

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 6

Giugno 2011

Come operare sul gestionale di studio dal letto del paziente e da un qualsiasi palmare

L' uovo di Colombo dell' informatica medica: uno strumento che diverra' indispensabile per chi opera (e non solo per i medici di famiglia) anche fuori sede

La paroxetina riduce l'efficacia del tamoxifene

Riepilogo: I permessi lavorativi per assistenza ai disabili gravi

Qual è l'efficacia dell'ippocastano sulla insufficienza venosa?

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Il fumo passivo al lavoro puo' essere causa di inabilità INAIL



La Fibrillazione Atriale: una ampia rivisitazione



Parcheggio selvaggio? Puo' essere reato di violenza privata

Promemoria n. 1: i mucolitici sono vietati sotto i due anni di eta'

Promemoria n. 2 : attenzione ai bioflavonoidi in gravidanza

Promemoria n. 3: abolite alcune Note

Sospeso in Francia il Pioglitazone

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

La Fibrillazione Atriale: una ampia rivisitazione	Pag. 3
La paroxetina riduce l'efficacia del tamoxifene	Pag. 6
Promemoria n. 1: i mucolitici sono vietati sotto i due anni di eta'	Pag. 7
Promemoria n. 2 : attenzione ai bioflavonoidi in gravidanza	Pag. 7
Gli asmatici possono andare in piscina?	Pag. 8
Sartani e rischio di infarto miocardico	Pag. 8
Qual è l'efficacia dell'ippocastano sulla insufficienza venosa?	Pag. 9
Parcheeggio selvaggio? Puo' essere reato di violenza privata	Pag. 10
Il fumo passivo al lavoro puo' essere causa di inabilità INAIL	Pag. 11
Le Poste devono risarcire i danni dovuti a ritardi di consegna	Pag. 11
Il Comune risponde anche penalmente delle buche dell' asfalto	Pag. 11
Per il patentino-ciclomotori ora occorre la prova pratica	Pag. 12
Riepilogo: i permessi lavorativi per assistenza ai disabili gravi	Pag. 12
Promemoria n. 3: abolite alcune Note AIFA	Pag. 13
PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE maggio 2011 (A cura di Marco Venuti)	Pag. 13
Sospeso in Francia il Pioglitazone	Pag. 14
Come operare sul gestionale di studio dal letto del paziente e da un qualsiasi palmare	Pag. 14

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

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

Patrocinate da
-O.M. della Provincia di Padova
-Soc. Scientifica "Promed-Galileo"
-SIMG-Roma
-SIAMEG
-ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
-Medico&Leggi

Redazione

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

Collaborano:

Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:

dzamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

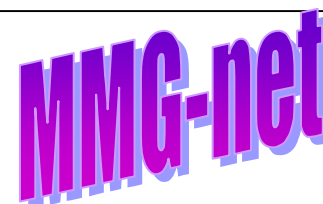
Archivio completo:

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

Contenuti selezionati:

www.scienzaeprofessione.it

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



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

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

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

La Fibrillazione Atriale: una ampia rivisitazione

Una sintesi sull'inquadramento e sulla terapia della fibrillazione atriale.

Recentemente sono state aggiornate le linee guida sulla fibrillazione atriale sia da parte della Società di Cardiologia Europea sia da parte delle Società Cardiologiche Americane.

A queste linee guida ci siamo rifatti per questo articolo.

Classificazione clinica della fibrillazione atriale

La fibrillazione atriale può essere distinta, da punto di vista dell'evoluzione temporale, in cinque forme, come riassunto nella tabella che segue.

Classificazione della fibrillazione atriale

- 1) fibrillazione atriale al primo episodio
- 2) fibrillazione atriale parossistica (forma che termina spontaneamente entro 7 giorni, usualmente entro 48 ore)
- 3) fibrillazione atriale persistente (forma che dura da più di 7 giorni o che termina grazie a cardioversione elettrica o farmacologica)
- 4) fibrillazione atriale persistente di lunga durata (forma che dura da almeno 1 anno quando si decide di adottare una strategia volta al controllo del ritmo)
- 5) Fibrillazione atriale permanente (quando si decide di adottare una strategia volta al controllo della frequenza, accettando quindi la presenza dell'aritmia; qualora si decida di intraprendere una strategia volta al controllo del ritmo la forma viene riclassificata come persistente)

Ognuna di queste cinque forme può a sua volta essere distinta in:

- 1) sintomatica
- 2) silente

In base alla gravità dei sintomi l'European Heart Rhythm Association (EHRA) raccomanda di classificare l'aritmia in:

EHRA I: assenza di sintomi

EHRA II: sintomi lievi che non impediscono le normali attività quotidiane

EHRA III: sintomi severi che riducono le normali attività quotidiane

EHRA IV: sintomi disabilitanti che impediscono le normali attività quotidiane

Quali accertamenti richiedere in un paziente con fibrillazione atriale?

Tra gli esami di laboratorio sono indispensabili l'esame emocromocitometrico, la funzionalità renale ed epatica, gli elettroliti ed i test di funzionalità tiroidea, la glicemia ed il profilo lipidico.

Tra gli esami strumentali, oltre all'elettrocardiogramma standard, vanno ricordati l'ecocardiogramma per valutare la funzionalità cardiaca ed una eventuale cardiopatia o valvulopatia sottostante (eventualmente un ecocardiogramma transesofageo per evidenziare trombi intracavitari), l'elettrocardiogramma dinamico secondo Holter e l'elettrocardiogramma da sforzo se si sospetta una cardiopatia ischemica.

Valutazione del rischio cardioembolico e conseguente trattamento

Attualmente la valutazione del rischio cardioembolico si basa sul CHA2DS2-VASc score, come riassunto nella tabella sottostante.

CHA2DS2-VASc SCORE

- Scompenso cardiaco o disfunzione ventricolare sinistra: 1 punto
- Ipertensione: 1 punto
- Età \geq 75 anni: 2 punti
- Età 65-74 anni: 1 punto
- Diabete mellito: 1 punto
- Precedente ictus, TIA, tromboembolismo: 2 punti
- Malattia vascolare (pregresso infarto, arteriopatia arti inferiori, placca aortica): 1 punto
- Sesso femminile: 1 punto

Il trattamento dipende dal punteggio raggiunto:

- Punti 0 e nessun fattore di rischio: ASA 75-325 mg/die oppure (preferibilmente) nessun trattamento antitrombotico
- Punti 1: warfarin (target INR 2-3) preferibilmente, oppure ASA 75-325 mg/die
- Punti \geq 2: warfarin (target INR 2-3)

Anche se non esplicitamente previsto dalle linee guida è consigliabile, quando si inizia una terapia con antagonisti della vitamina K (warfarin), associare, soprattutto nei pazienti a moderato-elevato rischio tromboembolico, una eparina a basso peso molecolare a dosaggio adeguato per i primi giorni, fino al raggiungimento del range desiderato di INR.

Nei casi di fibrillazione atriale parossistica il rischio tromboembolico è verosimilmente simile a quello delle altre forme di fibrillazione atriale. Pertanto la decisione di quale terapia antitrombotica iniziare si basa sulla valutazione del CHA2DS2-VASc score.

Nel flutter atriale il rischio tromboembolico è simile a quello della fibrillazione atriale per cui la strategia terapeutica non cambia.

Un caso particolare è rappresentato dai pazienti in fibrillazione atriale con sindrome coronarica acuta, recente impianto di uno stent coronarico, pregresso infarto miocardico. In questi casi l'uso della triplice o duplice terapia (warfarin + ASA e/o clopidogrel) varia per modalità e durata. Per un approfondimento si rimanda alla consultazione delle linee guida europee [1].

Nei casi di pazienti in trattamento con warfarin che vanno incontro ad ictus nonostante un INR ottimale si consiglia di aumentare l'intensità dell'anticoagulazione (INR 3-3,5) piuttosto che associare un antiaggregante all'anticoagulante.

