

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 12

Dicembre 2009

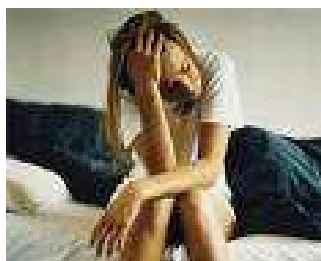
Torna il Ministero della Salute!

Ferruccio Fazio il neo-Ministro—Pesanti i condizionamenti del Ministero dell' Economia—

Con la L. 172 del 13.11.09, G.U. n. 278 del 28.11.09, rivede la luce il Ministero della Salute, 13° Ministero.

La legge prevede importanti controlli da parte del Ministero dell' Economia. Il nuovo Ministro, come e' noto, e' Ferruccio Fazio.

La legge completa su: www.medicoeleggi.com/argomenti000/italia2009/401344.htm



La storia naturale dell' insonnia



Creduto in coma per 23 anni, era cosciente

Lecito rifiutare il ricovero se non c'e' urgenza

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA

Obbligatorio il passaporto individuale anche per i minorenni



Trattamento dell'anemia nel diabete e nelle nefropatie croniche

Le terapie palliative a base di sedativi non anticipano la morte

La depressione favorisce le cardiopatie, e' dimostrato

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>

Utile la terapia con salicilato dopo cancro del colon?	Pag. 3	<p>Mensile di informazione e varie attualità'. Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998</p> <p>Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it</p> <p>Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -SIAMEG -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi</p> <p>Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)</p> <p>Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onotri</p> <p>Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni: dzamperini@gmail.com Cell. 333/5961678</p> <p>Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/</p> <p>Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it</p> <p><i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i></p>
Trattamento dell'anemia nel diabete e nelle nefropatie croniche	Pag. 4	
Modesto beneficio aggiungendo Metformina all' insulina nei diabetici di tipo 2	Pag. 5	
La storia naturale dell'insonnia	Pag. 5	
Alte dosi di statine o terapia combinata con piu' farmaci, nel rischio coronarico?	Pag. 6	
Le terapie palliative a base di sedativi non anticipano la morte	Pag. 7	
Utili le terapie fisiche per la terapia dell' incontinenza urinaria	Pag. 7	
Nuove prove sull' effetto oncologico dei pesticidi	Pag. 8	
La depressione fa male al cuore, e' dimostrato	Pag. 8	
Qualche "monelleria" ogni tanto aiuta a sentirsi meglio?	Pag. 8	
L' "alfabeto delle condotte a rischio": da evitare, per la Cassazione!	Pag. 9	
Privacy e visite mediche: niente diagnosi per l' HIV (e non solo)	Pag. 11	
Obbligatorio il passaporto individuale anche per i minorenni	Pag. 11	
Creduto in coma per 23 anni, era pienamente cosciente	Pag. 11	
Lecito rifiutare il ricovero se non c'e' urgenza	Pag. 12	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti): Modifiche alle Note AIFA 23, ex 32bis, 39, 4, proroga nota 78— Referti on-line — ECM — e altro	Pag. 12	



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>

Utile la terapia con salicilato dopo cancro del colon?

Uno studio osservazionale suggerisce che l'ASA riduce la mortalità totale e cancro-specifica in soggetti con pregresso cancro del colon, ma la cautela nell'interpretazione di questi risultati è d'obbligo data la natura dello studio stesso. (osservazionale e non controllato)

In questo studio prospettico di coorte è stata valutata l'associazione tra uso di ASA dopo una diagnosi di cancro del colon e mortalità.

Si tratta in realtà dell'insieme di due studi di coorte iniziati rispettivamente nel 1980 e nel 1986, in cui i partecipanti erano stati arruolati prima della diagnosi di cancro del colon e seguiti fino al giugno 2008.

In totale sono stati studiati 1279 pazienti con diagnosi di cancro del colon in stadio I, II o III.

Dopo un follow-up medio di 11,8 anni si sono registrati 193 decessi totali (35%) e 81 decessi da cancro del colon (15%) nei 549 partecipanti che regolarmente usavano ASA dopo la diagnosi di cancro del colon. Al contrario tra i 730 partecipanti che non usavano ASA si sono avuti 287 decessi (39%) e 141 decessi da cancro del colon (19%).

L'uso regolare di ASA riduce quindi il rischio di morte cancro-specifica del 29% e il rischio di morte da tutte le cause del 21%.

Fra i 719 partecipanti che non usavano ASA prima della diagnosi, l'assunzione di ASA dopo la diagnosi risultava associata ad una riduzione della mortalità specifica del 47%.

L'analisi immunostochimica (possibile in 459 partecipanti) ha permesso di evidenziare che l'ASA riduceva la mortalità specifica nei casi di tumori con iperespressione della COX-2 ma non in quelli con espressione della COX-2 debole o assente. L'iperespressione della COX-2 era presente in circa il 70% dei casi testati.

Gli autori concludono che l'uso regolare di ASA dopo una diagnosi di cancro

colorettale riduce la mortalità cancro-specifica e quella totale, soprattutto nei casi di tumore con iperespressione della COX-2.

Fonte:

Chan AT et al. Aspirin Use and Survival After Diagnosis of Colorectal Cancer. JAMA. 2009 Aug 12; 302:649-658.

Commento di Renato Rossi

Già nel 2003 uno studio randomizzato e controllato [1] aveva dimostrato che l'ASA alla dose di 325 mg/die è in grado di ridurre il rischio di sviluppo di adenomi del colon in soggetti con pregresso cancro colorettale.

Sempre nel 2003 un altro studio su pazienti con recente diagnosi di adenoma del colon aveva dimostrato che l'ASA alle dosi di 81 mg/die ha un modesto effetto nel prevenire lo sviluppo di adenomi [2].

Nel 2004 venne pubblicato uno studio osservazionale su oltre 27.000 donne con anamnesi negativa per adenoma, cancro del colon-retto, malattie infiammatorie intestinali o poliposi familiare [3]. Anche in quel caso si vide che l'uso regolare di aspirina era associato alla riduzione del rischio di adenoma colorettale. Tuttavia l'effetto maggiore si aveva con dosi ≥ 14 compresse alla settimana che superano quelle normalmente raccomandate per la prevenzione cardiovascolare.

Una revisione Cochrane, sempre del 2004, concludeva che l'ASA riduce in maniera significativa il rischio di recidiva di polipi adenomatosi sporadici dopo 1-3 anni di trattamento, mentre le evidenze sono a favore della regressione, ma non della eliminazione o della prevenzione, degli adenomi nella poliposi familiare [4].

Nel Nurses' Health Study [5], uno studio osservazionale prospettico di coorte, erano state arruolate quasi 83.000 donne, seguite per 20 anni, dal 1980 al 2000. Si notò che le donne che assumevano ASA (almeno 325 mg due volte alla settimana) avevano una riduzione del rischio di sviluppo del cancro del colon del 23%. Però questo effetto era

evidente solo dopo almeno 10 anni di assunzione regolare dell'antiaggregante. Anche per i FANS si evidenziarono risultati simili.

L'altro lato della medaglia era rappresentato da un maggior rischio di emorragie gastrointestinali: il rischio relativo era di 0,77 per le non-users, di 1,40 per le donne che assumevano da 6 a 14 dosi alla settimana di ASA e di 1,54 per chi superava le 14 dosi.

Gli autori concludevano che l'aspirina potrebbe avere un ruolo nella prevenzione del cancro del colon sia prossimale che distale (ma non per il cancro rettale), tuttavia le dosi da usare sarebbero molto più elevate rispetto a quelle usate per la prevenzione cardiovascolare.

