

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 7 numero 7

Luglio-Agosto 2010

In mezzo al guado: la Riforma delle Pubbliche Amministrazioni aggredisce la sanita'

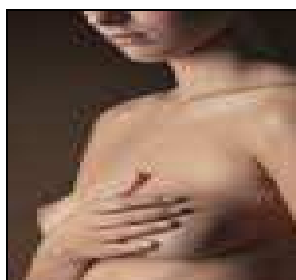
Chi scrive e' da sempre fautore di snellimento e semplificazione della burocrazia, e la riforma Brunetta, con l' informatizzazione di tutti i settori, a partire dalla Sanita', "rischia" di farci diventare un Paese Civile. Ma alla volonta' riformatrice si oppone un arretramento enorme delle infrastrutture che viene impropriamente posto a carico dei singoli.

Rifiutare le vaccinazioni obbligatorie espone a sanzioni entrambi i genitori

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA



Esporre una copia del permesso invalidi: i distinguo della Cassazione



Aggiornate le linee guida su screening mammografico



A Milano un caso sifilide al giorno, Hiv seconda infezione fra i giovani

Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro: avevano ragione i vecchi Maestri?

Disposti controlli su cartelle cliniche e su schede di dimissione

Come vanno calcolate le ferie aggiuntive dei lavoratori sottoposti a rischio radiologico

Per approfondire i vari temi vai su www.scienzaeprofessione.it

oppure iscriviti a Pillole: Pillole-subscribe@yahoo.com

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Prevenire il diabete e' possibile	Pag. 3	<p>Mensile di informazione e varie attualita'. Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998</p> <p>Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it</p> <p>Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -SIAMEG -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi</p> <p><i>Redazione</i> Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)</p> <p>Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onori—Patrizia Iaccarino</p> <p>Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni: dzamperini@gmail.com Cell. 333/5961678</p> <p>Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/</p> <p>Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i></p>
Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro	Pag. 3	
Testare l'aggregazione piastrinica quando si usa il clopidogrel nella PCI	Pag. 4	
Aggiornate le linee guida USPSTF sullo screening mammografico	Pag. 7	
Ipotizzata associazione tra sartani e cancro	Pag. 7	
Dolore persistente dopo chirurgia mammaria	Pag. 8	
L' Ordine di Milano contesta certificati online e l' ultimo ACN	Pag. 9	
Reato di falso se nell' autodichiarazione vengono omessi dati importanti	Pag. 9	
Rifiutare vaccinazioni obbligatorie espone a sanzioni entrambi i genitori	Pag. 9	
Ferie aggiuntive dei lavoratori sottoposti a rischio radiologico	Pag. 10	
Controlli su cartelle cliniche e su schede di dimissione	Pag. 10	
Certificati telematici: primi problemi	Pag. 10	
Le coppie di fatto hanno diritto agli assegni familiari	Pag. 11	
Esporre una copia del permesso invalidi: i distinguo della Cassazione	Pag. 11	
A Milano un caso sifilide al giorno, Hiv seconda infezione fra giovani	Pag. 12	
Anche il pedone puo' avere responsabilita' esclusiva dell' incidente	Pag. 12	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	
News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)	Pag. 13	



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da
ULIVETO E ROCCHETTA, "ACQUE DELLA SALUTE"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Prevenire il diabete e' possibile

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

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

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

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

Se si considera solo il follow up dopo i primi 2,8 anni, quando interventi sullo stile di vita vennero offerti anche agli altri gruppi, si nota che l'incidenza di

diabete diventa simile nei tre gruppi: rispettivamente 5,9 per 100 persone/anni nel gruppo stili di vita, 4,9 nel gruppo metformina e 5,6 nel gruppo placebo.

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

Fonte:

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

Commento di Renato Rossi

Lo studio originale DPP era stato pubblicato nel 2002 [1,2]. I suoi risultati erano stati confermati da uno studio finlandese del 2006 [3] che aveva dimostrato come un corretto stile di vita sia in grado di ridurre l'insorgenza di diabete in soggetti a rischio e che i benefici si mantengono a lungo, fino a 7 anni. Arrivano ora i risultati del follow up a 10 anni dello studio DPP che provano ancora come la via maestra sia quella di intervenire sul modo di vivere dei pazienti promuovendo una corretta

alimentazione ed una sana attività fisica. L'efficacia di questo approccio è circa doppia di quella della terapia farmacologica con metformina, che pure non ottiene risultati disprezzabili in quanto riduce il rischio cumulativo del 18%. Interessante notare che si limita l'analisi al follow up dopo la pubblicazione dei dati iniziali, quando anche ai gruppi metformina e placebo vennero offerti interventi atti a favorire un sano stile di vita, l'incidenza di diabete diventa simile nei tre gruppi: prova ulteriore che è su questo versante che bisogna focalizzare gli sforzi maggiori.

