



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 20 - N. 4 APRILE 2010	AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE CIVILE DI ROMA N. 210/2007 del 23/05/07	POSTE ITALIANE S.P.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004) n. 46 Art. 1 comma 1 - DCB Roma	MENSILE STAMPA:	DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE 00185 ROMA - VIA MERULANA 272 Tel. 06/4746344 - Fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it
-------------------------------	--	--	--------------------	---

Lo SMI organizza a Roma un congresso sulla Responsabilità' Professionale Medica "Problemi pratici e orientamenti attuali in tema di Responsabilità Professionale per i Medici del Servizio Sanitario Nazionale. Dall' atto medico alle aule giudiziarie"



Si terra' a Roma il 29/5/2010 presso l' Hotel Villa Eur - Parco dei Pini (P.zza M. dea Champagnat), con l' intervento di relatori di altissimo livello.

Il Convegno e' accreditato ECM sia per medici di famiglia che per dipendenti del SSN o liberi professionisti. L' iscrizione al Congresso e' gratuita.

Sono effettuati in parallelo dei Corsi pratici di medicina clinica (Scompenso cardiaco a domicilio -Terapia infiltrativa e antinfiammatoria dei principali distretti articolari) nonche' relazioni su altre problematiche cliniche aventi frequenti riflessi medico-legali. La brochure completa e' a pag. 6; la scheda di iscrizione e' a pag. 8, (oppure scaricabile da www.smi-lazio.org) e va inviata via fax a:

Acaya Consulting S.r.l.
Via Orti della Farnesina 107,
00135 Roma
Tel. 06.5947531- Fax
06.59475330 - E-mail:
inf@acaya.net

E' consigliabile provvedere in tempi rapidi, dato il numero alto ma non illimitato di posti disponibili

In occasione del Congresso sulla Responsabilità' Professionale Medica del 29 Maggio (che ne rappresenta l' evento centrale) si terra' presso l' Hotel Villa Eur il III Congresso Regionale dello SMI-Lazio. In questa occasione verra' tracciato un riepilogo della storia e un prospetto del futuro di questa recentissima formazione sindacale che, nata da appena tre anni, e' gia' arrivata ad essere la seconda sigla del Lazio per



numero di iscritti nel settore dell' Assistenza Primaria e rappresenta validamente anche le istanze delle altre categorie, contando tra i propri iscritti (un migliaio, nel Lazio) un folto gruppo di Medici Dirigenti, dipendenti, specialisti. In questa occasione verranno anche rinnovate le cariche regionali e le rappresentanze al Consiglio Nazionale, in un clima di serena e fattiva collaborazione. I colleghi interessati alla difesa della categoria, sono i benvenuti!

I probiotici sono effettivamente utili per il colon irritabile

Secondo una revisione sistematica i probiotici sono efficaci per il trattamento del colon irritabile, anche se rimangono alcune incertezze.

In questa revisione sistematica sono stati cercati RCT in cui i probiotici fossero paragonati al placebo oppure al non trattamento per almeno una settimana in pazienti adulti affetti da colon irritabile. Sono stati ritenuti idonei gli studi che riportavano come outcomes il dolore addominale oppure i sintomi globali del colon irritabile. Sono stati inclusi nell'analisi 19 RCT per un totale di 1.650 pazienti. La qualità degli studi è stata giudicata generalmente buona.

I probiotici si sono dimostrati significativamente superiori al placebo nel ridurre il dolore e gli altri sintomi del colon irritabile (NNT = 4). Tuttavia si è registrata una significativa eterogeneità.

Gli autori concludono che i probiotici appaiono essere efficaci per il trattamento del colon irritabile, ma rimangono alcune incertezze come l'ampiezza del beneficio e se alcuni tipi

di probiotici siano più efficaci di altri.

Fonte:

Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. Gut. 2010 Mar;59(3):325-32.

Commento di Renato Rossi

Per la terapia del colon irritabile sono stati proposti vari trattamenti, non tutti con forti prove di efficacia. Anzi le varie linee guida forniscono raccomandazioni spesso basate più sul consenso che sul risultato degli RCT [1].

Il medico sa quanto sia difficile trattare questa condizione e, spesso, non è possibile dire se i miglioramenti che si possono ottenere dipendano dall'andamento ciclico della malattia (caratterizzata da fasi di acuzie e da remissioni spontanee) o dai farmaci usati.

Secondo la revisione recensita in questa pillola un ruolo non trascurabile

potrebbero avere i probiotici: il numero di soggetti da trattare per avere un miglioramento del dolore e degli altri sintomi del colon irritabile è particolarmente attraente. Tuttavia va notato che vi sono incertezze ben sottolineate dagli autori, in particolare non si è ben determinato se un probiotico possa essere più efficace di un altro.

Nella pratica clinica spesso si incontrano pazienti che, di loro iniziativa, assumono probiotici e riferiscono di notare dei miglioramenti. I risultati qui riportati permettono di affermare che, probabilmente, non si tratta solo di un effetto placebo. Per questo, trattandosi, tra l'altro, di una terapia praticamente priva di effetti collaterali, può senza dubbio essere consigliata anche dal medico.

Referenze

1 <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4355>

Abbassare l'omocisteina riduce la mortalità?

Secondo uno studio non randomizzato la terapia con acido folico sarebbe in grado di ridurre la mortalità nei pazienti con coronaropatia iniziale e iperomociteinemia, ma i risultati vanno interpretati con cautela. In questo studio sono stati reclutati 492 pazienti con malattia coronarica iniziale. Ai partecipanti venne misurata, al baseline, l'omocisteina plasmatica (l'iperomociteinemia veniva definita per valori superiori a 15 µmol/L). I pazienti sono stati trattati con acido folico (dosi >= 400 microg/die), mentre vitamine addizionali (vitamina B12 e B6) venivano somministrate a discrezione del medico. Non c'erano differenze tra i pazienti trattati (n = 140) e non trattati per quanto riguarda l'età, il sesso e la prevalenza di fattori di rischio coronarico. Il 9% morì durante il follow up di 115 mesi. Il trattamento risultò associato ad una riduzione della mortalità nei pazienti con iperomociteinemia (4% versus 32%, p < 0,0001),

ma non in quelli con valori normali di omocisteinemia (5% versus 7%, p > 0,05). Gli autori concludono che i pazienti con coronaropatia dovrebbero essere screenati per iperomociteinemia ed eventualmente trattati. Tuttavia dato che lo studio era limitato a soggetti con cardiopatia ischemica il valore delle terapie con vitamine in tutti i soggetti con iperomociteinemia non può essere determinato.

Fonte

Mager A, Orvin K, Koren-Morag N, et al. Impact of homocysteine-lowering vitamin therapy on long-term outcome of patients with coronary artery disease. Am J Cardiol 2009; 104:745-749.

Commento di Renato Rossi

Come si spiegano i risultati di questo studio con

quelli, contrastanti, di numerosi RCT che non hanno evidenziato alcun beneficio della terapia vitaminica in prevenzione cardiovascolare sia primaria che secondaria? Gli autori ritengono che questo possa dipendere dal fatto che gli studi precedenti sono stati effettuati in popolazioni anglosassoni, mentre il loro lavoro ha riguardato israeliani. Il fattore genetico potrebbe quindi giocare un ruolo primario. Inoltre lo studio di Mager e collaboratori ha un follow up più prolungato degli RCT negativi ed ha impiegato dosi relativamente più elevate di acido folico. Dal canto nostro riteniamo che i risultati debbano essere presi con cautela in quanto non si tratta di uno studio randomizzato, per cui sono sempre possibili vari tipi di bias di selezione.



Vaccino anti Papillomavirus: una questione ancora aperta Pag.2
Il caso di Giovanni e il problema dell'antiaggregante Pag.2
Il forame ovale pervio non aumenta rischio di recidiva di stroke Pag.3
I nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare Pag.3
E' necessario il monitoraggio con densitometria ossea durante terapia con bifosfonati? Pag.3
Ancora un promemoria sulle Autocertificazioni Pag.4
Attuabile la prevenzione farmacologica del diabete? Pag.4
Cotrimossazolo e warfarin aumentano il rischio di eventi emorragici Pag.4
Terapie complementari e alternative: l' Aglio Pag.5
L'angolo del Legale A cura di Alessio Pastorelli Pag.5
L'Aritmetica Creativa del ministro Brunetta Pag.6
Novità dalla rete A cura di Alessandro Ciammaichella Pag.7
Ancora problemi con la Posta Certificata Pag.7
Attenzione ai certificati di "Buona Salute"! Vanno dettagliati! Pag.8
Il Ministro corregge alcuni aspetti sui certificati telematici Pag.8
L'obiettore di coscienza non può fare il vigile Pag.8

Vaccino anti Papillomavirus: una questione ancora aperta

L'analisi del registro VAERS conferma che la frequenza degli effetti avversi del vaccino per l'HPV è paragonabile a quella delle altre vaccinazioni, ma un editoriale di commento sottolinea le incertezze che ancora rimangono.

Nel 2006 la FDA ha approvato l'uso del vaccino quadrivalente (tipi 6,11,16 e 18) per l'HPV nelle donne di età compresa tra 9 e 26 anni, mentre l'età raccomandata per l'immunizzazione è tra gli 11 e i 12 anni. Gli autori di questo studio hanno esaminato gli eventi avversi associati al vaccino dopo la sua commercializzazione e riportati dal VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) dal giugno 2006 al 31 dicembre 2008. Al VAERS sono stati inviati 12.424 reports di eventi avversi pari a 53,9 eventi per 100.000 dosi distribuite. Gli effetti collaterali gravi sono stati 772 (6,2%), compresi 32 decessi. Ogni 100.000 dosi distribuite sono stati registrati: 8,2 sincopi, 7,2 reazioni locali, 6,8 casi di vertigine, 5 di nausea, 4,1 di cefalea, 3,1 casi di reazioni da ipersensibilità, 2,6 di orticaria, 0,2 di eventi tromboembolici venosi, disordini autoimmuni, sindrome di Guillain-Barré, 0,1 casi di anafilassi e morte, 0,04 casi di mielite trasversa e pancreatite e 0,009 di malattia del motoneurone.

Gli autori concludono che la frequenza degli eventi avversi associati al vaccino anti HPV è paragonabile a quella degli altri vaccini, anche se vi è un report sproporzionato di sincopi e tromboembolismi venosi. Questi risultati devono essere visti alla luce dei limiti del sistema di registrazione degli eventi avversi (possibile sottostima).

Fonte

Slade BA et al. Postlicensure Safety Surveillance for Quadrivalent Human Papillomavirus Recombinant Vaccine. JAMA. 2009 Aug 19;302:750-757.