Il dabigatran, un inibitore diretto della trombina, è un'alternativa al warfarin prevista dalle linee guida americane [2]. Il dabigatran è una possibilità nei pazienti che faticano ad essere in range terapeutico con il warfarin oppure nei casi in cui il monitoraggio dell'INR non può essere eseguito o, infine, nei pazienti a rischio emorragico elevato. Il farmaco non deve essere usato per valori di creatinina clearance inferiori a 15 mL/minuto oppure se vi è una grave epatopatia. Le linee guida ammettono che i pazienti che sono in trattamento

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/

con warfarin e che hanno un sufficiente controllo dell'INR probabilmente traggono pochi o nulli benefici dal passaggio al dabigatran.

Nei pazienti che dovrebbero assumere warfarin ma non lo possono fare per intolleranza, controindicazioni o impossibilità ad eseguire periodicamente il monitoraggio un'altra alternativa potrebbe essere l'associazione ASA + clopidogrel.

Strategie terapeutiche

Nei pazienti con fibrillazione atriale instabile caratterizzata da tachicardia e sintomi importanti (ipotensione, lipotimia o sincope, dispnea, dolore toracico, scompenso cardiaco sinistro o sintomi neurologici), è necessario un immediato ricovero. La terapia deve essere indirizzata a ridurre la frequenza cardiaca e, ove possibile, ripristinare il ritmo sinusale con una cardioversione d'urgenza. I farmaci più usati per ridurre la frequenza cardiaca in emergenza sono il verapamil o il metoprololo somministrati per via infusiva. Nei casi in cui si abbia una grave disfunzione ventricolare sinistra può essere usato l'amiodarone. Nei casi in cui la fibrillazione atriale sia caratterizzata da marcata bradicardia si usa l'atropina IV ma spesso è necessaria una cardioversione urgente oppure l'impianto di un pace maker temporaneo.

Nella maggior parte dei casi però i pazienti hanno una fibrillazione atriale stabile, vale a dire asintomatica o con sintomi lievi. In queste evenienze si deve decidere se attuare una strategia volta al controllo del ritmo oppure al solo controllo della frequenza cardiaca. Numerosi studi hanno dimostrato che gli esiti hard non differiscono tra le due strategie.

Controllo del ritmo

Per controllo del ritmo si intende un trattamento che:

- 1) ripristini il ritmo sinusale qualora questo non avvenga spontaneamente (come succede nelle forme parossistiche); il ripristino del ritmo sinusale può avvenire con la cardioversione elettrica o farmacologica
- 2) eviti le recidive

I migliori candidati al controllo del ritmo

sono i pazienti con "lone atrial fibrillation" (vale a dire fibrillazione atriale in assenza di cardiopatia e/o fattori di rischio), soprattutto se giovani. Altri candidati sono i pazienti con fibrillazione atriale parossistica sintomatica oppure con sintomi nonostante un adeguato controllo della frequenza cardiaca. Ancora: pazienti con fibrillazione atriale secondaria a fattori scatenanti correggibili. Alcuni consigliano il controllo del ritmo nei pazienti con scompenso cardiaco, anche se i dati della letteratura sembrano dimostrare che, in questi casi, non ci sono benefici rispetto alla strategia "controllo della frequenza".

Le maggiori probabilità di ripristino e mantenimento del ritmo sinusale si hanno nelle forme di insorgenza recente, quando l'atrio sinistro non è ingrandito e se non vi sono valvulopatie mitraliche. Tuttavia in una percentuale elevata di casi l'aritmia tende a recidivare a distanza di settimane o mesi e allora il ripristino e il mantenimento del ritmo sinusale divengono più problematici.

La cardioversione

Se si può essere certi che la fibrillazione atriale data da meno di 48 ore la cardioversione può essere eseguita a breve termine.

La cardioversione farmacologica ottiene il ripristino del ritmo sinusale in una percentuale inferiore rispetto alla cardioversione elettrica, ma non richiede l'anestesia.

Se la fibrillazione atriale comporta instabilità emodinamica si preferisce la cardioversione elettrica. Se invece la fibrillazione atriale non comporta instabilità emodinamica si può in prima istanza ricorrere alla cardioversione farmacologica. Se vi è una cardiopatia strutturale è preferibile l'amiodarone, altrimenti si può ricorrere a flecainide, propafenone o ibutilide.

Prima di procedere alla cardioversione sarebbe utile eseguire un ecocardiogramma transesofageo per escludere la presenza di un trombo nelle cavità cardiache, tuttavia è raro che questo esame possa essere disponibile in poche ore. In ogni caso, prima della cardioversione è necessario trattare il paziente con eparina non frazionata o con un'eparina a basso peso molecolare; dopo la cardioversione ed il ripristino del ritmo sinusale l'antico-

agulazione va protratta per almeno 4 settimane. La successiva valutazione se continuare con una anticoagulazione long term deve basarsi su vari parametri: rischio tromboembolico del paziente, presenza di trombi cavitari, pregressi episodi di fibrillazione atriale e rischio di recidiva.

Se non ci sono fattori di rischio tromboembolico, trombi cavitari e se si tratta di un primo episodio di aritmia l'anticoagulazione long term può essere omessa. Negli altri casi, pur in presenza di ritmo sinusale, va attentamente pesata la possibilità che possano comparire episodi aritmici, magari asintomatici, che possono provocare un evento cardioembolico cerebrale in assenza di copertura antitrombotica. In questo senso anche la dimostrazione di assenza di aritmia con l'ECG dinamico secondo Holter o con il loop recorder non permette di escludere con sicurezza che in futuro non potranno esserci recidive. Pertanto in molti casi ritenuti a rischio per la presenza di fattori di rischio oppure di pregressi episodi aritmici recidivanti si preferisce continuare con la terapia anticoagulante orale pur in presenza di persistenza del ritmo sinusale.

Se la fibrillazione atriale data da più di 48 ore oppure non è sicuramente databile di solito si ricorre all'anticoagulante per 3 settimane, seguita dalla cardioversione elettrica o farmacologica. Anche in questo caso l'anticoagulante, se il ripristino del ritmo sinusale ha successo, va proseguito per almeno 4 settimane. La decisione se continuare long term obbedisce alle stesse regole viste sopra. Una strategia alternativa, pur in presenza di fibrillazione che dura da più di 48 ore oppure non databile, può essere quella di eseguire subito un ecocardiogramma transesofageo. Se non si documenta un trombo cavitario si procede con la cardioversione previa eparina. Se si documenta un trombo si somministra l'anticoagulante orale per 3 settimane e si ripete l'ecografia transesofagea: se il trombo è scomparso si procede con la cardioversione, se il trombo persiste si opta per il solo controllo della frequenza cardiaca.

Indicazioni alla cardioversione elettrica (CVEL)

Una cardioversione elettrica immediata è

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/

raccomandata quando un soggetto con fibrillazione atriale a rapida risposta ventricolare ed instabilità emodinamica (infarto, ischemia, angina, ipotensione sintomatica, scompenso cardiaco) non risponde alle misure farmacologiche. Ugualmente si raccomanda una CVEL immediata se una fibrillazione atriale a rapida risposta ventricolare o instabile si associa ad una pre-eccitazione ventricolare.

Una cardioversione in elezione deve essere considerata se è prevista una strategia di controllo del ritmo a lungo termine.

Per aumentare il successo della cardioversione elettrica è consigliato un pretrattamento con amiodarone, flecainide, propafenone, ibutilide o sotalolo. Per il controllo della frequenza si può ricorrere ad un pretrattamento con betabloccanti, verapamil o diltiazem. Ripetute cardioversioni possono essere effettuate in soggetti con fibrillazione atriale gravemente instabile refrattaria alle altre misure.

La cardioversione elettrica è controindicata se vi sono segni di tossicità digitale.