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

Referenze

1. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346:393-403. Abstract
2. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2729
3. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2872

Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro

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

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

Questo studio ha assemblato i dati di

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

Di seguito i trattamenti nei vari gruppi: 1708 pazienti trattati con acido folico (0,8 mg/die) + vitamina B12 (0,4 mg/

die) + vitamina B6 (40 mg/die)

1703 pazienti trattati con acido folico + vitamina B12

1705 pazienti trattati con vitamina B6

1721 pazienti trattati con placebo

Dopo un follow up mediano di 39 mesi e 38 mesi di osservazione post intervento avevano avuto una diagnosi di cancro 341 pazienti trattati con acido folico + vitamina B12 (10,0%) contro

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

288 partecipanti (8,4%) che non avevano ricevuto tale trattamento (HR 1,21; 1,03-1,41; $p = 0,02$).

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

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

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

La vitamina B6 non risultò associata ad effetti significativi

Gli autori concludono che il trattamento con acido folico + vitamina B12 risulta associato ad

un'aumentata incidenza di cancro e ad un aumento della mortalità totale in pazienti con cardiopatia ischemica.

Fonte:

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

Commento di Renato Rossi

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

Altri studi hanno evidenziato l'inefficacia delle vitamine nella prevenzione del can-

cro [2,3,4].

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

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

Referenze

1. Figueiredo JC et al. Folic acid and risk of prostate cancer: Results from a randomized clinical trial. J Natl Cancer Inst 2009 Mar 18; 101:432.
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4422>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4324>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4388>

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

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

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

Il trial POPULAR, presentato all'American Heart Association 2009 Scientific Sessions, ha comparato 8 diversi sistemi di valutazione dell'attività piastrinica in rapporto alla loro capacità di identificare i soggetti che avrebbero sviluppato eventi CV (indice compo-

to comprendente morte, IMA, trombosi intrastent, stroke) ad un anno dalla rivascolarizzazione PCI end point primario di efficacia o emorragie TIMI maggiori e minori (end point principale di safety)

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

Il problema è che esiste una grande variabilità nella tipologia di complessità di tali tests, alcuni necessitano di personale di laboratorio esperto mentre altri sono fattibili "al letto del paziente". Grande è anche la variabilità tra i

costi dei vari tests.

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

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

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

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

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

adjusted OR 3.5, $p=0.001$). Nessuna differenza è stata notata per quanto concerne le emorragie minori. Lo studio prospetta problemi interpretativi e di trasferibilità clinica di rilievo. Infatti prima di tutto sono state considerate solamente le emorragie intraospedaliere e poi ben il 40% dei soggetti presenta un "aumentata risposta al clopidogrel" mentre solo il 2% va incontro ad eventi emorragici TIMI intraospedalieri. E' utile ed opportuno dunque usare il test per identificare i soggetti a maggior rischio avendosi questa capacità predittiva, essendo abbastanza rari gli eventi in confronto della platea di soggetti "a rischio" ?

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

L'aggregabilità è stata misurata usando ancora il Multiplate MEA test al fine di stabilire la risposta al clopidogrel in 1608 pazienti consecutivi candidati all'impianto di uno stent intracoronarico (2). L'end point predefinito era costituito dalla trombosi intrastent a 30 giorni dalla procedura ed è risultato più frequente nei soggetti con ridotta risposta piastrinica al clopidogrel.

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

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

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

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

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

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

In linea teorica, applicando alcune osservazioni provenienti da altri studi, si potrebbe pensare di usare il prasugrel, una tienopiridina che si è dimostrata più potente, ma anche gravata da maggiori eventi emorragici, rispetto al clopidogrel. In base ai risultati dello studio TRITON-TIMI 38 la variabilità interindividuale della risposta al clopidogrel sembra maggiore rispetto a quella dimostrata dal prasugrel che comunque permane assai elevata.

E' opportuno ricordare che una fonte di variabilità della risposta al clopidogrel è stata identificata in polimorfismi dei geni codificanti per i citocromi (7). Una ridotta risposta al clopidogrel è stata specificamente associata con il l'allele CYP2C19*2, che causa perdita dell'effetto antiaggregante in pazienti dopo applicazione di stent coronarici e dopo infarto miocardico senza elevazione del tratto ST. E' compatibile con queste osservazioni farmacodinamiche che il prasugrel, un altro inibitore del P2Y1-2, sembra non essere influenzato dalla variabilità degli isoenzimi del CYP2C1-

9.