Commento di Renato Rossi

Un editoriale di commento [1], dopo aver sottolineato quanto sia complicato capire i rischi ed i benefici di un nuovo intervento medico, afferma che questo è ancor più vero quando si tratta di valutare un nuovo vaccino, che per definizione si somministra a persone sane. Sembra logico che se il papillomavirus causa il cancro della cervice uterina e se il vaccino previene l'infezione, allora il cancro non si verifica. Ma la questione è molto più complessa, chiosa l'editorialista. Anzitutto vi sono più di 100 tipi di HPV e di questi almeno 15 possono causare il cancro cervicale, mentre il vaccino copre solo due ceppi cancerogeni (il tipo 16 e il tipo 18). Inoltre non si sa bene quale sia il legame tra l'infezione contratta da giovani e lo sviluppo del tumore 20-40 anni dopo. Si sa per esempio che in molti casi l'infezione regredisce spontaneamente e solo in pochi casi (impossibili da identificare) la persistenza causa il cancro. Ancora: non sappiamo, per ora, nè quale sia l'impatto del vaccino sullo sviluppo di cancro cervicale fra 20-40 anni nè quale sarà l'effetto sulla mortalità specifica. Attualmente si sa solo che il vaccino riduce la persistenza dell'infezione e l'incidenza di lesioni precancerose.

L'editoriale richiama uno studio pubblicato sullo stesso numero di JAMA [2] secondo il quale le varie società scientifiche americane hanno promosso la vaccinazione, ma hanno fornito ai professionisti ed al pubblico informazioni non sbilanciate? La vaccinazione è stata consigliata già a partire dal 2006, quando non erano ancora stati pubblicati i risultati dei trials clinici con end-point importanti.

Per quanto riguarda gli effetti avversi l'editorialista ricorda che quelli registrati nel VAERS sono dei report volontari (per cui giustamente gli autori richiamano alla cautela nella

interpretazione dei loro dati) e che, per ora, è difficile escludere che un evento avverso grave non sia causato dal vaccino.

L'editoriale conclude che per la singola donna il beneficio netto del vaccino rimane incerto, anche perchè, pur in presenza di persistenza dell'infezione, molte donne non svilupperanno il cancro cervicale perchè screenate regolarmente.

I dubbi sollevati dall'editoriale non sono nuovi e sono stati già trattati in occasioni precedenti [3,4]. Comunque la comunità scientifica ritiene che, in generale, i benefici del vaccino superino i rischi [5,6]. Anche l'analisi finale dello studio PATRICIA, oltre a confermare l'efficacia del vaccino nel ridurre le lesioni precancerose, conclude che il vaccino è sicuro [7]

Referenze

1. Haug C. The Risks and Benefits of HPV Vaccination. JAMA. 2009 Aug 19;302:795-796.
2. Rothman SM et al. Marketing HPV Vaccine. Implications for Adolescent Health and Medical Professionalism. JAMA. 2009 Aug 19;302:781-786.
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4206>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3369>
5. http://www.agenziafarmaco.it/allegati/com_stampa_240108.pdf
6. <http://www.medscape.com/viewarticle/578110>
7. Paavonen J et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. Lancet 2009 Jul 25; 374:301-314.

Il caso di Giovanni e il problema dell'antiaggregante

Un documento di consenso su come ridurre il rischio di eventi gastrointestinali nel paziente in trattamento cronico con antiaggreganti.

Giovanni è un paziente di 57 anni affetto da cardiopatia ischemica. Ha avuto un infarto miocardico senza sopraslivellamento di ST a 56 anni ed è in terapia con ASA, acenibitore, betabloccante e statina.

L'anamnesi evidenzia, a 50 anni, un episodio di emorragia gastrica da ulcera, secondaria all'assunzione di FANS. Per tale motivo è in trattamento gastroprotettivo con un inibitore di pompa protonica a dosaggio pieno. Durante una visita di controllo Giovanni chiede al medico curante se non sia il caso di sostituire l'ASA con un altro antiaggregante e cita ad esempio un suo conoscente a cui il cardiologo ha consigliato il clopidogrel in quanto per molti anni ha sofferto di ulcera peptica.

E' giustificata la richiesta di Giovanni? Qual è la migliore strategia per ridurre il rischio gastro-intestinale nel paziente in trattamento antiaggregante?

L'American College of Gastroenterology, l'American College of Cardiology e l'American Heart Association hanno recentemente pubblicato un documento di consenso su questo argomento [1,2]. La tabella sottostante riassume in breve i punti principali del documento.

1. Il rischio gastrointestinale di un paziente in trattamento cronico con basse dosi di ASA risulta aumentato in caso di uso contemporaneo di FANS
2. L'associazione fra ASA a basse dosi e coxib comporta un rischio simile a quello derivante dalla associazione ASA + FANS non selettivo.
3. Anche l'aggiunta di anticoagulanti (warfarin, eparina) all'ASA a basse dosi aumenta il rischio
4. Altri antiaggreganti, come per esempio il clopidogrel, non causano di per sè ulcere, tuttavia possono

interferire con l'angiogenesi e quindi impedire la guarigione di lesioni gastrointestinali già esistenti.

5. La sostituzione dell'ASA con il clopidogrel al fine di ridurre il rischio non è consigliata ed è preferibile aggiungere all'ASA un inibitore di pompa protonica (PPI)

6. Una gastroprotezione con PPI in aggiunta all'antiaggregante è consigliata in caso di anamnesi positiva per ulcera peptica o sanguinamento gastrointestinale e per i soggetti che richiedono una duplice antiaggregazione o l'associazione antiaggregante-anticoagulante

7. L'aggiunta di un PPI all'antiaggregante deve essere valutata anche in caso di soggetti > 60 anni, uso contemporaneo di steroidi, presenza di dispepsia o reflusso gastro-esofageo

8. Se il paziente ha un'anamnesi positiva per ulcera peptica si dovrebbe eseguire un test per helicobacter pylori e procedere a terapia eradicante se positivo

La consultazione del documento permette di rispondere al quesito posto da Giovanni: è preferibile continuare con l'associazione ASA/PPI.

Renato Rossi

Referenze

1. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. Am J Gastroenterol 2008 Nov; 103:2890.
2. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation 2008 Oct 28; 118:1894.

CEFIXORAL®
J01DD08
cefixima



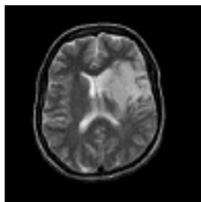
Menarini, salute senza confini

Conferenza Linea Guida per la prescrizione della salute
Verificata da
Certificato nr. 52104785



Il forame ovale pervio non aumenta rischio di recidiva di stroke

Una revisione sistematica conferma risultati di studi precedenti: il forame ovale pervio non aumenta il rischio di recidive in pazienti con pregresso ictus criptogenetico.



patent foramen ovale
A meta-analysis. Neurology 2009 Jul 14;73:89-97.

Commento di Renato Rossi

Questa revisione sistematica con metanalisi si è riproposta di valutare il rischio di recidiva di stroke in soggetti con precedente ictus o TIA e forame ovale (FO) pervio. Sono stati selezionati 15 studi pubblicati fino al febbraio 2008. In quattro studi vi era un gruppo di paragone costituito da pazienti senza forame ovale pervio. In questi studi il rischio relativo di recidiva di ictus o TIA nei pazienti con FO pervio era di 1,1 (95%CI 0,8-1,15) rispetto ai pazienti senza pervietà del FO. Per l'ictus di tipo ischemico il rischio relativo era di 0,8 (95%CI 0,5-1,3).

E' stato poi calcolato il rischio assoluto di recidiva di ictus o TIA nei pazienti con FO pervio in tutti i quindici studi: per ogni tipo di stroke tale rischio era di 4 eventi per 100 persone-anni e per lo stroke ischemico era di 1,6 eventi per 100 persone-anni.

Gli autori concludono che nei pazienti con pregresso ictus criptogenetico trattati con terapia medica il rischio assoluto di recidive è variabile, ma le evidenze disponibili non confermano l'ipotesi che la presenza di un FO pervio aumenti tale rischio. La chiusura del FO in questi pazienti non può essere raccomandata fino a che non saranno pubblicati i risultati dei trials in corso.

Fonte

Almekhlafi M.A. et al. Recurrent cerebral ischemia in medically treated

Si è finora discusso se la pervietà del FO aumentasse il rischio di recidiva in soggetti che avevano sofferto di un ictus o di un TIA apparentemente criptogenetico. Un editoriale di commento alla revisione recensita in questa pillola si chiede se sia arrivato il momento di porre la parola fine ad una storia infinita [1]. Infatti le conclusioni della revisione sono chiare: non vi sono prove di letteratura che la pervietà del FO costituisca un fattore di rischio aumentato per recidive. D'altra parte non si tratta di una novità [2,3]. Pertanto la chiusura chirurgica o transcatetere del FO non dovrebbe essere raccomandata a meno che, in futuro, trials randomizzati e controllati non dimostrino che la chiusura è in grado di ridurre le recidive rispetto al trattamento medico.

In effetti le linee guida americane sono chiare al proposito: per i pazienti con ictus o TIA di tipo ischemico e FO pervio è raccomandata solo la terapia antiaggregante, mentre il warfarin è consigliato nei pazienti ad alto rischio che hanno altre indicazioni per la terapia anticoagulante (trombofilia o evidenza di trombosi venosa). Le prove sono insufficienti per consigliare la chiusura del FO nel caso di primo stroke. La chiusura però dovrebbe essere presa in considerazione nel caso di recidive criptogenetiche nonostante trattamento farmacologico ottimale [4].

Dello stesso tenore sono le linee guida italiane [5]:

- 1) in caso di primo episodio si deve utilizzare l'ASA
- 2) il warfarin o la chiusura del FO transcatetere devono essere presi in considerazione se il FO è associato ad aneurisma del setto interatriale (pur in caso di primo episodio), se si documenta uno shunt di grosse dimensioni e multipli eventi ischemici, nel caso di FO isolato e coesistenza di stato trombofilico.
- 3) la chiusura transcatetere o, in caso di fallimento, la chiusura chirurgica sono indicati in caso di FO pervio ed aneurisma del setto interatriale al primo evento ma con trombosi venosa profonda o trombofilia e controindicazioni al warfarin oppure in caso di FO pervio con recidive nonostante terapia anticoagulante.

Referenze

1. Arturo Tamayo A and Harrer J. U. Patent foramen ovale and ischemic stroke recurrence: The end of a never-ending story? Neurology 2009 73: 84-85.
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2790>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2167>
4. Adams RJ et al, American Heart Association, American Stroke Association. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. Stroke 2008 May; 39(5): 1647-52
5. <http://www.spread.it> (accesso del 7 agosto 2009)

I nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare

L'aggiunta ai fattori convenzionali di nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare non sembra portare ad un miglioramento apprezzabile del potere predittivo di eventi

Fonte:

Melander O et al. Novel and Conventional Biomarkers for Prediction of Incident Cardiovascular Events in the Community. JAMA 2009 Jul 1;302(1):49-57.

