



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 20 - N. 6 GIUGNO 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
---------------------------------------	---	--	----------------------------	--

L'Inps rende noto che circa 150 mila professionisti stanno per ricevere una comunicazione dall'Inps come primo atto di verifica della loro posizione contributiva.

Inps: in arrivo una verifica su 150mila professionisti

Scovare i furbi, ma senza opprimere gli onesti, già colpiti da tassazioni spropositate

L'Inps procederà alla verifica delle posizioni previdenziali di professionisti e dei soci di società non iscritti ad alcuna gestione previdenziale attraverso il confronto dei dati presenti negli archivi Inps e le dichiarazioni dei redditi presentate all'Agenzia delle entrate, con gli elenchi di Infocamere. Il presidente dell'Istituto, Antonio Mastrapasqua, spiega che "L'attività di contrasto all'evasione contributiva è uno degli impegni che l'Inps si è assunto con maggiore determinazione dopo aver recuperato quasi 5 miliardi

di euro lo scorso anno, nel corso del 2010 contiamo di superare i 6 miliardi. Un obiettivo ambizioso ma perseguibile, anche grazie ai nuovi strumenti che ci mette a disposizione il decreto legge 78 del 31 maggio scorso". Nella rima fase saranno oggetto di verifica quei professionisti che non risultano iscritti alla Gestione separata e che hanno dichiarato un reddito "compreso fra i 5 mila e i 20 mila euro nel 2006, coloro che hanno avuto un reddito superiore ai 5 mila euro nel

2004 e quelli che nel 2005 hanno dichiarato più di 5 mila euro". Come si legge in un comunicato INPS ha avuto inizio anche l'attività di verifica che si rivolge ai soci di società, per i quali viene vagliata l'attività svolta, con l'accertamento del lavoro abitualmente compiuto e della prevalenza nello svolgimento dell'attività commerciale. Più di 28 mila soci di società semplici, che hanno affermato nella



(Continua a pag. 2)

Ipotizzata associazione tra sartani e cancro
Pag.2

Sparita la paura dell' AIDS tornano a diffondersi tra i giovani le infezioni sessuali
Pag.2

Comune il dolore persistente dopo chirurgia mammaria
Pag.3

Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro
Pag.3

Ferie aggiuntive dei lavoratori a rischio radiologico. Interpretazione restrittiva
Pag.3

Le coppie di fatto hanno diritto agli Assegni Familiari come le "regolari"
Pag.3

Anche il pedone puo' avere responsabilita' esclusiva dell' incidente
Pag.3

Testare l'aggregazione piastrinica quando si usa il clopidogrel dopo rivascolarizzazione
Pag.4

Aggiornate le linee guida USPSTF sullo screening mammografico
Pag.4

Legittimo il sequestro del veicolo in caso di ebbrezza, anche se appartiene a terzi
Pag.4

L'angolo del Legale Rischi di un intervento necessario ma effettuato senza consenso
A cura di Alessio Pastorelli
Pag.5

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR
Pag.7

Controlli su cartelle cliniche e su schede di dimissione
Pag.8

Rifiutare vaccinazioni obbligatorie espone a sanzioni entrambi i genitori
Pag.8

Esporre una copia del permesso invalidi: i distinguo della Cassazione
Pag.8

L'Ordine di Milano contesta certificati online e l'ultima Convenzione

Dal Bollettino Online dell'Ordine dei Medici di Milano

Il Consiglio dell'Ordine, nella seduta del 14/6/2010, ha giudicato Anti-deontologici e turbativi del rapporto medico paziente alcuni passaggi della normativa che riguarda l'invio dei certificati di malattia online e della preintesa sul nuovo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale.

L'Ordine di Milano ha provveduto a rendere pubblica la sua posizione invitando il Presidente FNOMCeO ad attivarsi in merito inviando le due lettere che, nell'impossibilità di essere riportate integralmente in questa sede, possono essere reprite agli indirizzi riportati in calce.

La lettera sui certificati online www.omceomi.it/Libraries/OMCeO_Milano/Certificato_di_malattia_online.sflb.ashx

La lettera sul rinnovo ACN Medicina Generale www.omceomi.it/Libraries/OMCeO_Milano/Rinnovo_ACN_Medicina_Generale.sflb.ashx

Prevenire il diabete e' possibile

Il follow up a lungo termine dello studio DPP conferma che l'adozione di corretti stili di vita è l'arma principale per ridurre l'insorgenza di diabete in pazienti ad alto rischio.

Lo studio denominato DPP (Diabetes Prevention Program) è un trial clinico randomizzato che aveva arruolato pazienti ad alto rischio di diabete. Il follow up a 2,8 anni aveva dimostrato che interventi intensivi sullo stile di vita riducevano il rischio di sviluppare diabete del 58% mentre la riduzione ottenuta con la metformina si attestava sul 31%.

Vengono ora pubblicati i risultati del follow up a 10 anni dalla randomizzazione, con un follow up che mediamente è stato di 5,7 anni. Dato che gli interventi sullo stile di vita avevano dimostrato chiari benefici questo tipo di approccio venne offerto anche ai partecipanti appartenenti al gruppo metformina ed a quelli del gruppo placebo.

L'incidenza di diabete risultò di 4,8 casi per 100 persone/anni nel gruppo stili di vita, di 7,8 nel gruppo metformina e di 11,0 nel gruppo placebo. Il rischio di diabete risultò ridotto del 34% degli interventi sullo stile di vita e del 18% dalla metformina.

Se si considera solo il follow up dopo i primi 2,8 anni, quando interventi sullo stile di vita vennero offerti anche agli altri gruppi, si nota che l'incidenza di diabete diventa simile nei tre gruppi: rispettivamente 5,9 per 100 persone/anni nel gruppo stili di vita, 4,9 nel gruppo metformina e 5,6 nel gruppo placebo.

Gli autori concludono che con l'offerta di interventi sullo stile di vita l'incidenza di diabete si è ridotta anche nel gruppo metformina ed in quello placebo, tuttavia l'incidenza cumulativa è rimasta più bassa nel gruppo originariamente randomizzato a stili di vita. In conclusione la prevenzione del diabete adottando corretti stili di vita o assumendo metformina persiste per almeno 10 anni.



Fonte:

Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet 2009 Nov 14; 374:1677-1686

Commento di Renato Rossi

Lo studio originale DPP era stato pubblicato nel 2002 [1,2]. I suoi risultati erano stati confermati da uno studio finlandese del 2006 [3] che aveva dimostrato come un corretto stile di vita sia in grado di ridurre l'insorgenza di diabete in soggetti a rischio e che i benefici si mantengono a lungo, fino a 7 anni. Arrivano ora i risultati del follow up a 10 anni dello studio DPP che provano ancora come la via maestra sia quella di intervenire sul modo di vivere dei pazienti promuovendo una corretta alimentazione ed una sana attività fisica. L'efficacia di questo approccio è circa doppia di quella della terapia farmacologica con metformina, che pure non ottiene risultati disprezzabili in quanto riduce il rischio cumulativo del 18%. Interessante notare che si limita l'analisi al follow up dopo la pubblicazione dei dati iniziali, quando anche ai gruppi metformina e placebo vennero offerti interventi atti a favorire un sano stile di vita, l'incidenza di diabete diventa simile nei tre gruppi: prova ulteriore che è su questo versante che bisogna focalizzare gli sforzi maggiori.

Rimane da stabilire quanto questi risultati siano trasferibili nella pratica clinica, dato che i pazienti di ogni giorno notoriamente non hanno la stessa compliance di quelli arruolati negli RCT, soprattutto per interventi comportamentali, come sono quelli che incidono sul modo di vita.

Referenze

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346:393-403. Abstract

2. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2729

3. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2872

Non basta dire la verità nell'autodichiarazione omettere dati importanti comporta denuncia per falso

Non è ammissibile, come giustificazione, il fatto di non essere bene informati: è sempre necessario un preventivo accertamento di quanto affermato (Corte di Cassazione, sentenza n. 215-80 del 2010).

I fatti:

uno studente aveva ommesso di inserire, nella propria autodichiarazione, resa la fine di ottenere una borsa di studio, il reddito posseduto dal fratello.

Scoperto, si era difeso affermando di non aver fornito tali dati in quanto non era a conoscenza del reddito del fratello.

Questa tesi difensiva però non veniva accolta in quanto, secondo i giudici, l'autodichiarazione non può prescindere da un preventivo accertamento in ordine alla veridicità di quanto affermato dal dichiarante a pena di querela di falso.

indicare dati di fatto si espone a conseguenze di tipo penale in quanto lede il generale dovere di lealtà che incombe sul cittadino nei confronti delle istituzioni.

Il fatto è penalmente rilevante a prescindere dal fatto che il soggetto ottenga o meno il beneficio richiesto. Infatti la fattispecie di cui all'art. 483 c.p. (Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico - Chiunque attesta falsamente al pubblico ufficiale, in

un atto pubblico, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a due anni. Se si tratta di false attestazioni in atti dello stato civile, la reclusione non può essere inferiore a tre mesi.)

è idonea ad integrare un reato di pura condotta prescindendo dal concreto ottenimento di un ingiusto profitto, la fattispecie in oggetto è da ritenersi integrata ogni qualvolta vengano rese dichiarazioni non veritiere, o si ometta di indicare dati di fatto.

Il giovane studente è stato perciò condannato

Ipotizzata associazione tra sartani e cancro

Secondo una metanalisi l'uso dei sartani sarebbe associato ad un modesto aumento del rischio oncologico, ma è necessaria cautela prima di arrivare a conclusioni definitive.

In questa metanalisi sono stati assemblati i dati di 5 RCT per un totale di circa 62000 pazienti. Il fine era quello di valutare se l'uso degli antagonisti del recettore dell'angiotensina II (ARB o sartani) fosse o meno associato ad un aumento del rischio di cancro.

Il farmaco più usato nei cinque trials era il telmisartan.

Si è visto che l'uso degli ARB risultava associato ad un aumento del rischio di cancro: 7,2% nel gruppo trattato rispetto al 6% nel gruppo controllo (rischio relativo 1,08; 95%CI 1,01-1,15).

Gli autori hanno poi limitato l'analisi ai tre trials in cui il cancro era un outcome previsto dal disegno dello studio. Anche in questo caso si è notato un aumento del rischio: RR 1,11 (95%CI 1,04-1,18).

In uno degli RCT i pazienti erano trattati, in aggiunta al sartano, anche con un aceinibitore. In questo caso il rischio risultava ancora più elevato: RR 1,13 (1,03-1,24).

E' stato poi osservato che l'unico cancro che risultava associato significativamente all'uso degli ARB era quello polmonare: 0,9% contro 0,7%

(RR 1,25; 95%CI 1,05-1,49).

Gli autori hanno calcolato che bisogna trattare per 4 anni circa 143 soggetti per avere un caso di cancro in più. Per contro non si è osservato un aumento dei decessi da cause oncologiche (1,8% contro 1,6%, p = 0,183).

Conclusioni: la metanalisi suggerisce che l'uso degli ARB potrebbe essere associato ad un modesto aumento del rischio di diagnosi di cancro, tuttavia i dati sono limitati per cui non è possibile trarre conclusioni robuste né se il rischio sia associato ad un farmaco in particolare. Sono necessari ulteriori studi per meglio comprendere la questione.

Fonte:

Sipahi I et al. Angiotensin-receptor blockade and risk of cancer: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet Oncology*. Pubblicato anticipatamente online il 14 giugno 2010. [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(10\)70106-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(10)70106-6/abstract)

Commento di Renato Rossi

Gli autori di questa metanalisi sono partiti dalla constatazione che negli studi sperimentali è stato dimostrato che il sistema renina - angiotensina regola la proliferazione cellulare, l'angiogenesi e

la progressione tumorale. Inoltre nello studio CHARM overall [1] si era visto un lieve aumento delle morti da cause oncologiche nel gruppo trattato con sartano, ma il dato avrebbe potuto essere dovuto al caso.

Le ragioni per cui l'uso degli inibitori del recettore dell'angiotensina II potrebbe essere associato ad un aumento del rischio di cancro non sono chiare. D'altra parte non è neppure chiaro quanto possano essere affidabili i risultati della metanalisi recensita, come ammettono Sipahi e collaboratori che auspicano ulteriori ricerche.

Comunque, in un editoriale di accompagnamento, il dr. Nissen suggerisce che, fino a che non saranno disponibili nuovi dati, i sartani dovrebbero essere usati principalmente quando un aceinibitore non è tollerato.

Recentemente la FDA ha pubblicato un report in cui avverte che sta valutando la sicurezza di olmesartan in quanto l'analisi di due studi (ROADMAP e ORIENT) suggerirebbe un aumento dei decessi da cause cardiovascolari. L'agenzia americana avverte, però, che questi dati sono in contrasto con quelli derivanti da ricerche precedenti e che i benefici del farmaco continuano a superare i rischi. Il report invita i medici a riportare gli eventuali effetti collaterali riscontrati.

La ditta produttrice del telmisartan si è dichiarata in disaccordo con le conclusioni di Sipahi e collaboratori: l'aumento del rischio oncologico deriva solo dall'analisi dello studio ONTARGET, e

più precisamente del braccio in cui telmisartan veniva associato a ramipril. Se si osservano i risultati degli studi ONTARGET, PROFESS e TRASCEND in cui telmisartan era usato da solo non si nota nessun aumento dei casi di cancro. La ditta ricorda anche che nella scheda tecnica del telmisartan non viene raccomandata l'associazione con un aceinibitore.

Da notare, comunque, che oltre a queste obiezioni, nella metanalisi recensita in questa pillola ci sono altri punti che necessitano chiarimenti: per esempio ci sembra strano che ad un aumento delle diagnosi di cancro non corrisponda anche un aumento della mortalità oncologica.

Ogni conclusione è pertanto prematura ma, proprio per questo, riteniamo che la necessaria attenzione non debba venir meno. In generale, nessun trattamento può essere considerato sicuro al cento per cento perché si tratta sempre di bilanciare rischi e benefici: questo rende necessaria un'opera assidua di farmacovigilanza da parte di tutti gli operatori sanitari in quanto, spesso, effetti collaterali rari di un farmaco possono venire messi in evidenza solo dalla sorveglianza post marketing.

Referenze:

Pfeffer MA et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet* 2003 Sept 6; 362: 759-66

E altre 3 fonti.

Sparita la paura dell' AIDS tornano a diffondersi tra i giovani le infezioni sessuali



Milano, 24 giu. (Adnkronos Salute) 18:47

E' allarme malattie sessuali fra i teenager di Milano. Il capoluogo lombardo segue il destino di altre metropoli europee: il sesso sempre più precoce, anche prima dei 14 anni, e molto spesso non protetto, ha scatenato vere e proprie epidemie, dalla gonorrea alla clamidia, passando per l'Hiv, la seconda infezione più diffusa fra gli under 24, secondo i dati del Centro malattie sessualmente trasmesse del Policlinico. Qui gli specialisti stanno assistendo anche al ritorno della sifilide e, fra adulti e ragazzi, arrivano a vedere un caso al giorno. I numeri in crescita preoccupano il Comune di Milano che ha deciso di lanciare una maxi-campagna di prevenzione, coinvolgendo palestre e strutture

sanitarie specializzate. Dedicato agli under 24 il laboratorio di 'Intelligenza sessualmente trasmissibile' del Policlinico di Milano: uno spazio nell'ambulatorio di via Pace, aperto il lunedì e il giovedì dalle 14 alle 18, per colloqui, consulenze, approfondimenti diagnostici e terapeutici legati al sesso e alle infezioni in agguato. L'accesso è gratuito e "anonimo", assicurano gli specialisti. Affianca il laboratorio un'iniziativa più ampia che coinvolge il circuito delle palestre Getfit, dove si terranno miniconferenze e sedute di counselling individuali con i medici del Policlinico. Obiettivo: indirizzare i milanesi verso comportamenti responsabili sia nel campo dell'attività fisica e della dieta, sia sul fronte dei consumi alcolici, del fumo e della gestione di stress, emozioni e, soprattutto, sessualità. Su questo aspetto si è concentrata in particolare la campagna di Palazzo Marino. Una scelta legata anche all'allarme lanciato da centri come l'European centre for disease control (Ecdc) di Stoccolma, che segnala un boom di malattie sessuali fra i teenager: il 68% dei casi di clamidia e il 48% di quelli

di gonorrea si concentra per esempio fra gli under 25. Una fascia d'età in cui si presenta nel 18% dei casi anche la sifilide. Milano non sfugge alla 'regola della metropoli': "Negli ultimi 4 anni - avverte l'assessore comunale alla Salute, Giampaolo Landi di Chiavenna - in città le malattie veneree sono aumentate del 25%". Secondo il Centro malattie sessualmente trasmesse (Mts) del Policlinico, che nel 2009 ha seguito oltre 15 mila persone (il 13% under 24), in cima alla classifica ci sono i condilomi, la cui frequenza a Milano è raddoppiata dal 2006. "Ne soffrono almeno tra i 5.200 e i 7.800 milanesi, cioè il 2% di quel 20-30% di cittadini che hanno riportato un'infezione da Hpv (Papillomavirus umano)", rileva Landi. Fra i giovani, secondo l'espe-

risce il 17% dei giovani utenti del centro, il 10% in più rispetto al 2008 e il 25% in più rispetto al 2006. "Oggi il 16% delle ragazze - sottolinea la sessuologa Alessandra Graziottin - vive la sua prima volta prima dei 14 anni e, più sono giovani, più è probabile che il rapporto sia non protetto e dunque a rischio di gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmesse. Basti pensare alla clamidia che registra un picco di incidenza fra i 14 e i 24 anni ed è una malattia non senza conseguenze: fra queste la chiusura delle tube, che rappresenta il 40% delle cause femminili di sterilità". "Oltre alla rilevanza numerica di queste infezioni - aggiunge Marco Cusini, responsabile del centro Mts - si deve prendere in considerazione il problema delle com-

plicanze che può essere importante nella popolazione adolescente, quando l'organismo è ancora in via di maturazione". Per questo la prevenzione primaria, sottolinea Pier Mannucco Mannucci, direttore dell'Area Medicina e specialità mediche del Policlinico, "ha maggior senso se viene applicata nel giovane, in cui ha maggiori probabilità di essere efficace e di incidere effettivamente evitando lo sviluppo di malattie". Il progetto 'Saluteinformami' ha anche un sito

(www.saluteinformami.it) in cui sarà possibile sottoporsi a un questionario online su salute e stili di vita. La valutazione è immediata: semaforo verde al salutare, semaforo rosso al cittadino 'vizioso', semaforo giallo a chi ha qualcosa da migliorare.

Inps: in arrivo una verifica su 150mila professionisti

(Da pag. 1)

A dare ufficialità all'operazione «versione 2010» è la circolare 23 su attività di accertamento e verifica amministrativa, pubblicata ieri dall'ente di previdenza.

È il secondo tempo dell'operazione Poseidone, la stretta che l'Inps ha promosso già nel 2009 e che ha portato all'istituto oltre 20mila nuovi iscritti (il 45% di quelli che erano emersi dall'incrocio dei dati forniti dall'Agenzia).

Non è escluso che questa operazione di accertamento vada a focalizzarsi soprattutto sulle partite Iva che non hanno versato i contributi dovuti alle casse professionali di appartenenza. Gli enti previdenziali privati mostrano i muscoli, rivendicano il principio di unicità della posizione previdenziale e si dichiarano pronti a dar battaglia. «Il libero professionista che è iscritto a un albo - ricorda Antonio Pastore, vicepresidente dell'Adepp, l'associazione degli enti previdenziali privati - ha l'obbligo di essere assoggettato alla normativa contributiva dell'ente di previdenza a cui fa riferimento per legge la sua professione: l'Inarcassa se ingegnere o architetto, la Cassa forense se avvocato, l'Enpam se medico e così via. Ora, se c'è necessità di regolarizzare alcune posizioni, ferma restando la premessa, queste devono essere regolarizzate a cura dell'ente presso il quale aveva l'obbligo di essere iscritto, non dall'Inps». Detta in altri termini: «L'Inps - continua Pastore - ha censito "tot" persone che

hanno dichiarato un reddito di lavoro autonomo e non hanno pagato i contributi. Attenzione, però: è probabile che si crei una sovrapposizione di azione con l'istituto se, tra i 120mila liberi professionisti che quest'anno saranno controllati, dovesse risultare anche uno solo che, in quanto iscritto a un albo, ha l'obbligo di adempiere solo nei confronti della cassa privata». Le casse private hanno chiesto al ministero del Lavoro di assumere un ruolo guida e di organizzare un tavolo con i responsabili dell'Inps (si veda «Il Sole 24 Ore» del 30 gennaio). L'incontro dovrebbe svolgersi nei prossimi giorni.

Verifiche ma anche affiancamento delle imprese. Per quest'anno l'Inps prevede di avviare attività di tutoraggio per 2.800 aziende che hanno denunciato un importo contributivo superiore a 300mila euro. Si tratta di forme di collaborazione per promuovere atteggiamenti "virtuosi", in base a «un controllo preventivo, costante e personalizzato nei confronti della singola azienda». Saranno incrociate le informazioni delle banche dati interne: per le aziende è «prevedibile» un controllo sulle agevolazioni contributive e su particolari tipologie contrattuali (ad esempio, part-time), nonché sulle prestazioni anticipate dal datore di lavoro e conguagliate con i contributi dovuti (indennità di malattia, assegno al nucleo familiare e così via).

(Notiziario ADNKronos 26/06/2010)



L'antipertensivo più prescritto al mondo

TAREG
valsartan

TAREG
valsartan-idroclorotiazide

NOVARTIS
Novartis Farma S.p.A. - Largo Umberto Boccioni, 1-21040 Origgio (VA)
Tel. 02 96341 - Fax 02 96343275 - www.novartis.it

Prima della prescrizione consultare la scheda tecnica disponibile su richiesta

E' comune il dolore persistente dopo chirurgia mammaria

Circa metà delle donne sottoposte a chirurgia per cancro mammario lamentano dolore e disturbi sensitivi 2-3 anni dopo l'intervento.

Questo studio si è proposto di determinare la prevalenza ed i fattori associati al dolore cronico persistente dopo intervento di chirurgia mammaria per cancro. Si tratta di uno studio danese di tipo cross sectional su 3.754 donne di età compresa tra 18 e 70 anni.

Il 47% delle pazienti riferiva la presenza di dolore: per il 13% dei casi l'intensità del dolore era di tipo grave, nel 39% dei casi di tipo moderato e nel 48% dei casi di tipo lieve.

I fattori principali che sono risultati associati alla presenza di dolore cronico sono la giovane età (18-39 anni) e la radioterapia adiuvante, ma non la chemioterapia. La probabilità di avere dolore dopo l'intervento era maggiore in caso di dissezione dei linfonodi ascellari rispetto alla dissezione del linfonodo sentinella.

Il rischio di disturbi sensitivi risultava associato alla giovane età (18-39 anni) ed alla dissezione dei linfonodi ascellari.

La presenza di dolore in altre parti del corpo era associata ad un aumento del rischio di dolore in

sede di intervento mammario. Il 20% delle pazienti aveva consultato un medico nei tre mesi precedenti la rilevazione a causa di dolore nella sede chirurgica.

Gli autori concludono che il dolore dopo intervento mammario e i disturbi del sensorio persistono da 2 a 3 anni dopo l'intervento e rimangono un problema clinico rilevante.

Fonte:
Gärtner R et al. Prevalence of and Factors Associated With Persistent Pain Following Breast Cancer Surgery. JAMA. 2009 Nov 11;302:1985-1992.



Commento di Renato Rossi

Dopo l'intervento di chirurgia mammaria per cancro può residuare dolore locale in sede chirurgica, a livello del cavo ascellare e del braccio omolaterale, oltre che disturbi sensitivi come parestesie e disestesie.

Lo studio recensito in questa pillola evidenzia che si tratta di un problema molto comune perchè

interessa circa la metà delle donne operate, con più probabilità di verificarsi nelle pazienti giovani. Altri fattori associati al rischio di sviluppare una sintomatologia dolorosa o disturbi di tipo sensitivo sono la dissezione linfonodale ascellare e la radioterapia adiuvante, un dato, per la verità abbastanza atteso.

I disturbi persistono a lungo, almeno fino a 2-3 anni dall'intervento. Tuttavia è esperienza comune di assistere, in molti casi, ad una loro attenuazione con il passare del tempo.

La patogenesi dei sintomi è molteplice e comprende vari meccanismi di tipo infiammatorio e neuropatico. Ma entrano in gioco anche le caratteristiche della paziente e la sua soglia di sensibilità al dolore, come è documentato dal fatto che i disturbi dopo chirurgia mammaria sono più frequenti nelle donne che lamentano dolore in altre parti del corpo.

La ricerca futura dovrà, da una parte, indirizzarsi verso metodiche chirurgiche e radioterapiche meno invasive in grado di ridurre il rischio di sviluppare tale sindrome e dall'altra verso la ricerca di trattamenti efficaci di tipo farmacologico, fisiatrico e riabilitativo.

Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro

Forse avevano ragione i vecchi medici quando sconsigliavano supplementi vitaminici ai pazienti neoplastici;

Due trial norvegesi suggeriscono che il trattamento con acido folico e vitamina B12 possa essere associato ad un aumento del rischio oncologico e della mortalità totale.

Questo studio ha assemblato i dati di due RCT norvegesi (il Norwegian Vitamin Trial e il Western Norway B Vitamin Intervention Trial) in cui un totale di 6837 pazienti con cardiopatia ischemica sono stati trattati con vitamine o placebo dal 1998 al 2005 e seguiti poi fino al 31 dicembre 2007.

Di seguito i trattamenti nei vari gruppi:

1708 pazienti trattati con acido folico (0,8 mg/die) + vitamina B12 (0,4 mg/die) + vitamina B6 (40 mg/die)

1703 pazienti trattati con acido folico + vitamina B12

1705 pazienti trattati con vitamina B6

1721 pazienti trattati con placebo

Dopo un follow up mediano di 39 mesi e 38 mesi di osservazione post intervento avevano avuto una diagnosi di cancro 341 pazienti trattati con acido folico + vitamina B12 (10,0%) contro 288 partecipanti (8,4%) che non avevano ricevuto tale trattamento (HR 1,21; 1,03-1,41; p = 0,02).

Morirono di cancro 136 pazienti (4,0%) trattati con acido folico + vitamina B12 contro 100 (2,9%) non trattati con tale associazione (HR 1,38; 1,07-1,79; p = 0,01).

In totale morirono 548 pazienti (16,1%) trattati con acido folico + vitamina B12 contro 473 (13,8%) non trattati con tale associazione (HR 1,18; 1,04-1,33; p = 0,01).

Questi risultati erano dovuti essenzialmente ad un' aumentata incidenza di cancro polmonare nei trattati con acido folico + vitamina B12.

La vitamina B6 non risultò associata ad effetti significativi

Gli autori concludono che il trattamento con acido folico + vitamina B12 risulta associato ad un' aumentata incidenza di cancro e ad un aumento della mortalità totale in pazienti con cardiopatia ischemica.

Fonte:

Ebbing M et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. JAMA 2009 Nov 18; 302:2119.

Commento di Renato Rossi

L'acido folico e la vitamina B12 potrebbero aumentare il rischio oncologico sia perchè riducono la capacità immunitaria di aggredire le cellule neoplastiche sia perchè facilitano l'accrescimento cellulare in genere. In un altro studio recente [1] si è evidenziato che la supplementazione di acido folico potrebbe aumentare il rischio di cancro prostatico.

Altri studi hanno evidenziato l'inefficacia delle vitamine nella prevenzione del cancro [2,3,4].

Anche sul versante cardiovascolare le vitamine e gli antiossidanti hanno finora fornito prove deludenti.

La conclusione pratica viene da sè: non ci sono, al momento, motivi basati su solide evidenze scientifiche per prescrivere questo tipo di trattamenti.

Referenze

1. Figueiredo JC et al. Folic acid and risk of prostate cancer: Results from a randomized clinical trial. J Natl Cancer Inst 2009 Mar 18; 101:432.

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4422>

3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4324>

4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4388>

SOMATOMEDINE E SINDROME DI LARON

Di A.Ciammaichella

Zvi Laron descrisse per primo in alcune famiglie israeliane una forma di GRAVE RITARDO STATURALE armonico, analogo al deficit dell'ormone della crescita (GH), ma caratterizzato da alte concentrazioni di GH e da insufficienza della terapia col GH stesso.

Il tutto fu poi chiarito con la scoperta delle Somatomedine, sintetizzate per l'80% dal fegato, che comprendono una famiglia di Peptidi che mediano l'azione del GH. Tali peptidi stimolano l'incorporazione di solfato nelle cartilagini ossee ed inoltre hanno anche un'azione insulinomimica: "insulin-like growth factors" (IGFs). Le somatomedine, per essere considerate tali, devono rispondere ai seguenti criteri:

- concentrazione serica dipendente dal GH;
- azione simil-insulinica nei tessuti extraossei;
- promuovere l'incorporazione di solfato nelle cartilagini ossee;
- stimolare la sintesi di DNA e la proliferazione cellulare.

Il gene che codifica l'IGFs è posto nel CROMOSOMA 12. La sua alterazione causa bassa statura idiopatica del bambino, con questi particolari dimorfismi del capo: bozze frontali prominenti, naso a sella, orbite profonde, neurocranio prevalente sullo splancnocranio (vedere figure).

Lo sviluppo motorio è più lento, probabilmente per la ridotta componente muscolare. Le acquisizioni cognitive sono compromesse se il deficit di IGFs inizia dalla vita

Le coppie di fatto hanno diritto agli Assegni Familiari, come quelle "legali"

Anche se uno dei conviventi risulta ancora legalmente sposato con una terza persona, i figli conviventi e legalmente riconosciuti hanno diritto agli assegni familiari (Cassazione n.14783 del 18 giugno 2010)

I fatti:

Un uomo, separato dalla moglie (con cui aveva convissuto per pochi mesi) e convivente more uxorio con un'altra donna dalla quale aveva avuto tre figli (tutti legalmente riconosciuti, minori e conviventi e a loro carico) si vedeva negare dall' INPS il diritto agli assegni familiari per i tre figli minori (nati dalla convivenza in quanto, a parere dell' Inps, l'assegno non poteva essere riconosciuto in quanto i tre figli, risultavano estranei al nucleo familiare sorto con il matrimonio che risultava essere ancora formalmente costituito con la moglie.

I giudici di merito accoglievano la richiesta del soggetto, dichiarando "il diritto del ricorrente a percepire gli assegni per il nucleo familiare per i figli naturali legalmente riconosciuti e conviventi" ma l' Inps non accettava il giudizio e ricorreva in Cassazione.

Secondo i giudici della Corte, il parere

dell' INPS andava respinto, in base ad un corretto concetto di "nucleo familiare" ai fini della normativa sull' assegno familiare (L. 153/88). Per "nucleo familiare" infatti si deve intendere "quello composto dai coniugi, con esclusione di quelli legalmente separati, e dai figli ed equiparati di età inferiore ai 18 anni".

I figli "equiparati" sarebbero "i figli adottati e quelli affiliati, quelli naturali legalmente riconosciuti o giuridicamente dichiarati e quelli nati da un precedente matrimonio con l'altro coniuge".

Per "figlio naturale riconosciuto" si deve intendere, ai sensi dell'art. 250 c.c. il figlio riconosciuto dalla madre o dal padre anche se uniti in matrimonio con altra persona al tempo del concepimento. Il concetto di nucleo familiare, quindi, va al di là rispetto a quello di "famiglia configurata dal matrimonio" e comprende anche i figli nati fuori dal matrimonio e legalmente riconosciuti, anche se non inseriti nella famiglia legittima.

Poiche' la normativa sull'assegno familiare richiede la qualifica di "figlio naturale riconosciuto" e non necessariamente l'inserimento nella famiglia legittima, e' sufficiente, a questi fini, dimostrare che i minori vivono a proprio carico e si provveda al loro mantenimento.

Ferie aggiuntive dei lavoratori a rischio radiologico: nuove interpretazioni piu' restrittive

Nei 15 giorni vanno riassorbiti i giorni festivi (Cass. n. 26364)

La S.C. con sentenza n. 26364 del 16 dicembre 2009, ha precisato che nel periodo di 15 giorni di ferie aggiuntive, previsto dalla contrattazione collettiva in favore di lavoratori sottoposti a rischio radiologico, restano assorbiti le festività, i giorni domenicali e il sabato

In altre parole vanno conteggiati come giorni "di calendario" e non come "giorni lavorativi" (calcolo che escluderebbe i sabati non lavorativi e le domeniche, portando il totale a circa tre settimane).

I giudici di merito avevano infatti interpretato finora in questo senso la locuzione "ferie aggiuntive", per cui il personale impiegato in turni di cinque giorni a settimana avrebbe avuto diritto a 3 settimane di riposo aggiuntivo.

La sentenza della S.C. e' stata contestata in sede sindacale nonche' da autorevoli giuristi, ma le contestazioni sono state a loro volta contestate da giuristi che hanno evidenziato l' analogia con altre situazioni (ad es. il congedo matrimoniale) in cui il calcolo viene pacificamente inteso come "giorni di calendario".

In assenza pero' di possibili ulteriori reinterpretazioni, la sentenza citata costituisce un riferimento obbligato.

Anche il pedone puo' avere responsabilita' esclusiva dell' incidente

La Cassazione ha stabilito che il pedone che attraversa di corsa (anche se sulle strisce pedonali) e' responsabile esclusivo dell'incidente (III Civile n. 14064/2010)

"Il pedone il quale attraversa la strada di corsa sia pure sulle apposite 'strisce pedonali' immettendosi nel flusso dei veicoli marcianti alla velocita' imposta dalla legge, pone in essere un comportamento colposo che puo' costituire causa esclusiva del suo investimento da parte del veicolo".

Questo ha sentenziato la Cassazione sul caso di una signora milanese investita sulle strisce da un motociclista, in quanto si era immessa di corsa nella carreggiata non consentendo al motociclista (che procedeva rispettando le norme della circolazione) di effettuare manovre di evitamento.

La donna aveva chiesto il risarcimento per le lesioni subite, ma cio' le e' stato negato dalla Cassazione.

Non basta infatti il fatto di essersi trovata sulle strisce: i giudici hanno sottolineato che il pedone e' l'unico colpevole quando l'investitore "dimostrasi che l'improvvisa ed imprevedibile comparsa del pedone sulla propria traiettoria di marcia ha reso inevitabile l'evento dannoso, tenuto conto della breve distanza di avvistamento, insufficiente per operare un'idonea manovra di emergenza".

Quindi attenzione: le strisce pedonali non costituiscono una "licenza di attraversamento arbitrario"!





ITALCHIMICI S.p.A.

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



Testare l'aggregazione piastrinica quando si usa il clopidogrel dopo intervento di rivascularizzazione

La misura dell'aggregazione piastrinica con un test rapido Multiplate MEA (Multi Electrode Aggregometry) test predice i soggetti che sviluppano trombosi intrastent precocemente e quelli che presentano emorragie maggiori periprocedurali.

L'azione del clopidogrel è molto variabile da soggetto a soggetto. La misura della aggregabilità piastrinica dopo somministrazione della dose di carico di clopidogrel in soggetti che devono sottoporsi ad una rivascularizzazione coronarica potrebbe essere un metodo per identificare i soggetti a maggior rischio di complicanze trombotiche o emorragiche e consentire di porre in atto procedure atte a limitare tali rischi. Purtroppo esistono molti sistemi diversi per "misurare" l'attività piastrinica ma spesso tali sistemi non oppongono riflettere la somma dell'azione risultante dalla complessa biologia delle piastrine.

La variabilità nella tipologia di complessità di tali tests, alcuni necessitano di personale di laboratorio esperto mentre altri sono fattibili "al letto del paziente". Grande è anche la variabilità tra i costi dei vari tests.

La domanda da porsi è se sia utile valutare l'attività piastrinica nei soggetti che devono assumere clopidogrel per una PCI, se sia utile valutarla in tutti i pazienti, se esista un metodo migliore di altri per testarla.

Una prima risposta viene dai risultati di due studi finalizzati a valutare l'impatto della misurazione dell'aggregazione piastrinica in soggetti trattati con clopidogrel prima della PCI.

Nel primo studio a 2533 pazienti è stata misurata l'aggregabilità piastrinica mediante il Multiplate analyzer (Dynabyte, Munich, Germany), che impiega un aggregometro multielettrodo (MEA), dopo pretrattamento con 600 mg di clopidogrel, prima di essere sottoposti alla PCI.

L'end point primario, costituito dalle emorragie TIMI intraospedaliere, è stato osservato in 34 pazienti (1.3%). Il rischio di emorragia maggiore intraospedaliere è risultato maggiore nei 975 pazienti con un "aumentata risposta (in termini di aggregabilità piastrinica) al clopidogrel" rispetto ai 1558 pazienti con "risposta non aumentata" alla dose di carico del clopidogrel (unadjusted odds ratio 2.2% vs 0.8%, p=0.005; adjusted OR 3.5, p=0.001).

Nessuna differenza è stata notata per quanto concerne le emorragie minori. Lo studio prospetta problemi interpretativi e di trasferibilità clinica di rilievo. Infatti prima di tutto sono state considerate solamente le emorragie intraospedaliere e poi ben il 40% dei soggetti presenta un "aumentata risposta al clopidogrel" mentre solo il 2% va incontro ad eventi emorragici TIMI intraospedaliere. E' utile ed opportuno dunque usare il test per identificare i soggetti a maggior rischio avendosi questa capacità predittiva, essendo abbastanza rari gli eventi in confronto della platea di soggetti "a rischio"?

L'utilità del test dell'aggregazione piastrinica è stato valutato anche al fine di comprenderne il potenziale predittivo sulle complicanze trombotiche nei soggetti sottoposti a PCI e trattati con clopidogrel.

L'aggregabilità è stata misurata usando ancora il Multiplate MEA test al fine di stabilire la risposta al clopidogrel in 1608 pazienti consecutivi candidati

all'impianto di uno stent intracoronarico (2). L'end point predefinito era costituito dalla trombosi intrastent a 30 giorni dalla procedura ed è risultato più frequente nei soggetti con ridotta risposta piastrinica al clopidogrel.

A sei mesi l'incidenza cumulativa dell'end point primario è parimenti risultata più elevata e più precoce in coloro che mostravano una bassa risposta al clopidogrel rispetto a coloro che mostravano una risposta "normale" (2.5% vs 0.4%; OR 6.5; p<0.001).

Conseguentemente i risultati di questo studio mostrano che la valutazione della risposta piastrinica al clopidogrel mediante il Multiplate MEA si correla con una maggiore frequenza di restenosi precoce dello stent.

Risultati simili provengono da un altro studio (3), con casistica limitata a 416 soggetti, in cui ci sono evidenze che la misura dell'attività piastrinica mediante il Multiplate MEA predice in modo migliore i soggetti che sviluppano una trombosi intrastent dopo una PCI rispetto alla misura effettuata con il VASP assay (BioCytex SA, Marseille, France).

L'utilizzo del test Multiplate MEA, per la sua semplicità e convenienza potrebbe far pendere la bilancia a favore della strategia di testare la risposta al clopidogrel nei soggetti candidati ad una PCI. Rispetto al costo di una rivascularizzazione percutanea, che è di migliaia di euro, appare ben poca cosa il costo del test MEA che sembrerebbe confinato a 6 Euro circa per i soli costi vivi (ma vanno considerati anche altri costi, come l'utilizzo del personale e delle strutture).

Tuttavia anche un costo limitato è sempre "eccessivo" se non serve a indirizzare verso alternative utili e praticabili. Le attuali linee guida AHA/ACC/SCAI consigliano di procedere ad una valutazione della risposta al clopidogrel nei soggetti ad elevato rischio di trombosi precoce intrastent.

Come nel caso delle emorragie anche per le trombosi intrastent grande è la distanza tra la percentuale di soggetti con risposta ridotta al clopidogrel e incidenza di restenosi precoce (36% vs 2%), ma soprattutto non sono chiare le alternative.

In linea teorica, applicando alcune osservazioni provenienti da altri studi, si potrebbe pensare di usare il prasugrel, un tienopiridina che si è dimostrata più potente, ma anche gravata da mag-

giori eventi emorragici, rispetto al clopidogrel. In base ai risultati dello studio TRITON-TIMI 38 la variabilità interindividuale della risposta al clopidogrel sembra maggiore rispetto a quella dimostrata dal prasugrel che comunque permane assai elevata.

E' opportuno ricordare che una fonte di variabilità della risposta al clopidogrel è stata identificata in polimorfismi dei geni codificanti per i citocromi (7). Una ridotta risposta al clopidogrel è stata specificamente associata con il l'allele CYP2C19*2, che causa perdita di perdita dell'effetto antiaggregante in pazienti dopo applicazione di stent coronarici e dopo infarto miocardico senza elevazione del tratto ST. E' compatibile con queste osservazioni farmacodinamiche che il prasugrel, un altro inibitore del P2Y12, sembra non essere influenzato dalla variabilità degli isoenzimi del CYP2C19.

Si può pensare anche di aumentare la dose di carico e di mantenimento del clopidogrel, ma non abbiamo, per adesso, prove concrete che questa strategia possa risultare efficace.

Per valutare se lo studio della risposta piastrinica al clopidogrel sia una pratica utile è forse conveniente aspettare pertanto i risultati di due studi in corso il TRIGGER PCI trial e il GRAVITAS study. Il TRIGGER PCI valuta l'efficacia del prasugrel vs clopidogrel nella riduzione dell'incidenza di eventi CV in pazienti con DES ed elevata reattività piastrinica al clopidogrel al test VerifyNow. Il GRAVITAS mira a verificare se l'incremento della dose del clopidogrel nei pazienti con ridotta risposta al clopidogrel medesimo mediante

il test VerifyNow, riduca l'incidenza di eventi CV.

Come ulteriore complicazione si ricordano le interazioni tra farmaci inibitori della pompa protonica (PPI) e clopidogrel che ne ridurrebbero l'efficacia. E' infatti prassi comune associare ASA al clopidogrel al fine di potenziarne l'effetto antitrombotico. Purtroppo l'associazione ASA e clopidogrel aumenta di molto il rischio di eventi sul tratto gastrointestinale e pertanto sarebbe opportuna una protezione con PPI al fine di ridurre il rischio di tali complicanze gastroentericali. Uno studio caso controllo (9) ha dimostrato che una PCI aumenta di 27 volte il rischio di sanguinamento gastroenterico entro i 30 giorni dalla procedura e che l'impiego di tienopiridina aumenta il rischio significativamente rispetto al non uso (OR 2.40, 95% CI 1.04-5.53, P= 0.02), mentre l'uso di PPI costituisce un fattore associato alla riduzione dei sanguinamenti G-I a 30 giorni (OR 0.08, 95% CI 0.02-0.40, P= 0.002).

Il clopidogrel viene attivato in seguito alla metabolizzazione prevalentemente svolta dal citocromo CYP2C19. I PPI possono interagire con questo enzima e quindi ridurre l'attività del clopidogrel diminuendone la metabolizzazione attivante. Sul tema i risultati sono contrastanti in quanto sembra che gli effetti in termini di eventi non siano così eclatanti come quelli prevedibili in base alla misura dell'interazione farmacologica.

(continua alla pagina seguente)



Il trial POPULAR, presentato all'American Heart Association 2009 Scientific Sessions, ha comparato 8 diversi sistemi di valutazione dell'attività piastrinica in rapporto alla loro capacità di identificare i soggetti che avrebbero sviluppato eventi CV (indice composto comprendente morte, IMA, trombosi intrastent, stroke) ad un anno dalla rivascularizzazione PCI end point primario di efficacia o emorragie TIMI maggiori e minori (end point principale di safety)

Quattro dei test valutati (LTA)-5, LGA-20, VerifyNow P2Y12 assay, e Plateletworks si sono dimostrati capaci di identificare l'attività piastrinica associata con una riduzione della sopravvivenza libera da eventi cardiovascolari maggiori. Un'elevata reattività piastrinica con uno dei succitati 4 tests è risultata associata con un'incidenza del 12.1% di eventi CV maggiori rispetto ad un'incidenza del 6% nei pazienti che non mostravano aumento dell'attività piastrinica ad uno dei 4 tests sopracitati. Invece i tests IMPACT-R, IMPACT-R ADP, PFA-100, e INNOVANCE PFA P2Y non hanno mostrato una correlazione tra attività piastrinica (misurata con uno di questi test e rischio di eventi CV).

Il problema è che esiste una grande

Aggiornate le linee guida USPSTF sullo screening mammografico

La USPSTF (United States Preventive Services Task Force) ha aggiornato le sue linee guida sullo screening mammografico e raccomanda di non eseguire l'esame di routine nelle donne con meno di 50 anni.

La United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha aggiornato le sue linee guida sullo screening mammografico, valide per le donne a rischio medio. Le precedenti risalivano al 2002.

Lo screening riduce la mortalità da cancro mammario nelle donne di età compresa tra 39 e 69 anni, mentre i dati sono insufficienti per le donne di età >= 75 anni. Lo screening produce anche falsi positivi ed accertamenti di imaging aggiuntivi sono comuni. Non si sono evidenziati benefici derivanti dall'esame clinico della mammella o dall'autopalpazione.

Questi i punti principali delle linee guida:

- 1) la USPSTF raccomanda contro lo screening di routine nelle donne di età compresa tra 40 e 49 anni (la decisione se iniziare lo screening a questa età deve essere personalizzata considerando il contesto della paziente, compresi i valori che la stessa ritiene importati per i benefici e i rischi dello screening)
- 2) nelle donne di età compresa tra 50 e 74 anni si raccomanda lo screening biennale
- 3) non ci sono evidenze per lo screening in donne di età >= 75 anni
- 4) la USPSTF raccomanda contro l'insegnamento dei medici alla autopalpazione
- 5) le evidenze attuali sono insufficienti per valutare rischi e benefici della mammografia digitale e della risonanza ma-

gnetica usate come mezzo di screening al posto della mammografia tradizionale

6) lo screening biennale comporta maggiori benefici di quello annuale con minori rischi

Fonte:

1. Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2009 Nov 17; 151:727-737
2. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009 Nov 17; 151:716-726
3. Mandelblatt JS et al. Effects of Mammography Screening Under Different Screening Schedules: Model Estimates of Potential Benefits and Harms. Ann Intern Med 2009 Nov 17; 151:738-747

Commento di Renato Rossi

Le linee guida precedenti, risalenti al 2002, consigliavano lo screening mammografico a partire dai 40 anni ogni 1-2 anni. L'aggiornamento del 2009 è diventato più selettivo: prima dei 50 anni lo screening di routine non è raccomandato e nella fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni l'intervallo tra un esame e l'altro dovrebbe essere di due anni. Nulla di nuovo sotto il sole, almeno per i lettori di questa testata, visto che allo screening mammografico abbiamo dedicato molte pillole, ad alcune delle quali rimandiamo in bibliografia [1,2,3,4]

Referenze

Lecito il sequestro del veicolo in caso di ebbrezza, anche se appartiene a terzi

La Cassazione si è pronunciata in modo difforme in diverse sentenze operando dei distinguo a seconda delle circostanze: in certi casi è ammesso il sequestro del veicolo qualora il conducente sia in stato di ebbrezza, anche se il veicolo appartiene a terzi, in altri casi cioè viene negato.

Il primo caso: La sent. n. 11791 del 26/3/2010,

VI penale, aveva escluso

che potesse essere disposto il sequestro del veicolo condotto dal figlio ubriaco se il mezzo apparteneva al padre, escludendo che potesse essere formulato un giudizio di rimproverabilità per omessa sorveglianza sul comportamento dell'indagato.

Il secondo caso (n. 20610 del 26/2/2010, IV sez. penale) la Corte ha voluto superare l'aspetto puramente formale della proprietà' del mezzo valutando invece le condizioni concrete dei fatti.

Il caso in oggetto trattava di un ragazzo colto in stato di ebbrezza alla guida di un motociclo intestato alla madre. Il veicolo era stato sequestrato, ma la proprietaria aveva presentato ricorso basandosi proprio sul fatto che il veicolo era intestato a persona diversa da quella del guidatore.

La Corte le ha dato torto.

Il concetto di appartenenza, secondo i magistrati, non è strettamente riconducibile, dal punto di vista strettamente giuridico, né alla nozione di proprietà' né alla semplice intestazione del veicolo, ma va verificato in concreto se il soggetto che si pone alla guida del veicolo in stato di ebbrezza sia o meno in grado di esercitare un effettivo e concreto dominio sul mezzo in una maniera che, indipendentemente dalla formale intestazione, può assumere sia le forme del possesso che quelle della detenzione, escludendone la rilevanza solo per forme di possesso meramente



occasionalmente.

Nel caso in oggetto i giudici hanno ritenuto che la madre (sessantasettenne) di fatto non esercitasse un effettivo e concreto dominio sul mezzo che invece veniva verosimilmente esercitato dal figlio trentannovenne, che ne era quindi il concreto possessore.

Tuttavia (**terzo caso**) la Suprema Corte di Cassazione, con la sentenza n. 20093 del 26 maggio 2010, ha invece escluso che si possa applicare la misura in esame in caso di auto aziendale, anche se il conducente è colto alla guida in stato di ebbrezza.

Per i giudici, il carattere afflittivo della confisca trascenderebbe le esigenze di sicurezza e verrebbe ad essere incompatibile con l'applicazione della misura in parola alla luce dei principi di legalità, personalità e responsabilità che caratterizzano le sanzioni penali. Per questi motivi la Suprema Corte ha annullato il provvedimento restrittivo adottato dal Tribunale del riesame di Vicenza con il quale era stata disposta la confisca del veicolo condotto dal legale rappresentante della società intestataria del veicolo sottoposto a confisca.

Insomma, non c'è ancora una univoca interpretazione delle norme in materia, bisognerà attendere ulteriori chiarimenti.

DZ

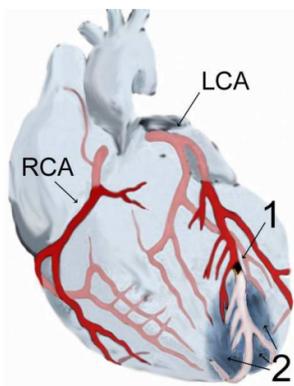
solo per forme di possesso meramente

Testare l'aggregazione piastrinica quando si usa il clopidogrel nella PCI

(Dalla pagina precedente)

Il Cogent (4) è un RCT con end point primario costituito dall'incidenza di eventi CV, infarti e rivascularizzazioni in soggetti che prendevano clopidogrel+ omeprazolo vs soggetti trattati con il clopidogrel + placebo. Lo studio è stato interrotto prima del previsto per difficoltà economiche legate allo sponsor, quando aveva reclutato 3627 pazienti sui 5000 previsti, con una conseguente perdita di potenza statistica per la minore inclusione di eventi. Nessuna differenza tra i 2 gruppi è stata osservata per quanto concerne l'end-point primario (hazard ratio=1.02,0.70-1.51). Nello studio PRINCIPLE-TIMI 44 sono stati reclutati 201 pazienti sottoposti a intervento coronarico percutaneo (PCI) e successivamente randomizzati a clopidogrel o prasugrel. Gli autori hanno valutato l'inibizione della aggregazione piastrinica esercitata dalle due tienopiridine. Si è evidenziato che l'uso concomitante di PPI (che riguardava il 26% dei partecipanti al baseline) riduce l'inibizione della aggregazione piastrinica sia in chi assumeva prasugrel che in chi assumeva clopidogrel. Questo effetto era più evidente in chi assumeva clopidogrel.

Nello studio PRINCIPLE-TIMI 38 sono stati arruolati 13.608 pazienti con sindrome coronarica acuta sottoposti a PCI e successivamente trattati random con clopidogrel o prasugrel. Al baseline circa un terzo dei partecipanti assumeva PPI. L'end-point primario, composto da infarto miocardico, ictus e morte cardiovascolare, non differiva in maniera significativa tra i pazienti che assumevano contemporaneamente all'antiaggregante anche il PPI e tra chi non lo assumeva. L'uso dei PPI non è risultato associato né ad un aumentato rischio di infarto miocardico né ad una riduzione delle emorragie imputabili all'uso dei PPI (5). Non si è osservata neppure una qualche differen-



za tra i vari PPI. da notare comunque che i risultati devono essere interpretati con cautela poiché non si tratta di studi randomizzati.

Incertezze esistono anche sul presunto diverso effetto dei vari PPI rispetto alla capacità di diminuire l'effetto antitrombotico del clopidogrel. Alcuni dati sembrano indicare che il problema sussisterebbe solo con l'omeprazolo, mentre altri studi indicano un effetto anche con altri PPI.

Alcuni Autori (6) osservano comunque che, data l'emivita breve del PPI, una strategia interessante potrebbe essere quella di somministrare il PPI al mattino e il clopidogrel alla sera, con un intervallo di almeno 12 ore al fine di ridurre l'interazione.

Un'ulteriore strategia può essere quella di usare altri farmaci gastroprotettori quali il misoprostolo e la ranitidina al posto dei PPI. A tale riguardo giova ricordare quanto previsto nel razionale alla nota CUF 1

omissis.....Numerosi studi hanno dimostrato che nei soggetti trattati con FANS, dosi standard di inibitori della pompa protonica riducono significativamente l'incidenza di ulcere gastriche e duodenali diagnosticate all'endoscopia rispetto al placebo. Due di essi meritano particolare attenzione. Nel primo l'omeprazolo è stato confrontato

con ranitidina e, nel secondo, con misoprostolo in due trial con uguale disegno sperimentale. In tutti e due gli studi (ASTRONAUT e OMNIUM) venivano valutati soggetti che a seguito della terapia con FANS presentavano una ulcera peptica o almeno 10 erosioni gastriche o duodenali. Ciascuno dei due trial esaminava due fasi: a) la guarigione delle lesioni da FANS già presenti; e b) la prevenzione della ricomparsa delle lesioni durante il trattamento con i FANS. In entrambe le fasi la terapia con omeprazolo si è dimostrata più efficace del farmaco di confronto (rispettivamente, ranitidina e misoprostolo) sia nel guarire le ulcere sia nel prevenire le recidive. Detti risultati vanno però valutati con prudenza in quanto entrambi gli studi presentano limiti metodologici rilevanti quali:

- 1) la dimostrazione di maggiore efficacia è basata su parametri surrogati, infatti gli studi hanno utilizzato come "end-point" terapeutico la riduzione del numero di ulcere endoscopiche e dei sintomi dispeptici e non delle complicanze gravi che sono il parametro clinico più rilevante cui mira la profilassi farmacologica: non è cioè la stessa cosa prevenire un'ulcera visibile alla endoscopia routinaria in uno studio clinico e prevenire una complicanza grave (emorragia, perforazione, ostruzione);
- 2) le dosi utilizzate con i farmaci di riferimento (400 g/d per il misoprostolo e 300 mg/d per la ranitidina) sono probabilmente inadeguate;
- 3) è mancata soprattutto un'attenta considerazione alla presenza o meno nei pazienti trattati di una infezione da H. pylori. Lo stato di portatore o meno di una tale infezione può, infatti, avere grande rilevanza. Una recente metanalisi condotta su 16 studi dimostra, infatti, in modo convin-

cente come sia l'infezione da H. pylori sia l'impiego di FANS tradizionali possano aumentare il rischio di causare un'ulcera peptica o un sanguinamento gastrico in modo indipendente, avendo un effetto sinergico nell'aggravare il rischio di ulcera peptica e sanguinamento quando entrambi i fattori di rischio sono presenti nello stesso paziente. La superiore efficacia dell'inibitore di pompa rispetto a misoprostolo e a dosi usuali di H2 bloccanti nel prevenire le ulcere da FANS potrebbe cioè essere in parte solo apparente e dovuta a una diversa distribuzione dei pazienti con infezione nella popolazione studiata. (8)

Luca Puccetti

Riferimenti bibliografici

- 1) J Thromb Haemost 2009
- 2) Sibbing D, Morath T, Braun S, et al. Clopidogrel response status assessed with Multiplate point-of-care analysis and the incidence and timing of stent thrombosis. J Thromb Haemost 2009
- 3) Siller-Matula J, Christ G, Lang IM, et al. Multiplate electrode aggregometry better predicts stent thrombosis than the VASP assay. J Thromb Haemost 2009
- 4) www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4810
- 5) www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4775
- 6) Am J Gastroenterol. 2009 Nov 10
- 7) www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4490
- 8) www.agenziafarmaco.it/wscs_render_atachment_by_id/111.90291.1168607405163575e.pdf?id=11.88204.1168596628882
- 9) Am J Gastroenterol. 2007 Nov;102(11):2411-6. Epub 2007 Sep 10

L'angolo del Legale

Rischi di un intervento necessario ma effettuato senza consenso

A cura di Alessio Pastorelli

Quesito: nella mia qualità di medico ospedaliero, in servizio presso un'Unità Operativa di Chirurgia, mi è capitato, recentemente, di dover sottoporre un paziente ad un intervento chirurgico ulteriore rispetto a quello per il quale egli aveva validamente espresso il proprio consenso. Anche se la necessità di tale secondo intervento chirurgico è emersa soltanto durante l'esecuzione del primo e, quindi, quando il paziente era già stato anestetizzato, e nonostante entrambi gli interventi chirurgici siano perfettamente riusciti, posso andare incontro a conseguenze di carattere penale per il fatto di non aver preventivamente informato il paziente dell'eventualità che, data la sua situazione clinica, potesse rendersi necessario procedere, senza soluzione di continuità rispetto al primo, ad un secondo intervento chirurgico?

Gentile lettore,

l'interessante questione sulla quale, grazie al Suo quesito, ho l'occasione di soffermarmi, è stata affrontata, nella fondamentale sentenza 18 dicembre 2008 - 21 gennaio 2009, n. 2437, dalle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione.

Il caso concreto era quello di una paziente, ricoverata in un reparto ospedaliero di Ginecologia, la quale era stata sottoposta «ad un intervento di laparoscopia operativa e, senza soluzione di continuità, a salpingectomia» con «asportazione della tuba sinistra».

Ora, secondo quanto accertato dal Giudice di primo grado, l'intervento demolitorio era stato «una scelta corretta ed obbligatoria» ed era stato effettuato «nel rispetto della lex artis e con competenza superiore alla media», ma «senza il consenso validamente prestato dalla paziente, informata soltanto della laparoscopia».

E, inverso, ad avviso del Tribunale, «già in fase di programmazione della laparoscopia erano prevedibili l'evoluzione di tale intervento in operativo e l'elevata probabilità di asportazione della salpinge», nonché «la non opportunità dell'interruzione dell'intervento», e, pertanto, la mancata acquisizione del consenso doveva ascrivere «ad una scelta consapevole e volontaria dell'imputato e non a colpa», onde il chirurgo era stato ritenuto colpevole del reato di violenza privata

previsto e punito dall'art. 610 c.p. (il cui primo comma stabilisce che «chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni») e condannato alla pena di quattro mesi di reclusione, sostituita con quella di Euro 6.000,00 di multa.

La Corte di Appello, successivamente, aveva rilevato l'intervenuta prescrizione del reato, ritenendo, tuttavia, anch'essa, così come il Giudice di primo grado, configurabile, nel caso di specie, il delitto di violenza privata.

Proposto ricorso per cassazione, da parte sia dell'imputato che della parte civile, la V Sezione della Suprema Corte, ravvisando la sussistenza di un contrasto giurisprudenziale in materia, aveva rimesso la decisione alle Sezioni Unite, le quali sono state, appunto, chiamate a pronunciarsi sul «quesito se abbia o meno rilevanza penale, sotto il profilo delle fattispecie di lesioni personali o di violenza privata, la condotta del medico che sottoponga il paziente, in mancanza di valido consenso informato, ad un trattamento chirurgico, pure eseguito nel rispetto dei protocolli e delle leges artis e conclusosi con esito fausto».

Ebbene, le Sezioni Unite hanno, in primo luogo, escluso la ricorrenza, nella fattispecie, proprio del delitto di violenza privata ritenuto, invece, sussistente, come si è visto sopra, dai Giudici di merito, in entrambi i gradi di giudizio.

La Suprema Corte, infatti, ha chiarito, al riguardo, che, «nei confronti del paziente anestetizzato pieno iure, perché nel quadro di un concordato intervento terapeutico, il chirurgo che si discosti da quell'intervento e ne pratichi un altro potrà dirsi commettere un fatto di abuso o di approfittamento di quella condizione di "incapacitazione" del paziente, ma non certo di "costrizione" della sua volontà, proprio perché, nel frangente, difetta quel requisito di contrasto di volontà fra soggetto attivo e quello passivo che costituisce presupposto indefettibile, insito nel concetto stesso di coazione dell'essere umano "verso" (e, dunque, per realizzare consapevolmente) una determinata condotta attiva, passiva od omissiva».

Le Sezioni Unite, poi, hanno, altresì, negato la configurabilità, nel caso di

specie, del reato di lesione personale di cui all'art. 582 c.p. (che, nel primo comma, recita: «Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni»), precisando, innanzitutto, che «le "conseguenze" dell'intervento chirurgico ed i correlativi profili di responsabilità, nei vari settori dell'ordinamento, non potranno coincidere con l'atto operatorio in sé e con le "lesioni" che esso "naturalisticamente" comporta, ma con gli esiti che quell'intervento ha determinato sul piano della valutazione complessiva della salute».

Pertanto, ha sottolineato la Suprema Corte, «il chirurgo [...] non potrà rispondere del delitto di lesioni, per il solo fatto di essere "chirurgicamente" intervenuto sul corpo del paziente», bensì, «proprio perché la sua condotta è rivolta a fini terapeutici, è sugli esiti dell'obiettivo terapeutico che andrà misurata la correttezza dell'agere, in rapporto, anche, alle regole dell'arte». Dunque, hanno statuito le Sezioni Unite, «ove l'intervento chirurgico sia stato eseguito lege artis, e cioè come indicato in sede scientifica per contrastare una patologia ed abbia raggiunto positivamente tale effetto, dall'atto così eseguito non potrà dirsi derivata una malattia, giacché l'atto, pur se "anatomicamente" lesivo, non soltanto non ha provocato - nel quadro generale della "salute" del paziente - una diminuzione funzionale, ma è valso a risolvere la patologia da cui lo stesso era affetto», con la conseguenza che «non potrà ritenersi integrato il delitto di cui all'articolo 582 c.p.».

Orbene, ha affermato la Suprema Corte, «in tale ipotesi, che è quella che ricorre nella specie, l'eventuale mancato consenso del paziente al diverso tipo di intervento praticato dal chirurgo, rispetto a quello originariamente assentito, potrà rilevare su altri piani, ma non su quello penale».

In conclusione, quindi, la risposta al quesito sottopostomi deve essere desunta proprio dal principio di diritto enunciato, nella succitata sentenza, dalle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione, in base al quale «ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato, e tale

intervento, eseguito nel rispetto dei trarrie da parte del paziente medesimo, protocolli e delle leges artis, si sia tale condotta è priva di rilevanza penale conclusa con esito fausto, nel senso tale, tanto sotto il profilo della fattispecie che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative ipotizzabili, e senza che vi fossero indicazioni con-

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 nel/i 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 SOSTENITORE: tutti i settori € 200,00

DICHIARA che l'iscrizione

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 Baladacci

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



La gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale: l'appropriatezza prescrittiva nelle scelte terapeutiche

Sabato 9 Ottobre 2010 presso la Sala Conferenze Centro Congressi Auditorium San Domenico - Roma Via Casilina 18

PROGRAMMA PRELIMINARE

08.00	REGISTRAZIONE PARTECIPANTI 08.15 PRESENTAZIONE DEL CORSO 1^ Sessione - Moderatori: Dott.ssa Claudia Felici e Dott. Beniamino Baladacci
08.30	La gestione del paziente dislipidemico e iperteso nell' ottica della farmacoconomia: Relatori: Dott. Luigi Milani/Dott.ssa Cristina Patrizi
09.30	I contenuti Scientifici e le evidenze cliniche e di letteratura a supporto delle scelte prescrittive, nell' ottica della appropriatezza, dell' efficacia e della sicurezza. Relatori: Prof. Nicola Alessandri/Prof. Luigi Sciarpa
10.30	Discussione temi trattati 11.00 Coffee Break 2^ Sessione - Moderatori: Dott. Enrico Porru e Dott. Giovanni Peliti
11.00	Criticità dei dati di letteratura in relazione alla gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale: riflessioni e considerazioni Relatori: Prof. Luigi .Sciarra/Prof. Alessandri
11.30	"Dalla ricerca alla pratica clinica: alcuni criteri pratici di appropriatezza prescrittiva in tema di trattamento farmacologico della pressione arteriosa." Relatori: Prof. Pietro Lentini
12.00	Le competenze delle CAPD in relazione alla valutazione delle scelte terapeutiche relative al trat- tamento del paziente con rischio cardiovascolare globale Relatori: Dott.ssa Claudia Felici/Dott. Luigi Milani
13.00	Discussione temi trattati 13.30 Lunch 3^ Sessione - Moderatori: Dott.ssa Laura Viotto e Dott.ssa Pina Onori
14.00	I dati prescrittivi farmacologici della nostra Regione. Relatori: Dott.ssa Cristina Patrizi e Dott.ssa Salotti
15.15	Gli outcome della prescrizione e della cura: responsabilità professionale e obblighi contrattuali. Relatore: Prof.Zamperini/ /Milani 16.45 Discussione temi trattati 17.30 Questionario finale.
INFO:	SIAMEG: da Lun a Ven. 10 ^{oo} -14 ^{oo} / Giov. 10 ^{oo} -21 ^{oo} Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail siameg@tin.it La partecipazione al corso è gratuita ed è limitata a 30 partecipanti

Comunicato SMI Lazio: 27 Giugno 2010: Comitato aziendale della ASL RMB sulla continuita' assistenziale
E' stato approvato l'aumento di organico di 2 unita' mediche in piu' per turno nella postazione di Via delle Pispole, con
richiesta formale alla Regione Lazio.
E' stata inoltrata richiesta da parte della ASL RM/B al responsabile della centrale di ascolto affinche' tutte le prestazioni
ambulatoriali del territorio aziendale vengano demandate agli ambulatori di continuita' assistenziale del nuovo Regina
Margherita e di Via Canova, onde evitare che nelle postazioni dell'azienda venga svolta attivita' ambulatoriale.
Impegno dell'azienda a trovare un'allocazione piu' idonea per i colleghi di Via delle Pispole, in subordine il trasferimento
nella sede attigua alla attuale postazione con la presenza di un vigilantes.
I colleghi interessati potranno seguire l' evoluzione del problema attraverso il nostro sito www-smi-lazio.org



LA LIPOTIMIA E IL CUCCHIAINO DI ZUCCHERO

Il cervello, ed in particolare la corteccia cerebrale, ha un fabbisogno intenso e costante - anche di notte - di ossigeno e di glucosio. Ne consegue che è minima la sua resistenza all'anossia, appena di 3 - 4 MINUTI, oltre i quali compaiono lesioni irreversibili.

Ciò spiega bene come, quando si verifica un calo pressorio e quindi un minor apporto ematico in periferia - ciò che avviene nella lipotimia, nella sincope e nello shock - il primissimo organo che ne risente è, appunto, la corteccia cerebrale: il soggetto avverte il tipico "svenimento". E' comune esperienza che, se in questi casi viene somministrato un po' di zucchero per bocca, il paziente non di rado riferisce di "sentirsi un po' meglio", con aumentato senso di vigilanza. E' questo il meccanismo d'azione che richiede un chiarimento.

Due i punti fermi: a) l'evento è scatenato da un più o meno improvviso calo pressorio; b) lo zucchero non ha la capacità di alzare la pressione arteriosa. L'aumentato senso di vigilanza da esso provocato si spiega col fatto che - anche se vi è un diminuito apporto di sangue all'encefalo - se il sangue che gli arriva contiene più zucchero, il diminuito afflusso ematico è meglio tollerato.

IPERTENSIONE E DINTORNI

Genetica: vi sono loci genetici diversi per il gene dell'ACE e per quello della NO-sintetasi. L'Angiotensina II stimola l'Endotelina che, a sua volta, stimola le cellule muscolari lisce della media che proliferano in modo concentrico: ne deriva restrizione del lume vasale.

L'ipertensione aperiodica - che non ha il ritmo circadiano - è tipica delle forme secondarie, ad es. da Feocromocitoma o da Tumori della corteccia surrenale: la secrezione degli ormoni è indipendente dal ritmo circadiano. L'insonnia causa aumento del cortisolo.

L'IPERTENSIONE SISTOLICA ISOLATA, frequente nell'anziano, può essere dannosa della forma sistodiastolica per il maggior insulto pressorio a causa dell'alta pressione differenziale: si verificano vortici maggiori, più nocivi. L'ipertrofia ventricolare sinistra è più importante, per la prognosi, dell'ipertensione diastolica. ACE-inibitori, calcio-antagonisti e spartani hanno un duplice effetto, anti-ipertensivo e protettore circolatorio.

Ipertensione in gravidanza: ACE-inibitori e sartani - non hanno dimostrato un effetto teratogeno - sono controindicati in quanto tossici per il

feto. Indicati il metil-dopa, i betabloccanti (labetalolo) e i calcioantagonisti.

I GENI NELL'ANGINA A CORONARIE NORMALI

Il concetto di **LABORATORIO ENDOTELIALE** si incentra sul fatto che l'endotelio è la più estesa ghiandola endocrina: se normale, produce sostanze vasodilatanti e antitrombotiche, se alterato sostanze vasoconstrictrici e protrombotiche.

L'infusione di acetilcolina nelle arterie coronarie è il test di riferimento per verificare la funzione endoteliale: essa, come l'adenosina, incrementa il flusso ematico in coronarie sane, ma non in quelle con disfunzione. All'opposto, nella disfunzione endoteliale sono liberate endotelina e angiotensina II, vasoconstrictrici, proaggreganti e protrombotiche. La vasodilatazione da acetilcolina è connessa con la liberazione di "endothelium-derived relaxing factor", che poi si è visto essere l'ossido nitrico.

Per la valutazione funzionale dell'endotelio si utilizzano fili guida con trasduttori miniaturizzati di pressione e di flusso, ed anche il Doppler intracoronarico.

Si è trovato ora che i pazienti risultati positivi ai test coronarici funzionali hanno maggiore probabilità di presentare un'ALTERAZIONE DEI GENI che codificano per i canali del potassio e la NO-sintetasi.

ICTUS E DINTORNI

Incidenza: in Asia è più frequente dell'infarto miocardico, che invece incide di più in Europa e in U.S.A.

L'OSSIGENOTERAPIA è indispensabile a causa della minima resistenza della corteccia cerebrale all'anossia - appena 4 - 5 minuti - ancora più bassa di quella del miocardio. In fase acuta, curare l'ipertensione arteriosa solo se marcata, massima oltre 180 mmHg; non indicati gli steroidi che sono invece utili nell'ictus emorragico.

ICTUS E STATINE. Il colesterolo è poco correlato con la trombosi cerebrale: le statine lo prevengono per la loro reazione pleiotropa.

CONNETTIVITI: DIAGNOSI E TERAPIA

Comprendono l'Artrite reumatoide e psoriasica, le Spondilite, il LES, la Sclerodermia, la Sindrome di Sjogren, la Patologia autoimmune in gravidanza, le Vasculiti.

Frequente è l'esordio con acrosindromi vascolari. E' compromessa l'UNITA' **MICROCIRCOLATORIA**, molto complessa, formata da arteriola, venula, capillari, collettore linfatico, anastomosi artero-venose, connettivo pervasale, interstizio. La diagnostica microvascolare pertanto deve utilizzare più tecniche: biopsia cutanea, capillaroscopia statica e dinamica, pletismografia, laser-Doppler.

Poiché l'organismo bersaglio è l'endotelio, alterato da citochine, autoanticorpi e immunocomplessi, la terapia mira a controllare le numerose complicanze sistemiche: ischemia, ipertensione polmonare cronica, ulcere. Corticosteroidi e immunosoppressori sono tra i più usati. In casi selezionati: plasmateresi per ridurre gli immunocomplessi circolanti, la

talidomide nelle afte di Behcet, la colchicina nell'eritema nodoso. Al bisogno: antiaggreganti, vasodilatatori (Ca-antagonisti), emoreologici (buflomedil, pentossifillina) e soprattutto i prostanoidi, quali la prostaglandina e la prostaciclina (Iloprost).

MICROCIRCOLO E SFINTERI PRE-ANASTOMOTICI

La grande adattabilità della microcircolazione ai diversi momenti funzionali dell'organismo è in gran parte affidata agli sfinteri posti all'ingresso delle anastomosi artero-venose.

Quando tali sfinteri si chiudono, tutto il sangue che arriva nei vari distretti periferici è obbligato a riversarsi in massa nei capillari: ciò avviene quando i singoli distretti entrano in funzione. All'opposto, se gli sfinteri si aprono, buona parte del sangue che arriva in periferia è cortocircuitato attraverso le anastomosi suddette.

I distretti anatomici particolarmente interessati, per la loro funzione, a questo gioco funzionale sono la cute, i muscoli e il tubo gastroenterico.

CUTE. Nel grande freddo, apertura degli sfinteri onde viene evitata la dispersione del calore attraverso la cute, che appare fredda e pallida. Con il grande caldo, la chiusura degli sfinteri obbliga il sangue ad arrivare alla cute, arrossata e calda, per disperdere il calore.

MUSCOLI. Negli sforzi muscolari, chiusura degli sfinteri e quindi massimo arrivo di sangue al muscolo. A riposo, ad esempio di notte, sfinteri chiusi.

TUBO GASTROENTERICO. Durante la digestione, che in questo distretto richiede abbondante apporto di sangue, sfinteri chiusi. Situazione opposta si verifica nel digiuno.

TRAPIANTO DI RENE "HAND-ASSISTED"

Un padre di 39°. ha donato un rene a sua figlia di 11a. presso l'Ospedale Bambin Gesù, con una nuova tecnica importata dal Minnesota. Il prelievo dell'organo è stato fatto in laparoscopia con l'aiuto della mano, "hand-assisted": una piccola incisione consente alla mano di entrare nell'addome e operare.

Questa tecnica è poco invasiva, dura di meno, non comporta dolore post-operatorio, limita la degenza in ospedale a non più di 2 giorni. Tutto questo comporta di sicuro un AUMENTO DEI TRAPIANTI DA VIVENTI, per i quali l'Italia è agli ultimi posti in Europa.

In più, la sopravvivenza dell'organo trapiantato da vivente è maggiore rispetto a quella da donatore deceduto: la qualità e l'aspettativa di vita del donatore rimangono analoghe a quelle della restante popolazione. Questo tipo di trapianto è la sintesi più alta del legame affettivo padre-figlia.

TESTOSTERONE E ATTIVITA' SESSUALE

L'ormone è necessario ma non sufficiente per mantenere intatto il desiderio sessuale. Non vi è alcuna correlazione fra i livelli circolanti di testosterone e il grado di interesse all'attività sessuale. Le erezioni notturne sono androgeno-dipendenti, quelle in risposta a stimoli visivi sarebbero androgeno-indipendenti.

Il testosterone agisce a 3 livelli diversi:

A cura di Alessandro Ciammaichella

a) in periferia, dove esso mantiene intatto il trofismo penieno;

b) nel midollo spinale, sede dei riflessi che condizionano l'erezione e l'eiaculazione;

c) nel cervello, ed in particolare nell'ipotalamo. **L'OSSIDO NITRICO (NO)** è il neurotrasmettitore chiave nel determinare il rilasciamento delle cellule muscolari lisce dei corpi cavernosi: esso è prodotto sia dall'endotelio, sia dalle terminazioni nervose peniene. La sintesi dell'enzima NO-sintetasi è favorita dagli inibitori selettivi della 5-fosfodiesterasi: il sildenafil, il tadalafil ed il vardenafil, che stimolano l'erezione.

Del testosterone plasmatico è importante conoscere sia il valore totale, sia la quota libera: se questa è inferiore a 6,6 ng/ml si deve ricorrere alla terapia ormonale sostitutiva.

DANNI D'ORGANO NELL'IPERTENSIONE

Disfunzione endoteliale. L'endotelio va considerato come la più estesa ghiandola endocrina: se è sano, produce sostanze vasodilatanti e antitrombotiche; se alterato, sostanze vasoconstrictrici e protrombotiche. Ispessimento della parete delle grandi arterie per deposito di collagene ed erosione del cappuccio fibroso dell'ateroma. Ipertrofia ventricolare Sn e predisposizione all'angina pectoris. Rarefazione del piccolo circolo polmonare.

L'ipertensione arteriosa è il fattore di rischio selettivo per **PICUS**, specie emorragico; inoltre, riduce il numero dei neuroni. Retinopatia ipertensiva. Nei reni provoca microalbuminuria e proteinuria; nella donna è in causa nella nefropatia gravidica o gestosi.

NOVITA' LAMPO

GUARIGIONI DI LOURDES. Quanto mai rigorosa è la selezione dei casi inspiegabili, operata dal "BUREAU MEDICAL": meno dell'1% è ritenuto un miracolo.

TROMBOLISI E ANGIOPLASTICA. La prima favorisce il successo della successiva angioplastica coronarica con stent. I risultati migliori della trombolisi si ottengono nel **DIABETE** a causa della microangiopatia.

SPORT E CIRCOLO DISTRETTUALE. Durante lo sforzo muscolare moderato la circolazione distrettuale aumenta nei **MUSCOLI** dal 20 al 71%, nella cute dal 6 al 12%, mentre diminuisce nel cervello dal 14 al 4%, nei reni dal 22 al 3%, nell'area splanchnica dal 27 al 3%.

"CITTA' MAGRE" NEL NORD CAROLINE. Nel Southern Village **ESPERTI DI URBANISTICA** hanno costruito negozi, scuole e uffici a portata di passeggiata e ben collegati con



marciapiedi e piste ciclabili.

EMOCOAGULAZIONE. E' antitrombotico il TPA, attivatore tessutale del plasminogeno. Sono protrombotici il PAI-1, inibitore del precedente, e il vWf, il fattore von Willebrand.

RADICALI LIBERI. Favoriscono l'invecchiamento e molte patologie, neoplastiche e non. Sono contrastati dai **POLIFENOLI**, antiossidanti, tra i quali i resvetrol, contenuto non solo nel vino rosso ma anche nell'uva.

IPERTERMIA NELLE NEOPLASIE. A Tor Vergata sono impiegate **PIASTRE** che scaldano e rimpiccioliscono il tumore, fermano la malattia: non vi sono controindicazioni né effetti tossici. Peccato che è disponibile un solo apparecchio.

ALISKIREN NON SEMPRE UTILE? Il parziale insuccesso di questo anti-ipertensivo inibitore della renina va ricercato nel fatto che il **BLOCCO DELLA RENINA** è seguito da aumento reattivo della renina stessa, ciò che limita il calo pressorio.

SONNO REM E NON-REM. Il sonno REM (rapid eyes movements) si caratterizza per crisi ricorrenti di attivazione simpatica, con tachicardia a aumenti pressori: nel soggetto normale esso rappresenta il 15% del sonno complessivo, mentre è più prolungato nell'**APNEA OSTRUTTIVA NOTTURNA**. Il sonno non-REM si accompagna invece a rilassamento cardiovascolare.

T E R A P I A ELETTRONALGESICA. Elettrodi applicati sulla cute inviano al sistema nervoso **CORRENTI ELETTRICHE DI BASSISSIMA INTENSITA'**, interpretate come segnali di "non dolore": durata dell'effetto analgesico fino ad alcuni mesi. Già sperimentata al Bambin Gesù.

SUD-AFRICA. Vi è la più alta concentrazione di HIV e AIDS: quasi 6 milioni di persone sieropositive su 50 milioni di residenti, il 12%.

PRESSIONE SISTOLICA DOPO ESERCIZIO. Un aumento della pressione massima di 10mmHg per minuto, dopo 2 minuti dallo sforzo muscolare, si associa a rischio di **INFARTO MIocardico**.

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

Questo Periodico è iscritto
All'Unione Stampa Periodico Italiana

2009

Controlli su cartelle cliniche e su schede di dimissione

Disposto il controllo annuo delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione (Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 10.12.09, Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27.05.10)

Anche sugli ospedali si abbattano i controlli sull'appropriatezza.