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

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

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

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

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

sura dell'interazione farmacologica. Il Cogent (4) è un RCT con end point primario costituito dall'incidenza di eventi CV, infarti e rivascularizzazioni in soggetti che prendevano clopidogrel+omeprazolo vs soggetti trattati con il clopidogrel + placebo. Lo studio è stato interrotto prima del previsto per difficoltà economiche legate allo sponsor, quando aveva reclutato 3627 pazienti sui 5000 previsti, con una conseguente perdita di potenza statistica per la minore inclusione di eventi. Nessuna differenza tra i 2 gruppi è stata osservata per quanto concerne l'endpoint primario (hazard ratio=1.02,0.70-1.51). Nello studio PRINCIPLE-TIMI 44 sono stati reclutati 201 pazienti sottoposti a intervento coronarico percutaneo (PCI) e successivamente randomizzati a clopidogrel o prasugrel. Gli autori hanno valutato l'inibizione della aggregazione piastrinica esercitata dalle due tienopiridine. Si è evidenziato che l'uso concomitante di PPI (che riguardava il 26% dei partecipanti al baseline) riduce l'inibizione della aggregazione piastrinica sia in chi assumeva prasugrel che in chi assumeva clopidogrel. Questo effetto era più evidente in chi assumeva clopidogrel. Nello studio PRINCIPLE-TIMI 38 sono stati arruolati 13.608 pazienti con sindrome coronarica acuta sottoposti a PCI e successivamente trattati random con clopidogrel o prasugrel. Al baseline circa un terzo dei partecipanti assumeva PPI. L'endpoint primario, composto da infarto miocardico, ictus e morte cardiovascolare, non differiva in maniera significativa tra i pazienti che assumevano contemporaneamente all'antiaggregante anche il PPI e tra chi non lo assumeva. L'uso dei PPI non è risultato associato né ad un aumentato rischio di infarto miocardico né ad una riduzione delle emorragie imputabili all'uso dei PPI (5). Non si è osservata neppure una qualche differenza tra i vari PPI. da notare comunque che i risultati devono essere interpretati con cautela poiché non si tratta di studi randomizzati.

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

altri studi indicano un effetto anche con altri PPI.

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

Un'ulteriore strategia può essere quella di usare altri farmaci gastroprotettori quali il misoprostol e la ranitidina al posto dei PPI. A tale riguardo giova ricordare quanto previsto nel rationale alla nota CUF 1 omissis.....Numerosi studi hanno dimostrato che nei soggetti trattati con FANS, dosi standard di inibitori della pompa protonica riducono significativamente l'incidenza di ulcere gastriche e duodenali diagnosticate all'endoscopia rispetto al placebo. Due di essi meritano particolare attenzione. Nel primo l'omeprazolo è stato confrontato con ranitidina e, nel secondo, con misoprostolo in due trial con uguale disegno sperimentale. In tutti e due gli studi (ASTRONAUT e OMNIUM) venivano valutati soggetti che a seguito della terapia con FANS presentavano una ulcera peptica o almeno 10 erosioni gastriche o duodenali. Ciascuno dei due trial esaminava due fasi: a) la guarigione delle lesioni da FANS già presenti; e b) la prevenzione della ricomparsa delle lesioni durante ritrattamento con i FANS. In entrambe le fasi la terapia con omeprazolo si è dimostrata più efficace del farmaco di confronto (rispettivamente, ranitidina e misoprostolo) sia nel guarire le ulcere sia nel prevenire le recidive. Detti risultati vanno però valutati con prudenza in quanto entrambi gli studi presentano limiti metodologici rilevanti quali:

1) la dimostrazione di maggiore efficacia è basata su parametri surrogati, infatti gli studi hanno utilizzato come "endpoint" terapeutico la riduzione del numero di ulcere endoscopiche e dei sintomi dispeptici e non delle complicanze gravi che sono il parametro clinico più rilevante cui mira la profilassi farmacologica: non è cioè la stessa cosa prevenire un'ulcera visibile alla endoscopia routinaria in uno studio clinico e prevenire

una complicanza grave (emorragia, perforazione, ostruzione);

2) le dosi utilizzate con i farmaci di riferimento (400 g/d per il misoprostolo e 300 mg/d per la ranitidina) sono probabilmente inadeguate;

3) è mancata soprattutto un'attenta considerazione alla presenza o meno nei pazienti trattati di una infezione da *H. pylori*. Lo stato di portatore o meno di una tale infezione può, infatti, avere grande rilevanza. Una recente metanalisi condotta su 16 studi dimostra, infatti, in modo convincente come sia l'infezione da *H. pylori* sia l'impiego di FANS tradizionali possano aumentare il rischio di causare un'ulcera peptica o un sanguinamento gastrico in modo indipendente, avendo un effetto sinergico nell'aggravare il rischio di ulcera peptica e sanguinamento quando entrambi i fattori di rischio sono presenti nello stesso paziente. La superiore efficacia dell'inibitore di pompa rispetto a misoprostolo e a dosi usuali di H2 bloccanti nel prevenire le ulcere da FANS potrebbe cioè essere in parte solo apparente e dovuta a una diversa distribuzione dei pazienti con infezione nella popolazione studiata. (8)