La rivista Lancet, nel 2007, pubblicò l'analisi di due ampi RCT di cui era disponibile un follow-up post trial di almeno 10 anni [6]: il British Doctors Aspirin Trial (5.139 pazienti arruolati, due terzi trattati con aspirina 500 mg/die per 5 anni e un terzo che serviva da controllo in aperto) e l'UK-TIA Aspirin Trial (2.449 soggetti arruolati, due terzi allocati ad aspirina 300 o 1200 mg/die e un terzo che serviva da controllo in aperto). Inoltre gli autori passarono in rassegna i maggiori studi di tipo osservazionale, al fine di stabilire se l'associazione tra uso di aspirina e riduzione del rischio di cancro del colon era in accordo con i dati degli RCT.

Nei due RCT la somministrazione di aspirina riduceva l'incidenza di cancro del colon del 26%. Questo effetto si rendeva evidente dopo un tempo di latenza di 10 anni ed era maggiore dopo 10-14 anni dalla randomizzazione nei pazienti che avevano assunto il farmaco per 5 anni o più.

In 19 studi di tipo caso-controllo e in 11 studi di coorte l'uso regolare di aspirina o di un FANS risultava associato ad una riduzione del rischio di cancro del colon, specialmente per usi superiori ai 10 anni, con nessuna differenza tra ASA e FANS.

Tuttavia l'associazione era presente solo per dosi di 300 mg/die o più di ASA, mentre risultava inconsistente per 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>

minori. Gli autori concludevano che 300 mg/die o più di aspirina per circa 5 anni sono efficaci nella prevenzione primaria del cancro del colon, con un tempo di latenza però superiore ai 10 anni.

Il problema, tuttavia, non è tanto stabilire se l'aspirina o un FANS siano utili nella prevenzione del cancro del colon, quanto se la loro somministrazione offra un bilancio globale favorevole. Della questione si interessò la United States Preventive Services Task Force [7] che concluse che se si usassero ASA o FANS per la prevenzione del cancro del colon i rischi sarebbero maggiori dei benefici.

Per una metanalisi [8] dei trials in cui è stato provato l'ASA versus placebo per la prevenzione secondaria degli adenomi coloretali, recentemente, ha dimostrato che il farmaco è efficace nel ridurre il rischio di recidiva.

Vi sono quindi numerosi dati di lettera-

tura che permettono di affermare che l'ASA è in grado di ridurre il rischio di sviluppo di adenomi e cancri del colon così come il rischio di recidiva. Tuttavia non sappiamo se a questo corrisponda un miglioramento di end-point hard come la mortalità totale e la mortalità da cancro del colon.

La risposta proveniente dallo studio recensito in questa pillola sembrerebbe positiva, tuttavia va ricordato che si tratta di un lavoro di tipo osservazionale e non randomizzato per cui i risultati potrebbero essere gravati da vari tipi di bias. In effetti alla domanda se l'ASA debba entrare a far parte dell'armamentario terapeutico nel paziente operato per cancro coloretale possono rispondere solo RCT disegnati a questo scopo, con adeguati follow-up e casistica.

Conclusione, d'altra parte, condivisa dagli stessi autori dello studio secondo i

quali, finché non saranno condotti trials in questo senso, l'ASA o altri inibitori della COX-2 non possono essere raccomandati per il trattamento del cancro coloretale, specialmente considerando la loro possibile tossicità gastrointestinale.

Referenze

1. N Engl J Med 2003 Mar 6; 348: 883-890
2. N Engl J Med 2003 Mar 6; 348: 891-899
3. Ann Intern Med 2004, Feb 3; 140:157-166
4. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (2):CD004079.
5. JAMA 2005 Aug 24; 294:914-923.
6. Lancet 2007 May 12; 369:1603-1613
7. Ann Intern Med 2007 March 6; 146:361-364
8. Journal of the National Cancer Institute 2009 Feb 18; 101:256-266

Trattamento dell'anemia nel diabete e nelle nefropatie croniche

Nello studio TREAT il trattamento dell'anemia con darbepoetina alfa in pazienti diabetici o nefropatici non riduce la mortalità, gli eventi cardiovascolari e l'uremia terminale ed può aumentare il rischio di ictus.

Partendo dal presupposto che l'anemia associata al diabete ed alle nefropatie croniche comporta un aumento del rischio cardiovascolare, gli autori dello studio TREAT (Trial to Reduce Cardiovascular Events with Aranesp Therapy) hanno reclutato 4038 pazienti con diabete, malattia renale cronica ed anemia. I partecipanti sono stati randomizzati a darbepoetina alfa (target di emoglobina approssimativamente 13 g/dL) oppure placebo (uso della darbepoetina permesso quando l'emoglobina scendeva al di sotto di 9 g/dL).

L'edpoint primario era composto da morte o eventi cardiovascolari (infarto miocardico non fatale, scompenso cardiaco congestizio, ictus o ricovero per ischemia miocardica) e uremia terminale.

Morte od eventi cardiovascolari si verificarono in 632 pazienti del gruppo trattato e 602 del gruppo placebo. Morte o uremia terminale si verificarono in 652

pazienti del gruppo darbepoetina e 618 del gruppo placebo. Stroke fatale e non fatale si ebbero rispettivamente in 101 e 53 pazienti. Trasfusioni di emazie furono somministrate a 297 pazienti del gruppo EPO e 496 del gruppo placebo ($p < 0,001$).

I pazienti trattati con EPO riferivano solo un modesto miglioramento della fatigue rispetto ai pazienti di controllo. Gli autori concludono che l'uso di darbepoetina in pazienti diabetici o nefropatici con anemia moderata non sottoposti a dialisi non riduce il rischio di morte, eventi cardiovascolari ed uremia terminale e può aumentare il rischio di ictus. Questo rischio potrebbe superare i benefici potenziali.

Fonte:

N Engl J Med 2009 Nov 19; 361:2019-2023

Commento di Renato Rossi

Un editorialista sottolinea che i risultati dello studio TREAT potrebbero non essere validi per alcune tipologie di pazienti, soprattutto soggetti che devono sottoporsi alla dialisi (esclusi dal trial recensito in questa pillola). Tuttavia non si deve dimenticare che già in studi pre-

cedenti, effettuati sia in pazienti con anemia da nefropatia cronica che in pazienti con cancro, l'epoietina non ha fornito risultati molto brillanti. Dell'argomento ci siamo abbondantemente occupati in passato per cui rimandiamo alla bibliografia allegata per ulteriori approfondimenti [2,3,4,5,6,7,8,9,10,11].

Dal punto di vista pratico si può concludere che la correzione dell'anemia nei nefropatici, nei diabetici e nei pazienti oncologici deve tener conto da un lato dei benefici ottenibili con l'eritropoietina (possibile miglioramento della qualità di vita, riduzione della necessità di trasfusioni), ma, dall'altro, deve considerare i potenziali rischi cardiovascolari.

Se si opta per questo tipo di terapia conviene seguire quanto attualmente consigliano le linee guida: iniziare per valori di emoglobina inferiori a 9-10 g/dL, con un target terapeutico non superiore a 12 g/dL.

Referenze

- 1- Engl J Med 2009 Nov 19; 361:2089-2090
- 2- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3841>
3. <http://www.pillole.org/public/>

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>

aspnuke/news.asp?id=38974.

4- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=38985>.

5- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=32836>.

6- <http://www.pillole.org/public/>

aspnuke/news.asp?id=32097.

7- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=36308>.

8- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=31079>.

9- <http://www.pillole.org/public/>

aspnuke/news.asp?id=309810.

10- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=308811>.

11- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2891>

Modesto beneficio aggiungendo Metformina all' insulina nei diabetici di tipo 2

L'aggiunta di metformina alla terapia insulinica nel diabete tipo 2 riduce gli eventi macrovascolari (end-point secondario), ma non l'end-point primario composto da mortalità e morbilità micro e macrovascolari.

In questo studio sono stati arruolati 390 pazienti affetti da diabete tipo 2 in trattamento con insulina.

I partecipanti sono stati randomizzati all'aggiunta di placebo oppure di metformina (850 mg 1-3 volte al giorno).

Il follow-up è stato di 4,3 anni e l'end-point primario era un outcome composto da mortalità e morbilità micro e macrovascolari.

End-point secondari erano la mortalità e la morbilità micro e macrovascolari valutate separatamente.

Il trattamento con metformina è riuscito a prevenire l'aumento di peso, ha migliorato il controllo glicemico ed ha ridotto il fabbisogno di insulina. Non ha però migliorato l'end-point primario.

Tuttavia la metformina risultava associata ad una riduzione degli eventi macrovascolari ($p = 0,02$), in parte spiega-

bile con la riduzione del peso corporeo. Il numero di soggetti che è necessario trattare per evitare un evento macrovascolare è stato di 16,1.

Gli autori concludono che i loro risultati giustificano l'uso della metformina (a meno che non sia controindicata) nel diabetico tipo 2 dopo l'introduzione dell'insulina.

Fonte:

Arch Intern Med. 2009 Mar 2-3;169:616-625.

Commento di Renato Rossi

Formalmente si dovrebbe concludere che lo studio ha avuto esito negativo in quanto l'aggiunta di metformina alla terapia insulinica non ha ridotto, rispetto al placebo, l'end-point primario.

Il risultato positivo sugli eventi macrovascolari, end-point secondario, pur con un valore di $P = 0,02$ dovrebbe essere considerato un'ipotesi da verificare con uno studio ad hoc.

Tuttavia va considerato che questo risultato è in linea con quanto già si conosce dallo storico UKPDS, studio nel quale

solo la metformina ha dimostrato di essere in grado di ridurre gli eventi macrovascolari associati al diabete.

Vi è da notare inoltre che lo studio ha avuto un follow-up relativamente breve se valutato nell'ottica di una malattia cronica che dura per tutta la vita, quindi non è possibile escludere che nel lungo periodo i benefici della metformina potrebbero essere maggiori di quanto rilevato.

D'altra parte le ultime linee guida [1] consigliano, in caso di necessità di insulina, il mantenimento della metformina e l'eventuale sospensione della sulfanilurea (dato che questo tipo di antidiabetico orale non ha una sinergia d'azione con l'insulina).

Pur con le cautele del caso, derivante dal risultato su un end-point secondario, si può essere d'accordo con le conclusioni degli autori, sperando che studi futuri possano confermare la bontà di questa impostazione.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4308>

La storia naturale dell'insonnia

L'insonnia tende a diventare un disturbo persistente in circa la metà dei pazienti che sperimentano questo disturbo.

In questo studio è stata esaminata la storia naturale dell'insonnia per un periodo di tre anni.

Sono stati selezionati 388 soggetti (età media 44,8 anni, 61% donne) che al baseline presentavano un'anamnesi positiva per insonnia. Essi hanno completato un questionario ad hoc ogni anno per tre anni.

Ad ogni controllo i partecipanti venivano classificati come appartenenti ad uno dei seguenti gruppi: individui con sin-

drome da insonnia, individui con sintomi di insonnia e individui con un buon sonno.

Il 74% dei soggetti ha riferito di soffrire di insonnia per almeno un anno ed il 46% presentava insonnia per tutti e tre gli anni di follow up.

I fattori di rischio maggiori per la persistenza del disturbo erano una insonnia grave al baseline, il sesso femminile e l'età anziana.

Il 27% di quelli che dichiaravano una remissione hanno presentato una ricaduta.

Gli autori concludono che l'insonnia è spesso una condizione persistente, so-

prattutto quando vengono soddisfatti i criteri per la diagnosi di disordine da insonnia.

Fonte:

Arch Intern Med. 2009 Mar 9;169:447-453.

Commento di Renato Rossi

I risultati di questo studio non stupiscono sicuramente i medici di famiglia in quanto ogni giorno essi vengono consultati da pazienti che soffrono di insonnia cronica, anche di anni.

Detto questo rimane da stabilire quale sia la strategia migliore per impedire che

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 disturbo persista e tenda a cronicizzarsi.

Per prima cosa vanno individuate ed eliminate le possibili cause di insonnia.

Esistono per esempio numerosi farmaci che possono causarla: ormoni tiroidei, calcioantagonisti, contraccettivi orali, betastimolanti, antidepressivi, diuretici, antiparkinsoniani, metilxantine.

Da considerare anche l'insonnia da rebound per sospensione brusca di ipnotici.

In alcuni casi l'insonnia è secondaria ad una patologia ben individuabile per cui la sua cura può portare ad un miglioramento del sonno: scompenso cardiaco, lombalgia, ipertrofia prostatica, varie sindromi dolorose, ipertiroidismo, etc.

In alcuni casi è possibile migliorare la qualità del sonno migliorandone l'igiene: non dormire durante il giorno, non coricarsi troppo presto, non usare un letto scomodo, eliminare le condizioni non favorevoli della camera da letto (troppo calda o troppo fredda), l'abuso di alcol o caffeina, i cambiamenti di orari, i pasti abbondanti prima di coricarsi, etc.

Molto importanti sono le cause psicologiche: ansia, depressione, problematiche familiari, economiche, lavorative, lutto, divorzio, altri eventi stressanti. Gli anziani in particolare possono avere molti motivi di preoccupazione o di ansia: solitudine, problemi economici, malattie mediche o mentali, paura di ammalarsi, etc.

La terapia cognitivo-comportamentale consiste in una serie di tecniche che portano a controllare gli stimoli che influenzano il sonno (per esempio svegliarsi sempre alla stessa ora, alzarsi dal letto se non si riesce a prender sonno dopo un lasso di tempo prestabilito, non dormire di giorno), a migliorare l'educazione all'igiene del sonno (per esempio non bere alcolici, non mangiare troppo o non fare attività fisica prima di coricarsi), ad imparare il rilassamento muscolare (contrazione e rilassamento dei muscoli in sequenza).

Essa può essere eseguita sia in gruppo che sul singolo e di solito prevede l'intervento di personale specializzato e ci sono numerosi studi che ne hanno dimostrato l'efficacia, ma è difficile da mettere in pratica nel mondo reale, anche per una scarsità diffusa di professionisti dedicati.

In effetti proporre una terapia cognitivo-comportamentale, specialmente al paziente anziano che ha scarsi mezzi di locomozione, si scontra con varie difficoltà, in primis la mancanza di adeguate strutture con personale specializzato per questo tipo di trattamento che richiede una forte motivazione, la disponibilità di tempo e l'accettazione che i risultati possono vedersi dopo alcune settimane. Il rimedio più semplice è il ricorso ad un ipnotico, anche perchè il paziente richiede una soluzione veloce che lo liberi subito dal problema.

Nelle insonnie transitorie la somministrazione di un ipnotico è spesso efficace e risolutiva. L'unica avvertenza è

quella di rivalutare il paziente dopo breve tempo (15-20 giorni) per una sospensione programmata del farmaco.

Nell'insonnia cronica ed in quella dell'anziano la terapia farmacologica ha un'efficacia minore, spesso i pazienti richiedono un farmaco alternativo, perchè non rispondono più all'ipnotico che stanno assumendo.

L'efficacia delle benzodiazepine è stata dimostrata in studi clinici per periodi fino a 4 settimane, mentre la durata consigliata del trattamento è fino a 28 settimane.

