



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 21- N. 5
MAGGIO 2011

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

La compattezza della categoria induce la Regione Lazio a venire a patti. Uniti si vince sempre!

VITTORIA! E SENZA COMBATTERE!

Lo SMI-Lazio, pressoché' da solo, ha lottato organizzando una progressione di iniziative che partendo dal sit-in si sarebbero concluse con uno sciopero generale delle categorie convenzionate. Da solo lo SMI ha seguito tutte le procedure di legge indispensabili per attuare uno sciopero, mentre le altre sigle stavano a guardare. Ma l'ampio consenso alle nostre iniziative, con la partecipazione di un numero enorme di colleghi anche non sindacalizzati ci ha fatto espugnare il fortino nemico

Il più grande condottiero è colui che vince senza combattere, diceva Sun Tsu, filosofo e generale giapponese del V secolo A.C.

E così è stato anche per la guerra fra lo SMI e la Regione Lazio (rimandiamo riguardo i preparativi della battaglia al numero scorso) che, dopo aver promesso uno stanziamento di denaro finalizzato all'implemento della medicina del territorio e relative infrastrutture, si era resa poi latitante. Lo SMI ha mosso le sue pedine, prima cercando un dialogo pacifico con la Regione, e infine alzando sempre più il tenore della protesta fino ad arrivare allo sciopero proclamato per il 3 giugno. Ma la vittoria è giunta, senza scontri diretti: 10 minuti prima dell'inizio della conferenza stampa del 31 maggio, è arrivato alla sede SMI il decreto che stanziava (finalmente, si potrebbe dire) 36.000.000€ finalizzati al miglioramento delle "unità di cure primarie e forme associative dei medici di medicina generale", che si vedranno inoltre installare la strumentazione necessaria alla medicina di gruppo.

Nello specifico la regione comincerà ad installare le linee ADSL negli studi medici dal 10 giugno, mentre dal 15 dello stesso mese avrà il via la sperimentazione che dovrà valutare il software regionale che gestirà la medicina associativa, e che sarà disponibile a chiunque ne faccia richiesta. Un secondo punto importante: con altro decreto si è deliberato inoltre che la durata delle ricette specialistiche abbia durata di un anno.

Una vittoria riportata a tre giorni dallo scontro, ma sicuramente non gratuita. Mesi di lavoro e di dedizione hanno portato lo SMI a creare solide basi sia tecniche che di consenso della categoria medica nei confronti della protesta, solide basi che hanno consentito una pressione sempre maggiore nei confronti della regione e che ha lasciato quest'ultima senza altra soluzione se non accettare quanto richiesto (che poi, sarebbe anche quanto da loro stessi promesso).

Il chiaro segnale che è stato mandato ha portato all'unica conclusione possibile, senza nel contempo creare disservizio al cittadino.

GZ



La Fibrillazione Atriale: una ampia rivisitazione

Il collega Renato Rossi fa il punto su una patologia tanto diffusa

Una sintesi sull'inquadramento e sulla terapia della fibrillazione atriale.

Recentemente sono state aggiornate le linee guida sulla fibrillazione atriale sia da parte della Società di Cardiologia Europea sia da parte delle Società Cardiologiche Americane.



A queste linee guida ci siamo rifatti per questo articolo.

Classificazione clinica della fibrillazione atriale

La fibrillazione atriale può essere distinta, da punto di vista dell'evoluzione temporale, in cinque forme, come riassunto nella tabella che segue.

Classificazione della fibrillazione atriale

- 1) fibrillazione atriale al primo episodio
- 2) fibrillazione atriale parossistica (forma che termina spontaneamente entro 7 giorni, usualmente entro 48 ore)
- 3) fibrillazione atriale persistente (forma che dura da più di 7 giorni o che termina grazie a cardioversione elettrica o farmacologica)
- 4) fibrillazione atriale persistente di lunga durata (forma che dura da almeno 1 anno quando si decide di adottare una strategia volta al controllo del ritmo)
- 5) Fibrillazione atriale permanente

(quando si decide di adottare una strategia volta al controllo della frequenza, accettando quindi la presenza dell'aritmia; qualora si decida di intraprendere una strategia volta al controllo del ritmo la forma viene riclassificata come persistente)

Ognuna di queste cinque forme può a sua volta essere distinta in:

- 1) sintomatica
- 2) silente

In base alla gravità dei sintomi l'European Heart Rhythm Association (EHRA) raccomanda di classificare l'aritmia in:

- EHRA I: assenza di sintomi
- EHRA II: sintomi lievi che non impediscono le normali attività quotidiane
- EHRA III: sintomi severi che riducono le normali attività quotidiane
- EHRA IV: sintomi disabilitanti che impediscono le normali attività quotidiane

Quali accertamenti richiedere in un paziente con fibrillazione atriale?

Tra gli esami di laboratorio sono indispensabili l'esame emocromocitometrico, la funzionalità renale ed epatica, gli elettroliti ed i test di funzionalità tiroidea, la glicemia ed il profilo lipidico.

Tra gli esami strumentali, oltre all'elettrocardiogramma standard, vanno ricordati l'ecocardiogramma per valutare la funzionalità cardiaca ed una

eventuale cardiopatia o valvulopatia sottostante (eventualmente un ecocardiogramma transesofageo per evidenziare trombi intracavitari), l'elettrocardiogramma dinamico secondo Holter e l'elettrocardiogramma da sforzo se si sospetta una cardiopatia ischemica.

Valutazione del rischio cardioembolico e conseguente trattamento

Attualmente la valutazione del rischio cardioembolico si basa sul CHA2DS2-VASc score, come riassunto nella tabella sottostante.

CHA2DS2-VASc SCORE

- Scompenso cardiaco o disfunzione ventricolare sinistra: 1 punto
- Ipertensione: 1 punto
- Età >= 75 anni: 2 punti
- Età 65-74 anni: 1 punto
- Diabete mellito: 1 punto
- Precedente ictus, TIA, tromboembolismo: 2 punti
- Malattia vascolare (pregresso infarto, arteriopatia arti inferiori, placca aortica): 1 punto
- Sesso femminile: 1 punto

Il trattamento dipende dal punteggio raggiunto:

- Punti 0 e nessun fattore di rischio: ASA 75-325 mg/die oppure (preferibilmente) nessun trattamento antitrombotico
- Punti 1: warfarin (target INR 2-3) preferibilmente, oppure ASA 75-325 mg/die

(pag.2)

Permessi lavorativi per assistenza ai disabili gravi (Pag.3)

Linee guida americane sui Disturbi dell'alimentazione (pag.3)

Qual è l'efficacia dell'ippocastano sulla insufficienza venosa? (pag.3)

La paroxetina riduce l'efficacia del Tamoxifene (pag.3)

Gli asmatici possono andare in piscina? (pag.4)

Sartani e rischio di infarto miocardico (pag.4)

Attenzione ai bioflavonoidi in Gravidanza (pag.4)

Il Comune risponde anche penalmente delle buche dell'asfalto (pag.4)

Parcheggio selvaggio? Può essere reato di violenza privata (pag.5)

Il fumo passivo al lavoro può essere causa di inabilità INAIL (pag.5)

Le Poste devono risarcire i danni dovuti a ritardi di consegna (pag.5)

Novità SIAMEG

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR (pag.7)

(da pag. 1)

- Punti >= 2: warfarin (target INR 2-3)
Anche se non esplicitamente previsto dalle linee guida è consigliabile, quando si inizia una terapia con antagonisti della vitamina K (warfarin), associare, soprattutto nei pazienti a moderato-elevato rischio tromboembolico, una eparina a basso peso molecolare a dosaggio adeguato per i primi giorni, fino al raggiungimento del range desiderato di INR.

Nei casi di fibrillazione atriale parossistica il rischio tromboembolico è verosimilmente simile a quello delle altre forme di fibrillazione atriale. Pertanto la decisione di quale terapia antitrombotica iniziare si basa sulla valutazione del CHA2DS2-VASc score.

Nel flutter atriale il rischio tromboembolico è simile a quello della fibrillazione atriale per cui la strategia terapeutica non cambia.

Un caso particolare è rappresentato dai pazienti in fibrillazione atriale con sindrome coronarica acuta, recente impianto di uno stent coronarico, pregresso infarto miocardico. In questi casi l'uso della triplice o duplice terapia (warfarin + ASA e/o clopidogrel) varia per modalità e durata. Per un approfondimento si rimanda alla consultazione delle linee guida europee [1].

Nei casi di pazienti in trattamento con warfarin che vanno incontro ad ictus nonostante un INR ottimale si consiglia di aumentare l'intensità dell'anticoagulazione (INR 3-3,5) piuttosto che associare un antiaggregante all'anticoagulante.

Il dabigatran, un inibitore diretto della trombina, è un'alternativa al warfarin prevista dalle linee guida americane [2]. Il dabigatran è una possibilità nei pazienti che faticano ad essere in range terapeutico con il warfarin oppure nei casi in cui il monitoraggio dell'INR non può essere eseguito o, infine, nei pazienti a rischio emorragico elevato. Il farmaco non deve essere usato per valori di creatinina clearance inferiori a 15 mL/minuto oppure se vi è una grave epatopatia. Le linee guida ammettono che i pazienti che sono in trattamento con warfarin e che hanno un sufficiente controllo dell'INR probabilmente traggono pochi o nulli benefici dal passaggio al dabigatran.

Nei pazienti che dovrebbero assumere warfarin ma non lo possono fare per intolleranza, controindicazioni o impossibilità ad eseguire periodicamente il monitoraggio un'altra alternativa potrebbe essere l'associazione ASA + clopidogrel.

Strategie terapeutiche

Nei pazienti con fibrillazione atriale instabile caratterizzata da tachicardia e sintomi importanti (ipotensione, lipotimia o sincope, dispnea, dolore toracico, scompenso cardiaco sinistro o sintomi neurologici), è necessario un immediato ricovero. La terapia deve essere indirizzata a ridurre la frequenza cardiaca e, ove possibile, ripristinare il ritmo sinusale con una cardioversione d'urgenza. I farmaci più usati per ridurre la frequenza cardiaca in emergenza sono il verapamil o il metoprololo somministrati per via infusiva. Nei casi in cui si abbia una grave disfunzione ventricolare sinistra può essere usato l'amiodarone. Nei casi in cui la fibrillazione atriale

sia caratterizzata da marcata bradicardia si usa l'atropina IV ma spesso è necessaria una cardioversione urgente oppure l'impianto di un pace maker temporaneo.