Luca Puccetti

Riferimenti bibliografici

- 1) J Thromb Haemost 2009
- 2) Sibbing D, Morath T, Braun S, et al. Clopidogrel response status assessed with Multiplate point-of-care analysis and the incidence and timing of stent thrombosis. J Thromb Haemost 2009
- 3) Siller-Matula J, Christ G, Lang IM, et al. Multiplate electrode aggregometry better predicts stent thrombosis than the VASP assay. J Thromb Haemost 2009
- 4) www.pilllole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4810
- 5) www.pilllole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4775
- 6) Am J Gastroenterol. 2009 Nov 10
- 7) www.pilllole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4490
- 8) www.agenziafarmaco.it/wscs_render_attachment_by_id/111.90291.1168607405163575e.pdf?id=111.88204.1168596628882
- 9) Am J Gastroenterol. 2007 Nov;102(11):2411-6. Epub 2007 Sep 10

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Aggiornate le linee guida USPSTF sullo screening mammografico

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

La United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha aggiornato le sue linee guida sullo screening mammografico, valide per le donne a rischio medio. Le precedenti risalivano al 2002. Lo screening riduce la mortalità da cancro mammario nelle donne di età compresa tra 39 e 69 anni, mentre i dati sono insufficienti per le donne di età ≥ 75 anni. Lo screening produce anche falsi positivi ed accertamenti di imaging aggiuntivi sono comuni. Non si sono evidenziati benefici derivanti dall'esame clinico della mammella o dall'autopalpazione.

Questi i punti principali delle linee guida:

1) la USPSTF raccomanda contro lo screening di routine nelle donne di età compresa tra 40 e 49 anni (la decisione se iniziare lo screening a questa età deve essere personalizzata considerando il contesto della paziente, compresi i valori che la stessa ritiene importati per i

benefici e i rischi dello screening)
2) nelle donne di età compresa tra 50 e 74 anni si raccomanda lo screening biennale

3) non ci sono evidenze per lo screening in donne di età ≥ 75 anni

4) la USPSTF raccomanda contro l'insegnamento dei medici alla autopalpazione

5) le evidenze attuali sono insufficienti per valutare rischi e benefici della mammografia digitale e della risonanza magnetica usate come mezzo di screening al posto della mammografia tradizionale

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

Fonte:

1. Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009 Nov 17; 151:727-737

2. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009 Nov 17; 151:716-726

3. Mandelblatt JS et al. Effects of Mammography Screening Under Different Screening

Schedules: Model Estimates of Potential Benefits and Harms. *Ann Intern Med* 2009 Nov 17; 151:738-747

Commento di Renato Rossi

Le linee guida precedenti, risalenti al 2002, consigliavano lo screening mammografico a partire dai 40 anni ogni 1-2 anni. L'aggiornamento del 2009 è diventato più selettivo: prima dei 50 anni lo screening di routine non è raccomandato e nella fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni l'intervallo tra un esame e l'altro dovrebbe essere di due anni.

Nulla di nuovo sotto il sole, almeno per i lettori di questa testata, visto che allo screening mammografico abbiamo dedicato molte pillole, ad alcune delle quali rimandiamo in bibliografia [1,2,3,4]

Referenze

1. www.pillole.org/public/aspnuke/news/all.asp?id=4834

2. www.pillole.org/public/aspnuke/news/all.asp?id=4744

3. www.pillole.org/public/aspnuke/news/all.asp?id=4521

4. www.pillole.org/public/aspnuke/news/all.asp?id=3260

Ipotizzata associazione tra sartani e cancro

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

In questa metanalisi sono stati assemblati i dati di 5 RCT per un totale di circa 62000 pazienti.

Il fine era quello di valutare se l'uso degli antagonisti del recettore dell'angiotensina II (ARB o sartani) fosse o meno associato ad un aumento del rischio di cancro.

Il farmaco più usato nei cinque trials era il telmisartan.

Si è visto che l'uso degli ARB risultava associato ad un aumento del rischio di cancro: 7,2% nel gruppo trattato rispetto al 6% nel gruppo controllo (rischio

relativo 1,08; 95%CI 1,01-1,15).

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

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

E' stato poi osservato che l'unico cancro che risultava associato significativamente all'uso degli ARB era quello polmonare: 0,9% contro 0,7% (RR 1,25; 95%CI 1,05-1,49).

Gli autori hanno calcolato che bisogna trattare per 4 anni circa 143 soggetti per avere un caso di cancro in più. Per

contro non si è osservato un aumento dei decessi da cause oncologiche (1,8% contro 1,6%, $p = 0,183$).