Il decreto definisce i parametri mediante i quali le regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera, in attuazione dell'art. 79, comma 1-septies, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

Vengono definiti, inoltre ulteriori parametri e/o strumenti capaci di evidenziare fenomeni quali opportunismo nella codifica, selezione di casistica ed inappropriatazza di erogazione legati al finanziamento pro-

spettico dei ricoveri. Devono essere controllate le cartelle cliniche pari ad almeno il 2,5% del totale dei ricoveri complessivi erogati dalla regione: il relativo report annuale deve essere presentato entro il 30 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Commento di Daniele Zamperini:

E' probabile che questi controlli, legittimi in linea di principio, vadano a colpire situazioni e operatori non ancora preparati. Carenti sono state infatti, in molte circostanze, le iniziative degli Enti sanitari volte a preparare i medici e le altre figure sanitarie alla corretta tenuta burocratica delle cartelle.

E' necessario che la Sanita' trovi regole ed equilibri precisi, ma occorre un impegno "forte" soprattutto da parte delle Autorita' del settore.

Per il testo del Decreto, vai a medico e leggi



Rifiutare le vaccinazioni: responsabili entrambi i genitori

Entrambi i genitori sono responsabili delle vaccinazioni obbligatorie ai figli, quindi ne sono entrambi responsabili, anche se uno solo opera per sottrarsi all'obbligo (Cass. II Civ. n. 13346)

I fatti: Una madre si era rifiutata di far sottoporre la figlia alle vaccinazioni obbligatorie (poliomelite, tetano, epatite B, difterite) ed era stata pertanto condannata a pagare una sanzione pecuniaria dall'Asl. La stessa sanzione era stata irrogata verso il padre.

La sanzione era però stata annullata dal giudice di pace che aveva contestato l'illegittimità della duplicazione della contestazione anche al padre della bambina, nonché lo stato di necessità sulla sussistenza di potenziali rischi della somministrazione, sui quali la ASL

non avrebbe fornito alla madre informazioni idonee a tranquillizzarla.

La Corte ha però respinto queste argomentazioni affermando che, per quanto riguardava la sussistenza di un pericolo attuale di danno grave alla persona in conseguenza delle vaccinazioni obbligatorie, questa era stata desunta assiomaticamente da "circostanze" del tutto imprecise; né sono state indicate le informazioni, diverse e ulteriori rispetto a quelle fornite dalla Asl al genitore, che avrebbero in ipotesi potuto "tranquillizzare" circa l'assenza di rischi apprezzabili.

Circa il coinvolgimento del padre nelle decisioni prese in merito dalla madre, la Corte ha specificato che "l'obbligo di sottoporre i figli mino-

renni alle vaccinazioni incombe su entrambi i genitori, che pertanto legittimamente vengono ognuno assoggettato alla sanzione conseguente alla sua violazione".

In conclusione quindi la seconda sezione civile della Corte di Cassazione ha stabilito che entrambi i genitori sono obbligati a sottoporre i figli minorenni alle vaccinazioni e che saranno pertanto sanzionati entrambi qualora si sottraggano a quest'obbligo adducendo come esimente lo stato di necessità derivante dalla loro convinzione della sussistenza di un danno grave per il figlio in seguito alle vaccinazioni.

LEGGE PRIVACY

(Comunicazione al lettore)

I suoi dati, raccolti e trattati nel rispetto degli Articoli 10 e 13 della Legge 675/96 per la Tutela dei Dati Personali, vengono utilizzati per l'invio di materiale informativo e/o promozionale.

In qualsiasi momento - ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento:

**ASSOCIAZIONE
MEDICA ITALIANA**
Via Merulana, 272 00185
ROMA,

Esporre una copia del permesso invalidi: i distinguo della Cassazione



Se troppo simili agli originali, costituiscono reato

In relazione agli ultimi requenti casi di soggetti più o meno noti sorpresi a parcheggiare in zone vietate esponendo sul cruscotto copie più o meno valide dei permessi speciali rilasciati agli invalidi, la Cassazione si è espressa con due diverse sentenze che chiariscono alcuni aspetti del problema

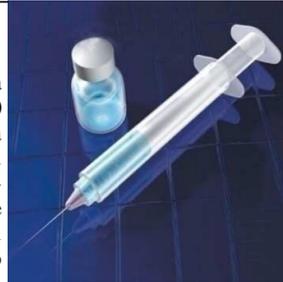
La prima sentenza (22578/2010) aveva stabilito che non costituisce reato l'esposizione di una fotocopia in bianco e nero del permesso di parcheggio per invalidi in quanto una riproduzione in bianco e nero (una evidente copia fotostatica) non può simulare l'originale, per cui viene a mancare il dolo generico (ovvero il tentativo truffaldino di farla passare per originale). Ovviamente (questo la sentenza non lo dice, ma può essere facilmente dedotto) i vigili urbani dovranno considerare questo elemento quando dovranno accertare la liceità della sosta.

La cosa si presenta diversamente se il permesso è copiato in modo verosimile

mediante scanner, in quanto può trattarsi di vera contraffazione; la Corte (sentenza n.22694/2010 della Quinta sezione penale) ha sottolineato che la contraffazione del permesso di trasporto invalidi realizzata creando copia mediante scannerizzazione di un permesso in bianco e apponendo altre generalità, configura il reato di cui agli articoli 477 (Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative) e 482 c.p. (Falsità materiale commessa dal privato).

Spiega la Corte: "hanno rilevanza penale, ex art 492 c.p. (Copie autentiche che tengono luogo degli originali mancanti), le condotte di falsificazione di copie che tengono luogo degli originali, quando il documento relativo abbia l'apparenza e sia utilizzato come originale, e non si presenti come mera riproduzione fotostatica".

In altre parole: la copia può essere ammessa se non si tenta di farla passare per l'originale.



L'importanza di essere firmatari degli Accordi Nazionali

Sono rappresentativi e possono promuovere il procedimento previsto dall'art. 28 dello Statuto dei lavoratori solo i sindacati che hanno stipulato contratti collettivi applicati in tutto il territorio nazionale. (Cass. sez. lavoro n. 5209 del 4 marzo 2010)

La Cassazione ha accolto un ricorso della Tirrenia che si era opposta all'azione di un sindacato (non firmatario dei contratti collettivi nazionali) che chiedeva il pagamento dei contributi sindacali.

Nell'occasione la Cassazione ha illustrato alcuni concetti aventi valenze generali:

"In tema di rappresentatività sindacale - ha detto la Corte - il criterio legale dell'effettività dell'azione sindacale equivale al riconoscimento della capacità del sindacato di imporsi come controparte contrattuale nella regolamentazione dei rapporti lavorativi.

Di conseguenza, al fine del riconoscimento del carattere "nazionale" dell'associazione sindacale - richiesto per legittimare l'azione di repressione antisindacale ex art. 28 stat. lav. - assume rilievo, più che la diffusione delle articolazioni territoriali, la capacità di contrarre con la parte datoriale accordi o contratti collettivi, anche gestionali, che trovano applicazione in tutto il territorio nazionale e attestano un generale e diffuso collegamento del sindacato con il contesto socio-economico dell'intero paese, di cui la concreta ed effettiva organizzazione territoriale si configura quale elemento di riscontro del suo carattere nazionale piuttosto che come elemento condizionante".

In altre parole: a meno di modifiche o di reinterpretazioni delle norme in vigore, resta essenziale per un Sindacato essere firmatario degli accordi nazionali. Che poi questa regola porti a volte a situazioni di dubbia democraticità, è un altro discorso, sia pure fondato.

Assente a visita fiscale per visitare un familiare malato? Si può!

I doveri di solidarietà e assistenza familiare sono validi motivi di giustificazione (Cass. 5718/2010)

I fatti:

Un lavoratore in malattia si era recato in visita alla madre malata (sottoposta ad intervento di cardiocirurgia) e ricoverata in un centro specialistico riabilitativo. Intrappolato nel traffico non era rientrato in tempo per la visita fiscale, ed era quindi risultato assente dal domicilio. Per questo motivo l'INPS, in base alle norme vigenti, aveva rifiutato il riconoscimento dell'indennità di malattia.

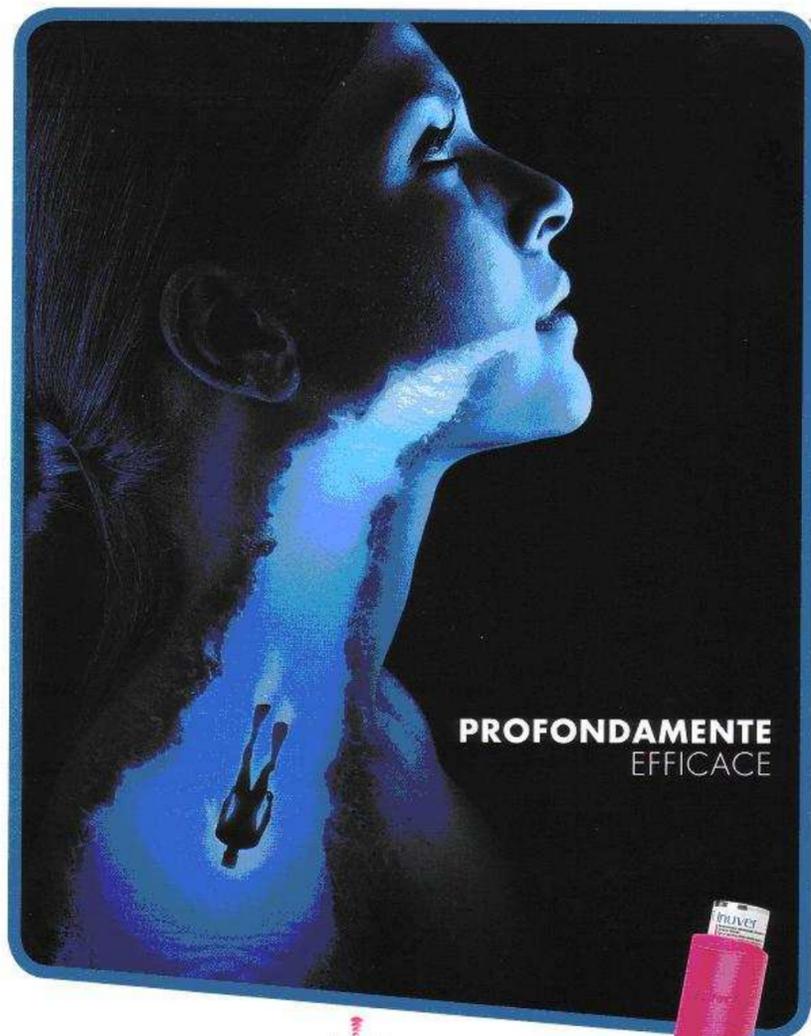
Portato il problema in Cassazione, questa decideva in favore del lavoratore, affermando che possono esistere esigenze di solidarietà e vicinanza familiare che legittimano la non reperibilità fiscale: tali esigenze di "solidarietà e di vicinanza familiare" sono senz'altro meritevoli di tutela "nell'ambito dei rapporti etico sociali garantiti dalla Costituzione".

Il ricorso dell'INPS veniva quindi respinto.

E' ormai in vigore la legge che impone la trasmissione telematica dei certificati di malattia. La situazione è ben lungi dall'essere in condizioni di piena attuabilità, tuttavia non è stata concessa una proroga. Considerando però le difficoltà tecniche e i problemi di privacy, è stato prolungato il periodo di rodaggio in cui non saranno applicate le sanzioni previste dal decreto Brunetta.

Vi terremo al corrente degli sviluppi su www.smi-lazio.org

AVVISO
A Novembre si terrà a Roma il Congresso Nazionale del Sindacato Medici Italiani



**PROFONDAMENTE
EFFICACE**

NOVARTIS

Inuver
BECLOMETASONE 100 µg +
FORMOTEROLO 6 µg