Nella maggior parte dei casi però i pazienti hanno una fibrillazione atriale stabile, vale a dire asintomatica o con sintomi lievi. In queste evenienze si deve decidere se attuare una strategia volta al controllo del ritmo oppure al solo controllo della frequenza cardiaca. Numerosi studi hanno dimostrato che gli esiti hard non differiscono tra le due strategie.

Controllo del ritmo

Per controllo del ritmo si intende un trattamento che:

- 1) ripristini il ritmo sinusale qualora questo non avvenga spontaneamente (come succede nelle forme parossistiche); il ripristino del ritmo sinusale può avvenire con la cardioversione elettrica o farmacologica
- 2) eviti le recidive

I migliori candidati al controllo del ritmo sono i pazienti con "lone atrial fibrillation" (vale a dire fibrillazione atriale in assenza di cardiopatia e/o fattori di rischio), soprattutto se giovani. Altri candidati sono i pazienti con fibrillazione atriale parossistica sintomatica oppure con sintomi nonostante un adeguato controllo della frequenza cardiaca. Ancora: pazienti con fibrillazione atriale secondaria a fattori scatenanti correggibili. Alcuni consigliano il controllo del ritmo nei pazienti con scompenso cardiaco, anche se i dati della letteratura sembrano dimostrare che, in questi casi, non ci sono benefici rispetto alla strategia "controllo della frequenza". Le maggiori probabilità di ripristino e mantenimento del ritmo sinusale si hanno nelle forme di insorgenza recente, quando l'atrio sinistro non è ingrandito e se non vi sono valvulopatie mitraliche. Tuttavia in una percentuale elevata di casi l'aritmia tende a recidivare a distanza di settimane o mesi e allora il ripristino e il mantenimento del ritmo sinusale divengono più problematici.

La cardioversione

Se si può essere certi che la fibrillazione atriale data da meno di 48 ore la cardioversione può essere eseguita a breve termine.

La cardioversione farmacologica ottiene il ripristino del ritmo sinusale in una percentuale inferiore rispetto alla cardioversione elettrica, ma non richiede l'anestesia.

Se la fibrillazione atriale comporta instabilità emodinamica si preferisce la cardioversione elettrica. Se invece la fibrillazione atriale non comporta instabilità emodinamica si può in prima istanza ricorrere alla cardioversione farmacologica. Se vi è una cardiopatia strutturale è preferibile l'amiodarone, altrimenti si può ricorrere a flecainide, propafenone o ibutilide.

Prima di procedere alla cardioversione sarebbe utile eseguire un ecocardiogramma transesofageo per escludere la presenza di un trombo nelle cavità cardiache, tuttavia è raro che questo esame possa essere disponibile in poche ore. In ogni caso, prima della cardioversione è necessario trattare il paziente con eparina non frazionata o con un'eparina a basso peso molecolare; dopo la cardioversione ed il ripristino del ritmo sinusale l'anticoagulazione va protratta per almeno 4

settimane. La successiva valutazione se continuare con una anticoagulazione long term deve basarsi su vari parametri: rischio tromboembolico del paziente, presenza di trombi cavitari, pregressi episodi di fibrillazione atriale e rischio di recidiva.

Se non ci sono fattori di rischio tromboembolico, trombi cavitari e se si tratta di un primo episodio di aritmia l'anticoagulazione long term può essere omessa.

Negli altri casi, pur in presenza di ritmo sinusale, va attentamente pesata la possibilità che possano comparire episodi aritmici, magari asintomatici, che possono provocare un evento cardioembolico cerebrale in assenza di copertura antitrombotica. In questo senso anche la dimostrazione di assenza di aritmia con l'ECG dinamico secondo Holter o con il loop recorder non permette di escludere con sicurezza che in futuro non potranno esserci recidive. Pertanto in molti casi ritenuti a rischio per la presenza di fattori di rischio oppure di pregressi episodi aritmici recidivanti si preferisce continuare con la terapia anticoagulante orale pur in presenza di persistenza del ritmo sinusale.

Se la fibrillazione atriale data da più di 48 ore oppure non è sicuramente databile di solito si ricorre all'anticoagulante per 3 settimane, seguita dalla cardioversione elettrica o farmacologica. Anche in questo caso l'anticoagulante, se il ripristino del ritmo sinusale ha successo, va proseguito per almeno 4 settimane. La decisione se continuare long term obbedisce alle stesse regole viste sopra.

Una strategia alternativa, pur in presenza di fibrillazione che dura da più di 48 ore oppure non databile, può essere quella di eseguire subito un ecocardiogramma transesofageo. Se non si documenta un trombo cavitario si procede con la cardioversione pre-eparina. Se si documenta un trombo si somministra l'anticoagulante orale per 3 settimane e si ripete l'ecografia transesofagea: se il trombo è scomparso si procede con la cardioversione, se il trombo persiste si opta per il solo controllo della frequenza cardiaca.

Indicazioni alla cardioversione elettrica (CVEL)

Una cardioversione elettrica immediata è raccomandata quando un soggetto con fibrillazione atriale a rapida risposta ventricolare ed instabilità emodinamica (infarto, ischemia, angina, ipotensione sintomatica, scompenso cardiaco) non risponde alle misure farmacologiche. Ugualmente si raccomanda una CVEL immediata se una fibrillazione atriale a rapida risposta ventricolare o instabile si associa ad una pre-eccitazione ventricolare.

Una cardioversione in elezione deve essere considerata se è prevista una strategia di controllo del ritmo a lungo termine.

Per aumentare il successo della cardioversione elettrica è consigliato un pretrattamento con amiodarone, flecainide, propafenone, ibutilide o sotalolo. Per il controllo della frequenza si può ricorrere ad un pretrattamento con betabloccanti, verapamil o diltiazem.

Ripetute cardioversioni possono essere effettuate in soggetti con fibrillazione atriale gravemente instabile refrattaria alle altre misure.

La cardioversione elettrica è controindicata se vi sono segni di tossicità digitalica.

Mantenimento del ritmo sinusale

Una volta ottenuto il ripristino del ritmo sinusale si pone il problema di quali farmaci usare per il suo mantenimento.

Se il paziente presenta episodi parossistici poco frequenti e senza cardiopatia evidente ci si può limitare al trattamento dei singoli episodi con cardioversione elettrica o farma-

cologica al bisogno. Talora in questi pazienti si ricorre alla cosiddetta "pillola in tasca": si prescrive flecainide o propafenone (se questi farmaci si sono già dimostrati essere tollerati) e il paziente ne assume una dose qualora dovesse sperimentare tachicardia e palpitazioni (con l'avvertenza di recarsi in ospedale se la terapia fallisce).

In generale, tuttavia, dopo il ripristino del ritmo sinusale si prescrive una terapia antiaritmica a lungo termine. La scelta del farmaco dipende da vari fattori, come riassunto nella tabella che segue, tratta dalle linee guida americane [2].

Scompenso cardiaco: preferire amiodarone o dofetilide

Ipertensione senza ipertrofia ventricolare sinistra: preferire flecainide, propafenone, sotalolo o dronedarone; in caso di insuccesso passare ad amiodarone

Ipertensione con ipertrofia ventricolare sinistra: preferire amiodarone o dofetilide

Cardiopatia ischemica: preferire sotalolo, dronedarone, dofetilide; in caso di insuccesso passare ad amiodarone

Assenza di cardiopatia (o cardiopatia minima): preferire flecainide, propafenone, sotalolo, dronedarone; in caso di insuccesso passare ad amiodarone.

Le linee guida europee forniscono raccomandazioni simili, anche se lievemente diverse. Per esempio in caso di ipertensione con ipertrofia ventricolare sinistra consigliano in prima battuta il dronedarone ed in caso di insuccesso l'amiodarone; lo stesso iter terapeutico viene consigliato in caso di scompenso cardiaco classe NYHA I e II, mentre nelle classi III e IV si consiglia l'amiodarone in prima battuta.

Per il mantenimento del ritmo sinusale si può ricorrere anche alla ablazione atriale sinistra transcateretere. Nella maggior parte dei casi l'ablazione interessa le vene polmonari in quanto si è visto che spesso la fibrillazione atriale è scatenata e/o mantenuta da extrasistoli che si originano in questa zona. Tuttavia, soprattutto nella fibrillazione atriale persistente, l'ablazione limitata alle sole vene polmonari non garantisce percentuali accettabili di successo ed è necessario ablate zone più ampie di tessuto atriale.

In generale l'ablazione viene consigliata quando si vuole mantenere il ritmo sinusale e si ha un sostanziale fallimento della terapia farmacologica.

Nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica sintomatica senza cardiopatia l'ablazione può essere presa in considerazione come trattamento di prima scelta. Di prima scelta potrebbe essere anche nei pazienti giovani che per mantenere il ritmo sinusale devono assumere amiodarone il cui uso, com'è noto, può portare a effetti collaterali pesanti a lungo termine (oculari, polmonari, tiroidei). L'ablazione è di prima scelta anche nel caso di flutter atriale, dove si ottiene una guarigione in oltre il 90-95% dei casi. In questo caso la zona da ablate è l'istmo dell'atrio destro. Dopo l'ablazione il paziente deve essere trattato con terapia anticoagulante orale (con contemporanea prescrizione di eparina fino al raggiungimento dell'INR desiderato). La terapia anticoagulante va proseguita per almeno 3 mesi. La successiva decisione se continuare long term [3] segue gli stessi criteri visti in precedenza (rischio tromboembolico del paziente, numero di recidive, etc.).

L'ablazione transcateretere si è di-

mostrata più efficace dei farmaci nel ridurre il rischio di recidive; per esempio nella fibrillazione atriale parossistica ad un anno la percentuale di pazienti liberi da ricadute arriva ad oltre il 70% (mentra con in farmaci si arriva a percentuali di poco superiori al 50%).

La percentuale di complicanze dell'ablazione è inferiore al 5% ed è operatore dipendente: stenosi delle vene polmonari, fistola atrio esofagea, tamponamento cardiaco, lesioni valvolari mitraliche, embolismo cerebrale o sistemico, etc. Per questo è necessario che la selezione dei pazienti da sottoporre ad ablazione sia particolarmente accurata e venga effettuata da cardiologi esperti della materia.

Non sono disponibili dati a lungo termine sull'efficacia dell'ablazione nel ridurre mortalità e morbilità associate alla fibrillazione atriale.

E' possibile anche una ablazione chirurgica che viene presa in considerazione in pazienti con fibrillazione atriale che devono essere sottoposti ad interventi di cardiocirurgia per altri motivi.

Controllo della frequenza cardiaca

Il controllo della frequenza cardiaca è necessario in condizioni acute quando una fibrillazione atriale a rapida risposta ventricolare comporta sintomi e/o instabilità emodinamica.