Mantenimento del ritmo sinusale

Una volta ottenuto il ripristino del ritmo sinusale si pone il problema di quali farmaci usare per il suo mantenimento. Se il paziente presenta episodi parossistici poco frequenti e senza cardiopatia evidente ci si può limitare al trattamento dei singoli episodi con cardioversione elettrica o farmacologica al bisogno. Talora in questi pazienti si ricorre alla cosiddetta "pillola in tasca": si prescrive flecainide o propafenone (se questi farmaci si sono già dimostrati essere tollerati) e il paziente ne assume una dose qualora dovesse sperimentare tachicardia e palpitazioni (con l'avvertenza di recarsi in ospedale se la terapia fallisce). In generale, tuttavia, dopo il ripristino del ritmo sinusale si prescrive una terapia antiaritmica a lungo termine. La scelta del farmaco dipende da vari fattori, come riassunto nella tabella che segue, tratta dalle linee guida americane [2].

Scompenso cardiaco: preferire amiodarone o dofetilide

Iperensione senza ipertrofia ventricolare sinistra: preferire flecainide, propafenone, sotalolo o dronedarone; in caso di insuccesso passare ad amiodarone

Iperensione con ipertrofia ventricolare sinistra: preferire amiodarone o dofetilide

Cardiopatia ischemica: preferire sotalolo, dronedarone, dofetilide; in caso di insuccesso passare ad amiodarone

Assenza di cardiopatia (o cardiopatia minima): preferire flecainide, propafenone, sotalolo, dronedarone; in caso di insuccesso passare ad amiodarone.

Le linee guida europee forniscono raccomandazioni simili, anche se lievemente diverse. Per esempio in caso di ipertensione con ipertrofia ventricolare sinistra consigliano in prima battuta il dronedarone ed in caso di insuccesso l'amiodarone; lo stesso iter terapeutico viene consigliato in caso di scompenso cardiaco classe NYHA I e II, mentre nelle classi III e IV si consiglia l'amiodarone in prima battuta.

Per il mantenimento del ritmo sinusale si può ricorrere anche alla ablazione atriale sinistra transcateretere. Nella maggior parte dei casi l'ablazione interessa le vene polmonari in quanto si è visto che spesso la fibrillazione atriale è scatenata e/o mantenuta da extrasistoli che si originano in questa zona. Tuttavia, soprattutto nella fibrillazione atriale persistente, l'ablazione limitata alle sole vene polmonari non garantisce percentuali accettabili di successo ed è necessario ablate zone più ampie di tessuto atriale.

In generale l'ablazione viene consigliata quando si vuole mantenere il ritmo sinusale e si ha un sostanziale fallimento della terapia farmacologica. Nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica sintomatica senza cardiopatia l'ablazione può essere presa in considerazione come trattamento di prima scelta. Di prima

scelta potrebbe essere anche nei pazienti giovani che per mantenere il ritmo sinusale devono assumere amiodarone il cui uso, com'è noto, può portare a effetti collaterali pesanti a lungo termine (oculari, polmonari, tiroidei). L'ablazione è di prima scelta anche nel caso di flutter atriale, dove si ottiene una guarigione in oltre il 90-95% dei casi. In questo caso la zona da ablate è l'istmo dell'atrio destro.

Dopo l'ablazione il paziente deve essere trattato con terapia anticoagulante orale (con contemporanea prescrizione di eparina fino al raggiungimento dell'INR desiderato). La terapia anticoagulante va proseguita per almeno 3 mesi. La successiva decisione se continuare long term [3] segue gli stessi criteri visti in precedenza (rischio tromboembolico del paziente, numero di recidive, etc.).

L'ablazione transcateretere si è dimostrata più efficace dei farmaci nel ridurre il rischio di recidive; per esempio nella fibrillazione atriale parossistica ad un anno la percentuale di pazienti liberi da ricadute arriva ad oltre il 70% (mentre con i farmaci si arriva a percentuali di poco superiori al 50%).

La percentuale di complicanze dell'ablazione è inferiore al 5% ed è operatore dipendente: stenosi delle vene polmonari, fistola atrio esofagea, tamponamento cardiaco, lesioni valvolari mitraliche, embolismo cerebrale o sistemico, etc. Per questo è necessario che la selezione dei pazienti da sottoporre ad ablazione sia particolarmente accurata e venga effettuata da cardiologi esperti della materia.

Non sono disponibili dati a lungo termine sull'efficacia dell'ablazione nel ridurre mortalità e morbilità associate alla fibrillazione atriale.

E' possibile anche una ablazione chirurgica che viene presa in considerazione in pazienti con fibrillazione atriale che devono essere sottoposti ad interventi di cardiocirurgia per altri motivi.

Controllo della frequenza cardiaca

Il controllo della frequenza cardiaca è necessario in condizioni acute quando

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/

una fibrillazione atriale a rapida risposta ventricolare comporta sintomi e/o instabilità emodinamica.

I farmaci raccomandati per via IV sono un betabloccante oppure un calcioantagonista non diidropiridinico (verapamil o diltiazem). In presenza di scompenso cardiaco o ipotensione tuttavia è preferibile ricorrere alla digitale oppure all'amiodarone. In caso coesista una pre eccitazione sono controindicati digossina, betabloccanti, calcioantagonisti non diidropiridinici e adenosina: si possono usare amiodarone e gli antiaritmici della classe I (per esempio flecainide e propafenone).

Il controllo della frequenza cardiaca a lungo termine, lasciando il paziente in fibrillazione atriale, è una scelta terapeutica adeguata nei soggetti anziani con forme asintomatiche permanenti. Inoltre

il semplice controllo della frequenza diventa una scelta obbligata quando sono fallite le opzioni per il ripristino ed il controllo del ritmo sinusale.

I farmaci usati per controllare la frequenza cardiaca a lungo termine sono: la digitale (nel caso di pazienti che fanno una vita poco attiva), betabloccanti e digitale nel caso di scompenso cardiaco; negli altri casi vengono consigliati: betabloccanti, digitale, verapamil, diltiazem. Nel caso di coesistenza di BPCO si usano verapamil, diltiazem e digitale e, se la frequenza non è controllata, anche piccole dosi di un betabloccante beta 1 selettivo.

Spesso è necessario ricorrere alla associazione di più farmaci.

Amiodarone e dronedarone possono essere usati in seconda battuta quando i farmaci classici raccomandati per il controllo della frequenza falliscono.

Il grado di controllo della frequenza cardiaca è stato recentemente rivisto: molto spesso ci si può limitare ad una frequenza cardiaca inferiore a 110 bpm a riposo; nel caso però il paziente lamenti dei sintomi si può ricorrere ad un controllo più stretto (< 80 bpm).

A cura di Renato Rossi

Referenze

1. <http://tinyurl.com/2dzoewc>
2. <http://tinyurl.com/63e3bd2>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4984>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4953>
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4751>

La paroxetina riduce l'efficacia del tamoxifene

L'assunzione contemporanea di paroxetina riduce l'efficacia del tamoxifene e si associa ad un rilevante aumento della mortalità specifica per cancro della mammella.

Più del 25% delle pazienti con cancro mammario sperimenta un episodio depressivo. I nuovi antidepressivi sono ampiamente utilizzati nelle donne con cancro mammario per il trattamento della depressione e sono prescritti anche per i sintomi relativi all'uso di tamoxifene, quali le vampate di calore, e per varie altre indicazioni.

Obiettivo di questo studio di coorte basato su popolazione era di verificare se alcuni inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) riducevano l'efficacia del tamoxifene inibendo la sua trasformazione, da parte del citocromo P450 2D6 (CYP2D6), a metabolita attivo, endoxifene. Gli autori hanno esaminato le cartelle cliniche di quasi 25000 donne al di sopra dei 66 anni, colpite da cancro alla mammella, che avevano iniziato il trattamento con tamoxifene tra il 1993 e il 2005.

Misure di esito erano il rischio di morte

da cancro mammario dopo la sospensione del trattamento con tamoxifene, come una funzione della proporzione di tempo nella quale, durante il trattamento con tamoxifene, era stato co-prescritto ciascun SSRI.

