

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 7-8

Luglio-Agosto 2012

Novita' annunciate in tema di responsabilita' medica

Per contrastare il boom delle cause (spesso pretestuose) per malasanita' sono previsti prossimi provvedimenti che limiteranno sia l' entita' che l' ambito di applicazione dei risarcimenti. Speriamo! Vi terremo informati

Il Caregiver:
valutiamone le caratteristiche ottimali

Azitromicina
associata ad incremento di rischio di morte improvvisa

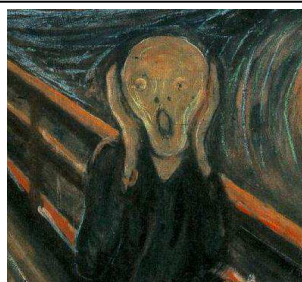
Prescrizione dietro compenso: non solo Comparaggio, per i Convenzionati e' addirittura Corruzione in atti d' ufficio!

Il "dopolavoro":
Foto di gruppo a San Pietroburgo

Indice generale
a Pag. 2



Pregi e difetti dell' Aloe Vera



Disturbi psichiatrici da glicocorticoidi: uno studio inglese

Definite meglio le caratteristiche del mobbing

La Metformina riduce rischio di cancro del colon?



Le nuove norme sull' ECM
L' obbligo di aggiornamento diviene sempre piu' stringente. All' interno le ultime novita'

Statine e Rischio di Cancro del Fegato: Uno studio Caso-Controllo



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

Il sistema che permette di accedere alle cartelle del gruppo dal letto del malato!

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

Indice

Ingiustificate le remose sui betabloccanti nella BPCO?	Pag. 3
Statine e Rischio di Cancro del Fegato: Uno studio Caso-Controllo	Pag. 3
Il gomito del tennista	Pag. 4
Scarsa l' utilita' del laboratorio nell'orticaria cronica	Pag. 5
Lo screening della depressione: puo' essere utile?	Pag. 6
La Valutazione della Caregiver	Pag. 6
Statine e diabete: un rapporto complesso	Pag. 8
Disturbi psichiatrici da glicocorticoidi	Pag. 8
Metformina riduce rischio di cancro del colon?	Pag. 10
Pregi e difetti dell' Aloe Vera	Pag. 10
Azitromicina associata ad incremento rischio di morte improvvisa	Pag. 11
Le nuove norme sull' ECM	Pag. 12
Prescrizione dietro compenso: comparaggio o addirittura corruzione?	Pag. 13
Se il cane morde, il proprietario ne risponde anche su area privata	Pag. 13
Definite meglio le caratteristiche del mobbing	Pag. 13
Il risarcimento per emotrasfusi ha funzione assistenziale	Pag. 14
Nuova Nota AIFA 92: benzatilpenicillina	Pag. 14
Novita' in G.U. (di Marco Venuti)	Pag. 15
Foto di gruppo a San Pietroburgo	Pag. 15

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

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

Patrocinate da
-O.M. della Provincia di Padova
-Soc. Scientifica "Promed-Galileo"
-SIMG-Roma
-SIAMEG
-ASMLUC
-Medico&Leggi

Redazione

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

Collaborano:

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

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:

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 permette di accedere alle cartelle del gruppo dal letto del malato!

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

Ingiustificate le remose sui betabloccanti nella BPCO?

Secondo uno studio retrospettivo scozzese i betabloccanti nella BPCO possono ridurre la mortalità totale, l'uso di steroidi e le ospedalizzazioni per patologie polmonari.

Gli autori di questo studio retrospettivo scozzese hanno usato dei databases nazionali per identificare quasi 6.000 pazienti affetti da broncopatia cronica ostruttiva (età > 50 anni).

In seguito hanno esaminato le prescrizioni che erano state loro effettuate nel periodo 2001-2010 e gli esiti. Il follow up medio è stato di 4,35 anni e l'età media alla diagnosi era di 69,1 anni.

Nel 13% circa dei casi i pazienti, oltre alla usuale terapia per la BPCO, assumevano anche betabloccanti (nell'88% dei casi di tipo cardioselettivo).

Si è visto che l'uso dei betabloccanti risultava associato ad una riduzione della mortalità totale del 22%, ad una riduzione significativa dell'uso dei corticosteroidi e delle ospedalizzazioni per patologie polmonari.

Questi dati rimanevano invariati anche dopo aggiustamento per fattori confondenti come l'uso di altri farmaci cardiovascolari e la presenza o meno di malattie cardiovascolari.

Inoltre i betabloccanti non erano associati ad un peggioramento dei test di funzionalità respiratoria.

Gli autori concludono che i betabloccanti possono ridurre la mortalità nella BPCO in aggiunta ai benefici ottenibili con la riduzione del rischio cardiovascolare.

Fonte:

Short PM et al. Effect of β blockers in treatment of chronic obstructive pulmo-

nary disease: a retrospective cohort study. *BMJ* 2011; 342:d2549.

Commento di Renato Rossi
Normalmente i medici evitano di usare i betabloccanti nei pazienti con asma o BPCO perchè temono la loro azione broncocostrittrice.

Tuttavia secondo lo studio retrospettivo scozzese recensito in questa pillola i betabloccanti (nella maggior parte dei casi erano di tipo cardioselettivo) ridurrebbero la mortalità e le ospedalizzazioni per patologie respiratorie, senza provocare un peggioramento dei test polmonari.

Come è possibile?

E' stato ipotizzato che i betabloccanti provochino all'inizio una broncocostrizione, ma in seguito riducano la ipersensibilità delle vie respiratorie esercitando un effetto antiflogistico e di fluidificazione del muco.

Un editoriale di commento [1] ricorda che anche altri piccoli studi precedenti hanno dimostrato un effetto favorevole dei betabloccanti nella BPCO. Tuttavia richiama alla prudenza: trattandosi di uno studio osservazionale retrospettivo basato sull'esame di databases non si può escludere che fattori di confondimento e bias di selezione possano aver influenzato più o meno pesantemente i dati, nonostante gli sforzi degli autori per correggerli.

E' un discorso che i lettori di questa testata si sono sentiti ripetere molte volte. E' vero che i risultati favorevoli dei betabloccanti continuavano a persistere anche dopo correzione dei dati per l'esistenza o meno di malattie cardiovascola-

ri, ma i due gruppi di pazienti (quelli che assumevano betabloccanti e quelli che non li assumevano) sono difficilmente comparabili, non trattandosi di gruppi randomizzati.

L'editoriale conclude che per il momento il messaggio principale che si può trarre è che i medici sono autorizzati ad usare betabloccanti cardioselettivi nel paziente con BPCO e concomitanti patologie cardiovascolari che traggono beneficio dal betablocco, avendo però cura di tenere sotto osservazione il paziente durante la somministrazione delle prime dosi, in modo da intervenire subito se dovesse comparire un broncospasmo.

Concordiamo con questa impostazione. L'idea invece di usare i betabloccanti cardioselettivi in tutti i pazienti con BPCO al fine di ridurre mortalità ed ospedalizzazioni è ancora prematura. Saranno necessari studi prospettici ad hoc, di tipo randomizzato e controllato.

Inutile precisare che se si ritiene di dover usare un betabloccante in un paziente con BPCO dovrà essere scelta una molecola ad azione cardioselettiva: atenololo, metoprololo, acebutololo, bisoprololo, nebivololo. Questi betabloccanti agiscono principalmente sui recettori beta 1 cardiaci mentre hanno un effetto minore sui recettori beta 2 presenti nell'albero respiratorio.

Referenze

1. Kazani S et al. Treatment with β blockers in people with COPD. *BMJ* 2011; 342:d2655

Statine e Rischio di Cancro del Fegato: Uno studio Caso-Controllo

Uno studio caso controllo suggerisce che le statine potrebbero essere associate ad una riduzione del rischio di cancro del fegato, ma i dati devono essere valutati con prudenza.

Alcuni studi hanno indicato che le statine sono carcinogeniche; altri studi sperimentali hanno dimostrato che le statine

possono avere potenziali effetti protettivi contro il cancro, quali l'arresto della progressione del ciclo cellulare, l'induzione di apoptosi, la soppressione dell'angiogenesi, e l'inibizione della crescita tumorale e delle metastasi. Pochi e contrastanti studi hanno esaminato la relazione tra uso di statine e cancro del fegato, per cui scopo del presente

studio è stato quello di indagare se l'uso di statine fosse associato a cancro del fegato. Si tratta di uno studio caso-controllo, basato-su-popolazione, condotto a Taiwan. I dati sono stati raccolti in maniera retrospettiva dal Taiwan National Health Insurance Research Database. I casi erano rappresentati da tutti i pazienti di età ≥ 50 anni con una

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/

prima diagnosi di cancro del fegato tra il 2005 e il 2008. I controlli erano corrispondenti ai casi per età, sesso e indice di data. E' stata calcolata la dose cumulativa delle Dosi Giornaliere Definite (defined daily dose DDD), come la somma delle DDD dispensate di ciascuna statina (lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, fluvastatina, simvastatina, o atorvastatina) dal 1 Gennaio 1996 alla data indice. Le odds ratios aggiustate (ORs) e l'IC 95% (95% intervallo di confidenza) son state stimati con la regressione logistica multipla.