I farmaci raccomandati per via IV sono un betabloccante oppure un calcioantagonista non diidropiridinico (verapamil o diltiazem). In presenza di scompenso cardiaco o ipotensione tuttavia è preferibile ricorrere alla digitale oppure all'amiodarone. In caso coesista una pre-eccitazione sono controindicati digossina, betabloccanti, calcioantagonisti non diidropiridinici e adenosina: si possono usare amiodarone e gli antiaritmici della classe I (per esempio flecainide e propafenone).

Il controllo della frequenza cardiaca a lungo termine, lasciando il paziente in fibrillazione atriale, è una scelta terapeutica adeguata nei soggetti anziani con forme asintomatiche permanenti. Inoltre il semplice controllo della frequenza diventa una scelta obbligata quando sono fallite le opzioni per il ripristino ed il controllo del ritmo sinusale.

I farmaci usati per controllare la frequenza cardiaca a lungo termine sono: la digitale (nel caso di pazienti che fanno una vita poco attiva), betabloccanti e digitale nel caso di scompenso cardiaco; negli altri casi vengono con-

sigliati: betabloccanti, digitale, verapamil, diltiazem. Nel caso di coesistenza di BPCO si usano verapamil, diltiazem e digitale e, se la frequenza non è controllata, anche pic-

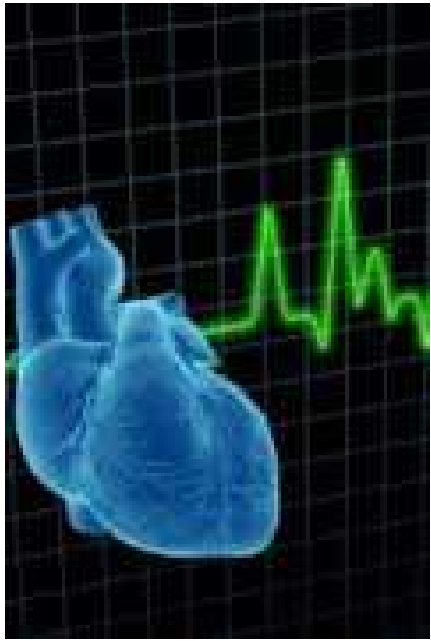
cole dosi di un betabloccante beta 1 selettivo.

Spesso è necessario ricorrere alla associazione di più farmaci.

Amiodarone e dronedarone possono essere usati in seconda battuta quando i farmaci classici raccomandati per il controllo della frequenza falliscono.

Il grado di controllo della frequenza cardiaca è stato recentemente rivisto: molto spesso ci si può limitare ad una frequenza cardiaca inferiore a 110 bpm a riposo; nel caso però il paziente lamenti dei sintomi si può ricorrere ad un controllo più stretto (< 80 bpm).

A cura di Renato Rossi



Riepilogo: i permessi lavorativi per assistenza ai disabili gravi

L'INPS, in base alle norme introdotte dalla legge n. 183 del 4/11/2010 ("Collegato lavoro") fornisce istruzioni e interpretazioni sulle modalità per usufruire dei permessi lavorativi retribuiti da parte dei soggetti che assistono persone con grave disabilità (Circolare n. 45 del 1-3/2011)

L'Inps, con la circolare citata sopra, ha presentato un quadro riepilogativo delle varie norme che regolano i permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992.

Viene precisato che viene ristretta la platea dei soggetti legittimati a fruire dei permessi per assistere persone in situazione di disabilità grave; Non è più ammessa l'alternanza di più beneficiari, in quanto i permessi possono essere accordati soltanto ad un unico lavoratore (a questa regola

fanno eccezione i genitori di figli con disabilità grave, che invece possono usufruire dei permessi alternativamente, ma sempre nel limite dei tre giorni per persona disabile);

Non sono più richiesti i requisiti della convivenza, della continuità ed esclusività dell'assistenza;

Il lavoratore ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere.

Viene prevista la decadenza dal diritto alle agevolazioni in caso di accertamento di insussistenza dei requisiti richiesti dalla normativa in materia; viene istituita una banca dati presso il Dipartimento della Funzione Pubblica che raccoglie i dati inerenti ai benefici in argomento.



Linee guida americane sui Disturbi dell'alimentazione

Linee Guida Americane della AED (ACADEMY OF EATING DISORDER), del Centro per i Disturbi Alimentari dell'Ospedale di Cleveland (OHIO): Uno strumento utile a disposizione della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia per la identificazione precoce e la gestione clinica dei disturbi della alimentazione.

Le linee guida americane, pensate per essere uno strumento agevole e di facile consultazione, per la medicina generale, elencano una serie di strategie per iniziare tempestivamente alla diagnosi di certezza, elemento essenziale per un percorso che sia basato su evidenze scientifiche, in caso di disturbo del comportamento

alimentare.

Le linee guida mettono in risalto il percorso clinico di approccio al paziente con sospetto disturbo del comportamento alimentare, unitamente all'approfondimento diagnostico e di diagnostica strumentale. Particolare importanza è data alla prevenzione della temibile "refeeding syndrome" causata da improvviso squilibrio idroelettrolitico, potenzialmente fatale, nei casi di reidratazione in pazienti con severa malnutrizione.

Un testo interessante, disponibile al seguente indirizzo: <http://www.medscape.com/familymedicine>
A cura di Cristina Patrizi

Qual è l'efficacia dell'ippocastano sulla insufficienza venosa?

Un vecchio rimedio che sta dimostrando la sua reale efficacia

L'estratto di semi di ippocastano (Aesculus hippocastanum L.) contiene escina, una saponina triterpenica, come componente attivo.

E' stato visto che l'escina inibisce l'attività di elastasi e ialuronidasi, due enzimi coinvolti nella degradazione del proteoglicano. In pazienti con insufficienza venosa cronica (IVC), i leucociti attivati si accumulano nelle gambe affette e rilasciano questi due enzimi che portano a danno patofisiologico.

E' stato suggerito che l'estratto di semi di ippocastano (HCSE) riduca l'IVC attraverso l'inibizione degli enzimi lisosomiali dai leucociti attivati. L'attuale gestione dell'IVC consiste

nel trattamento compressivo che è stato associato a discomfort e a scarsa compliance, il che rende la terapia orale un'opzione attraente.

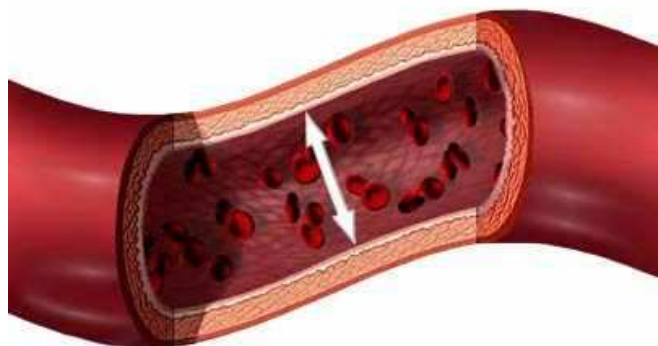
Pittler e coll. hanno condotto attraverso la Cochrane Collaborative una revisione sistematica di trial randomizzati controllati pubblicati e non pubblicati che hanno valutato l'efficacia e la tollerabilità di monopreparazioni orali di HCSE versus placebo o terapia di riferimento per il trattamento della IVC

dal 1966 ad Ottobre 2005.

Dalla loro letteratura i ricercatori hanno identificato 14 trials che comprendevano 1501 pazienti con IVC.

Rispetto a placebo, la somministrazione di HCSE era associata a miglioramenti dei segni e sintomi relative ad IVC, specificamente edema, prurito, riduzione della circonferenza della

La presión arterial mide la fuerza que se aplica a las paredes arteriales



ADAM.

caviglia e del polpaccio e del volume delle gambe.

Il dolore alle gambe era stato valutato in sette piccoli trial controllati vs placebo. Sei studi (n=543) hanno riportato una riduzione significativa del dolore alle gambe attraverso varie scale di misurazione in pazienti che avevano assunto HCSE rispetto a placebo, mentre altri avevano mostrato un miglioramento rispetto alla linea basale.

Promemoria n. 1: I mucolitici sono vietati sotto i due anni di età

Ricordiamo che l'AIFA ha emesso un provvedimento restrittivo a proposito dei farmaci mucolitici, acetilcisteina, carbocisteina, ambroxolo, bromexina, sobrerolo, neltexina, erdoxina e telmestina, contenuti in numerosi medicinali che sono per la maggior parte dispensabili senza obbligo di ricetta.

Questi farmaci hanno attività mucolitica e fluidificante e sono per lo più prescritti, o somministrati dal genitore, nel trattamento delle affezioni acute e

croniche dell'apparato respiratorio. In Francia sono stati evidenziati aumenti dei casi di ostruzione respiratoria e di peggioramento di patologie respiratorie nei bambini di età inferiore a 2 anni trattati con i mucolitici, a causa della minor capacità di drenaggio bronchiale a quest'età.

Si è riscontrato peggioramento di bronchioliti, aumento di tosse, aumento di secrezioni bronchiali, dispnea, difficoltà respiratoria, vomito viscoso che spesso hanno obbligato all'ospedalizzazione.

E' stato quindi controindicato l'uso di tali farmaci sotto i due anni d'età'.

Per leggere il provvedimento integrale, vai su

http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/mucolitici_aifa_vietati_bambini.pdf

Daniele Zamperini

La paroxetina riduce l'efficacia del tamoxifene

Potrebbe far aumentare il rischio di mortalità specifica per cancro

L'assunzione contemporanea di paroxetina riduce l'efficacia del tamoxifene e si associa ad un rilevante aumento della mortalità specifica per cancro della mammella.

Più del 25% delle pazienti con cancro mammario sperimenta un episodio depressivo. I nuovi antidepressivi sono ampiamente utilizzati nelle donne con cancro mammario per il trattamento della depressione e sono prescritti anche per i sintomi relativi all'uso di tamoxifene, quali le vampate di calore, e per varie altre indicazioni.

Obiettivo di questo studio di coorte basato su popolazione era di verificare se alcuni inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) riducessero l'efficacia del tamoxifene inibendo la sua trasformazione, da parte del citocromo P450 2D6 (CYP2D6), a metabolita attivo, endoxifene. Gli autori hanno esaminato le cartelle cliniche di quasi 25000 donne al di sopra dei 66 anni, colpite da cancro alla mammella, che avevano iniziato il trattamento con tamoxifene tra il 1993 e il 2005.

Misure di esito erano il rischio di morte da cancro mammario dopo la sospensione del trattamento con tamoxifene, come una funzione della proporzione di tempo nella quale, durante il trattamento con tamoxifene, era stato co-prescritto ciascun SSRI.

Risultati
Delle 25000 donne esaminate, 7500 avevano ricevuto anche un antidepressivo e 2430 un unico SSRI durante la terapia con l'antiestrogeno. L'SSRI più prescritto era proprio paroxetina (25,9%), seguita dalla sertralina (22,3%), citalopram (19,2%), venlafaxina (15%), fluoxetina (10,4%) e fluvoxamina (7,2%). Delle 2430 donne trattate con tamoxifene e con un singolo SSRI, 374 (15,4%) sono morte di cancro mammario durante il follow-up (follow-up medio 2,38 anni, SD 2,59). Dopo aggiustamento per età, durata del trattamento con tamoxifene, ed altri potenziali confondenti, l'incremento assoluto del 25%, del 50%, e del 75% della proporzione di tempo in trattamento con tamoxifene, con l'uso associato di paroxetina (un inibitore irreversibile del CYP2D6) era associato con l'aumento del 24%, 54%, e del 91% del rischio di morte da cancro mammario, rispettivamente (P <0.05 per ciascun paragone). Di contro, non è stato osservato lo stesso rischio con altri antidepressivi.

Gli autori hanno stimato che l'assunzione di paroxetina per il 41% della durata del trattamento con tamoxifene porterebbe a un decesso aggiuntivo ogni 19,7 pazienti trattate entro 5 anni dall'interruzione dell'antiestrogeno, e il rischio sarebbe ancora maggiore con una sovrapposizione più lunga.

Gli esperti che hanno firmato l'editoriale di commento allo studio, sostengono che vi è una chiara raccomandazione ad evitare in queste pazienti gli SSRI che inibiscono fortemente il CYP2D6, come paroxetina e fluoxetina, e preferire invece inibitori meno potenti quali citalopram o venlafaxina.

Limitazioni dello studio

Non si è potuta accertare l'indicazione per il trattamento antidepressivo; non si hanno informazioni sullo stadio del cancro mammario, per cui non si può escludere la possibilità che donne che hanno ricevuto paroxetina, insieme al tamoxifene, per tempi più lunghi avessero un cancro in stadio più avanzato, anche se clinicamente non sembra plausibile. Circa il 7% delle donne mostra una mancata attività funzionale del CYP2D6 ed è, pertanto, incapace di metabolizzare il tamoxifene in endoxifene; queste donne possono avere meno vampate di calore associate e maggiore aderenza alla terapia con tamoxifene ma una risposta più scarsa al farmaco. Non si hanno informazioni

sul genotipo delle partecipanti allo studio, per cui è possibile che siano state incluse nello studio pazienti con polimorfismi perdita-di-funzione che hanno portato a minimizzare le conseguenze cliniche della inibizione del CYP2D6 farmaco-indotta, e possono aver attenuato la capacità dell'analisi di discriminare tra i vari tipi di SSRI.

Il risultato di un aumentato rischio di morte da tutte le cause in donne con co-prescrizione di paroxetina si può spiegare in almeno due modi. Primo, il cancro mammario era la causa più comune di morte in queste pazienti ed un'associazione tra uso di paroxetina e mortalità totale era pertanto attesa.

Secondo, alcune morti non specificamente ascritte al cancro mammario possono essere state il riflesso di effetti remoti della malattia (quali embolia polmonare o tamponamento cardiaco) o della malattia stessa, specialmente quando non sono state registrate altre cause di morte. E' importante che queste limitazioni sono state applicate a tutti gli antidepressivi e non possono spiegare il rischio differente di mortalità osservato con il trattamento con paroxetina. Sebbene il grado con cui i vari SSRI inibiscono il CYP2D6 differisca tra i vari studi, vi è consenso che sia la paroxetina sia i suoi metaboliti siano forti inibitori del CYP2D6.

Gli autori non hanno trovato associazione tra uso di fluoxetina e morte da cancro mammario tra donne che usano il tamoxifene. I motivi di questo non sono chiari ma potrebbe riflettere il basso numero di donne trattate con fluoxetina in questo campione di studio, per cui i risultati di questo studio non possono essere visti come una evidenza di sicurezza d'uso della fluoxetina con il tamoxifene. In maniera simile, non si può escludere la possibilità che dimensioni insufficienti di campione possono spiegare i risultati di mortalità non significativa con altri SSRI.

A cura di Patrizia Iaccarino

Riferimento

Kelly CM, et al.: Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women taking Tamoxifen: a population based cohort study" BMJ 2010; 340: c693.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4971>

A cura di Patrizia Iaccarino

Referenze

Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 1. Sheryl L. Chow et al. Pharmacotherapy. 2010;30:109

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA-AMI

Fondato da Mario Menagualé

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 Periodica Italiana



2009

Gli asmatici possono andare in piscina? Ma certo!

Secondo uno studio osservazionale prospettico la frequentazione della piscina non risulta associata ad un aumentato rischio di asma o di crisi asmatiche.

Gli autori di questo studio hanno seguito 5.738 bambini inglesi dalla nascita all'età di 10 anni raccogliendo, grazie ad un questionario, dati sulla frequentazione di piscine e sintomi respiratori.

All'età di 7-8 anni sono stati valutati la funzionalità polmonare, l'ipereattività bronchiale e sono stati eseguiti gli allergotests cutanei.

I risultati ottenuti sono stati, poi, corretti per vari fattori di confondimento. Si è visto che la frequentazione della piscina non risultava associata ad un aumento del rischio di patologie allergiche (asma, eczema atopico, rinocongiuntivite).

Al contrario: la frequentazione della piscina riduceva la sintomatologia asmatica nei bambini che avevano avuto episodi di broncoostrizione (wheezing) nei primi 3 anni e mezzo di vita.

Fonte:

Font-Ribera L et al. Swimming pool attendance, asthma, allergies, and lung function in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2011 Mar 1; 183:582.

Commento di Renato Rossi

Spesso i genitori di bambini con asma o altra patologia allergica chiedono se sia pericoloso o utile che i loro figli frequentino corsi di nuoto o comunque possano andare in piscina.

Da una parte i medici ritengono che il respirare in un ambiente umidificato come la piscina possa ridurre l'ipereattività bronchiale dell'asmatico e quindi il rischio di comparsa di crisi da esercizio fisico.

D'altra parte vi è il timore che l'esposizione ai prodotti usati per la disinfezione dell'acqua (a base soprattutto di cloro) possa scatenare crisi asmatiche.

Alcune recenti revisioni della letteratura [1,2,3,4] hanno dimostrato che, in effetti, l'asma è più frequente nei soggetti che praticano il nuoto rispetto ad altri tipi di sport.

Sembra inoltre che lo sviluppo di asma in chi frequenta le piscine sia più probabile in alcuni genotipi piuttosto che in altri.

Tuttavia le prove non sono del tutto conclusive circa un'associazione di tipo causale fra frequentazione della piscina ed asma di nuova insorgenza. L'associazione tra frequenza delle piscine e asma è presente soprattutto di chi passa molto tempo a nuotare (come per esempio chi pratica il nuoto a livello agonistico) mentre è meno provata per chi frequenta le piscine a scopo ricreazionale.

Alcuni autori auspicano studi a lungo termine per chiarire in modo più accurato la questione dato che molti dei lavori disponibili sono di tipo trasversale e non longitudinale.

Nel frattempo cosa consigliare ai genitori che ci chiedono un parere? Lo studio prospettico recensito in questa pillola è tranquillizzante ed anzi sembra

dimostrare un effetto protettivo della piscina verso l'asma nei bambini che, da piccoli, hanno avuto episodi di broncoostrizione.

Riteniamo, perciò, ragionevole non vietare per principio la frequenza della piscina al bambino asmatico, esclusi i casi in cui risulta evidente che questa pratica scatena o peggiora i sintomi respiratori.

Nello stesso tempo si devono informare i genitori che gli studi hanno dimostrato che esiste una associazione con l'asma in chi frequenta la piscina assiduamente e per molte ore, come per esempio chi pratica nuoto agonistico o semi agonistico, dato che in questi casi l'esposizione ai prodotti a base di cloro diviene prolungata.

Referenze

1. Fisk MZ et al. Asthma in swimmers: a review of the current literature. *Phys Sportsmed*. 2010 Dec;38(4):28-34.
2. Weisel CP et al. Childhood asthma and environmental exposures at swimming pools: state of the science and research recommendations. *Environ Health Perspect*. 2009 Apr;117(4):500-7.
3. Uyan ZS et al. Swimming pool, respiratory health, and childhood asthma: should we change our beliefs? *Pediatr Pulmonol*. 2009 Jan;44(1):31-7.
4. Goodman M et al. Asthma and swimming: a meta-analysis. *J Asthma*. 2008 Oct;45(8):639-47.

Il Comune risponde anche penalmente (e non solo civilmente) dei danni derivati dalle buche dell'asfalto

Il dirigente dell'Ufficio Tecnico risponde delle lesioni causate da omessa manutenzione del manto stradale (Cass. N 1377/2011) I Comuni, ha stabilito la Cassazione, hanno l'obbligo di rimuovere le buche stradali e le altre irregolarità che potrebbero causare incidenti e cadute. Qualora questo obbligo venga disatteso, saranno responsabili delle lesioni colpose in sede penale.

I fatti:

Il dirigente dell'Ufficio tecnico del Comune di Acqui Terme (in provincia di Alessandria) è stato condannato per le lesioni riportate da una signora inciampata in una bolla dell'asfalto, venendo considerato responsabile per aver omesso la manutenzione ordinaria del piano di calpestio del

e il responsabile dell'Ufficio tecnico del Comune assumono la posizione di garanzia sulla base di una generale norma di diligenza che impone agli organi dell'amministrazione comunale, rappresentativi o tecnici che siano, di vigilare, nell'ambito delle rispettive competenze, per evitare ai cittadini situazioni di pericolo derivanti dalla non adeguata manutenzione e dal non adeguato controllo dello stato delle strade comunali".

Infatti il compito del dirigente comunale, onerato della manutenzione "e' proprio quello di rimuovere quelle situazioni di irregolarità da



cui e' prevedibile possano sorgere problemi per la circolazione degli utenti".

Nel caso in questione, "essendosi verificato che lo stato della strada poteva de-

passaggio pedonale. Infatti sull'asfalto si era formata una bolla, non visibile e non segnalata, su cui era inciampata una signora.

Il dirigente e' stato condannato per lesioni colpose nonostante che la difesa del Comune sostenesse che, essendo la bolla visibile, il pedone l'avrebbe potuta evitare.

terminare prevedibilmente eventi del genere" l'omissione della riparazione comporta la responsabilità dell'Ente comunale e dei suoi rappresentanti. La disattenzione del pedone, avverte la Cassazione, se il Comune non si attiva per rimuovere le insidie non e' che un "pretesto" di cui non tenere alcun conto.

La Corte sottolineava che "il sindaco

Promemoria n. 2 : Fare attenzione all'uso dei bioflavonoidi in gravidanza

Dato l'ampio uso di prodotti "venoprotettori" durante il periodo estivo, ricordiamo che alcuni anni fa il Ministero della Salute ha emanato una serie di provvedimenti (Decr. 24/10/2002, Decr. 15/11/2002, ecc.) in cui veniva sottolineato che "la problematica concernente la sicurezza d'uso dell'assunzione di supplementi di bioflavonoidi durante la gravidanza è attualmente oggetto di approfondimento a seguito della segnalazione, per alcune di tali sostanze, della possibilità di aumento del rischio di gravi patologie, pur rare, nel primo anno di vita..." per cui era disposto l'inserimento nell'etichetta di integratori che contenessero tali sostanze della seguente avvertenza: "**Non assumere durante la gravidanza**".

Questa nota riguardava dapprima solo gli integratori, e non i farmaci, ma in un momento successivo venivano trasferiti anche ai farmaci basati sugli stessi principi attivi (cosiddetti "venotropi" come Diosmina, Mirtillina, Escina, Troxeruti-

na, Rutoside, Oxeirutina). Questi vengono frequentemente prescritti, anche in gravidanza, per disturbi vascolari periferici non essendo considerati controindicati, tuttavia consigliamo ai medici una particolare prudenza.

Attualmente non abbiamo rinvenuto nei foglietti illustrativi una diretta controindicazione, il problema sembra trasferito tra le "avvertenze" ("alcune evidenze sperimentali... mostrano una possibile azione mutagenica dei bioflavonoidi su alcuni geni coinvolti nel controllo della proliferazione cellulare").

Data la delicatezza del problema il sottoscritto ritiene consigliabile evitare la prescrizione di farmaci a base di bioflavonoidi in corso di gravidanza.

Daniele Zamperini

I Sartani non aumentano il rischio di infarto miocardico

Rispetto al placebo e agli altri trattamenti antipertensivi l'uso dei sartani non aumenta il rischio di infarto miocardico, mentre riduce il rischio di ictus.

Obiettivo di questa revisione sistematica con metanalisi era di determinare gli esiti cardiovascolari e di altro tipo della terapia con gli inibitori del recettore dell'angiotensina (sartani).

E' stato possibile ritrovare 37 RCT per un totale di 147.020 pazienti.

Il confronto è stato effettuato sia con altri trattamenti antipertensivi che con placebo.

I sartani non sono risultati associati ad un aumento del rischio di infarto miocardico (RR 0,99; 95%CI 0,92-1,07) sia rispetto ad altri farmaci antipertensivi che rispetto al placebo. Non è risultato neppure un aumento del rischio di morte, morte cardiovascolare o angina pectoris.

Rispetto ai controlli i sartani sono risultati associati ad una riduzione del rischio di ictus (RR 0,90; 95%CI 0,84-0,98), scompenso cardiaco (0,87; 0,81-0,93) e diabete di nuova diagnosi (0,85; 0,78-0,93) sia quando paragonati al placebo che al trattamento attivo.

Gli autori concludono che vi sono evidenze convincenti che l'uso dei sartani non aumenta il rischio di infarto miocardico, mentre rispetto al placebo e ai trattamenti di controllo riducono il rischio di ictus.

Fonte:

Bangalore S et al. Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of 147 020 patients from randomised trials. *BMJ* 2011 May 9; 342:d2234

Commento di Renato Rossi

Il sospetto che i sartani fossero associati ad un aumentato rischio di infarto miocardico era stato avanzato nel 2004 da un editoriale del BMJ [1]. Sospetto peraltro successivamente smentito [2].

A riaccendere la polemica erano venute metanalisi successive che avevano mostrato risultati contrastanti circa il rischio di infarto nel paragone tra sartani e aceinibitori [3].

Altre analisi mostravano che sartani e ACE-inibitori sono ugualmente efficaci nella protezione del rischio di eventi cardiovascolari e della mortalità da tutte le cause e suggerivano per i sartani un

ulteriore esiguo effetto protettivo verso lo stroke, al di là della riduzione della pressione [4]. Dati peraltro messi in discussione da studi successivi [5] secondo i quali i sartani non sarebbero più efficaci del placebo nel ridurre il rischio di cardiopatia

ischemica.

Arriva ora l'ultima puntata della serie: secondo l'analisi di Bangalore e collaboratori non solo i sartani non porterebbero ad un aumento del rischio di infarto miocardico sia rispetto agli altri trattamenti che rispetto al placebo, ma neppure ad un aumento del rischio di mortalità totale e cardiovascolare e di angina pectoris. Per contro si assiste, con il loro uso, ad una riduzione del rischio di ictus e di scompenso cardiaco.

Da ricordare che recentemente è stato

pubblicato un ampio studio di coorte che scagiona i sartani dal rischio di cancro [6], smentendo il sospetto avanzato da una metanalisi i cui risultati, come scrivemmo a suo tempo, andavano valutati con molta prudenza [7].

Che dire? La letteratura ci ha abituato a questo e altro e spesso viene il sospetto che sia tutto un dire e disdire. D'altra parte non sono ancora state inventate le metanalisi e le revisioni sistematiche perfette. Come abbiamo varie volte ripetuto il medico si dovrà confrontare sempre più spesso con dati di letteratura tra loro contrastanti.

Teoricamente gli RCT e le metanalisi producono numeri e i numeri, per loro natura, non dovrebbero essere discutibili. Eppure in medicina non succede così, le cose sono molto più complicate e sfaccettate. Gli studi sono talmente numerosi, le metodologie statistiche così difficili e sofisticate, il disegno dei vari RCT diversificato e complesso e la loro qualità così variabile che i vari esperti si trovano spesso tra loro in disaccordo su come interpretare tutta questa mole di dati.

Ci sembra comunque, considerando le cose nel loro insieme, di poter concludere che i sartani rappresentano un'ulteriore arma terapeutica che va ad aggiungersi agli altri farmaci antipertensivi, e che i medici possono continuare ad usarli senza temere rischi.

Sarà importante comunque attendere le decisioni degli enti regolatori (FDA ed EMEA), come abbiamo già scritto in pillole precedenti [6,7].

Per una volta comunque ci piace fare la parte dell'avvocato del diavolo, perché viene spontanea una domanda: non sarà che quando i sartani avranno perso il brevetto e il loro costo sarà di molto diminuito tutto questo proliferare di ricerche improvvisamente scomparirà come nebbia al sole?

Ai prossimi anni la risposta.

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,

Parcheggio selvaggio? Puo' essere reato di violenza privata

La Cassazione ha ribadito quanto già affermato in precedenti sentenze: bloccare con la propria autovettura la vettura di un alto impendone l'uscita o la circolazione, puo' integrare il reato di violenza privata e comportare quindi una condanna penale (Cass. V Penale n. 7592/2011).

Daniele Zamperini

I fatti:

il proprietario di un' autovettura era stato condannato a trenta giorni di reclusione per violenza privata in base all' art. 610 c.p. per aver intenzionalmente parcheggiato la sua auto in modo da impedire l'uscita di un altro condomino omettendo, nonostante le sollecitazioni, a rimuovere l'automezzo e costringendo l' altro a non potersi allontanare. L' uomo, dopo la condanna da parte dei giudici di merito, aveva avanzato ricorso per cassazione sostenendo, oltre all'intervenuta prescrizione, che la Corte d'appello avesse erroneamente ritenuto provata la circostanza dell'intenzionalità della sua condotta, dovuta invece allo smarrimento delle chiavi.

La Cassazione invece respingeva il ricorso, pur dichiarando estinto il reato per prescrizione, stabilendo che, in casi del genere, non rileva la circostanza che l'agente avesse smarrito le chiavi, non avendo questo fornito personalmente

informazioni in merito allo smarrimento. Ha poi confermato la responsabilità civile del colpevole, confermando il risarcimento del danno in favore della persona offesa.

Secondo la pronuncia della Corte, quindi, senza l'intervenuta prescrizione del reato, l'automobilista prepotente avrebbe rischiato una condanna definitiva per violenza privata.

Commento:

Puo' sembrare strano, ma non e' la prima volta che la Cassazione si esprime in questi termini, per cui il principio potrebbe ritenersi ormai confermato.

Abbiamo già pubblicato su http://www.scienzaeprofessione.it/Pillola_SP_02_06.pdf e su <http://www.pillola.org/public/aspnuke/pdf.asp?print=news&pid=2280>

una precedente analoga sentenza risalente addirittura al 2005 in cui la Corte di Cassazione (I sez. Penale, sentenza n. 24614 del 4 luglio 2005) condannava per violenza privata (art. 610 C.P.) un automobilista che aveva bloccato, parcheggiando in doppia fila, una vettura impedendone l'uscita, annullando, in questo caso, l'assoluzione da parte dei giudici di merito.

In quel caso la corte stabili' che "...il

reato di cui all'art. 610 c.p. resta integrato ogni volta che la condotta dell'agente sia idonea a produrre una coazione personale del soggetto passivo, privandolo della libertà di determinarsi e di agire in piena autonomia."

L' automobilista "prepotente" non solo aveva parcheggiato in doppia fila bloccando l' altra autovettura, ma aveva anche opposto un rifiuto al conducente di quest' ultima che lo aveva invitato a spostarla per potersi allontanare, e aveva quindi imposto un comportamento non liberamente voluto.

Ripetiamo le considerazioni di allora: Cosa potrebbe accadere se l' automobilista bloccato fosse un medico in servizio, e se il blocco dell' autovettura ne impedisse il regolare svolgimento o impedisse di portare soccorso ad un malato?

E' chiaramente ipotizzabile che si possa integrare, almeno in certi casi il reato piu' grave di "interruzione di pubblico servizio".

L' incauto prepotente potrebbe correre seri rischi dal punto di vista penale, essendosi ormai consolidato un chiaro indirizzo di condanna verso tali comportamenti.

Per il patentino-ciclomotori non basta l' esame teorico:ora occorre la prova pratica

Cambiano alcune norme del Codice della strada nella parte in cui venivano stabiliti i requisiti necessari per il patentino per ciclomotori

Le nuove norme sono contenute in due decreti pubblicati recentemente in Gazzetta ufficiale (D.M del 1 marzo 2011 n.81 e D.M. del 23 marzo 2011 n. 106, pubblicati

nella G.U. n. 73 del 30 marzo 2011). Dal 1/4/2011, stabiliscono le nuove norme, per ottenere il patentino necessario per la guida di motorini e minivette non e' piu' sufficiente il solo esame teorico ma si deve superare un esame con prova pratica di guida. Secondo quanto previsto dei decreti,

dopo la prova teorica verrà rilasciata un'autorizzazione provvisoria che permetterà di esercitarsi prima di sostenere l'esame pratico (entro sei mesi dal rilascio dell'autorizzazione



Per quanto concerne i ciclomotori a due ruote ci si potrà esercitare in luoghi poco frequentati mentre se il mezzo è un ciclomotore a tre ruote o un quadriciclo leggero è necessario l'accompagnamento di un istruttore, di età non superiore a 65 anni e titolare di patente B da non meno di dieci anni, il quale dovrà vigilare sulla marcia del veicolo, intervenendo tempestivamente in caso di necessità.

Queste disposizioni non si applicano a chi ha già superato la teoria, a chi ha compiuto 18 anni entro il 30 settembre del 2005.

Il fumo passivo al lavoro puo' essere causa di inabilità INAIL

La Cassazione ha confermato una sentenza delle corti di merito che riconosceva la possibile relazione tra l'esposizione al fumo passivo in ambiente lavorativo e i sintomi respiratori cronici, respingendo il ricorso dell' INAIL e riconoscendo il diritto alla rendita.

Cassazione Sezione Lavoro, sentenza 3227 del 10 febbraio 2011).

I fatti:

Un geometra dipendente comunale aveva svolto la sua attività lavorando per cinque ore al giorno, per un trentennio, in un locale non areato e aperto al pubblico, insieme ad altro collega fumatore, costretto quindi ad una prolungata inalazione di fumo passivo.

I magistrati di primo grado avevano escluso che vi fossero elementi suffi-

cienti per affermare un nesso causale giuridicamente rilevante tra l' inalazione di fumo passivo durante l'attività lavorativa e le patologie polmonari riscontrate. La sentenza era stata riformata in Appello, ove la Corte dichiarava il diritto del lavoratore alla rendita per inabilità permanente nella percentuale del 47% sulla base della CTU che diagnosticava "asma bronchiale intrinseca ed enfisema polmonare" giudicando tali condizioni attribuibili verosimilmente all'esposizione protratta per diversi decenni al fumo passivo.

L' INAIL ricorreva in Cassazione ma questa respingeva il ricorso dell' Istituto ritenendo che la Corte d'Appello si fosse "uniformata agli approdi ermeneutici di legittimità secondo cui: a) la tutela antinfortunistica del lavoratore si estende

alle ipotesi di cd. rischio specifico improprio, definito come quello che, pur non insito nell'atto materiale della prestazione lavorativa, riguarda situazioni ed attività strettamente connesse con la prestazione stessa all'attività lavorativa); b) la nozione di rischio ambientale comporta che è tutelato il lavoro in sé e per sé considerato e non soltanto quello reso presso le macchine, essendo la pericolosità data dall'ambiente di lavoro; c) i fattori di rischio per le malattie non tabellate comprendono anche quelle situazioni di dannosità che, seppure ricorrenti anche per attività non lavorative, costituiscono però un rischio specifico per l'assicurato".

Daniele Zamperini

Ancora semplificate e abolite alcune Note AIFA. Verso una risemplificazione?

Mediante i provvedimenti riportati piu' dettagliatamente qui sotto nella rubrica gestita da Marco Venuti, si continua l' opera di semplificazione delle note AIFA, alcune delle quali apparivano ormai inutili e anacronistiche.

Sono state abolite la Nota 59 (lattuloso),



la Nota 10 (acido folico e vitamina B12,

la Nota 76 (Sali di ferro)

Modificata la Nota 79

Le Poste devono risarcire i danni dovuti a ritardi di consegna

La questione dei ritardi postali e' arrivata addirittura alla Corte Costituzionale

Il caso preso in esame dalla Corte Costituzionale riguarda una società che aveva subito un danno per il ritardo recapito di un plico spedito con il servizio di postacelere, ed aveva perciò convenuto in giudizio Poste Italiane S.p.A. al fine di ottenere un risarcimento. Il danno era cospicuo in quanto con quel plico era stata spedita la documentazione necessaria per la partecipazione ad una gara di appalto; a causa di un disguido postale la documentazione era giunta in ritardo e la società era stata esclusa.

Come risarcimento, le Poste si erano limitate a riconoscere solo il rimborso delle spese sostenute, in base all'articolo 6 del dpr n. 156/73 che dispone che l'Amministrazione ed i

concessionari del servizio telegrafico non incontrano alcuna responsabilità per il ritardato recapito delle spedizioni effettuate con il servizio postacelere.

La Consulta, investita della faccenda dal Tribunale di Napoli, ha fatto notare che la norma impugnata "determina in favore del gestore un ingiustificato privilegio, svincolato da qualsiasi esigenza connessa con le caratteristiche del servizio, senza dunque realizzare alcun ragionevole equilibrio tra le esigenze del gestore e quelle degli utenti del servizio, equilibrio che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, il legislatore avrebbe invece dovuto realizzare, essendo venuta meno la concezione puramente amministrativa del servizio postale, e quindi la possibilità di collegare tali limitazioni di responsabilità alla necessità di garantire la discrezionalità

dell'Amministrazione' (sentenza n. 463 del 1997).

Tale privilegio determina, quindi, la dedotta violazione del canone di ragionevolezza e del principio di eguaglianza garantiti dall'art. 3 Cost., con conseguente illegittimità costituzionale dell'art. 6 del codice postale nella parte in cui esclude, in mancanza di speciali norme di legge, qualsiasi responsabilità delle Poste per il ritardato recapito delle spedizioni di postacelere".

La Corte Costituzionale quindi, con sentenza n.46/2011, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della norma in questione (articolo 6 del dpr n. 156/73) nella parte in cui dispone che l'Amministrazione ed i concessionari del servizio telegrafico non incontrano alcuna responsabilità per il ritardato recapito delle spedizioni effettuate con il servizio postacelere.

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.
ViaN: 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 SOSTENTITORE: 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

SMI LAZIO E' SU FACEBOOK

Il Sindacato Medici Italiani (SMI) Lazio ha aperto una pagina su Facebook.

Gli istrutti a Facebook possono chiedere l' iscrizione al sito.

Ma anche chi non volesse iscriversi puo' consultarne la Home Page dal sito

www.smi-lazio.org

Presidente:
Beniamino Baldacci

Segretario Generale:
Cristina Patrizi

Coordinatore:
Enrico Porru

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

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale

Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298/1272

00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it



CONCLUSO IMPORTANTE ACCORDO AZIENDALE PER UNA STRUTTURA DI PRIMO ACCESSO SUL TERRITORIO DELLA ASL RMC.

UN **PPI** - PUNTO DI PRIMO INTERVENTO PRESSO I LOCALI DEL CTO, NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO XI° DELLA ASL RMC, DOVE I MEDICI DI MEDICINA GENERALE (CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E ASSISTENZA PRIMARIA), PRESTERANNO LE LORO CURE, IN REGIME H 24

Al termine di una lunga trattativa durata oltre due mesi, nel mese di Maggio, la nostra delegazione sindacale ha concluso un significativo accordo aziendale per il lancio di una struttura ambulatoriale h 24, dove i medici di famiglia (assistenza primaria e continuità assistenziale), presteranno il loro servizio, nei limiti dei compiti previsti dall' AANN di categoria. Un progetto "pilota" che vede la Azienda RMC, prima nel Lazio, a verificare la fattibilità e rispondenza ai bisogni di salute della cittadinanza, di un ambulatorio di "primo intervento", gestito dalla medicina generale.

Il Punto di Primo Intervento ha la funzione di garantire una prima risposta sanitaria assistenziale sul territorio ed operare, in stretto collegamento funzionale con le altre Unità Operative del DEA, sulla base di un comune codice di compor-

tamento assistenziale per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

L' esigenza nasce dalla chiusura in via definitiva del Pronto Soccorso dell' ospedale CTO di ROMA, operazione, questa, prevista dai piani di rientro della Regione Lazio, commissariata ormai da quasi due anni, per non lasciare un territorio vasto come quello del municipio XI°, improvvisamente sprovvisto della possibilità di un accesso h 24 (notturno e festivo) per le esigenze di salute dei cittadini.

La nostra delegazione ha caldeggiato da subito la proposta di istituire una struttura intermedia tra territorio e ospedale, dove la medicina generale potesse esprimere le sue potenzialità e professionalità, in un regime di garanzie e tutele sia per il cittadino stesso che per l'utente.

Una sfida che non potevamo non cogliere: abbiamo concluso un accordo significativo e verosimilmente pilota, nel quale i medici di MG saranno chiamati a svolgere i compiti che sono propri e specifici della categoria.

Nel Punto di Primo Intervento non si effettueranno ricoveri urgenti né si attiveranno procedure di accettazione in urgenza, ma tale struttura ha il compito di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità, oltreché fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell' Ospedale S.Eugenio.

Il Progetto è coerente con le Linee guida Ministero della Salute per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale".

L'obiettivo non è la diagnosi specialistica, ma la discriminazione tra condizioni cliniche che necessitano di un avvio verso l'ospedale e quelle che necessitano di un approfondimento diagnostico successivo, individuando una prima risposta ai bisogni soggettivi di salute per quei pazienti che non presentano sintomi di urgenza e che possono essere trattati in un ambulatorio di medicina gene-

rale.

Il Punto di Primo Intervento costituisce, di fatto, un riferimento sanitario in h 24 per la popolazione del territorio del Municipio XI. I medici in servizio, scelti sulla base di una graduatoria, che rispetta le regole dell' accordo collettivo di categoria, copriranno il servizio h 24, affiancati da un unità infermieristica e potranno avvalersi eventualmente della consulenza degli specialisti in servizio presso l' ospedale CTO (cardiologi e/o ortopedici), laddove fosse richiesto, per quelle situazioni che potessero necessitare di un primo approfondimento specialistico.

L' obiettivo è quindi la copertura di un territorio, privato di un importante punto di riferimento come il PS, evitando inappropriati ricorsi ai PS limitrofi e il miglioramento della risposta sanitaria in termini di continuità assistenziale.

La postazione è dotata di una auto medica per il tempestivo trasferimento nel PS del Sant' Eugenio, per quelle situazioni che dovessero essere ritenute "Codici Rossi".

Una sfida significativa che

noi, dello SMI, abbiamo voluto raccogliere, nonostante lo scetticismo e le perplessità manifestate dalle altre sigle sindacali presenti al tavolo.