Tuttavia nella pratica clinica si assiste ad un uso cronico: studi retrospettivi hanno dimostrato un'efficacia soggettiva anche di anni.

Per ridurre il rischio di tachifilassi e dipendenza si possono adottare alcuni accorgimenti: usare i dosaggi più bassi efficaci, scegliere ipnotici a breve emivita e senza metaboliti, rivedere periodicamente la necessità del trattamento e proporre periodi di sospensione, sospendere i farmaci gradualmente, consigliare somministrazioni intermittenti (3-4 giorni alla settimana).

Nello stesso tempo la terapia ipnotica negli anziani con insonnia è efficace ma l'effetto sembra modesto a scapito di effetti collaterali che possono annullarne i benefici: bisogna trattare 16 pazienti con un sedativo perchè uno abbia un miglioramento della qualità del sonno, ma basta trattarne 6 perchè uno abbia un effetto collaterale (torpore, astenia, incubi, nausea e disturbi gastrointestinali).

Alte dosi di statine o terapia combinata con più farmaci, nel rischio coronarico?

Non ci sono evidenze che dimostrino che, nei pazienti ad alto rischio coronarico, una terapia ipolipemizzante combinata sia preferibile ad una monoterapia con alte dosi di statina.

Questa revisione sistematica si era proposta di confrontare i benefici e i rischi della monoterapia con statine ad alte dosi con la terapia combinata di più farmaci nei pazienti ad alto rischio di cardiopatia ischemica.

La ricerca ha permesso di ritrovare 102 studi.

Ci sono evidenze di qualità molto

povera che la combinazione di statina ed ezetimibe (2 trials per 439 pazienti) e statina con fibrati (1 trial per 166 pazienti) non riduce la mortalità rispetto alla monoterapia con alte dosi di statina. Non ci sono studi che abbiano paragonato le due strategie valutando endpoint "hard" come l'infarto miocardico, lo stroke, la necessità di rivascolarizzazione coronarica.

In due studi per un totale di 295 pazienti si è visto che l'associazione statina/ezetimibe ottiene un valore di colesterolo HDL più elevato rispetto alla

monoterapia.

In sei studi si è evidenziato che la terapia combinata riduce il colesterolo LDL del 3-20% in più rispetto alla monoterapia.

In due studi la monoterapia ha avuto un effetto migliore sul profilo lipidico rispetto alla associazione statina/acidi omega 3.

Nei trials effettuati in pazienti a basso rischio non è stata evidenziata alcuna differenza nella mortalità totale.

Limiti della revisione: brevità degli studi esaminati, valutazione di esiti surrogati,

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>

pochi studi che hanno confrontato associazioni diverse da statina/ezetimibe.

Gli autori concludono che ci sono evidenze limitate che la terapia combinata non migliora gli esiti clinici rispetto alla monoterapia con alte dosi di statina. Evidenze di scarsa qualità favoriscono l'associazione statina/ezetimibe per il raggiungimento di più alti livelli di colesterolo HDL.

Fonte:

Ann Intern Med 2009 Nov 3;151:622-630

Commento di Renato Rossi

Le linee guida, nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, consigliano un target per il colesterolo LDL di 70-100 mg/dL.

Quando dosi standard di statine non sono in grado di garantire questo target sono possibili due strade: o aumentare la dose di statina oppure associare un altro farmaco ipolipemizzante (per solito ezetimibe o fibrato).

Tuttavia, nonostante il campo cardiovascolare sia quello in cui più è fiorente la ricerca scientifica, e nonostante che la revisione sistematica recensita in questa pillola abbia ritrovato ben 102 studi, non sappiamo ancora quale delle due scelte

sia la migliore.

Gli studi disponibili che confrontano le due opzioni sono di scarsa qualità, di breve durata, con poca casistica e spesso hanno valutato solo endpoint surrogati. E' sorprendente questa povertà di dati a confronto della ricchezza (per non dire della sovrabbondanza) dei lavori pubblicati ogni anno.

C'è molto lavoro da fare ancora, concludono gli autori della revisione.

Nel frattempo i medici pratici rimangono nell'incertezza di quale sia la terapia più adatta ai loro pazienti.

Le terapie palliative a base di sedativi non anticipano la morte

Un recente studio indica che la morte dei malati terminali di cancro non viene anticipata dai farmaci antidolorifici e sedativi somministrati a scopo palliativo.

Da diverse parti era stato sollevato il problema se le terapie usate in oncologia nei malati terminali, a base di associazioni tra antidolorifici e sedativi, costituissero in realtà una forma di eutanasia

occulta.

Questo timore creava talvolta problemi di coscienza nei sanitari più attenti ai problemi etici, ma spesso interessava anche i parenti del malato, timorosi di accelerare involontariamente la morte del loro congiunto.

Un recente studio indica che tali timori sono in realtà infondati, e che questa terapia non ha alcun effetto negativo sulla sopravvivenza.

E' quindi scientificamente auspicabile, oltre che umanamente comprensibile, che l'uso di questi mezzi terapeutici venga ancor più implementato e raffinato, in modo che nessun paziente debba raggiungere la morte tra le sofferenze.

Fonte:

Ann Oncol. 2009; 20: 1163-9 e 1153-5

Utili le terapie fisiche per la terapia dell' incontinenza urinaria

L' incontinenza urinaria da stress e' un fenomeno molto frequente nel sesso femminile, ma interessa anche i soggetti maschi sottoposti a prostatectomia.

Svariate sono le terapie usate per alleviare questo fastidioso disturbo, con risultati spesso modesti.. I più usati sono gli antimuscarinici (ossibutinina, tolterodina) e il flavossato). Meno usati, anche per le minori prove scientifiche di efficacia, i calcio-antagonisti (per l'effetto inibente la contrattilità vescicale), gli antidepressivi triciclici [in virtù dell'azione anticolinergica e spasmolitica sul detrusore e l'effetto alfa-adrenergico (contrattile) sullo sfintere] e i FANS (per l'attività antiprostaglandinica).

Gli studi clinici controllati sulla loro efficacia sono però molto scarsi.

Vengono spesso usate tecniche di esercizio fisico di ginnastica del pavimento pelvico, utili in una certa percentuale di soggetti ma talvolta non efficaci. E' stata quindi studiata una tecnica di stimolazione elettromagnetica del pavimento pelvico.

Questa tecnica, finora studiata essenzialmente nelle donne affette da incontinenza urinaria da stress ma che non reagivano positivamente alla ginnastica pelvica per insufficiente contrazione muscolare locale, ha dimostrato un effetto positivo, migliorando i parametri urinari quando

usata in aggiunta ai metodi classici. Non e' ancora valutabile la durata del beneficio, che potrebbe essere transitorio, per cui se ne consiglia l'uso nei soggetti maggiormente reattivi a breve termine piuttosto che soggetti con disturbo cronicizzato o molto anziani, pur non potendosi escludere qualche beneficio, magari con cicli di mantenimento.

Benefici sono stati evidenziati anche nei pazienti di sesso maschile sottoposti a prostatectomia.

Fonte:

BJU Int 2009; 103: 1386-90)

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>

Nuove prove sull' effetto oncologico dei pesticidi

Gia' da tempo e' noto come alcune sostanze chimiche, usate come pesticidi sia in agricoltura che negli ambienti domestici, possiedono un effettivo potere oncologico.

Una nuova conferma viene portata da uno studio della 'Georgetown University Lombardi Comprehensive Cancer Center' ha evidenziato una relazione tra incidenza di leucemia infantile con la presenza di tracce elevate di pesticidi organofosforici di uso domestico nelle urine dei bambini malati.