Lo scopo di questo studio di coorte svedese era di valutare l'utilità dei nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare quando aggiunti ai fattori di rischio tradizionali. Sono stati studiati 5067 soggetti (età media 58 anni; 60% donne) senza precedenti cardiovascolari, esaminati per la prima volta tra il 1991 e il 1994. Ai partecipanti venne misurata la PCR, la cistatina C, la lipoprotein-fosfolipasi 2, la MR-proADM (midregional proadrenomedullin), il midregional proatrial peptide natriuretico, il peptide natriuretico N-terminale pro B. Il follow-up è durato fino al 2006. Durante lo studio si sono registrati 418 eventi cardiovascolari e 230 eventi coronarici.

L'aggiunta dei nuovi biomarkers alla valutazione del rischio cardiovascolare effettuata con i fattori di rischio convenzionali portò ad una riclassificazione del rischio in una proporzione modesta dei partecipanti: 8% per il rischio cardiovascolare globale e 5% per il rischio coronarico. Il miglioramento della classificazione del rischio si osservò soprattutto nei soggetti a rischio intermedio. Tuttavia questa riclassificazione era confinata interamente agli individui che non ebbero eventi cardiovascolari piuttosto che agli individui che svilupparono tali eventi.

Gli autori concludono che i nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare possono essere utili a predire futuri eventi, ma il guadagno aggiuntivo rispetto ai fattori convenzionali è minimo. La riclassificazione del rischio migliora negli individui a rischio intermedio molti dei quali, tuttavia, probabilmente non vanno incontro a complicanze cardiovascolari.

Commento di Renato Rossi

E' noto che la previsione del rischio cardiovascolare di un paziente si basa su fattori tradizionali ben studiati: diabete, fumo, colesterolemia, pressione arteriosa, età, sesso, obesità, familiarità.

Negli ultimi anni sono stati messi a punto alcuni biomarkers di rischio che potrebbero migliorare il potere predittivo dei fattori convenzionali. Ma è davvero così? Lo studio svedese recensito in questa pillola ci dice di no, in questo confermando i risultati di lavori precedenti [1,2].

Melander e coll. concludono che i nuovi biomarkers possono portare ad una riclassificazione del rischio in soggetti a rischio intermedio, ma questa riclassificazione è limitata soprattutto a persone che con poche probabilità avranno degli eventi. Questo dato limita ancor più l'utilità dei nuovi biomarkers: a cosa serve riclassificare dei pazienti se poi questi non sono quelli più a rischio di eventi cardiovascolari?

La ricerca prosegue senza soste e, in un prossimo futuro, potranno, forse, essere disponibili nuovi markers che ci permetteranno di migliorare la nostra abilità predittiva. Per il momento, però, sembra più utile ed economico e meno dispersivo, concentrare l'attenzione sui fattori di rischio più tradizionali.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2616>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2993>

E' necessario il monitoraggio con densitometria ossea durante terapia con bifosfonati?

Durante i primi tre anni di trattamento con bifosfonati il monitoraggio della densità minerale ossea non è necessario e dovrebbe essere evitato in quanto può portare ad errate valutazioni circa l'efficacia della terapia.

Questo studio è un'analisi secondaria dei dati del trial denominato FIT (Fracture Intervention Trial), un RCT in cui alendronato era stato paragonato al placebo in 6459 donne in post-menopausa con una bassa densità minerale ossea (BMD). La misurazione della BMD a livello dell'anca e della colonna venne effettuata al baseline e nel corso dello studio a 1, 2 e 3 anni. L'analisi secondaria ha valutato le variazioni della BMD sia tra i vari pazienti (variazione associata al trattamento) sia intrapaziente (variazione associata alla misurazione). Si è visto che l'alendronato aumenta la BMD a livello dell'anca di 0,030g/cm². Si è osservata una certa variazione della BMD tra i vari pazienti, ma di piccola entità rispetto alle variazioni intrapaziente.

Gli autori concludono che nei primi tre anni di trattamento con bifosfonati il monitoraggio della BMD non è necessario e dovrebbe essere evitato perchè può portare ad errate valutazioni sull'efficacia della terapia.

Fonte:

Bell KJL et al. Value of routine monitoring of bone mineral density

after starting bisphosphonate treatment: secondary analysis of trial data. BMJ 2009 Jun 27; 338:b2266.

Commento di Renato Rossi

Un editoriale di commento [1] suggerisce alcune importanti annotazioni che ci sembra utile riassumere. Il motivo per cui si chiede una densitometria durante i primi anni di terapia con bifosfonati è per essere sicuri che il farmaco funzioni. Questo approccio è raccomandato da alcune linee guida, ma in realtà sembra essere fuorviante. Infatti la densitometria è gravata da un certo margine di errore e bisognerebbe supporre che la terapia con bifosfonati comporti un miglioramento della BMD nei primi anni maggiore di questo margine, cosa che non è. Una variazione significativa della BMD, superiore al potenziale margine di errore del test, può essere messa in evidenza solo dopo, almeno, 5 anni di trattamento. In altre parole, sottolinea l'editoriale, anche se quasi tutte le donne beneficiano di un guadagno della BMD grazie al trattamento, la grande variabilità del test nasconde in qualche maniera la risposta reale nel singolo individuo. Un'altra considerazione fatta propria



dall'editoriale è questa: solo una piccola parte della riduzione delle fratture associata al trattamento si può spiegare con i cambiamenti della BMD: solo il 16% (per l'alendronato) e solo il 4% (per il raloxifene) della riduzione delle fratture evidenziate negli studi può essere attribuita all'aumento della BMD. Ancora: con il risidronato la riduzione delle fratture era simile sia nelle donne trattate che avevano avuto un aumento della BMD sia in quelle trattate che avevano avuto una diminuzione della BMD. Un altro paradosso è questo: nello studio MORE (veniva usato il raloxifene) le donne trattate che avevano una riduzione del 4% della BMD mostravano una diminuzione delle fratture rispetto alle donne del gruppo placebo che avevano un aumento del 4% della BMD. Questo potrebbe dipendere da un'importante variazione nella misurazione della BMD oppure da una mancanza di correlazione tra l'effetto antifratturativo dei farmaci e i cambiamenti densitometrici. L'editoriale termina affermando che i veri non responders ai trattamenti antiosteoporotici sono probabilmente rari, se mai esistono, e in molti casi si tratta di cattiva compliance. Come si vede, l'editoriale mette sul tappeto alcune questioni interessanti e contesta le raccomandazioni delle linee guida. In effetti se il monitoraggio della BMD non è utile per verificare l'efficacia antifratturativa del

trattamento, la sua esecuzione comporta da una parte lo spreco di risorse economiche e dall'altra può far correre il rischio di prendere decisioni affrettate (come per esempio il cambiamento di una terapia efficace) sulla base di dati non affidabili. Peraltro questi concetti non sono nuovi. Già nel 2000 Cummings aveva messo in discussione la praticità del monitoraggio [2] e aveva evidenziato un curioso fenomeno definito "regressione verso la media". Secondo questo fenomeno un paziente che risponde in maniera non usuale ad una terapia probabilmente avrà una risposta tipica se il trattamento viene continuato senza cambiamenti. Per dimostrare questo fenomeno Cummings aveva valutato se le donne, che durante il primo anno di trattamento continuano a perdere densità minerale ossea, continuano a perderne se la terapia viene protratta oltre l'anno. A tal fine aveva esaminato i dati dello studio FIT e dello studio MORE ed aveva notato che le donne che durante i primi 12 mesi di terapia mostravano la maggior perdita di massa ossea erano anche quelle che avevano più probabilità di guadagnare massa ossea nei periodi successivi. Così l'83% delle donne che aveva nel primo anno una perdita di BMD di più del 4% mostrava, nel secondo anno, un aumento del 4,7%.

Al contrario quelle che nel primo anno guadagnavano almeno l'8% di BMD, nel secondo anno andavano incontro ad una perdita media dell'1%. Cosa ci porta a concludere tutto questo? Che è poco utile controllare la BMD nelle donne in trattamento per osteoporosi, perlomeno nei primi anni di terapia e, soprattutto, che può essere fuorviante sostituire il farmaco in uso sulla base di un parametro strumentale. Tra l'altro va ricordato che è incerto se soggetti realmente non responders ad una terapia antiosteoporotica possano trarre giovamento da un farmaco alternativo di seconda linea in termini clinicamente importanti come la riduzione delle fratture. Infatti una revisione sistematica ha dimostrato che esistono buone evidenze di efficacia per vari farmaci usati nella prevenzione delle fratture osteoporotiche, ma i dati sono insufficienti per determinare l'efficacia o la sicurezza relativa di questi trattamenti per mancanza di confronti diretti [3,4].

Referenze

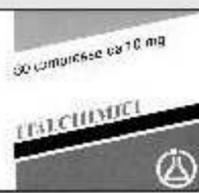
1. BMJ 2009 Jun 27;338:b1276
2. JAMA 2000 Mar 8;283:1318-1321
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=3703>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=3742>





ITALCHIMICI S.p.A.

Da 1957 al servizio della Classe Medica e del progresso Scientifico e Terapeutico

ANCORA UN PROMEMORIA SULLE AUTOCERTIFICAZIONI: UTILI, MA POCO CONOSCIUTE

L'Autocertificazione è stata introdotta con il D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, entrato in vigore il 7 marzo 2001. Poiché alcuni colleghi ci hanno segnalato alcune difformità nell'applicazione della norma, riteniamo utile riassumere i criteri stabiliti dalla normativa attuale.

I certificati che possono essere sostituiti da una dichiarazione in carta semplice e senza necessità dell'autenticazione della firma sono:



- data e luogo di nascita
- residenza
- cittadinanza
- godimento dei diritti civili e politici
- stato di coniugato, vedovo o stato libero
- stato di famiglia
- esistenza in vita
- nascita del figlio
- decesso del coniuge, dell'ascendente o discendente
- iscrizione in albi o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni
- appartenenza a ordini professionali
- titolo di studio, esami sostenuti
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica
- situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali
- assolvimento di specifici obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto
- possesso e numero del codice fiscale, della partita IVA e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria
- stato di disoccupazione
- qualità di pensionato e categoria di

- pensione
- qualità di studente
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo
- tutte le situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio
- non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- qualità di vivente a carico
- tutti i dati a diretta conoscenza dell'interessato contenuti nei registri dello stato civile
- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

Non devono pertanto essere più richiesti i suindicati certificati dagli organi della pubblica amministrazione nonché dai gestori di pubblici servizi, e dai privati che vi consentono. Fatte salve le eccezioni previste per legge, tutti gli stati, qualità personali o fatti, non compresi nel precedente elenco, sono comprovati dall'interessato, a titolo definitivo, mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

L'autenticazione della sottoscrizione, di qualsiasi istanza o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, s'intende soddisfatta, attraverso la sottoscrizione in presenza del dipendente addetto, o mediante la procedura semplificata, con invio delle medesime, unitamente alla fotocopia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore.