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

Fonte:

Sipahi I et al. Angiotensin-receptor blockade and risk of cancer: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet Oncology*. Pubblicato anticipatamente online il 14 giugno 2010.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

[http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(10\)70106-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(10)70106-6/abstract)

Commento di Renato Rossi

Gli autori di questa metanalisi sono partiti dalla constatazione che negli studi sperimentali è stato dimostrato che il sistema renina - angiotensina regola la proliferazione cellulare, l'angiogenesi e la progressione tumorale. Inoltre nello studio CHARM overall [1] si era visto un lieve aumento delle morti da cause oncologiche nel gruppo trattato con sartano, ma il dato avrebbe potuto essere dovuto al caso.

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

Comunque, in un editoriale di accompagnamento [2], il dr. Nissen suggerisce che, fino a che non saranno disponibili nuovi dati, i sartani dovrebbero essere usati principalmente quando un aceinibitore non è tollerato.

Recentemente la FDA ha pubblicato un report in cui avverte che sta valutando la sicurezza di olmesartan [3] in quanto

l'analisi di due studi (ROADMAP e O-RIENT) suggerirebbe un aumento dei decessi da cause cardiovascolari. L'agenzia americana avverte, però, che questi dati sono in contrasto con quelli derivanti da ricerche precedenti e che i benefici del farmaco continuano a superare i rischi. Il report invita i medici a riportare gli eventuali effetti collaterali riscontrati.

La ditta produttrice del telmisartan si è dichiarata in disaccordo con le conclusioni di Sipahi e collaboratori: l'aumento del rischio oncologico deriva solo dall'analisi dello studio ONTARGET, e più precisamente del braccio in cui telmisartan veniva associato a ramipril. Se si osservano i risultati degli studi ONTARGET, PROFESS e TRASCEND in cui telmisartan era usato da solo non si nota nessun aumento dei casi di cancro. La ditta ricorda anche che nella scheda tecnica del telmisartan non viene raccomandata l'associazione con un aceinibitore [4].

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

Ogni conclusione è pertanto prematura ma, proprio per questo, riteniamo che la

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

Rerenze

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

2. Nissen SE. Angiotensin-receptor blockers and cancer: Urgent regulatory review needed. *Lancet Oncology*. Pubblicato anticipatamente online il 14 giugno 2010.

[http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(10\)70142-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(10)70142-X/fulltext)

3. <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm215249.htm>

4. http://www.boehringer-ingenheim.com/news/news_releases/press_releases/2010/14_june_2010_.html

Dolore persistente dopo chirurgia mammaria

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

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

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

I fattori principali che sono risultati as-

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

Il rischio di disturbi sensitivi risultava associato alla giovane età (18-39 anni) ed alla dissezione dei linfonodi ascellari. La presenza di dolore in altre parti del corpo era associata ad un aumento del rischio di dolore in sede di intervento mammario. Il 20% delle pazienti aveva consultato un medico nei tre mesi precedenti la rilevazione a causa di dolore nella sede chirurgica.

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

Fonte:

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

Commento di Renato Rossi

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

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

disestesie.

Lo studio recensito in questa pillola evidenzia che si tratta di un problema molto comune perchè interessa circa la metà delle donne operate, con più probabilità di verificarsi nelle pazienti giovani. Altri fattori associati al rischio di sviluppare una sintomatologia dolorosa o disturbi di tipo sensitivo sono la dissezione linfonodale ascellare e la radioterapia adiuvante, un dato, per la verità abbastanza atteso.

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

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

sono più frequenti nelle donne che lamentano dolore in altre parti del corpo. La ricerca futura dovrà, da una parte, indirizzarsi verso metodiche chirurgiche e radioterapiche meno invasive in grado di ridurre il rischio di sviluppare tale sindrome e dall'altra verso la ricerca di trattamenti efficaci di tipo farmacologico, fisiatrico e riabilitativo.

L'Ordine di Milano contesta certificati online e l'ultimo ACN

Dal Bollettino Online dell'Ordine dei Medici di Milano

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

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

La lettera sui certificati online

www.omceomi.it/Libraries/OMCeO_Milano/Certificato_di_malattia_online.sflb.ashx

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

Reato di falso se nell'autodichiarazione vengono omessi dati importanti

Non è ammissibile, come giustificazione, il fatto di non essere bene informati: è sempre necessario un preventivo accertamento di quanto affermato (Corte di Cassazione, sentenza n. 21580 del 2010).

I fatti:

uno studente aveva omesso di inserire, nella propria autodichiarazione, resa la fine di ottenere una borsa di studio, il reddito posseduto dal fratello. Scoperto, si era difeso affermando di non aver fornito tali dati in quanto non era a conoscenza del reddito del fratello. Questa tesi difensiva però non veniva accolta in quanto, secondo i giudici, l'autodichiarazione non può prescindere

da un preventivo accertamento in ordine alla veridicità di quanto affermato dal dichiarante a pena di querela di falso.