Per tutti gli individui della popolazione in studio sono stati ottenuti i potenziali confondenti, quali, documentati fattori di rischio per cancro epatico, compresa la infezione da virus dell'epatite B, da virus dell'epatite C, cirrosi, malattia epatica alcolica, e diabete, registrati tra l'1 Gennaio 1996 e la data indice. Inoltre, sono stati ottenuti dati di prescrizione di FANS, altri farmaci ipolipemizzanti (fibrati, niacina, resine leganti gli acidi biliari e altri), farmaci che avrebbero potuto potenzialmente confondere l'associazione tra statine e cancro del fegato. Inoltre, il numero di ospedalizzazioni un anno prima della data indice è stato trattato come confondente.

Risultati

Sono stati esaminati 1.166 casi di cancro del fegato e 1.166 controlli. Rispetto al gruppo senza uso di statine, la OR aggiustata era 0.62 (95% IC da 0.42 a 0.91)

per il gruppo cui erano state prescritte statine al di sotto di 215.4 DDD e 0.63 (95% IC da 0.37 a 1.06) per il gruppo con uso cumulativo di statine ≥ 215.4 DDD. Le OR per il gruppo con dosi cumulative di statine ≥ 215.4 DDD non erano statisticamente significative, ma questo poteva essere dovuto al numero relativamente piccolo di soggetti.

Conclusioni

In questo studio caso-controllo basato su-popolazione, è stato trovato che l'uso di statine al di sotto di 215.4 DDD in dose cumulativa è associato ad una riduzione del rischio di cancro epatico del 38%, rispetto ad individui che non usano statine, dopo il controllo per eventuali confondenti. Sebbene le OR restino sotto l'uno, la riduzione del rischio non è aumentata in maniera consistente all'aumentare della DDD cumulativa. Questa mancanza di un trend nella riduzione del rischio all'aumentare della DDD cumulativa di uso di statine può essere dovuta alla quantità di variazione relativamente piccola della DDD cumulativa. I risultati di questo studio, quindi, suggeriscono che le statine possono ridurre il rischio di cancro epatico. Gli autori avanzano anche ipotesi circa il meccanismo attraverso il quale le statine possono ridurre tale rischio, meccanismo che comprende la inibizione della via del mevalonato.

Limitazioni ammesse dagli autori

Possibili variabili confondenti: BMJ, fumo, alcool, non inclusi nel database Mancato contatto con i pazienti, per eventuali chiarimenti, per l'anonimato Possibile sovrastima dell'uso di statine (dati di prescrizione, non di uso reale); comunque, uguale tra casi e controlli Diversa disponibilità di dati sui vari tipi di statine, per le diverse date di commercializzazione delle stesse Mancata analisi separata dei vari tipi di statine Possibili confondenti di indicazione

Fonte:

Statin Use and the Risk of Liver Cancer: A Population-Based Case – Control Study. Hui-Fen Chiu, Shu-Chen Ho. The American Journal of Gastroenterology. 2011 May;106(5):894-8

Commento di Patrizia Iaccarino

Ancora un altro studio osservazionale sul tema cancro/statine, da noi già trattato e commentato in precedenti pillole (1, 2). Stavolta riguarda il legame statine/cancro del fegato. Cosa dire? Finché non vi saranno trials clinici disegnati ad hoc non potremo essere certi di questo effetto benefico. Ci accontentiamo, però, della mancata evidenza di aumento del rischio di cancro. Anche di quello epatico.

Riferimenti

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1763>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3847>

Il gomito del tennista

Una breve sintesi sulla diagnosi e sulla terapia del gomito del tennista o epicondilita laterale.

Cos'è il gomito del tennista?

Il gomito del tennista è dovuto ad una tendinopatia che interessa l'origine del tendine del muscolo estensore comune nella sua inserzione a livello dell'epicondilo laterale del gomito.

In realtà più che di una flogosi si tratta di una vera e propria tendinopatia degenerativa dovuta al sovraccarico del tendine stesso.

Che cosa provoca il gomito del tennista?

Tipicamente si verifica in chi pratica il tennis (da cui il nome) o alcuni tipi di lavoro (per esempio imbianchini, artigiani, dattilografe). Anche la ripetizione di alcuni movimenti durante attività come il giardinaggio, lo stirare, oppure sollevare pesi eccessivi forzando il braccio e il gomito può essere la causa o la concausa dell'epicondilita.

Quali sono i sintomi?

Il gomito del tennista si manifesta inizialmente con dolore che compare quando si estende il polso o durante la supinazione dell'avambraccio. In seguito vi può essere dolore spontaneo dell'epicondilo che si accentua con la palpazione.

Generalmente non viene compromessa l'articolazione del gomito per cui se ne riscontra una riduzione dei movimenti si dovrebbe pensare piuttosto ad una patologia articolare.

Come si diagnostica il gomito del tennista?

Di solito la diagnosi è semplice e si basa sulla clinica. Non sono necessarie indagini di imaging (radiografia, ecografia, RMN) a meno che non si sospetti una patologia differente.

Come si cura il gomito del tennista?

Il dolore può essere solo in parte controllato con il paracetamolo e/o gli an-

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/

tinfiammatori che, comunque, non servono a migliorare gli esiti a distanza della tendinopatia. I FANS per uso topico sembrano in grado di alleviare il dolore nel breve periodo e hanno il vantaggio di non provocare gli effetti collaterali dei FANS per uso sistemico.

Molto importante il riposo: il paziente deve astenersi dalle attività che provocano il sovraccarico del tendine.

Nello stesso tempo deve iniziare una graduale riabilitazione.

Il principio fondamentale della riabilitazione è di caricare il tendine in modo progressivo, fino a che si comincia a provare dolore. E' stato dimostrato che la riabilitazione in grado di ridurre il dolore e migliorare la funzionalità del tendine colpito è rappresentata dagli esercizi eccentrici (vale a dire esercizi che portano solo all'allungamento del tendine e non al suo accorciamento). Questi esercizi possono essere insegnati al paziente da un fisioterapista oppure dallo stesso medico curante che si può avvalere di Internet. Segnaliamo alcuni siti in cui è disponibile un video da mostrare al paziente che così potrà apprendere la tecnica corretta:

<http://www.youtube.com/watch?v=VvP5dhON85E>

<http://www.youtube.com/watch?v=qflsevFJ7w8>

<http://goo.gl/rOliS>

Le infiltrazioni locali di corticosteroidi possono ottenere dei buoni risultati nel

breve periodo tuttavia si è visto che long term sono più frequenti le recidive rispetto alla riabilitazione e anche rispetto alla semplice attesa. Di questo dovrebbe essere avvisato il paziente. Le infiltrazioni di corticosteroidi non dovrebbero perciò costituire la regola del trattamento, anche se possono avere un ruolo in casi particolari in cui è necessario ottenere un miglioramento in breve tempo.

I cerotti a base di nitrati, applicati sull'epicondilo, grazie alla loro azione vasodilatante, possono essere un trattamento utile in quanto è stato dimostrato che sono superiori al placebo per un periodo di sei mesi. Tuttavia i risultati a lungo termine non sono confermati. In ogni caso si tratta di un uso ancora non approvato dalle autorità regolatorie.

Recentemente è stato dimostrato che le iniezioni di plasma autologo arricchito di piastrine è superiore alle infiltrazioni di corticosteroidi. Si tratta comunque di una tecnica costosa che richiede ulteriori conferme da RCT di confronto con le altre scelte terapeutiche.

E' possibile ricorrere anche alle iniezioni locali di acido ialuronico oppure alla tossina botulinica di tipo A.

Quest'ultima viene iniettata a livello dei muscoli estensori del terzo e quarto dito della mano in modo da provocare una loro paralisi e quindi una riduzione del carico a livello del tendine dell'estensore comune, con successiva ripresa del carico

quando la paralisi tende a regredire. Lo svantaggio è che questa paralisi dura per alcuni mesi durante i quali il paziente non può usare le dita interessate.

Alcuni medici prescrivono degli apparecchi ortotici la cui reale utilità non è ben delineata.

E' stata proposta anche l'agopuntura che riduce il dolore nel breve periodo, ma sono necessarie ulteriori ricerche per trarre conclusioni definitive.

Le onde d'urto non sono prescritte nei casi comuni di gomito del tennista, a meno che non sia presente una calcificazione del tendine. In realtà la loro utilità sembra dubbia.

Il trattamento chirurgico si basa su varie tecniche, ma deve essere riservato ai pazienti che non hanno trovato beneficio dalla terapia conservativa per almeno un anno. In realtà la scarsità di studi non permette conclusioni affidabili.

Qual è la prognosi del gomito del tennista?

Anche se il miglioramento è di solito lento e perciò deludente per il paziente, questo va rassicurato che nella maggior parte dei casi nel lungo periodo la prognosi è buona.

A cura di Renato Rossi

Bibliografia:

14 voci bibliografiche su pillole.org

Scarsa l' utilità del laboratorio nell'orticaria cronica

Secondo uno studio retrospettivo gli esami di laboratorio solo raramente sono di aiuto a fini diagnostici e/o terapeutici nell'orticaria cronica.

In questo studio di tipo retrospettivo sono stati analizzati i dati di 356 pazienti affetti da orticaria cronica.

I partecipanti sono stati sottoposti in media a sei esami di laboratorio.

Solo in meno del 9% dei pazienti si indagò con ulteriori accertamenti perché

gli esami iniziali risultavano alterati e solo in un caso si riuscì a risolvere il problema dell'orticaria cronica.