Senza ricorrere ad appalti milionari e senza l'externalizzazione dei servizi a Cooperative o Società di servizi, il nostro sindacato ha portato a casa un accordo che vede rispettate le regole contrattuali, dove tutti i colleghi possono confrontarsi e verificare un approccio diverso alla professione sul territorio, e nel confronto con gli specialisti ospedalieri, nell'ottica di una reale integrazione tra professionisti.

Monitoreremo gli sviluppi e l' andamento del lavoro all' interno della nuova struttura per verificarne opportunità, eventuali criticità e individuare ulteriori possibilità di sviluppo professionale per i medici di medicina generale della nostra regione.

Cristina Patrizi
Responsabile Regionale
Medicina Generale
Convenzionale SMI Lazio

Grande successo della manifestazione di piazza organizzata dallo SMI



In preparazione allo sciopero del 3 giugno lo SMI aveva graduito una serie di iniziative di protesta finalizzate a sensibilizzare l' animo dei cittadini sulle condizioni in cui operano i medici di famiglia, quelli di Continuità Assistenziale, quelli dell' emergenza.

Non sono stati pochi quindi coloro che si sono serviti, con un po' di meraviglia, di un camper dove un folto gruppo di medici SMI offriva gratuitamente la propria opera e, nel contempo, spiegava ai cittadini i motivi dello sciopero previsto pochi giorni dopo.

E i cittadini hanno ben compreso, ed hanno espresso ai medici la loro solidarietà'.



In alto: Cristina Patrizi all' opera nel camper. A fianco: Paolo Marotta, Pina Onori, Francesca Perri, Floriana Riddei

MASTER UNIVERSITARIO DI 2° LIVELLO IN COLLABORAZIONE TRA SIAMEG E UNIVERSITA' DI ROMA LA SAPIENZA, 2° FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA E PSICOLOGIA CLINICA

MASTER DI 2° LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO

Siamo lieti di comunicare che l' **Università La Sapienza**, nella seduta del Senato Accademico del 17 maggio u.s. ha approvato il "MASTER DI SECONDO LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO" per l' anno accademico 2011-2012, realizzato insieme alla nostra SIAMEG.

Crediamo sia un ottimo risultato, frutto di lungo ed intenso lavoro: siamo la prima Società Scientifica nel Lazio e in Italia, ad avere concordato tale tipo di Master con una **Università Pubblica**.

La Nostra Società Scientifica S.I.A.M.E.G., vanta un curriculum di oltre 300 eventi scientifici accreditati con il sistema ECM, un' esperienza nel campo dell' aggiornamento professionale continuo e della Formazione professionale, di oltre 20 anni, numerose esperienze nel campo della formazione e della divulgazione su tematiche sociali e sociosanitarie, con rapporti di collaborazione su progetti specifici con numerosi organismi istituzionali: Regione Lazio, Provincia, Iniziative culturali etc.

Abbiamo il pregio di godere della collaborazione fornita da un Comitato Scientifico ricco di oltre 100 illustri colleghi, tra Universitari, Ospedalieri e Medici di Medicina Generale e di Emergenza e un Comitato Direttivo del quale fanno parte colleghi di comprovata esperienza e competenza professionale, espressione delle migliori capacità ideative, propositive, didattiche e cliniche.

L' Università la Sapienza di Roma, è la **20ª Università al mondo** per competenze e qualità clinico-didattiche: insomma un MIX vincente!

Si tratta di una occasione di crescita professionale unica che, pur richiedendo un grande sforzo organizzativo, la medicina generale da noi rappresentata, onorerà, utilizzandone le potenzialità al meglio. Si tratta di ottenere un titolo accademico che rappresenta il massimo della formazione universitaria, oltreché costituire un ingresso a pieno titolo della nostra specificità professionale e di ruolo, all' interno del mondo accademico e universitario. Una reale chance di crescita professionale, di rivendicazione di specificità, di spessore clinico e di competenze specifiche.

Da parte nostra, comprendiamo che la questione non è semplice, l'impegno è grosso, ma, secondo noi vale la pena! Tenendo presente che lo sforzo maggiore è stato la concretizzazione del Master medesimo e la sua approvazione definitiva.

Riteniamo che la opportunità di rivendicare quella **dimensione UNIVERSITARIA ed accademica di "Specialità" per la Medicina Generale** sia una sorta di prerequisito per successive e più approfondite strategie di crescita professionale, in termini di spessore e valenza clinica, progressione di carriera, gestione del governo clinico, ruolo e funzioni all' interno degli auspicati "Dipartimenti di Medicina Generale".

Il Master avrà durata annuale, con inizio delle lezioni entro febbraio 2011.

E' strutturato in 13 Moduli didattici aventi per oggetto tematiche di forte impatto e ricaduta professionale. Le modalità di iscrizione con i dettagli amministrativi, saranno rese note entro la fine di febbraio 2011, quando il bando pubblico di partecipazione verrà emesso dal Dipartimento universitario e pubblicato sul sito dell' Università La Sapienza.

Il Master si avvale della Direzione Scientifica di un Comitato Didattico Scientifico di grande spessore e valenza clinico-didattica. Direttore del master è il Prof. Antonio Brescia, componente e Coordinatore del Comitato scientifico SIAMEG, Direttore della Day Surgery dell' Ospedale S. Andrea di Roma 2° Facoltà di Laurea in Medicina e Chirurgia e Psicologia Clinica.

Cristina patrizi Segretario Generale SIAMEG

Beniamino Baldacci Presidente SIAMEG

Lo SMI inizia un' azione legale per ottenere il rimborso del surplus lavorativo causato dalle certificazioni telematiche

La lettera inviata dal nostro legale all' INPS:

Spettabile I.N.P.S., in nome e per conto della Dott.ssa XXX YYY, Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, con studio in Roma, via XXXXXX, la quale mi ha conferito all' uopo specifico mandato, Vi rappresento quanto segue.

La mia assistita, in qualità di Medico certificatore, ha effettuato, dal proprio studio, nel corso del mese di aprile u.s., la trasmissione all' I.N.P.S., tramite il SAC (Sistema di Accoglienza Centrale) del Ministero dell' Economia e delle Finanze, di n. 47 certificati di malattia.

Ebbene, lo svolgimento di tale attività, per l'espletamento della quale la Dott.ssa XX YY non ha percepito, sino ad ora, alcun compenso, ha implicato, per la mia assistita, non soltanto la necessità di sostenere consistenti spese per i servizi informatici, ma soprattutto un rilevante impegno di tempo e di energie intellettuali, nonché una notevole assunzione di responsabilità in ordine al

corretto inserimento dei dati trasmessi ed al buon esito della trasmissione dei certificati di malattia.

Ora, posto che, come ampiamente pubblicizzato dal Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, grazie alla digitalizzazione dei certificati di malattia, si stima un risparmio diretto complessivamente pari, per un totale annuo previsto di circa 25 milioni di certificati, ad euro 590 milioni, risparmio derivante, per quanto attiene specificamente all' I.N.P.S., dall'eliminazione del processo di data entry dei certificati di malattia cartacei, è evidente che l' I.N.P.S. stesso ha ricevuto dalla suddetta attività professionale della Dott.ssa XXX YYY un beneficio economico.

Dunque, dato che, in base alle stime di cui sopra, può calcolarsi in circa euro 23,60 (590 milioni di euro diviso 25 milioni di certificati) il risparmio per singolo certificato che si prevede di conseguire grazie alla nuova modalità di trasmissione dei certificati di malattia e fermo restando l'ovvio principio secondo il quale nessuno può pretendere

di avvalersi gratuitamente dell'attività professionale altrui, appare congruo, con riferimento all'attività svolta dalla Dott.ssa XXX YYY, un compenso, a carico dell' I.N.P.S., di euro 12,00 (euro 10,00 di imponibile + euro 2,00 di I.V.A.) per ciascun certificato di malattia trasmesso e, quindi, complessivamente ammontante ad euro 564,00 (euro 12,00 x 47 certificati trasmessi nel mese di aprile u.s.).

Tutto ciò premesso, Vi invito a contattare il mio studio legale, entro e non oltre venti giorni dal ricevimento della presente, al fine di concordare le modalità di pagamento alla mia assistita, da parte Vostra, della suindicata somma di euro 564,00 (cinquecentosessantaquattro/00).

In caso contrario, mi vedrò costretto, mio malgrado, ad adire la competente Autorità Giudiziaria per la tutela dei diritti e degli interessi della Dott.ssa XXX YYY. Certo di un Vostro riscontro, l'occasione mi è gradita per porgerVi distinti saluti. Dott. Alessio Pastorelli

A cura di Alessandro Ciammaichella



ROSSANO CALABRO: 18° CONGRESSO A. M. D. FUMO E CANCRO POLMONARE

Circa mille, provenienti da tutta Italia, i partecipanti al 18° Congresso nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi. E' stato ribadito il valore insostituibile del "Team diabetologico", coordinato dal diabetologo e composto dagli Specialisti delle varie branche attinenti alla Diabetologia: alimentazione, educazione sanitaria specie nelle scuole, ricerca, Corsi **ECM**, articoli sulla Rivista dell' **AMD** "Vivere il Diabete".

Il Diabete tipo 1 e tipo 2, come pure l'ipertensione arteriosa, stanno aumentando in tutto il mondo. Notevole successo, sul piano operativo, sta riscuotendo il "Progetto **S.U.B.I.T.O.**", quadriennale (2009 -2013), proposto dall'AMD. Uguale interesse ha riscosso il Simposio "Il percorso del diabetico tipo 2", nel quale si è discusso tra l'altro dell' incremento negli ultimi 5 anni dei diabetici in cura con ipolipemizzanti, specialmente con le statine (Sinva, Atorva, Rosuva). E' stata anche trattata la contraccezione nella donna.

Non sono mancati i Relatori provenienti dall'estero, tra i quali il Prof. S. Colagiuri dell' Australia, il quale ha citato tra i vari Centri mondiali che perseguono la ricerca diabetologica quello dell' **UNIVERSITA' DI PERUGIA**.

L'IMPORTANZA DELL' OSSIDO NITRICO (NO)

E' questo un potente vasodilatatore endogeno, che corregge gli effetti vasocostrittivi di altri fattori, quali Trombossano e Angiotensina II. Fin dal 1994 si parla di un "tono vasodilatatore" nei vasi, ad esso dovuto: su questo tono di base si sviluppano influenze vasocostrittive. Di conseguenza, accanto al ben noto Sistema adrenergico e colinergico, si parla ora del nuovo **SISTEMA NITRERGICO, correlato appunto con NO**.