Risultati

Delle 25000 donne esaminate, 7500 avevano ricevuto anche un antidepressivo e 2430 un unico SSRI durante la terapia con l'antiestrogeno. L'SSRI più prescritto era proprio paroxetina (25,9%), seguita dalla sertralina (22,3%), citalopram (19,2%), venlafaxina (15%), fluoxetina (10,4%) e fluvoxamina (7,2%). Delle 2430 donne trattate con tamoxifene e con un singolo SSRI, 374 (15,4%) sono morte di cancro mammario durante il follow-up (follow-up medio 2,38 anni, SD 2,59). Dopo aggiustamento per età, durata del trattamento con tamoxifene, ed altri potenziali confondenti, l'incremento assoluto del 25%, del 50%, e del 75% della proporzione di tempo in trattamento con tamoxifene, con l'uso associato di paroxetina (un inibitore irreversibile del CYP2D6) era associato con l'aumento del 24%, 54%, e del 91% del rischio di morte da cancro mammario, rispettivamente (P <0,05 per ciascun

paragone). Di contro, non è stato osservato lo stesso rischio con altri antidepressivi.

Gli autori hanno stimato che l'assunzione di paroxetina per il 41% della durata del trattamento con tamoxifene porterebbe a un decesso aggiuntivo ogni 19,7 pazienti trattate entro 5 anni dall'interruzione dell'antiestrogeno, e il rischio sarebbe ancora maggiore con una sovrapposizione più lunga.

Gli esperti che hanno firmato l'editoriale di commento allo studio, sostengono che vi è una chiara raccomandazione ad evitare in queste pazienti gli SSRI che inibiscono fortemente il CYP2D6, come paroxetina e fluoxetina, e preferire invece inibitori meno potenti quali citalopram o venlafaxina.

Limitazioni dello studio

Non si è potuta accertare l'indicazione per il trattamento antidepressivo; non si hanno informazioni sullo stadio del cancro mammario, per cui non si può escludere la possibilità che donne che hanno ricevuto paroxetina, insieme al tamoxifene, per tempi più lunghi avessero un cancro in stadio più avanzato, anche se

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/

cl clinicamente non sembra plausibile. Circa il 7% delle donne mostra una mancata attività funzionale del CYP2D6 ed è, pertanto, incapace di metabolizzare il tamoxifene in endoxifene; queste donne possono avere meno vampate di calore associate e maggiore aderenza alla terapia con tamoxifene ma una risposta più scarsa al farmaco. Non si hanno informazioni sul genotipo delle partecipanti allo studio, per cui è possibile che siano state incluse nello studio pazienti con polimorfismi perdita-di-funzione che hanno portato a minimizzare le conseguenze cliniche della inibizione del CYP2D6 farmaco-indotta, e possono aver attenuato la capacità dell'analisi di discriminare tra i vari tipi di SSRI.

Il risultato di un aumentato rischio di morte da tutte le cause in donne con co-prescrizione di paroxetina si può spiegare in almeno due modi. Primo, il cancro mammario era la causa più comune di

morte in queste pazienti ed un'associazione tra uso di paroxetina e mortalità totale era pertanto attesa.

Secondo, alcune morti non specificamente ascritte al cancro mammario possono essere state il riflesso di effetti remoti della malattia (quali embolia polmonare o tamponamento cardiaco) o della malattia stessa, specialmente quando non sono state registrate altre cause di morte. E' importante che queste limitazioni sono state applicate a tutti gli antidepressivi e non possono spiegare il rischio differente di mortalità osservato con il trattamento con paroxetina. Sebbene il grado con cui i vari SSRI inibiscono il CYP2D6 differisca tra i vari studi, vi è consenso che sia la paroxetina sia i suoi metaboliti siano forti inibitori del CYP2D6.

Gli autori non hanno trovato associazione tra uso di fluoxetina e morte da can-

cro mammario tra donne che usano il tamoxifene. I motivi di questo non sono chiari ma potrebbe riflettere il basso numero di donne trattate con fluoxetina in questo campione di studio, per cui i risultati di questo studio non possono essere visti come una evidenza di sicurezza d'uso della fluoxetina con il tamoxifene. In maniera simile, non si può escludere la possibilità che dimensioni insufficienti di campione possono spiegare i risultati di mortalità non significativa con altri SSRI.

A cura di Patrizia Iaccarino

Riferimento

Kelly CM, et al.: Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women taking Tamoxifen: a population based cohort study" *BMJ* 2010; 340: c693.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4971>

Promemoria n. 1: i mucolitici sono vietati sotto i due anni di età'

Ricordiamo che l' AIFA ha emesso un provvedimento restrittivo a proposito dei farmaci mucolitici, acetilcisteina, carbocisteina, ambroxolo, bromexina, sobrerolo, neltexina, erdoxina e telmestina, contenuti in numerosi medicinali che sono per la maggior parte dispensabili senza obbligo di ricetta.

Questi farmaci hanno attività mucolitica e fluidificante e sono per lo più prescritti, o somministrati dal genitore, nel trattamento delle affezioni acute e croniche

dell'apparato respiratorio.

In Francia sono stati evidenziati aumento dei casi di ostruzione respiratoria e di peggioramento di patologie respiratorie nei bambini di età inferiore a 2 anni trattati con i mucolitici, a causa della minor capacità di drenaggio bronchiale a quest'età'. Si è riscontrato peggioramento di bronchiolite, aumento di tosse, aumento di secrezioni bronchiali, dispnea, difficoltà respiratoria, vomito viscoso

che spesso hanno obbligato all'ospedalizzazione.

E' stato quindi controindicato l'uso di tali farmaci sotto i due anni d'età'.

Per leggere il provvedimento integrale, vai su

http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/mucolitici_aifa_vietati_bambini.pdf

Daniele Zamperini

Promemoria n. 2 : attenzione ai bioflavonoidi in gravidanza

Dato l'ampio uso di prodotti "venoprotettori" durante il periodo estivo, ricordiamo che alcuni anni fa il Ministero della Salute ha emanato una serie di provvedimenti (Decr. 24/10/2002, Decr. 15/11/2002, ecc.) in cui veniva sottolineato che "la problematica concernente la sicurezza d'uso dell'assunzione di supplementi di bioflavonoidi durante la gravidanza è attualmente oggetto di approfondimento a seguito della segnalazione, per alcune di tali sostanze, della possibilità di aumento del rischio

di gravi patologie, pur rare, nel primo anno di vita..." per cui era disposto l'inserimento nell'etichetta di integratori che contenessero tali sostanze della seguente avvertenza: "**Non assumere durante la gravidanza**".

Questa nota riguardava dapprima solo gli integratori, e non i farmaci, ma in un momento successivo venivano trasferiti anche ai farmaci basati sugli stessi principi attivi (cosiddetti "venotropi" come Diosmina, Mirtillina, Escina, Troxerutina, Rutoside, Oxerutina). Questi vengo-

no frequentemente prescritti, anche in gravidanza, per disturbi vascolari periferici non essendo considerati controindicati, tuttavia consigliamo ai medici una particolare prudenza.

Attualmente non abbiamo rinvenuto nei foglietti illustrativi una diretta controindicazione, il problema sembra trasferito tra le "avvertenze" ("alcune evidenze sperimentali... mostrano una possibile azione mutagena dei bioflavonoidi su alcuni geni coinvolti nel controllo della proliferazione cellulare").

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/

Data la delicatezza del problema il sottoscritto ritiene consigliabile evitare la prescrizione di farmaci a base di biofla-

vonoidi in corso di gravidanza.

Daniele Zamperini

Gli asmatici possono andare in piscina?

Secondo uno studio osservazionale prospettico la frequentazione della piscina non risulta associata ad un aumentato rischio di asma o di crisi asmatiche.

Gli autori di questo studio hanno seguito 5.738 bambini inglesi dalla nascita all'età di 10 anni raccogliendo, grazie ad un questionario, dati sulla frequentazione di piscine e sintomi respiratori.

