

*Le difficoltà economiche costringono a far passare riforme assai discutibili.
Altro che lotta agli sprechi! Qui si comprimono prestazioni essenziali!
La ricetta elettronica: meccanismo di supercontrollo dell'attività professionale.
Lo SMI lotta con successo per correggere le parti più vessatorie per il medico*

*"Ricetta elettronica? Prepariamoci al Fascicolo Sanitario Elettronico...
Con il del Decreto del 2 luglio pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 160 del 11 luglio si è conclusa la fase normativa della ricetta telematica.
Ora sarà la volta del fascicolo sanitario elettronico.*

*La scorsa settimana è stata annunciata la conclusione positiva della sperimentazione tra Calabria, Campania e Piemonte del patient summary e della trasmissione telematica dei flussi informativi, a testimonianza che il processo avanza inesorabilmente.
Insomma il meccanismo è in moto e i medici di medicina generale lo stanno subendo passivamente senza riuscire a governarlo neppure in minima parte.
Tocca ora ai sindacati medici, non solo della medicina generale, visto che alla fine questa faccenda finirà per coinvolgere tutti, confrontarsi con la parte pubblica per evidenziare la complessità dei problemi generati da questo processo che rischia di essere profondamente snaturato da questo cosiddetto e-government specie se calato dall'alto, e cercare in qualche modo di riprendere in mano la gestione della salute pubblica, che rischia di essere profondamente snaturato da questo cosiddetto "e-government" specie se calato dall'alto.*

Riusciranno i sindacati a raggiungere questo obiettivo? A mio avviso ci riusciranno solo se saranno capaci di concordare strategie e azioni comuni. Noi siamo disponibili, parliamone."

Così recita il comunicato dello SMI, che intende porsi, in questo caso come in molti altri, come rappresentante della categoria medica e parte attiva nel processo in corso di informatizzazione della medicina.

Le domande che vengono poste sono semplici, ma le risposte non lo sono altrettanto:

Quale sarà l'aggravio, sia economico che lavorativo, per i medici?

Quale sarà il reale vantaggio per l'amministrazione pubblica, in termini di risparmio e di gestione del paziente?

Sono in grado di gestire il flusso dati (che, inevitabilmente si moltiplicherà) senza creare disservizi anche importanti (ci immaginiamo la "scomparsa" di un fascicolo elettronico... che ripercussioni avrà sul sistema?)

Quale impatto per il cittadino?

Domande che sicuramente avranno una risposta, ma che speriamo possano avere una risposta che verrà condivisa fra le parti, e non, come già detto, calata dall'alto come se non ci fossero alternative...

Perché le alternative si possono trovare.

GZ.



I medici italiani nella palude della spending review

In Regione Lazio incontro sulla spending review

Ha partecipato l' Intersindacale della Dirigenza Medica. Lo SMI presente con la responsabile nazionale per il 118, Francesca Perri

La relazione della collega:

Presenti il Prof. Romano, la dott.ssa Rosati, il dott. Marinaro e il dott. Moretti. Ci è stato detto che il tema all'ordine del giorno Sanità pubblica, Sanità privata è stato lasciato volutamente generico perchè in realtà gli argomenti da trattare sono tanti e sostanzialmente riconducono alla spending review (Romano alla fine della nostra riunione andrà ad una riunione del MEF su questo tema).

In pratica il prof. Romano ha chiesto il coinvolgimento dei sindacati ai fini della spending review. Ci ha chiesto di vigilare affinché gli atti aziendali, le cui nuove linee guida usciranno un minuto dopo il decreto sulla spending review, vengano attuati nelle varie aziende secondo i dettami delle nuove linee (stabilite dal comitato dei LEA), segnalando ogni incongruenza.

Ci è stato detto, che in base alla spending review i posti letto per acuti verranno ridotti a 3,5 per mille abitanti, che le UOC verranno ridotte, sulla base del decreto 80, a 1 UOC ogni 13,5 posti letto per quanto riguarda l'Ospedale, e a 1 UOC ogni 13.500 abitanti per quanto riguarda il territorio, mentre le UOS verranno ridotte a 1 ogni 13,5 posti letto moltiplicato 1,5.

I rappresentanti dell' Intersindacale Medica (e naturalmente la sottoscritta) hanno sottolineato alcune criticità. E' stato fatto presente ad esempio che purtroppo i tagli sono rivolti solo al pubblico, ma al solito non coinvolgono i privati, e che sui privati non vengono effettuati i controlli necessari. E' stato posto in evidenza il proble-

ma del precariato; si e' pure evidenziata la questione del Campus Biomedico, che come Università privata, non solo non è stata coinvolta dai tagli dei posti letto, ma anzi ne ha avuto altri. Anche le altre Università

non subiscono tagli dei posti letto, al contrario degli ospedali pubblici, tutti in sofferenza sia di posti letto che di personale. Anche lo spreco degli ambulatori Med

e' stato messo sul tappeto. Purtroppo, si e' sottolineato, i Direttori Generali, nominati dalla Regione, non sono poi così disponibili alla consultazione coi sindacati.

Romano ci ha assicurato che lui adesso ha i dati, anche sui tempi di degenza e quindi sa dove andare a colpire (pare che a Tor Vergata, fra P.S., Breve osservazione e Reparto, la degenza media sia di 28 giorni) e ci ha detto che lui sa benissimo che molta degenza in realtà coinvolge anche il problema sociale (il vecchietto dove lo metto, tanto per fare un esempio). Ci ha detto che in un anno sono riusciti a

ridurre il deficit sanitario della Regione a 800 milioni di euro rispetto al miliardo e 450 milioni di euro precedente.

In ogni caso, ci ha detto che ci convocherà nuovamente per fine luglio per aggiornarci sia sulla spending review, sia sugli atti aziendali, e ci ha invitato a vigilare.

Ci ha detto che quest'anno la Regione ha assunto nel complesso 158 precari (non solo medici, ovviamente), ma che se continua così non saranno più in grado di assumere nessuno non si sa fino a quando!

Per quanto riguarda il precariato, faremo presente alla commissione sulla spending review in sanità, che inserendo al punto in cui si parla del blocco del turn-over, la frase " eccetto per lo storico speso per i precari in servizio", questo permetterebbe le deroghe all'assunzione dei precari oltre il famoso 10%.

Del resto l'abbiamo sempre detto che i precari in servizio vengono comunque pagati, per cui la stabilizzazione non comporterebbe una spesa eccessiva in più.

Francesca Perri

DIFFIDA SMI ALLE REGIONI: Niente sanzioni per la ricetta elettronica

Il Sindacato dei Medici Italiani ha dato mandato al proprio ufficio legale di diffidare le Regioni inadempienti, a quanto di loro competenza, al decreto sulla ricetta elettronica. Le sanzioni non vanno applicate!!!
Il testo della diffida:

La presente in nome, per conto e nell'interesse del Sindacato dei Medici Italiani - SMI e dei medici di medicina generale allo stesso aderenti,

per significare quanto segue..

Com'è noto, a norma dell'art. 50 della Legge 30 settembre 2003 n. 269, nonché del successivo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26/03/2008 emesso in attuazione del suddetto articolo 50, come modificato dall'art. 1 comma 810 della legge n. 296/2006 si è provveduto alla c.d. dematerializzazione della ricetta medica (pag.8)

**Perche' non sia illacrimata sepolcra:
l'elaborazione del lutto
(pag.2)**

**Vita di medico: Claudia,
la volontaria
(pag.2)**

**Prescrizione dietro compenso: comparaggio o corruzione?
(pag.2)**

**Lettera aperta di un Medico di Famiglia al Ministro
(pag.3)**

**L'obiezione di coscienza preclude alcune attività lavorative
(pag.3)**

**Consigli per una vita lunga, sana e... vissuta
(pag.4)**

**Il TIA puo' essere preavviso di infarto miocardico
(pag.4)**

**Problemi e curiosità sui gemelli: e' effettivamente una situazione particolare
(pag.5)**

**I Corsi ECM della S.I.A.M.E.G.
(pag.6)**

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR (pag.7)

**Lecito rivelare dati sensibili dei pazienti per difendersi in giudizio
(pag.8)**

**Prostatectomia o osservazione nel cancro prostatico iniziale?
(pag.8)**

**Citizina per smettere di fumare
(pag.8)**

Perche' non sia illacrimata sepoltura: l'elaborazione del lutto

Alcune interviste trasmesse in TV, effettuate ai familiari delle persone (pompieri, passanti, impiegati) vittime della tragedia delle Torri Gemelle, hanno ribadito in piu' occasioni come sia ancora attuale e doloroso, per i superstiti, il problema della mancata identificazione delle salme e, di conseguenza, di una tomba su cui poter piangere i loro cari. Ritengo utile riproporre, quindi, un articolo sull'argomento, pubblicato dalla rivista Occhio Clinico.

(Dall' Archivio Storico, nel ricordo della tragedia delle Torri Gemelle, Daniele Zamperini - 2001)

Perche', dopo l' immane tragedia che ha colpito gli Stati Uniti, avvertiamo con tanta forza la necessita' di individuare con precisione le vittime, ricomporle, offrire loro un funerale adeguato e personale, evitando assolutamente l' anonimo funerale di massa che sarebbe tanto vantaggioso dal punto di vista economico?