Lo studio e' stato pubblicato su Therapeutic Drug Monitoring, ed ha confrontato la presenza di metaboliti di queste sostanze in bambini malati di leucemia

linfoblastica acuta (ALL) e le loro madri (allo scopo di valutarne la presenza domestica) e in bambini sani e le loro madri. Si trattava di 41 soggetti malati confrontati con altrettanti sani; lo studio e' durato complessivamente tre anni.

Le coppie "malate" presentavano con maggior frequenza e con livelli piu' elevati la presenza di metaboliti dietilati: il dietiltiofosfato (DETP) e il dietilditiofosfato (DEDTP).

I ricercatori esprimono prudenza circa il nesso di causalita' diretta tra queste sostanze e l' insorgere di forme leucemiche nei bambini, ed affermano la necessita' di studi piu' approfonditi, tuttavia gli elementi circostanziali invitano ad una particolare cautela nell' uso di que-

ste sostanze in ambito casalingo, specialmente in presenza di bambini..

Fonte:

Therapeutic Drug Monitoring:
August 2009 - Volume 31 - Issue 4 - pp 495-501

doi: 10.1097/FTD.0b013e3181aae982

Per approfondire i termini generali del problema della tossicita' infantile, invitiamo a consultare l' esaustivo rapporto dell' Istituto Superiore di Sanita'

<http://www.iss.it/binary/saan/cont/rapporto%20ISTISAN%20Salute%20ed%20infanzia.1137746957.pdf>

La depressione fa male al cuore, e' dimostrato

I cardiopatici affetti da insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale, seppur ben curati, presentano maggiori rischi di morte nel caso di una importante sindrome depressiva coesistente. Ma anche la vita da single sempra predittiva di un maggior rischio

La depressione predice la prognosi in molte patologie cardiovascolari: nonostante l'aumento del rischio nei pazienti affetti da entrambi questi disturbi, finora l'influenza della depressione in questa particolare situazione non era stata analizzata.

Alcuni studi avrebbero inoltre dimostrato che anche la condizione di single aumenterebbe il rischio di mortalita' e di patologia vascolare.

E' stato recentemente raccomandato lo screening della depressione nei pazienti coronaropatici per identificare coloro che potrebbero trarre benefici da ulteriori indagini o terapie, ed e' emerso che gli SSRI sono efficaci in questi pazienti quanto in quelli liberi da patologie mediche.

In assenza di studi clinici che abbiano espressamente analizzato il rischio psicosociale nei pazienti con insufficienza

cardiaca e fibrillazione atriale, depressione e mancanza di un coniuge dovrebbero essere considerati marcatori di rischio che identificano soggetti che potrebbero richiedere ulteriori sforzi terapeutici volti tanto a gestire le patologie cardiache che a modificare gli altri fattori di rischio noti.

Fonte:

Circulation online 2009, pubblicato il 29/6

Qualche "monelleria" ogni tanto aiuta a sentirsi meglio?

Una delle solite ricerche pseudoscientifiche effettuate per conto di una ditta privata e pubblicata su un quotidiano anglosassone, indicherebbe che compiere ogni tanto qualche trasgressione aiuta a superare lo stress e la depressione. Ma le critiche metodologiche non sono mancate.

Solo i buoni muoiono giovani, dice il vecchio adagio, e ora uno studio scientifico dà la conferma: quando ci si sente stanchi e stressati, non c'è niente di me-

glio che compiere qualche (blanda) cattiva azione per sentirsi subito meglio.

Abbuffarsi in un fast food, abbrutirsi davanti a un reality show o peggio ancora provare a flirtare con la compagna di un amico possono ridurre i livelli di stress, farci sentire più giovani e lasciarci un piacevole senso di maligna soddisfazione.

Una ricerca australiana, riportata oggi dal Daily Mail, ha analizzato 1.045 persone, scoprendo che la gran parte di loro si sentiva effettivamente meglio (persino

"più felici") nel compiere atti considerati borderline, nel camminare insomma, come si legge nello studio, sul 'wild side', il lato selvaggio della vita.

Il 59% di loro ha dimostrato una notevole riduzione dello stress, e il 57% si è detto più felice dopo aver trasgredito. Mentre il 56% ha affermato sentirsi più giovane e il 24% di sentirsi sano, e un notevole 38% ha affermato di aver bisogno di essere "cattivo" per far fronte alla attuale situazione economica mondiale di squallore e desolazione.

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>

La ricerca ha inoltre constatato che ben il 40% degli uomini sono disposti ad essere "cattivi" per impressionare i membri del sesso opposto, rispetto a solo il 29% delle donne.

Gli uomini sono pronti anche a tradire un'amicizia: il 29% degli intervistati ha dichiarato di "non avere alcun problema" nel flirtare con la fidanzata di un amico, contro l'11% delle donne.

L'indagine, condotta da Weight Watchers per studiare l'atteggiamento delle persone rispetto alla "tentazione" di uno snack, ha alla fine stilato una sorta di decalogo delle cose "cattive" che si possono fare per sentirsi meglio.

Ecco l'elenco, con la percentuale degli intervistati che ha indicato la trasgressione preferita:

- Comprare qualcosa di inutile e costoso (43%);
- Saltare il lavoro dandosi malati (39%);
- Non pulire la casa (35%);
- Utilizzare internet sul posto di lavoro per motivi personali (34%);
- Mangiare ad un fast food (28%);
- Inventarsi una scusa per non andare in palestra (27%);
- Flirtare con il/la partner di un amico (20%);
- Saltare di soppiatto una coda (18%);
- Parcheggiare dove non si può (14%);
- Spendere i risparmi per i bambini

(13%);

- Guardare un reality show (11%).

Commento:

La metodologia e l'analisi statistica della pseudo-ricerca hanno destato critiche ed osservazioni negative: dacasalin-ga che lamenta che in questo modo si incitano i cattivi comportamenti, al lettore che, con rigore matematico, rigira la frittata fornendo la sua "lettura" dei dati, Per certi aspetti assolutamente condivisibile.

I risultati, infatti, possono essere letti in tutt'altro modo:

analizzando le 1.045 persone, si è visto che il 41% **non** si sentiva effettivamente meglio (nè "più felici") nel compiere atti considerati borderline, nel camminare sul lato selvaggio della vita.

Il 41% di loro **non** ha dimostrato alcuna riduzione dello stress, e il 43% **non** si è detto più felice dopo aver trasgredito.

Ben il 44% ha affermato di **non** sentirsi più giovane e addirittura il 76% di **non** sentirsi sano.

Il 68% ha affermato di **non** aver bisogno di essere "cattivo" per far fronte alla attuale situazione economica mondiale, ben il 60% degli uomini **non** sono disposti ad essere "cattivi" per impressionare i membri del sesso opposto, rispetto al 71% delle donne.

Gli uomini non sono tanto pronti a tradire un'amicizia: il 71% degli intervistati ha dichiarato di "avere problemi" nel flirtare con la fidanzata di un amico, contro l'89% delle donne.

Ed ecco il decalogo delle cose "cattive" che **non** si è disposti a fare per sentirsi meglio:

- Comprare qualcosa di inutile e costoso (57%);
- Saltare il lavoro dandosi malati (61%);
- Non pulire la casa (65%);
- Utilizzare internet sul posto di lavoro per motivi personali (66%);
- Mangiare ad un fast food (72%);
- Inventarsi una scusa per non andare in palestra (73%);
- Flirtare con il/la partner di un amico (80%);
- Saltare di soppiatto una coda (82%);
- -Parcheggiare dove non si può (86%);
- Spendere i risparmi per i bambini (87%);
- Guardare un reality show (81%).

Insomma, con le statistiche si può dimostrare tutto e, talvolta, il contrario di tutto. È importante tenere alta la guardia contro i venditori di fumo.