È necessario procedere all'autenticazione della firma, da parte del notaio, cancelliere, segretario

comunale, dipendente addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco, se l'istanza o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è presentata a privati ovvero se i predetti atti sono presentati agli organi della pubblica amministrazione ed ai gestori di servizi pubblici al fine della riscossione da parte di terzi di benefici economici.

La mancata accettazione dell'autocertificazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio.

Non sono sostituibili con l'autocertificazione i sottoelencati documenti:

- certificati medici, sanitari, veterinari
- certificati di origine e conformità alle norme comunitarie
- brevetti e marchi

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che il dichiarante rende nel proprio interesse, può riguardare anche stati, qualità personali o fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.

Tale dichiarazione può riguardare anche il fatto che la copia di una pubblicazione, un titolo di studio o di servizio, un documento fiscale che deve essere obbligatoriamente conservato, un atto o documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, è conforme all'originale.

Sono acquisiti d'ufficio gli estratti degli atti di stato civile e i certificati anagrafici necessari per la celebrazione del matrimonio.

Sono sempre acquisiti d'ufficio dalle amministrazioni pubbliche e dai gestori di pubblici servizi i certificati relativi a stati, qualità o fatti personali che possono essere autocertificati mediante una dichiarazione sostitutiva di certificazione, ovvero previa indicazione da parte dell'interessato, dell'amministrazione competente e degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei

dati richiesti.

Le amministrazioni sono tenute a procedere ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai cittadini.

Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, fermo restando l'applicazione delle sanzioni penali previste.

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al

pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

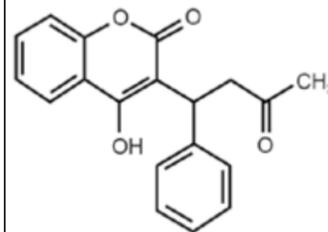
Tale procedura semplificata è esclusa in materia di dichiarazioni fiscali.

L'autocertificazione è consentita anche ai cittadini comunitari, relativamente ai cittadini extracomunitari è ammessa nei confronti di coloro che sono autorizzati a soggiornare in Italia.

Tali dichiarazioni possono essere utilizzate limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti attestabili o certificabili da soggetti pubblici.

I certificati medici e sanitari richiesti dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica di attività sportive da parte dei propri alunni sono sostituiti con un unico certificato di idoneità rilasciato dal medico di base valido per l'intero anno scolastico

Cotrimossazolo e warfarin (insieme) aumentano il rischio di eventi emorragici



Molecola di Warfarin

Emorragie durante terapia con warfarin associata a terapia antibiotica

Tra i pazienti anziani che assumono warfarin, il cotrimossazolo è associato ad un aumento significativo del rischio di emorragia del tratto gastrointestinale superiore, rispetto ad altri antibiotici comunemente usati.

Alcuni farmaci antibiotici, incluso il cotrimossazolo, inibiscono il metabolismo del warfarin sodico (o attraverso la distruzione della flora intestinale con conseguente riduzione della sintesi di vitamina K, o attraverso la inibizione dell'isoenzima 2C9 del citocromo P450, che è responsabile del metabolismo dell'S-enantiomero del warfarin, più biologicamente attivo) e possono aumentare il rischio di emorragia.

In questo studio basato su popolazione, caso-controllo, gli autori hanno esaminato il rischio di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore (UGI) in pazienti anziani che ricevevano warfarin in combinazione con antibiotici comunemente usati per infezioni del tratto urinario, con particolare attenzione al cotrimossazolo. Utilizzando l'health care database di Ontario, Canada, hanno identificato tra il 1 Aprile 1997, e il 31 Marzo 2007 i residenti di 66 anni o più che erano trattati in maniera continuativa con warfarin; hanno isolato i casi ospedalizzati per emorragie del tratto gastrointestinale superiore, per ogni caso hanno scelto più di 10 soggetti controllo. Quindi, hanno calcolato le odds ratio aggiustate (aOR) per esposizione a cotrimossazolo nei 14 giorni precedenti l'emorragia dell'UGI. Hanno verificato anche l'esposizione ad altri antibiotici, quali amoxicillina, ampicillina, ciprofloxacina, nitrofurantoina, e norfloxacina, ipotizzando che questi farmaci fossero associati meno frequentemente ad emorragia in pazienti in terapia con warfarin, perché essi non inibiscono il metabolismo dell'S-enantiomero del warfarin.

Risultati: Sono stati identificati 134.637 pazienti che assumevano warfarin, dei quali 2.151 casi erano stati ospedalizzati per emorragia dell'UGI, I casi avevano probabilità

almeno 4 volte superiori dei controlli di aver ricevuto recentemente cotrimossazolo (aOR, 3.84; 95% intervallo di confidenza [IC], 2.33-6.33) e probabilità 2 volte superiori di aver ricevuto trattamento con ciprofloxacina (aOR, 1.94; 95% IC, 1.28-2.95), mentre non vi erano associazioni significative con amoxicillina o con ampicillina (1.37; 0.92-2.05), con nitrofurantoina (1.40; 0.71-2.75), o con norfloxacina (0.38; 0.12-1.26). Rispetto ad amoxicillina o ampicillina, la prescrizione di cotrimossazolo era associata ad un rischio aumentato di almeno 3 volte (ratio of ORs, 2.80; 95% IC, 1.48-5.32).

Gli autori concludono che tra pazienti anziani che assumono warfarin, il cotrimossazolo è associato ad un aumento significativo del rischio di emorragia del tratto gastrointestinale superiore, rispetto ad altri antibiotici comunemente usati. Laddove possibile, i medici dovrebbero prescrivere antibiotici alternativi in pazienti che assumono warfarin.

Limitazioni dello studio ammesse dagli autori sono:

L'analisi è confinata a pazienti anziani e non si hanno misure dirette dello stato coagulativo; sebbene aggiustato per molti potenziali confondenti, non si è potuto aggiustare per altri potenziali confondenti, quali l'uso di farmaci non prescritti, di cibi e di supplementi di erbe. Non si hanno indicazioni circa le indicazioni degli antibiotici prescritti.

Fonte:

Fisher HD et al. Hemorrhage During Warfarin Therapy Associated With Cotrimoxazole and Other Urinary Tract Anti-infective Agents. A Population-Based Study. Arch Intern Med. 2010;170:617-621

Commento di Patrizia Iaccarino

Pur se nota da tempo, e da noi già segnalata.

(<http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/documenti/warfarinefarmaci.pdf>), la possibilità di interazione di molti antibiotici con il warfarin, si assiste ancora alla evenienza di emorragie del tratto gastroenterico superiore causate da interazioni farmacologiche (come questo studio osservazionale sottolinea). Ovviamente, per la comorbilità di patologie infettive in pazienti in trattamento anticoagulante, spesso è necessario intervenire con terapie antibiotiche. Questo lavoro suggerisce la necessità di un ulteriore monitoraggio clinico "distratti" a porre attenzione alla scelta dell'antibiotico da utilizzare.

Attuabile la prevenzione farmacologica del diabete?

In pazienti con ridotta tolleranza al glucosio e patologia cardiovascolare o fattori di rischio cardiovascolari nateglinide e valsartan non riducono le complicanze cardiovascolari; valsartan riduce del 14% il rischio di evoluzione verso il diabete.

Il New England Journal of Medicine pubblica contemporaneamente i risultati dei due studi NAVIGATOR in cui è stata esplorata la possibilità di prevenzione farmacologica del diabete. Nel primo studio [1] sono stati arruolati 9.306 soggetti che avevano una ridotta tolleranza al glucosio ed una patologia cardiovascolare oppure dei fattori di rischio cardiovascolari. Dopo randomizzazione i partecipanti sono stati trattati con placebo oppure con nateglinide (fino a 60 mg per tre volte al giorno). Il disegno dello studio era di tipo fattoriale 2x2 per cui veniva anche somministrato valsartan oppure placebo, in aggiunta ad un programma di modificazioni dello stile di vita. Il follow up è stato in media di 5 anni. Gli endpoint primari erano: lo sviluppo di diabete, eventi cardiovascolari definiti endpoint "core" (composti da morte da cause cardiovascolari, infarto ed ictus non fatali, ricoveri per scompenso cardiaco), infine un endpoint definito "esteso" composto da ogni singolo evento cardiovascolare precedente, ricoveri per angina instabile ed interventi di rivascolarizzazione arteriosa.

La nateglinide non è riuscita a ridurre l'incidenza di diabete rispetto al placebo (36% vs 34% rispettivamente; HR 1,07; IC95% 1,00-1,15), l'endpoint cosiddetto "core" (7,9% vs 8,3%; HR 0,94; IC95% 0,82-1,09) e l'endpoint

"esteso" (14,2% vs 15,2%; HR 0,93; IC95% 0,83-1,03).

Per contro nel gruppo nateglinide è aumentato il rischio di ipoglicemia. Nel secondo studio [2] il confronto è stato tra valsartan (fino a 160 mg/die) e placebo. Il follow up e gli endpoint valutati erano quelli precedentemente esposti.

L'incidenza cumulativa di diabete fu del 33,1% nel gruppo valsartan e del 36,8% nel gruppo placebo (HR 0,86; 0,80-0,92). La riduzione, in termini relativi, è del 14%. Il trattamento non ha portato ad una riduzione dell'endpoint core (8,1% vs 8,1%; HR 0,99; IC95% 0,86-1,14) e dell'endpoint esteso (14,5% vs 14,8%; HR 0,96; 0,86-1,07).

Fonte:

1. Effect of Nateglinide on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events. The NAVIGATOR Study Group. N Engl J Med 2010 Apr 22; 362: 1463-1476
2. Effect of Valsartan on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events. The NAVIGATOR Study Group. N Engl J Med 2010 Apr 22; 362:1477-1490.

Commento di Renato Rossi

Come ricorda un editoriale di commento [1] numerosi studi hanno dimostrato che nei soggetti a rischio evolutivo verso il diabete è possibile ritardare o prevenire questa evoluzione sia con l'uso di farmaci (metformina, acarbiosio, rosiglitazone) che con i cambiamenti sullo stile di vita. Questi ultimi sono sicuramente i più efficaci e dovrebbero essere la scelta di prima



linea. Purtroppo sono difficili da mettere in atto nel mondo reale. Tuttavia questa dovrebbe essere la strada

maestra. Anche gli studi NAVIGATOR confermano che i farmaci o non riescono ad impedire che si sviluppi un vero diabete oppure hanno un'efficacia limitata: bisogna trattare per 5 anni con valsartan 27 pazienti a rischio per evitare un caso di diabete.

