

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 9

Novembre 2009

**Il 13 e 14/11a Pisa (MY ONE Hotel Galilei via Darsena 1) si terrà il V Congresso Nazionale "Promed Galileo, in collaborazione con le maggiori società scientifiche. Oltre 100 iscrizioni gratuite**

Si tratta di uno dei maggiori eventi dell'anno, accreditato ECM. Per usufruire dell'iscrizione gratuita, vedere su [www.promedgalileo.org](http://www.promedgalileo.org)

**Colpo di mano della Regione Lazio vanificando tutti le negoziazioni effettuate nel corso di numerosi incontri, sul problema "conguagli".**

I particolari, per gli interessati, su <http://www.smi-lazio.org/modules.php?name=News&file=article&sid=165>

**Influenza in gravidanza, rischio schizofrenia?**

**INDICE  
GENERALE  
IN SECONDA  
PAGINA**



**L' alcool e' utile, se moderato**



**Lombalgia: come prevenire**



Si e' svolto a Cascina (PI), con il fondamentale e disinteressato sostegno delle **Terme di Uliveto**, il **IV Congresso Nazionale di "IPPOCRATE"**

Le relazioni, di cui riportiamo l' indice all' interno, saranno scaricabili integralmente dal nostro sito. Per motivi di spazio, qui ne portiamo solo una presentazione

**Effetti della polipillola sui fattori di rischio cardiovascolari**

**Schema dei benefici a favore degli invalidi civili**

**Aggiornamento e informazione sullo stroke ischemico**



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

**"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"**

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

<b>Approccio diagnostico alle linfocitosi</b>	Pag. 3	
<b>Lombalgia: come prevenire la cronicizzazione</b>	Pag. 4	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.: <b>Daniele Zamperini</b> O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">http://www.scienzaeprofessione.it</a>
<b>L' alcol se moderato, ha effetti protettivi</b>	Pag. 4	
<b>Influenza in gravidanza, rischio schizofrenia?</b>	Pag. 5	
<b>I medici di famiglia sanno diagnosticare la depressione?</b>	Pag. 5	<b>Patrocinate da</b> -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi
<b>Effetti della poli-pillola sui fattori di rischio cardiovascolari</b>	Pag. 6	
<b>Il Risperidone e' inefficace nel trattamento dei cocainomani</b>	Pag. 7	
<b>Effetto delle statine sulla pressione arteriosa</b>	Pag. 7	<b>Redazione</b> <b>Luca Puccetti (webmaster)</b> <b>Marco Venuti (agg. legale)</b> <b>Renato Rossi (coordinatore)</b> <b>Guido Zamperini (redattore)</b>
<b>Lo stroke ischemico: una rassegna</b>	Pag. 8	Collaborano: <b>Marco Grassi, Clementino Stefanetti</b>
<b>Convegno AIMEF: "La risorsa della differenza"</b>	Pag. 10	<b>Per riceverla gratuitamente:</b> d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
<b>IV Congresso di Ippocrate</b>	Pag. 11	<b>Archivio completo:</b> Oltre 3000 articoli e varie risorse su <a href="http://www.pillole.org/">http://www.pillole.org/</a> <b>Contenuti selezionati:</b> <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">www.scienzaeprofessione.it</a>
<b>Il Mediatore Ufficiale delle Controversie: e' fattibile?</b>	Pag. 12	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
<b>Ampliati i diritti dei disabili gravi: congedo parentale anche ai figli</b>	Pag. 12	<b>Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione</b>
<b>Il "Pacchetto Sicurezza" : novita' e correzioni per i datori di lavoro</b>	Pag. 12	
<b>Benefici a favore degli invalidi civili</b>	Pag. 13	
<b>Se il processo e' troppo lento, lo Stato deve risarcire senza sconti</b>	Pag. 13	
<b>Risarcimento maggiorato per il "sostegno della famiglia"</b>	Pag. 14	
<b>Particolare tutela della privacy, per l' HIV</b>	Pag. 14	
<b>NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti) e News prescrittive</b>	Pag. 15-16	



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

## Approccio diagnostico alle linfocitosi

Come comportarsi di fronte ad un paziente che mostra un aumento del numero assoluto dei linfociti?

Il riscontro di linfocitosi, anche in soggetti asintomatici, è relativamente frequente ed è perciò importante conoscere l'iter diagnostico per la diagnosi differenziale delle condizioni che la possono determinare.

Per prima cosa è necessario distinguere la linfocitosi assoluta dalla linfocitosi relativa.

Per linfocitosi assoluta si intende un numero di linfociti superiore a 4000 per mm<sup>3</sup> (secondo altri il valore normale dei linfociti va da 1500 a 3500 per mm<sup>3</sup>). Per linfocitosi relativa si intende invece una percentuale di linfociti > 50% dei leucociti totali, ma con numero assoluto di linfociti normale. Questo si verifica, per solito, quando il numero dei neutrofili è ridotto, per cui sarebbe più appropriato parlare di neutropenia.

Prima di procedere oltre nell'iter diagnostico è opportuno ripetere l'esame emocromocitometrico a 15-30 giorni di distanza, a meno che il numero dei linfociti non sia particolarmente elevato o il paziente non sia sintomatico.

### Linfocitosi reattiva o secondaria

La "linfocitosi reattiva" si verifica in seguito a svariati stimoli di tipo infettivo e non infettivo. I linfociti reattivi possono mostrare varie alterazioni all'esame dello striscio periferico: aumento delle dimensioni, nucleo immaturo, cromatina non addensata, nucleoli assenti. Questi linfociti reattivi vengono denominati anche cellule di Downey.

L'infezione più comune che causa una linfocitosi reattiva è la mononucleosi che si può sospettare in base al quadro clinico ed alla presenza di linfociti reattivi (talora detti anche atipici o attivati). La conferma richiede il dosaggio degli anticorpi esterofili.

Il test più usato è il test rapido (monotest), che però può risultare negativo nelle fasi precoci per cui va ripetuto a distanza di 1-2 settimane.

In alcuni pazienti con quadro clinico ed ematologico suggestivo per mononucleosi il test rapido può risultare negativo.

In questi casi si ricorre al dosaggio degli anticorpi anti virus EB: in caso di infezione acuta si riscontra una positività per IgM ed IgG anti VCA (antigene virale causidico), una positività variabile per le IgG anti EA (antigene precoce), mentre le IgG anti EBNA (antigene nucleare dell'Epstein Barr) risultano negative.

Un quadro simile alla mononucleosi si può riscontrare in altre infezioni che per questo motivo vengono dette sindromi simil-mononucleosiche: HIV, citomegalovirus, epatite (A,B,C), adenovirus, herpes, rosolia, toxoplasmosi.

Altre cause di linfocitosi reattiva sono il tabagismo cronico, la pertosse, l'asma acuta, l'infarto miocardico, l'embolia polmonare, l'ipossia acuta, lo stress acuto, i farmaci (tra questi si ricorda la fenitoina), le crisi emolitiche, la tireotossicosi e il morbo di Addison.

### Linfocitosi primitiva

Qualora non siano evidenti le cause più sopra esposte e la linfocitosi persista nel tempo (> 3 mesi) si deve escludere la presenza di una patologia maligna.

La malattia neoplastica che più spesso provoca una linfocitosi primitiva è la leucemia linfatica cronica. Colpisce di preferenza, ma non solo, gli anziani ed origina, nella quasi totalità dei casi, dai linfociti B. I linfociti, visibili allo striscio periferico, sono morfologicamente normali, ma possono essere associati alle cosiddette "cellule ombra" o "ombre di Gumprecht" (linfociti frammentati). Lo studio immunofenotipico mediante citometria a flusso permette di dimostrare la monoclonalità e di distinguere la leucemia linfatica cronica da altre patologie linfoproliferative. La leucemia linfatica cronica e il linfoma linfocitico a piccole cellule sono espressioni diverse di una stessa malattia: nella prima il disordine è localizzato a livello ematico, nella seconda a livello dei linfonodi. La leucemia linfatica cronica rimane a lungo asintomatica e non richiede trattamento, ma solo un monitoraggio periodico. Parametri presi in considerazione per iniziare un trattamento sono il tempo di raddoppiamento dei linfociti, la presenza di sintomi, la concentrazione emo-

globinica e la conta piastrinica. Per controllare il tempo di raddoppiamento dei linfociti si consiglia nel primo anno un controllo trimestrale dell'emocromocitometrico, successivamente controlli più distanziati.

Cause maligne più rare di linfocitosi sono la leucemia a cellule capellute, la leucemia prolinfocitica, la leucemia linfoblastica acuta e la leucemia linfatica a grandi cellule granulari, che non è altro che la fase leucemica di un linfoma non Hodgkin a partenza dai linfociti T natural killer.

### L'esame del midollo

L'esame del midollo osseo dovrebbe essere eseguito in presenza di linfocitosi persistente senza evidenza di malattie infettive acute o croniche, oppure se lo striscio periferico mostra dei linfociti immaturi (linfoblasti) oppure forme immature dei globuli rossi o dei neutrofili o, infine, neutropenia, anemia, piastrinopenia.