Fonte:

Tarbox JA et al. Utility of routine laboratory testing in management of chronic urticaria/angioedema. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011 Sep; 107:239. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2011.06.008>)

Commento di Renato Rossi

Dal punto di vista della durata l'orticaria viene classificata in:

- acuta (se dura da meno di 6 settimane)
- cronica intermittente (se dura da più di 6 settimane con periodi senza manifestazioni)
- cronica (se dura da più di 6 settimane con manifestazioni continue).

Le cause possono essere molteplici:

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/

agenti fisici (dermografismo, freddo, acqua, bagno caldo, esercizio fisico, stress, etc.), allergeni (farmaci, alimenti, pollini, etc.), contatto con sostanze tossiche (ortiche, animali marini, processionarie, balsamo del Perù, veleno d'ape, etc.), vasculiti o altre patologie del collagene, etc [1].

In alcuni casi la storia clinica permette di orientare la diagnosi.

Molto spesso però la causa rimane ignota e ci si deve limitare ad una terapia sintomatica (antistaminico, steroide).

Nei casi cronici spesso si ricorre anche alla prescrizione di esami di laboratorio o strumentali.

Gli esami generalmente consigliati sono l'emocromo completo, l'esame delle

urine, i test di funzionalità epatica, la VES e il TSH, a meno che non esistano sintomi o segni che indirizzano verso una patologia specifica, come per esempio una patologia autoimmune, una collagenopatia, etc.

Nei casi in cui si sospetti il raro angioedema ereditario bisogna richiedere il dosaggio del C1 inibitore [2].

Lo studio retrospettivo recensito in questa pillola suggerisce però che solo raramente il laboratorio è utile per migliorare la gestione del paziente individuando una causa specifica passibile di terapia adeguata.

La conclusione è che nella maggior parte dei casi ci si dovrebbe limitare all'anamnesi, all'esame clinico e a pochi

esami ematochimici.

Tuttavia per il medico è difficile resistere alla pressione del paziente che, di fronte ad un persistere della sintomatologia, chiede con insistenza accertamenti i più svariati. In questi casi è utile spiegare con chiarezza che molto raramente si riesce a trovare il bandolo della matassa, pur ricorrendo a indagini approfondite.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/manuale/pdf.asp?print=article&pID=167>

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3877>

Lo screening della depressione: puo' essere utile?

Una valutazione della letteratura non supporta lo screening generalizzato della depressione nella medicina di base.

Gli autori di questa ricerca si sono proposti di determinare se lo screening della depressione nella medicina di base sia utile.

In realtà non è stato possibile trovare RCT che abbiano confrontato screening versus non screening.

Vi è solo uno studio con quasi 1700 soggetti ritenuti a rischio elevato di depressione, sottoposti dapprima a un questionario e, in seguito, una parte di essi con probabile depressione sono stati intervistati. Alla fine solo l'1% del campione originario ha iniziato un trattamento antidepressivo.

Sulla base della loro ricerca gli autori ritengono necessari studi controllati e randomizzati di buona fattura prima di implementare lo screening della depressione nella pratica di base.

Fonte:

Thoms BD et al. Rethinking recommendations for screening for depression in primary care

CMAJ 2011; pubblicato anticipatamente online il 19 settembre 2011. doi:10.1503/cmaj.111035

Commento di Renato Rossi

Numerose società scientifiche consigliano che i medici di famiglia effettuino uno screening di routine per la depressione.

Tra l'altro questo screening può essere fatto in modo veloce e semplice ponendo al paziente alcune domande.

Per esempio si può chiedergli se negli ultimi tempi si è mai sentito depresso, triste o giù di morale oppure se non prova più passione per attività che prima gli piacevano.

In caso di risposta positiva si dovrebbe sottoporre il paziente ad una valutazione più completa tramite uno dei vari questionari a punteggio (il più usato è il test di Hamilton).

In realtà nella pratica giornaliera il medico non specialista usa raramente questi test formali anche di fronte a sintomi sospetti per depressione perchè spesso fonda la diagnosi su una valutazione clinica non formalizzata. Ancora più

raramente ricorre alla somministrazione di questionari diagnostici di screening in soggetti apparentemente asintomatici. Sembra però che non si tratti una pratica del tutto errata.

Infatti lo studio di Thombs e collaboratori ci dice che non ci sono studi che abbiano dimostrato l'utilità dello screening, anzi, la sua implementazione routinaria potrebbe portare a trattamenti inutili per il fenomeno ben noto della sovradiagnosi.

Anche se lo screening della depressione appare attraente per la sua semplicità (non richiede esami di laboratorio o strumentali) va ricordato un principio che non si dovrebbe mai dimenticare quando ci troviamo di fronte a soggetti asintomatici: qualsiasi screening finisce per diventare intrusivo nella vita del paziente e pertanto deve essere effettuato solo se vi sono evidenze forti di benefici clinici importanti.

Vi sono però alcune tipologie di pazienti in cui la depressione è frequente (per esempio anziani o portatori di patologie croniche importanti) in cui lo screening potrebbe essere preso in considerazione.

La Valutazione della Caregiver

La Caregiver (*) ha il ruolo principale nel processo assistenziale dell'anziano: nell'espletamento della sua funzione sono infatti richieste variegate mansioni che presuppongono conoscenze

("Sapere"), competenze ("Saper Fare"), attitudini caratteriali e relazionali ("Saper Essere").

Inoltre, alla caregiver sono richieste peculiari capacità nell'ambito della rile-

vazione dei bisogni, della programmazione degli interventi, della gestione delle risorse del nucleo familiare, della attivazione ed utilizzazione delle risorse assistenziali della comunità.

E' evidente dunque come una figura così importante dovrebbe essere adeguatamente formata e sistematicamente supportata inserendola nella rete socio-assistenziale della comunità e favorendone la relazione e la integrazione con tutte le altre figure professionali coinvolte nel processo assistenziale.

Non possiamo ignorare come quest'ultimo sia un aspetto al tempo stesso di grande rilievo ma poco considerato e sostanzialmente trascurato in molti progetti di assistenza domiciliare degli anziani: esso richiederebbe un progetto socio-sanitario-assistenziale di ampio respiro che va ben oltre il nostro ambito di intervento che rimane quello dell'anziano, della sua famiglia e della comunità in cui questo è inserito.

Il medico di famiglia è nelle condizioni più favorevoli per valutare le caratteristiche della caregiver, la sua attitudine alle funzioni che si trova a svolgere, le sue risorse, i suoi problemi e le sue difficoltà.

E' importante che il medico di famiglia valuti attentamente tutti questi aspetti perché essi interferiscono con lo stato di salute dell'assistito e possono compromettere la efficacia di ogni intervento sanitario. (1)

Sono stati proposti vari tipi di questionari di valutazione della caregiver: il più noto e validato è lo "Zarit Burden Interview" (ZBI), che tuttavia prevede 22 items ed è utilizzato quasi esclusivamente in ambito di ricerca.(2)

Nell'attesa che un processo evolutivo ci proponga uno strumento valutativo efficace e di semplice utilizzazione possiamo comunque raccogliere quanto suggerito dalla letteratura(3) ed integrarlo con le nostre osservazioni, legate alla conoscenza dello specifico contesto in cui operiamo.

Possiamo anzitutto suddividere la valutazione in tre campi di indagine: la valutazione dei risultati della attività della caregiver, la valutazione della relazione care-paziente, la valutazione dei bisogni della caregiver.

(*)Usiamo il genere femminile perché la larga maggioranza delle persone che svolge attività di caregiver nel nostro paese è di sesso femminile.

La Valutazione dei risultati della attività

della caregiver

Si tratta sostanzialmente di valutare lo stato funzionale e quello cognitivo del paziente, in ogni caso all'inizio del percorso assistenziale e poi comunque ogni tre mesi e quando malattie, infortuni ed eventi traumatici possano condurre ad un declino funzionale e/o cognitivo.

I più validati ed utili test di valutazione per il medico di famiglia (P.U.L.S.E. test, Get-up-and-go test, GPCog Test) sono già stati presentati e descritti nei precedenti articoli sulla valutazione funzionale, su quella cognitiva e sul rischio di caduta: ad essi rinviamo per approfondimenti.

La Valutazione della relazione caregiver- assistito e dei suoi possibili effetti

Non esistono in questo ambito test di valutazione: solo una attenta e discreta osservazione che eviti di influenzare la relazione care-assistito può fornirci utilissime informazioni.

Si valuta anzitutto il clima relazionale: possiamo rilevare affetto, fiducia oppure eccessivo formalismo o freddezza, diffidenza o addirittura ostilità.

Va qui osservato che il clima ottimale è quello in cui prevale la fiducia ed il rispetto: un sentimento di affetto (salvo che la caregiver non sia una familiare dell'anziano) può generare problemi di seduzione e di plagio nei confronti dell'assistito/a od al contrario molestie dell'assistito nei confronti della caregiver: ambedue queste evenienze vanno tenute presenti da parte del medico di famiglia.

E' d'altra parte evidente come un clima di eccessiva freddezza, di diffidenza o, peggio, di ostilità, inibiscano nel paziente la espressione dei propri bisogni e possano suscitare in quest'ultimo reazioni terapeutiche negative.

Anche in quest'ultimo caso il medico di famiglia potrà rilevare i primi segni di relazione sfavorevole, correggerla o compensarla o quantomeno individuarne tempestivamente le potenziali complicazioni.

Si valuta quindi la capacità della caregiver di comprendere i bisogni dell'assistito, con particolare riguardo ai bisogni inespressi per difficoltà cognitive o comunicative dell'anziano, e la capacità di

fornire o comunque di organizzare una risposta a questi bisogni.

