempo adeguato per chi decide di aderire allo screening colonscopico.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2486>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3350>

Lo spasmo coronario: esiste, e può essere pericoloso

Nei pazienti con sindrome coronarica acuta e con vasi indenni va considerata la possibile responsabilità dello spasmo coronario.

In questo studio sono stati arruolati 488 pazienti presentatisi al Pronto Soccorso per sindrome coronarica acuta. Veniva definita tale una presentazione caratterizzata da dolore toracico associato ad alterazioni ischemiche all'elettrocardiogramma e/o ad un aumento dei markers di necrosi cardiaca.

I pazienti sono stati tutti sottoposti a coronarografia. Nel 28% dei casi non si evidenziarono alterazioni coronariche (n = 138). In 22 pazienti venne posta una diagnosi alternativa, in 30 non si eseguirono altri accertamenti, mentre nei rimanenti 86 pazienti si procedette ad un test di provocazione che prevedeva la som-

ministrazione di acetilcolina intracoronarica per valutare se compariva uno spasmo vasale associato a sintomi tipici. Per parlare di spasmo era necessario che venisse osservata una riduzione maggiore del 75% del calibro vasale. Si è così potuto dimostrare la presenza di spasmo coronario in 42 pazienti.

Fonte:

Ong P et al. Coronary artery spasm as a frequent cause of acute coronary syndrome: The CASPAR (Coronary Artery Spasm in Patients With Acute Coronary Syndrome) study. J Am Coll Cardiol 2008 Aug 12; 52:523.

Commento di Renato Rossi

Non è il primo studio che dimostra la possibilità che uno spasmo coronario possa provocare ischemia cardiaca. In un vecchio lavoro pubblicato su Lancet

[1] erano stati arruolati 117 pazienti affetti da dolore toracico (sia a riposo che da sforzo) nei quali la coronarografia non aveva messo in evidenza lesioni significative. Anche in quel caso si ricorse alla somministrazione di acetilcolina intracoronarica.

Lo studio dimostrò che oltre il 50% dei pazienti aveva uno spasmo di una coronaria di grosso calibro e il 25% dei pazienti aveva uno spasmo microvascolare.

Questi ultimi svilupparono anche dolore toracico di tipo anginoso e/o alterazioni elettrocardiografiche.

Il lavoro recensito in questa pillola conferma che circa il 25% dei soggetti con sospetta sindrome coronarica acuta non presenta lesioni coronariche all'esame angiografico e che il 50% di questi ha uno spasmo provocato dal test all'acetyl-

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

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

colina. Non sappiamo se questi pazienti abbiano esiti migliori o peggiori rispetto a quelli con sindrome coronarica acuta nei quali è evidenziabile una stenosi vasale.

Non è neppure noto se farmaci che combattono lo spasmo vascolare possano essere utili in questi casi. Si tratta di aree di incertezza che dovranno essere esplorate da studi futuri.

Referenze

1. Mohri M et al. Angina pectoris caused by coronary microvascular spasm. Lancet 1998 Apr 18; 351:1165-1169 (pillole.org)

Slittano al 16 agosto gli obblighi sulla sicurezza dei dipendenti

Entro il 16 maggio, per coloro che hanno personale a qualsiasi titolo, scadeva l'obbligo di inviare la nomina del RLS (cioè del Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza).

Tale termine è stato prorogato al 16 agosto.

La denuncia riguarda la situazione nell'anno 2008, anche se la comunicazione avviene solo nel 2009.

Il Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza è appunto un rappresentante dei lavoratori e non è quindi nominato dal datore di lavoro, ma eletto tra i lavoratori.

Ovviamente i lavoratori possono decidere di non nominare nessuno, e' una scelta che ricade sotto la loro responsabilità; il datore di lavoro, in ogni caso, è

tenuto alla comunicazione all' INAIL di questa circostanza.

Nel caso, molto frequente tra i medici, di dipendente unico, questi può autonomarsi, oppure può rinunciare.

Nel caso di rinuncia, la funzione verrà svolta da incaricati dell' INAIL che attueranno dei controlli periodici della situazione.

La comunicazione, in ogni caso, va fatta all' INAIL per via telematica attraverso un professionista abilitato.

Il Decreto, e la sintetica lettera della FNOM erano già stati riportati dal sottoscritto:

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=177>

I moduli, le modalità tecniche eccetera

sono reperibili sul sito INAIL

[http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?](http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_NEW)

[_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_NEW&nextPage=Primo_Piano/info283016420.jsp](http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_NEW&nextPage=Primo_Piano/info283016420.jsp)

Secondo le ultime notizie, la mancanza di nomina non dovrebbe comportare la multa ma solo un versamento economico che dovrebbe finanziare i controlli da parte dell' INAIL.