Gia' Freud, nel lontano 1915 intuiva la potenza del processo psichico legato alla necessita' che il lutto di una persona cara venga adeguatamente "elaborato" ("Lutto e melanconia", OSF Volume 8°, Borringieri, 1980). Elaborazione del lutto puo' essere definita quel particolare processo mentale, lungo e complesso, che conduce a un consapevole rassegnarsi alla perdita patita. Se il processo rielaborativo rimane incompiuto, resta viva la sensazione di perdita insanabile, che puo' condurre a stati di grave depressione cronica. Questo fenomeno e' particolarmente frequente nel caso dei lutti improvvisi, violenti, "inutili" e imprevisi.

Una delle ragioni che ostacolano l'elaborazione del lutto consiste nel fatto che il congiunto scomparso continua, nella mente del sopravvissuto, ad esistere, tenendolo imprigionato in una rete di vincoli sentimentali e affettivi irrisolti.

I riti funerari, tanto importanti sin dai tempi piu' antichi, hanno appunto la funzione di sigillare con il crisma dell'ufficialita' l' interruzione dei legami affettivi e libidici, favorendo l' acquisizione di una nuova autonomia personale svincolata dalla figura del defunto. E' ben noto come sia infinitamente piu' problematica, soprattutto

dal punto di vista psichico, la situazione legata ad un congiunto scomparso senza notizie rispetto ad un decesso.

L' IDENTIFICAZIONE DEI DEFUNTI

E' prevedibile, date le dimensioni della tragedia americana, che le metodiche classiche di identificazione dei resti delle vittime (mediante documenti, oggetti personali, riconoscimento diretto da parte dei congiunti, esame delle impronte dentarie) non possano garantire i migliori risultati. Sara' necessario ricorrere, in alcuni casi, a procedimenti piu' raffinati, tipici dell'ematologia forense. Sono stati ormai abbandonati i procedimenti che sfruttano l' esame dei soli gruppi sanguigni;



in certi casi si rivelano ancora utili i marcatori del complesso maggiore di istocompatibilita' (HLA). Le tecniche piu' affidabili sono pero' ormai costituite, tipicamente, dall' esame del DNA.

La prima applicazione giudiziaria del test al DNA risale al 1985, con continui progressivi miglioramenti tecnici fino ai giorni nostri.

Questi procedimenti hanno ormai raggiunto livelli tecnici che ne garantiscono una elevatissima capacita' discriminativa. Il test si basa sull' esame della struttura di alcune regioni specifiche dei cromosomi, trasmissibili geneticamente e dotate di elevata variabilita' individuale. Questi frammenti vengono isolati dal resto del cromosoma mediante specifici enzimi, e poi sottoposti ad un processo di polimerizzazione mediante l' enzima DNA-polimerasi. Questo procedimento, noto come PCR, permette di amplificare il materiale genetico presente anche in quantita' minime; il materiale cosi' amplificato puo' poi essere analizzato facilmente mediante comuni tecniche elettrofore-

tiche. Molti progressi sono stati compiuti in questi ultimi anni: l' identificazione dei cosiddetti STR (Short Tandem Repeats o "microsatelliti"), particolarmente resistenti al tempo e agli agenti fisici, permette identificazioni sicure anche in molti casi in cui i resti organici vengano ad essere deteriorati. L' identificazione e la tipizzazione di un adeguato numero di polimorfismi permette di costruire una "mappa genetica" che, analogamente alle impronte digitali, e' da considerarsi univoca per ciascun individuo, tanto che venne coniato il termine di "DNA fingerprint" (impronte digitali del DNA).

Le attuali tecniche non richiedono piu' l' uso di materiali radioattivi; in piu' l' introduzione di particolari strumenti computerizzati ("sequenziatori", capaci di provvedere all' identificazione precisa ed univoca delle bande elettroforetiche) ha permesso un notevole abbattimento dei costi, ancora elevati ma non piu' proibitivi.

Va pero' sottolineato che non e' sufficiente rilevare il DNA di un individuo per poterne stabilire l' identita', in quanto viene ad essere necessario il confronto con quello dei vari dispersi. Per coloro, tra questi, che avessero gia' effettuato un esame genetico o che avessero depositato materiale biologico (per esempio sperma) nelle apposite "banche", il problema e' facilmente superabile. Per quelli che non abbiano "tipizzato" in precedenza il proprio DNA, sara' necessario provvedere al confronto del materiale prelevato dai resti con quello di eventuali consanguinei viventi, applicando le regole mendeliane dell' ereditarieta' e ricostruendo cosi', indirettamente, la mappa genetica dell' individuo. In mancanza di consanguinei diretti potrebbe essere necessario effettuare il confronto con materiale biologico (capelli, macchie biologiche) prelevato dal domicilio delle presunte vittime. E' un lavoro assai lungo, difficile e costoso ma, come abbiamo visto, e' necessario per dar pace alle famiglie dei dispersi, consentire loro di voltare pagina e riprendere a guardare in avanti.

Daniele Zamperini
(Pubblicato con qualche modifica su "Occhio di Pace", supplemento a Occhio Clinico di ottobre 2001, in seguito alla tragedia delle Torri Gemelle)

Vita di medico: Claudia, la volontaria

Il medico vive quotidianamente e ripetutamente esperienza che per la maggior parte delle persone, fortunatamente, restano solo fantasia.

Queste esperienze tuttavia incidono profondamente sulla personalita' e sull' umanita' del medico e delle altre persone che, insieme, svolgono attivita' assistenziale..

Questa e' la storia di Claudia, volontaria del 118, raccontata da Pina Onotri

Oggi e' stata una giornata frenetica come al solito. Ultima paziente la signora Angela.

Angela e' un'arzilla vecchietta di novant'anni,fa ginnastica dolce al centro anziani e prepara ancora le orecchiette pugliesi fatte a mano,con una tecnica di tanti anni fa. Ogni tanto me ne porta un vassoio. Ha un unico grande problema:è sorda come una campana. Ogni volta perdo più tempo ad urlarle le indicazioni dei vari farmaci e le spiegazioni delle terapie, che a visitarla. Avere con lei una conversazione normale è a dir poco estenuante,soprattutto per me che ho un timbro di voce basso.

Oggi è un po' pallida,appoggia al muro il carrello della spesa che utilizza al posto del bastone per mantenere l'equilibrio"Perchè sa, dottoressa,il bastone è meglio lasciarlo per quando ci si fa più vecchi"Ha le vertigini e la vedo un po' strana . Le misuro la pressione: ce l'ha altissima. Preparo una terapia iniettiva

dall' infermiere ,che decide di non ricordare il paziente, ma di curarlo sul posto;ma poter utilizzare un ricettario e decidere terapie non è nelle sue possibilità. Quasi sempre i pazienti sono convinti di essere assistiti da un medico del 118, senza, con questa affermazione, nulla togliere alla bravura degli infermieri che fanno di tutto, anche terapia. Un giorno ,un allora direttore sanitario dell' Ares mi disse che era stata una scelta politica ed economica non medicalizzare tutti i mezzi del 118. Infatti su tutto il Lazio sono operativi circa 200 medici dell'emergenza,tra l'altro moltissimi con contratto a tempo determinato in attesa di sanatoria, altri, regolarmente vincitori di concorso e non ancora assunti,in causa, per questo, con l'Azienda. E tra le altre cose :contratti di convenzione,appaltati a terzi (non si sa quanti non si sa a chi)per la gestione dell'emergenza sul territorio regionale, cause in piedi con i medici della continuità assistenziale per l'utilizzo improprio che il 118 ne fa.

L'equipaggio viene su a prenderla:un infermiere, un portantino, una volontaria di un'associazione ,mia paziente tra l'altro,Claudia. Spesso gli equipaggi delle ambulanze sono accompagnati da volontari di questa o quell'altra associazione, con funzioni di portantini, barrellieri, autisti.

Forse molti non sanno che tanti servizi essenziali fanno affidamento sul tempo che persone di buon cuore mettono a disposizione gratuitamente per gli altri,con buona pace delle istituzioni che spesso sono latitanti. Claudia tranquillizza la signora Angela e la porta via. Le chiedo di farmi avere notizie appena può. Mi chiama in serata:"Per la signora è tutto a posto è in osservazione cardiologica. Mi ha promesso un vassoio di orecchiette appena viene dimessa""Bene, ma non sei contenta?Ti sento giù""E' che durante un intervento, un

codice rosso,è morto un paziente. Siamo arrivati subito,abbiamo cercato di defibrillarlo, non c'è stato niente da fare.I parenti ci hanno anche aggredito.....Ma, non è questo. Sono sotto shock. Non mi era capitato mai di assistere ad un evento del genere,in quel modo poi"

Cerco di consolarla, perdere un paziente è un evento traumatico anche per gli addetti ai lavori,figuriamoci per chi nella vita fa tutt'altro."Forse non abbiamo fatto abbastanza,forse potevamo fare meglio, forse se c'era un medico a bordo..."

Eccolo lì il problema ,l'ha detto. Forse, se c'era un medico a bordo le cose sarebbero andate diversamente, o forse no. Questo non potremo mai saperlo. Come non sono mai riuscita a saperlo in tutte quelle circostanze in cui, nella mia attività di medico di continuità assistenziale,ho richiesto un'ambulanza medicalizzata e non è mai arrivata con il medico, o quando mi è stato chiesto, tramite la centrale operativa, di andare sul posto per verificare se era veramente il caso di inviare il mezzo non tenendo conto che i tempi di percorrenza e di arrivo del medico di guardia medica non sono quelli del 118 ed in caso di codice rosso sono una manciata di minuti a fare la differenza.