Il risultato principale degli studi NAVIGATOR ci pare però questo: i farmaci testati non sono riusciti a ridurre la comparsa delle complicanze cardiovascolari. L'editoriale citato [1] conclude che la prevenzione del diabete dovrebbe basarsi essenzialmente sulle modificazioni dello stile di vita e, al massimo, in soggetti selezionati, sulla metformina. Si tratta di un concetto che abbiamo già espresso in pillole precedenti, alle quali rimandiamo [2,3,4,5]

Referenze

1.Nathan DM. Navigating the Choices for Diabetes Prevention. N Engl J Med 2010 Apr 22; 363:1533-1535
2.<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2729>
3.<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2785>
4.<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2872>
5.<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4847>

Terapie complementari e alternative: l'aglio

Gardner CD, Lawson LD, Block E, et al. Effect of raw garlic vs commercial garlic supplements on plasma lipid concentrations in adults with moderate hypercholesterolemia. Arch Intern Med 2007;167:346-353.



Gli studi sull'aglio (Allium Sativum) per i suoi effetti ipolipidici sono molto contrastanti. Il meccanismo attraverso il quale l'aglio abbassa il colesterolo è abbastanza sconosciuto, ma si è ipotizzato coinvolgere la ridotta ossidazione delle LDL e la inibizione della sintesi del colesterolo. L'obiettivo di questo studio-parallelo era di paragonare gli effetti dell'aglio crudo e di 2 supplementi commerciali a base di aglio di formulazioni varie sulle concentrazioni di lipidi plasmatici in 192 adulti con dislipidemia dopo 6 mesi di trattamento.

La misura dell'esito primario erano le concentrazioni di LDL. I partecipanti sono stati arruolati se le loro concentrazioni di LDL erano tra 130-

190 mg/dL, i livelli dei loro trigliceridi inferiori a 250 mg/dL, e se il loro BMI era tra 19 e 30. I bracci dello studio comprendevano il placebo (4 o 6 tavolette), l'aglio crudo, (4 grammi miscelati e serviti in sandwich), 4 tavolette di aglio in polvere (Garlicin, Nature's Way: due volte la dose raccomandata) e 6 tavolette di aglio stagionato in polvere (Kyolic-100 Wakunaga of America Co: 1-1/2-3 volte la dose raccomandata). Le formulazioni di aglio crudo e di Garlicin avevano un contenuto di aglio secco lievemente inferiore rispetto al Kyolic.

Le dosi consumate di Garlicin erano considerevolmente più elevate di quelle usate in precedenti trial clinici. Tutti i partecipanti hanno ricevuto gli identici sandwich, e per il gusto caratteristicamente forte dell'aglio, il gruppo randomizzato ad aglio crudo non era blinato. Dopo 2 settimane di sandwich placebo, i partecipanti sono stati randomizzati per 26 settimane di trattamento. Le concentrazioni lipidiche sono state misurate all'inizio, prima della randomizzazione, e poi mensilmente per 5 mesi, e alla fine della fase di trattamento. A tutti i pazienti è stata data la stessa dieta controllata.

Dopo 26 settimane di trattamento, non vi erano

differenze significative in nessuna delle concentrazioni lipidiche nel gruppo trattamento. Le concentrazioni di LDL non si erano ridotte significativamente rispetto a quelle basali in nessun braccio di trattamento (Valore di p 0.54). Non sono state rilevate differenze tra gruppi di attività fisica, peso o introito dietetico di acidi grassi saturi, fibre o calorie. L'aderenza alle tavolette era stata del 91-94% nei bracci trattamento e del 96-97% ai sandwich.

Questo lavoro, ben condotto, è stato tarato per rilevare modeste differenze delle concentrazioni di LDL, che non sono state trovate. Inoltre, sono state usate dosi più elevate di quelle raccomandate per due prodotti commerciali. Probabilmente i risultati discordanti di studi precedenti sono dovuti ai differenti disegni di studio.

Sobenin IA, Andrianova IV, Demidova ON, Gorchakova TV, Orekhov AN. Lipid-lowering effects of time-released garlic powder tablets in double-blinded placebo-controlled randomized study. J Atheroscler Thromb 2008;15:334-338.

La proposta di questo studio era di valutare gli effetti di una nuova

formulazione di polvere di aglio a rilascio prolungato in uomini iperlipidemicici. Questo trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo, ha incluso 42 uomini di età 35-70 con colesterolo totale tra 224-270 mg/dL, LDL 135-178 mg/dL, e HDL 25-75 mg/dL. Prima della randomizzazione, i partecipanti sono stati sottoposti a 4 settimane di trattamento con dieta ipolipidica, seguite da una fase di 4-settimane di dieta ipolipidica in aggiunta al placebo (una tavoletta due volte al dì). Successivamente sono stati randomizzati a tavolette di polvere d'aglio a rilascio prolungato (Allicor) 600 mg due volte al dì o placebo per 12 settimane.

Entrambi i tipi di tavolette sono stati confezionati in modo da avere la stessa forma, lo stesso gusto e lo stesso odore. La randomizzazione è stata stratificata per età, colesterolo totale ed LDL, valori di glicemia, pressione sistolica e diastolica, storia di fumo e storia familiare, BMI, consumo di alcool, e storia cardiovascolare. I livelli di lipidi sono stati misurati all'inizio, dopo 4 settimane di dieta, alla randomizzazione, e dopo 4, 8, e 12 settimane di studio. Dopo 8 settimane di fase run, la media dei valori di LDL si era mediamente ridotta (P=NS).

Dopo 12 settimane di trattamento,

l'aglio aveva ridotto significativamente i valori di LDL rispetto a placebo (169 ± 8 mg/dL vs 196 ± 6 mg/dL, p<0.05). Le concentrazioni di HDL si erano ridotte significativamente nel gruppo aglio rispetto al valore basale, ma non rispetto a placebo. I valori di colesterolo totale si erano ridotti del 7.6 ± 2.4% nel gruppo aglio rispetto al momento della randomizzazione (95% IC 2.7-12.5, p=0.004), ed erano dell'11.5% più bassi rispetto al gruppo placebo (p=0.003) alla fine dello studio. L'uso di un supplemento di aglio a lunga durata di azione in questo studio è notevole, considerati i noti problemi di assorbimento con Allium Sativum, l'ingrediente attivo dell'aglio. Come in precedenti studi con supplementi di aglio, non è noto se questi effetti ipolipidici rimarrebbero tali dopo trattamenti a lungo termine. Soprattutto, le discrepanze esistenti tra gli studi sull'aglio si potrebbero spiegare con la inconsistenza dei dosaggi, le varie preparazioni di aglio con farmacocinetiche imprevedibili, e le differenti popolazioni in studio.

A cura di Patrizia Iaccarino

Referenze

Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part I

Sheryl L. Chow et al.

L'angolo del Legale- I quesiti dei colleghi

Quesito: un mio collega di medicina generale mi ha confidato di essere preoccupato per la morte di un suo paziente, causata da una grave patologia tardivamente diagnosticata, in quanto, se, a seguito della visita effettuata molti mesi prima del decesso, gli avesse prescritto degli approfonditi esami specialistici, sarebbe stato possibile, grazie alla diagnosi precoce, intervenire tempestivamente con una terapia che, anche se non avrebbe potuto garantire la completa guarigione del soggetto, gli avrebbe probabilmente consentito di vivere molto più a lungo. Potrebbe il mio collega essere chiamato a rispondere della morte del suo paziente per aver sottovalutato i sintomi riferitigli da quest'ultimo?

Risponde il Dott. Alessio Pastorelli

Gentile lettore, proprio sul tema della responsabilità per colpa professionale medica nell'ipotesi di errore diagnostico, si è recentemente pronunciata la Corte di Cassazione, IV Sezione Penale, con la sentenza 16 marzo 2010, n. 10452.

A proporre il ricorso alla Suprema Corte era stato il difensore di una dottoressa milanese, condannata in primo grado alla pena di mesi sei di reclusione (sostituiti con la libertà vigilata) ed al risarcimento del danno, da liquidarsi in separato giudizio civile, nei confronti della costituita parte civile (peraltro con la previsione di una provvisoria immediatamente esecutiva di Euro 70.000,00), con sentenza confermata dalla Corte di Appello, la quale aveva disposto la sostituzione della libertà vigilata con la pena pecuniaria della multa di Euro 6.840,00.

Ebbene, all'imputata era stato contestato il delitto di omicidio colposo, previsto dall'art. 589 c.p., per aver cagionato la morte di una sua paziente, appunto perché, «nella qualità di specialista in medicina generale e da anni medico curante della vittima, [...] a fronte di dolori addominali, gonfiore al fegato e scariche di feci» da tempo lamentati, «non aveva disposto alcun idoneo accertamento diagnostico, pur in presenza della predetta sintomatologia e di riferimenti anamnestico-familiari tumorali, prescrivendo solamente una dieta, dopo avere effettuato un'esplorazione rettale con esito

negativo».

Dunque, sempre secondo la ricostruzione dei fatti contenuta nella sentenza in questione, «a seguito di ciò si era maturato un ritardo nell'accertamento della patologia tumorale» della vittima, diagnosticata solo dopo un considerevole lasso di tempo «da uno specialista gastroenterologo a cui la paziente si era rivolta», e «tale ritardo aveva reso possibile il determinarsi dell'evento morte ed in ogni caso una sensibile accelerazione della progressione della malattia che aveva anticipato il decesso».

Ora, la Corte di Cassazione, pur annullando la sentenza impugnata, emessa dalla Corte di Appello di Milano, per sopravvenuta prescrizione del reato, ha dichiarato infondato il ricorso proposto dal difensore della dottoressa, ritenendo che la motivazione della decisione di secondo grado non palesasse una «manifesta illogicità» relativamente, in particolare, «al profilo dell'affermazione della penale responsabilità dell'imputata».

Infatti, la Suprema Corte ha evidenziato come, nella fattispecie, i giudici di appello, «richiamando gli esiti della istruttoria dibattimentale e della perizia», avessero rilevato che «una diagnosi tempestiva (all'epoca della visita [...]), cioè un anno prima della diagnosi del tumore effettuata da altro sanitario, tenuto conto dello stato di sviluppo minore della malattia, avrebbe con alto grado di probabilità statistica e logica quantomeno ritardato di anni il decesso».

Pertanto, la Corte di Cassazione ha sottolineato come i giudici di appello avessero ritenuto che «l'errore iniziale diagnostico» avesse causato «un conseguente errore terapeutico e, quindi, la impossibilità di procedere ad un tempestivo intervento chirurgico che avrebbe evitato l'evento, o quantomeno avrebbe prolungato sensibilmente la sopravvivenza della paziente», facendo presente che «sul punto il giudice di merito» aveva rinviato alla «nota giurisprudenza elaborata in tema di nesso causale, laddove è stato affermato che «nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è

configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di percorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva».

Per comprendere meglio quest'ultimo passaggio della sentenza della Suprema Corte, è opportuno precisare che si definiscono «reati omissivi» quegli illeciti penali tramite la previsione dei quali il Legislatore incrimina condotte rappresentate da omissioni e che, nell'ambito di tale categoria, si distingue tra reati omissivi «propri» ed «impropri», a seconda che l'illecito penale consista nel semplice mancato compimento di un'azione imposta da una norma (es. omissione di soccorso, omessa denuncia di reato, ecc.), a prescindere dalla verifica di un evento come conseguenza della stessa condotta omissiva, ovvero che l'omissione sia punita in quanto abbia determinato un evento lesivo che il reo aveva l'obbligo giuridico di impedire.

Dunque, nel caso di specie, è stato ritenuto dai giudici di merito, sulla base di argomentazioni non censurate in sede di legittimità, che l'imputata fosse responsabile del decesso della sua paziente, in quanto tale evento mortale doveva considerarsi causalmente riconducibile alla condotta omissiva della stessa dottoressa, la quale, se avesse prescritto alla vittima gli opportuni esami diagnostici, le avrebbe, con elevata probabilità logica, consentito, quantomeno, di vivere molto più a lungo.

La Corte di Cassazione, inoltre, non ha riscontrato né «carenze» né «illogicità» della motivazione della sentenza impugnata anche per quel che attiene alla ricorrenza della colpa e, in particolare, alle considerazioni dei giudici di appello secondo le quali, «a fronte della possibilità di diagnosticare la malattia» fin da un anno prima della diagnosi dello specialista gastroenterologo, «la condotta omissiva» dell'imputata, «peraltro protratta nel tempo tanto da accompagnare la prescrizione del clisma opaco [...], con la diagnosi di

«tenesmo rettale, alterazione dell'alvo», senza alcun sospetto oncologico, costituiva una grave negligenza medica, idonea a configurare l'elemento soggettivo del delitto contestato», ossia la colpa. In conclusione, quindi, l'omessa tempestiva diagnosi di una patologia, successivamente evolutasi con conseguenze letali, in presenza dei

presupposti di cui sopra, può comportare, per il medico che non abbia disposto gli opportuni accertamenti diagnostici, l'imputazione di omicidio colposo, con il conseguente rischio di una condanna penale.

A.M.I.	
ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA	
00185 ROMA - VIA MERULANA 272 Tel. 06/4746344 - 06/4871092 (fax) E-mail SIAMEG@tin.it	
Il sottoscritto Dr. Nato a	
Prov., il/...../....., residente..... Prov.	
Via N: CAP tel.	
con studio in Via N: CAP	
tel. cell. E-mail.....	
ASL di appartenenza.....; Codice Fiscale.....	
Operante nell' seguente settore/i:	
1. Medico Medicina Generale n° Reg.	10. Emergenza-118- Cod.Reg.N°:.....
2. Specialista Ambulatoriale	11. Continuità Assistenziale- Sostituto
3. Medico Dipendente	12. Medicina dei Servizi - Sostituto
4. Ospedaliero	13. Specializzando
5. INPS	14. Non Inserito e/o Abilitato dopo il 31/12/94
6. Libero Professionista	15. Pensionato
7. Universitario	
8. Continuità Assistenziale Titolare- Cod.Reg. N°:	
9. Medicina dei Servizi - Titolare Cod.Reg. N°.....	
CHIEDE	
di essere iscritto all' ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA;	
a tal fine versa tramite c/c postale n. 66584004 intestato a: ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - A.M.I. - Tesoreria Nazionale, o tramite C/C bancario n° 16004 intestato ad A.M.I. Associazione Medica Italiana, presso BNL Ag. 19 Via Santa Prisca ,28 ABI 01005 CAB 03219, la quota di iscrizione, e:	
SOCIO ORDINARIO: Settori dal n° 1 al 10 € 100,00 annue Settori dal n° 11 al 15 € 60,00 annue SOCIO SOSTENTITORE: tutti i settori € 200,00	
DICHIARA che l'iscrizione <input type="checkbox"/> ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata, salvo comunicazione scritta di revoca.	
DATA.....	FIRMA.....
Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale: SI NO	
LEGGE 675/96: ai sensi della Legge 675/96, presto il mio consenso a che l'AMI utilizzi i miei dati personali.	
FIRMA.....	

Presidente:
Beniamino Baldacci

Segretario Generale:
Cristina Patrizi

Coordinatore:
Enrico Porru

S.I.A.M.E.G.

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298/1272
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it



S.I.A.M.E.G.
Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it
Corso di Aggiornamento per i Medici 2010



S.I.A.M.E.G.
Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it

FORUM per MEDICI, BIOLOGI e FARMACISTI

POLMONE & INFEZIONI

Ed. 0. : **Giovedì 1-15-29 Aprile 2010 (h.8.00-14.15)**
Ed. 1 : **Sabato 8-15-22 Maggio 2010 (h.8.00-14.15)**
Ospedale Aituto Materno (Aula Alibeggiani) Via Lancia di Brolo 11 - Palermo
Prof. ECM n. 5298/10008524 Crediti ECM in fase di valutazione

"Novità in tema di: Trattamento delle Patologie Vascolari"

dal 06 Marzo 2010 al 20 Marzo 2010 dalle ore 19.30 alle ore 22.30
- presso la Sala Conferenze S.I.A.M.E.G. Via Merulana 272 - Roma
Prof. ECM n. 5298/10015180 Crediti ECM: in fase di valutazione

Programma

Giovedì 06 Maggio
Ore 19.30 - 22.30

TRATTAMENTO CHIRURGICO MENO-INVASIVO DELLE VARICI E DELLE ARTERIOPATIE OSTRUTTIVE
Presentazione casi clinici
Discussione temi trattati
Relatore: **Prof. Maurizio Palombi**

Giovedì 13 Maggio
Ore 19.30 - 22.30

NOVITÀ DEL TRATTAMENTO DEGLI ANEURISMI DELL'AORTA
Presentazione casi clinici
Discussione temi trattati
Relatore: **Prof. Bruno Salvati**

Giovedì 20 Maggio
Ore 19.15 - 22.30

RUOLO DEL CHIRURGO VASCOLARE NEL WOUND CARE E POSSIBILITÀ DI COLLABORAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
Presentazione casi clinici
Discussione temi trattati
Test finale
Relatore: **Prof. Maurizio Palombi**

PRIMA GIORNATA
M. NOTO - Primario Emerito di Pediatria
Biopatologia delle infezioni polmonari - Casi clinici - Discussione
F. SCARLATA - Professore Aggregato di Malattie Infettive Università di Palermo
Le polmoniti - Discussione
M. NOTO - Primario Emerito di Pediatria - Palermo
La bronchiolite: gestione ambulatoriale e ospedalizzazione - Casi clinici - Discussione

SECONDA GIORNATA
A. ROMANO - UO Malattie Infettive Ospedale dei Bambini - Palermo
TBC: da infezione riemergente ad emergenza sanitaria
Casi clinici - Discussione
MLL. FURNARI - Centro Riferimento Fibrosi Cistica - Ospedale dei Bambini di Palermo
La fibrosi cistica e le pneumopatie correlate - Casi Clinici - Discussione
CASI CLINICI INDIMENTICABILI - Discussione interattiva

TERZA GIORNATA
C. MAMMINA - Professore Associato di Igiene - Università di Palermo
Virus influenzali e polmoniti: quale futuro? - Casi clinici - Discussione
G. VIANI - Responsabile Radiologia Aituto Materno - Palermo
Flogosi, atelectasia o neoformazione? Pillole di diagnosi in imaging - Casi clinici - Discussione
S. CARACAPPA - Direttore Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia
Carbonchio polmonare: dal bioterrorismo al focolaio zoonotico di Sciacca
- Casi clinici - Discussione
Test di valutazione dell'apprendimento

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Giov. 10⁰⁰-21⁰⁰
Tel: 06/4746344 fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it
La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti
Quota di iscrizione: € 90,00 + iva
Per gli iscritti AMI - SMI - SIAMEG: € 50,00 + iva

ISCRIZIONE (€ 50.00) - PER INFORMAZIONI :
DOTT. DOMENICO PUGLIESE
Tel. 091.6554061 - 320.8587222 - 328.3685937
ACCREDITAMENTO ECM IN CORSO (ai precedenti forum attribuiti da 9 a 12 crediti formativi)

Congresso Regionale SMI Lazio - I dettagli del Convegno sulla Responsabilità Professionale

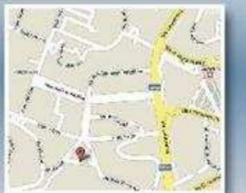
Relatori e Moderatori dell'Evento Scientifico Regionale

Baldacci Beniamino
Presidente SIAMEG
Calabrese Fazio
Dirigente Area Cardiovascolare Azienda Ospedaliera "S. Filippo Neri", Roma - Presidente ANMCO
Cristoforo Alfredo
Professore di Medicina Legale e delle Assicurazioni Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
D'Alfonso Salvatore
Capogruppo Medico di Pneumologia Ospedale C. Forlanini, Roma
De Falli Francesco
Medico di Assistenza primaria e di Contratti Assistenziali presso la ASL RM1, Docente di Patologia generale Università degli Studi di Roma La Sapienza
Falci Claudio
Rappresentante del Sindacato Medici Italiani presso il Comitato Aziendale della ASL RM1 (ex Interleg)
Figi - Talamanca Andrea
Vicesegretario regionale SMI Lazio
Fiori Angelo
Professore Emerito di Medicina Legale Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Professore di Anatomia umana Facoltà di Giurisprudenza dell'Università LUMSA e nella Facoltà di Medicina Campus Biomedico, Roma
Gianfranco Matthew Charles
Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Roma
Indelicato Gianfranco
Professore di Medicina Legale perinatale Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Marchetti Daniela
Professore di Medicina Legale Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Marchetti Marco
Professore di Medicina Legale e Ortopedia Università degli Studi del Molise, Campobasso
Marotta Paolo
Vicesegretario regionale SMI Lazio
Monte Compagnoni Claudio
Dirigente Medico ASL Roma B
Narducci Mari
Rappresentante regionale per la Contrattata Assistenziale SMI Lazio
Oliva Paolo
Professore Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma Direttore medico ASL RM1 B
Ondetti Gianpaolo
Segretario organizzativo regionale SMI Lazio
Patrizi Cristina
Segretario nazionale SIAMEG
Polizzi Gian Marco
Segretario regionale SMI Lazio
Rambelli Della
Professore di Medicina Legale Università Cattolica del Sacro e presso Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Sestini Luigi
Dirigente Medico Area Cardiologia Ospedale di Conegliano Veneto (TV)
Zampieri Daniele
Specialista in Medicina Legale e in Medicina Preventiva

Dove siamo

Villa EUR - Parco dei Pini

Dal Grande Raccordo Anulare l'uscita è la numero 26 direzione EUR centro. La struttura dispone di ampio parcheggio.
Dalla stazione Termini la metropolitana è la linea B, la fermata Laurentina.
In bus: Numeri 789, 714, 791



III Congresso Regionale

"Problemi pratici e orientamenti attuali in tema di Responsabilità Professionale per i Medici del Servizio Sanitario Nazionale"

Dall'atto medico alle aule giudiziarie: conoscere ed evitare i problemi di responsabilità professionale

ROMA - VILLA EUR, PARCO DEI PINI
29 MAGGIO 2010

Sindacato Medici Italiani
Lazio

Board Scientifico

- Dott. Beniamino Baldacci
- D.ssa Pina Onori
- D.ssa Cristina Patrizi
- Dott. Gian Marco Polizzi
- Dott. Daniele Zampieri

Evento formativo in base di accreditamento ECM n. 10010000

ECM

Razionale

Il Comitato scientifico, prendendo spunto dalla prassi quotidiana, ha voluto proporre alcuni argomenti utili alla gestione dell'aspetto medico legale della professione medica svolta nell'ambito del SSN, interessante sia l'area della dirigenza sia l'area della medicina convenzionata.

Il medico, rappresentando non soltanto l'operatore sanitario ma la prima linea della medicina a cui tutti i cittadini si rivolgono ha il dovere e la necessità di essere parte attiva nell'evoluzione di un modello sanitario efficiente, ma anche di essere pienamente consapevole delle responsabilità connesse alla propria professione e di poter utilizzare le proprie conoscenze a tal proposito. Anche per svincolarsi dalla cosiddetta "medicina difensiva" che tanto pesa sul costo globale dell'assistenza sanitaria.

In concomitanza con le tematiche medico-legali abbiamo ritenuto di dover creare anche uno spazio dedicato a focus di carattere più squisitamente formativo, interessanti l'area cardiovascolare e quella ortopedica, di carattere eminentemente pratico e per tale ragione con un numero limitato di partecipanti.

L'evento si concluderà con il Congresso regionale elettivo del nuovo Consiglio Direttivo regionale SMI Lazio.

Sono stati invitati al Congresso il Presidente della Regione Lazio On. Renata Polverini e l'On. Luciano Ciocchetti

AREA CONGRESSO - Sala Umanesimo

8.15 Registrazione dei partecipanti
8.30 Presentazione dell'evento (D.ssa Pina Onori)
8.45 Saluti del Segretario Generale SIAMEG (D.ssa Cristina Patrizi)
Saluti del Segretario Regionale SMI (Dott. Gian Marco Polizzi)
Saluti del Vicesegretario Nazionale SMI (Dott. Francesco Medici)
Bilancio di un anno di attività ed inizio lavori

09.00 - 11.30 Sessione I (plenaria)
Evoluzione legislativa e giurisprudenziale
Moderatori: Dott. Daniele Zampieri, Dott. Claudio Monto
Compagnoni, Prof. Alfredo Cristiani

Introduzione e generalità sull'evoluzione legislativa e giurisprudenziale della responsabilità medica in campo civile, penale e deontologico (Prof. Angelo Fiori)

Colpa, consenso e causalità: Medicina di équipe e il principio di affidamento (Prof. Gianfranco Iadecola)

Discussione (Dott. Daniele Zampieri, Dott. Claudio Monto Compagnoni, Prof. Alfredo Cristiani)

11.30 - 11.45 Coffee break

11.45 - 13.30 Sessione II (plenaria)
Servizio Sanitario Nazionale. Responsabilità medica e professionale
Moderatori: Prof. Angelo Fiori, Prof. Gianfranco Iadecola, Dott. Andrea Figli-Talamanca

Enti Ospedalieri e dipendenti del SSN: riflessi sulla responsabilità professionale. (Prof. Paolo Oliva)

La malattia psichica (Prof. Marco Marchetti)

Le risorse di Internet: utilità ma anche problemi (Prof. Paola Daniela Marchetti)

Discussione (Prof. Angelo Fiori, Prof. Gianfranco Iadecola, Dott. Andrea Figli-Talamanca)

13.30 - 14.30 Light lunch

14.30 - 15.30 Sessione III (plenaria)
Rischi e responsabilità professionale del medico
Moderatori: Dott. Daniele Zampieri, Dott. Paolo Marotta, Dott. Paolo Oliva

Il medico Convenzionato - Paradipendente: la deriva verso il Pubblico Ufficio (Dott. Daniele Zampieri)

Le assicurazioni obbligatorie e facoltative (Prof. Alfredo Cristiani)

Discussione (Dott. Claudio Felici, Dott. Paolo Marotta, Dott. Paolo Oliva)

15.30 - 16.00 Sessione IV (plenaria)
I nuovi problemi di responsabilità nella terapia farmacologica
Moderatori: Prof. Luca Della Ranfora, Dott. Eriano De Falli, D.ssa Mari Nannucci

Le malattie dell'apparato respiratorio (Dott. Salvatore D'Antonio)

Le malattie cardiovascolari e le stative: appropriatezza prescrittiva - Regione Lazio (Prof. Fulco Colivicchi - Presidente ANMCO Lazio)

Le malattie di interesse ortopedico (Dott. Matthew Charles Giordano)

Conseguenze lavorative ECM

Chiusura lavori e sintesi

18.00 Congresso elettivo SMI

Saluti del Presidente Nazionale D.ssa Floriana Riddelli
Saluti del Delegato della Segreteria Nazionale D.ssa Maria Paola Volponi

AREA DI SIMULAZIONE: Sessioni pratiche in parallelo

Sala GARDEN
14.30-15.30
Scoppio cardiaco a domicilio (Dott. Luigi Sciarra)

Sala MARCELLINO
14.30-16.30
Terapia infiltrativa e antinfiammatoria dei principali distretti articolari (Dott. Matthew Charles Giordano)

L'Aritmetica Creativa del ministro Brunetta

Le regioni stanziavano i fondi ma ai medici non arrivano. Chi paga la rivoluzione informatica?

Il Ministero, dopo l'incontro Brunetta-Milillo a Porta a Porta, e dopo le critiche (anche nostre) sulla "strana aritmetica" del ministro Brunetta, ha emanato questa nota.

"Ogni singola Regione per l'anno 2008 con proprio provvedimento ha destinato incentivi per l'adeguamento della dotazione informatica dei medici di medicina generale, tali da consentire il collegamento funzionale con la rete aziendale e regionale, per un importo medio annuo per



singolo medico (calcolato per difetto) di circa 4.684,00 euro. Complessivamente, se sommiamo i 930 euro per medico del punto 1 ai 4.684 euro del punto 2, raggiungiamo la cifra calcolata per difetto di euro 5.614 che, se rapportata alla media dei 1000 pazienti per medico, comporta una contribuzione di quasi 6,00 euro per medico per assistito"

Continua l'"aritmetica creativa" del Ministro: sorvolando sul fatto non secondario che gli annunciati 9 Euro/paziente sarebbero diventati meno di 6 con un taglio del 35%, va sottolineato invece come anche questi siano Euro puramente "virtuali". Infatti pur essendo stati stanziati nel 2008, i

medici non li hanno visti nemmeno di sfuggita; a parte forse qualche minuscola isola felice (che si nasconde magari per evitare invidia) le notizie che ci sono giunte dalle varie Regioni ci dicono che il contributo informatico è rimasto fermo a 77 euro mensili, dei tanti soldi teoricamente stanziati nel 2008, nemmeno l'ombra. Eppure il Ministro pretende tra breve l'attivazione di tutti i servizi previsti, e i medici dovranno acquistare attrezzature e organizzare i servizi burocratici (ad uso del ministero) a loro spese. Chissà se le Aziende di software e di attrezzature elettroniche accetteranno in pagamento, invece dei nostri soldi, i soldi "virtuali" promessi dal Ministro? Certo, per lo Stato è un escamotage eccezionale: pagare con soldi virtuali ottenendo in cambio servizi reali. Se Tremonti impara il sistema la

quadratura del bilancio statale è assicurata! Ultima chicca: Brunetta ha liquidato le critiche dello SMI definendolo sindacato "molto minoritario". Il Segretario Cali' ha fatto presente che lo SMI rappresenta il 12% dei sindacalizzati, come dire che anche la Lega Nord, in base a questi criteri, sarebbe "molto minoritaria". Il solito discorso della pagliuzza e della trave. Ma è solo polemica spicciola. Ma non sarebbe piuttosto il caso che il ministro deponesse un attimo la spada del crociato e si abbassasse a ragionare di cose concrete anche con altri che non siano i soliti noti, quelli abituati a dare sempre ragione indipendentemente da tutto? Magari con qualcuno che usa l'aritmetica classica, e non quella creativa? Per il bene di tutti...

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR

“TIME IS MUSCLE”

La mortalità per infarto miocardio acuto, in tutto il mondo, continua a registrare una progressiva diminuzione da quando si vanno sempre più estendendo i Centri di Cardiologia interventistica. Per salvare il miocardio dalla necrosi è assolutamente necessario che l'angioplastica rivascularizzante venga effettuata nelle primissime ore dall'infarto, meglio se entro un'ora e

mezza. L'assoluta urgenza di questo intervento è bene sintetizzata dal detto inglese “Time is muscle”: il tempo è muscolo. Tale necessità è stata bene espressa anche dal termine “door to door”: dalla porta di casa alla porta dell'ospedale non deve trascorrere più di un certo tempo, se possibile non oltre un'ora e mezza.

Ma ci si è poi accorti, all'atto pratico, che è ancora meglio ispirarsi a

A cura di Alessandro Ciammaichella un detto più recente, “**DOOR TO BALLON**”: dalla porta di casa all'applicazione del palloncino.

Il Medico di famiglia, per ottenere tutto questo – onde evitare di perdere tempo prezioso – deve sempre avere presente il Centro cardiologico attrezzato più vicino dove inviare l'infartuato acuto.

EZIOLOGIA DELL'IPERTENSIONE

E' assai multiforme. Forma essenziale, la più frequente. Da farmaci, specie Ciclosporine ed Eritropoietina. Renale vascolare: da ateromi e, nei giovani, da miofibromi congeniti. Renale parenchimatosa, compresa la Nefropatia gravidica (o gestosi) e il Tumore di Wilms o Nefroblastoma maligno, che colpisce i

correlata ad ipersecrezione di cortisone nel corticosurrene. Anche altre due forme di ipertensione hanno eziologia endocrina: l'Iperaldosteronismo primario, per ipercreazione di aldosterone nel corticosurrene, e il Feocromocitoma dovuto a iperproduzione di noradrenalina nella midollare surrenale. In questa ultima forma,

La **MALATTIA DI CUSHING** è dovuta a iperipituitarismo anteriore per secrezione ipofisaria di **ACTH**, mentre la **Sindrome di Cushing** è questa ultima forma,

contrariamente a quanto è spesso riferito, le caratteristiche crisi ipertensive, patognomiche per la diagnosi, sono limitate a circa la metà dei casi: nell'altra metà l'ipertensione ha un decorso stabile.

Fra i tossici, sta acquistando importanza sempre maggiore – specie tra i giovani – la cocaina.

CRIPTORCHIDISMO

Il testicolo origina a livello del polo inferiore del rene primitivo e discende poi nello scroto in due fasi successive: la migrazione transaddominale (10 – 23° settimana di gravidanza) e quella transinguinale (24 – 34° settimana), controllate da geni e ormoni. La gonade criptorchide è localizzata lungo l'usuale via di discesa, oppure può essere in posizione ectopica: femorale, pubica, crurale, perineale. Il criptorchidismo acquisito è stato di recente individuato: bambini con testicoli normalmente scesi alla nascita, sviluppano poi una ritenzione testicolare nel periodo prepubere. Il criptorchidismo congenito aumenta il rischio di ipo-infertilità e di neoplasia gonadica (è questa l'unica anomalia congenita gravata dal rischio tumorale), quello acquisito predispone solo all'ipofertilità.

La causa di questa infezione è sconosciuta nella grande maggioranza dei casi. Possono talora operare fattori ambientali: basso peso alla nascita, insufficienza placentare, sostanze chimiche quali gli ftalati, fumo dei genitori.

Se il testicolo non è palpabile si

quest'ultima ha il vantaggio di consentire l'eventuale correzione. Nel criptorchidismo bilaterale con testicoli non palpabili si deve escludere l'Anorchia congenita: utile in merito è la determinazione degli **ORMONI PROTEICI** prodotti dal testicolo, quali la Inibina B e l'Ormone antimulleriano.

Nelle forme congenite l'orchidopessi è il trattamento di scelta che deve essere precoce (tra i 6 e i 12 mesi) per migliorare la fertilità. Nelle forme acquisite la cura è solo chirurgica. La terapia ormonale si avvale della gonadotropina e della gonadorelina, da sole o associate.



STRESS OSSIDATIVO NELLA STEATO EPATITE E NELLA PANCREATITE

Tra i numerosi danni prodotti dallo stress ossidativo figurano l'**INSULINO-RESISTENZA** che amplifica lo stress stesso favorendo l'ossidazione degli acidi grassi dei mitocondri e dei

microsomi, e la sintesi di **CITOCCHINE**, che a loro volta inducono la formazione delle “reactive Oxygen Species” (**ROS**).

In particolare i **ROS** si formano per

ossidazione dell'alcool nella Steatoepatite alcolica e degli acidi grassi in quella non alcolica. Queste due patologie rappresentano il 30% di tutte le affezioni epatiche a carattere steatoinfiammatorio cronico, tendenti alla fibrosi.

DEFIBRILLATORE AUTOMATICO IMPIANTABILE

Questo nuovo strumento si inquadra nella prevenzione della **MORTE IMPROVVISA** che ogni anno, in Europa, colpisce oltre 450 mila pazienti. Tra le cause più frequenti dell'aritmia fatale figurano l'infarto miocardio e la Sindrome di Brugada (o Displasia aritmica del ventricolo destro). Il defibrillatore può intervenire anche nelle bradicardie accentuate, per alzare la frequenza cardiaca a valori accettabili, con una funzione analoga a quella di un normale pace-maker.

Il trattamento non è doloroso: il paziente avverte soltanto un fugace fastidio in caso di eventuale shock elettrico necessario per interrompere l'aritmia maligna.

DABIGRATAN PREFERIBILE AL WARFARIN

Si tratta di un nuovo farmaco anticoagulante, inibitore diretto della trombina, utile non solo nel prevenire le embolie sistemiche del 34% ed il rischio trombotico maggiore nella chirurgia ortopedica maggiore ma anche, in pazienti con fibrillanti, per prevenire le embolie sistemiche e l'ictus in particolare.

In uno studio condotto su oltre 18.000 pazienti in 951 Centri di Cardiologia di 44 nazioni – rispetto alla warfarin – ha ridotto il rischio di ictus e di emorragico del 74%. Ha poi il grande vantaggio di **NON RICHIEDERE** il periodico monitoraggio dell'**INR**, che ne preclude un corretto uso in parecchi

STENT MEDICATI NOCIVI?

L'angioplastica con relativo stent è un atto chirurgico con rischio dello 0,5%.

Complicanza non rara è la restenosi che va distinta in: a) restenosi propriamente detta: trombotosi con riduzione del lume

cardiologica è stato lanciato un allarme: gli stent così trattati potrebbero aumentare la mortalità postoperatoria. Successivi studi però non hanno confermato

particolari sostanze antiaggreganti. I vantaggi maggiori si sono ottenuti con il “**SIROLIMUS**”, un lattone che inibisce le citochine infiammatorie e la proliferazione cellulare.

Ma in una recente assise cardiologica è stato lanciato un allarme: gli stent così trattati potrebbero aumentare la mortalità postoperatoria. Successivi studi però non hanno confermato

MATERIALE VIRALE NEL NOSTRO DNA



Ricerche di ruolo di virus e retrovirus nell'evoluzione delle scimmie e dell'uomo. In particolare, quasi il 10% del nostro **DNA** proviene da alcuni virus, quali i Bornavirus e la sincitina, che possono facilmente penetrare nel **DNA**.

La **SINCITINA** è una proteina virale

presente nella placenta dell'uomo e delle scimmie, senza la quale la placenta stessa è piccola, deformata e non permette l'attecchimento dell'embrione.

NOTIZIE LAMPO

ANGINA A CORONARIE INTEGRATE. Detta anche “Angina microcircolatoria”, è frequente nelle donne iperemotive e di età medio-avanzata: è dovuta a **DISFUNZIONE ENDOTELIALE** per liberazione di sostanze arteriospastiche. Prognosi benigna: utili i tranquillanti.

VIRUS HPV E COFATTORI FUMO e VITA SESSUALE SMODATA, con microlesioni cutanee e mucose, favoriscono nelle portatrici del Papillomavirus umano la trasformazione in cancro dei papillomi del collo uterino. Novità diagnostica è il test sul **DNA** del virus.

VALORE ESCATOLOGICO DELLA SOFFERENZA. La malattia apre una possibilità al mistero di essere uomo o è solo un incidente di percorso da rimuovere al più presto? La lettera apostolica “**SALVIFICI**

DOLORIS” aiuta a rispondere.

SONNOLEZZA DOPO I PASTI. Per l'emostorno a causa dell'iperafflusso di sangue all'apparato digerente, esso viene sottratto alla **CORTECCIA CEREBRALE**, dove il diminuito senso



di vigilanza.

ALCOOL E SINISTRI STRADALI. L'incidentalità stradale dovuta all'alcool etilico è la prima causa di **MORTE GIOVANILE** in Italia e in Europa. Il mix di alcool e droghe aggrava ulteriormente il problema.

IPERTENSIONE E CARDIOPATIA ISCHEMICA. Per l'incidenza statistica si deve distinguere: a) l'**INFARTO** incide nel 18% degli ipertesi nel 46% dei normotesi; b) l'**ANGOR** nel 46% degli ipertesi e nel 18% dei normotesi.

LA LEBBRA E IL PATRONO. Dovuta al bacillo di Hansen, si manifesta nella forma tubercoloide e in quella lepromatosa, mutilante. **SAN DAMIANO**, apostolo dei lebbrosi morto di lebbra, è stato ora santificato dal Papa.

DIABETE E AUTOIMMUNITA'. Il Diabete tipo I nel 30 – 52% dei casi si inquadra nelle **INSUFFICIENZE ENDOCRINE AUTOIMMUNI**, che comprendono anche l'**Ipotiroidismo** e l'**Ipotiroidismo**.

PROBLEMI DI ALTA QUOTA. Il pO2, di 160mmHg a livello del mare, scende a 110 mmHg e 3mla metri. Il Mal di montagna – leggero o assente nei montanari per l'eritrocitosi compensatoria – può essere avvertito già oltre i 2.500 metri. Grave è l'**EDEMA POLMONARE** da alta quota, che può portare ad uno stato di incoscienza ed anche all'exitus.

BLAKBURN GREIDER E SZOSTAK: NOBEL PER LA MEDICINA. I genetisti e biologi U.S.A. Elizabeth B., Carol G. e Jack S. hanno avuto il Nobel per la Medicina per aver scoperto i **TELOMERI**: questi sono posti all'estremità dei cromosomi e governano la riproduzione cellulare e l'invecchiamento.

ICTUS E INFARTO. Diverse incidenze. L'ictus recidiva più spesso dell'infarto miocardio: questo incide in un'età meno avanzata.



ORCHIDOMETRO. E' una collana di tante palline di colore diverso, graduate: serve per misurare il volume dei testicoli se si sospetta un'**INFERTILITA'** dell'adolescente o dell'adulto.

Ancora problemi con la Posta Certificata

Ulteriori chiarimenti sulla Posta Elettronica Certificata (PEC): 28.01.2009 previsti per i professionisti iscritti in elenchi o in certi casi, devono averne due, la CEC-PAC Albi.

Abbiamo già esposto alcuni problemi inerenti la PEC nell'articolo pubblicato on line su <http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=356&mode=thread&order=0&thold=0> Nonche' su questa ed altre testate. Ora si aggiungono nuovi tasselli: E' stato chiarito che la CEC-PAC (ossia la Posta Elettronica Certificata rilasciata gratuitamente da INPS, ACI ed Enti pubblici) non soddisfa i requisiti della legge n.2 del

La CEC-PAC infatti e' destinata ai cittadini in quanto tali, ed unicamente per i contatti con la Pubblica Amministrazione, per cui i professionisti, anche se dipendenti della P.A. che avessero ricevuto da questa una casella di P.E., dovranno (salvo modifiche delle normative) munirsi AUTONOMAMENTE di una casella PEC diversa. In altre parole, essi dovranno avere una casella CEC-PAC come cittadini ed una casella PEC come professionisti. Questa seconda casella e' quella che va comunicata all' Ordine Daniele Zamperini

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA-AMI
Fondato da Mario Menaguale
Presidente Angelo Filardo

La voce del Sindacato Medici Italiani SMI-Lazio
Direttore Responsabile Daniele Zamperini

REDAZIONE
Angelo Filardo
Gaetano Mazzucconi
Cristina Patrizi
Enrico Porru
Floriana Riddei
Beniamino Baldacci

Direzione Redazione e Amministrazione
Via Merulana 272 00185 Roma
Tel. 06/4746344 Fax 06/4871092



Fotocomposizione e stampa
PrimeGraf srl

2009

Questo Periodico è iscritto
All'Unione Stampa Periodico Italiana