La nomina invece comporta una serie di corsi di aggiornamento obbligatori, di costo molto variabile.

In ogni modo è bene che i medici decidano per tempo, tenendo presente che la scadenza del 16 agosto non permetterà procedure dell' ultimo minuto.

Occorre quindi prepararsi già da ora.

Danno da fumo, no presunzione, occorre prova rigorosa

La Corte di Cassazione ha annullato una sentenza del Giudice di Pace di Napoli che aveva riconosciuto iad un fumatore il diritto al risarcimento del danno alla salute da fumo di sigaretta, accogliendo il ricorso della compagnia produttrice, la British American Tobacco.

La Corte non ha escluso in linea di principio la risarcibilità del danno, però non ha ritenuto adeguato che ci si possa

basare su un generico criterio presuntivo, bensì su una più rigorosa applicazione del principio contenuto nell'art.

2697 del codice civile (Onere della prova).

In base a questo principio "chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento".

Fa parte della dottrina classica la necessità della presenza contemporanea dei

tre elementi di dolo (o colpa), danno, nesso di causalità che leghi i primi due elementi.

Per questi motivi, secondo i giudici, chi intende ottenere il risarcimento di un danno lo deve provare in base ad una verifica rigorosa del nesso di causalità tra l'evento e il danno, nonché del dolo o almeno della colpa della Società produttrice, ed infine dell'esistenza e dell'ingiustizia del danno.

I gavettoni: quando uno scherzo può trasformarsi in reato perseguibile

I gavettoni sono reato; il danno va risarcito anche se non c'è dolo (Cassazione sent. n.12401/2009

Si può immaginare lo spavento dell' automobilista che si era visto andare in

frantumi il parabrezza.

Ma questa volta non si trattava del solito sasso lanciato da un cavalcavia, bensì di un palloncino pieno d' acqua.

Gli autori dello sfortunato gavettone erano stati poi identificati: si trattava di

quattro giovani che, denunciati per danneggiamento, erano stati assolti in primo grado ma condannati in appello ad una pena di sei mesi di carcere con l'aggiunta del risarcimento del danno.

I ragazzi si erano quindi rivolti alla Cas-

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

ULIVETO e ROCCHETTA " Acque della Salute "

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

sazione che, con sentenza n.12401/2009 ha in parte sconfessato (in senso favorevole ai giovani) la pena della reclusione inflitta dalla Corte d' Appello, soprattutto perché in assenza di aggravanti si deve applicare la pena "maggiormente favorevole", e dunque la sola pena pecuniaria.

La Corte ha chiarito che il lancio dei gavettoni costituisce comunque reato e si rischia pertanto una condanna ed una

pena pecuniaria per danneggiamento, in quanto il dolo sussiste anche se nell'intenzione di chi lancia palloncini d'acqua non c'è la volontà di causare danni.

"Sussiste—dice la Corte—l'elemento intenzionale del reato di danneggiamento, nella forma del dolo eventuale, nell'ipotesi in cui gli agenti, mediante il lancio di palloncini pieni d'acqua, provocano la rottura di un oggetto in transito nel raggio d'azione del lancio, configu-

randosi tale forma di dolo anche quando l'agente si sia rappresentato come probabile o possibile anche un evento diverso da quello voluto e, cioè, nonostante abbia agito ugualmente accettando il rischio del suo verificarsi".

Poiché la pena prevista dall'art. 635 c.p. si prescrive in cinque anni, i ragazzi si sono salvati anche dalla multa, ma non dal risarcimento dei danni al malcapitato automobilista.

Sospesa sperimentalmente la nota AIFA 78 sui colliri per glaucoma

Determinazione dell'Agenda Italiana del Farmaco del 06.05.09, Gazzetta Ufficiale n. 122 del 28.05.09, Supplemento ordinario n. 81

Con questo provvedimento viene sospesa temporaneamente, e per un periodo di sei mesi, la nota AIFA 78.

La sospensione è subordinata al monitoraggio della spesa e alla valutazione dell'impatto economico in relazione ad ogni singolo principio attivo inserito in tale nota.

Pertanto, i farmaci antiglaucoma ricompresi nella nota 78 diventano liberamente prescrivibili a carico del S.S.N. da

parte dei medici specialisti.