E ancora:essere chiamata al domicilio del paziente,con ambulanza già sul posto, per trascrivere la terapia già stabilita

dall' infermiere ,che decide di non ricordare il paziente, ma di curarlo sul posto;ma poter utilizzare un ricettario e decidere terapie non è nelle sue possibilità.

Quasi sempre i pazienti sono convinti di essere assistiti da un medico del 118, senza, con questa affermazione, nulla togliere alla bravura degli infermieri che fanno di tutto, anche terapia. Un giorno ,un allora direttore sanitario dell' Ares mi disse che era stata una scelta politica ed economica non medicalizzare tutti i mezzi del 118. Infatti su tutto il Lazio sono operativi circa 200 medici dell'emergenza,tra l'altro moltissimi con contratto a tempo determinato in attesa di sanatoria, altri, regolarmente vincitori di concorso e non ancora assunti,in causa, per questo, con l'Azienda. E tra le altre cose :contratti di convenzione,appaltati a terzi (non si sa quanti non si sa a chi)per la gestione dell'emergenza sul territorio regionale, cause in piedi con i medici della continuità assistenziale per l'utilizzo improprio che il 118 ne fa.

Mancanza di volontà a completare le piante organiche dell'azienda che ,in proporzione, impiega più amministrativi che medici. Speriamo che il Direttore dell'ARES ne prenda atto.

E che a Claudia non capiti più un'esperienza del genere.

Pina Onotri



Prescrizione dietro compenso: comparaggio o corruzione?

Il medico del SSN che riceve denaro in cambio della prescrizione di un farmaco non e' colpevole di comparaggio, ma del piu' grave reato di corruzione in atti d' ufficio. Cassazione penale n.1207/2012

Alcuni anni fa venne accertato che alcuni medici convenzionati percepivano somme di denaro (2-3 mila lire per ogni "pezzo" prescritto) da alcune case farmaceutiche. Furono inquisiti quattro medici.

Il Tribunale condannò questi medici per il delitto di corruzione continuata in atti d' ufficio per avere, nella loro qualità di medici convenzionati con il Ssn, prescritto ai pazienti farmaci segnalati da promotori di ditte farmaceutiche dietro compenso di denaro.

La Corte d' Appello confermava la sentenza pur dichiarando la prescrizione del reato e confermando invece la condanna al risarcimento dei danni alle parti civili.

I medici ricorrevano in Cassazione sostenendo che la condotta ascritta fosse al piu' da ricondurre al reato contravvenzionale di "Concessione o promessa di premi o vantaggi pecuniari o in natura",ovvero di comparaggio.

La Cassazione respingeva l' interpretazione difensiva perche' "la condotta presa in esame dalla disposizione deve ritenersi "prodromica" rispetto a quella denominata di comparaggio (...), dato che in questa è contenuto l'ulteriore elemento dello scopo dell'agente di «agevolare la diffusione di specialità medicinale»; sicché (...) il rapporto tra le due fattispecie si configura secondo lo schema del c.d. reato necessariamente progressivo, che rende applicabile solo la fattispecie più ampia".

"In rapporto alla fattispecie di corruzione impropria ravvisata dalla Corte di appello - continua la Cassazione - va considerato, in primo luogo, che

quella di comparaggio, prevede che "se il fatto violi pure altre disposizioni di legge, si applicano le relative sanzioni secondo le norme sul concorso dei reati": sicché se la stessa condotta è inquadrabile in quella di altra fattispecie incriminatrice (nel caso, in quella della corruzione), in deroga ai principi che regolano il concorso di norme, e in particolare il principio di specialità, sono applicabili entrambe le fattispecie penali".

In ogni caso, sottolinea la Corte, andrebbe comunque da configurarsi il reato di corruzione "data la qualità soggettiva di pubblico ufficiale rivestita dai medici, in quanto inseriti nel Ssn" mentre il reato di comparaggio e' piu' generico avendo "come destinatari indifferenziatamente quanti esercitano una professione sanitaria".

La Cassazione dichiarava anche gravemente carente la sentenza della Corte d' Appello in punto sia di conferma della responsabilità civile sia della individuazione del danno conseguente alle condotte contestate per cui la sentenza veniva rinviata ai giudici civili per approfondire l' aspetto civilistico del danno causato.

Daniele Zamperini



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,

Consigli per una vita lunga, sana e... vissuta

Voglio vivere a lungo, perciò guardo la televisione, sento i consigli per la salute, e ne faccio tesoro...

Dicono che tutti i giorni dobbiamo mangiare una mela per il ferro e una banana per il potassio. Anche un'arancia per la vitamina C e una tazza di té verde senza zucchero, per prevenire il diabete.

Tutti i giorni dobbiamo bere due litri d'acqua (sì, e poi pisciarli, che però richiede il doppio del tempo che hai perso a berteli).

Tutti i giorni bisogna mangiare uno yogurt o similari, per avere il L. Casei

Defensis o quello Actiregularis, che nessuno sa bene che cosa cavolo sono, però sembra che se non ti ingoi per lo meno un milione e mezzo di questi bacilli tutti i giorni, inizi a vedere la Madonna.

Ogni giorno un'aspirina, per prevenire l'infarto, e un bicchiere di vino rosso, sempre contro l'infarto. E un altro di bianco, per il sistema nervoso. E uno di birra, che mi fa campare cento anni (magari in coma vegetativo, ma che importa?).

Se li bevi tutti insieme, ti può venire un'emorragia cerebrale, però non ti preoccupare perché non te ne renderai neanche conto (o la cirrosi epatica, ma sarai allegro lo stesso, per la sbronza).

Tutti i giorni bisogna mangiare fibra. Molta, moltissima fibra, finché riesci a cagare un maglione.

Si devono fare tra i 4 e 6 pasti quotidiani, leggeri, senza dimenticare di masticare 100 volte ogni boccone.

Facendo i calcoli, solo in mangiare se ne vanno 5 ore. Ah, e dopo ogni pranzo bisogna lavarsi i denti, ossia dopo lo yogurt e la fibra ti lavi i denti, dopo la mela i denti, dopo la banana i denti... e così via finché ti rimangono dei denti in bocca, senza dimenticarti di usare il filo interdentale, massaggiare le gengive, il risciacquo col disinfettante-bomba...

Meglio ampliare il bagno e metterci la TV, perché tra l'acqua, le fibre e i denti, ci passerai varie ore lì dentro.

Bisogna dormire otto ore e lavorare altre otto, più le 5 necessarie per mangiare, totale 21.

Te ne rimangono 3, sempre che non ci sia traffico.

Secondo le statistiche, vediamo la televisione per tre ore al giorno. Ma non si può, perché tutti i giorni bisogna camminare almeno mezz'ora (ma bada: dopo 15 minuti sbrigliati a tornare indietro, se no la mezz'ora diventa una).

Bisogna mantenere le amicizie perché sono come le piante, bisogna innaffiarle tutti i giorni. E quando vai in vacanza? Ma rinunciaci! (alla vacanza, naturalmente)....

Inoltre, bisogna tenersi informati, e leggere per lo meno due giornali e un paio di articoli di rivista, per una lettura critica.

Ah! Si deve fare sesso tutti i giorni, però senza cadere nella routine: bisogna essere innovatori, creativi, e rinnovare la seduzione.

Tutto questo ha bisogno di tempo. E senza parlare del sesso tantrico (con

tutto il rispetto, ti ricordo che bisogna lavarsi i denti dopo aver messo in bocca qualsiasi cosa!).

Bisogna anche avere il tempo di scopar per terra, lavare i piatti, i panni, e non parliamo se hai un cane o ... dei FIGLI??? Nonono, meglio farne a meno!

Insomma, per farla breve, i conti mi danno 29 ore al giorno.

L'unica possibilità che mi viene in mente è fare varie cose contemporaneamente: per esempio: ti fai la doccia con acqua fredda e con la bocca aperta così ti bevi i due litri d'acqua.

Mentre esci dal bagno con lo spazzolino in bocca fai l'amore (tantrico) col compagno/a, che nel frattempo guarda la tele, e ti racconta mentre tu lavi per terra col Supercloro Ammazzatutto, casomai ci fosse un germetto di passaggio.

Ti è rimasta una mano libera?? Chiama i tuoi amici! E chiama i tuoi!

Bevi il vino (dopo aver chiamato i tuoi ne avrai bisogno). Lo yogurt all'Actiregularis te lo può dare il tuo compagno/a, mentre si mangia la banana al potassio, e domani fate cambio. E meno male che non sei in menopausa, se no dovresti trangugiare uno yogurt (sì! Pare proprio che serva a tutto!) con Extra Calcio tutti i giorni.

Uuuuf!

Però se ti rimangono due minuti liberi, invia questo messaggio ai tuoi amici (che bisogna innaffiare come una pianta) mentre mangi una cucchiata di Magnesina Bisurata, che fa un mondo di bene.

Adesso ti lascio, perché tra lo yogurt, la mela, la birra, il primo litro d'acqua e il terzo pasto con fibra della giornata, già non connetto più cosa sto facendo però devo andare urgentemente al cesso.

E non posso parlare, perché ne approfitto per lavarmi i denti....

Dalle stalle alle stelle: vita di un vincitore

Andre Geim (51 anni) può vantarsi di essere l'unico scienziato al mondo ad aver vinto due prestigiosi premi: l'Ignobel (per la ricerca più assurda) e il Nobel, per una scoperta che potrebbe cambiare il mondo: il Grafene.

Cos'è? Qui ve ne parliamo

Alcuni anni fa due ricercatori, Kostya Novoselov (36 anni) e Andre Geim (51 anni), servendosi di un normale nastro

adesivo e un blocco di grafite (composto di carbonio puro), riuscirono a isolare il foglio più sottile del mondo, un foglio monoatomico, cioè dello spessore di un solo atomo.