### Il fenotipo linfocitario

La determinazione del fenotipo linfocitario con la metodica della citometria a flusso si richiede in caso di linfocitosi persistente inspiegata. Questa metodica si basa sull'uso di anticorpi monoclonali che identificano gli antigeni presenti sui linfociti e permettono di distinguere i linfociti T, quelli B e i natural killer. Per esempio nelle linfocitosi reattive a patologie virali si riscontrano linfociti T suppressor attivati, positivi per gli antigeni CD3 e CD8. Le linfocitosi neoplastiche più spesso sono caratterizzate da linfociti di tipo B con antigeni CD 19 e CD 20. L'espressione ristretta di catene leggere di tipo kappa o lambda indica l'origine monoclonale delle cellule B. La leucemia linfatica cronica è formata da cellule di tipo B con positività per gli antigeni CD 19 e CD 20 (normalmente espressi dalle cellule B), ma anche per i CD 5 e CD 23 (che non sono espressi dalle cellule B normali).

Renato Rossi

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

# Lombalgia: come prevenire la cronicizzazione

Il NICE ha elaborato delle linee guida per il trattamento iniziale della lombalgia non specifica.

E' risaputo che in molti casi la lombalgia acuta si risolve spontaneamente nel giro di 2-6 settimane.

Tuttavia in alcuni pazienti la sintomatologia tende a persistere o a recidivare diventando cronica o ricorrente.

Il NICE, l'organismo inglese che elabora e pubblica linee guida di elevata qualità, è partito dalla constatazione che non esiste un consenso su quali siano i trattamenti più adatti a ridurre il rischio di persistenza della lombalgia. Basandosi sulla revisione sistematica della letteratura sono state quindi elaborate delle raccomandazioni per guidare i medici nel trattamento iniziale della lombalgia non specifica.

Nelle tabelle sottostanti sono riassunti i consigli del NICE.

## Comportamenti non raccomandati

Radiografia

Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

Iniezioni di farmaci a livello lombare

Laserterapia

Ultrasuonografia terapeutica

Stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TENS)

Supporti lombari (per esempio corsetti)

Trazioni spinali

Denervazione a radiofrequenze delle faccette articolari

Terapia elettrotermale intradiscale

Termocoagulazione a radiofrequenze intradiscale percutanea

## Comportamenti raccomandati

Informare il paziente che la lombalgia non specifica è di natura benigna

Richiedere una RMN del rachide solo dopo una consulenza specialistica in vista di un intervento di fusione spinale oppure se si sospettano cause gravi (fratture, metastasi, neoplasie, spondilite anchilosante, infezioni, sindrome della cauda equina, malattie infiammatorie)

Incoraggiare il paziente a continuare, se possibile, le normali attività

Programmi di esercizio fisico (fino ad otto sessioni in un periodo di 12 settimane)

Preferire programmi in gruppo: attività aerobica, istruzioni al movimento, strengthening muscolare, controllo posturale, stretching

Terapia manuale, inclusa manipolazione spinale (fino a 9 sessioni per un periodo di 12 settimane)

Agopuntura (fino a 10 sessioni per un periodo di 12 settimane)

Programmi combinati di trattamento fisico e psicologico (circa 100 ore per un massimo di 8 settimane), soprattutto se è evidente un notevole stress psicologico; il programma dovrebbe associare esercizio e terapia cognitivo-comportamentale

Paracetamolo (farmaco di prima scelta); se inefficace usare un FANS oppure un oppioide debole o entrambi

Quando si prescrive un FANS si può usare sia un FANS non selettivo che un coxib; in entrambi i casi nei soggetti > 45 anni associare un inibitore di pompa protonica

La durata della terapia farmacologica dipende dalla risposta del paziente

Nel caso di dolore importante non re-

sponsivo alle terapie precedenti si può usare un oppioide forte

Se è necessario usare un oppioide forte per periodi prolungati è consigliabile inviare il paziente ad una valutazione specialistica

Gli antidepressivi triciclici possono essere previsti se altri farmaci non controllano il dolore (iniziare con dosi basse e aumentare il dosaggio fino ad ottenere l'effetto terapeutico)

per i pazienti che nonostante un trattamento ottimale continuano a lamentare dolore si consiglia una valutazione specialistica presso un centro dedicato per valutare l'opportunità di un trattamento chirurgico (fusione spinale).

## Conclusioni

Come si può notare non ci sono reali novità sia per quanto riguarda i trattamenti non farmacologici che per quanto riguarda i farmaci. Il NICE ammette che molte delle opzioni consigliate di tipo riabilitativo e fisiatrico non sono disponibili ovunque. Un problema che in Italia è estremamente diffuso per cui spesso le uniche armi in mano ai medici curanti sono i farmaci, che però spesso offrono una soluzione parziale e non impediscono la cronicizzazione della lombalgia.

Renato Rossi

## Referenze

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/C688QuickRefGuide.pdf>

Accesso del 17 giugno 2009

## L' alcol, se moderato, ha effetti protettivi

Una recente metanalisi ha riscontrato che l'assunzione moderata di alcol è associata a una riduzione di rischio per lo sviluppo di sindrome metabolica

Una recente metanalisi, effettuata su studi osservazionali, e pubblicata su Atherosclerosis ha stimolato la formazione di nuove linee guida a proposito

del consumo di alcool. La metanalisi ha coinvolto complessivamente circa 4-0.000 soggetti.

Dall'analisi degli studi è emerso che un consumo di alcool fino e non oltre 40 g al giorno negli uomini, e 20 g al giorno nelle donne, era associato in maniera significativa a una ridotta incidenza della sindrome metabolica.

A questi livelli si osservava una riduzione di probabilità di sviluppare la sindrome metabolica del 16% circa tra gli uomini e del 25% tra le donne rispetto agli astemi. Non c'erano differenze tra i vari tipi di alcool (vino, birra, superalcolici); i vantaggi si perdevano nei bevitori che superavano queste dosi.

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

### Commento

Le ipotesi sulle cause di questo vantaggio sono diverse: l'effetto protettivo potrebbe essere dovuto in parte all'azione antinfiammatoria che l'alcool ha mostrato in numerosi studi, nonché agli effetti positivi su colesterolemia HDL e sulla sensibilità all'insulina; stupisce un po', invece, che non si sia riscontrata differenza tra i vari tipi di alcoolici, considerando gli effetti positivi che i polifenoli

del vino hanno evidenziato in diversi studi.

Benche' non sia stata presa in considerazione la modalita' di assunzione dell'alcool, e' regola di buon senso che questa avvenga in maniera frazionata durante il giorno, e possibilmente insieme al pasto. Un picco alcoolemico improvviso, infatti, puo' portare problemi ad altri organi o apparati, come il SNC, con problemi nella coordinazione e nella

capacita' di guida di autoveicoli, forse piu' importanti dell'effetto sulla sindrome metabolica.

### Fonti

Atherosclerosis, 2009 June; 204 (2): 624-35

Nutrizione 33 16 luglio 2009 - Anno 4, Numero 13

## Influenza in gravidanza, rischio schizofrenia

E' noto da tempo che diverse infezioni virali sopraggiunte in gravidanza (compresa la comune influenza) si associano ad un aumento di casi di schizofrenia nel nascituro.

Un recente studio pubblicato dal New York State Psychiatric Institute sulla rivista Biological Psychiatry e ripreso dalla Reuters, accentua il problema, in quanto si dimostrerebbe, nel caso di influenza materna in gravidanza, un aumento di rischio di schizofrenia nel figlio di ben 7 volte.

Puo' essere consigliabile la vaccinazione preventiva, ma solo verso il ceppo B.

In realta' le cause dell'insorgere di schi-

zofrenia non sono ancora note, e si ritiene che dipenda da uno sviluppo anomalo del cervello secondario a una combinazione di predisposizione genetica e fattori ambientali (tra cui appunto, la malattia influenzale della madre).

Gli adulti schizofrenici che erano stati esposti al virus dell'influenza nel grembo materno tendevano, secondo questo studio, ad avere punteggi più bassi nel test per il QI da piccoli rispetto ai coetanei, prima ancora che si sviluppasse la schizofrenia. Questa influenza sul QI non si osservava invece nei soggetti che non avrebbero sviluppato la schizofrenia, ed era collegata anche al ceppo virale: i problemi si rilevavano solo nei figli di madri ammalati di influenza B, men-

tre l'influenza A non sembrava causare problemi ai nascituri.

E' possibile quindi che fattori predisponenti (probabilmente genetici) rendano il cervello del feto piu' vulnerabile al danno indotto da alcuni virus, anche se non e' chiaro il motivo di tale selettivita'..

Gli autori suggeriscono comunque l'utilita' di vaccinare le donne incinte contro l'influenza.