Prestare attenzione al fatto che il provvedimento entra in vigore a decorrere dal quindicesimo giorno dalla data della pubblicazione (quindi l' 11 giugno 2009)

Non c'è danno morale per il turbamento di una settimana

La Cassazione respinge la richiesta di risarcimento per danno morale a un paziente a cui era stata posta erroneamente diagnosi di AIDS. Non c'è stata una significativa modifica peggiorativa delle sue abituali condizioni di vita

Una Casa di Cura bolognese aveva effettuato delle analisi che riscontravano infezione da HIV ad un giovane che aveva subito una banale ferita al piede. Un controllo effettuato una settimana dopo, però, aveva evidenziato che la diagnosi era frutto di un errore di laboratorio.

Nel corso del procedimento presso il tribunale, la Casa di cura era stata condannata a risarcire un danno di 25 mila euro per danno biologico ma il giovane, per il turbamento vissuto in quella settimana, aveva chiesto anche il risarcimento del danno morale.

La Cassazione, investita del caso (sentenza 7999/2009), respingeva il ricorso negando che si potesse riconoscere questo tipo di danno. Sicuramente, spiega la Corte, per 7 giorni l'uomo ha vissuto una "comprensibile e gravissima agitazione" ma la sua serenità come "le abituali condizioni di vita" non sono state intaccate. Resta fermo naturalmen-

te il diritto al risarcimento del danno biologico che peraltro gli è stato già riconosciuto. La Corte ha confermato il diniego confermando quanto deciso dai giudici di merito che "con motivazione adeguata ed esente da vizi logici" hanno spiegato che le stesse modalità della vicenda escludono che il giovane "possa aver subito una permanente e significativa modificazione in peggio delle sue abituali condizioni di vita o che si sia verificato un qualsiasi peggioramento della serenità familiare, riconoscendogli, invece, una comprensibile, gravissima agitazione della prima settimana".

Acquistare cani rubati e' un reato grave

Puo' essere ipotizzato il reato di ricettazione (Cassazione, sent. 47631/2008). Non si tratta di "reato lieve".

Puo' scattare l' arresto per chi acquista un cane con la consapevolezza che sia rubato.

La Corte di Cassazione ha ricordato che se si è consapevoli della provenienza furtiva dell'animale sussiste una ipotesi di ricettazione. La Seconda sezione pe-

nale della Corte (sentenza n. 47631/2008) ha confermato la condanna ad 1 anno e 6 mesi di reclusione nei confronti di due agricoltori rei di aver acquistato un boxer pur sapendo che l'animale era stato rubato.

Anche i giudici di merito avevano emesso un verdetto di condanna evidenziando anche il fatto che il reato non era "di natura lieve", per cui anche il ricorso in appello non aveva sortito il risultato

sperato.

I due agricoltori sono allora ricorsi in Cassazione sperando in una riduzione della pena, ma la suprema Corte ha invece respinto le loro richieste confermando le tesi dei giudici di merito.

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE aprile-maggio 2009

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

Ordinanza del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 29.04.09 (Gazzetta Ufficiale n. 99 del 3-0.04.09)

ISTITUZIONE DELLA UNITÀ DI CRISI (U.C.) FINALIZZATA A PREDISPORRE LE MISURE DI EMERGENZA PER FRONTEGGIARE I PERICOLI DERIVANTI DALLA INFLUENZA DA NUOVO VIRUS AH1N1

A pochi giorni dal verificarsi della nuova emergenza sanitaria legata alla infezione provocata dal virus AH1N1, il ministero competente istituisce la Unità di Crisi (articolo 1 - Istituzione - e articolo 2 - Composizione) e gli affida il compito di predisporre le misure di emergenza ritenute più idonee per fronteggiare i pericoli che potrebbe essere in grado di arrecare (articolo 3).

Il ministero ne stabilisce pure l'organizzazione ed il funzionamento (articolo 4).

Ordinanza del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 04.05.09 (Gazzetta Ufficiale n. 102 del 0-5.05.09)

MISURE PROFILATTICHE CONTRO L'INFLUENZA DA NUOVO VIRUS INFLUENZALE A(H1N1) PER PASSEGGERI PROVENIENTI DAL MESSICO

Con questo provvedimento vengono emanate istruzioni molto precise cui devono sottoporsi tutti i passeggeri e membri di equipaggio in arrivo in Italia provenienti direttamente o indirettamente con vettore aereo dal Messico.

I passeggeri con sintomi sospetti di influenza saranno avviati alla struttura sanitaria territoriale di riferimento per ulteriori approfondimenti diagnostici, per i trattamenti del caso e per l'applicazione delle misure previste per le malattie infettive e diffuse.