Fonte:

Paginemediche.it

L' "alfabeto delle condotte a rischio": da evitare, per la Cassazione!

Le consuetudini del Belpaese viste e messe in crisi dalla Cassazione.

Dalla A alla Z, ecco il dizionario stilato nel tempo da piazza Cavour che 'rieduca' gli italiani.

A- Amanti. Andrebbero evitate/i non solo perché fanno rischiare l'addebito in caso di separazione. Addirittura sono "motivo di disonore" quelle dei carabinieri perché gettano discredito all'Arma. Guai poi a sbandierare il triangolo via sms, può costare una condanna per molestia.

B- Baci. Mai rubati. Sull'argomento, gli 'ermellini' hanno stilato una vera e propria classifica spiegando quando sono proibiti e quando non sono penalmente censurabili. Il "bacio alla russa", in quanto "scambiato come forma di salu-

to, non può identificarsi come atto sessuale". Stesso discorso vale "in certi contesti familiari o parentali, in cui il bacio sulla bocca tra parenti è solo un segno di affetto, privo di connotazioni sessuali penalmente irrilevanti". Al di fuori di questi contesti il bacio sulla bocca continua ad avere rilevanza penale e ad essere punito come violenza sessuale "se dato senza il consenso o con abuso della posizione di inferiorità del soggetto passivo".

C- Cellulari. L'inseparabile apparecchio divenuto una sorta di protesi per molti italiani è oggetto di censure. Se utilizzato in auto, o durante le ore di lezione a scuola. Le multe fioccano non solo se si sta parlando ma anche se si sta semplicemente cercando un numero sulla rubrica. Le mani in sostanza devono stare

sempre sul volante. La Suprema Corte ne spiega i rischi: "l'uso del cellulare per la ricerca di un numero telefonico nella relativa rubrica o per qualsiasi altra operazione dall'apparecchio consentita risulta censurabile in quanto determina non solo una distrazione in genere, implicando lo spostamento dell'attenzione dalla guida all'utilizzazione dell'apparecchio, ma anche l'impegno di una delle mani sull'apparecchio con temporanea indisponibilità e comunque conseguenziale ritardo nell'azionamento dei sistemi di guida".

D- Detti o modi di dire da evitare. E' ingiuria dare del 'bambino' al proprio superiore o del "don Abbondio" a qualcuno. C'è ancora chi usa l'espressione "lei non sa chi sono io": per gli 'ermellini' è da censurare in quanto del tutto

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>

"sconveniente".

E- Enfatizzare. Mai farlo con i vizi delle donne. Potrebbero offendersi. In quel caso scatta una condanna per ingiuria. C'è una prima vittima, multata per avere detto ad un'amica dal viso un po' allungato che aveva una "faccia da cavallo".

F- Figli maggiorenni, bamboccioni e da mantenere anche a quarant'anni. Sul tema, la Cassazione è molto chiara e com-patta: i figli vanno mantenuti, anche se maggiorenni, finché non si realizzano e fino a quando non sono in grado di essere economicamente autonomi. A meno che la mancata realizzazione o il mancato reperimento di un lavoro derivi da loro "inerzia", quindi da una loro "colpevole inattività".

G- 'Grande fratello'. Meglio limitarsi a quello in tv. Nella vita è preferibile lasciarlo perdere. Specie nei condomini. Se, infatti, la telecamera rivela attimi di vita non comune si viola la privacy. No alle telecamere anche nelle toilette pubbliche. Stesso discorso se viene spiato un lavoratore in ufficio. La vigilanza sul lavoro, hanno avuto modo di chiarire gli 'ermellini', va mantenuta in una "dimensione umana, e cioè non esasperata dall'uso di tecnologie".

H- Hotel. Quando si va in vacanza e si rimane vittima di un furto in albergo, l'albergatore è tenuto a risarcire i vacanzieri se il servizio di custodia è carente. "L'albergatore - hanno chiarito i supremi giudici - può certamente porre dei limiti di orario al servizio di custodia e così usufruire del corrispondente risparmio di costi, ma poi non può riversare sulla clientela i conseguenti rischi ove il furto si verifichi nelle ore di indisponibilità del servizio e alla limitazione si uniscono lacune nella sorveglianza dei locali e delle chiavi delle camere".

I- Inciviltà. L'ultimo esempio condannato dai supremi giudici è legato alle cattive abitudini che si verificano per strada. Il motorino che taglia la strada all'automobilista, la pratica di chi al volante non cede il passo al pedone che attraversa sulle apposite strisce zebra-te. E ancora parlare al telefonino mentre si guida.

L- Litigare. Una pratica molto diffusa che fa spesso finire in tribunale. Quando si è sul taxi, meglio farsi passare la rabbia visto che i supremi giudici hanno sancito che il tassista può scaricare dopo un litigio il cliente in quanto la cessazione della prestazione è "occasionale".

M- Marinare la scuola. Non è una abitudine ma è molto frequente tra i ragazzi. I genitori rischiano una multa avendo l'obbligo di vigilare sui figli minori e di impartirgli quanto meno l'istruzione elementare. In caso di assenze ingiustificate a scuola dei propri figli, non possono invocare a loro discolta il fatto di non essere stati informati delle assenze.

N- Nomi ridicoli. Rischiano di essere cambiati d'ufficio i nomi troppo insoliti che a volte i genitori decidono di mettere ai loro pargoli. A nulla servirà insistere riportando gli esempi di coppie famose che, per i loro figli, hanno scelto nomi stravaganti.

O- Ostacolare. Mai impedire ai figli di uscire di casa. Nemmeno se le ragioni del divieto ad avviso dei genitori sono giustificate dal preservare i figli da un pericolo. Chiudere in casa i figli mette a rischio la loro salute, causando uno "stress emotivo" per il divieto di uscita. E può costituire abuso di mezzi di correzione.

P- Pulizie. Attenzione ad imporle alla propria moglie perché può configurare reato di maltrattamento umiliare la consorte costringendola alle pulizie di casa. Un comportamento di questo tipo è "vessatorio" e dunque meritevole di condanna penale.

Q- Querele. Sono ormai una consuetudine in Italia visto il numero di cause che ogni anno intasano i tribunali. Ormai si fa causa per le questioni più disparate e futili. In certi casi la querela ha riguardato liti per un valore irrisorio di 2 o 3 euro.

R- Russare. Potrebbe diventare rischioso in caso di separazione. Più di un marito, infatti, si è sentito chiedere l'addebito del crac matrimoniale a causa dell'incessante russare.

S- Suocera. Chi non ce l'ha, e pure invadente. In questo caso la suocera può essere causa di addebito per il coniuge che ha tollerato o favorito l'ingerenza del proprio genitore in danno del me-nage familiare e/o dell'altro coniuge. Le ingerenze dei suoceri sono equiparate alle infedeltà coniugali in termini di gravità.

T- Telefonate. Su quelle private fatte dall'ufficio gli 'ermellini' hanno stilato un vademecum stabilendo che una telefonata al giorno dall'ufficio è reato, una ogni due si può e inoltre rende più sereno il lavoratore. L'utilizzo del telefono dell'ufficio con questa frequenza rientra nel 'caso eccezionale' e non è punibile poiché in questi casi "l'ordinamento espressamente riconosce la deroga all'uso del telefono da parte del pubblico dipendente".

U- Urlare. Se gli strilli vengono rivolti al dipendente in ufficio ci può essere mobbing. Sul tema la Cassazione ha avuto modo anche di 'rieducare' i politici multandoli quando si sono approcciati all'interlocutore con urla e insulti.