[http://news.paginemediche.it/it/230/ultime-notizie/pediatria/detail\\_113510\\_influenza-in-gravidanza-rischio-schizofrenia.aspx?c1=77](http://news.paginemediche.it/it/230/ultime-notizie/pediatria/detail_113510_influenza-in-gravidanza-rischio-schizofrenia.aspx?c1=77)

## I medici di famiglia sanno diagnosticare la depressione?

Secondo una metanalisi i medici di cure primarie non sarebbero molto accurati quando diagnosticano una depressione. Ma è davvero così?

Lo scopo di questo lavoro era di determinare i falsi positivi e i falsi negativi quando i medici di famiglia diagnosticano la depressione. A tal fine è stata effettuata una metanalisi di 118 studi nei quali era valutata l'accuratezza diagnostica dei medici di famiglia. Sono stati inclusi 41 studi per un totale di 50.371 pazienti. I medici di famiglia identificano correttamente la depressione nel 47,3% dei casi e la registrano in cartella nel 33,6%. In 19 studi è stata valutata l'accuratezza per escludere o confermare la depressione: la sensibilità era del 50,1% e la specificità dell'81,3%. Il valore predittivo positivo risultava

essere del 42% e quello negativo dell'85,8%. Questi dati suggeriscono che per 100 pazienti diagnosticati come depressi dai medici di famiglia ci sono 15 falsi positivi e 10 casi non diagnosticati o non identificati.

L'accuratezza diagnostica, tuttavia, migliora se si prende come parametro un periodo di 3-12 mesi piuttosto che una singola consultazione.

Gli autori concludono che i medici di famiglia riescono ad escludere la depressione in molti casi che non sono depressi, tuttavia la modesta prevalenza della malattia nel contesto delle cure primarie comporta un maggior numero di casi falsi positivi che di casi non diagnosticati. La diagnosi può essere migliorata rivalutando nel tempo i pazienti etichettati come depressi.

Fonte:

Mitchell AJ et al. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009 Aug 22; 374:609-619

Commento di Renato Rossi

I risultati di questa metanalisi non sorpremono in quanto già era noto che i medici di famiglia possono mancare la diagnosi di depressione oppure possono diagnosticare come depressi soggetti che non lo sono. Un specificità dell'81,3% significa, in parole povere, che ogni 5 pazienti non depressi ad uno viene posta una diagnosi di depressione (falso positivo). D'altra parte una sensibilità del 50,1% vuol dire che il medico di famiglia non diagnostica come tale un depresso su due. Si sapeva anche che il medico di cure primarie possiede un'accuratezza diagnostica migliore se si con-

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

sidera un periodo di tempo piuttosto che una singola consultazione perchè, in visite successive, rivalutando clinicamente il paziente, si riesce a meglio inquadrarlo.

Tuttavia è stato dimostrato che l'uso di un semplice questionario con due sole domande migliora la diagnosi di depressione. Le due domande sono:

- 1) Durante il mese scorso sei stato giù di morale, triste, senza speranza, depresso?
- 2) Durante il mese scorso ti è capitato di non provare piacere nelle cose che fai o nei tuoi passatempi preferiti?

Se la risposta è negativa ad entrambe le

domande è improbabile che il paziente sia depresso, se è positiva ad una o a tutte e due, è necessario approfondire l'anamnesi alla ricerca di altri sintomi che possano confermare il sospetto. Per entrambe le risposte positive la sensibilità è del 97% e la specificità del 67%. Si potrebbe, comunque, pensare che la diagnosi di depressione sia difficile, oppure che i medici di famiglia non siano molto bravi oppure che entrambe le ipotesi siano vere.

Ma ci pare che la conclusione migliore sia quella di citare l'editoriale di commento sullo studio recensito in questa

pillola che, in maniera abbastanza causativa, afferma che la diagnosi di depressione non riesce a mettere d'accordo neppure gli psichiatri e allora non si vede come ci si possa aspettare performances eccellenti dai medici di cure primarie [1].

#### Referenze

Tyrer P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet* 2009 Aug 22; 374:589-590

## Effetti della poli-pillola sui fattori di rischio cardiovascolari

Viene rilanciata da uno studio indiano, la Polipillola, di cui è stato già ampiamente discusso in altre sedi: composta da 5 farmaci che, a dosi ridotte, dovrebbero assicurare, in concorso tra loro, una maggiore protezione cardiovascolare con scarsi effetti collaterali.

La formulazione della Polipillola utilizzata in questo studio;

- 12.5 mg idroclorotiazide
- 50 mg di atenololo
- 5 mg di ramipril
- 20 mg di simvastatina
- 100 mg di aspirina

In origine era stata proposta anche l'aggiunta di acido folico

Lo studio TIPS (The Indian Polycap Study), di fase II, si proponeva appunto di verificare queste premesse, proponendosi inoltre di confrontare l'effetto cumulativo di questi farmaci in unica pillola, con una eventuale somministrazione frazionata dei singoli principi attivi.

Sono stati quindi randomizzati 2053 soggetti divisi in 9 gruppi diversi, a cui venivano somministrati i principi attivi in diversa combinazione fra loro pur mantenendosi entro le dosi complessive specificate sopra:

idroclorotiazide (n=205);  
idroclorotiazide+ramipril (n=209); idroclorotiazide+atenololo (n=207);  
ramipril+atenololo (n=205); idroclorotiazide+ramipril+atenololo (n=204);

idroclorotiazide+ramipril+atenololo+aspirina (n=204); simvastatina (n=202); aspirina (n=205); Polycap (n=412).

La somministrazione dei farmaci è stata interrotta dopo 12 settimane, e la visita di termine studio è stata effettuata alla settimana 16.

L'analisi statistica sui farmaci antipertensivi ha dimostrato che, rispetto ai gruppi di controllo

- l'idroclorotiazide ha ridotto la pressione sistolica di 2.2 mmHg e la diastolica di 1.3 mmHg
  - l'abbinamento di due farmaci antipertensivi ha ridotto la pressione sistolica di 4.7 mmHg e la diastolica di 3.6 mmHg
  - la combinazione dei tre antipertensivi ha ridotto la pressione sistolica di 6.9 mmHg e la diastolica di 5.0 mmHg.
- La presenza di aspirina non modificava la risposta alla terapia antipertensiva.

Quadro lipidico:

- Nessuna differenza sul colesterolo totale in tutti i gruppi che assumevano simvastatina
- Maggior riduzione del LDL (0.83 mmol/L) nel gruppo con la simvastatina da sola rispetto al "gruppo polipillola" (0.70 mmol/L) soprattutto nei soggetti diabetici
- Maggior riduzione dei trigliceridi nel gruppo polipillola rispetto alla sola

simvastatina..

I gruppi che assumevano atenololo non mostravano differenze tra somministrazioni separate o in polipillola; lo stesso per quanto riguarda l'effetto sul trombosano dovuto all'aspirina.

Gli autori concludevano che, in base a valutazioni statistiche, la Polipillola può potenzialmente ridurre del 62% gli eventi cardiovascolari e del 48% quelli cerebrovascolari.

Commento

Occorreranno altri approfonditi studi di fase III per confermare i risultati di questo studio e l'effettiva riduzione della mortalità.

La minor efficacia della simvastatina "in combinazione" rispetto alla somministrazione isolata potrebbe essere spiegata con una ridotto metabolismo della simvastatina nella poli-pillola. La tollerabilità è stata buona, ma è stata sottolineata la difficoltà, in caso di comparsa di effetti collaterali, nell'identificare il farmaco responsabile.

Va considerato inoltre l'atteggiamento genericamente contrario alle combinazioni a dose fissa di farmaci diversi che potrebbero non rispondere alle particolari esigenze del singolo caso, per cui andrebbe ipotizzata non una singola Polipillola ma una serie di Polipillole con dosaggio differenziato dei singoli principi attivi.

Ci vorrà ancora del tempo...

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

## Riferimenti bibliografici

Lancet 2009; 373: 1341-51.  
Lancet 2009; 373: 1313-14.  
BMJ 2003; 326: 1419-24-1427

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=298>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4328>

## Il Risperidone e' inefficace nel trattamento dei cocainomani

Il risperidone long-acting si e' dimostrato inefficace per la disassuefazione da cocaina e per gli episodi di craving.

Non esiste ancora, per il trattamento della cocaino-dipendenza, un trattamento farmacologico ufficialmente approvato.

Considerando il meccanismo d'azione della cocaina (blocco del trasportatore della dopamina e incremento dei livelli di quest'ultima) si e' ipotizzato un effetto favorevole del risperidone (antipsicotico atipico, antagonista dei recettori dopaminergici D2 nonché di quelli serotoninergici 5-HT<sub>2</sub>). Alcuni studi sugli animali avevano fatto ben sperare per cui e' stato effettuato sull'uomo uno studio RCT in doppio cieco contro, della durata di 12 mesi.

Sono entrati nello studio 81 soggetti rispondenti ai criteri DSM IV che facesero uso di cocaina almeno una volta a

settimana e che fossero esenti da altre gravi patologie psichiatriche (schizofrenia, disturbo bipolare) o organiche (HIV, anamnesi di grave trauma cranico, altre gravi patologie mediche). I partecipanti venivano randomizzati al trattamento con risperidone (1 mg/die per os per la prima settimana poi portato a 2 mg/die per 3 settimane, poi ulteriormente aumentato con somministrazioni parenterali di risperidone long-acting 25 mg di 1 volta/settimana) o con placebo per 12 settimane.

Venivano effettuate visite periodiche con analisi dei cataboliti urinari della cocaina e valutazione del craving e dei sintomi di astinenza mediante appositi test psicometrici.

Lo studio non ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi in termini di consumo di cocaina, ne' sono state evidenziate differenze significative per

intensità o frequenza degli episodi di craving, salvo una modesta riduzione di durata per i soggetti trattati con risperidone.

I test psicometrici evidenziavano solo un aumento dei sintomi depressivi rispetto al basale per i soggetti in trattamento con risperidone ed una riduzione invece per il gruppo placebo.

Il risperidone apportava un significativo aumento del peso corporeo.

Non vengono confermati, dunque, i promettenti studi effettuati in precedenza sugli animali: il risperidone non comporta riduzione del consumo di cocaina ne' del craving.

L'impiego dell'antipsicotico si associa invece ad un aumento dei sintomi depressivi e del peso corporeo.

J Clin Psychiatry. 2008; 69: 480-6.

## Statine e riduzione della pressione arteriosa

Alcuni studi hanno suggerito che il trattamento con statine è in grado di ridurre la pressione arteriosa, soprattutto in soggetti ipertesi, ma le evidenze in proposito non sono definitive. I meccanismi ipotizzati sono diversi, ma non definitivamente dimostrati. L'effetto era stato rilevato soprattutto nei pazienti non diabetici e con elevati valori di LDL.

Per valutare questo effetto sono stati effettuati degli studi ad hoc (non recentissimi) come l'UCDS Statin Study, un trial randomizzato in doppio cieco, placebo-controllato, della durata di 6 mesi più 2 mesi di follow-up)

Sono stati arruolati 973 soggetti di età superiore a 50 anni e che presentassero un livello di colesterolo LDL pari a 115-190 mg/dl, qualunque fosse la loro PA, e

che non fossero affetti da malattie cardiovascolari o diabete.

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere simvastatina 20 mg, pravastatina 40 mg o placebo.

Venivano effettuate visite periodiche (tempi 0-1 mese-6 mesi - 8 mesi). In occasione delle visite veniva misurata la PA. Una eventuale ipertensione (PAS >140 mmHg o PAD >90 mmHg) venivano segnalati al medico curante. Si e' poi procduto all'analisi (in aperto) della PA.

Dall'analisi dei dati risultava una modesta riduzione della PA sia sistolica che diastolica nei soggetti non ipertesi trattati con statine. La riduzione (statisticamente significativa) era mediamente di 2,2 mmHg per la sistolica e di 2,4 mmHg per la diastolica. Tale ridu-

zione si riscontrava solo al controllo del sesto mese e al follow-up, (dopo due mesi di interruzione della terapia con statine) la situazione risultava uguale sia per i trattati che per i non trattati.

La riduzione della PA, anche se assai modesta, potrebbe tuttavia rientrare nell'ambito dei benefici "collaterali" dell'uso di statine, da aggiungersi a quelli già ampiamente noti sulla placca aterosclerotica e potrebbe contribuire a ridurre l'incidenza di incidenti cerebrovascolari.

-Arch Intern Med 2004;164: 153-62.

-Control Clin Trials 2004; 25: 178-202

-J Hum Hypertens 2006; 20: 560-5

-Hypertension. 2007; 49: 792-8

-Circulation 2004;110 [suppl III]: III-402

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

# Lo stroke ischemico: una rassegna

Una panoramica riassuntiva sull'ictus di tipo ischemico.

L'ictus (o stroke) ischemico rappresenta circa l'80% dei casi di stroke (essendo il 20% dovuta a stroke emorragici) e, negli USA, viene riportata un'incidenza annua di circa 400.000 nuovi casi. È una causa rilevante di disabilità e di morte, dopo la cardiopatia ischemica. La frequenza aumenta con l'età e colpisce entrambi i sessi, con una prevalenza negli uomini (su 100 pazienti colpiti da ictus ischemico circa 60 sono di sesso maschile). A distanza di sei mesi circa la metà dei pazienti sopravvissuti allo stroke presenta una disabilità più o meno importante.

## Quali sono i fattori di rischio?

I maggiori fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, la fibrillazione atriale, il fumo, il diabete mellito, un pregresso ictus, la coesistenza di una malattia ischemica cardiaca o di uno scompenso cardiaco, l'ipercolesterolemia.

## Quali sono i principali tipi di stroke ischemico?

Lo stroke ischemico può essere dovuto alla presenza di aterosclerosi a livello delle arterie sovra-aortiche o cerebrali. L'aterosclerosi può provocare un infarto cerebrale con due meccanismi: o con una stenosi critica del lume vasale oppure per il distacco di emboli dalla placca aterosclerotica.

Un altro meccanismo è quello cardioembolico dovuto alla partenza di emboli che si sono formati nelle camere cardiache. Le cardiopatie che possono causare embolismo sono la fibrillazione atriale, la cardiomiopatia dilatativa, le malattie valvolari, l'infarto miocardico; in alcuni casi il riscontro di un forame ovale pervio viene ritenuto, in assenza di altre cause, possibile responsabile di embolismo.

In una percentuale di casi che può, a seconda delle casistiche, arrivare fino al 30-40% dei casi, non si riesce a mettere in evidenza alcuna causa per cui si parla di ictus criptogenetico.

In soggetti giovani (< 50 anni) vanno

considerate cause rare di ictus come l'arterite a cellule giganti, l'endocardite infettiva, la dissezione della carotide, ecc.

## Quali sono i sintomi dello stroke ischemico?

Lo stroke ischemico acuto è caratterizzato da un esordio improvviso, con sintomi da deficit neurologico focale; in alcuni casi, tuttavia, vi è una comparsa graduale oppure un aggravamento progressivo.

I sintomi dipendono ovviamente dall'area cerebrale interessata. I più comuni sono di tipo motorio (emiparesi o paresi o debolezza di un emisoma o di un arto), di tipo sensitivo (parestesie ad un emisoma o ad un arto), disartria, afasia espressiva o motoria, emianopsia, atassia e vertigini, perdita della coscienza o stato confusionale, etc. Di solito la diagnosi è agevole, a parte i casi in cui i sintomi decorrono in modo graduale, oppure se sono rappresentati da convulsioni o da disturbi della coscienza. In questi casi l'ictus va differenziato da altre cause neurologiche come l'epilessia e i tumori cerebrali, oppure da patologie metaboliche come l'ipoglicemia, etc.

Sulla base dei sintomi è anche possibile stabilire in maniera presuntiva la sede anatomica della lesione (arteria cerebrale media, carotide interna, arteria cerebrale posteriore, arteria basilare, etc.). In ogni caso saranno poi gli accertamenti di imaging cerebrale che definiranno con più esattezza la sede e l'estensione della lesione.

## Lo stroke lacunare

Lo stroke lacunare rappresenta circa il 15-30% degli ictus ischemici e viene definito come un infarto di piccole dimensioni (massimo 1-1,5 cm) a livello sottocorticale, dovuto all'occlusione di una piccola arteriola. Le sedi più colpite sono i gangli della base, il talamo, la capsula interna, il ponte ed il tronco cerebrale. Il meccanismo è di solito di tipo occlusivo, tuttavia recentemente si è ammessa anche una patogenesi embolica, seppur in una minoranza dei casi.

Le lesioni possono essere invisibili alla

TAC, mentre la RMN riesce ad evidenziarle con precisione.

Gli infarti lacunari possono essere del tutto asintomatici e di riscontro casuale. Altre volte, se si localizzano in particolari strutture, possono dare sintomi sia di tipo motorio (paresi o plegia di un arto) o sensitivi (parestesie ad un arto, ad una mano o ad un piede oppure in zona peribuccale), atassia e vertigini, disartria. Un quadro tipico è quello detto della mano goffa/disartria in cui si associa un certo impaccio nei movimenti della mano associato a disturbi nell'articolazione della parola.

L'ipertensione rappresenta il fattore di rischio più comunemente associato allo stroke lacunare, ma è stata osservata una prevalenza elevata anche nei diabetici.

## Qual è la valutazione del paziente con ictus ischemico?

Oltre che procedere ad un esauriente esame obiettivo neurologico, bisogna misurare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca per la presenza di aritmie (soprattutto fibrillazione atriale) e procedere con l'ascoltazione e la palpazione delle carotidi alla ricerca di un soffio carotideo o di un polso carotideo assente.

Tra gli esami di laboratorio si deve comprendere un emocromocitometrico, una glicemia, una creatinina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, elettroliti, enzimi cardiaci, PT e aPTT.