I contatti stretti di casi confermati di infezione da virus A(H1N1) saranno sottoposti a chemioprolassi e sorveglianza sanitaria per un periodo di sette giorni.

Gli studenti (scuole dell'infanzia, primarie e secondarie) che rientrano in Italia dal Messico, non saranno ammessi alla frequenza delle attività scolastiche per sette giorni dall'arrivo.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 12.03.09 (Gazzetta Ufficiale n. 108 del 12.05.09, Supplemento ordinario n. 68)

REVISIONE DELLA LISTA DEI FARMACI, 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 e le pratiche e metodi vietati.

Questo provvedimento sostituisce il decreto ministeriale 4 aprile 2008.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Formoterolo, Cepimax, Maxipime, Cloroquina, Cortison-chemicetina, Talofen

Formoterolo Viatris - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica per le confezioni da 6 µg:

E' anche indicato per alleviare i sintomi broncostruttivi in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che richiede una terapia broncodilatatoria di lunga durata.

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

Cepimex, Maxipime - Modificata l'indicazione terapeutica con l'aggiunta del: "trattamento empirico degli episodi febbrili nei pazienti neutropenici" sia in mono-terapia che, in particolari circostanze, in associazione con altri antibiotici.

Clorochina Bayer - Modificata posologia e modo di somministrazione relativamente alle compresse da 250mg:

Adulti	Bambini	Osservazioni
310 mg di clorochina base (500 mg di clorochina bifosfato) per via orale, una volta alla settimana.	5 mg/kg di p.c. di clorochina base (8,1 mg/kg di clorochina bifosfato) per via orale, una volta alla settimana, fino ad un massimo corrispondente alla dose per adulti di 310 mg di clorochina base.	Iniziare la profilassi una settimana o due prima del viaggio in zona malarica e proseguirla per tutta la durata del soggiorno, nello stesso giorno della settimana, e per altre 4 settimane dopo aver lasciato la zona malarica.

1. Profilassi della malaria

Adulti:

Secondo le linee guida dell'OMS, dosi cumulative di clorochina base pari a 1 g/kg di p.c. oppure a 50-100 g complessivi sono state associate a danno retinico. Pertanto, la dose cumulativa totale negli adulti non deve essere superiore ai 50 g di clorochina base.

In relazione a questa dose cumulativa totale, la durata totale del trattamento può variare a seconda del peso del paziente e dello specifico regime posologico prescritto. Si raccomanda di calcolare la durata totale del trattamento per ogni singolo paziente in occasione della prima prescrizione ed assicurare che essa venga ricalcolata ogniqualvolta si modificano i parametri del trattamento. La durata totale del trattamento così calcolata dovrebbe essere comunicata anche al paziente. Dev'essere prestata particolare attenzione affinché la durata totale del trattamento non venga superata.

Successivamente la profilassi dovrà essere proseguita con un farmaco che non contenga clorochina.

Bambini:

Numero di compresse da 250 mg, pari a 155 mg di clorochina base, per la profilassi della malaria, corrispondenti a 5 mg/kg p.c. alla settimana

Peso corporeo [una volta alla settimana]	Numero di compresse
3 - 10 kg	¼
> 10 - 15 kg	½
> 15 - 25 kg	¾
> 25 - 30 kg	1
> 30 - 35 kg	1+¼
> 35 - 50 kg	1+½

2. Terapia della malaria

La dose totale usualmente impiegata per il trattamento della malaria causata da plasmodi sensibili alla clorochina è di 25-30 mg di clorochina base per kg di peso corporeo. Questa dose dev'essere somministrata per via orale e distribuita nell'arco di un trattamento di 3-4 giorni: inizialmente 10 mg/kg; dopo 6 ore altri 5 mg/kg; quindi 5 mg/kg nei due-tre giorni successivi.

Adulti:

Agli adulti viene somministrata una dose iniziale di 4 compresse da 250 mg di clorochina, altre 2 compresse da 250 mg dopo 6 ore, quindi 2 compresse da 250 mg al giorno nei due-tre giorni successivi.

Bambini:

Ai bambini viene somministrata una dose stabilita in rapporto al loro peso corporeo.