La Corte sottolinea che colui che presenti autodichiarazioni non veritiere o che ometta di indicare dati di fatto si espone a conseguenze di tipo penale in quanto lede il generale dovere di lealtà che incombe sul cittadino nei confronti delle istituzioni.

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

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

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

Il giovane studente è stato perciò condannato

Rifiutare vaccinazioni obbligatorie espone a sanzioni entrambi i genitori

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

I fatti:

Una madre si era rifiutata di far sottoporre la figlia alle vaccinazioni obbligatorie (poliomelite, tetano, epatite B, difterite) ed era stata pertanto condannata a

pagare una sanzione pecuniaria dall'Asl. La stessa sanzione era stata irrogata verso il padre.

La sanzione era però stata annullata dal giudice di pace che aveva contestato

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

l'illegittimità della duplicazione della contestazione anche al padre della bambina, nonché lo stato di necessità sulla sussistenza di potenziali rischi della somministrazione, sui quali la ASL non avrebbe fornito alla madre informazioni idonee a tranquillizzarla.

La Corte ha però respinto queste argomentazioni affermando che, per quanto riguardava la sussistenza di un pericolo attuale di danno grave alla persona in conseguenza delle vaccinazioni obbligatorie, questa era stata desunta assiomaticamente da "circostanze" del tutto im-

precisate; né sono state indicate le informazioni, diverse e ulteriori rispetto a quelle fornite dalla Asl al genitore, che avrebbero in ipotesi potuto "tranquillizzare" circa l'assenza di rischi apprezzabili".

Circa il coinvolgimento del padre nelle decisioni prese in merito dalla madre, la Corte ha specificato che "l'obbligo di sottoporre i figli minorenni alle vaccinazioni incombe su entrambi i genitori, che pertanto legittimamente vengono ognuno assoggettato alla sanzione con-

seguita alla sua violazione".

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

Ferie aggiuntive dei lavoratori sottoposti a rischio radiologico

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

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

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

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

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

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

Controlli su cartelle cliniche e su schede di dimissione

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

Anche sugli ospedali si abbattano i controlli sull'appropriatezza.

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

giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

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

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

Commento di Daniele Zamperini:

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

È necessario che la Sanità trovi regole ed equilibri precisi, ma occorre un impegno "forte" soprattutto da parte delle Autorità del settore.

Per il testo del Decreto, vai a medico e leggi

Certificati telematici: primi problemi

Secondo una nota inviata da una ASL romana, che presumibilmente trasmette disposizioni superiori, i medici sostituiti, almeno temporaneamente, continueranno a certificare su cartaceo.

Non è ben chiara l'evoluzione successiva del problema.

Come era stato sottolineato da chi scrive già in epoca precedente, si pone il pro-

blema dei certificati stilati dai medici sostituiti.

Il PIN, infatti, è strettamente personale e non cedibile; molti sostituiti (se non convenzionati) sono privi di detto PIN;

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

inoltre il PIN del sostituto andrà in qualche modo "collegato" col PIN del titolare, proprio ad evidenziare che si tratta di un medico che opera in sostituzione, e non autonomamente.

Si vedrà'...

Il testo:

"GENTILI COLLEGHI ,vi comunico

che da lunedì 28-06 saranno in distribuzione i codici PIN per l'avvio telematico dei certificati di malattia. Nella documentazione che vi verrà fornita sono presenti tutte le informazioni di accesso allo svolgimento dell'inizio dell'attività. È indicato il Numero Verde per qualunque dubbio .Si ribadisce l'apertura della U.O. dei giorni di lunedì-martedì-giovedì 8,30-12,00.

Il pin e soggettivo e quindi i sostituti continueranno a certificare con il cartaceo. Alla data del 19 luglio i medici dovranno essere tutti in grado di iniziare la nuova certificazione.

Nell'accesso alla nostra unità vi prego di pazientare e evitare di arrivare in gran numero. Certa di cosa gradita invio cordiali saluti."

Le coppie di fatto hanno diritto agli assegni familiari

Anche se uno dei conviventi risulta ancora legalmente sposato con una terza persona, i figli conviventi e legalmente riconosciuti hanno diritto agli assegni familiari

(Cassazione n.14783 del 18 giugno 2010)

I fatti:

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

mente costituito con la moglie.