Lo chiamarono grafene dalla sostanza che lo compone; il suo spessore è talmente minimo che la sostanza viene considerata praticamente bidimensionale. Il grafene mantiene la sua stabilità anche a temperatura ambiente.

La ricerca venne pubblicata su Science nell'ottobre 2004, ed è stata premiata nel 2010, a soli sei anni di distanza, con il Premio Nobel, facendo di Novoselov il più giovane ricercatore ad avere preso il riconoscimento per la fisica dal 1973.

Gli studi hanno dovuto per prima cosa dimostrare che si trattava effettivamente di un foglio formato da un solo strato

di atomi, ma i due ci sono riusciti caratterizzandolo elettricamente.

A cosa serve?

Oltre ad essere una miniera di informazioni per la ricerca di base, il grafene ha anche moltissime applicazioni pratiche: è il più forte materiale mai creato, 100 volte più forte dell'acciaio. È stato calcolato che un foglio di un metro quadrato, pur essendo praticamente trasparente e impalpabile, potrebbe reggere il peso di un gatto

È un eccellente conduttore di elettricità, paragonabile al rame.

È un eccezionale conduttore di calore.

È pressoché trasparente ma è così denso da non essere attraversabile da nessun gas.

Sono state ipotizzate molte applicazioni pratiche che possono discendere dalle caratteristiche descritte sopra: pannelli solari molto efficienti, schermi tattili, parti di aerei o satelliti o automobili, ove si può sfruttare la combinazione di leggerezza e resistenza. Ma le ipotesi di utilizzo sono innumerevoli.

Fino ad oggi sono riusciti a produrre fogli di 70 cm., ma l'industria è molto interessata e si prevedono progressi tecnici molto prossimi.

Daniele Zamperini



Adenoidectomia nei bambini con infezioni respiratorie ricorrenti: spesso e' inutile!

Nei bambini con infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie l'intervento immediato di adenoidectomia non comporta benefici clinici rispetto all'iniziale sorveglianza clinica.

In questo studio sono stati arruolati 111 bambini (età compresa tra 1 e 6 anni) affetti da infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie a cui era stata proposta l'adenoidectomia.

I partecipanti sono stati sottoposti ad adenoidectomia con/senza miringotomia oppure a semplice sorveglianza clinica.

L'endpoint primario era costituito dal numero delle infezioni delle alte vie respiratorie con un follow up massimo di 24 mesi.

Durante questo periodo si registrarono 7,91 episodi per paziente per anno nel gruppo chirurgico e 7,84 nel gruppo di controllo (differenza non significativa). Non si riscontrarono differenze sostanziali anche per gli endpoint secondari (durata degli episodi, dolore auricolare, febbre, qualità di vita).

In entrambi i gruppi il numero degli episodi infettivi diminuì con il passare del tempo.

In due bambini ci furono complicazioni associate all'intervento.

Gli autori concludono che nei bambini con infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie l'intervento immediato di adenoidectomia non comporta benefici clinici rispetto all'iniziale sorveglianza clinica.

Fonte:

Van den Aardweg MT et al. Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled trial. BMJ 2001 Sept 10; 343:d5154.

Commento di Renato Rossi

Un editorialista [1] ricorda alcuni punti che vale la pena richiamare. Intanto la frequenza con cui viene ef-

fettuato l'intervento di adenoidectomia varia molto da paese a paese, come varia la frequenza delle infezioni respiratorie ricorrenti delle alte vie respiratorie (probabilmente anche perché non ci sono criteri diagnostici univoci). Inoltre questi episodi infettivi tendono a farsi sempre meno frequenti man mano che il bambino cresce e non esistono linee guida internazionali di quale debba essere il comportamento da adottare per questi casi.

L'editoriale ricorda anche una revisione sistematica Cochrane ad opera dello stesso Van den Aardweg secondo la quale gli studi sono pochi e di qualità dubbia per cui rimane incerta l'utilità dell'adenoidectomia nei bambini con sintomi nasali cronici e ricorrenti [2].

In conclusione, chiosa l'editorialista, in generale è consigliabile informare correttamente i genitori che spesso basta la semplice attesa clinica per vedere una riduzione spontanea degli episodi infettivi.

Ci sembra che si possa concordare con questa linea di comportamento. L'intervento di adenoidectomia può essere preso in considerazione in casi selezionati, per esempio in bambini con importanti sintomi ostruttivi, apnea notturna, sonnolenza diurna, come del resto prevedono le linee guida sulla tonsillectomia [3].

Referenze

1. Kvaerner KJ. Adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory infections. BMJ 2011 Sept 10; 343:d5274
2. Van den Aardweg MT, Schilder AG, Herkert E, Boonacker CW, Rovers MM. Adenoidectomy for recurrent or chronic nasal symptoms in children. Cochrane Database Syst Rev 2010;1:CD008282. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab008282.html>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5159>

Il TIA puo' essere preavviso di infarto miocardico

Dopo un TIA il rischio di infarto miocardico è particolarmente elevato, soprattutto negli uomini con meno di 60 anni.

Gli autori di questo studio sono partiti dalla constatazione che, nei pazienti che hanno avuto un attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA) nei 5-10 anni che seguono la principale causa di morte è la cardiopatia ischemica, che rende conto del 24-64% dei decessi contro il 12-28% dovuto all'ictus. Usando i dati del Rochester Epidemiology Project sono stati identificati i soggetti che avevano avuto un TIA tra il 1985 e il 1994; successivamente sono stati studiati gli abitanti di Olmstead Country che avevano avuto un infarto tra il 1979 e il 2006.

In questa maniera è stato possibile costruire una coorte di pazienti che avevano avuto un infarto miocardico dopo un TIA in un periodo di tempo di 10-20 anni.

Si è così potuto determinare che il rischio di infarto miocardico dopo un TIA è all'incirca il doppio rispetto a quello della popolazione generale (RR 2,09; 95%CI 1,52 - 2,81) e che questo rischio perdura per anni.

Nei pazienti con meno di 60 anni il rischio relativo di infarto dopo un TIA era di 15 volte quello osservato nella popolazione generale (RR 15,1; 95% CI 4,11 - 38,6).

Fattori di rischio indipendenti di infarto dopo un TIA risultarono, oltre all'aumento dell'età, il sesso maschile e l'assunzione di farmaci ipolipemizzanti al momento dell'evento cerebrale (probabilmente perché chi assume questi farmaci era già a rischio cardio-

vascolare più elevato).

Fonte:

Burns JD et al. Incidence and Predictors of Myocardial Infarction After Transient Ischemic Attack. Stroke. A Population-Based Study. Stroke. Pubblicato anticipatamente online il 24 marzo 2011. <http://goo.gl/siUJc>

Commento di Renato Rossi

Era noto da tempo che il TIA, anche se si risolve con la completa restituzione ad integram, rappresenta un importante segnale di allarme per un rischio molto elevato di un futuro ictus. Pertanto questo tipo di pazienti deve essere attentamente studiato dal punto di vista diagnostico e devono essere trattati in modo aggressivo i fattori di rischio cardiovascolare eventualmente presenti.

Lo studio recensito in questa pillola ci ricorda però che la malattia ateroscle-

rotica raramente colpisce a compartimenti stagni e che se il primo sintomo è stato a carico del cervello anche l'artero coronarico può essere contemporaneamente compromesso, pur se clinicamente le lesioni in questo distretto sono ancora silenti.

Addirittura lo studio di Burns e coll. mostra che, negli anni che seguono un TIA, il rischio di infarto miocardico è molto più elevato di un ictus. Negli uomini con meno di 60 anni il rischio è di quindici volte più elevato rispetto a quello della popolazione generale. Questo dato deve richiamare l'attenzione del medico che, dopo un TIA, non deve limitarsi a studiare solo il circolo cerebrale, ma concentrare l'attenzione anche su quello coronarico (ECG da sforzo, eventuale TAC coronarica a basso dosaggio). In più questi risultati impongono ancor di più un trattamento aggressivo di tutti i fattori di rischio cardiovascolare presenti.

**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*

| | |
|---|--|
| <p>REDAZIONE Angelo Filardo Gaetano Mazzucconi Cristina Patrizi Enrico Porru Floriana Riddei Beniamino Baldacci</p> | <p>Direzione Redazione e Amministrazione Via Merulana 272 00185 Roma Tel. 06/4746344 Fax 06/4871092</p> <p style="text-align: center;"> 2009</p> <p style="text-align: center;">Fotocomposizione e stampa PrimeGraf srl</p> <p style="text-align: center;">Questo Periodico è iscritto All'Unione Stampa Periodico Italiana</p> |
|---|--|

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



Le tossinfezioni alimentari: epidemiologia, sorveglianza e clinica

Giovedì 31 Maggio e 7-14- Giugno - 5 Luglio 2012 dalle ore 19.30 alle ore 22.30
Presso la Sala Conferenze SIAMEG - Via Merulana 272 Roma
Prot. ECM n. 813-34274 Crediti ECM: 12,1

Programma

Giovedì 31 Maggio 2012

ore 19.30 - 22.30

La Barbera

Titolo: La clinica delle tossinfezioni alimentari: sintomatologia, diagnostica e terapia

Giovedì 7 Giugno 2012

ore 19.30 - 22.30

Scavia/Luzi

Titolo: * Sorveglianza delle tossinfezioni alimentari in Italia e in Europa:

i patogeni, le fonti d'infezione e la prevenzione (Gaia Scavia)

* Diagnostica ed Epidemiologia delle Tossinfezioni alimentari:

la rete dei laboratori Enteret Italia (Ida Luzzi)

Giovedì 14 Giugno 2012

ore 19.30 - 22.30

La Barbera

Titolo: La clinica delle tossinfezioni alimentari" sintomatologia ,diagnostica e terapia

Giovedì 05 Luglio 2012

ore 19.30 - 22.30

Scavia/Luzi

Titolo: * Sorveglianza delle tossinfezioni alimentari in Italia e in Europa:

i patogeni, le fonti d'infezione e la prevenzione (Gaia Scavia)

* Diagnostica ed Epidemiologia delle Tossinfezioni alimentari:

la rete dei laboratori Enteret Italia (Ida Luzzi)

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Giov. 10⁰⁰-21⁰⁰

Tel: 06/4746344 fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it

La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti

Quota di iscrizione: € 90,00 + iva

Per gli iscritti SIAMEG e SMI: € 50,00 + iva



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. 813
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. e fax 06 4881702 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it

Diagnosi in Medicina Parassitosi sistemiche 2012

Ed.1: Venerdì 8 Giugno - Sabato 23 Giugno 2012- presso l'Aula Magna ISAS Via Stazione di San Lorenzo 54
Palermo

Prot. ECM n. 813/35064

Crediti ECM n. 11,3

Programma

Venerdì 8 Giugno 2012

14.00 - 16.00 F.CAVATAIO-
UO Gastroenterologia Pediatrica Osp.le
dei Bambini Palermo-
Percorsi diagnostici in
gastroenterologia
Lezione-Casi clinici-Discussione

16.00 - 18.00 G.G.MANCUSO-
Responsabile Laboratorio Biologia
Molecolare Osp.le Buccheri La Ferla
Palermo-
Diagnosi sierologica delle malattie da
infezione: istruzioni per l'uso-
Lezione-Casi clinici-Discussione

18.00 - 18.30 Pausa Caffè
18.30 - 20.30 S.TERESI
Patologo Clinico-
Esiste una medicina di laboratorio per
la pediatria?-
Lezione-Casi clinici-Discussione

Sabato 23 Giugno 2012

08.00 - 10.00 C.COMPARATO -
U.O. Cardiologia Pediatrica Osp.dei
Bambini - Palermo
Miocarditi-Endocarditi-Pericarditi:
dai sintomi alla diagnosi
Lezione-Casi clinici-Discussione
10.00 - 10.15 Pausa Caffè

10.15 - 12.15

F.SCARLATA -
Prof.Aggregato Mal.Infettive Università
di Palermo
• La Leishmaniosi Viscerale
• Le parassitosi sistemiche minori
Lezione-Casi clinici-Discussione

12.15 - 13.15

A.ROMANO -
U.O.Malattie Infettive Osp.le dei
Bambini - Palermo
Toxoplasmosi e altre neuroparassitosi
Lezione-Casi clinici-Discussione

13.15 - 14.15

Pausa Pranzo

14.15 - 16.15

S.GIORDANO -
Infettivologo ARNAS Civico-Di Cristina-
Ascoli - Palermo
L'echinococcosi

16.15 - 16.30

Pausa Caffè

16.30 - 17.30

E.SCALICI -
Professore Aggregato Medicina Legale
Università di Palermo-
La tutela della privacy
Lezione-Discussione

17.30-18.30

F.SCARLATA
TAVOLA ROTONDA:
La prevenzione delle parassitosi in
Africa

18.30

Test di valutazione dell' apprendimento

INFO:

ISCRIZIONE € 50.00-INFORMAZIONI:
TEL. 091. 6554061- 320.8587222 / 328.3685937
IL CORSO È STATO ACCREDITATO PER TUTTE LE PROFESSIONI

Update in Neurologia

Sala conferenze SIAMEG - Via Merulana 272 - Roma

nei giorni 24 Maggio - 21 Giugno - 27 Settembre - 18 Ottobre e 22 Novembre 2012 dalle ore 19.30
alle ore 22.30

Prot. ECM n. 813-34263 Crediti ECM n. 15,1

Programma

24 maggio 2012:

Prof. Francesco E. Pontieri

"Update sulla malattia di Parkinson"

Presentazione casi clinici/Discussione

21 giugno 2012:

Prof. Franco Giubilei

"Update sulla malattia di Alzheimer"

Presentazione casi clinici/Discussione

27 settembre 2012:

Prof. Giovanni Antonini

"Inquadramento diagnostico-strumentale del paziente con malattia neuromuscolare"

Presentazione casi clinici/Discussione

18 ottobre 2012:

Prof. Francesco Orzi

"La patologia cerebrovascolare cronica"

Presentazione casi clinici/Discussione

22 novembre 2012:

Prof. Marco Salvetti

"Update sulla sclerosi multipla"

Presentazione casi clinici/Discussione

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Giov. 10⁰⁰-21⁰⁰

Tel: 06/4746344 fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it

La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti

Quota di iscrizione: € 140,00 + 21% IVA

Per gli iscritti SIAMEG - SMI: € 70,00 + 21% IVA



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. 813
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. e fax 06 4881702 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it

Viaggi Internazionali e salute 2012

Ed.1: Sabato 9 giugno e Venerdì 22 Giugno 2012 - presso l'Aula ANFE-Via Stazione di San Lorenzo 54
Palermo

Prot. ECM n. 813/35068

Crediti ECM n. 11,3

Programma

Sabato 9 Giugno

08.00 - 10.00 C.MAMMINA -
Professore Associato di Igiene -
Università di Palermo
Chemiofilassi e vaccini
Lezione-Discussione-Casi clinici

10.00 - 10.15 Pausa Caffè

10.15 - 11.15 M.NOTO -
Professore a Contratto di Terapia
Pediatrica Università Palermo I rischi
non infettivi
Lezione-Discussione-Casi clinici

11.15 - 13.15 P.QUARTARARO -
U.O. Malattie Infettive Policlinico di
Palermo
Cucina esotica: quali pericoli?
Lezione-Discussione-Casi clinici

13.15 - 14.15 Pausa Pranzo

14.15-16.15 G.LORIA -
Istituto Zooprofilattico Sperimentale
della Sicilia - Palermo Uomo e animali
ai tropici
Lezione-Discussione

16.15-16.30 Pausa Caffè

16.30-17.30 F.FIORINO -

Professore Aggregato Ostetricia-
Ginecologia-Univ.Palermo Sexualità e
gravidanza ai tropici
Lezione-Discussione-Casi clinici

17.30-18.30

F. SCARLATA
TAVOLA ROTONDA:
L'esperienza in ospedale per la cura
della Tubercolosi in Africa

Venerdì 22 Giugno

14.00 - 16.00

F.SCARLATA-
Professore Aggregato Malattie Infettive
Università Palermo
Infezioni batteriche e virali
Lezione-Discussione-casi clinici

16.00 - 16.15

Pausa Caffè

16.15 - 18.15

S.GIORDANO -
Infettivologo ARNAS Civico-Ascoli-Di
Cristina Palermo
Infezioni parassitarie
Lezione-Discussione-Casi clinici

18.15 - 20.15

L.CAMILLO -
Direttore Ospedale Militare di Palermo
-Infettivologo
Problematiche sanitarie nelle missioni
militari all'estero
Lezione-Discussione

20.15

Test di valutazione dell' apprendimento

INFO:

ISCRIZIONE € 50.00-INFORMAZIONI:

TEL. 091. 6554061- 320.8587222 / 328.3685937

IL CORSO È STATO ACCREDITATO PER TUTTE LE PROFESSIONI

ULTIMISSIMA NELLA TERAPIA DEL MICROCIRCOLO

Nel microcircolo composto da arteriole, capillari, venule, anastomosi artero-venose - è contenuto il 74 % del sangue circolante, cioè ben % di tutto il flusso ematico. La vasomotilità delle arteriole e delle venule avviene con due modalità: con un proprio ritmo autonomo e con la regolazione del sistema neurovegetativo. Questa vasomozione nel soggetto sano si realizza in media 3 volte al minuto, mentre nelle varie patologie arteriose è molto più rallentata, potendo arrivare fino a una volta ogni IO minuti.

La novità in questo campo è un piccolo apparecchio portatile dotato di un CAMPO ELETTROMAGNETICO ULTRADEBOLLE BREMEN (2012) che favorisce, appunto, il flusso nel microcircolo: ne conseguono numerosi effetti positivi. In particolare, la vasomozione spontanea arteriolare aumenta del 13 -19 % (documentato con microangiocinematografia), la perfusione capillare del 22 - 24 %, l'estrazione di ossigeno dell' 11 - 15 %, il flusso venulare del 19 21 %. Sono altresì incrementati la produzione locale di ossido nitrico e di ATP ed anche l'immunità (per aumentato contatto dei globuli bianchi con l'endotelio) e lo smaltimento dei cataboliti cellulari.

Molteplici le indicazioni: arteriopatie, compresa la microangiopatia diabetica, ischemie cutanee, cicatrizzazioni, affezioni muscolo-scheletriche, impotenza, emicrania, insonnia. (Corso ECM Ordine dei Medici, 12 novembre 2012)

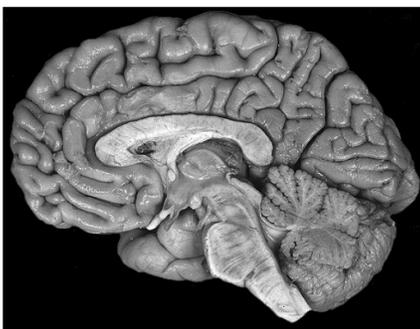
LA CIRCONCISIONE IN GERMANIA

L'ESCISSIONE parziale o totale DEL PREPUZIO, anche se diffusa in Australia, Melanesia, Indonesia, Africa, Canada, Messico e Amazzonia, ha acquistato grande importanza religiosa tra gli Ebrei e gli Arabi, che la considerano un insostituibile rito sacrificale. Gli Ebrei circoncidono il neonato nell' 8° giorno dalla nascita. La circoncisione di Gesù cade il 1° gennaio "in octava Domini".

Una recente sentenza in Germania di vietarla sta provocando un grave malcontento nella comunità ebraica e musulmana. Ciò considerato, il governo tedesco sta cercando di trovare una soluzione.

ALLENAMENTO AEROBICO ED ENCEFALICO

Uno studio presso il Karolinska Institutet di Stoccolma ha dimostrato che l'uso della "cyclette" per 6 settimane di seguito ha influenzato positivamente 500 geni, alcuni dei quali coinvolti nella comparsa del diabete mellito e delle malattie circolatorie.



VITAMINA D : NON SOLO CALCIO E FOSFORO

Tra i vari effetti negativi della carenza del calciferolo non vi è solo la ritardata

In un'altra ricerca su 2.300 soggetti oltre i 65 anni si è visto che l'allenamento aerobico favorisce la neurogenesi e la formazione delle sinapsi, fatto



molto importante sapendo che dopo i 20 anni l'encefalo perde 50 neuroni al giorno. Questo nettissimo effetto positivo è dovuto all' indotta sintesi nel cervello del "brain derived neurotrophic factor", che è valso il NOBEL ALLA PROF.SA LEVI MONTALCINI. Altro effetto favorevole di questo allenamento è il miglioramento della memoria e della depressione, nonché un probabile diminuito rischio di malattia di Alzheimer.

Ma anche nei bambini e nei giovani si sono registrati risultati interessanti. Specialmente nei periodi di esami alternare lo studio prolungato con una passeggiata o con la palestra aiuta la memoria, in quanto consente di sedimentare le informazioni e di limitare lo stress. L'attività sportiva ha migliorato il rendimento scolastico in una scuola elementare, secondo una ricerca eseguita presso la Medica University of South Varoline Children's Hospital (2011).

IPOSSIEMIA E PLACCHE ATERO-MASICHE

Molto numerosi sono i meccanismi con i quali l'ipossiemia innesca e favorisce la crescita degli aterosclerici. Attivazione delle piastrine, con liberazione di fattori di adesione e di aggregazione.

Iperfibrinogenemia. Diminuita deformabilità dei globuli rossi con secondario "sludge". Aumentata adesione dei leucociti all' endotelio. Flogosi dell' endotelio del microcircolo, molto sensibile alla carenza di ossigeno: ne conseguono diminuzione dell'ossido nitrico, iperadesività piastrinica con tendenza alla trombosi, calo della trombo-

modulazione. "SHEAR STRESS" E ATEROGENESI.

Unico effetto favorevole dell' ipossiemia è la liberazione di FATTORI ANGIOGENICI, con la formazione di nuovi vasi.

VITAMINA D : NON SOLO CALCIO E FOSFORO

crescita del bambino con la correlata inadeguatezza della mineralizzazione ossea. Fra le numerose attività biologiche di questa vitamina è in primo piano quella di STIMOLARE IL SISTEMA IMMUNITARIO, con la conseguente protezione verso le infezioni. Ciò è importante soprattutto nei primi mesi di vita durante i quali essa può favorire la maturazione e la modulazione della risposta immunitaria.

La gravidanza ha un ruolo primario nel causare questa avitaminosi. Il 76 % delle madri, al momento del parto, è carente di calciferolo nonostante ne abbia assunto durante la gestazione: in questi casi la donna è predisposta alla pre-eclampsia col secondario aumento della necessità del taglio cesareo.

L' unica controindicazione alla vitamina D è la sarcoidosi. Il suo apporto - insieme all' esposizione ai raggi solari - diminuisce il rischio di tumori, diabete mellito, affezioni cardiovascolari, disfunzione cognitiva .

"DALLA CINTOLA IN SU TUTTO IL VEDRAI"

Va chiarita una non rara confusione tra i Medici nella patogenesi della



flebotrombosi e della flebite. Nella trombosi venosa si forma il "trombo rosso" che manca di due importanti componenti: a) la flogosi, e quindi il dolore locale, che richiamerebbe l'attenzione del paziente e del medico; b) la fibrina, onde il trombo - non aderendo all' endotelio - si stacca facilmente, causando embolie polmonari. Per di più, se l'allettamento ospedaliero è prolungato, a causa della prolungata immobilità subentra una stasi del sangue, una delle 3 componenti della triade di Virchow per la trombosi ematica. Pertanto, come qualche volta succede, se il Medico nella visita in corsia, nel visitare i pazienti, non li scopre completamente dalla testa ai piedi, ma si limita ad osservare capo, torace e addome ("dalla cintola in su" secondo Dante) corre il rischio di non diagnosticare una flebotrombosi profonda proprio perché, mancando il dolore, il paziente non lamenta alcun fastidio all' arto inferiore. E' accaduto talora che quel Medico, rientrando in corsia la mattina successiva, quel paziente non l' ha più trovato nel suo letto: deceduto in nottata per una massiva EMBOLIA POLMONARE.

"SHEAR STRESS" E ATEROGENESI.

Anche se è noto che l'eccessivo attrito del sangue sulla parete arteriosa, dovuto all' ipertensione, tende a danneggiarla è anche vera la situazione opposta: cioè se questo effetto esercitato dal sangue sull' endotelio è molto basso - evento fisiologico nell' invecchiamento - viene favorita l'eterogenesi.

Al riguardo intervengono numerosi meccanismi: deposito di colesterolo-LDL, aumentato passaggio di particelle aterogene attraverso l'endotelio, maggiore adesione di piastrine e macrofagi allo stesso endotelio, diminuita secrezione dell' attivatore tissutale del plasminogeno.

Nelle CAROTIDI DI DIABETICI è stato rilevato uno "shear stress" ridotto rispetto ai non diabetici.

L'ANAMNESI NELLE VARICI

Circa la comparsa delle prime vene varicose chiedere se essa è coincisa con gravidanza, interventi chirurgici, fratture degli arti inferiori. Informarsi anche di eventuali complicazioni: trombosi venosa profonda, embolia

polmonare, varicoflebite, dermatite, ulcere delle gambe. Tenere poi presenti i possibili fattori di rischio: professioni con lavoro sedentario o - peggio - con prolungato ORTOSTATISMO, sovrappeso, pillola anticoncezionale. L'evoluzione delle varici è lenta o rapida? In questo secondo caso è senz' altro indicato l' intervento.

Si devono anche conoscere i caratteri dell' edema declive: se è saltuario, quotidiano, serale, presente al risveglio.

E' bene altresì sapere il preciso motivo della visita: senso di peso o dolenzia alle gambe, aspetti estetici, prevenzione. Questa è molto importante nel sesso femminile per la frequente predisposizione genetica: "varicosa la nonna, varicosa la madre, varicosa la figlia".

ATTIVITA' FISICA ED EMOREOLOGIA

Tra i numerosissimi vantaggi che lo sport, e l'attività fisica in generale, apportano a

tutti gli organi vi è anche quello sull' emoreologia, cioè sulle proprietà fisiche del sangue in movimento. Ne sono protagonisti i globuli rossi e le piastrine.

In posizione di riposo, le emazie nel sangue sono disposte alla rinfusa, sono alquanto attorcigliate, sono sferiche. Durante l'attività fisica esse si dispongono allineate nel senso della corrente ematica (fenomeno dell' orientamento), si dispiegano (fenomeno dello stiro), assumono forma piuttosto allungata sempre nel senso della corrente. Queste tre modificazioni sono tutte indirizzate a DIMINUIRE LE RESISTENZE INTERNE nel flusso sanguigno.

Le piastrine, a riposo, tendono a formare microaggregati che - qualora si ingrossassero - faciliterebbero la trombosi. Durante l'attività muscolare avviene una loro disaggregazione, anch' essa mirata a favorire il flusso ematico .

NOVITA' LAMPO

DONAZIONE DI FEGATO CON ROBOT. Primo prelievo al mondo con chirurgia robotica, eseguito presso l'Istituto mediterraneo Trapianti: con la tecnica robotica mini-invasiva è stato PRELEVATO IL LOBO EPATICO DESTRO da dare al ricevente

FIBRILLAZIONE AMIODARONE E ANTOCOAGULANTI. Se una recente fibrillazione atriale scompare dopo cura con amiodarone, per prudenza NON SOSPENDERE SUBITO L' ANTICOAGULANTE: questo va continuato per 30 - 45 giorni onde evitare embolie da possibile recidiva dell' aritmia (osserv. pers.)

CONFERMA DECESSO MOROSINI. Come previsto, è stata la SINDROME DI BRUGADA, cardiopatia aritmoge-

Il Prof.

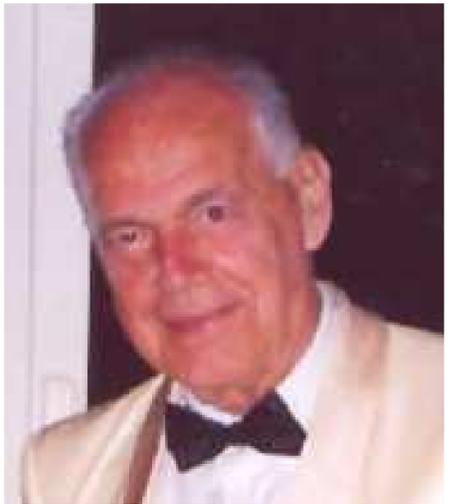
Alessandro Ciammaichella

che da oltre 5 anni collabora attivamente col nostro giornale - risponderebbe volentieri alle vostre richieste di chiarimenti circa le sue recensioni nelle due forme di:

- 1) Qua e là da Internet;
- 2) Novità lampo.

Tutto ciò in quanto, per esigenze di spazio, concetti e notizie esposti potrebbero talora richiedere maggiori approfondimenti.

Alessandro Ciammaichella



na del ventricolo destro, a causare l' obitus per fibrillazione ventricolare del calciatore del Livorno. Perizia anatomopatologica di 250 pagine consegnata alla Procura di Pescara.

ANGIOPLASTICA O BY-PASS CORONARICO? Il confronto del decorso postoperatorio fra i due gruppi depone a favore del by-pass: la mortalità dopo 4 anni dall'intervento è del 7,6 % contro il 4,3 % (Prof. D. Taggart, Meeting cardiocirurgia Policlinico Tor Vergata, 2012)

DIABETE-2 "MALATTIA INTESTINALE" Le incretine GLP-1 e GIP, prodotte rispettivamente dall' ileocolon e dal duodeno in risposta all' ingestione di cibo e che stimolano la PRODUZIONE DI INSULINA, sono diminuite nel diabete tipo 2. Possono pertanto essere "bersagli terapeutici". MANGIARE-VELOCEMENTE. Nel Congresso congiunto di Endocrinologia internazionale ed europea, svolto si a Firenze, è stato riferito che mangiare in fretta aumenta il RISCHIO DI SOVRAPPESO-OBESITA' e quindi di diabete tipo 2.

INFARTO MIocardico: 2 POSSIBILITA'. Il chiarimento viene dall' ANATOMIA PATOLOGICA: a) se vi sono placche coronariche stenotanti, esso è preceduto dall' angor; b) se la placca non è stenotante, esso compare all'improvviso per rottura di essa subito seguita da trombosi sovrastante.

NEUROPATIA DIABETICA ? Tre dati per sospettarla: a) areflessia tendinea; b) ipotensione ortostatica; c) rallentato svuotamento gastrico all' esame radiologico. Se poi il paziente può praticare l'esame Holter pressorio vi è anche un quarto elemento: la SCOMPARSITA' DEL RITMO CIRCADIANO. MORBO DI BASEDOW. Dovuto ad un fattore tireostimolante, è una immunoglobulina G presente di più nella donna. Frequente complicazione è l' OFTALMOPATIA DI GRAVES: congiuntivite, edema orbitario, esoftalmo con pare si dei muscoli estrinseci dell' occhio. Recenti studi hanno dimostrato l' utilità del selenio.

TRAPIANTO E ADESSOSPORT. Questo protocollo di ricerca promosso dal Centro nazionale Trapianti seleziona i trapiantati di organo solido per praticare l'attività fisica: lo scopo è quello di considerare lo sport come un mezzo utile alla RIPRESA PSICOFISICA del paziente trapiantato (2012).

COMUNICAZIONE DA SOGEI

Gent.ma Dottoressa, egregio Dottore, la informiamo che il sistema dei servizi SOGEI per l'invio dei certificati non sta funzionando in maniera continuativa ma presenta frequenti blocchi. Nel caso in cui, inviando un certificato le dovesse comparire un messaggio circa il mancato riconoscimento delle credenziali oppure altri messaggi di errore vuol dire che, in quel momento, il servizio è in blocco. Non sarà possibile neanche inviare i certificati tramite il sito www.sistemats.it.

L'impossibilità di utilizzare il servizio potrà essere segnalata al Numero Verde Sogei 800 030 070

Prostatectomia o osservazione nel cancro prostatico iniziale?

In un follow up di oltre 12 anni dello studio SPCG-4 la prostatectomia radicale dimostra di ridurre la mortalità totale e specifica del cancro prostatico localizzato, ma solo nei pazienti con meno di 65 anni.

Lo studio denominato Scandinavian Prostate Cancer Group 4 (SPCG-4) aveva randomizzato, tra l'ottobre 1989 e il febbraio 1999, 695 uomini con carcinoma prostatico iniziale (età media, 64,7 anni) alla

prostatectomia radicale oppure ad un programma di sorveglianza periodica. I primi risultati erano stati pubblicati nel 2002 [1]. Il follow up medio era, allora, di 6,2 anni. La mortalità da cancro prostatico risultava ridotta nel gruppo sottoposto a prostatectomia (4,6% versus 8,9%) tuttavia la mortalità totale non differiva tra i due gruppi (15,3% versus 17,8%).

Successivamente, nel 2005, furono disponibili i risultati di un follow up medio di 8,2 anni [2]. In quell'occasione si osservò che la prostatectomia riduceva anche la mortalità totale, tuttavia gli autori concludevano che la riduzione del rischio di morte, stimato a 10 anni, era piccola mentre risulta sostanziale la riduzione nel rischio di comparsa delle metastasi e della progressione locale del tumore. L'analisi per sottogruppi evidenziava che i benefici erano presenti solo nei pazienti con meno di 65 anni, mentre in quelli più anziani non vi era differenza sostanziale tra intervento e controllo.

Vengono ora resi noti i risultati con follow up medio di 12,8 anni [3]. Durante il monitoraggio dei pazienti quelli del gruppo chirurgico che mostrava-

no una recidiva locale (o per comparsa di una massa palpabile oppure per aumento del PSA) venivano sottoposti ad ormonoterapia. Invece quelli del

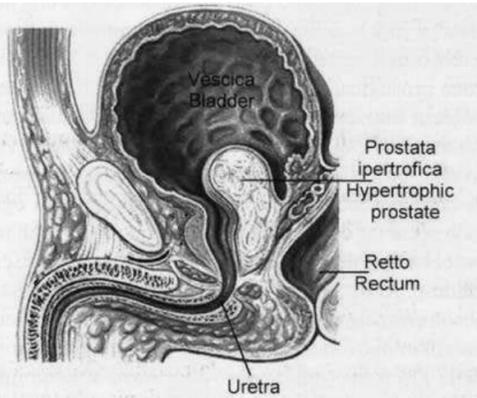
gruppo di controllo che lamentavano disturbi urinari ostruttivi venivano sottoposti a resezione endoscopica transuretrale e ad ormonoterapia se venivano riscontrate metastasi a distanza. La mortalità totale, ancora, risulta più bassa nel gruppo chirurgico (47,8% versus 57,8%, $P = 0,007$). Anche la mortalità

attribuita al cancro prostatico è più bassa nel gruppo chirurgico (14,6% versus 20,7%; riduzione del rischio relativo del 38%, $p = 0,01$). Però, i benefici sulla sopravvivenza continuano ad essere presenti solo nei soggetti che al momento dell'arruolamento avevano meno di 65 anni. Il numero di soggetti che è necessario operare per evitare un decesso è di 15 se si considera l'intera coorte dello studio e di 7 se si considerano solo i pazienti < 65 anni.

Fonte:

- Holmberg L et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002 Sep 12; 347:781-9
- Bill-Axelsson A et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005 May 12; 352:1977-84 <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1743>
- Bill-Axelsson A et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2011 May 5; 364:1708.

Commento di Renato Rossi



Come nota un editorialista [1] nello studio SPCG-4 quasi la totalità dei pazienti (per la precisione l'88%) aveva un tumore prostatico palpabile e solo poco più del 5% era stato scoperto dallo screening. Questo rende poco trasferibili i risultati del trial ai pazienti di oggi, in cui nella maggior parte dei casi il cancro prostatico viene scoperto quando ancora non è palpabile e non ha dato sintomi ostruttivi o irritativi, grazie al diffuso dosaggio del PSA.

L'editorialista ricorda due studi attualmente in corso (lo studio PIVOT e lo studio ProtecT) in cui viene testata specificamente la scelta chirurgica versus la vigile attesa nel cancro prostatico molto iniziale scoperto con lo screening.

Nell'attesa, la terapia del cancro prostatico localizzato richiede attenta considerazione di molti parametri, conclude l'editoriale, come per esempio la severità della malattia, l'età del paziente, il suo stato di salute complessiva, le preferenze individuali.

Non si può che concordare. In linea generale si può dire che nei pazienti con meno di 65 anni e in buono stato di salute è proponibile l'intervento chirurgico. Nei pazienti di qualche anno più anziani può essere una scelta accettabile anche la radioterapia. Nei pazienti con più di 70 anni e/o con patologie concomitanti può essere proposta la vigile attesa, scelta peraltro difficile, anche dal punto di vista psicologico, sia per il medico che il paziente. Ma i risultati dello studio scandinavo non possono essere ignorati: per i pazienti più anziani anche il follow up prolungato dimostra che l'intervento chirurgico espone inutilmente alle complicanze note senza portare a benefici in termini di aumento della sopravvivenza.

Referenze

- Smith MR. Effective treatment for early-stage prostate cancer — Possible, necessary, or both? *N Engl J Med* 2011 May 5; 364:1770.