Si prende quindi in considerazione la influenza della caregiver sul livello di autonomia residua dell'assistito: la caregiver può favorire un aumento della autonomia del paziente incoraggiandolo a svolgere da sé alcuni compiti e funzioni, o può involontariamente favorire una regressione del paziente che diviene passivo perché troppo accudito, o, nei casi di interazione negativa, può suscitare nel paziente sentimenti depressivi con perdita di interesse in ogni attività e totale dipendenza dal o dalla caregiver. La caregiver ideale dovrebbe instaurare un clima di fiducia e di rispetto per la propria persona, fornendo adeguate risposte ai bisogni del paziente, e sollecitandolo ad aumentare la propria autonomia e le proprie capacità di autogestione.

La valutazione dello stato di salute del caregiver

E' noto che gli operatori sanitari generalmente tendono a non prendersi cura della propria salute ed a trascurare i primi segni di malessere: questo stesso atteggiamento in Italia tende ad essere trasferito anche ai caregiver.

In realtà, oltre a considerazioni etiche, una forte motivazione alla attenzione verso le condizioni psico-fisiche dei/delle caregiver dovrebbe essere la naturale conseguenza di un attenta valutazione della funzione essenziale ed insostituibile della caregiver.

Ecco i principali parametri da considerare per una valutazione delle risorse e dei bisogni della caregiver (Tab.1)

Tabella N. 1

1. Livello culturale , economico, sociale della caregiver e sua conoscenza della lingua e della cultura dell'assistito
2. Conoscenza del contesto in cui opera, con particolare riguardo alle risorse sanitarie e socio-assistenziali
3. Caratteristiche dell'ambiente domestico e sua fruibilità per caregiver e paziente;attitudini organizzative della caregiver
4. Valutazione del carico assisten-

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/

- ziale con particolare riguardo al carico psicologico, specie nell'assistenza a pazienti dementi
5. Valutazione dello stato di salute della caregiver
 6. Valutazione psicologica e caratteriale della caregiver
 7. Motivazione della caregiver a svolgere il proprio lavoro; gratificazione della caregiver nella propria attività
 8. Bisogni e richieste espresse dalla caregiver

Bibliografia

- 1) Cameron DI et Al.: Assessing and Helping carers of older people
BMJ 2011;343:d5202
- 2) Zarit S et Al.: The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implication for assessment and treatment
Aging Ment Health 2010; 14:220-31
- 3) Chappel NL et Al.: Caregiving: predicting at-risk status
Can J Aging 2008; 27:169-79

4) Schulz R et Al.: Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiving Health Effects Study
JAMA 1999;282:2215-9

5) Greenwood N et Al.: General practitioners and carers: a questionnaire survey of attitudes, awareness of issues, barriers and enablers to provision of services
BMC Fam Pract 2010; 11:100

Riccardo De Gobbi

Statine e diabete: un rapporto complesso

L'uso di alte dosi di statina risulta associato ad un aumento del rischio di diabete di nuova diagnosi, ma anche ad una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari.

Lo scopo di questa metanalisi era di valutare se una terapia con statine ad alte dosi, rispetto a dosi moderate, sia associata ad un aumento del rischio di diabete di nuova insorgenza.

Sono stati assemblati i dati di 5 trials con 32.742 pazienti senza diabete al baseline.

Un diabete di nuova diagnosi si sviluppò in 1.449 pazienti trattati con statine ad alte dosi e in 1.300 trattati con dosi moderate. Eventi cardiovascolari si sono avuti in 3.134 pazienti del gruppo alte dosi e in 3.550 nel gruppo dosi moderate.

Questi risultati significano che dosi elevate di statina, durante un follow up mediano di 4.9 anni, sono associate a 2 casi in più di diabete ogni 1.000 anni - paziente e a 6,5 eventi cardiovascolari in meno.

In pratica si ha un aumento del rischio di diabete del 12% (NNH = 498) e una riduzione degli eventi cardiovascolari del 16% (NNT = 155).

Fonte:

Preiss D et al. Risk of Incident Diabetes With Intensive-Dose Compared With

Moderate-Dose Statin Therapy: A Meta-analysis. JAMA 2011;305:2556-2564.

Commento di Renato Rossi

Che la terapia con statine potesse essere associata ad un aumento del rischio di diabete incidente era già noto da una precedente metanalisi pubblicata dal Lancet. In quell'occasione, nel nostro commento, sottolineammo che, al momento, non è noto l'impatto clinico di questi nuovi casi di diabete [1].

Questo nuovo lavoro dimostra, in più, che i casi di diabete incidente sono maggiori con alte dosi di statine rispetto a dosi moderate. Se questo è vero è altrettanto vero, però, che le dosi più alte sono associate ad un minor rischio di eventi cardiovascolari.

Perché a questo effetto diabetogeno non corrisponde un aumento degli eventi cardiovascolari?

La prima ipotesi è che questi nuovi casi di diabete siano solo un puro epifenomeno, un effetto "cosmetico" della terapia, che non comporta ripercussioni cardiovascolari. Insomma saremmo di fronte ad una semplice alterazione della glicemia e non a una vera malattia diabetica.

La seconda possibilità è che, pur trattandosi di un vero e proprio diabete, gli

studi hanno avuto una durata troppo breve per permettere lo sviluppo delle complicanze diabetiche che, com'è noto, impiegano molti anni ad instaurarsi.

La terza ipotesi è che i benefici cardiovascolari delle statine sono tali da sovrastare abbondantemente gli eventi causati dai nuovi casi di diabete associati alla terapia ipocolesterolemizzante.

Si tratta, come si ricorderà, delle stesse motivazioni che possono spiegare perché di fronte ad aumento dei nuovi casi di diabete con la terapia antipertensiva con tiazidici non si assiste ad un aumento degli eventi cardiovascolari.

In ogni caso, ci sembra di poter concludere, per il momento, che, nei casi in cui si ritenga di usare una statina per ridurre il rischio cardiovascolare, i benefici superano i rischi, come dimostra il calcolo, effettuato dagli autori dello studio, del numero di soggetti che bisogna trattare con alte dosi per avere un nuovo caso di diabete (NNH = 498) e quello per evitare un evento cardiovascolare (NNT = 155).

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4980>

I glicocorticoidi possono aumentare il

rischio di comportamenti suicidari e di disturbi neuropsichiatrici.

I glicocorticoidi sono importanti ormoni neuromodulatori.

Disturbi psichiatrici da glicocorticoidi

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/

Disturbi dell'umore sono associati a perdita del feedback negativo dei glicocorticoidi endogeni, e il rischio di depressione nei pazienti affetti da morbo di Cushing è dal 50% all'80%. Un 10% di questi pazienti presenta psicosi o mania.

Le stime di prevalenza dei disturbi psichiatrici correlate alla somministrazione esogena di glicocorticoidi variano ampiamente, dall'1% al 50%. Sembra che alte dosi di glicocorticoidi abbiano maggiori probabilità di favorire disturbi neuropsichiatrici, ma i dettagli in merito a questa relazione sono poco chiari.

Gli autori di questo studio osservazionale hanno valutato i tassi di incidenza di depressione, mania, delirio, disturbo di panico, e comportamenti suicidari in pazienti trattati con glicocorticoidi nel setting della medicina generale ed i relativi fattori di rischio per sviluppare questi esiti.

Per lo studio sono stati utilizzati i dati di tutti i pazienti adulti registrati tra il 1990 e il 2008 nel THIN (Health Improvement Network), database di cartelle cliniche di medici di medicina generale di tutta l'U.K. I tassi di incidenza per gli esiti sono stati valutati in pazienti che avevano ricevuto prescrizioni di glicocorticoidi orali e paragonati a quelli di pazienti che non avevano ricevuto alcuna prescrizione. I predittori di questi esiti nei pazienti esposti sono stati accertati utilizzando modelli proporzionali Cox.

Risultati

In totale, sono stati prescritte 786.868 ricette di glicocorticoidi orali per 372.696 pazienti. Gli autori hanno identificato 109 casi incidenti di suicidio o tentato suicidio e 10.220 casi incidenti di gravi disturbi neuropsichiatrici in questi pazienti. L'incidenza di ognuno di questi esiti era del 22.2 per 100 persone-anno a rischio per un primo ciclo di trattamento. Rispetto a persone con le stesse malattie mediche sottostanti che non erano state trattate con glicocorticoidi, la hazard ratio per suicidio o tentato suicidio nei pazienti esposti era 6.89; per depressione 1.83; per mania, 4.35; per delirio, confusione, o disorientamento, 5.14 e per disturbo da panico, 1.45. Gli anziani maschi erano a più alto rischio di delirio-/confusione/disorientamento e mania, mentre i pazienti più giovani erano a maggior rischio di suicidio o tentato

suicidio. I pazienti con una storia precedente di disturbi neuropsichiatrici e quelli trattati con alte dosi di glicocorticoidi erano a maggior rischio di esiti neuropsichiatrici.