Tra gli esami strumentali essenziali sono in urgenza l'ECG e la TAC encefalo. L'ECG permette di diagnosticare aritmie, soprattutto la fibrillazione atriale che potrebbe essere responsabile di emboli cardiogeni. L'ictus potrebbe complicarsi con aritmie o ischemia cardiaca per cui è necessario un monitoraggio elettrocardiografico continuo per almeno il primo e il secondo giorno.

La TAC encefalo è facilmente disponibile e, anche se nelle prime ore può risultare negativa, permette di differenziare l'ictus ischemico da quello emorragico, differenziazione non possibile sulla base della clinica. Pertanto una TAC encefalo andrebbe eseguita il prima possibile in ogni paziente con sospetto ic-

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

tus. La TAC permette anche di escludere la presenza di altre patologie neurologiche (come per esempio una massa tumorale cerebrale) che talora potrebbero esordire con sintomi che simulano un ictus. La RMN encefalo è altrettanto sensibile della TAC per escludere un'emorragia cerebrale ed è più utile ad evidenziare le alterazioni ischemiche nelle prime ore. Inoltre la RMN permette una miglior visualizzazione delle strutture della fossa cranica posteriore ed è in grado di distinguere le lesioni ischemiche recenti da quelle di vecchia data. Tuttavia la RMN è meno accessibile e più costosa, inoltre non è certo che utilizzarla al posto della TAC comporti dei cambiamenti della strategia terapeutica.

L'angio-TC e l'angio-RMN vengono utilizzate non tanto in fase acuta quanto in seguito per studiare ed evidenziare i vasi colpiti.

Un altro esame che trova indicazione nella fase subacuta è l'ecodoppler dei vasi epiaortici per evidenziare soprattutto stenosi carotidee.

L'ecocardiogramma standard viene prescritto di solito dopo i primi giorni per dimostrare cause di cardiomegalismo (per esempio presenza di trombi nelle sezioni cardiache sinistre o forame ovale pervio), tuttavia l'ecocardiografia transtoracica è molto più sensibile a questo scopo.

### Qual è la terapia dell'ictus ischemico?

Le linee guida consigliano, se possibile, il ricovero del paziente con ictus nelle "stroke units", piccole unità altamente specializzate, in quanto si è visto che in questo modo si migliorano gli esiti rispetto ai pazienti ricoverati in reparti generalisti.

La trombolisi con r-TPA (attivatore tissutale del plasminogeno ricombinante) può ottenere migliori esiti a distanza di tre mesi. Presenta però molte controindicazioni: sintomi ingravescenti o sintomi lievi, esordio con convulsioni, ictus o trauma cranico nei 3 mesi precedenti, emorragia gastrointestinale nel mese precedente, puntura lombare nella settimana precedente, PAS > 185 mmHg o PAD > 110 mmHg, coagulopatia, piastrinopenia, recente uso di warfarin, etc. Inoltre deve essere effettuata entro tre ore dall'insorgenza dei sintomi, anche se

recentemente la finestra è stata dilatata fino a 4,5 ore, almeno in pazienti selezionati [1]. Un'emorragia intracranica si può sviluppare in circa il 6% dei pazienti trombolisati: il rischio maggiore si ha nei pazienti anziani ed in quelli con ictus grave. E' necessaria quindi un'attenta selezione dei pazienti da sottoporre a trombolisi ed è per questo che la metodica deve essere riservata a centri e a medici esperti. Inoltre la finestra terapeutica molto ristretta e le molte controindicazioni ne fanno una terapia che viene applicata solo in una fascia limitata di pazienti.

L'ASA alla dose di 160-300 mg/die viene raccomandato come terapia iniziale dell'ictus ischemico a meno che non esistano controindicazioni importanti al suo uso. Solo nei pazienti trombolisati si preferisce iniziare il trattamento in seconda giornata. Altri anticoagulanti (eparine, warfarin, etc.) non vengono raccomandati in quanto gli studi non hanno mostrato miglioramento degli esiti.

Nei pazienti colpiti da stroke si possono riscontrare valori elevati di pressione arteriosa, tuttavia una riduzione troppo brusca dei valori tensivi potrebbe ridurre il flusso cerebrale ed accentuare i danni ischemici. Di solito, nei pazienti che non devono sottoporsi a trombolisi, si sospendono gli eventuali farmaci antipertensivi per valori di PAS fino a 220 mmHg e di PAD fino a 120 mmHg. In caso di valori maggiori si cerca di ridurre la pressione in modo graduale, evitando terapie antipertensive troppo aggressive.

Se vi è iperglicemia può essere indicata la terapia con insulina, che di solito viene iniziata per valori di glicemia persistentemente superiori a 200 mg/dL.

L'edema cerebrale che complica l'infarto cerebrale può provocare aumento della pressione endocranica ed erniazione cerebrale. E' stato proposto l'uso di steroidi a scopo antidemigeno, ma gli studi clinici ne hanno decretato l'inutilità per cui non sono raccomandati. Le linee guida SPREAD, in casi selezionati in cui vi siano segni clinici di erniazione o segni radiologici di dislocazione delle strutture cerebrali o rapido deterioramento dello stato di coscienza, consigliano l'uso di diuretici osmotici (glicerolo, mannitolo).

Nel paziente con stroke spesso è compromessa la deglutizione e l'alimentazione, può essere quindi necessario ricorrere alla nutrizione tramite sondino naso-gastrico. Se il problema si protrae potrà essere applicata una PEG.

Ni soggetti lungamente allettati aumenta il rischio di trombosi venosa profonda per cui vanno messe in atto tutte le misure profilattiche adatte (calze compressive, mobilizzazione passiva, eparina a basso peso molecolare).

La riabilitazione fisiologica precoce può aiutare a favorire il recupero della motilità degli arti colpiti e della deambulazione. In caso di afasia la riabilitazione deve avvalersi di personale esperto (logopedista), tuttavia il recupero è, molto spesso, insoddisfacente, e dovrebbero perciò essere insegnate al paziente tecniche comunicative alternative per migliorare, in qualche modo, la capacità di relazionarsi con gli altri.

### Quale prevenzione secondaria?

La prevenzione secondaria dello stroke ischemico si basa sulla somministrazione di ASA (50-325 mg/die) oppure di ASA associato a dipiridamolo a rilascio prolungato. Quest'ultima associazione è attualmente più supportata rispetto al solo ASA. Infatti, anche se non riduce gli eventi cardiovascolari gravi (ictus, infarto, morte cardiovascolare), comporta una minor incidenza di ictus non fatale [2].

Secondo i dati dello studio PROfESS l'associazione asa/dipiridamolo è equivalente al clopidogrel [3].

Oltre alla terapia antiaggregante capisaldi per la prevenzione secondaria sono il trattamento dell'ipercolesterolemia, l'abolizione del fumo, la terapia dell'ipertensione e dell'eventuale diabete e l'endarterectomia in caso di stenosi carotidea ipsilaterale.

La profilassi a lungo termine con warfarin è consigliata nei casi di ictus cardiogeno (fibrillazione atriale, valvulopatie o cardiopatie emboliche). Il target di INR raccomandato è compreso tra 2 e 3.

Renato Rossi

Referenze su [pillole.org](http://pillole.org)

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

## CONVEGNI E CONGRESSI

### Convegno Nazionale AIMEF “La risorsa della differenza”

Il 16, 17 e 18 Ottobre 2009 si e' svolto a Pisa il Convegno Nazionale AIMEF (Associazione Italiana Mediatori Familiari).

Si tratta di una delle piu' importanti e antiche Associazioni italiane che raccoglie e raduna la nuova figura professionale del Mediatore Familiare. Di questo professionista abbiamo gia' parlato in altra sede: <http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=148>

Si tratta di professionisti provenienti da altre discipline (psicologi, avvocati, assistenti sociali) specializzati in tecniche di mediazione tra soggetti conflittuali; non solo “famiglie”, quindi, (anche se questo e' l'ambito in cui viene richiesta piu' spesso la loro opera) ma anche contratti, divisioni ereditarie e altre situazioni di conflitto.

La Mediazione e' finalizzata ad un accordo soddisfacente e accettabile da ambo le parti, senza imposizioni giudiziarie.

Il convegno è stato un momento molto importante nella storia della mediazione familiare in quanto, per la prima volta, si sono confrontate diverse associazioni nazionali di mediatori sulla definizione giuridica della Mediazione Familiare e quindi del mediatore. Erano infatti presenti rappresentanti dell'A.I.M.S., dell'A.N.A.Me.F., di GEMMA e dell'AMEG.

Poiché da tempo si parla dell'introduzione di un albo dei mediatori è risultato vitale concordare, tra le varie figure che operano nel settore, sulle qualifiche del mediatore familiare e sulle caratteristiche specifiche della mediazione, per poter presentare al legislatore un documento unitario di proposta.

Data l'importanza dell'argomento tutti i partecipanti, mediatori provenienti da diverse categorie di origine come avvocati, psicologi, assistenti sociali ed altri operatori, hanno dimostrato un attivo interesse, che ha promosso interventi ricchi di competenza ed entusiasmo tesi a sottolineare comunque il comune desiderio di definire in modo legale la figura del mediatore familiare.

Nella seconda parte del convegno, la presenza di un mediatore di livello internazionale come il Dott. Larry Fong, tradotto quasi in simultanea dalla bravissima dott. Isabella Buzzi, ha permesso ai presenti di assistere ad una performance di altissimo valore su una tecnica di intervento mediatico estremamente incisiva e funzionale.

Da sottolineare l'importanza di questo scambio interculturale che ha permesso di aprire una finestra su una società molto diversa dalla nostra dove la mediazione è già entrata a far parte del pensiero comune ed è quindi una risorsa conosciuta, passaggio che tutti i mediatori auspicano per facilitare la risoluzione dei conflitti familiari e sociali in modo meno conflittuale anche nel nostro paese.



Ai lati: Isabella Buzzi (Responsabile AIMEF della formazione) e Luigi Zammuto, Presidente

Al Centro: Roberta Floreani e Tiziano Borghi (Presidente e Tesoriere AMEG)



Larry Fong, canadese, uno dei maggiori esperti mondiali, in una dimostrazione delle tecniche di Mediazione nel corso del Convegno



Una panoramica dell' affollata platea del Corso di Mediazione

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

**ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “**

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

## IV Congresso di IPPOCRATE

Il tradizionale Congresso di Ippocrate (dal nome della omonima mailing-list) si è svolto a Pisa con la consueta entusiastica partecipazione degli iscritti e dei simpatizzanti. In questa edizione si è accentuato soprattutto l'aspetto del rigore scientifico e del rigoroso aggiornamento professionale. I relatori hanno saputo approfondire tanti aspetti professionali di primaria importanza per il Medico di Famiglia.

L'evento è stato reso possibile dall'**appoggio fondamentale delle Terme di Uliveto**, tradizionale sponsor disinteressato dell'aggiornamento professionale medico.

Alla parte scientifica si è aggiunta la parte "artistica" con la Mostra "Ars Longa", ormai alla terza edizione.

Riportiamo sotto l'indice delle Relazioni, e qualche immagine del Convegno. Riporteremo le relazioni sul sito, con maggior dettaglio.

### Le relazioni

Sani: Ulcere cutanee e melanoma

Romanini: Trattamento e controllo del melanoma

Cecchi: Management dell' urolitiasi

Marini: Aritmie in MG

Pedrinelli: Prevenzione delle recidive coronariche

Rossi: Stenosi carotidee: teoria e pratica

Ressa: Un caso clinico: analisi dell' errore

Stefanetti: Sindromi vertiginose

Stucchi: Sacro e profano: filmati di manualità medica

Chetta: Il sistema connettivo e' il nostro Deus ex Machina

Cupisti: Gestione della nefropatia cronica

Bertolusso: La stipsi in medicina generale

Zamperini: Casi difficili nel rapporto medico-paziente

### Qualche immagine



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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

## Il Mediatore Ufficiale delle Controversie: e' fattibile?

In Francia (notizia di 24hsanita del 31-3/6-4 2009) e' stato istituito all' inizio del 2009 il "Polo sanita' e sicurezza delle cure" presso l' ufficio del Mediatore della Repubblica.

L' ufficio ha lo scopo di costituirsi come intermediario tra il paziente e le strutture sanitarie, sia in funzione preventiva (informazioni su medici o terapie, consigli ecc.) che in funzione "verificatrice", raccogliendo lamentele e segnalazioni dei pazienti. In questo caso il Mediatore si fa carico di interpretare e valutare la condotta medica, discriminando tra accidente inevitabile, colpa ed errore.

In Francia l' ufficio del Mediatore ha contribuito in numerosi casi a disinnesicare procedure rivendicative da parte del paziente, in altri casi ha contribuito ad una soluzione "concordata" tra pazienti e istituto sanitario. Il paziente mantiene pero' il diritto ad

intraprendere un' azione legale giudiziaria.

E' applicabile un meccanismo analogo al sistema italiano?

Nutriamo molti dubbi in proposito, in quanto altre esperienze hanno mostrato la propensione degli italiani al procedimento giudiziario piuttosto che a meccanismi conciliativi; in ambito di polizze infortunio private, ad esempio, e' frequente in tentativo di bypassare l' arbitrato (previsto dalle polizze) per finire davanti al Giudice, che viene percepito come maggiormente attento ai diritti del paziente/utente.

Non credo sia estranea al meccanismo la pletera degli avvocati che, soprattutto su alcune piazze, si contendono ferocemente i clienti, nonche' le cause giudiziarie, maggiormente remunerative rispetto ad una procedura conciliatoria.

I meccanismi "obbligatorii", poi, in Italia hanno portato sempre ad un aumento del contenzioso e delle spese: imporre per legge un' assicurazione obbligatoria per i medici, come proposto anche da autorevoli istituzioni, portera' ad una deresponsabilizzazione del paziente, che si sentirebbe giustificato a procedere anche in casi che altrimenti non sarebbero finiti in contenzioso ("mi conviene tentare, tanto non faccio causa al mio medico, ma all' assicurazione") analogamente ai sinistri stradali nei quali, essendoci copertura assicurativa obbligatoria, ogni minimo incidente da' origine ad un contenzioso, in barba alle procedure conciliative proposte volta per volta. Sarebbe fondamentale, eventualmente, affidare tali incarichi a dei veri Mediatori professionisti, come si e' detto in altra parte del giornale.

## Ampliati i diritti dei disabili gravi: congedo parentale anche ai figli

Il paziente affetto da grave disabilita' ha diritto al' assistenza da parte dei figli, che possono usufruire del congedo parentale retribuito previsto dalla legge

E' entrata in ballo addirittura la Corte Costituzionale per estendere il diritto ad assistere un malato grave o un soggetto gravemente handicappato.

Finora il diritto al congedo biennale retribuito (art. 42, D. lgs. 151/2001) era riconosciuto solo al coniuge o al genitore della persona con handicap grave; poteva aversi l' estensione di tale diritto a un fratello ma solo subordinatamente all' inabilita' o al decesso dei genitori e accordata solo se tale fratello era convivente. Erano esclusi, da tale diritto, i figli conviventi. Nel caso di malati an-

ziani, evidentemente, l' assistenza da parte dei figli era l' evenienza piu' comune, trattandosi spesso di soggetti rimasti soli. I figli conviventi, pur disponibili ad accudirli ne erano spesso impediti dalle esigenze lavorative non eludibili.

Recentemente ( sent. n. 19/2009) la Corte Costituzionale ha dichiarato "l' illegittimita' costituzionale dell' art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternita' e paternita', a norma dell' art. 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53), nella parte in cui non include nel novero dei soggetti legittimati a fruire del congedo ivi previsto il figlio convivente, in assenza di altri soggetti idonei a prendersi cura

della persona in situazione di disabilita' grave".

Questa complessa formula legale riconosce il diritto del figlio convivente con una persona cui sia stato riconosciuto lo stato di grave disabilita' qualora non vi siano altri parenti idonei ad assistere il malato, di usufruire del congedo parentale retribuito per un periodo continuativo o frazionato fino a due anni. Il congedo dal lavoro puo' essere fruito una sola volta nell' arco dell' intera vita lavorativa del familiare che assiste il malato e tuttavia puo' rivestire una importanza fondamentale per l' assistenza, ad esempio, di un malato terminale.

## Il "Pacchetto Sicurezza" : novita' e correzioni per i datori di lavoro

Sono state apportate modifiche e precisazioni sul Decreto Sicurezza , al fine di garantire la rimodulazione degli obblighi di datore di lavoro, sulla base dell' effettivita' dei compiti rispettiva-

mente svolti.

Per quanto riguarda i medici, puo' rivestire qualche interesse la normativa sul Documento Valutazione dei rischi, di cui si e' parlato in occasioni precedenti.

Dice la norma: "La scelta dei criteri di redazione del documento e' rimessa al datore di lavoro, che vi provvede con criteri di semplicita', brevita' e comprensibilita', in modo da garantirne la com-

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

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

pletezza e l' idoneità quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di prevenzione".

Quindi poche astrusità, chiarezza e, soprattutto, rispetto sostanziale di quanto riportato nel documento.

Per quanto riguarda la data certa da apporre sul documento, viene precisato che è sufficiente la sottoscrizione del documento da parte del datore di lavoro, del responsabile del servizio di prevenzione e di protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e del medico competente.

In alcuni casi cioè può comportare un' effettiva semplificazione, ma in altri casi

sarà preferibile (come abbiamo suggerito in altri articoli) l' uso della posta classica o della PEC (posta elettronica certificata, obbligatoria dal 2010 per i professionisti).

Le imprese di nuova costituzione sono tenute ad effettuare la valutazione dei rischi elaborando il relativo documento entro novanta giorni dalla data di inizio della propria attività.

Il Decreto correttivo introduce anche delle novità per il RLS (Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza) i nominativi dei RLS vanno comunicati al sistema informativo di cui all' articolo 8

(una volta operativo) e non all' INAIL come attualmente previsto; tale comunicazione va effettuata non annualmente (come è disposto attualmente) ma solo in caso di elezione o designazione o di cambiamento dei nominativi precedentemente indicati.

In caso di mancata elezione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, i lavoratori comunicano la mancata elezione del rappresentante al datore di lavoro, il quale procederà a darne successiva comunicazione agli organismi paritetici perché questi possano procedere all' assegnazione dei rappresentanti per la sicurezza territoriali (RLST).

## Benefici a favore degli invalidi civili

Pazienti e medici si trovano spesso in difficoltà nell' interpretare i verbali di riconoscimento dell' invalidità civile, in quanto non è sempre agevole individuare i diritti che ne derivano.

Sperando di fare cosa utile, pubblichiamo una tabella sintetica dei benefici, come indicati dalla Legge 381/70 - 382/70 - 118/71 - 18/80 - 508/88 - 509/88.

L' invalido deve leggere, in basso nel verbale, il codice che gli è stato attribuito e la percentuale di invalidità riconosciuta.; appresso, la tabella dei benefici.

Principi generali:

La condizione di invalidità civile è riconosciuta a tutti i cittadini (minori e maggiorenni) a causa della loro condizione di menomazione fisica, sensoriale e/o mentale.

Il riconoscimento è conseguente ad una visita medico - legale da effettuare presso l' A.S.L. di residenza.

I benefici, derivanti dallo status di invalido e dal punteggio riconosciuto, possono essere riassunti:

- 1) protesi e ausili
- 2) iscrizione uff. collocamento

- 3) esenzione ticket
- 4) assegno mensile
- 5) pensione civile
- 6) indennità di accompagnamento;

A ciascuna percentuale riconosciuta, vengono rapportati i benefici conseguenti:

- Inv 34% = 1
- Inv. 46% = 1,2
- Inv 67% = 1,2,3
- Inv. 74% = 1,2,3,4
- Inv 100% = 1,2,3,5
- 100% + persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita = 1,2,3,5,6
- 100% + persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore 1,2,3,5,6.

Minore non in grado di compiere i comuni atti della propria età: indennità di frequenza ( erogata nel periodo scolastico) o indennità di accompagnamento (di entità più elevata ed erogata permanentemente.

Accorgimenti utili:

- 1) per domande finalizzate alle forniture protesiche si consiglia di richiedere all' atto della presentazione della pratica, il certificato di invalidità presunta;
- 4) Spetta un assegno mensile per i soggetti riconosciuti con percentuale tra il 74 e il 99% e con reddito inferiore alla soglia di legge ed età inferiore ai 65anni;
- 5) Spetta pensione civile per i soggetti riconosciuti con percentuale del 100%, con reddito inferiore alla soglia di legge (più elevata rispetto alla voce precedente) ed età inferiore ai 65anni;
- 6) indennità di accompagnamento: cumulabile con tutte le condizioni personali e di reddito.

Per le soglie di reddito, periodicamente rivalutate, è bene che il cittadino interessato si rivolga all' INPS.

Per il contrassegno degli invalidi (beneficio assai richiesto in questi tempi) deve essere menzionata la mobilità ridotta. Può comunque essere ottenuto anche a prescindere dal verbale di invalidità.

## Se il processo è troppo lento, lo Stato deve risarcire senza sconti

La Cassazione (I Sez. Civile, n. 29543 del 18/12/2008) ha stabilito che non è lecito, nel calcolare la durata di un processo, far riferimento a periodi parziali:

il risarcimento per eccessiva durata del processo deve comprendere l' intera durata dello stesso, senza "tagli".

Il processo deve concludersi in tempo ragionevole, e questo principio non può ammettere deroghe. Nei casi di eccessiva lentezza al cittadino può spettare il

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

**ULIVETO e ROCCHETTA " Acque della Salute "**

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

risarcimento per danno morale, e questo risarcimento va calcolato sull'intera durata del processo, e non è lecito detrarre i periodi in cui il processo è stato sospeso a causa dei rinvii di udienza chiesti dalla parte.

## Risarcimento maggiorato per il “sostegno della famiglia”

Se la vittima di un sinistro è giovane e ha ruolo centrale nella famiglia, il risarcimento va maggiorato. (Cassazione Sez. Unite Sentenza 557/2009).

In seguito al decesso di una giovane donna era stato concesso un risarcimento per danno morale di complessivi 10-0.000 Euro al marito ed a ciascuno dei figli.

Le parti danneggiate, però, lamentavano l'inadeguatezza del risarcimento in quanto "in relazione alla giovane età della comune congiunta ed alla immaturità dei figli, la sofferenza inferta" era risultata di "particolare severità".

La Corte di appello dava ragione ai ri-

correnti considerando che la perdita era stata effettivamente di particolare gravità, "sia per il coniuge - in relazione alla giovane età della vittima ed alla centralità del ruolo che essa veniva ad occupare nella compagine familiare in ragione della poliedricità del suo impegno di moglie, madre e lavoratrice - che per i figli, privati della madre in un'età in cui la madre costituisce la figura genitoriale di primario rilievo sotto il profilo affettivo".

Per questo motivo il risarcimento per danno morale era stato elevato a 20-0.000 Euro per il marito e a 140.000 Euro per ciascun figlio.

Il caso finiva in Cassazione e i Supremi

Giudici (Sentenza 557/2009) confermarono la decisione della Corte d' Appello, pur confermando la nota revisione del concetto di “danno esistenziale” (che non costituisce un'autonoma categoria di danno dovendo essere ricondotto nell'ambito complessivo dell'art. 2059 c.c.): tra i danni non patrimoniali, ha chiarito la Corte, deve essere ricompreso anche quello che deriva dalla "perdita del rapporto parentale" e che se la perdita sofferta è di particolare gravità è legittimo accordare un risarcimento maggiore in ragione della giovane età della vittima e del ruolo di riferimento familiare per i figli piccoli.

## Particolare tutela della privacy, per l' HIV

Il test per l' AIDS non può essere effettuato senza consenso, e in ogni caso la privacy del malato merita la massima tutela. Cassazione sez. III (sentenza 2468/2009)

Un commerciante omosessuale veniva ricoverato per leucopenia in corso di attacco febbrile. Durante il ricovero era stato sottoposto al test anti-Hiv senza il suo preventivo consenso. I risultati del test erano stati custoditi " senza alcuna riservatezza" così che le notizie relative alla salute del paziente e alla sua omosessualità si erano diffuse all'interno e all'esterno dell'ospedale. Il malato era stato quindi costretto a chiudere la propria attività commerciale e portava il caso in Tribunale, chiedendo un risarcimento di 500.000 Euro.

La Corte di Appello di Perugia assolveva i medici sostenendo che non avessero violato la privacy del paziente ma ha agito nel suo esclusivo interesse.

Finito in Cassazione, la sentenza veniva però ribaltata, in quanto la Corte rilevava una doppia lesione nella privacy sia perché "è stata indicata in piena evidenza nella cartella clinica la sua omosessualità e la cartella non è stata custodita con la diligenza necessaria ad evitare che di essa potessero prendere visione anche persone estranee al personale sanitario, sia perché il test anti-Hiv gli è stato fatto senza chiedere il preventivo consenso".

La Corte richiama in sentenza la legge 135 del '90 e ricorda che "nessuno può essere sottoposto al test anti-Hiv, se non per motivi di necessità clinica". Anche

nel caso di necessità clinica, però, "il paziente deve essere informato del trattamento a cui lo si vuole sottoporre e ha il diritto di dare o di negare il suo consenso, in tutti i casi in cui sia in grado di decidere liberamente e consapevolmente". È lecito prescindere dal consenso informato solo "nei casi di obiettiva e indifferibile urgenza del trattamento sanitario, o per specifiche esigenze di interesse pubblico (rischi di contagio per terzi), circostanze che il giudice deve indicare". Tali circostanze esimenti, però, nel caso specifico non erano state rilevate né indicate.

La sentenza di assoluzione quindi veniva annullata, e il caso veniva rinviato alla Corte di Appello di Roma per un nuovo esame che tenga conto dei principi della Cassazione.

## News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale) A cura di Marco Venuti

**Herzatec, Ramipril Teva** - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni comprendono il trattamento dell'ipertensione, la prevenzione cardiovascolare, il trattamento delle patologie renali, dell'insufficienza cardiaca sintomatica e la prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto.

**MabThera** - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica: trattamento di pazienti affetti da linfoma follicolare in III-IV sta-

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

**ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “**

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

dio precedentemente non trattati, in associazione a chemioterapia.

**Dobetin** - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni terapeutiche sono: anemie megaloblastiche dovute a carenza di vitamina B12 e/o folati (per le gocce orali e le fiale da 500 e 1000 mcg), terapia d'attacco delle polinevriti associate ad anemia megaloblastica (per le fiale da 5000 mcg). Per le fiale da 5000 mcg è stato modificato anche lo schema posologico.