All'età di 7-8 anni sono stati valutati la funzionalità polmonare, l'ipereattività bronchiale e sono stati eseguiti gli allergotests cutanei.

I risultati ottenuti sono stati, poi, corretti per vari fattori di confondimento. Si è visto che la frequentazione della piscina non risultava associata ad un aumento del rischio di patologie allergiche (asma, eczema atopico, rinocongiuntivite).

Al contrario: la frequentazione della piscina riduceva la sintomatologia asmatica nei bambini che avevano avuto episodi di broncocostrizione (wheezing) nei primi 3 anni e mezzo di vita.

Fonte:

Font-Ribera L et al. Swimming pool attendance, asthma, allergies, and lung function in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2011 Mar 1; 183:582.

Commento di Renato Rossi

Spesso i genitori di bambini con asma o altra patologia allergica chiedono se sia pericoloso o utile che i loro figli frequentino corsi di nuoto o comunque

possano andare in piscina.

Da una parte i medici ritengono che il respirare in un ambiente umidificato come la piscina possa ridurre l'ipereattività bronchiale dell'asmatico e quindi il rischio di comparsa di crisi da esercizio fisico.

D'altra parte vi è il timore che l'esposizione ai prodotti usati per la disinfezione dell'acqua (a base soprattutto di cloro) possa scatenare crisi asmatiche.

Alcune recenti revisioni della letteratura [1,2,3,4] hanno dimostrato che, in effetti, l'asma è più frequente nei soggetti che praticano il nuoto rispetto ad altri tipi di sport.

Sembra inoltre che lo sviluppo di asma in chi frequenta le piscine sia più probabile in alcuni genotipi piuttosto che in altri.

Tuttavia le prove non sono del tutto conclusive circa un'associazione di tipo causale fra frequentazione della piscina ed asma di nuova insorgenza. L'associazione tra frequenza delle piscine e asma è presente soprattutto di chi passa molto tempo a nuotare (come per esempio chi pratica il nuoto a livello agonistico) mentre è meno provata per chi frequenta le piscine a scopo ricreazionale.

Alcuni autori auspicano studi a lungo termine per chiarire in modo più accurato la questione dato che molti dei lavori disponibili sono di tipo trasversale e non longitudinale.

Nel frattempo cosa consigliare ai genitori che ci chiedono un parere? Lo stu-

dio prospettico recensito in questa pillola è tranquillizzante ed anzi sembra dimostrare un effetto protettivo della piscina verso l'asma nei bambini che, da piccoli, hanno avuto episodi di broncocostrizione.

Riteniamo, perciò, ragionevole non vietare per principio la frequenza della piscina al bambino asmatico, esclusi i casi in cui risulta evidente che questa pratica scatena o peggiora i sintomi respiratori.

Nello stesso tempo si devono informare i genitori che gli studi hanno dimostrato che esiste una associazione con l'asma in chi frequenta la piscina assiduamente e per molte ore, come per esempio chi pratica nuoto agonistico o semi agonistico, dato che in questi casi l'esposizione ai prodotti a base di cloro diviene prolungata.

Referenze

1. Fisk MZ et al. Asthma in swimmers: a review of the current literature. *Phys Sportsmed*. 2010 Dec;38(4):28-34.
2. Weisel CP et al. Childhood asthma and environmental exposures at swimming pools: state of the science and research recommendations. *Environ Health Perspect*. 2009 Apr;117(4):500-7.
3. Uyan ZS et al. Swimming pool, respiratory health, and childhood asthma: should we change our beliefs? *Pediatr Pulmonol*. 2009 Jan;44(1):31-7.
4. Goodman M et al. Asthma and swimming: a meta-analysis. *J Asthma*. 2008 Oct;45(8):639-47.

Sartani e rischio di infarto miocardico

Rispetto al placebo e agli altri trattamenti antipertensivi l'uso dei sartani non aumenta il rischio di infarto miocardico, mentre riduce il rischio di ictus.

Obiettivo di questa revisione sistematica

con metanalisi era di determinare gli esiti cardiovascolari e di altro tipo della terapia con gli inibitori del recettore dell'angiotensina (sartani).

E' stato possibile ritrovare 37 RCT per un totale di 147.020 pazienti.

Il confronto è stato effettuato sia con altri trattamenti antipertensivi che con placebo.

I sartani non sono risultati associati ad un aumento del rischio di infarto miocardico (RR 0,99; 95%CI 0,92-1,07) sia

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/

rispetto ad altri farmaci antipertensivi che rispetto al placebo. Non è risultato neppure un aumento del rischio di morte, morte cardiovascolare o angina pectoris.

Rispetto ai controlli i sartani sono risultati associati ad una riduzione del rischio di ictus (RR 0,90; 95%CI 0,84-0,98), scompenso cardiaco (0,87; 0,81-0,93) e diabete di nuova diagnosi (0,85; 0,78-0,93) sia quando paragonati al placebo che al trattamento attivo.

Gli autori concludono che vi sono evidenze convincenti che l'uso dei sartani non aumenta il rischio di infarto miocardico, mentre rispetto al placebo e ai trattamenti di controllo riducono il rischio di ictus.

Fonte:

Bangalore S et al. Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of 147 020 patients from randomised trials. *BMJ* 2011 May 9; 342:d2234

Commento di Renato Rossi

Il sospetto che i sartani fossero associati ad un aumentato rischio di infarto miocardico era stato avanzato nel 2004 da un editoriale del *BMJ* [1]. Sospetto peraltro successivamente smentito [2]. A riaccendere la polemica erano venute metanalisi successive che avevano mostrato risultati contrastanti circa il rischio di infarto nel paragone tra sartani e aceinibitori [3].

Altre analisi mostravano che sartani e ACE-inibitori sono ugualmente efficaci nella protezione del rischio di eventi cardiovascolari e della mortalità da tutte le cause e suggerivano per i sartani un ulteriore esiguo effetto protettivo verso

lo stroke, al di là della riduzione della pressione [4].

Dati peraltro messi in discussione da studi successivi [5] secondo i quali i sartani non sarebbero più efficaci del placebo nel ridurre il rischio di cardiopatia ischemica.

Arriva ora l'ultima puntata della serie: secondo l'analisi di Bangalore e collaboratori non solo i sartani non porterebbero ad un aumento del rischio di infarto miocardico sia rispetto agli altri trattamenti che rispetto al placebo, ma neppure ad un aumento del rischio di mortalità totale e cardiovascolare e di angina pectoris. Per contro si assiste, con il loro uso, ad una riduzione del rischio di ictus e di scompenso cardiaco.

Da ricordare che recentemente è stato pubblicato un ampio studio di coorte che scagiona i sartani dal rischio di cancro [6], smentendo il sospetto avanzato da una metanalisi i cui risultati, come scrivemmo a suo tempo, andavano valutati con molta prudenza [7].

Che dire? La letteratura ci ha abituato a questo e altro e spesso viene il sospetto che sia tutto un dire e disdire. D'altra parte non sono ancora state inventate le metanalisi e le revisioni sistematiche perfette. Come abbiamo varie volte ripetuto il medico si dovrà confrontare sempre più spesso con dati di letteratura tra loro contrastanti.

Teoricamente gli RCT e le metanalisi producono numeri e i numeri, per loro natura, non dovrebbero essere discutibili. Eppure in medicina non succede così, le cose sono molto più complicate e sfaccettate. Gli studi sono talmente numerosi, le metodologie statistiche così

difficili e sofisticate, il disegno dei vari RCT diversificato e complesso e la loro qualità così variabile che i vari esperti si trovano spesso tra loro in disaccordo su come interpretare tutta questa mole di dati.

Ci sembra comunque, considerando le cose nel loro insieme, di poter concludere che i sartani rappresentano un'ulteriore arma terapeutica che va ad aggiungersi agli altri farmaci antipertensivi, e che i medici possono continuare ad usarli senza temere rischi.

Sarà importante comunque attendere le decisioni degli enti regolatori (FDA ed EMA), come abbiamo già scritto in pillole precedenti [6,7].