Gli autori hanno riscontrato un'alta incidenza di eventi avversi nei primi tre mesi dall'inizio della terapia con glicocorticoidi. In particolare, l'incidenza era di 15.7 per 100 persone-anno a rischio e per i pazienti al loro primo corso di trattamento con glicocorticoidi era di 22.3 per 100 persone-anno a rischio. Nonostante una bassa incidenza, il rischio di suicidio o il tentato suicidio aumentava di sette volte in pazienti trattati con glicocorticoidi dopo aggiustamento per fattori noti, comprese le malattie mediche sottostanti. La depressione era più comune della mania, del delirio / confusione / disorientamento e del disturbo di panico, sebbene l'aumento del rischio fosse più marcato per il delirio / confusione / disorientamento e per la mania. I fattori di rischio differivano per ciascun esito tranne che per alte dosi giornaliere di glicocorticoidi, che rimanevano costantemente un fattore di rischio. Sono stati osservati alcuni pattern distinti associati all'età e al sesso.

1) Le donne avevano maggiori probabilità di sviluppare depressione dopo una prescrizione di glicocorticoidi e gli uomini di sviluppare mania o delirio / confusione / disorientamento.
2) Il rischio di depressione, mania, e delirio / confusione / disorientamento aumentava con l'età, mentre il rischio di disturbo di panico, suicidio o tentato suicidio era più pronunciato nei giovani. Le dosi iniziali di glicocorticoidi erano collegate al rischio di sviluppare eventi avversi neuropsichiatrici; una pregressa storia di malattia neuropsichiatrica era associata ad un aumento del rischio di sviluppare ulteriori disturbi neuropsichiatrici in seguito alla terapia con glicocorticoidi.

I risultati di questo studio indicano che una precedente vulnerabilità ad uno specifico disturbo psichiatrico pone il paziente a rischio di sviluppare lo stesso disturbo quando esposto ai glicocorticoidi, quindi, di ridurre la probabilità di sviluppare un nuovo disturbo.

È stato, inoltre, riscontrato che precedenti trattamenti con glicocorticoidi erano associati ad un rischio più basso di sviluppare un esito psichiatrico, probabilmente perché i pazienti che già avevano avuto un disturbo psichiatrico, in

seguito a tale terapia, avevano minori probabilità di ricevere una nuova prescrizione di questi farmaci.

Infine, gli autori hanno riscontrato che le persone affette da asma, polimialgia reumatica o arterite a cellule giganti avevano minori probabilità di sviluppare disturbi neuropsichiatrici e che il rischio di attacchi di panico si riduceva alle più alte dosi di glicocorticoidi.

Gli autori concludono che i glicocorticoidi aumentano il rischio di comportamenti suicidari e di disturbi neuropsichiatrici. I medici dovrebbero usare cautela nel somministrare questi farmaci, in particolare quando i motivi per prescriverli non sono in accordo alle raccomandazioni cliniche. Invece, laddove è essenziale prescrivere un glicocorticoide, i pazienti ed i loro familiari dovrebbero essere informati circa la possibilità di questi eventi avversi. L'aumentata consapevolezza dei medici di medicina generale circa la possibilità che essi si verificano, dovrebbe facilitare un monitoraggio precoce. Da prendere in considerazione la sospensione del farmaco o la riduzione del dosaggio per coloro che sviluppano questo tipo di reazioni. Da valutare l'efficacia di questo monitoraggio nelle cure primarie.

Limitazioni ammesse dagli autori:

1. L'uso di una popolazione molto ampia di pazienti con un ampio range di malattie da cui erano affetti gruppi di ambo i sessi e di tutte le età.
2. È probabile che le forme più gravi di malattie mediche sottostanti possono richiedere trattamento con glicocorticoidi e si può arguire che gli esiti neuropsichiatrici osservati possono essere associati alla gravità della malattia medica piuttosto che alla terapia con glicocorticoidi. Tuttavia, gli effetti dei glicocorticoidi possono essere disgiunti da quelli legati alla gravità della malattia soltanto in un trial clinico randomizzato controllato, con un disegno che non sarebbe eticamente accettabile.
3. Sono stati usati per definire i casi di depressione, delirio-/confusione/disorientamento e mania le diagnosi e i farmaci prescritti, ma è probabile che alcuni di questi siano stati prescritti per curare altri disturbi, quale il dolore neuropatico, portando ad una sovrastima dell'incidenza dei disturbi psichiatrici.

Fonte

Suicidal Behavior and Severe Neuropsychiatric Disorders Following Glucocorticoid Therapy in Primary Care. Fardet L. et al. Am J Psychiatry; 10.1176/appi.ajp.2011.11071009
A cura di Patrizia Iaccarino

Commento di Luca Puccetti

Che i glicocorticoidi esercitino potenti effetti sul SNC è ben noto ed oggetto di frequente osservazione nella comune pratica clinica.
Non nascondo un profondo scetticismo

verso i risultati di questo studio.

Esiste un'enorme bias di selezione potenziale. I medici non sono solito prescrivere dosi elevate di cortisonici senza motivo, dati i ben noti effetti avversi, alcuni dei quali particolarmente gravi, come l'incremento della ritenzione di liquidi, della pressione arteriosa e della glicemia. Tutti eventi ben noti ai medici, reazioni frequenti e potenzialmente gravi. Queste considerazioni inducono a ritenere che ci sia un'elevata probabilità che la prescrizione di tali farmaci sia stata riservata ai pazienti molto più gravi o impegnati rispetto a coloro che non han-

no ricevuto tali prescrizioni. In alcune condizioni, come la polimialgia reumatica, la depressione è parte costitutiva del quadro clinico e persino criterio diagnostico, pertanto è logico che i cortisonici determinino in questi soggetti un miglioramento dell'assetto umorale. Insomma le raccomandazioni degli autori possono essere condivisibili, in senso generale, tuttavia questo studio, a giudizio dell'estensore di questo commento, è gravato da insanabili bias di selezione che ne limitano in modo grave la reale portata clinica dei risultati.

Metformina riduce rischio di cancro del colon?

L'uso della metformina sembra associato ad una riduzione significativa del rischio di cancro del colon, ma la natura osservazionale degli studi suggerisce la necessità di ulteriori indagini.

Recenti studi osservazionali suggeriscono che la metformina potrebbe ridurre il rischio di cancro del colon nei pazienti con diabete di tipo 2.

Infatti il farmaco, in vitro, di è dimostrato in grado di interferire con la proliferazione delle cellule neoplastiche.

Una metanalisi degli studi disponibili in letteratura (5 studi per oltre 108.000 pazienti con diabete tipo 2) cerca di fare il punto sullo stato dell'arte [1].

In effetti il trattamento con metformina

è risultato associato ad una riduzione statisticamente significativa del 37% del rischio di ammalarsi di cancro del colon. Tuttavia gli autori richiamano alla prudenza in quanto gli studi che finora hanno analizzato il legame tra metformina e cancro sono di tipo osservazionale per cui necessitano ulteriori indagini prima di trarre conclusioni definitive.

Avvertenza più che dovuta. Come abbiamo più volte ripetuto, infatti, gli studi osservazionali possono essere gravati da vari tipi di distorsioni che ne rendono i risultati meno affidabili rispetto a quelli derivanti da studi randomizzati e controllati.

In ogni caso si aggiunge un altro piccolo

tassello alle nostre conoscenze sulla bontà delle linee guida, che consigliano la metformina come farmaco di primo impiego nei pazienti con diabete tipo 2 che non abbiano delle forti controindicazioni e che non presentino effetti collaterali al suo uso.

Renato Rossi
Bibliografia

1. Zhang ZJ, Zheng ZJ, Kan H, et al. Reduced risk of colorectal cancer with metformin therapy in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2011 Oct;34:2323-8.

Pregi e difetti dell' Aloe Vera

In questo articolo vengono esaminati effetti e interazioni dell' aloe vera con alcuni farmaci.

L' Aloe Vera è una pianta cactus-simile che contiene dozzine di composti attivi. Esiste in due forme: un gel e un lattice, sebbene un estratto omogeneizzato contenga costituenti di entrambe le forme. L' Aloe Vera gel contiene mono e polisaccaridi, aminoacidi, steroli, tannini, enzimi, vitamine e minerali mentre la forma lattice contiene antrachinoni. Sono compresi alcuni glicosidi, resine e aloesine. Entrambi hanno potenziali utilizzi medici. Il gel può inibire la sintesi del trombossano A2 attraverso la

inibizione della ciclossigenasi, dando luogo ad effetti antiplastrinici ed antinfiammatori simili a quelli dell' aspirina. E' spesso usata per trattare il diabete o per la guarigione delle ferite, comprese le ustioni.

Gli antrachinoni che si trovano nella Aloe Vera in forma di lattice vengono scissi nel colon in forma di antroni, che favoriscono la secrezione di muco, fluidi ed elettroliti nel colon, nonché la peristalsi.

Inoltre, l' Aloe Vera favorisce la perdita di potassio dalle cellule, il che può portare a paralisi dei muscoli intestinali, nonché a potenziali deficienze elettrolitiche.

La forma lattice può essere usata per trattare psoriasi, stitichezza, malattie infiammatorie intestinali. I prodotti a base di Aloe possono essere ingeriti per via orale o applicati localmente secondo l'uso.

Effetti avversi cardiovascolari: Ipokaliemia (C)

Interazioni farmacologiche: aumentato rischio di sanguinamento con sevoflurano (C), in combinazione con farmaci antitrombotici dovuto all'effetto antiaggregante piastrinico (E), e al warfarin dovuto all'effetto dovuto alle alterazioni della flora intestinale, indotte da diarrea,

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/

che influenzano la produzione di vitamina K (E); tossicità da digossina secondaria alla ipokaliemia (E); aumentato rischio di ipokaliemia con i diuretici (E).

Per studiare gli effetti antinfiammatori del gel a base di Aloe vera, Vazquez e coll. hanno valutato l'edema indotto-da-carragenina, la migrazione di neutrofili nella cavità peritoneale, e l'analisi in vitro della produzione di prostaglandine in ratti maschi Wistar.

Gli estratti di Aloe hanno impedito l'edema indotto-da-carragenina nella zampa posteriore, con una estensione simile a quella della indometacina e del desametasone. In modo simile, l'Aloe vera gel è parso esercitare una riduzione dose-dipendente della migrazione dei neutrofili, paragonabile a quella del desametasone e della indometacina ad alte

dosi.

L'analisi in vitro della produzione di prostaglandine è stata realizzata con l'incubazione delle vescicole seminali (RSV).

L'estratto acquoso di Aloe vera ha ridotto la produzione di PGE2 del 48% rispetto al 63% di riduzione osservato con l'indometacina ($p < 0.05$ rispetto ai controlli per entrambi).

Gli autori concludono che questa riduzione è secondaria alla inibizione della ciclossigenasi. Sebbene non sia stato misurato in questa analisi, il trombossano è un altro metabolita dell'acido arachidonico attraverso l'enzima ciclossigenasi ed un potenziale attivatore piastrinico.

Dato che l'Aloe vera aveva mostrato di ridurre la produzione di PGE2, può ridurre anche la produzione di trombossano

e, quindi, possiede anche attività antiplastrinica.

Questo era il razionale dato da Lee e coll. nel loro report di complicanze emorragiche associate all'uso di sevoflurano e di Aloe vera in un paziente chirurgico ed è possibile che si verifichi quando combinato a farmaci antitrombotici.

Patrizia Iaccarino

Bibliografia

1. Vázquez B, Avila G, Segura D, Escalante B. Antiinflammatory activity of extracts from Aloe vera gel. *J Ethnopharmacol.* 1996;55(1):69-75.
2. Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 2
Sheryl L. Chow. *Pharmacotherapy* 2011;31(10):208e-277e

Azitromicina associata ad incremento rischio di morte improvvisa

Rispetto ad amoxicillina, ciprofloxacina o a nessun trattamento antibiotico la terapia con azitromicina risulta associata ad una maggiore incidenza di morte improvvisa.

I macrolidi sono considerati antibiotici capaci di determinare effetti aritmogeni, ma l'azitromicina viene considerata a basso rischio proaritmogeno.

Per valutare la sicurezza dell'azitromicina rispetto a nessun trattamento e rispetto a terapie con amoxicillina, ciprofloxacina e levofloxacina sono state esaminate le prescrizioni del programma MEDICAID del Tennessee dal 1992 al 2006. Sono state escluse le prescrizioni effettuate in soggetti ad elevato rischio di morte improvvisa e nel periodo immediatamente successivo ad una degenza ospedaliera. End points predefiniti dello studio erano la mortalità per tutte le cause e la mortalità cardiovascolare.

Sono state valutate 347795 prescrizioni di azitromicina, 1348672 di amoxicillina, 264626 di ciprofloxacina, 193906 di levofloxacina e 1391180 controlli. I soggetti trattati con azitromicina presen-

tavano mediamente un minor rischio cardiovascolare rispetto a quelli trattati con amoxicillina, ciprofloxacina o levofloxacina.

Rispetto a quanto osservato nei soggetti di controllo, considerando i 5 giorni successivi alla prescrizione della terapia, nei trattati con azitromicina si è osservato un aumento significativo della mortalità per tutte le cause (azitromicina vs controlli hazard ratio, 1.85; 95% CI, da 1.25 a 2.75; $P = 0.002$ sostenuta prevalentemente da un incremento della mortalità cardiovascolare (hazard ratio, 2.88 azitromicina vs controlli; 95% confidence interval [CI], da 1.79 a 4.63; $P < 0.001$). L'incremento della mortalità nei soggetti trattati con azitromicina è risultato significativo anche rispetto a quello rilevato nei trattati con amoxicillina o ciprofloxacina. Non è stata osservata una differenza significativa tra la mortalità osservata in corso di trattamento con azitromicina in confronto a quella rilevata nei trattati con levofloxacina. Nei soggetti curati con amoxicillina e ciprofloxacina non è stato osservato alcun aumento della mortalità per tutte le cause o per mortalità cardiovascolare

rispetto ai controlli. I soggetti trattati con levofloxacina hanno mostrato una tendenza non significativa di incremento di mortalità rispetto ai controlli.

Tali osservazioni proiettano una stima di 47 morti cardiovascolari in più per ogni milione di trattamenti con azitromicina nella popolazione studiata. Riferendosi ai pazienti nel decile a maggior rischio per malattie cardiovascolari, le morti in eccesso stimate assommano a 245 per milione di trattamenti con azitromicina rispetto ai controlli.

Esaminando i dieci giorni successivi a quelli della prescrizione, nel gruppo azitromicina è stato osservato un incremento della mortalità cardiovascolare (hazard ratio, 1.86; 95% CI, da 1.27 a 2.73), ma non di quella globale. L'eccesso di mortalità è stato osservato solo nei 5 giorni seguenti la prescrizione e non nei giorni successivi, nonostante l'antibiotico presenti una lunga persistenza nell'organismo.

Conclusioni

Gli autori concludono che un ciclo di 5 giorni di azitromicina si associa ad un incremento assoluto, di modesta entità,

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/

della mortalità generale e di quella cardiovascolare.

Fonte

1) Ray W. A. et al. N Engl J Med 366;20 nejm.org may 17, 2012

Commento di Luca Puccetti e Mirene Anna Luciani

Estrapolando i dati dello studio ed appli-

candoli ai volumi dei consumi riportati dall' Osmed (Osservatorio sull'impiego dei medicinali

<http://tinyurl.com/6p3k6qw>), nel 2010 in Italia sarebbero attese circa 413 morti in eccesso in un anno. Tali stime risultano applicando la DDD (dose definita die) per l'azitromicina, che è pari a 1,3 DDD per 1000 abitanti/die. La popola-

zione italiana considerata è stata pari a 59.464.644 abitanti, in base ai primi dati ISTAT del Censimento 2012 (comunicato stampa Istat 27/04/2012, <http://www.istat.it/it/popolazione>). La durata mediana di ogni trattamento è stata posta a 3 giorni.

Le nuove norme sull' ECM

Nell' Accordo Stato-Regioni del 19 Aprile 2012 riguardante il nuovo sistema ECM e' stato stabilito (in sintesi) quanto segue:

Regole generali:

Il sanitario deve conseguire 150 crediti nel triennio 2011. 2013 (min 25 max 75 l' anno).

SI POSSONO RIPORTARE DAL TRIENNI PRECEDENTE (2008-2010) fino a 45 crediti, con un obbligo "netto" quindi di 105 Crediti ECM.

La circolare non specifica se questo meccanismo valga per tutti i sanitari.

I terremotati abruzzesi hanno uno sconto (per il 2011) a 30 crediti, con un minimo di 15

Per i libero-professionisti la circolare prevede "modalta' flessibili per crediti/anno". Non sono specificate nel dettaglio, probabilmente verranno disciplinate dagli Ordini.

E' possibile acquisire crediti attraverso autoformazione per attivita' tutoriali gestite dagli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e dalle Federazioni di riferimento.

Dettagli pratici:

Registrazione dei crediti ECM

Il professionista - ultimata la frequenza - dovra' consegnare la documentazione relativa all'evento (programma, contenuti, docenti, ore, modalita' di verifica dell'apprendimento,...) e quella che dimostri la sua frequenza e il superamento della prova di apprendimento all'ente accreditante (CNFC, Regione-/Provincia autonoma) ovvero al soggetto da esso indicato (es. Ufficio formazione dell'Azienda presso cui presta servizio oppure, per i liberi professionisti, al proprio Ordine, Collegio, Associazione professionale).

Per chi svolge attivita' di tutor

L'attivita' di tutoraggio effettuata per tirocini di valutazione e/o obbligatori (esame di abilitazione-internato studenti in medicina - formazione medici di medicina generale - professioni sanitarie), previa attestazione della documentazione a cura dell'Ente erogatore dell'attivita' di tutoraggio, deve essere inviata all'Ordine, Collegio o Associazione professionale per la definizione del numero dei crediti formativi e attestata dai predetti soggetti, per la successiva trasmissione al CO.GE.A.P.S.

Le sanzioni per mancato aggiornamento:

In data 14 settembre 2011 e' intervenuta la conversione in legge del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, che affida agli Ordini il compito di adottare sanzioni per i professionisti sanitari che non ottemperano all'obbligo di «seguire percorsi di formazione continua permanenti».

Disposizioni per i provider:

Almeno il 50% delle attivita' effettivamente pianificate nel piano formativo devono riguardare etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione.

Tale offerta non puo' essere oggetto di sponsorizzazione commerciale e deve consentire ai rispettivi iscritti la partecipazione gratuita o a costi minimi necessari alla copertura delle spese sostenute dall'Ordine, Collegio, Associazione e dalle relative Federazioni nazionali.

In analogia e compatibilmente con le specifiche esigenze organizzative e territoriali, i professionisti sanitari che operano nelle strutture che erogano prestazioni sanitarie pubbliche o private accreditate (Aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie, private accreditate) come responsabili scientifici o in misura deter-

minante sotto il profilo scientifico e culturale in un evento (partecipazione attiva ECM) non possono essere coinvolti nelle attivita' di auditor per le attivita' formative ECM comprese nel territorio di competenza dell'azienda dove operano.

Burn-out e stress

Per quanto concerne il burn out e lo stress, le relative tematiche devono rientrare negli obiettivi organizzativi e gestionali e riguardare prevalentemente la dirigenza e il coordinamento ai diversi livelli di responsabilita' e competenza, in ordine all'attuazione di adeguate misure di prevenzione nella gestione delle risorse umane e dei luoghi di lavoro.

Per quanto concerne invece «la clinica», le implicazioni medico legali ed assicurative delle manifestazioni stress correlate e da «burn out», queste riguardano i medici in modo interdisciplinare per apprendere a «diagnosticare e curare» e gli psicologi-psicoterapeuti per quanto di competenza.

Le Medicine non convenzionali

Le Medicine non convenzionali, come dichiarato negli obiettivi formativi, possono essere accreditate se prevedono nel programma prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale.

Non rientrano in questa fattispecie i corsi di formazione in Medicina non convenzionale.

Registrazione dei crediti formativi

La registrazione a livello nazionale dei crediti acquisiti all'estero, i crediti relativi ad autoformazione e al tutoraggio individuale e' compito del singolo professionista che deve farsi carico di darne comunicazione all'Ordine, Collegio, Associazione professionale di appartenenza che provvede per via informatica a trasmettere tali dati al

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

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

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

CO.GE.A.P.S per l'inserimento nell'anagrafica nazionale.

Gli Ordini, i Collegi e le Associazioni Professionali nel ruolo di garanti delle

professioni sanitarie e certificatori della formazione continua si avvalgono dell'anagrafe nazionale del CO.GE.A.P.S per attestare le attività formative ECM svol-

te e certificare il percorso formativo dei propri iscritti.

Daniele Zamperini

Prescrizione dietro compenso: comparaggio o addirittura corruzione?

Il medico del SSN che riceve denaro in cambio della prescrizione di un farmaco non è colpevole di comparaggio, ma del più grave reato di corruzione in atti d'ufficio. Cassazione penale n.1207/2012

Alcuni anni fa venne accertato che alcuni medici convenzionati percepivano somme di denaro (2-3 mila lire per ogni "pezzo" prescritto) da alcune case farmaceutiche. Furono inquisiti quattro medici.

Il Tribunale condannò questi medici per il delitto di corruzione continuata in atti d'ufficio per avere, nella loro qualità di medici convenzionati con il SSN, prescritto ai pazienti farmaci segnalati da promotori di ditte farmaceutiche dietro compenso di denaro.

La Corte d'Appello confermava la sentenza pur dichiarando la prescrizione del reato e confermando invece la condanna al risarcimento dei danni alle parti civili.

I medici ricorrevano in Cassazione sostenendo che la condotta ascritta fosse al più da ricondurre al reato contravven-

zionale di "Concessione o promessa di premi o vantaggi pecuniari o in natura". ovvero di comparaggio.

La Cassazione respingeva l'interpretazione difensiva perché "la condotta presa in esame dalla disposizione deve ritenersi "prodromica" rispetto a quella denominata di comparaggio (...), dato che in questa è contenuto l'ulteriore elemento dello scopo dell'agente di «agevolare la diffusione di specialità medicinali»; sicché (...) il rapporto tra le due fattispecie si configura secondo lo schema del c.d. reato necessariamente progressivo, che rende applicabile solo la fattispecie più ampia".

"In rapporto alla fattispecie di corruzione impropria ravvisata dalla Corte di appello - continua la Cassazione - va considerato, in primo luogo, che quella di comparaggio, prevede che "se il fatto violi pure altre disposizioni di legge, si applicano le relative sanzioni secondo le norme sul concorso dei reati": sicché se la stessa condotta è inquadrabile in quel-

la di altra fattispecie incriminatrice (nel caso, in quella della corruzione), in deroga ai principi che regolano il concorso di norme, e in particolare il principio di specialità, sono applicabili entrambe le fattispecie penali".

In ogni caso, sottolinea la Corte, andrebbe comunque da configurarsi il reato di corruzione "data la qualità soggettiva di pubblico ufficiale rivestita dai medici, in quanto inseriti nel SSN" mentre il reato di comparaggio è più generico avendo "come destinatari indifferenziatamente quanti esercitano una professione sanitaria".

La Cassazione dichiarava anche gravemente carente la sentenza della Corte d'Appello in punto sia di conferma della responsabilità civile sia della individuazione del danno conseguente alle condotte contestate per cui la sentenza veniva rinviata ai giudici civili per approfondire l'aspetto civilistico del danno causato.

Daniele Zamperini

Se il cane morde, il proprietario ne risponde, anche su area privata

Se il cane morde qualcuno su un'area su area privata aperta al transito, il padrone ne risponde ugualmente.

Non conta se il fatto avviene in un'area privata, cioè se questa è aperta al pubblico transito (Cassazione III Civ. n. 26205/11)

Un postino era entrato, senza citofonare per preavvertire, nel vialetto di casa del proprietario dell'animale, per consegnare la posta, e veniva morso dal cane da guardia.

Il proprietario del cane veniva riconosciuto responsabile e condannato in primo e secondo grado al risarcimento dei

danni, ma l'uomo ricorreva in Cassazione sostenendo una presunzione di responsabilità a carico del postino, in analogia con quanto previsto dall'art. 2054 del Codice Civile per la circolazione dei veicoli.

Proponeva inoltre istanza di costituzionalità in riferimento all'art. 2052 del C.C. (danni cagionati da animali) per la parte in cui tale disposizione non esclude dalla propria sfera di applicabilità il danno cagionato da animali in un'area privata e non aperta al pubblico

La Cassazione rigettava le tesi difensive affermando "l'applicabilità dell'art. 2054 c.c. non si collega tanto al carattere

privato o pubblico dell'area quanto alla sua apertura o no al pubblico transito...

"

Per la questione di legittimità costituzionale la Corte la respingeva sottolineando che "la pericolosità dell'animale permane anche in aree non aperte al pubblico ed è conforme a costituzione l'applicazione della norma sia in riferimento ad aree aperte al pubblico che nel caso contrario".

Veniva quindi confermata la condanna del proprietario al risarcimento del danno.

Definite meglio le caratteristiche del mobbing

Per la configurazione di una condotta di "mobbing", l'illegittimità di un atto non è di per sé sufficiente. È necessario in-

fatti accertare l'idoneità offensiva della condotta datoriale (desumibile dalle sue caratteristiche di persecuzione e discri-

minazione) e la connotazione univocamente emulativa e pretestuosa della condotta, nonché la prova dell'esistenza di

un sovrastante disegno persecutorio. (Cons. Stato, n. 856/2012)

Il Consiglio di Stato ha precisato, in una recente sentenza, alcune caratteristiche necessarie perché si parli di mobbing: "L'azione risarcitoria non è soggetta alla regola del principio dispositivo con metodo acquisitivo, bensì al principio dell'onere della prova (artt. 2697 e 115 cpc) in quanto inerente a processo avente ad oggetto diritti (risarcitori); ed invero trattandosi di giudizio che verte principalmente sull'esistenza delle condizioni perché un danno possa ritenersi ingiusto, occorre innanzitutto la prova della sua esistenza e del suo ammontare, consistente nella verifica positiva degli specifici requisiti e, in particolare, nell'accertamento di una effettiva lesione alla propria posizione giuridica soggettiva tutelata ovvero la violazione della norma giuridica che attribuisce la protezione a tale interesse"

In altre parole non è sufficiente un da-

more di lavoro aggressivo o conflittuale perché si parli di mobbing. Occorre che si verifichi una condotta del datore stesso nei confronti del lavoratore, protratta e sistematica nel tempo, e consistente in reiterati comportamenti ostili con la forma di discriminazione o di persecuzione psicologica. Da questa condotta del datore di lavoro consegue la mortificazione e l'emarginazione del dipendente, con effetti lesivi sul suo equilibrio fisiopsichico.

Perché la condotta aggressiva del datore di lavoro configuri "mobbing" deve quindi rivestire alcune caratteristiche:

- I comportamenti persecutori devono essere molteplici, sistematici e prolungati, con intento vessatorio verso il dipendente

- Deve verificarsi un danno alla salute o alla personalità del dipendente

- Deve essere riscontrabile un nesso causale la condotta del datore o del dirigente e il pregiudizio all'integrità psicofisica del lavoratore

- Deve essere dimostrato l'elemento soggettivo, cioè l'intento persecutorio

E' fondamentale quest'ultimo punto a caratterizzare il "mobbing" al punto da farlo uscire da quei comportamenti ordinariamente conflittuali presenti in tanti posti di lavoro; ciò che fa la differenza è la sussistenza di una condotta volutamente prevaricatoria da parte del datore di lavoro volta a emarginare o estromettere il lavoratore dalla struttura organizzativa ove questi opera.

Spetta al lavoratore fornire la prova dell'illiceità di condotta del datore di lavoro, seguendo la regola generale dell'onere probatorio, secondo cui spetta a chi agisce in giudizio indicare e provare i fatti su cui fonda la pretesa avanzata.

Concetti analoghi sono stati espressi in una recente sentenza della Cassazione n. 87/2012.

Daniele Zamperini

Il risarcimento per emotrasfusi ha funzione assistenziale

Il risarcimento per danno da emotrasfusione ha funzione assistenziale, non di garanzia del diritto alla salute.