**Neo Cytamen** - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni terapeutiche sono: Anemie megaloblastiche dovute a carenza di vitamina B 12.

**Dysport** - Modificato lo schema posologico: Blefarospasmo e spasmo emifacciale

Posologia

Adulti e anziani: In uno studio "dose ranging" sull'uso di Dysport per il trattamento di blefarospasmo benigno ed essenziale, una dose di 40 unità per occhio è risultata significativamente efficace. Una dose di 80 unità per occhio è risultata avere un effetto più durevole. Pertanto, se una dose di 40 unità per occhio viene scelta per il trattamento iniziale, il paziente può trarre beneficio dalla somministrazione di una dose di 80 unità per occhio per i trattamenti successivi se è richiesta una maggiore durata dell'effetto.

Una dose di 10 unità (0,05 ml) deve essere iniettata medialmente e una dose di 10 unità (0,05 ml) lateralmente a livello della giunzione tra le regioni pre-settale e orbitale del muscolo orbicolare nella palpebra superiore (3 e 4) ed inferiore (5 e 6) di ciascun occhio.

Al fine di ridurre il rischio di ptosi, le iniezioni vicino al muscolo elevatore della palpebra superiore devono essere evitate. Per iniezioni nella palpebra superiore, l'ago deve essere diretto lontano dal centro per evitare il muscolo elevatore.

Per aiutare il posizionamento delle iniezioni viene fornito un disegno esplicativo. La regressione dei sintomi si manifesta in genere entro due-quattro giorni con il massimo effetto entro due settimane.

Le iniezioni devono essere ripetute all'incirca ogni dodici settimane o in base alle necessità individuali per prevenire il manifestarsi dei sintomi ma con una frequenza non superiore ad una somministrazione ogni 12 settimane. Nelle successive somministrazioni, se la risposta al primo trattamento è considerata insufficiente, può essere necessario che la dose per occhio venga aumentata a 60 unità: 10 unità (0,05 ml) medialmente e 20 unità (0,1 ml) lateralmente; a 80 unità: 20 unità (0,1 ml) medialmente e 20 unità (0,1 ml) lateralmente o aumentate a 120 unità: 20 unità (0,1 ml) medialmente e 40 unità (0,2 ml) lateralmente sopra e sotto ad ogni occhio nella modalità precedentemente descritta. Si possono eseguire anche iniezioni in siti aggiuntivi nel muscolo frontale al di sopra del sopracciglio (1 e 2) se contrazioni qui localizzate interferiscono con la visione.

Nel blefarospasmo monolaterale le iniezioni vanno limitate all'occhio interessato.

I pazienti con spasmo emifacciale devono essere trattati in modo analogo a quello indicato per il blefarospasmo monolaterale. Le dosi raccomandate sono utilizzabili per gli adulti di tutte le età, inclusi gli anziani.

Nel trattamento del blefarospasmo e dello spasmo emifacciale, la dose massima non deve superare la dose totale di 120 unità per occhio

**Alendronato EG** - Aggiunte le seguenti indicazioni terapeutiche:

Trattamento dell'osteoporosi nell'uomo con un aumento del rischio di frattura e profilassi dell'osteoporosi indotta da glucocorticoidi.

**Aspirinetta** - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

- malattia reumatica
- sindrome di Kawasaki.

Modificate pure il modo di somministrazione (le compresse vanno di preferenza disgregate direttamente in acqua, oppure masticate e quindi deglutite con abbondante liquido) e la posologia (bambini di 1-3 anni : 1 compressa 1-2 volte al dì; bambini di 3-5 anni : 1 compressa 3 volte al dì; bambini di 5-11 anni : 2 compresse 3 volte al dì; ragazzi di 11-15 anni : 3 compresse 3 volte al dì).

Vengono fornite, inoltre, indicazioni più specifiche in caso di somministrazione per il trattamento della sindrome di Kawasaki (il trattamento dovrebbe iniziare con una dose di 80-100 mg/kg di peso corporeo al giorno, in 4 dosi singole ed essere pro- tratto fino al 14° giorno di malattia; tale trattamento deve essere seguito da una dose giornaliera di 3-5 mg/kg di peso corporeo, per 6-8 settimane; dopo questo periodo, se ci sono evidenze di lesioni coronariche, continuare indefinitamente.)

**Copaxone** - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

trattamento di pazienti che hanno manifestato un primo episodio clinico ben definito e che sono considerati essere ad alto rischio di sviluppare sclerosi multipla clinicamente definita.

**Xolair** - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica relativamente alla somministrazione a bambini di 6-12 anni: come terapia aggiuntiva, per migliorare il controllo dell'asma in pazienti con asma allergico grave persistente che al test cuta-

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

neo o di reattività in vitro sono risultati positivi ad un aeroallergene perenne e hanno frequenti sintomi diurni o risvegli notturni e in pazienti con documentate esacerbazioni asmatiche gravi ripetute, nonostante l'assunzione quotidiana di alte dosi di corticosteroidi per via inalatoria, più un beta2-agonista a lunga durata d'azione per via inalatoria.

## **PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE ottobre 2009**

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

### **Ordinanza del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 31.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 234 del 08.10.09)**

#### **MISURE URGENTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEL VIRUS INFLUENZALE A(H1N1)**

Con questa ordinanza vengono puntualizzati alcuni aspetti relativi alle seguenti problematiche:

- contemporanea somministrazione del vaccino contro l'influenza da virus pandemico e l'influenza stagionale (possibile, ma bisogna utilizzare un vaccino contro l'influenza stagionale non adiuvato e bisogna inoculare i due vaccini in arti differenti);
- informazione dei soggetti cui si propone la vaccinazione e acquisizione del consenso informato per iscritto da parte degli interessati;
- uso degli inibitori delle neuraminidasi nei bambini e adolescenti;
- utilizzo dei farmaci antivirali in gravidanza.

Viene, inoltre, riformulato l'elenco delle categorie di persone cui viene offerta la vaccinazione antinfluenzale con vaccino pandemico.

### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 238 del 13.10.09)**

#### **MODIFICA ALLA NOTA AIFA 1, DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DELL'11 FEBBRAIO 2008**

Con questo provvedimento vengono apportate alcune modifiche, non sostanziali, della nota AIFA 1: la nota in sé rimane invariata, sono modificati invece il background e la bibliografia.

Le modifiche entrano in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del provvedimento nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 28.10.2009.

### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 238 del 13.10.09)**

#### **ABOLIZIONE DELLA NOTA 3 «FARMACI PER LA TERAPIA DEL DOLORE», DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»**

Con questo provvedimento viene abolita la nota AIFA 3 ed i farmaci, di cui alla citata nota (tramadolo), diventano pertanto prescrivibili a carico del Servizio sanitario nazionale (a partire dall'entrata in vigore del presente provvedimento) senza le limitazioni previste dalla nota..

Il provvedimento entra in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 2-8.10.2009.

### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 238 del 13.10.09)**

#### **MODIFICA, CON RIFERIMENTO ALLA NOTA AIFA 39, ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»**

Con questo provvedimento viene modificata la nota AIFA 39 con la presa in considerazione anche dell'età di transizione, oltre all'età evolutiva ed adulta.

Vengono modificati il background, le evidenze disponibili e le particolari avvertenze.

Il provvedimento entra in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 2-8.10.2009.

### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 238 del 13.10.09)**

#### **MODIFICA ALLA NOTA AIFA 55,;**

Non sono più soggetti a nota prescrittiva i seguenti antibiotici iniettabili per uso extra-ospedaliero: cefamandolo, cefonicid, ceftazolo, cefurossima, cefmetazolo, cefotetan, cefoxitina, cefodizima, cefoperazone, cefotaxima, ceftizoxima, ceftriaxone, ticarcillina+ac.clavulanico.

Rimangono, invece, prescrivibili con nota: ceftazidime, cefepime, mezlocillina, piperacillina, ampicillina+ sulbactam, piperacillina+tazobactam, amikacina, gentamicina, netilmicina, tobramicina.

Vengono modificate anche le evidenze disponibili e le particolari avvertenze.

Il provvedimento entra in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 28.10.2009.

### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 238 del 13.10.09)**

MODIFICHE ALLA NOTA AIFA 85 : Sostituito il vecchio testo della nota 85 con la nuova formulazione, che non si discosta sostanzialmente dalle precedenti indicazioni. Il provvedimento entra in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 28.10.2009.

### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 238 del 13.10.09)**

#### **MODIFICHE, CON RIFERIMENTO ALLA NOTA AIFA 42, ALLA DETERMINAZIONE DEL 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»**

Non sono state apportate modifiche sostanziali a questa nota; è stata modificata solo la sezione "particolari avvertenze" con una nota riguardante la possibile insorgenza di dolore severo, talora disabilitante, a livello osseo, articolare o muscolare associato alla assunzione di bifosfonati.

Aggiornata anche la bibliografia.

Il provvedimento entra in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 2-8.10.2009.