V- Vietare. Attenzione a porre troppi veti alla consorte. Vietarle di esprimere la propria femminilità ricorrendo al trucco estetico può essere vera e propria violenza.

Z- Zittire. Impedire a qualcuno di parlare accade spesso e non è molto educato. Se la pratica si verifica in un tribunale è motivo di censura anche per un magistrato che inviti l'avvocato della parte in causa a tagliare la difesa. (Autore: Adnkronos)

Commento:
Magari la Cassazione fosse Vangelo! Il povero italiano troppo spesso legge sui quotidiani di sentenze stravaganti o fuori del comune buon senso! E a nulla giova che spesso siano state stravolte dai giornali, perché di sentenze incomprensibilmente contraddittorie (almeno per il profano) tra l'una e l'altra sezione della Corte, se ne sentono eccome!
Magari, come col Vangelo, toccherà cercare col lanternino l'interpretazione "vera", che si adatta al nostro caso.
Per ora, sorridiamoci sopra...

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>

Privacy e visite mediche: niente diagnosi per l' HIV (e non solo)

Viene ribadito ancora una volta, dal Garante, il diritto del malato di HIV di vedere tutelata la propria privacy rispetto al datore di lavoro, in quanto la conoscenza della diagnosi non influisce sul rapporto amministrativo (Garante Privacy, newsletter . 331/2009)

Il Garante per la privacy con newsletter n. 331/2009, ha chiarito e ribadito ancora una volta che il lavoratore sieropositivo ha diritto all' anonimato e non deve essere riportata la diagnosi sulla documentazione medica che lo riguarda e che viene fatta circolare per ragioni am-

ministrative nell'ambito dell' organizzazione del datore di lavoro .

Quindi, nel caso di accertamento medico che individui la condizione di sieropositività, nella necessità di gestire il rapporto di lavoro con il lavoratore interessato, il documento inviato dal medico ad altri organi o uffici non deve riportare il giudizio diagnostico ma solo un giudizio medico-legale di idoneità o inidoneità al lavoro.

La cosa però viene espressa anche in termini più generali: non deve comparire alcuna diagnosi che possa essere co-

nosciuta dal datore di lavoro e dai suoi collaboratori/incaricati nel rispetto della privacy del lavoratore in quanto i dati di eventuali malattie come la sieropositività non sono indispensabili per la gestione amministrativa del rapporto di lavoro.

Le norme regolamentari della Pubblica Amministrazione devono, pertanto, adeguarsi a quanto previsto dal Codice della privacy e alle indicazioni del Garante.

Obbligatorio il passaporto individuale per i minorenni

Il Ministero degli Esteri rende noto che dal 25 novembre 2009 e' in vigore il dettato della legge n. 166 del 2009 che rende obbligatorio l'utilizzo del passaporto individuale per i minori.

Finora, con il sistema precedentemente in vigore, per i minorenni era in vigore una procedura semplificata per cui era sufficiente inserire il nome del minore nel passaporto del genitore.

La normativa comunitaria, però, ha cambiato tale regime: seguendo la regola "una persona - un passaporto" sarà necessario fare un passaporto per ogni minore.

La validità del documento viene differenziata a seconda dell' età':

- Durata di tre anni, per i soggetti minori di un'età compresa tra zero e tre anni.—

- Durata di cinque anni per i soggetti d'età compresa tra tre e diciotto anni,

In ogni caso, il Ministero degli Esteri fa

sapere che i "vecchi" passaporti, che già contengono l'iscrizione dei propri figli, rimarranno in vigore anche oltre la data del 25 novembre e cioè fino alla data di scadenza del documento stesso..

La nuova normativa, permetterà comunque di soddisfare le richieste fatte dai genitori e pervenute entro il 24 novembre per l'iscrizione dei propri figli sul proprio passaporto.

Creduto in coma per 23 anni, era pienamente cosciente

E' stata riportata con clamore la vicenda di un giovane creduto in coma ma interamente vigile. Si ripete nella realtà il caso illustrato in un episodio della nota serie del Dottor House, però stavolta non si trattava di fiction.

Il caso potrebbe rinfocolare le polemiche sull' espianto degli organi e sul testamento biologico.

Ventitré anni in trappola mentre il mondo intorno lo pensava altrove, lui invece era in grado di ascoltare e capire tutto.

Ma non di fare arrivare la sua voce a medici, infermieri e familiari.

E' la storia, terribile, di Rom Houben, rimasto coinvolto in un incidente d'auto nell'83, a soli 23 anni.

Per altri 23 lunghi, interminabili anni lo hanno creduto in coma vigile a causa di una diagnosi errata, mentre era perfetta-

mente cosciente.

Lo è stato - racconta lui stesso, oggi 46enne - tutto il tempo. "Gridavo ma nessuno mi ascoltava", spiega sulle pagine del Daily Mail ripercorrendo le tappe del suo dramma di uomo in trappola.

Solo tre anni fa, grazie a un nuovo esame hi-tech particolarmente approfondito, i medici dell'ateneo universitario di Liegi, in Belgio, hanno capito che il suo cervello era rimasto funzionante, mentre il suo corpo era stato colpito dalla paralisi.

"Non dimenticherò mai - spiega Rom, che oggi comunica grazie a un pc e una particolare tastiera che gli consente di rapportarsi al mondo esterno - il giorno in cui l'hanno finalmente scoperto.

E' stata la mia seconda nascita.

Io voglio leggere, parlare con i miei

amici attraverso il computer e sono felice della mia vita ora che le persone sanno che non sono morto ma vivo".

Quando Rom era in trappola, immobile ma cosciente in un letto d'ospedale, si rifugiava tutto il tempo "nel sogno di una vita migliore.

La parola frustrazione è troppo piccola per contenere tutto quel che provavo".

Ma come può spiegarsi un caso come quello del signor Houben? Secondo Steven Laureys, il neurologo che ha portato alla luce la verità restituendo a Rom una nuova vita, esiste un errore nel sistema: "Chi riceve il timbro 'senza coscienza' - afferma - difficilmente se ne può liberare".

Fonte: ADN-kronos

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>

Lecito rifiutare il ricovero se non c'è urgenza

Cassazione: va assolto il medico che rifiuta il ricovero in condizione di non urgenza.
(Sent. N. 46152/2009)

I fatti: il medico curante di una donna sofferente per coliche biliari, aveva contattato il rirugo di un ospedale chiedendone il ricovero.

Il chirurgo invece aveva rifiutato di ricoverarla per mancanza di requisiti di urgenza, esprimendosi ansiosi in modo piuttosto pesante e volgare verso il collega, che doveva (secondo lui) smetterla di sovraccaricarli con richieste di poco conto.

Il chirurgo era stato denunciato per omissione d'atti d'ufficio, ed era stato condannato dai giudici di merito a quattro mesi di reclusione. La condanna era poi stata confermata in appello.

La Cassazione però è stata di diverso avviso e con la sentenza n.46152/2009 ha annullato la condanna ed assolto il medico, in base al principio che è legittimo rifiutare il ricovero di un paziente

se l'allarme non è giustificato.

La responsabilità penale, ha sostenuto la Corte, uò esservi soltanto nell'ipotesi in cui "l'urgenza del ricovero sia effettiva e reale per l'esistente pericolo di conseguenze dannose alla salute della persona".

Il fatto delittuoso, quindi, non sussiste perché "non rientra fra l'omissione di atti d'ufficio un diniego di ricovero ospedaliero caratterizzato per le modalità inurbane e volgari con cui il medico si è espresso e non per l'antigiuridicità richiesta dalla norma che punisce il rifiuto indebito di un atto dell'ufficio che va compiuto senza ritardo".

In altre parole, la villania non può costituire elemento di colpa professionale, sono gli atti quelli che contano.