Lecito rivelare dati sensibili dei pazienti per difendersi in giudizio

La Cassazione (III Penale n. 35296/2011) ha confermato che non c'è violazione della privacy da parte del medico quando rivela i dati sensibili senza il consenso del paziente per difendersi in tribunale nei suoi confronti.

I fatti:

Un medico pubblico dipendente, citato in giudizio in un procedimento civile da una paziente al fine di ottenere un risarcimento, si era difeso utilizzando informazioni attinte dalla cartella clinica nonché altre informazioni attinenti lo stato di salute di quest'ultima.

Era perciò stato denunciato dall'interessata con l'accusa di aver abusato del suo ruolo in quanto aveva proceduto al trattamento dei dati personali attinenti allo stato di salute di una paziente senza il consenso dell'interessata e l'autorizzazione del garante, al di fuori delle ipotesi consentite dalla legge sulla privacy (Dlgs n. 196/2003).

Il medico, a sua difesa, aveva sostenuto di avere agito per sostenere il proprio diritto alla difesa, costituzionalmente garantito.

Il GUP dichiarava il non luogo a procedere nei confronti del medico, per cui la paziente ricorreva in Cassazione. La Suprema Corte (III Sez. penale, n. 35296/2011) rigettava però il ricorso della paziente richiamando il principio di diritto, circa il bilanciamento operato dal giudice di merito in favore dell'imputato, già enunciato dalle Sezioni Unite circa il trattamento dei dati sen-

sibili: non costituisce violazione della relativa disciplina il loro utilizzo mediante lo svolgimento di attività processuale giacché detta disciplina non trova applicazione in via generale quando i dati stessi vengano raccolti e gestiti nell'ambito di un processo; in

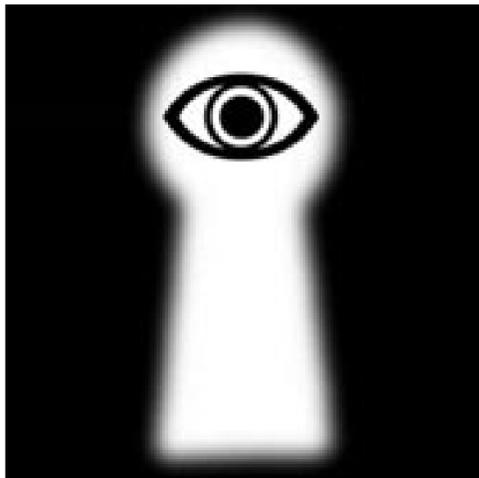
anche senza consenso:

- Quando cioè è necessario per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- quando è necessario per eseguire obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche richieste dell'interessato;
- quando è necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica di un terzo.
- con esclusione della diffusione, quando è necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7/12/07 n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento

E' importante perciò tenere a mente che il diritto alla privacy, pur nella sua fondamentale importanza di diritto costituzionalmente garantito, non è assoluto e può essere limitato da altri diritti di rango uguale o superiore.

Sarebbe del resto contrario ad ogni principio di ragionevolezza ammettere che il paziente possa avanzare false accuse, smentite dai fatti, senza però che il medico possa portare questi fatti a sua difesa...

Commento: in realtà il principio espresso nella sentenza non è nuovo: era già stato esplicitato addirittura nella "Legge privacy" del 2003 ove, all'art. 24, enumera i casi in cui è lecito il trattamento dei dati personali e sensibili di un soggetto anche senza il suo consenso. Riassumendo la parte che più interessa, viene consentito il trattamento



esso, infatti, la titolarità del trattamento spetta all'autorità giudiziaria e in tal sede vanno composte le diverse esigenze, rispettivamente, di tutela della riservatezza e di corretta esecuzione del diritto alla difesa.

Commento:

in realtà il principio espresso nella sentenza non è nuovo: era già stato esplicitato addirittura nella "Legge privacy" del 2003 ove, all'art. 24, enumera i casi in cui è lecito il trattamento dei dati personali e sensibili di un soggetto anche senza il suo consenso. Riassumendo la parte che più interessa, viene consentito il trattamento

(da pag.1)

Nonostante ciò non si è ancora provveduto, nella quasi totalità delle regioni, a mettere a disposizione dei medici di base i sistemi informativi hardware e software necessari, così come disciplinati, oltre che dalla normativa sopra richiamata, dagli articoli 13 bis, 59 bis e 59 ter dell'ACN in vigore; quanto sopra è necessario per poter accedere ai servizi, nonché preliminarmente alla definizione di una piattaforma hardware e software omogenea, nonché alla istituzione ed utilizzo di un servizio "help desk" in grado di diagnosticare e supportare lo studio medico nella risoluzione di eventuali malfunzionamenti.

In considerazione di quanto precede, è evidente l'inadempimento del Ministero e delle Regioni rimaste inattive di fronte a precisi obblighi sulle stesse gravanti.

E' del pari evidente che nessun inadempimento potrà essere imputato ai Medici di medicina generale dello SMI, per la mancata ottemperanza alla trasmissione della ricetta informatizzata e le regioni dovranno man-

vare i suddetti medici per ogni sanzione eventualmente applicata in conseguenza del non puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008

Con la presente, pertanto, nell'interesse del Sindacato dei Medici Italiani -SMI, e dei medici di medicina generale allo stesso aderenti significa che, persistendo tale stato di cose e, in particolare, permanendo l'inadempimento degli obblighi assunti, i Medici di medicina generale associati allo SMI che non potranno adempiere all'invio della c. d. "Ricetta Telematica", dovranno essere esentati dai relativi obblighi.

Si diffidano pertanto le regioni inadempienti dall'irrogare qualsivoglia sanzione che sarà aversata in sede giudiziaria..

Rimanendo in attesa di un Vostro riscontro, invio distinti saluti.

Avv.to Antonio Puliatti

La Citisina e' utile per smettere di fumare

La citisina (Tabex) si conferma più efficace del placebo per aiutare a smettere di fumare.

In questo studio randomizzato, in doppio cieco, contro placebo, sono stati arruolati 740 fumatori (almeno 10 sigarette al giorno), trattati con citisina (compresse da 1,5 mg) oppure placebo per 25 giorni.

Dopo un follow up di un anno (durante il quale i partecipanti vennero sottoposti a counselling e visite) aveva smesso di fumare l'8,4% del gruppo citisina e il 2,4% del gruppo placebo (differenza statisticamente significativa, NNT = 17).

Per gli autori la citisina è un'opzione attraente per chi desidera smettere di fumare perché si tratta di una terapia economica.

Fonte:

- West R, et al.. Placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2011 Sept 29;365:1193-200

Commento di Renato Rossi
La citisina viene estratta dalla radice dell'acacia prominens e il suo meccanismo d'azione è analogo a quello della vareniclina (agonista parziale del recettore nicotinico alfa4 beta2). In realtà i risultati dello studio recensito in questa pillola non sono una novità e della citisina ci siamo già occupati

in alcune pillole precedenti [1,2]. Il farmaco è attualmente in commercio in Russia e Polonia e potrebbe diventare un trattamento molto concorrenziale, ma sarebbe interessante un confronto diretto contro vareniclina e bupropione.

Un'annotazione finale non va però dimenticata: i partecipanti arruolati nello studio di West e collaboratori avevano manifestato l'intenzione di smettere di fumare, quindi si trattava di soggetti verosimilmente molto moti-

vati. Nonostante questo a 12 mesi la percentuale che aveva smesso di fumare risultava bassa. Questo significa che il farmaco

può essere un ausilio nella lotta contro il fumo, ma è necessario un approccio multidisciplinare sia a livello di singolo paziente che di politica sanitaria (divieto di fumare in luoghi pubblici, campagne capillari di informazione e sensibilizzazione, etc.)

Referenze

- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2832>
- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3669>



Nuove controindicazioni del ranelato di stronzio

Il ranelato di stronzio è ora controindicato nei soggetti a rischio di tromboembolia o affetti da embolia polmonare o trombosi venosa profonda.

Il ranelato di stronzio è ora controindicato nelle pazienti con:

- tromboembolismo venoso (TEV) in corso o pregresso, inclusa trombosi venosa profonda ed embolia polmonare;
- immobilizzazione temporanea o permanente dovuta ad esempio ad un intervento chirurgico o ad un allettamento prolungato.

In seguito ad uno studio pubblicato in Francia (Ranelate de strontium: effets indésirables rapportés en France; Presse Med. 2011 ; 40 (10) : e453-e462), in cui venivano descritte 199 reazioni avverse gravi, di cui il 52% di tipo cardiovascolare (principalmente casi di TEV) e il 26% di tipo cutaneo, il CHMP (Committee on Medicinal Products for Human Use dell'EMA) ha riesaminato tutti i dati disponibili sul rischio di TEV provenienti da studi

clinici, studi epidemiologici e dati post-marketing, ed ha concluso che le informazioni sul prodotto devono includere nuove controindicazioni. Inoltre, è stata anche aggiunta la raccomandazione di cautela nella prescrizione di ranelato di stronzio a pazienti di età superiore agli 80 anni a rischio di TEV.

La revisione ha anche rivalutato il rischio di reazioni di ipersensibilità, quali la sindrome di DRESS, la sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e la necrolisi epidermica tossica (NET). Poiché sono state riportate dai medici reazioni cutanee gravi, si raccomanda ai medici di vigilare sul tempo di insorgenza e ai segni e sintomi di queste reazioni cutanee.

Fonte:

- http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/nii_protelos_osseor_rev_si_23_marzo_2012_vers_def.pdf

A cura di Patrizia Iaccarino