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

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

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

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

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

Esporre una copia del permesso invalidi: i distinguo della Cassazione

Se troppo simili agli originali, costituiscono reato

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

La prima sentenza (22578/2010) aveva stabilito che non costituisce reato l'esposizione di una fotocopia in bianco e nero del permesso di parcheggio per invalidi in quanto una riproduzione in bianco e

nero (una evidente copia fotostatica) non può simulare l'originale, per cui viene a mancare il dolo generico (ovvero il tentativo truffaldino di farla passare per originale). Ovviamente (questo la sentenza non lo dice, ma può essere facilmente dedotto) i vigili urbani dovranno considerare questo elemento quando dovranno accertare la liceità della sosta.

La cosa si presenta diversamente se il permesso è copiato in modo verosimile mediante scanner, in quanto può trattarsi di vera contraffazione; la Corte (sentenza n.22694/2010 della Quinta sezione penale) ha sottolineato che la contraffazione del permesso di trasporto

invalidi realizzata creando copia mediante scannerizzazione di un permesso in bianco e apponendo altre generalità, configura il reato di cui agli articoli 477 (Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative) e 482 c.p. (Falsità materiale commessa dal privato).

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

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

A Milano un caso sifilide al giorno, Hiv seconda infezione fra giovani

Milano, 24 giu. (Adnkronos Salute) 1-8:47

E' allarme malattie sessuali fra i teenager di Milano. Il capoluogo lombardo segue il destino di altre metropoli europee: il sesso sempre più precoce, anche prima dei 14 anni, e molto spesso non protetto, ha scatenato vere e proprie epidemie, dalla gonorrea alla clamidia, passando per l'Hiv, la seconda infezione più diffusa fra gli under 24, secondo i dati del Centro malattie sessualmente trasmesse del Policlinico. Qui gli specialisti stanno assistendo anche al ritorno della sifilide e, fra adulti e ragazzi, arrivano a vedere un caso al giorno. I numeri in crescita preoccupano il Comune di Milano che ha deciso di lanciare una maxi-campagna di prevenzione, coinvolgendo palestre e strutture sanitarie specializzate. Dedicato agli under 24 il laboratorio di 'Intelligenza sessualmente trasmissibile' del Policlinico di Milano: uno spazio nell'ambulatorio di via Pace, aperto il lunedì e il giovedì dalle 14 alle 18, per colloqui, consulenze, approfondimenti diagnostici e terapeutici legati al sesso e alle infezioni in agguato. L'accesso è gratuito e "anonimo", assicurano gli specialisti. Affianca il laboratorio un'iniziativa più ampia che coinvolge il circuito delle palestre Getfit, dove si terranno miniconferenze e sedute di counselling individuali con i medici del Policlinico. Obiettivo: indirizzare i milanesi verso comportamenti responsabili sia nel campo dell'attività fisica e della

dieta, sia sul fronte dei consumi alcolici, del fumo e della gestione di stress, emozioni e, soprattutto, sessualità. Su questo aspetto si è concentrata in particolare la campagna di Palazzo Marino. Una scelta legata anche all'allarme lanciato da centri come l'European centre for disease control (Ecdc) di Stoccolma, che segnala un boom di malattie sessuali fra i teenager: il 68% dei casi di clamidia e il 48% di quelli di gonorrea si concentra per esempio fra gli under 25. Una fascia d'età in cui si presenta nel 18% dei casi anche la sifilide. Milano non sfugge alla 'regola della metropoli': "Negli ultimi 4 anni - avverte l'assessore comunale alla Salute, Giampaolo Landi di Chiavenna - in città le malattie veneree sono aumentate del 25%". Secondo il Centro malattie sessualmente trasmesse (Mts) del Policlinico, che nel 2009 ha seguito oltre 15 mila persone (il 13% under 24), in cima alla classifica ci sono i condilomi, la cui frequenza a Milano è raddoppiata dal 2006. "Ne soffrono almeno tra i 5.200 e i 7.800 milanesi, cioè il 2% di quel 20-30% di cittadini che hanno riportato un'infezione da Hpv (Papillomavirus umano)", rileva Landi. Fra i giovani, secondo l'esperienza del centro Mts, è la gonorrea la patologia più frequente (23% nel 2009 e 27,9% nel 2010), seguita dall'Hiv. Questa risulta la seconda infezione più diffusa e colpisce il 17% dei giovani utenti del centro, il 10% in più rispetto al 2008 e il 25% in più rispetto al 2006. "Oggi il