(Cass. Sez lavoro n. 2009/2012 del 13-2/2012)

I fatti:

Dopo un lungo iter giudiziario, la Corte d'Appello di Milano, in parziale riforma di una sentenza del Tribunale, condannava il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al pagamento in favore di F.S. di un risarcimento in aggiunta al capitale maturato per danno da emotrasfusione (L. n. 210 del 1992) a titolo di danno per ritardato pagamento

dell'indennizzo dovuto in quanto il ritardo ingiustificato di anni nella erogazione dell'indennizzo incide su valori costituzionalmente tutelati.

Il Ministero proponeva ricorso per cassazione affermando che la Corte territoriale avrebbe riconosciuto il risarcimento del danno senza che l'appellante avesse fornito alcuna prova concreta del danno patito; inoltre l'indennizzo di cui alla L. n. 210 del 1992 avrebbe mera natura assistenziale e non avrebbe la funzione di garanzia del diritto alla salute.

La Cassazione accoglieva il ricorso sia

perché, essendo stata corrisposta una rivalutazione monetaria, il danno ulteriore doveva essere provato, in quanto il creditore avrebbe dovuto provare il danno ulteriore per responsabilità extracontrattuale del debitore dimostrando l'oggettiva esistenza di un illecito nel comportamento dell'amministrazione debitrice, nonché il dolo o la colpa grave, ed il nesso di causalità con il danno patito. La natura del danno poi era irrilevante per i fini in questione.

Quindi la sentenza che riconosceva il danno in esame è stata cassata, e la domanda di ulteriore danno della F. rigettata.

Nuova Nota AIFA 92: benzatilpenicillina

L'Aifa ha reso nuovamente disponibile per la prescrizione gratuita la Benzatilpenicillina, riservandola a coloro che non dispongono di valida alternativa terapeutica (a nuova Nota, la 92 (Nota AIFA 92, Gazzetta Ufficiale n. 128 del 4 giugno 2012).

La Nota regola la prescrizione e la dispensazione della benzatilpenicillina da

parte dei centri specializzati Universitari e dalle aziende sanitarie, secondo modalità adottate dalle Regioni.

La Benzatilpenicillina è stata perciò riclassificata in fascia A PHT (Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio) consentendone la dispensazione gratuita per

la profilassi della febbre reumatica e per il trattamento della sifilide in tutti i suoi stadi.

Con il passaggio al regime PHT il paziente potrà ritirare gratuitamente il farmaco in distribuzione diretta, ricorrendo, in caso di necessità alla struttura ospedaliera specialistica.

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/

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE giugno 2012

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

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 24.05.12 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 04.06.12)

ISTITUZIONE DELLA NOTA 92. NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI.
(DETERMINAZIONE N. 1067/2012)

Con questo provvedimento viene istituita la nota AIFA n. 92.

Essa prevede che il farmaco benzatilpenicillina possa essere dispensato a carico del SSN solo su prescrizione da parte di centri specializzati, Universitari e delle aziende sanitarie, e secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.

La prescrizione e dispensazione a carico del SSN è limitata, inoltre, alle seguenti condizioni:

- profilassi della malattia reumatica in soggetti con infezioni delle prime vie respiratorie sostenute da streptococchi del gruppo A, profilassi delle recidive della malattia reumatica;
- sifilide.

La nota illustra, sinteticamente, le problematiche inerenti la diagnosi e terapia delle due condizioni citate ed è infine corredata da un discreto numero di voci bibliografiche.

Decreto del Ministero della Salute del 18.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 04.06.12)

MODIFICA AL DECRETO 26 FEBBRAIO 2012, RECANTE: «DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ TECNICHE PER LA PREDISPOSIZIONE E L'INVIO TELEMATICO DEI DATI DELLE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA AL SAC».

Con questo provvedimento viene modificato il disciplinare tecnico allegato al decreto del Ministero della salute del 26 febbraio 2010.

Le modifiche sono il risultato del lavoro dei tre gruppi tecnici ristretti a suo tempo costituiti, e composti dei rappresentanti delle amministrazioni centrali interessate (Ministero dell'economia e delle finanze, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica e Dipartimento della funzione pubblica, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, I.N.P.S. e Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica) e dai referenti regionali, che avevano il compito di approfondire e individuare le soluzioni per le problematiche inerenti a:

- aspetti normativi, organizzativi e medico-legali della trasmissione on-line dei certificati;
- aspetti tecnici del sistema, ivi compreso monitoraggio e soluzioni delle problematiche legate al territorio;
- aspetti giuridico-amministrativi per l'applicazione delle sanzioni.

Per la messa a regime di questo nuovo disciplinare è previsto un periodo di tempo complessivo di 21 mesi.

Per quanto concerne il nuovo disciplinare, segnaliamo in particolare i seguenti aspetti: servizio per la comunicazione di inizio ricovero, servizio per l'invio di un certificato di malattia in sede di dimissione, dichiarazione da parte del medico del ruolo in cui opera al momento del rilascio del certificato.

Sono previsti 5 moduli diversi (il precedente ne contemplava solo 2): il certificato di malattia telematico, l'attestato di malattia telematico, il certificato di malattia in sede di dimissione, l'attestato di malattia in sede di dimissione e la comunicazione di inizio ricovero.

Nella modulistica compaiono alcune notizie nuove da fornire (alcune obbligatorie ed altre facoltative): bisogna specificare se chi compila il certificato è "medico SSN" o libero professionista; tra le visite è aggiunta quella di pronto soccorso; è richiesto di specificare se la malattia è dovuta ad evento traumatico, se trattasi di patologia grave che richiede terapia salvavita, se trattasi di malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio, se trattasi di stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta.

Similmente alla precedente modulistica, anche per questa non è prevista la firma autografa del medico.

Fino alla messa a regime di questo nuovo disciplinare, viene consentito l'utilizzo di quello pubblicato dal decreto del Ministero della salute del 26 febbraio 2010, attualmente in uso.

Decreto del Ministero della Salute del 06.06.12 (Gazzetta Ufficiale n. 142 del 20.06.12)

ISTITUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA EROGATA PRESSO GLI HOSPICE

Viene istituito, presso il Ministero della salute e nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e dal quale restano pertanto esclusi tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da «sostegno sociale» alla persona.

Il Sistema consente il monitoraggio delle cure palliative e della terapia del dolore connesso a malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative; esso permette analisi aggregate utili per il calcolo di indicatori, anche mediante l'interconnessione dei contenuti informativi presenti con il codice univoco dell'assistito.

Il provvedimento definisce i flussi di ingresso, l'accesso ai dati, le modalità e i tempi di trasmissione, eventuali ritardi ed inadempienze, le problematiche relative al trattamento dei dati.

Le modalità con cui le regioni e le province autonome metteranno a disposizione le informazioni sono stabilite dal disciplinare tecnico, allegato al provvedimento stesso.

Decreto del Ministero della Salute del 12.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 147 del 26.06.12)

DISPOSIZIONI SULL'IMPORTAZIONE ED ESPORTAZIONE DEL SANGUE UMANO E DEI SUOI PRODOTTI

Il decreto regola l'importazione e l'esportazione del sangue e dei suoi prodotti, destinati alla produzione di medicinali emoderivati affidando all'Agenzia Italiana del Farmaco il rilascio delle relative autorizzazioni.

Esso affronta i seguenti aspetti:

- l'importazione dei prodotti del sangue destinati alla produzione di medicinali, alla produzione di medicinali autorizzati all'immissione in commercio nell'Unione Europea, alla produzione di medicinali da commercializzare esclusivamente in Paesi terzi;
- l'importazione di medicinali emoderivati pronti per l'uso, non autorizzati in Italia o carenti sul territorio nazionale e legalmente in commercio all'estero, sperimentali;
- l'esportazione dei prodotti del sangue originati da emocomponenti raccolti al di fuori del territorio nazionale;
- la lavorazione all'estero del plasma nazionale ed esportazione dei prodotti del sangue eccedenti;
- l'importazione e l'esportazione del sangue e dei suoi prodotti ad uso trasfusionale, ad uso autologo, ad uso diagnostico e per la produzione di dispositivi medico-diagnostici in vitro.

Legge n. 86 del 05.06.12 (Gazzetta Ufficiale n. 148 del 27.06.12)

ISTITUZIONE DEL REGISTRO NAZIONALE E DEI REGISTRI REGIONALI DEGLI IMPIANTI PROTESICI MAMMARI, OBBLIGHI INFORMATIVI ALLE PAZIENTI, NONCHÈ DIVIETO DI INTERVENTO DI PLASTICA MAMMARIA ALLE PERSONE MINORI

La legge istituisce i registri (nazionale e regionali) degli impianti protesici mammari con il fine di monitoraggio clinico del soggetto sottoposto a impianto e di monitoraggio epidemiologico; vengono date indicazioni sul contenuto di tali registri, sul loro utilizzo e sulla loro consultazione, demandando a provvedimenti successivi la definizione dei particolari.

La legge consente l'impianto di protesi mammaria a fini esclusivamente estetici solo a donne che abbiano compiuto la maggiore età, fatti salvi i casi di gravi malformazioni congenite (che devono però essere certificate da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o da una struttura sanitaria pubblica); l'impianto per fini estetici è riservato a medici in possesso di specializzazione in ben definiti branche.



VIAGGIARE INSIEME: IL GRUPPO DI AMICI A SAN PIETROBURGO