Numero di compresse da 250 mg, pari a 155 mg di clorochina base, per la terapia della malaria, secondo le linee guida sulla posologia: prima dose 10 mg di clorochina base/kg, 6 ore dopo altri 5 mg/kg, poi 5 mg/kg/die per i successivi due-tre giorni

3. Trattamento dell'artrite reumatoide, del lupus eritematoso discoide cronico e del lupus eritematoso sistemico

Adulti:

A causa del rischio di sviluppare retinopatia nel trattamento a lungo termine, il dosaggio giornaliero negli adulti non deve

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

superare i 2,5 mg/kg di p.c., pari ad 1 compressa. Il trattamento può essere valutato non prima di 4-12 settimane. Qualora non si verifichi alcun miglioramento dopo 6 mesi, il trattamento andrà sospeso.

Secondo le linee guida dell'OMS, dosi cumulative di cloroquina base pari a 1 g/kg di p.c. oppure a 50-100 g complessivi sono state associate a danno retinico. Pertanto, la dose cumulativa totale negli adulti non deve essere superiore ai 50 g di cloroquina base.

In relazione a questa dose cumulativa totale, la durata totale del trattamento può variare a seconda del peso del paziente e dello specifico regime posologico prescritto. Si raccomanda di calcolare la durata totale del trattamento per ogni singolo paziente in occasione della prima prescrizione ed assicurare che essa venga ricalcolata ogniqualvolta si modificano i parametri del trattamento. La durata totale del trattamento così calcolata dovrebbe essere comunicata anche al paziente. Dev'essere prestata particolare attenzione affinché la durata totale del trattamento non venga superata.

Bambini:

Anche nei bambini la dose consigliata è di 2,5 mg di cloroquina base/kg di p.c.. Qualora non si verifichi alcun miglioramento dopo 6 mesi, il trattamento andrà sospeso.

4. Amebiasi extraintestinale

Adulti:

La dose standard da somministrare nell'adulto, che nel trattamento dell'amebiasi extraintestinale viene somministrata solo in associazione con altri principi attivi, è di 620 mg di cloroquina base al giorno, per 2 giorni, seguita da 310 mg al giorno, per 14-28 giorni.

Gli adulti assumeranno pertanto 4 compresse da 250 mg di Cloroquina al giorno per 2 giorni, seguite da 2 compresse da 250 mg di Cloroquina al giorno per 14-28 giorni.

Bambini:

Nel bambino, la dose dovrà essere di 10 mg di cloroquina base/kg di p.c. al giorno per 2 giorni, seguita da 5 mg/kg di p.c. al giorno per 14-28 giorni.

Cortison Chemicetina - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

- Unguento: trattamento topico di lesioni cutanee superficiali infiammatorie acute associate ad infezioni batteriche da ceppi sensibili al cloramfenicolo
- Unguento oftalmico: Trattamento topico di infezioni oculari superficiali batteriche causate da ceppi sensibili al cloramfenicolo, quando sia richiesta un'azione antinfiammatoria.

Talofen - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

trattamento dell'agitazione psicomotoria o del comportamento aggressivo; schizofrenia ed altri disturbi psicotici.

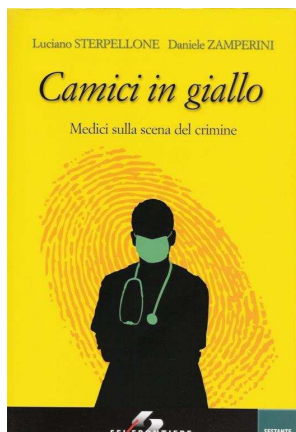
Modifiche Schede tecniche: Faxine, Efexor

Gazzetta Ufficiale: Modificate le indicazioni terapeutiche di Faxine ed Efexor.

Le nuove indicazioni terapeutiche sono:

"trattamento degli episodi di depressione maggiore, prevenzione delle recidive degli episodi di depressione maggiore, trattamento del disturbo d'ansia generalizzato, trattamento del disturbo d'ansia sociale, trattamento del disturbo da panico, con o senza agorafobia."

(Servizio fornito da Marco Venuti, www.medicoeleggi.it)



In tutte le librerie

“Camici in giallo”
Quando la scienza indaga...

Tecniche di indagine forense, casi clamorosi, la verità scientifica al di fuori delle leggende e dei telefilm
Di Luciano Sterpellone e Daniele Zamperini—Ed. SEI

MMG-NET, IL SW CHE COLLEGA TUTTI I GESTIONALI MEDICI
Grupponi di decine di MMG collegati obbligatoriamente in rete?

Su <http://www.mmg-net.it/> informazioni sul nuovo Software che, sostituendo i precedenti programmi di collegamento consente (senza aggravio di spese) di **collegare in rete di piu' studi che usino programmi gestionali diversi.**

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

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