Per una volta comunque ci piace fare la parte dell'avvocato del diavolo, perché viene spontanea una domanda: non sarà che quando i sartani avranno perso il brevetto e il loro costo sarà di molto diminuito tutto questo proliferare di ricerche improvvisamente scomparirà come nebbia al sole?

Ai prossimi anni la risposta.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1529>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1986>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3224>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4158>
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4639>
6. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5231>
7. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5074>

Qual è l'efficacia dell'ippocastano sulla insufficienza venosa?

L'estratto di semi di ippocastano (*Aesculus hippocastanum* L.) contiene escina, una saponina triterpenica, come componente attivo.

E' stato visto che l'escina inibisce l'attività di elastasi e ialuronidasi, due enzimi coinvolti nella degradazione del proteoglicano. In pazienti con insuffi-

cienza venosa cronica (IVC), i leucociti attivati si accumulano nelle gambe affette e rilasciano questi due enzimi che portano a danno patofisiologico.

E' stato suggerito che l'estratto di semi di ippocastano (HCSE) riduca l'IVC attraverso l'inibizione degli enzimi lisosomiali dai leucociti attivati.

L'attuale gestione dell'IVC consiste nel trattamento compressivo che è stato associato a discomfort e a scarsa compliance, il che rende la terapia orale un'opzione attraente.

Pittler e coll. hanno condotto attraverso la Cochrane Collaborative una revisione sistematica di trial randomizzati control-

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/

lati pubblicati e non pubblicati che hanno valutato l'efficacia e la tollerabilità di monopreparazioni orali di HCSE versus placebo o terapia di riferimento per il trattamento della IVC dal 1966 ad Ottobre 2005.

Dalla loro letteratura i ricercatori hanno identificato 14 trials che comprendevano 1501 pazienti con IVC.

Rispetto a placebo, la somministrazione di HCSE era associata a miglioramenti dei segni e sintomi relative ad IVC, specificamente edema, prurito, riduzione della circonferenza della caviglia e del polpaccio e del volume delle gambe.

Il dolore alle gambe era stato valutato in sette piccoli trial controllati vs placebo. Sei studi (n=543) hanno riportato una

riduzione significativa del dolore alle gambe attraverso varie scale di misurazione in pazienti che avevano assunto HCSE rispetto a placebo, mentre altri avevano mostrato un miglioramento rispetto alla linea basale.

Riguardo al volume delle gambe, un trial ha indicato che l'HCSE può essere efficace come trattamento insieme alle calze compressive.

Dei 14 studi che hanno riportato eventi avversi, quattro studi non hanno trovato eventi avversi in coloro che erano stati trattati con HCSE, mentre sei studi hanno riportato effetti gastrointestinali, vertigini, nausea, mal di testa e prurito.

Basandosi su questi dati, gli autori concludono che l'HCSE rappresenta un

trattamento efficace e sicuro come trattamento sintomatico a breve termine per l'IVC; tuttavia, sono necessari trial randomizzati controllati più rigorosi e più ampi.

Pittler MH, Ernst E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; DOI: 1-0.1002/14651858.CD003230.pub3. Available at: <http://www.cochrane.org>.

A cura di Patrizia Iaccarino

Referenze

Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 1. Sheryl L. Chow et al. *Pharmacotherapy*. 2010;30:109

Parcheggio selvaggio? Puo' essere reato di violenza privata

La Cassazione ha ribadito quanto già affermato in precedenti sentenze: bloccare con la propria autovettura la vettura di un alto impendone l'uscita o la circolazione, puo' integrare il reato di violenza privata e comportare quindi una condanna penale (Cass. V Penale n. 7592/2011).

Daniele Zamperini

I fatti:

il proprietario di un' autovettura era stato condannato a trenta giorni di reclusione per violenza privata in base all' art. 610 c.p. per aver intenzionalmente parcheggiato la sua auto in modo da impedire l'uscita di un altro condomino omettendo, nonostante le sollecitazioni, a rimuovere l'automezzo e costringendo l' altro a non potersi allontanare.

L' uomo, dopo la condanna da parte dei giudici di merito, aveva avanzato ricorso per cassazione sostenendo, oltre all'intervenuta prescrizione, che la Corte d'appello avesse erroneamente ritenuto provata la circostanza dell'intenzionalità della sua condotta, dovuta invece allo smarrimento delle chiavi.

La Cassazione invece respingeva il ricorso, pur dichiarando estinto il reato per prescrizione, stabilendo che, in casi del genere, non rileva la circostanza che l'agente avesse smarrito le chiavi, non avendo questo fornito personalmente

informazioni in merito allo smarrimento. Ha poi confermato la responsabilità civile del colpevole, confermando il risarcimento del danno in favore della persona offesa.

Secondo la pronuncia della Corte, quindi, senza l'intervenuta prescrizione del reato, l' automobilista prepotente avrebbe rischiato una condanna definitiva per violenza privata.

Commento:

Puo' sembrare strano, ma non e' la prima volta che la Cassazione si esprime in questi termini, per cui il principio potrebbe ritenersi ormai confermato.

Abbiamo già pubblicato su http://www.scienzaeprofessione.it/Pillol e_SP_02_06.pdf e su

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/pdf.asp?print=news&pID=2280>

una precedente analoga sentenza risalente addirittura al 2005 in cui la Corte di Cassazione (I sez. Penale, sentenza n. 24614 del 4 luglio 2005) condannava per violenza privata (art. 610 C.P.) un automobilista che aveva bloccato, parcheggiando in doppia fila, una vettura impedendone l' uscita, annullando, in questo caso, l' assoluzione da parte dei giudici di merito.

In quel caso la corte stabilì che "...il

reato di cui all'art. 610 c.p. resta integrato ogni volta che la condotta dell'agente sia idonea a produrre una coazione personale del soggetto passivo, privandolo della libertà di determinarsi e di agire in piena autonomia."

L' automobilista "prepotente" non solo aveva parcheggiato in doppia fila bloccando l' altra autovettura, ma aveva anche opposto un rifiuto al conducente di quest' ultima che lo aveva invitato a spostarla per potersi allontanare, e aveva quindi imposto un comportamento non liberamente voluto.

Ripetiamo le considerazioni di allora: Cosa potrebbe accadere se l' automobilista bloccato fosse un medico in servizio, e se il blocco dell' autovettura ne impedisse il regolare svolgimento o impedisse di portare soccorso ad un malato? E' chiaramente ipotizzabile che si possa integrare, almeno in certi casi il reato piu' grave di "interruzione di pubblico servizio".

L' incauto prepotente potrebbe correre seri rischi dal punto di vista penale, essendosi ormai consolidato un chiaro indirizzo di condanna verso tali comportamenti.

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/

Il fumo passivo al lavoro puo' essere causa di inabilità INAIL

La Cassazione ha confermato una sentenza delle corti di merito che riconosceva la possibile relazione tra l'esposizione al fumo passivo in ambiente lavorativo e i sintomi respiratori cronici, respingendo il ricorso dell' INAIL e riconoscendo il diritto alla rendita.

Cassazione Sezione Lavoro, sentenza 3227 del 10 febbraio 2011).

I fatti:

Un geometra dipendente comunale aveva svolto la sua attività lavorando per cinque ore al giorno, per un trentennio, in un locale non areato e aperto al pubblico, insieme ad altro collega fumatore, costretto quindi ad una prolungata inalazione di fumo passivo.

I magistrati di primo grado avevano escluso che vi fossero elementi suffi-

cienti per affermare un nesso causale giuridicamente rilevante tra l' inalazione di fumo passivo durante l'attività lavorativa e le patologie polmonari riscontrate. La sentenza era stata riformata in Appello, ove la Corte dichiarava il diritto del lavoratore alla rendita per inabilità permanente nella percentuale del 47% sulla base della CTU che diagnosticava "asma bronchiale intrinseca ed enfisema polmonare" giudicando tali condizioni attribuibili verosimilmente all'esposizione protratta per diversi decenni al fumo passivo.