Commento: la valutazione della necessità di ricovero, quindi, ricade sotto la discrezionalità e responsabilità del medico addetto al servizio di accettazione. Se questi non ravvisa la necessità di ricovero (senza che ci siano nel caso

elementi per affermare un errore di valutazione) non commette omissione d'ufficio, in quanto non si tratta di rifiuto indebito.

Diversi gli atteggiamenti della Cassazione nei riguardi di altre categorie, come nel caso di omissione della visita domiciliare da parte del medico di Guardia medica (ora Continuità Assistenziale) o da parte dei medici di reperibilità ospedaliera. Più volte tali rifiuti sono stati sanzionati come omissione d'ufficio, anche quando la richiesta di visita è apparsa (anche alle verifiche successive) del tutto immotivata.

A noi, profani delle misteriose sottigliezze legali, non è dato comprendere la distinzione tra i diversi casi, né quale possa essere il comportamento corretto da parte del medico. Occorrerà forse una seconda laurea in materie legali.

Daniele Zamperini—Giuseppina Onotri

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE dicembre 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

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 26.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 286 del 09.12.09 - Supplemento ordinario n. 229)

MODIFICHE, CON RIFERIMENTO ALLA NOTA AIFA 83, ALLA DETERMINAZIONE AIFA DEL 4 GENNAIO 2007 «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI» PUBBLICATA NEL SUPPLEMENTO ORDINARIO ALLA GAZZETTA UFFICIALE N. 7 DEL 10 GENNAIO 2007 - SERIE GENERALE

La nota 83 viene modificata in modo non sostanziale: non fa più riferimento alle lacrime artificiali ma più in generale ai sostituti lacrimali.

Viene, inoltre, modificato il "Background" e viene introdotta la bibliografia.

Il provvedimento è entrato in vigore dal giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 26.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 286 del 09.12.09 - Supplemento ordinario n. 229)

MODIFICAZIONE AL «PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI "LAMIVUDINA" (EX NOTA 32 - BIS)», DI CUI ALL'ALLEGATO 1 DELLA DETERMINAZIONE PUBBLICATA NELLA GAZZETTA UFFICIALE N. 45 DEL 22 FEBBRAIO 2008 - SERIE GENERALE

La modifica al piano terapeutico consiste in una nuova formulazione delle condizioni cliniche nelle quali è concessa la somministrazione di questo farmaco a carico del SSN; è stata modificata anche la bibliografia.

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 provvedimento è entrato in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 24.12.2009.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 26.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 286 del 09.12.09 - Supplemento ordinario n. 229)

MODIFICA ALLA NOTA AIFA 39 CUI ALLA DETERMINAZIONE DEL 22 SETTEMBRE 2009

La nota 39 è stata modificata limitatamente all'impiego dell'ormone della crescita nei soggetti affetti da sindrome di Prader Willi, con l'eliminazione del seguente testo "limitatamente ai casi con diagnosi di deficienza dell'ormone della crescita".

Il provvedimento è entrato in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 24.12.2009.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 26.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 286 del 09.12.09 - Supplemento ordinario n. 229)

MODIFICA ALLA NOTA AIFA 4 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DEL 17 LUGLIO 2008 PUBBLICATA NELLA GAZZETTA UFFICIALE N. 182 DEL 5 AGOSTO 2008

E' stato modificato l'ultimo capoverso della nota 4, che ora è diventato: "l'impiego di questi farmaci non è assoggettato a nota limitativa ed è a carico del SSN per le seguenti indicazioni terapeutiche: trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato per duloxetine e della epilessia per gabapentin e pregabalin."

Il provvedimento è entrato in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 24.12.2009.

Deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali del 19.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 288 del 11.12.09)

LINEE GUIDA IN TEMA DI REFERTI ON-LINE. (DELIBERAZIONE N. 36)

Il Garante per la protezione dei dati personali stabilisce le linee guida che devono essere adottate dai servizi "referti on-line". Il documento affronta i seguenti aspetti della problematica: ambito di applicazione delle linee guida, fruizione facoltativa del servizio di refertazione on-line, informativa e consenso, archivio dei referti, comunicazione dei dati all'interessato, misure di sicurezza e tempi di conservazione dei dati.

Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 05.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 288 del 11.12.09 - Supplemento ordinario n. 231)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER ECM, FORMAZIONE A DISTANZA, OBIETTIVI FORMATIVI, VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEL SISTEMA FORMATIVO SANITARIO, ATTIVITÀ FORMATIVE REALIZZATE ALL'ESTERO, LIBERI PROFESSIONISTI

Con questo provvedimento vede la luce il "Nuovo sistema di formazione continua in medicina".

Vengono affrontati i seguenti aspetti: l'accreditamento dei Provider ECM, l'Ente accreditante, il Comitato di garanzia per l'indipendenza della formazione continua dal sistema di sponsorizzazione, albo nazionale dei provider, il rapporto annuale sulle attività ECM, il provider accreditato per l'ECM, i crediti ECM, gli obiettivi formativi nazionali e regionali, regole per la partecipazione dei provider e degli sponsor al sistema di formazione continua.

Particolare attenzione viene riservata ai seguenti capitoli: requisiti minimi e standard, procedure e verifiche, accreditamento del provider FAD, regole per la partecipazione dei provider e degli sponsor al sistema di formazione continua, valutazione della qualità, attività formative realizzate all'estero, gli obblighi ECM per i liberi-professionisti.

Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 05.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 288 del 11.12.09 - Supplemento ordinario n. 231)

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE L'ISTITUZIONE DELLA RETE NAZIONALE PER LA GESTIONE DELLA SINDROME DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA GRAVE DA POLMONITI DA VIRUS A(H1N1) E L'EVENTUALE UTILIZZO DELLA TERAPIA ECMO

Viene istituita la Rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave conseguente a polmonite da virus A(H1N1)v con il conseguente utilizzo della terapia ECMO.

La rete è costituita dalle seguenti strutture specialistiche, alle quali si potranno aggiungere in seguito altre: Azienda ospedaliera universitaria San Giovanni Battista di Torino - Molinette; Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza; IRCCS Ospedale Maggiore-Policlinico di Milano; IRCCS San Raffaele di Milano; IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia; Azienda ospedaliera Bergamo; Azienda ospedaliera di Padova; Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna; Azienda ospedaliera universitaria Careggi di Firenze; Policlinico Gemelli di Roma; Policlinico Umberto I di Roma; Azienda ospedaliera universitaria Federico

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>

II di Napoli; Azienda ospedaliera universitaria Policlinico di Bari; ISMETT di Palermo.

Ogni Centro, che viene dotato di due macchine ECMO con relativo materiale usa e getta, funge da riferimento per il trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria grave e fornisce consulenza intensivistica ai centri di riferimento regionale/interregionale, alle Aziende ospedaliere e ai Presidi ospedalieri regionali.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 09.12.09 (Gazzetta Ufficiale n. 289 del 12.12.09)

PROROGA DELLA DURATA DI SEI MESI DELLA SOSPENSIONE TEMPORANEA DELLA NOTA 78 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE AIFA DEL 6 MAGGIO 2009

Con questo provvedimento viene prorogata di ulteriori 6 mesi la sospensione temporanea della nota 78, che come si ricorderà era stata sospesa con provvedimento dell'AIFA del 6 maggio 2009. Pertanto, i farmaci della nota 78 rimangono prescrivibili a carico del SSN senza le limitazioni previste dalla nota e senza l'obbligo, da parte dei medici specialisti, di effettuare diagnosi e piano terapeutico.

Il provvedimento è entrato in vigore il 13.12.2009.



BUON 2010 a tutti!

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>