NO viene rilasciato da fibre nervose ubiquitarie, poste nell' avventizia dei vasi e del cuore. I Corpi cavernosi sono molto ricchi di nervi nitreggici: la loro dilatazione (erezione) è molto **NO-dipendente**. Il normale equilibrio costrizione-dilatazione dei vasi è spostato a favore di quest' ultima, grazie a **NO**.

L'ipertensione arteriosa si attua per vasocostrizione attiva e/o per ipovasodilatazione. L' Angiotensina II può aumentare il rilascio di **NO**, come se la vasocostrizione ad essa dovuta venisse controbilanciata da **NO**. In gravidanza c'è vasodilatazione; gli estrogeni - che aumentano la vasodilatazione endotelio-dipendente - stimolano anche la **NO-sintetasi** nella parete vasale. L' ipertensione gravidica è dovuta a carenza di **NO**.

Si tratta della neoplasia maligna più frequente e più aggressiva, che causa più del 30 % dei decessi per tumore.



Numerosi studi retrospettivi e prospettici in varie parti del mondo hanno dimostrato come il rischio di cancro del polmone aumenti in proporzione diretta col **NUMERO DI SIGARETTE FUMATE**.

Nell' ultima decade si è registrato un progressivo aumento di questa patologia nella donna, parallelamente all'aumento delle donne fumatrici. Probabile concausa sono talora i fattori genetici, spesso attivati dall'inquinamento atmosferico.

I Monopoli di Stato, di recente, hanno dovuto risarcire per la cifra di 1 milione la famiglia di un loro dipendente G.M. di Roma, impiegato per anni come "assaggiatore di tabacco", deceduto per tumore polmonare.

EMORRAGIE GASTROENTERICHE E CEREBRALI IN DIABETICI

Le emorragie maggiori - "ceteris paribus" - sono più frequenti nei diabetici rispetto ai non diabetici. Il rischio maggiore si verifica negli uomini e nella tarda età. Il diabete stesso lo fa aumentare: del 60 % nelle emorragie intestinali, del 40 % in quelle intracraniche. Nelle importanti emorragie digestive - che richiedono un' alimentazione tutta particolare - nel diabetico tipo 2 va tenuta presente l'eventualità di dover passare per qualche giorno alla terapia insulinica.

Specialmente in età avanzata, per la ben nota prevenzione cardiovascolare, i pazienti sono spesso in terapia con antiaggreganti: è questa una situazione da valutare attentamente, anche per la non rara evenienza di doverli sospendere, sia pure momentaneamente.

Va ancora sottolineato il fatto che -per le emorragie cerebrali - il fattore di rischio più selettivo è l'ipertensione arteriosa: questa pertanto dovrà essere attentamente controllata e curata.

SINCOPE NEURO-MEDIATA : NUOVO TEST

E' dovuta ad attivazione di riflessi cardio-vascolari in risposta a "stimoli-triggers", di 2 tipi: a) stimoli centrali: emozioni, paura, dolore, strumentazione; b) stimoli periferici da situazioni particolari: minzione, tosse, defecazione, parto, ortostatismo prolungato. Il riflesso si attua per 2 vie: Via afferente, diversa nei due tipi; Via efferente, in comune. La diagnosi strumentale di Sincope N. M. è selettivamente eseguibile col "**TILT TEST**", pe-

ralto attuabile con diversi protocolli, tra i quali quello con Nitroglicerina sublinguale. Una recente modalità di esecuzione (2011) è oggi permessa dalla Clomipramina, inibitore selettivo della ricaptazione di serotonina.

La differenza tra i due farmaci è la seguente: la Nitroglicerina, che agisce attraverso una vasodilatazione periferica, è più efficace se sono operanti "triggers" periferici, mentre la Clomipramina, cardioinibitore, ha maggior effetto con i "triggers" centrali.

"PRIMA GIORNATA" SULL' ORMONE DELLA CRESCITA

La **A.Fa.D.O.C.** onlus - l'unica Associazione non profit in Italia che raccoglie le "Famiglie di soggetti con deficit dell' ormone della Crescita" ha promosso nelle principali città la Prima giornata nazionale di Sensibilizzazione sull' utilità di questo ormone. Coordinatore il Prof. Roberto Castelli, Primario Medico a Verona e Segretario dell'Associazione Medici Endocrinologi.

In tale occasione sono state approfondite numerose patologie rare e ancora poco conosciute che, se non diagnosticate e curate per tempo, compromettono la crescita del bambino: Deficit dell' ormone della crescita, Panipopituitarismo, **SGA** (Small for Gestational Age), **SINDROME DI TURNER**. Quest'ultima, provocata da diverse anomalie genetiche, interessa soggetti fenotipicamente femmine, con amenorrea, bassa statura, infantilismo sessuale e numerose anomalie scheletriche.

Si distinguono in = **SATURI**: palmitico, stearico; **MONOINSATURATI**: oleico; **POLIINSATURATI (PUFA)**: linoleico, linolenico, arachidonico (omega-6), eicosopentanoico (omega-3) : questi ultimi producono trombossano, poco efficiente, e prostaciline, molto efficienti.

Il pesce contiene molti omega-3 ma, purtroppo, anche metilmercurio, molto nocivo: essi sono presenti in gran quantità nel pesce spada, in quantità media nel tonno, trota, bronzino; in dose minima nel salmone, gamberetti, aragoste, ostriche.

LASER ENDO-PERIVENOSO NELLE TELEANGECTASIE

Queste dilatazioni patologiche dei vasi periferici di piccolo calibro interessano i capillari venosi, arteriosi ed artero-venosi del plesso subpapillare del derma: essi sono connessi direttamente al circolo dermico profondo ed indirettamente al circolo sottofasciale safenico profondo, tramite le perforanti. Queste angectasie - se non

sono associate a patologie congenite o dermo-sistemiche - sono indice di malattie varicose.

Di recente sono segnalate positive esperienze nella cura delle teleangectasie con tecnica laser endoperiveno 808 nm e con fibra da 100 a 200 micron. Numerosi i **VANTAGGI**: sbiancamento delle teleangectasie a 3 mesi del 70 % e a 6 mesi del 90 %, ed anche assenza di infezioni e di cicatrici; non vi sono limiti di dosaggio a differenza della sclerosi chimica.

APNEA OSTRUTIVA NOTTURNA

Compare nel 2 -5 % degli adulti, specie se obesi. Più frequente nei maschi: rapporto **MIF 2 : 1**. Nel sonno si verificano ostruzione delle vie aeree superiori completa (apnea) o parziale (ipopnea), frequente roncopatia, desaturazione HbO2 con microrisvegli. Incide spesso il cuore polmonare cronico. Essa favorisce: ipertensione arteriosa, morte improvvisa notturna, ictus, sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco cronico.

Il polisonnografo precisa la diagnosi. Nelle forme accentuate è utile la **MASCHERA NASALE** a pressione aerea continua, che mantiene libere le vie respiratorie.

DISSEZIONE AORTICA: IL FALSO LUME

Inizia con la lacerazione dell' intima arteriosa, che causa slaminamento della tunica media e creazione di un "falso lume": questo si può estendere in senso **ANTEROGRAFO** o **RETROGRADO, DALLA RADICE AORTICA** (diss. tipo A) fino alle biforcazioni iliaco-femorali (diss. tipo B); la sua ulteriore dilatazione può progredire fino alla rottura. Predispongono alla dissezione la Sindrome di Marfan, per alterazione congenita del connettivo, l' Ipertensione arteriosa e l'Aterosclerosi. Sintomi polimorfi: dolore toracico in più del 90 % dei casi, sintomi neurologici (coma, ictus, paraplegia), ischemica viscerale: celiaco-mesenterica, renale o di un arto inferiore.

Diagnosi: ecocardiogramma preferibilmente esofageo, ma soprattutto **TAC** multistrato. Terapia: chirurgica nel tipo A, medica ed eventualmente chirurgica nel tipo B. Prognosi: l' 80 % dei pazienti trattati sopravvive a 10 anni dall'evento acuto.

NOVITA' LA MPO

SALUTE DEL CORPO E SALUTE DELL'ANIMA. Da una originale ricerca presso l' "Human Population Laboratory" di Berkeley, Università della California (USA) si evince che chi frequenta regolarmente la chiesa si sottopone a periodiche **VISITE MEDICHE** e

non abusa né in **ALCOOL** né in **DROGHE**, a differenza di chi la frequenta poco o affatto.

CURA DEI TUMORI. Oggi si sa che essa si avvantaggia sicuramente quando si conosce il preciso meccanismo di moltiplicazione delle **CELLULE STAMINALI TUMORALI** rispetto alle cellule sane.

LEZIONI DI FUMO IN UFFICIO. Finalmente! In Liguria - contro la piaga del tabagismo - è stato promosso un **CORSO DI LEZIONI** sui danni della sigaretta, nelle ore di ufficio, due volte a settimana, per la durata di un mese.

VESCICA ILEALE. Recente acquisizione per ricostruire la vescica nei pazienti sottoposti a **CISTECTOMIA TOTALE** per carcinoma: ciò si ottiene utilizzando un breve tratto dell' ileo terminale.

"DO, RE, MI ... FA BENE" AL POLICLINICO. Musicoterapica presso la Clinica pediatrica. Per allietare la giornata dei piccoli pazienti l'Accademia nazionale di S. Cecilia ha presentato il **BARBIERE DI SIVIGLIA**.

CANCRO: SI PUO' VINCERE. Il giocatore Eric Abidal, operato il 17 marzo u. s. per un **TUMORE DEL FEGATO**, il 28 maggio ha vinto la finale di "Champion League" con la sua squadra di calcio, il Barcellona.

GADOLINIO E ANGIOGRAFIE. Si tratta di un mezzo di contrasto alternativo nei pazienti con **INSUFFICIENZA RENALE** nei quali è controindicato il contrasto iodato, che peraltro oggi si usa sempre meno: ha il vantaggio di non richiedere esami di sangue preliminari.

FIBRILLAZIONE ATRIALE. La prevenzione delle embolie, oltre ai ben noti anticoagulanti orali e all'ablazione chirurgica (della giunzione A-V o del substrato anatomico della F. A. od anche modulazione della conduzione A-V), si può oggi ottenere con la **CHIUSURA DELL' AURICOLA SINISTRA**.

DIABETE: LE ULTIME ACQUISIZIONI. I modelli terapeutici di avanguardia in merito comprendono l'infusione continua sottocutanea d'insulina con mininfusori, il pancreas artificiale, il trapianto di insule, le **CELLULE STAMINALI**.

SUPPLEMENTI VITAMINICI? Ove possibile, è preferibile assumerli **CON I CIBI**. Per la vitamina C, tremolabile, :frutta e verdure non devono essere cotti.