L' INAIL ricorreva in Cassazione ma questa respingeva il ricorso dell' Istituto ritenendo che la Corte d'Appello si fosse "uniformata agli approdi ermeneutici di legittimità secondo cui: a) la tutela antinfortunistica del lavoratore si estende

alle ipotesi di cd. rischio specifico improprio, definito come quello che, pur non insito nell'atto materiale della prestazione lavorativa, riguarda situazioni ed attività strettamente connesse con la prestazione stessa all'attività lavorativa); b) la nozione di rischio ambientale comporta che è tutelato il lavoro in sé e per sé considerato e non soltanto quello reso presso le macchine, essendo la pericolosità data dall'ambiente di lavoro; c) i fattori di rischio per le malattie non tabellate comprendono anche quelle situazioni di dannosità che, seppure ricorrenti anche per attività non lavorative, costituiscono però un rischio specifico per l'assicurato".

Daniele Zamperini

Le Poste devono risarcire i danni dovuti a ritardi di consegna

La questione dei ritardi postali e' arrivata addirittura alla Corte Costituzionale

Il caso preso in esame dalla Corte Costituzionale riguarda una società che aveva subito un danno per il ritardato recapito di un plico spedito con il servizio di postacelere, ed aveva perciò convenuto in giudizio Poste Italiane S.p.A. al fine di ottenere un risarcimento. Il danno era cospicuo in quanto con quel plico era stata spedita la documentazione necessaria per la partecipazione ad una gara di appalto; a causa di un disguido postale la documentazione era giunta in ritardo e la società era stata esclusa.

Come risarcimento, le Poste si erano limitate a riconoscere solo il rimborso delle spese sostenute, in base all'articolo 6 del dpr n. 156/73 che dispone che l'Amministrazione ed i concessionari del servizio telegrafico non incontrano

alcuna responsabilità per il ritardato recapito delle spedizioni effettuate con il servizio postacelere.

La Consulta, investita della faccenda dal Tribunale di Napoli, ha fatto notare che la norma impugnata "determina in favore del gestore un ingiustificato privilegio, svincolato da qualsiasi esigenza connessa con le caratteristiche del servizio, senza dunque realizzare alcun ragionevole equilibrio tra le esigenze del gestore e quelle degli utenti del servizio, equilibrio che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, il legislatore avrebbe invece dovuto realizzare, essendo venuta meno la concezione puramente amministrativa del servizio postale, e quindi 'la possibilità di collegare tali limitazioni di responsabilità alla necessità di garantire la discrezionalità dell'Amministrazione' (sentenza n. 463 del 1997).

Tale privilegio determina, quindi, la dedotta violazione del canone di ragionevolezza e del principio di eguaglianza garantiti dall'art. 3 Cost., con conseguente illegittimità costituzionale dell'art. 6 del codice postale nella parte in cui esclude, in mancanza di speciali norme di legge, qualsiasi responsabilità delle Poste per il ritardato recapito delle spedizioni di postacelere".

La Corte Costituzionale quindi, con sentenza n.46/2011, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della norma in questione (articolo 6 del dpr n. 156/73) nella parte in cui dispone che l' Amministrazione ed i concessionari del servizio telegrafico non incontrano alcuna responsabilità per il ritardato recapito delle spedizioni effettuate con il servizio postacelere.

Daniele Zamperini

Il Comune risponde anche penalmente delle buche dell' asfalto

Il dirigente dell' Ufficio Tecnico risponde delle lesioni causate da omessa manutenzione del manto stradale (Cass. N 1377/2011)

I Comuni, ha stabilito la Cassazione, hanno l' obbligo di rimuovere le buche stradali e le altre irregolarità che potrebbero causare incidenti e cadute.

Qualora questo obbligo venga disatteso, saranno responsabili delle lesioni colpose in sede penale.

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/

I fatti:

Il dirigente dell'Ufficio tecnico del Comune di Acqui Terme (in provincia di Alessandria) e' stato condannato per le lesioni riportate da una signora inciampata in una bolla dell'asfalto, venendo considerato responsabile per aver ommesso la manutenzione ordinaria del piano di calpestio del passaggio pedonale. Infatti sull' asfalto si era formata una bolla, non visibile e non segnalata, su cui era inciampata una signora. Il dirigente e' stato condannato per lesioni colpose nonostante che la difesa del Comune sostenesse che, essendo la bolla visibile, il pedone l'avrebbe potuta

evitare.

La Corte sottolineava che "il sindaco e il responsabile dell'Ufficio tecnico del Comune assumono la posizione di garanzia sulla base di una generale norma di diligenza che impone agli organi dell'amministrazione comunale, rappresentativi o tecnici che siano, di vigilare, nell'ambito delle rispettive competenze, per evitare ai cittadini situazioni di pericolo derivanti dalla non adeguata manutenzione e dal non adeguato controllo dello stato delle strade comunali".

Infatti il compito del dirigente comunale, onerato della manutenzione " e' pro-

prio quello di rimuovere quelle situazioni di irregolarita' da cui e' prevedibile possano sorgere problemi per la circolazione degli utenti".

Nel caso in questione, "essendosi verificato che lo stato della strada poteva determinare prevedibilmente eventi del genere" l' omissione della riparazione comporta la responsabilita' dell' Ente comunale e dei suoi rappresentanti. La disattenzione del pedone, avverte la Cassazione, se il Comune non si attiva per rimuovere le insidie non e' che un "pretesto" di cui non tenere alcun conto.

Per il patentino-ciclomotori ora occorre la prova pratica

Cambiano alcune norme del Codice della strada nella parte in cui venivano stabiliti i requisiti necessari per il patentino per ciclomotori

Le nuove norme sono contenute in due decreti pubblicati recentemente in Gazzetta ufficiale (D.M del 1 marzo 2011 n.81 e DM. del 23 marzo 2011 n.106, pubblicati nella G.U. n. 73 del 30 marzo 2011).

Dal 1/4/2011, stabiliscono le nuove norme, per ottenere il patentino necessario

per la guida di motorini e minivetture non e' piu' sufficiente il solo esame teorico ma si deve superare un esame con prova pratica di guida.

Secondo quanto previsto dei decreti, dopo la prova teorica verrà rilasciata un'autorizzazione provvisoria che permetterà di esercitarsi prima di sostenere l'esame pratico (entro sei mesi dal rilascio dell'autorizzazione stessa).

Per quanto concerne i ciclomotori a due ruote ci si potrà esercitare in luoghi poco frequentati mentre se il mezzo è un ci-

clomotore a tre ruote o un quadriciclo leggero è necessario l'accompagnamento di un istruttore, di età non superiore a 65 anni e titolare di patente B da non meno di dieci anni, il quale dovrà vigilare sulla marcia del veicolo, intervenendo tempestivamente in caso di necessità.

Queste disposizioni non si applicano a chi ha già superato la teoria, a chi ha compiuto 18 anni entro il 30 settembre del 2005.

Riepilogo: i permessi lavorativi per assistenza ai disabili gravi

L' INPS, in base alle norme introdotte dalla legge n. 183 del 4/11/2010 ("Collegato lavoro") fornisce istruzioni e interpretazioni sulle modalità per usufruire dei permessi lavorativi retribuiti da parte dei soggetti che assistono persone con grave disabilità (Circolare n. 45 del 1/3/2011)

L'Inps, con la circolare citata sopra, ha presentato un quadro riepilogativo delle varie norme che regolano i permessi previsti dall'art. 33 della legge 104-/1992.

Viene precisato che Viene ristretta la platea dei soggetti legittimati a fruire dei permessi per assistere persone in situazione di disabilità

grave;

Non è più ammessa l'alternanza di più beneficiari, in quanto i permessi possono essere accordati soltanto ad un unico lavoratore (a questa regola fanno eccezione i genitori di figli con disabilità grave, che invece possono usufruire dei permessi alternativamente, ma sempre nel limite dei tre giorni per persona disabile);

Non sono più richiesti i requisiti della convivenza, della continuità ed esclusività dell'assistenza;

Il lavoratore ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere.

Viene prevista la decadenza dal diritto alle agevolazioni in caso di accertamento di insussistenza dei requisiti richiesti dalla normativa in materia; viene istituita una banca dati presso il Dipartimento della Funzione Pubblica che raccoglie i dati inerenti ai benefici in argomento.

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/

Ancora semplificate e abolite alcune Note AIFA

Mediante i provvedimenti riportati piu' dettagliatamente qui sotto nella rubrica gestita da Marco Venuti, si continua l' opera di semplificazione delle note AIFA, (lattuloso), la **Nota 10** (acido folico e vitamina B12, la **Nota 76** (Sali di ferro) alcune delle quali apparivano ormai inutili e anacronistiche. Sono state **abolite la Nota 59**

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE maggio 2011

La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti

Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22 aprile 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 104 del 06.05.11)

ABOLIZIONE DELLA NOTA 59 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007 «NOTA AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

Con questo provvedimento viene abolita, dal 07.05.2011, la nota 59 che, lo ricordiamo, riguardava i lassativi osmotici lattitolo e lattuloso, la cui somministrazione con onere a carico del SSN era limitata ai pazienti con encefalopatia porto-sistemica in corso di cirrosi epatica.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22 aprile 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 105 del 07.05.11)

ABOLIZIONE DELLA NOTA 10 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007 : «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

Con questo provvedimento viene abolita, dal 08.05.2011, la nota 10 che, lo ricordiamo, riguardava l'acido folico, la cianocobalamina e l'idrossicobalamina, la cui somministrazione con onere a carico del SSN era limitata ai pazienti con anemie megaloblastiche dovute a carenza di vitamina B12 e/o di folati.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22 aprile 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 106 del 09.05.11)

ABOLIZIONE DELLA NOTA 76 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007 : «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

Con questo provvedimento viene abolita, dal 10.05.2011, la nota 76 che, lo ricordiamo, riguarda i sali di ferro ferrico gluconato, ferromaltoso e ferroso gluconato, la cui somministrazione con onere a carico del SSN era limitata a situazioni di carenza documentata nei bambini di età < 3 anni, nelle donne in gravidanza e negli anziani (età > 65 anni).

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 18 maggio 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23.05.11)

AGGIORNATO L'ELENCO DEI MEDICINALI EROGABILI A TOTALE CARICO DEL SSN PER NUOVE INDICAZIONI TERAPEUTICHE RELATIVE AD USI CONSOLIDATI SULLA BASE DI EVIDENZE SCIENTIFICHE

Viene aggiornato l'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale per nuove indicazioni terapeutiche relative ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche.

I medicinali vengono raggruppati nei seguenti 6 gruppi:

- farmaci per il trattamento di tumori solidi nell'adulto,
- farmaci per il trattamento dei tumori pediatrici,
- farmaci per il trattamento delle neoplasie e patologie ematologiche,
- farmaci per il trattamento di patologie neurologiche,
- farmaci per il trattamento correlato ai trapianti,
- radiofarmaci (nuovo gruppo, non presente nei precedenti provvedimenti).

Il provvedimento prevede l'estensione dell'indicazione relativamente ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura internazionale e non riportate nella relativa scheda tecnica di autorizzazione all'immissione in commercio

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

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

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

SOSPESO IN FRANCIA IL PIOGLITAZIONE

Il collega Giorgio Lazzari ci segnala questo provvedimento dell' Agenza francese della Sanita', motivato da un modesto aumento di rischio di insorgenza di cancro della vescica.

Daniele Zamperini

Qui il link al sito di Afssaps
<http://goo.gl/CkmdM>

L' Afssaps a décidé le 9 juin 2011 de suspendre l' utilisation en France des médicaments contenant de la pioglitazone (Actos® et Competact®), sur avis de la Commission d' AMM et de la Commission Nationale de Pharmacovigilance, après avoir examiné les résultats de l' étude réalisée par la CNAMTS à la demande de l' Afssaps, qui confirment

une faible augmentation du risque de cancer de la vessie chez les patients traités par pioglitazone.

Cette décision prendra effet le 11 juillet 2011 pour permettre aux patients de contacter leur médecin qui adaptera leur traitement antidiabétique.

MMG-net: l' evoluzione dell' assistenza Come operare sul gestionale di studio dal letto del paziente e da un qualsiasi palmare

(Dott. Alfredo De Pietra, Palermo) Sito web: <http://www.mmg-net.it/>

Il software MMG-net®, già ad oggi in uso presso gli ambulatori di alcune centinaia di Medici di medicina generale in svariate regioni d' Italia, nasce nel 2005 dalla necessità di ovviare in modo completo e soddisfacente ai requisiti di legge in tema di medicina in rete.

Con MMG-net® si è deciso di offrire al Medico di medicina generale un prodotto che rispondesse ai problemi informatici delle forme associative in rete in modo del tutto "trasparente", e che non richiedesse praticamente alcuna conoscenza di tipo informatico da parte del Medico: tutto avviene infatti in modo semplice e automatico (MMG-net® non si sostituisce minimamente al software di gestione ambulatorio già in uso presso il singolo ambulatorio), ma nel più assoluto rispetto delle importanti questioni sollevate dalle normative in tema di privacy.

MMG-net® è strutturato in maniera che, qualora i Medici di una forma associativa in rete si avvalsero di differenti software di gestione ambulatorio, ciascun Medico può, all' occorrenza, collegarsi (tramite collegamento protetto VPN) a un server dedicato in cui risiede una copia del software del collega da sostituire.

Grazie a MMG-net® è in sostanza possibile:

- stampare in maniera perfetta e in tempo reale, con la propria stampante, le ricette per i pazienti dei colleghi associati che afferissero presso il proprio ambulatorio
- consultare il proprio archivio pazienti da qualsiasi postazione internet, ad esempio tramite un proprio portatile
- avere sempre allineati gli archivi pazienti dei Medici in medicina in rete, senza perdite o sovrapposizioni di dati
- effettuare un back-up del proprio database sul server centrale, eventualmente disponibile in caso di furto del PC, o di perdita di dati sul proprio computer
- Lavorare simultaneamente sul proprio database (quindi sul proprio computer) e sull' archivio del collega da sostituire (ovvero sul server)
- aggiornare il proprio archivio pazienti lavorando in due o più postazioni: MMG-net® è infatti la soluzione perfetta per tenere allineati i propri archivi per il Medico che lavora in più ambulatori, ovvero che svolge una parte del proprio lavoro presso la propria abitazione

MMG-net® è la soluzione ideale anche per i Medici di medicina generale che, pur non essendo associati in rete, si sostituiscono vicendevolmente con altri colleghi: grazie ad esso, infatti, il Medico sostituto potrà infatti accedere all' archivio pazienti del collega da sostituire, stampare le ricette dei pazienti del collega, e ogni prescrizione effettuata rimarrà memorizzata nell' archivio del collega sostituito.

Infine, un numero sempre crescente di Medici di medicina generale utilizza MMG-net® in "modalità terminale", o "cloud computing": in altri termini questi colleghi svolgono la normale, quotidiana, attività di ambulatorio (o fuori) collegati in modo continuo al server centrale di MMG-net® mediante un PC dotato anche del solo sistema operativo e di un collegamento internet.

In questo modo il Medico è – finalmente – sostanzialmente libero di occuparsi delle questioni inerenti la propria professione, demandando alla figura dell' informatico le mille problematiche relative ad aggiornamenti di programmi, sicurezza, antivirus, firewall, back-up periodici ecc.

(Dal Congresso Regionale SMI "L' integrazione e la continuità' delle cure" tenutosi a Rovigo 4-5 Giugno 2011. Un commento generale e provvisorio sui temi del Congresso, su <http://dl.dropbox.com/u/16028732/intervista%2011giu11%20la%20voce.doc>