16% delle ragazze - sottolinea la sessuologa Alessandra Graziottin - vive la sua prima volta prima dei 14 anni e, più sono giovani, più è probabile che il rapporto sia non protetto e dunque a rischio di gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmesse. Basti pensare alla clamidia che registra un picco di incidenza fra i 14 e i 24 anni ed è una malattia non senza conseguenze: fra queste la chiusura delle tube, che rappresenta il 40% delle cause femminili di sterilità". "Oltre alla rilevanza numerica di queste infezioni - aggiunge Marco Cusini, responsabile del centro Mts - si deve prendere in considerazione il problema delle complicanze che può essere importante nella popolazione adolescente, quando l'organismo è ancora in via di maturazione". Per questo la prevenzione primaria, sottolinea Pier Mannuccio Mannucci, direttore dell'Area Medicina e specialità mediche del Policlinico, "ha maggior senso se viene applicata nel giovane, in cui ha maggiori probabilità di essere efficace e di incidere effettivamente evitando lo sviluppo di malattie". Il progetto 'Saluteinformami' ha anche un sito (www.saluteinformami.it) in cui sarà possibile sottoporsi a un questionario online su salute e stili di vita. La valutazione è immediata: semaforo verde al salutista, semaforo rosso al cittadino 'vizioso', semaforo giallo a chi ha qualcosa da migliorare.

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

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

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

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

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

Non basta infatti il fatto di essersi trovata sulle strisce: i giudici hanno sottoline-

ato che il pedone e' l'unico colpevole quando l'investitore "dimostri che l'improvvisa ed imprevedibile comparsa del pedone sulla propria traiettoria di marcia ha reso inevitabile l'evento dannoso, tenuto conto della breve distanza di avvistamento, insufficiente per operare un'idonea manovra di emergenza".

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

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE giugno 2010

La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti
Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 19.04.10 (Gazzetta Ufficiale n. 126 del 01.06.10, Supplemento ordinario n. 116)

REVISIONE DELLA LISTA DEI FARMACI, DELLE SOSTANZE BIOLOGICAMENTE O FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE E DELLE PRATICHE MEDICHE, IL CUI IMPIEGO È CONSIDERATO DOPING, AI SENSI DELLA LEGGE 14 DICEMBRE 2000, N. 376

Pubblicata la nuova lista dei farmaci, delle sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping, armonizzata con la lista internazionale di riferimento.

Il provvedimento riporta:

- allegato I: la lista delle sostanze vietate e dei metodi proibiti
- allegato II: i criteri di predisposizione e di aggiornamento della lista
- allegato III: le classi vietate, i principi attivi appartenenti alle classi vietate, i medicinali contenenti principi attivi vietati, l'elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e dei relativi medicinali e le pratiche e metodi vietati.

Questo provvedimento sostituisce il decreto ministeriale 12 marzo 2009.

Comunicati dell'Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni (Gazzetta Ufficiale n. 131 del 08.06.10)

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - II BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO PER LA SEGUENZA CONTRATTUALE DELL'ARTICOLO 29 DEL CCNL DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SOTTOSCRITTO IL 17 OTTOBRE 2008

Il primo contratto collettivo nazionale, concernente il periodo 1 gennaio 2008 - 31 dicembre 2009, riguarda la parte economica di tale biennio e si applica a tutti i dirigenti medici, odontoiatri e veterinari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, dipendenti dalle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il secondo contratto collettivo nazionale riguarda la sequenza contrattuale prevista dall'art. 28 del CCNL del 17 ottobre 2008 e si applica a tutti i dirigenti medici odontoiatri e veterinari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, dipendenti dalle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 10.06.10 (Gazzetta Ufficiale n. 135 del 12.06.10)

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

Ulteriore sospensione per 6 mesi della nota AIFA 78: pertanto i colliri anti-glucoma contenenti apraclonidina, brimonidina, brinzolamide, dorzolamide, latanoprost, travoprost, bimatoprost potranno essere prescritti senza piano terapeutico fino al 13 dicembre 2010.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Ceftriaxone Ranbaxy, Ceftriaxone Germed Pharma, Ceftriaxone Pensa, Ceftriaxone Teva, Ceftriaxone Angenerico, Kocefan, Ceftriaxone Dr. Reddy's, Ceftriaxone Actavis, Valexime, Panatrix, Ceftriaxone Aurobindo, Eraxitron, Deixim, Raxeg, Bixon, Ceftriaxone Hexal, Pantoxon, Eftry, Daytrix, Nilson, Ceftriaxone Biopharma, Ceftriaxone Kabi, Ceftriaxone Vecchi & C Piam, Pokecef, Ceftriaxone ACS Dobfar, Ceftriaxone Fidia, Fidato - Aggiunta la seguente avvertenza:
l'assunzione del medicinale può alterare la capacità di guidare veicoli e di usare macchinari.

Venlafaxina Withrop, Venlafaxina Ratiopharm - Vengono eliminate le seguenti indicazioni terapeutiche:

- trattamento del disturbo d'ansia generalizzato
- trattamento del disturbo di panico con o senza agorafobia.

Ramipril Pharmeg - Sono modificate le indicazioni terapeutiche:

le nuove indicazioni comprendono il trattamento dell'ipertensione, la prevenzione cardiovascolare, il trattamento delle patologie renali, dell'insufficienza cardiaca sintomatica e la prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto