

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 2 numero 24

Ottobre 2006

## Indice

<b>Bere molta acqua previene davvero i calcoli urinari?</b>	Pag. 2
<b>Il terremoto delle linee guida NICE 2006 per il trattamento dell'ipertensione</b>	Pag. 2
<b>Modifiche alla prescrizione dei farmaci ipnotici</b>	Pag. 3
<b>Conto corrente fiscale: anche "misto" va bene</b>	Pag. 3
<b>Percorso diagnostico per le epatiti autoimmuni</b>	Pag. 4
<b>Integratori alla soia e isoflavonoidi per prevenzione cardiovascolare: non utili</b>	Pag. 4
<b>Ricette ripetibili: valide sei mesi per 10 volte</b>	Pag. 4
<b>Terapie non ormonali per le vampate di calore in menopausa</b>	Pag. 5
<b>La spesa sanitaria globale e' bassa, ma i medici prescrivono troppi farmaci</b>	Pag. 5
<b>Il ciuccio riduce il rischio di morte in culla, condividere il letto dei genitori lo aumenta</b>	Pag. 6
<b>No all' aborto eugenetico! Dura pronuncia della Cassazione (sentenza)</b>	Pag. 8
<b>L' indennità' di accompagnamento spetta anche ai neonati (sentenza)</b>	Pag. 9
<b>Arriva la dipendenza da botulino?</b>	Pag. 9
<b>Il Garante per la Concorrenza bocchia l' innalzamento del rapporto ottimale</b>	Pag. 9
<b>Esposizione a contagio da pertosse impone la profilassi</b>	Pag. 10
<b>Il fumo (anche passivo) aumenta il rischio di diabete</b>	Pag. 10
<b>Suture cutanee bagnate: niente paura, nessun danno!</b>	Pag. 10
<b>Se l' Helicobacter non si eradica, puo' dipendere dal tabacco</b>	Pag. 11
<b>Rischi collaterali delle terapie per cancro mammario</b>	Pag. 11
<b>Colonscopie preventive: a chi, e quando?</b>	Pag. 12
<b>Sospendere il Tamsulosin in caso di interventi oculistici</b>	Pag. 12
<b>La vaccinazione antipneumococcica pediatrica protegge anche da adulti</b>	Pag. 12
<b>Principali novita' dalla Gazzetta Ufficiale (a cura di Marco Venuti)</b>	Pag. 13
<b>Novita' prescrittive (a cura di Marco Venuti)</b>	Pag. 14

Mensile di informazione e varie attualita'  
Reg. Trib. Roma n. 397/2004  
del 7/10/2004  
Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**  
O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise  
073422  
Versione registrata delle "PILLOLE" DI MEDICINA TELEMATICA" attive dal 1998  
<http://www.scienzaeprofessione.it>

**Patrocinate da**  
**O.M. della Provincia di Padova SIMG-Roma**  
**A. S. M. L. U. C. (Associazione Specialisti in Medicina Legale dell' Università Cattolica)**  
**Medico&Leggi**

### Redazione

**Luca Puccetti (webmaster)**  
**Marco Venuti (agg. legale)**  
**Renato Rossi (coordinatore)**  
**Giuseppe Ressa (redattore)**  
**Guido Zamperini (redattore)**  
**Daniele Zamperini (D.R.)**

**Per riceverla gratuitamente:**  
Scrivere a [d.zamperini@fastwebnet.it](mailto:d.zamperini@fastwebnet.it)  
Cell. 333/5961678

### Archivio completo:

Oltre 4000 articoli e varie risorse  
su <http://www.pillole.org/>

### Contenuti selezionati:

[www.scienzaeprofessione.it](http://www.scienzaeprofessione.it)

*Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte*

**Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione**

**Luciano Sterpellone  
è il vincitore del premio  
di giornalismo medico  
promosso da Università  
Cattolica di Roma.  
Grazie a tutti i  
partecipanti!**

## Bere molta acqua previene davvero i calcoli urinari?

Le evidenze provenienti da RCT in favore dell'utilità dell'aumento dell'idratazione per la prevenzione delle recidive di litiasi delle vie urinarie sono abbastanza scarse.

Una recente revisione sistematica della Cochrane ha analizzato tutti gli studi fatti sull'utilità dell'aumento dell'idratazione al fine di prevenire le recidive di litiasi delle vie urinarie. Gli autori non hanno trovato RCT che soddisfacessero i criteri

di inclusione. Solo un trial con 199 pazienti mostrava una diminuzione delle recidive in chi beveva molta acqua (12% vs 27%,  $P = 0.008$ ).

L'intervallo della recidiva era di 3.23 +/- 1.1 vs 2.09 +/- 1.37 anni, rispettivamente, in chi beveva molta acqua rispetto a chi beveva normalmente, ( $P = 0.016$ ).

Fonti: The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 3 2006  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

query.fcgi?  
cmd=Retrieve&db=PubMed&list\_uids=15266525&dopt=Abstract

Am Fam Physician. 2006 Jul 1;74(1):86-94.

<http://www.aafp.org/afp/20060701/86.pdf>

Clementino Stefanetti

## Il terremoto delle linee guida NICE 2006 per il trattamento dell'ipertensione

Le nuove Linee Guida Nice sulla terapia dell'ipertensione primaria rappresentano un vero documento di rottura, non solo se confrontate con la filosofia di altre linee guida, ma anche rispetto al documento NICE pubblicato in precedenza nel 2004.

Prima novità NICE 2006: stop ai betabloccanti

Le nuove Linee Guida NICE non includono più i beta-bloccanti come farmaci di prima e di seconda scelta nella terapia farmacologica dell'ipertensione essenziale.

Queste conclusioni sono basate su una metanalisi di confronti "head to head" eseguita dagli stessi autori BHS-NICE, che ha dimostrato minor efficacia dei betabloccanti rispetto ad altri trattamenti attivi nel ridurre l'incidenza di stroke. Anche una metanalisi pubblicata nel 2005 da Lindholm & coll aveva dimostrato - sostanzialmente solo per l'atenololo - una maggiore incidenza di stroke quando veniva utilizzato al posto di altri farmaci nei pazienti affetti da ipertensione. Lindholm sostiene che l'effetto subottimale dei betabloccanti nei pazienti ipertesi nella prevenzione d'outcome cardiovascolari maggiori non era stato rilevato in esperienze precedenti vuoi perchè i trial in cui erano confrontati "vecchi" e "nuovi" farmaci utilizzavano spesso nello stesso braccio diuretici o betabloccanti come comparator presupponendo effetti identici di queste due classi di farmaci sugli outcome cardiovascolari, vuoi perchè i megatrial basati su confronti betabloccanti verso terapie alternative rappresentano esperienze di ricerca pubblicate solo negli ultimi anni (Lindholm LH et al. Lancet 2005 366:1545).

Le considerazioni sui betabloccanti espresse dagli autori NICE e da Lindholm sono in contrasto con quelle pubblicate da Khan e McAlister in un recente arti-

colo del 2006. Questi autori canadesi sostengono nella loro metanalisi che per gli ipertesi giovani i betabloccanti dovrebbero essere ancora considerati un punto di riferimento in quanto l'aumento dell'incidenza di stroke riguarderebbe solo gli ipertesi appartenenti alle classi di età più avanzate (Khan N., McAlister FA CMAJ 2006 174). La qualità metodologica di questa revisione appare però molto modesta vedi: [http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/METANALISI\\_BETABLOCCANTI\\_GIOVANI\\_ANZIANI\\_PER\\_IL\\_SITO.pdf](http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/METANALISI_BETABLOCCANTI_GIOVANI_ANZIANI_PER_IL_SITO.pdf).

Una rivalutazione metodologica delle metanalisi di Lindholm e di NICE 2006 effettuata da EQM vedi: [http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/LINEA\\_GUIDA\\_NICE\\_2006.pdf](http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/LINEA_GUIDA_NICE_2006.pdf) conferma che le raccomandazioni NICE 2006 e Lindholm 2005 sull'utilizzo dei betabloccanti nell'ipertensione arteriosa possono essere sostanzialmente accettate, anche se sono necessari ulteriori studi per verificare se betabloccanti diversi dall'atenololo possano comportare effetti diversi dall'atenololo nell'incidenza di eventi cardiovascolari nei confronti betabloccanti vs altri trattamenti attivi.

Seconda novità NICE 2006: ACE inibitori ai giovani, Diuretici e Ca antagonisti negli anziani

Un'altra raccomandazione NICE 2006 riguarda il criterio di scelta dei farmaci in base ad età, ponendo il cut off a 50 anni; questo discrimine si basa solo su analisi di un outcome surrogato ovvero sulla "differenza rilevata tra i 2 bracci in termini di valori di pressione arteriosa" e sembra alquanto artificiosa. Come riconosciuto dagli stessi autori NICE non esistono ad oggi dati a sostegno di un effetto differenziale di diverse molecole antipertensive in classi di età diverse riguardo l'incidenza di outcome maggio-

ri, ossia direttamente in grado di condizionare lo stato di salute.

Le raccomandazioni NICE 2006 per i pazienti giovani sono basate infatti sui risultati di tre studi a sostegno di una maggior efficacia di ACEi e betabloccanti rispetto a diuretici e ai calcioantagonisti sulla riduzione dei valori pressori (Materson BJ et al NEJM 1993 328:914; Dickerson JE et al Lancet 1999 353:2008; Deary AJ et al Journal of Hypertension 2002 20:771) e sui risultati rilevati sulle riduzioni dei valori pressori in una analisi per sottogruppi di uno studio in cui i pazienti venivano stratificati per tipologia di trattamento (ASCOT 2006, bibliografia non riportata). Le raccomandazioni per i pazienti anziani sono a loro volta basate sui risultati di cinque studi a sostegno di una maggior efficacia diuretici e calcioantagonisti rispetto ad altri trattamenti sulla riduzione dei valori pressori (ALLHAT JAMA 2000 283:1967; ALLHAT JAMA 2002 288:1981; ALLHAT-LLT JAMA 2002 288:2998; ASCOT BPLA Lancet 2005 366:895; VALUE Lancet 2004 363:2022). Il radicale cambio di rotta nelle raccomandazioni 2006 riguardanti la scelta del farmaco nelle diverse classi di età appare pertanto poco supportata da nuove evidenze scientifiche e molto supportata da opinioni personali. Appare quindi azzardato proporre alla comunità internazionale un uso differenziato dei farmaci antipertensivi in diverse fasce di età senza tener conto delle pesanti conseguenze di una scelta probabilmente poco rispettosa del principio di un ideale rapporto costo/efficacia degli interventi.

Corollario alla seconda novità Nice 2006 : ARBs a chi non tollera gli ACEi Anche questo argomento a sostegno di chi scrive non sembra basato su prove convincenti. In una recente revisione della letteratura

## Linee-guida ipertensione (segue dalla pag. precedente)

([www.farmacovigilanza.org/corsi/060531-03.asp](http://www.farmacovigilanza.org/corsi/060531-03.asp)) si evince come non esistano al momento prove convincenti per sostituire gli ACEi (quando i pazienti affetti da ipertensione essenziale non li tollerano) con ARBs e non con qualsiasi altro farmaco. I pazienti affetti da nefropatia diabetica o da scompenso cardiaco rappresentano categorie in cui la sostituzione appare razionale ma rappresentano eccezioni isolate.

Terza novità NICE 2006: Diuretici e Ca antagonisti ai pazienti di razza nera  
La versione 2006 del documento NICE raccomanda l'utilizzo di diuretici o calcioantagonisti nei pazienti di razza nera (come raccomandazione di grado A). Anche per questa raccomandazione non sembrano emergere motivazioni forti. Gli stessi autori NICE riconoscevano nella versione 2004 della linea guida che le considerazioni sull'efficacia dei farmaci antipertensivi su pazienti di razza diversa sono in genere basate su ragionamenti fisiopatologici o su analisi di outcome surrogati. Era peraltro riportata dal documento l'analisi per sottogruppi eseguita nello studio ALLHAT che dimostrava vantaggi dell'utilizzo del clortalidone nella razza nera anche per outcome "maggiori". Il confronto Lisinopril / Clortalidone aveva infatti prodotto in questo studio per l'incidenza di Stroke un HR pari a 1,40 (1,17 – 1,68) e per l'incidenza di Eventi Cardiovascolari un HR pari a 1,19 (1,09 – 1,30). (ALLHAT JAMA 2000 283:1967; ALLHAT JAMA 2002 288:1981; ALLHAT-LLT JAMA 2002 288:2998).

Le evidenze pubblicate dopo il documento NICE 2004 a sostegno della nuova strategia NICE 2006 non sono molte. Nel commento delle raccomandazioni NICE 2006 gli autori infatti aggiungono

solo l'analisi per sottogruppi eseguita nello studio LIFE, che mostra una maggiore incidenza di stroke nei pazienti trattati con Atenololo rispetto a quelli in terapia con Losartan (RR = 2,18 IC 1,04 – 4,40) (LIFE, Journal of the American College of Cardiology 2004 43:1047). Una metanalisi del 2004 (non riportata nel documento NICE 2006) ha studiato l'effetto di diverse molecole antipertensive nei soggetti di razza nera. Gli autori confermavano per questa etnia una scarsa sensibilità ai betabloccanti e agli Ace inibitori. I betabloccanti confrontati con il placebo non dimostravano infatti di ridurre significativamente i valori di pressione sistolica. Negli stessi confronti con placebo gli ACE inibitori, viceversa non dimostravano di ridurre significativamente i valori di pressione diastolica. Le altre molecole antipertensive considerate dalla revisione (calcio antagonisti, diuretici, simpaticolitici centrali, alfalitici, ARBs) risultavano invece più efficaci del placebo nella riduzione dei valori di pressione. La metanalisi non è stata in grado di dimostrare alcun effetto differenziale delle singole molecole (a parità di valori pressori) sull'incidenza di outcome maggiori come mortalità e morbilità cardiovascolare (Lizzy M et al Ann Intern Med. 2004;141:614-627). In assenza di evidenze più convincenti su effetti differenziali dei farmaci antipertensivi in pazienti appartenenti a diverse etnie appare quindi prematuro raccomandare l'utilizzo di calcioantagonisti o diuretici in pazienti di razza nera in quanto qualsiasi terapia diversa dagli ACE inibitori e dai betabloccanti risulta in realtà parimenti efficace in termini di riduzione dei valori pressori (senza differenze tra l'utilizzo di un farmaco o di un altro nell'incidenza di outcome maggiori).  
Conclusioni

07.08.06, G.U. 193 del 21.08.06.  
Il Ministero della salute modifica le modalità di dispensazione dei medicinali di cui alla tabella II, sezione E, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (sedativi/

SARIAMENTE essere separato dall'eventuale c/c destinato alle spese personali o familiari. Siccome il DPF consente al Fisco di prendere in esame anche i prelievi al fine delle rettifiche fiscali, e' necessario pero' che i prelievi siano congrui con una normale gestione familiare. A chi non si sentisse

Gli autori NICE ammettono che la scelta delle raccomandazioni 2006 è stata basata anche su considerazioni di carattere fisiopatologico come quelle sulla patogenesi della malattia ipertensiva e sul meccanismo di azione di differenti farmaci in pazienti appartenenti a diverse etnie e a fasce di età diverse. Non sono emerse invece a giudizio di chi scrive evidenze sufficienti a giustificare il rovesciamento della posizione NICE 2004 su questi due importanti aspetti dal management dell'ipertensione. Questa linea di pensiero non sembra convincente soprattutto in quanto raccomandazioni rivolte alla comunità scientifica prodotte da una istituzione prestigiosa quali il National Institute for Clinical Excellence sono in grado di condizionare pesantemente il buon senso comune e lo stile prescrittivo dei medici addetti al management dell'ipertensione arteriosa, condizione morbosa che interessa più di un terzo della popolazione occidentale. Scelte operative basate su evidenze modeste e basate in particolare su analisi di endpoint surrogati sono in grado di produrre pesanti conseguenze sul rapporto costo/efficacia del management della malattia ipertensiva. Alla luce delle considerazioni esposte le nuove raccomandazioni delle linee guida NICE 2006 appaiono convincenti solo per quel che concerne la nuova limitazione all'utilizzo dei betabloccanti nei pazienti affetti da ipertensione.

*Saffi Ettore Giustini, Alessandro Battaglia; (EQM Evidenza Qualità e Metodo in Medicina Generale)*

La versione completa del commento: [http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/LINEA\\_GUIDA\\_NICE\\_2006.pdf](http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/LINEA_GUIDA_NICE_2006.pdf)  
La versione completa del documento NICE: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=CG034fullguideline>

ipnotici: alazepam, alprazolam, ecc.). Viene stabilito con questo provvedimento, che la ripetibilità della vendita di questi medicinali è consentita, complessivamente, per non più di tre volte.

tranquillo converrà' quindi gestire due c/c separati; non e' chiaro se le spese correlate alla gestione di questo c/c possano essere incluse tra le spese di gestione professionale. Segneremo prossimamente gli estremi della circolare.

## Modificate le modalità di dispensazione dei farmaci sedativi/ipnotici

(tabella II, sezione E, del DPR 309/90). D. M. Salute

## C/c professionali: ne basta uno

L' Agenzia delle Entrate avrebbe chiarito con una circolare che, a proposito dell' obbligo di tenere un Conto Corrente dedicato alla gestione economica professionale, questo NON DEVE NECES-

## Percorso diagnostico per le epatiti autoimmuni

Percorso diagnostico per l'Epatite Autoimmune (AIH):

Probabilità pre-test, epidemiologica e clinica.

Prevalenza relativa dell'epatite autoimmune fra le cause di ipertransaminasemia non virus, non alcol correlata, non disponibile ma presumibilmente molto bassa (prevalenza 16.9/100.000, incidenza 1.9/100.000).

Si distinguono due tipi principali di epatite autoimmune, caratterizzati dalla positività di differenti autoanticorpi:

antimuscolo liscio (SMA) e antinucleo (ANA) nell'epatite autoimmune di tipo 1;

anti-LKM-1 (liver kidney microsomes 1) e anti-LC-1 (Liver cytosol 1) nell'epatite autoimmune di tipo 2.

L'epatite autoimmune di tipo 1, più frequente, non ha preferenze di età, e ha un rapporto maschio/femmina di 25:75;

l'epatite autoimmune di tipo 2, più severa, prevale nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti, con un rapporto maschio/femmina di 5:95. Un importante elemento clinico che eleva la probabilità iniziale è la presenza o la storia di patologia autoimmune a carico di altri organi (per esempio: tiroidite).

Test

In assenza di un test patognomnico,

sono stati proposti - almeno per l'epatite autoimmune di tipo 1 - score cumulativi di più elementi, la cui versione più semplice e recente, proposta

dall'International Autoimmune Hepatitis Group è la seguente. In base ai dati nel set di validazione, gli autori dello studio attribuiscono allo score le seguenti caratteristiche operative:

Score  $\leq$  5 (diagnosi probabile)

Sensibilità = 97 %

Specificità = 97 %

Rapporto di verosimiglianza del test positivo = 32.3

Rapporto di verosimiglianza del test negativo = 0.03

Score  $\geq$  6 (diagnosi definitiva)

Sensibilità = 85%

Specificità = 98%

Rapporto di verosimiglianza del test positivo = 42.5

Rapporto di verosimiglianza del test negativo = 0.15

Lo score si compone dei seguenti elementi :

ANA o AMA (la somma massima con AMA e ASMA può essere al massimo 2 punti)

1:40 = 1 punto

> 1:80 = 2 punti

IgG o gammaglobuline

> del limite della norma = 1 punto  
> 1,156 volte il limite della norma (18,5 gr/l) = 2 punti

Istologia

Compatibile con AIH = 1 punto

Tipica di AIH = 2 punti

Assenza di epatite virale

Si = 2 punti

No = 0 punti

Per una diagnosi definitiva di epatite autoimmune di solito è necessaria la biopsia epatica. Comunque, anche in assenza del dato istologico, è possibile raggiungere uno score di 6 (altamente specifico per epatite autoimmune) sulla base dei dati biochimici (iperammaglobulinemia, ANA o AMA >1:80, assenza di virus epatitici). La presenza di una patologia autoimmune associata aumenta la probabilità della diagnosi. Il sesso femminile ed un'età inferiore ai 20 anni sono caratteristiche proprie dell'epatite autoimmune di tipo 2.

Fonte:

Consensus ISS su Management delle ipertransaminasemie croniche asintomatiche non virus, non alcol correlate.

Bibliografia

1) N Engl J Med 2006; 354: 54-66

2) Hepatology 2005; 42 S: 295

## Integratori alla soia e isoflavonoidi per prevenzione cardiovascolare: non utili

Proteine della soia e isoflavoni non sono raccomandati per la prevenzione cardiologica

L'American Heart Association ha passato in rassegna 22 RCT in cui erano state usate proteine della soia paragonate con latte o proteine di altra origine. Le proteine di soia riducono le concentrazioni del colesterolo LDL solo del 3%, una riduzione ritenuta modesta rispetto alla quantità che si deve assumere per ottenerla (circa 50 grammi o il 50% dell'introito proteico totale giornaliero). Non

ci sono effetti significativi su colesterolo HDL, trigliceridi, lipoproteina (a) e pressione arteriosa.

Sono stati esaminati inoltre 19 RCT in cui venivano usati isoflavoni, che non evidenziano alcun effetto sul colesterolo LDL o sui altri fattori lipidici. Gli esperti dell'AHA non hanno trovato nessun beneficio sui sintomi vasomotori menopausali e risultati contrastanti sul rallentamento della perdita della massa ossea che si verifica in post-menopausa. Per quanto riguarda gli effetti degli isoflavoni sulla prevenzione e sul tratta-

mento dei tumori della mammella, dell'endometrio, della prostata non è possibile raggiungere conclusioni anche se gli studi suggeriscono un possibile effetto avverso.

Pertanto l'AHA non raccomanda supplementi di isoflavoni in alimenti o in farmaci mentre per quanto riguarda le proteine di soia la ricerca non ha confermato alcuni studi che suggerivano un loro effetto benefico rispetto ad altri tipi di proteine.

*Continua a pag. 13*

**Ricette ripetibili: valide sei mesi per 10 volte** (D.Legisl. 24/4/06 n. 219 art. 88)

Sembra ( da segnalazioni pervenute) che non tutte le farmacie siano al corrente che il periodo di validità delle ricette private ("bianche") è stato portato a sei mesi, e a 10 dispensazioni.

Fanno eccezione solo:

i farmaci non ripetibili, quelli ospedalieri, quelli riservati agli specialisti, i sedativi/ipnotici (recentemente limitati a max 3 dispensazioni per ricetta, D.M. Salute del 07.08.06, G.U. 193 del 2-1.08.06 ), gli stupefacenti.

## Terapie non ormonali per le vampate di calore in menopausa

Una revisione sistematica ha valutato l'efficacia delle terapie non ormonali nelle vampate di calore delle donne in menopausa.

Per valutare l'efficacia delle terapie non ormonali sulle vampate di calore menopausali sono stati esaminati 43 RCT per un totale di oltre 4.000 donne. Gli studi riguardano il periodo 1966-ottobre 2005. I farmaci testati nei trials erano gli antidepressivi SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) ed SNRI (inibitori del reuptake della serotonina e della norepinefrina), la clonidina, il gabapentin e gli isoflavoidi di soia. Rispetto al placebo gli SSRI riducevano il numero di vampate di calore al giorno di 1,13, la clonidina di 0,95, il gabapentin di 2,5, mentre non è risultata alcuna efficacia per gli isoflavoidi di soia. Gli autori concludono che SSRI, SNRI, clonidina e gabapentin sono efficaci nel ridurre le vampate di calore in donne in post-menopausa ma meno degli estrogeni; inoltre molti degli studi considerati hanno dei difetti di tipo metodologico o dei limiti di trasferibilità alla popolazione generale. Le terapie non ormonali possono essere di qualche beneficio in donne con vampate molto disturbanti che hanno controindicazioni alla assunzione di estrogeni.

Fonte:

Nelson HD et al. Non hormonal thera-

pies for menopausal hot flashes. Systematic review and meta-analysis. JAMA 2006 May 5;295:2057-71.

Commento di Renato Rossi

La ridotta produzione di estrogeni che si verifica in menopausa diminuisce la produzione di endorfine a livello dell'ipotalamo e nel contempo aumenta la liberazione di serotonina e noradrenalina. Il tutto si traduce in una "staratura" del termostato centrale responsabile della regolazione della temperatura corporea, con conseguente comparsa delle vampate. Basandosi su questa spiegazione fisiopatologica si è ipotizzato che vari farmaci che agiscono su serotonina e noradrenalina possano essere utili nel trattamento delle vampate di calore.

Tuttavia questa revisione sistematica degli studi disponibili mostra che sia gli antidepressivi SSRI e SNRI che la clonidina hanno un'efficacia molto limitata; un po' più efficace risulta il gabapentin mentre nessun risultato sembra aversi con gli isoflavoidi della soia.

Dopo la pubblicazione dello studio WHI l'uso degli estrogeni ha subito un netto ridimensionamento, tanto che attualmente il loro impiego è limitato a brevi periodi per le donne con disturbi molto intensi oppure alla menopausa precoce.

L'uso di terapie alternative di tipo non ormonale per ridurre il numero delle vampate può essere una scelta in donne

che presentano controindicazioni anche a terapie di breve durata con estrogeni, ma l'efficacia rimane modesta e di questo è bene avvisare preventivamente la paziente onde evitare entusiasmi non giustificati. Da considerare infine che gli effetti collaterali (secchezza delle fauci, nausea, nervosismo, insonnia) possono costituire un limite all'impiego di questi farmaci. Anche le terapie complementari e alternative non sono una soluzione "pronto uso". Una revisione sistematica di 70 RCT [1] sulle terapie complementari e alternative per i disturbi della menopausa conclude - anche se la review presenta delle limitazioni per aver preso in esame solo studi pubblicati in lingua inglese e la difficoltà di interpretare i dati a causa dell'effetto placebo importante presente in alcuni trial - che per il momento non vi sono sufficienti informazioni per raccomandare questi trattamenti, che possono provocare effetti collaterali pericolosi come l'epatotossicità della black cohosh (o cimicifuga racemosa) e l'iperplasia endometriale delle preparazioni contenenti soia.

Bibliografia

1. Nedrow A et al. Complementary and Alternative Therapies for the Management of Menopause-Related Symptoms. A Systematic Evidence Review. Arch Intern Med. 2006 Jul 24;166:1453-1465.

## La spesa sanitaria globale e' bassa, ma i medici prescrivono troppi farmaci

Una spesa sotto la media Ocse, per un quinto è assorbita dai farmaci, molti medici e pochi infermieri. Questa la fotografia della Sanità italiana che esce dal rapporto Ocse. Secondo gli esperti OCSE l'Italia spende per la Sanità risorse pari all'8,4% del Pil contro la media Ocse dell'8,9%. La spesa pro capite risulta di circa 2.392 dollari contro una media di 2.550 (negli Usa 6.102 dollari). La spesa sanitaria in Italia è aumentata in termini reali del 3,5% l'anno tra il 1999 ed il 2004 (più lentamente della media Ocse che è pari al 5,2%) ed i farmaci sono uno dei fattori alla base dell'incremento, rappresentando il 21,4% della spesa totale contro una media tra gli altri Paesi industrializzati del 17,7%. Il 76,3% della spesa sanitaria è finanziata con risorse pubbliche contro il 73% della media Ocse, ma è comunque in calo rispetto al 79,1% del 1990.

Nel 2004 i Governi che meno hanno incrementato di meno la spesa sanitaria sono stati quelli degli Stati Uniti (45%), ma la spesa totale è già altissima, arrivando al 16,3% del Pil ed il Messico (46%), mentre l'incremento è stato molto salato per molti Paesi nordici, Regno Unito e Giappone (oltre l'80%). In Italia - sottolinea l'Ocse - ci sono più medici pro capite che nella maggior parte degli altri Paesi industrializzati: nel 2004 erano 4,2 i medici esercitanti ogni 1.000 abitanti contro una media Ocse del 3 per cento mentre ci sono solo 5,4 infermieri professionali ogni 1.000 abitanti contro una media Ocse dell'8,3%. È sotto la media anche il numero dei letti per ricoveri ospedalieri (3,7 per ogni 1.000 abitanti contro una media di 4,1). Oltre la media l'aspettativa di vita che nel 2003 risultava di 79,9 anni contro i 78,3 anni prevalenti nell'Ocse. Il dato resta co-

munque inferiore a quello di Giappone, Svizzera, Australia e Svezia. La mortalità infantile, molto diminuita negli ultimi decenni, ed è di 4,1 ogni 1.000 neonati ed è migliore della media (5,7). Sono diminuiti i fumatori (24,2% tra gli adulti contro 27,8% nel 1990), ma si resta sopra i livelli dei Paesi più virtuosi, come Australia, Canada, Svezia e Usa (attorno al 18%). È invece aumentato il tasso di obesità, passato - su base soggettiva - dal 7% del 1994 al 9% del 2003. Si resta ben lontani dai livelli degli Usa (30,6%) e di Messico, Canada e Regno Unito (oltre il 20%), ma l'Ocse ammonisce che l'aumento dell'obesità che si è verificato in Italia, come negli altri Paesi, avrà un sostanziale impatto nell'incidenza futura dei problemi di salute e nella relativa spesa sanitaria.

Fonte: Ocse

## Il ciuccio riduce il rischio di morte in culla, dividere il letto dei genitori lo aumenta

L'uso del ciuccio sarebbe associato con una riduzione del rischio di morte in culla improvvisa (SIDS), mentre la condivisione del letto dei genitori pare sia associato con un aumento del rischio.

Nuove evidenze su SIDS, ciucci e condivisione del letto.

Sono state pubblicate su *Pediatrics* le nuove raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP) relative alla prevenzione della SIDS. In base alla revisione della letteratura sono stati rivalutati in questa edizione alcuni fattori di rischio. In particolare l'AAP:

- non riconosce più la posizione sul fianco come una valida alternativa alla posizione supina;
- sottolinea l'importanza di evitare materassi soffici e oggetti soffici nella culla/lettino;
- sconsiglia la condivisione del letto con gli adulti, mentre incoraggia la condivisione della stanza con gli adulti;
- identifica l'utilizzo del ciuccio durante il sonno come un fattore protettivo.

L'AAP ribadisce l'importanza della promozione della posizione supina durante il sonno attraverso la formazione degli operatori sanitari e la diffusione del messaggio fra i genitori.

Due aspetti rivalutati nelle nuove raccomandazioni dell'AAP hanno suscitato particolare interesse e accese discussioni e su questi ci soffermeremo.

### 1. Uso del ciuccio e SIDS

Rispetto alla relazione tra ciuccio e SIDS, una metanalisi pubblicata in ottobre sulle pagine elettroniche di *Pediatrics* identifica sette studi caso controllo che dimostrano una significativa riduzione del rischio di SIDS. Su questo aspetto va fatto qualche commento:

- Alcuni anni fa *Pediatrics* ha pubblicato una lettera di alcuni epidemiologi e esperti in metodologia della ricerca scientifica italiani. Questi muovevano una critica agli studi caso controllo sulla SIDS rispetto alla non correttezza metodologica di utilizzare come misura di esposizione il cosiddetto "ultimo sonno" (last sleep). La tesi è che, per definizione, l'ultimo sonno prima di morire è una cosa che solo i morti per SIDS (casi) possono avere avuto ma non i controlli (bambini che vivono e stanno bene). Per poterli paragonare con i morti ci si inventa un "ultimo sonno" di riferimento che di solito è l'ultimo sonno prima

dell'intervista, che assomiglia in realtà molto a un "sonno usuale" (usual sleep). Questo confronto (che cosa è successo nell'ultimo sonno prima della morte in chi è morto vs che cosa è successo nell'ultimo sonno prima dell'intervista in chi non è morto) genera perplessità; sarebbe più corretto confrontare i "sonni usuali" dei due gruppi.

- Le evidenze disponibili sulla SIDS rispetto ad alcuni ipotetici killer e altri ipotetici agenti protettivi, si fondano in gran parte proprio su questo genere di prove. È il caso della presunta azione protettiva del ciuccio nei confronti della SIDS.

- Rivedendo con attenzione i risultati della metanalisi si può notare che quando gli autori considerano come riferimento l'utilizzo del ciuccio durante il "sonno usuale", il suo effetto protettivo risulta essere più sfumato (OR 0.90, IC 95% 0.79-1.03 e 0.71, IC 95% 0.59-0.85 considerando rispettivamente le OR univariate e quelle multivariate degli studi originali) rispetto a quando considerano come riferimento l'utilizzo del ciuccio durante l'ultima notte (OR 0.47, 0.40-0.55 e 0.39, 0.31-0.50).

In dicembre un altro studio caso-controllo pubblicato su *BMJ* giunge alle stesse conclusioni della metanalisi di *Pediatrics*. Molte sono le critiche che sono state mosse agli autori (vedi), in particolare di essere stati molto cauti nell'interpretazione dei risultati nel testo dell'articolo e invece troppo drastici nelle conclusioni riportate nell'abstract. Un'ulteriore conferma di quanto sia importante leggere con attenzione tutto l'articolo e non soffermarsi solo sul suo riassunto.

In base a queste evidenze dovremmo diventare "promotori attivi" dell'uso del ciuccio? Probabilmente no. Vanno comunque sempre tenute in considerazione le preferenze dei genitori, le politiche dell'ospedale e i possibili effetti del ciuccio nel bambino con difficoltà nell'allattamento al seno.

### 2. Condivisione del letto dei genitori e SIDS.

La condivisione del letto nei primi mesi di vita è una pratica molto diffusa che può aiutare ad avviare e continuare l'allattamento al seno specie nel primo periodo di vita del bambino e che è preferita da alcuni genitori. Fino al 2004 si riteneva che tale pratica fosse sicura in

assenza di alcune condizioni che aumentavano il rischio di SIDS (genitori fumatori; consumo di alcol da parte dei genitori o assunzione di farmaci che alterano la capacità di risveglio; condizioni di sovraffollamento in casa; condizioni di stanchezza inusuali e tali da rendere difficile la risposta alle sollecitazioni del bambino). Si raccomandava quindi di evitare la condivisione del letto in presenza di queste condizioni. Anche l'UNICEF (comitato UK per la Baby Friendly Initiative) insieme alla Fondazione per lo Studio delle Morti Infantili (UK), aveva prodotto delle raccomandazioni in questo senso tra l'altro riviste nel giugno 2005. Cos'è cambiato? Le nuove raccomandazioni dell'AAP citano in modo particolare due lavori, uno del 2004 pubblicato su *Lancet* e uno più recente (luglio 2005) su *J Pediatr*. Entrambi mostrerebbero un rischio aumentato di SIDS nei bambini piccoli (sotto le 8 e le 11 settimane di vita rispettivamente) che sarebbe indipendente dalla loro esposizione al fumo dei genitori. Si tratta di studi caso-controllo (come quasi tutti quelli che studiano i fattori di rischio per SIDS).

Il primo lavoro è uno studio multicentrico in 20 regioni d'Europa che ha identificato 745 casi di SIDS appaiati a 2411 controlli (bambini vivi della stessa età residenti nella stessa area al momento dell'evento). All'analisi multivariata i fattori di rischio più forti per SIDS sono risultati essere la posizione prona (OR 13,1, IC 95% 8,5-20) e il fatto che il bambino si sia girato dal fianco alla posizione prona (OR=45, 23-88). Per le madri che hanno fumato in gravidanza gli autori hanno rilevato un rischio aumentato di SIDS legato alla condivisione del letto durante le prime settimane di vita (a 2 settimane OR=27, 13-55). Questa OR è parzialmente attribuibile al consumo di alcool da parte della madre, che risulta uno dei fattori che aumentano il rischio in caso di condivisione del letto per tutta la notte (OR aumentata di 1,66 per bicchiere bevuto). Per le madri che non hanno fumato in gravidanza il rischio derivante dalla condivisione del letto è più piccolo (a 2 settimane OR=2,4, 1,2-4,6) e significativo solo nelle prime 8 settimane di vita. Gli autori concludono che il 48% dei casi di SIDS sono attribuibili al fatto che il bambino dorma sul fianco o in posizione prona, il 36% al fatto che il bambino dorma in una stanza separata, il

## Ciuccio e rischio di morte in culla (continua dalla pag. precedente)

16% alla condivisione del letto con i genitori. Di conseguenza il rischio di SIDS potrebbe essere sostanzialmente ridotto ponendo a dormire il bambino in posizione supina in una culla o lettino collocato nella stanza dove dormono i genitori, con coperte leggere. Il ruolo dell'alimentazione del bambino viene parzialmente affrontato: in tabelle non presenti nel lavoro viene considerata l'alimentazione iniziale del bambino (allattamento misto vs esclusivo e non allattamento al seno vs allattamento al seno esclusivo) senza chiare definizioni. All'analisi univariata il rischio di SIDS risulta essere aumentato nei bambini non allattati al seno o meno allattati al seno vs ai bambini allattati al seno (rispettivamente OR 2,83 e 1,83). Tale associazione perde significatività statistica all'analisi multivariata, come spesso è successo anche in altri lavori sull'argomento. Peccato comunque che non sia stata valutata l'alimentazione al momento dell'evento. Va ancora segnalato che gli autori non hanno distinto tra condivisione del letto e condivisione di divani o poltrone, dove si sa essere più alto il rischio di SIDS.

Il secondo lavoro realizzato in Scozia ha reclutato 123 casi di SIDS e 263 controlli. All'analisi multivariata la condivisione della superficie per dormire è risultata essere associata a SIDS (OR 2,9, IC 95% 1,4-5,9), specie nei bambini con meno di 11 settimane (10,2, 2,9-34,8). Come già evidenziato da altri studi, il rischio maggiore deriva dalla condivisione di divani. L'associazione rimane anche in caso di madre non fumatrice (OR 8, 1,2-53) e di bambino ancora allattato al seno (OR 13,1, 1,29-1,33). Non è però chiaro dai risultati se l'alimentazione del bambino sia stata inserita nei modelli multivariati. Il limite principale del lavoro è legato al fatto di non aver richiesto alle donne informazioni sul fumo in gravidanza ma solo su quello attuale. Inoltre non vengono richieste informazioni sul consumo di alcolici e non è riportata la definizione utilizzata per l'allattamento al seno. Gli autori concludono che la condivisione del materasso per dormire, dormire in una stanza diversa da quella dei genitori e condividere il letto con genitori fumatori sono associati ad un rischio aumentato di SIDS e che in Scozia l'associazione con la condivisione del letto si mantiene anche per madri non fumatrici e di bambini ancora allattati al seno.

Come si può immaginare i lavori sul rischio della condivisione del letto hanno scatenato una grande discussione. Segnaliamo tra tutte la presa di posizione dell'UNICEF UK per la Baby Friendly Iniziative dopo la pubblicazione del lavoro del Lancet. Un documento disponibile on-line

[http://www.babyfriendly.org.uk/ mailing/updates/research\\_update\\_20040216.htm](http://www.babyfriendly.org.uk/ mailing/updates/research_update_20040216.htm) sottolinea i possibili problemi derivanti da una comunicazione non adeguata con i genitori rispetto a rischi e benefici della condivisione del letto (tra cui ad esempio quello che la madre, preoccupata dal pericolo di addormentarsi nel letto con il bambino, vada ad allattarlo su un divano o una poltrona che sappiamo essere i luoghi di maggior rischio di SIDS). Dovrebbero essere fornite ai genitori tutte le informazioni necessarie per una loro scelta consapevole (benefici, rischi e alternative alla condivisione del letto). Di fatto l'UNICEF UK, anche recentemente non ha ritenuto necessario modificare le raccomandazioni fornite nell'opuscolo precedentemente citato e ha sottolineato la necessità di ulteriori studi sull'ambiente dove dorme il bambino che valutino adeguatamente tutti i fattori di rischio importanti e la loro presenza/assenza al momento dell'evento. In effetti le evidenze della letteratura presentano elementi discordanti. Come riportato in un lavoro su Pediatrics, sono stati realizzati 9 grossi studi caso-controllo sulla relazione tra SIDS e condivisione del letto: 3 che non controllavano per fumo materno, non hanno identificato un rischio aumentato nell'intera popolazione; 1 ha ipotizzato l'associazione ma in base ad un range di OR univariate senza intervalli di confidenza; 3 non hanno trovato associazione tra SIDS e condivisione del letto nelle madri non fumatrici; 2 sì, ma solo nei bambini sotto le 8 e 11 settimane di vita (si tratta dei lavori recensiti sopra). Un recentissimo lavoro (gennaio 2006) pubblicato da Lancet per il momento solo on-line che analizza una coorte storica di bambini della contea di Avon (UK) sottolinea che: 1) la crescita delle SIDS legate a condivisione del letto con i genitori sarebbe solo apparente e legata alla maggior riduzione delle morti dei bambini che dormono da soli seguita alla campagna Back to sleep; 2) nella contea di Avon il numero dei casi di SIDS nel letto dei genitori si è comunque dimezzato dall'inizio della campagna; 3)

c'è stato un aumento nella prevalenza e nel numero di SIDS legate alla condivisione del divano.

### Commento e raccomandazioni

A conclusione di questo lungo capitolo sulla SIDS, non abbiamo una conclusione... Come dimostrato dai lavori recensiti, le evidenze sulla SIDS sono ancora in itinere, almeno per alcuni aspetti, ed è importante mantenere una giusta cautela nella valutazione dei risultati. È giusto peraltro dare un'informazione corretta (e basata sulle evidenze disponibili in questo momento) ai genitori.

Rispetto alla riduzione del rischio di SIDS ci sembra che il punto fermo resti quello di non mettere il bambino a dormire a pancia in giù o di fianco. Si tratta delle due condizioni associate a rischio maggiore di SIDS, come rilevato anche da una recente metanalisi pubblicata su International Journal of Epidemiology. Questa rappresenta la principale raccomandazione da trasferire ai genitori e sembra assurdo che nel 2005 vengano prodotti ancora materiali da parte del nostro Ministero della Salute in cui si raccomandano indifferentemente la posizione supina e quella laterale per il sonno del bambino.

L'"ambiente" di sonno ideale per il bambino nel primo periodo di vita è probabilmente nella sua culla collocata nella stessa stanza dei genitori; il rischio della condivisione del letto è presente se la madre/i genitori sono fumatori o hanno fumato durante la gravidanza, c'è stato consumo di alcolici o utilizzo di farmaci o sostanze che possano alterare la loro risvegliabilità, in caso di stanchezza eccessiva (fuori dalla norma). In presenza di queste condizioni la condivisione del letto andrebbe evitata, come già si raccomandava. In assenza sembra esserci un piccolo aumento del rischio di SIDS per i bambini più piccoli (sotto i 3 mesi) ed è quindi importante informare i genitori di questo possibile rischio e delle possibili alternative alla condivisione del letto (ad esempio limitarla ai momenti di allattamento, spostando poi il bambino nella sua culla). Anche qui vanno rispettate le preferenze della donna e le sue esigenze (chi ha esperienza di allattamento al seno sa quanto sia importante poter allattare il bambino nel proprio letto e addormentarsi con lui durante la poppata). In questo caso si può raccomandare di rispettare tutte le altre condizioni "di protezione"

## Ciuccio e rischio di morte in culla (continua dalla pag. precedente)

(porre il bambino a pancia in su, evitare i materassi troppo morbidi e la sovrabbondanza di coperte, come pure la presenza di altri familiari nel letto a parte i genitori).

Divani e poltrone andrebbero invece sempre evitati.

Restiamo comunque in attesa di ulteriori evidenze. Nel frattempo ci sembra importante condividere e discutere quelle attuali, possibilmente con chi si occupa tutti i giorni di allattamento al seno, a partire dalle evidenze e soprattutto al di là delle passioni. Un primo passo in questo senso sarà l'apertura di una sorta di

forum di discussione su Quaderni acp. Il secondo passo potrebbe essere quello di rivedere noi le evidenze. Il terzo di arrivare in qualche mese ad un seminario in cui discutere il lavoro svolto e cercare di raggiungere un consensus sull'argomento. Vi terremo informati.

Referenze

- Pediatrics 2005;116:1245-1255;
- Pediatrics 2005;116:e716-e723.
- Pediatrics 2001;108:211.
- BMJ 2005 Dec 9; [Epub ahead of print]
- Lancet 2004;363:185-91.
- J Pediatr 2005;147:32-37.
- Pediatrics 2005;116:530-542.

-Lancet Early Online Publication, 18 January 2006.

-Int J Epidemiol 2005;34(4):874-87.

Contenuto gentilmente concesso da: Associazione Culturale Pediatri (ACP) - Centro per la Salute del Bambino/ ONLUS CSB - Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; tratto da: Newsletter pediatrica. Bollettino bimestrale- Ottobre-Novembre 2005, Volume 3, pag. 3-6.

## No all' aborto eugenetico! Dura pronuncia della Cassazione (sentenza)

E' inammissibile l'aborto eugenetico, che prescinda dal pericolo "serio" (entro 90 giorni) o "grave" (dopo i 90 giorni) derivante alla salute della madre dalle malformazioni del feto.

La CORTE DI CASSAZIONE Sez. III Civile, 14/07/2006 con Sentenza n. 161-23 ha stabilito un importante principio in occasione di una causa che vedeva contrapposti da un lato i genitori e dall'altro un medico che avrebbe omesso di informarli circa la sussistenza di anomalie dello sviluppo fetale. I genitori chiedevano un risarcimento per non essere stati posti nella condizione di emigrare in un paese meno restrittivo dell'Italia in tema di aborto ed un risarcimento sia per il malformato, per essere stato condannato a nascere e a vivere malformato (sic!), che per la sorella.

La Cassazione ha respinto le richieste sottolineando come non sia configurabile un diritto a "non nascere" o a "non nascere se non sano", essendo per converso tutelato dall'ordinamento - anche mediante sanzioni penali - il diritto del concepito a nascere, pur se con malformazioni o patologie. E' da escludersi pertanto la configurabilità del c.d. aborto eugenetico, che prescinda dal pericolo derivante alla salute della madre dalle malformazioni del feto.

A norma dell'art. 6 lett. b) della legge n. 194 del 1978, per ricorrere all'interruzione di gravidanza dopo il novantesimo giorno non è sufficiente la presenza di anomalie o malformazioni del nascituro, ma è necessario che tale presenza determini processi patologici in atto consistenti in un "grave" pericolo per la salute fisica o psichica della madre.

La sentenza sottolinea che

-L'interruzione volontaria della gravidanza è finalizzata solo ad evitare un pericolo per la salute della gestante, "serio" (entro i primi 90 giorni di gravidanza) o "grave" (dopo i 90 giorni)  
 -L' esercizio di tale diritto compete esclusivamente alla madre  
 -Le eventuali malformazioni o anomalie del feto rilevano esclusivamente nella misura in cui possano cagionare un danno alla salute della gestante, e non già in sé e per sé considerate, con riferimento al nascituro.

-E' esclusa l' esistenza di un "diritto di non nascere" o al "non nascere se non sano", in quanto si tratterebbe di un diritto "adespotato" cioè' privo di titolare; cioè' in quanto la capacità' giuridica che consente i diritti disciplinati dall'art. 1 e degli artt. 462, 687, 715 del C.C. si acquista solamente alla nascita, come pure i diritti conseguenti, sicché il cosiddetto diritto di "non nascere" non avrebbe titolare appunto fino al momento della nascita, allorché' risulterebbe peraltro non esistere più. Ipotizzare un diritto a non nascere configurerebbe una posizione giuridica paradossale, non avente un titolare in caso di ottemperanza, avendo solo in epoca postuma nel caso che tale diritto venga violato.

-Non è configurabile il diritto dello stretto congiunto (nel caso, sorella) del nato ad essere informato in ordine alle malformazioni del feto

-Può essere configurato, al più', un "diritto a nascere" e a "nascere sani", inteso esclusivamente nella sua accezione positiva, della predisposizione di tutti gli istituti normativi di tutela idonei a garantire, per quanto possibile, di nascere sano.

Esiste al contrario ( e deve essere opportunamente tutelato in sede civile e penale) il diritto del concepito a nascere, pur se con malformazioni o patologie.

Il risarcimento del danno per il mancato esercizio del diritto all' aborto non consegue automaticamente alla mancanza di informazione da parte del medico, essendo al riguardo necessaria la prova della sussistenza delle condizioni previste dalla legge per ricorrere all' interruzione della gravidanza.

Viene quindi esclusa la ammissibilità del c.d. aborto "eugenetico", prescindente dal pericolo derivante dalle malformazioni fetali alla salute della madre, rilevando che l'interruzione della gravidanza al di fuori delle ipotesi previste rigidamente dalla legge, oltre a risultare in contrasto con i principi di solidarietà e di indisponibilità del proprio corpo, costituisce reato anche a carico della stessa gestante (art. 19 legge n. 194 del 1978). Verificatasi la nascita, il minore non può presentare come danno da inadempimento contrattuale per omessa informazione il fatto di essere affetto da malformazioni congenite, non essendo stata la madre messa nella condizione ricorrere all'aborto, risultando invece assolto il dovere di protezione in favore del minore, tutelato in termini prevalenti rispetto ad altre norme contrattuali.

Il testo completo della sentenza: <http://www.cortedicassazione.it/Documenti/16123.pdf>

Daniele Zamperini- Guido Zamperini

## L'indennità di accompagnamento spetta anche ai neonati (sentenza)

La Sezione Lavoro della Corte di Cassazione ha rigettato una sentenza della Corte d' Appello di Milano, che respingeva la richiesta di riconoscimento del diritto all' indennità di accompagnamento a un neonato affetto da handicap. La Corte aveva astrattamente stabilito che tale diritto non potesse essere concesso ai minori di anni tre, in quanto (secondo la Corte) al di sotto di tale età il bambino non è in grado di svolgere funzioni proprie dell' età, ad ha comunque sempre bisogno dell' assistenza dei genitori.

La Cassazione ha invece sottolineato che la situazione d'invalidità (impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o necessità di assistenza continua per impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita), necessaria per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento può configurarsi anche con riguardo a bambini in tenera età, ancorché questi, per il solo fatto di essere tali necessitano comunque di assistenza. La legge, infatti, riconosce il diritto anche ai soggetti minorenni, senza porre alcun

limite minimo di età. Si deve ritenere – sottolinea la Suprema Corte - che anche per gli infanti, che pure, per il solo fatto di essere tali necessitano comunque di assistenza, può verificarsi una situazione, determinata dall'invalidità, la quale comporti che l'assistenza, per le condizioni patologiche in cui versano la persona, assuma forme e tempi di esplicazione ben diversi da quelli di cui necessita un bambino sano.

Daniele Zamperini – Guido Zamperini  
Cass. Sent. N. 11525/06

## Arriva la dipendenza da botulino?

Dall'Inghilterra una nuova moda: l'antirughe al botulino nella pausa pranzo.

Sviluppatisi sia grazie all'abbassamento il prezzo (una fiala di Botex costa circa 100 euro), sia per via della diffusione elevata presso i centri specializzati, ormai è una tendenza più che consolidata. Il Botox, la forma commerciale del botulino, viene utilizzato sia da uomini che da donne, e viene usato per levigare le piccole rughe, o per gonfiare un po' le labbra.

A prima vista potrebbe sembrare l'ennesima "moda estetica" passeggera, come la dieta di sole banane, e ci si potrebbe attendere che finisca nel nulla in breve tempo.

Ma le cose potrebbero non essere così semplici: il botulino da dipendenza. Non fisica, certo, ma psicologica. Il Botox ha un effetto sulle rughe che dura circa sei mesi, ma quattro persone su dieci tra quelle che si autoiniettano il

Botox affermano di non riuscire a resistere fino alla fine del trattamento. Hanno un bisogno impellente di ripeterlo, e non è infrequente un richiamo a dose ridotta dopo soli 3 mesi.

La domanda a questo punto è: "Da cosa dipende questo stimolo a ripetere un trattamento inutile"?

Sicuramente chi si sottopone ad un intervento estetico, per quanto non intrusivo, lo fa perché ha un'immagine di sé "desiderata" differente da quella "reale". In altri termini, non è come vorrebbe essere, e questo provoca un aumento dello stress e dell'insoddisfazione, unita ad una insicurezza generale e un timore del giudizio di chi le sta intorno. La possibilità di rendersi simili al prototipo mediante una spesa contenuta e una estrema facilità di applicazione del prodotto, porta la persona ad avere un calo dei sentimenti negativi, ma contemporaneamente una paura che le rughe possano tornare.

Si ha quindi un calo dello stress legato alla "brutta immagine", ma un aumento di quello legato al ritorno della situazione precedente, e il secondo stress è legato strettamente alla ripetizione inutile del trattamento.

Una "fuga dalla realtà", insomma, che non può conoscere soste... nella speranza che il botulino non si riveli tossico nella lunga distanza.

E' da sottolineare, comunque, che altri precedenti lavori hanno associato il rischio di suicidio a comportamenti indicativi di basso apprezzamento di sé (e del proprio fisico): il piercing (Journal of Adolescent Health 2004 34: 224-229), la mammoplastica estetica additiva (Epidemiology 2006; 17(2):162-69)

Guido Zamperini

Fonte: <http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2006/09/17/nbotox17.xml>

## Il Garante per la Concorrenza bocchia l'innalzamento del rapporto ottimale

Una comunicazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ( Bollettino n° 26 del 17 luglio u.s. pag. 195 e 196), bocchia l'innalzamento del rapporto ottimale legiferato in Toscana. Le critiche vertono soprattutto sul fatto che l'incremento del rapporto ottimale (stabilito a 1 medico ogni 1000 assistiti dall' ACN e portato a 1/1200 dalla Regione) limita l'accesso alla professione di medico di base, determina la riduzione del numero di medici di base attivi in un dato ambito territoriale e limita, quindi, la scelta del medico di base da parte dei cittadini. Tale limitazione, secondo il parere dell' Autorità, non risulta indispensabile alla realizzazione della finali-

tà di creare la figura di medico di base a tempo pieno, da realizzarsi con altri mezzi.

Inoltre, sostiene l'Autorità, una maggiore concorrenza tra medici di base costituisce incentivo per una maggiore qualità del servizio pubblico sanitario.

Poiché la Regione aveva anche sospeso i bandi per le zone carenti, l'Autorità ha criticato anche questa disposizione in quanto in grado ridurrebbe ingiustificatamente il numero di medici di base convenzionati, costringendo i cittadini a rivolgersi a medici con un numero elevato di assistiti in luogo di medici con un numero minore di assistiti. Si auspica quindi modifiche tese a consentire

il più ampio accesso possibile alla libera professione di MMG in Toscana per garantire agli utenti del SSN un numero più ampio possibile di medici di base disponibili.

A quanto sembrerebbe l'Autorità, non ha mai sentito parlare di "pletora medica" o non ha chiaro di cosa si tratti.

Mentre la "torta" finanziaria del SSN viene sempre più ristretta, l'Autorità ne auspica la divisione in frazioni sempre più numerose e sempre minori. E siamo davvero sicuri che questa situazione di disagio e sofferenza economica dei Medici di Base porti ad un miglioramento di qualità assistenziale?

Guido Zamperini

## L'esposizione al contagio da pertosse impone una profilassi

Il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) americano consiglia, se non vi sono controindicazioni, la somministrazione di un macrolide nelle persone che sono venute in contatto con pazienti affetti da pertosse

Nei soggetti che sono venuti in contatto con pazienti affetti da pertosse e nei familiari conviventi viene consigliata una profilassi post-esposizione. Tuttavia, prima di decidere il da farsi, il CDC consiglia di valutare alcuni fattori come l'infettività, il grado e la durata della esposizione, i potenziali pericoli che la pertosse potrebbe provocare nei contatti e la possibilità di esposizione secondaria in soggetti ad elevato rischio (per esempio bambini inferiori ad un anno di età, donne in gravidanza).

La profilassi antibiotica post-esposizione nei contatti asintomatici effettuata entro 21 giorni dell'inizio dei sintomi nel paziente può prevenire l'infezione sintomatica. I familiari sintomatici debbono essere trattati come avessero la pertosse.

Gli antibiotici di prima scelta per gli adulti e i bambini > 1 mese sono eritromicina, claritromicina ed azitromicina; per i lattanti con meno di un mese d'età è consigliata l'azitromicina; non ci sono dati che permettano di affermare l'utilità degli altri macrolidi. Un farmaco alternativo può essere il trimetoprim/sulfametoxazolo che si può usare dopo i due mesi d'età.

La profilassi post-esposizione è obbligatoria nei bambini al di sotto dell'anno di età e nelle donne nel terzo trimestre di gravidanza. Si tratta infatti di soggetti ad elevato rischio di gravi complicanze o di

decesso.

La durata raccomandata della profilassi è di 5 giorni per l'azitromicina, di 7 giorni per la claritromicina, di 14 giorni per l'eritromicina e per il TMP/SMX.

Il TMP/SMX può essere usato nei soggetti allergici ai macrolici o intolleranti ad essi oppure nei casi (peraltro rari) di Bordetella Pertussis resistente agli antibiotici di prima scelta. Non deve essere somministrato ai bambini inferiori ai 2 mesi d'età, alle gravide e alle donne che allattano.

L'efficacia clinica di altre classi di antibiotici (compresi amoxicillina, amoxi/clavulanico, tetracicline, fluorochinoloni) non è stata confermata per ora da studi clinici.

Renato Rossi

Fonte: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/tr5414a1.htm>

## Il fumo (anche passivo) aumenta il rischio di insorgenza di diabete

Esiste una relazione tra fumo attivo e passivo e rischio di sviluppo di intolleranza al glucosio.

Lo studio CARDIA (Coronary artery risk development in young adults) prospettico di coorte, iniziato nel 1985-86, aveva lo scopo di valutare se esiste un legame tra l'esposizione al fumo e lo sviluppo di intolleranza al glucosio o diabete.

I partecipanti erano rappresentati da uomini e donne di razza bianca e nera (età 18-30 anni) con nessuna alterazione del metabolismo glucidico al baseline: 1386 erano fumatori, 621 ex-fumatori, 1452 non fumatori con esposizione al fumo passivo (concentrazioni sieriche di cotonina comprese tra 1 e 15 ng/ml) e 1113 non fumatori senza esposizione al fumo passivo.

Durante il follow-up di 15 anni il 16,7% dei soggetti sviluppò una intolleranza al glucosio che si dimostrò essere più probabile nei fumatori (21,8%), nei non fumatori esposti al fumo passivo (17,2%), negli ex-fumatori (14,4%) contro l'11,5% nei non fumatori non espo-

sti al fumo passivo. Lo stato di fumatori aumentava il rischio di sviluppo di diabete del 65% mentre l'esposizione al fumo passivo lo aumentava del 35%.

Gli autori concludono che l'esposizione al fumo (sia attivo che passivo) aumenta il rischio di sviluppo di intolleranza al glucosio nei giovani adulti. Tale associazione risulta più evidente negli individui di razza bianca, sia di sesso maschile che femminile.

Fonte:

BMJ 2006 May 6; 332:1064-1069

Commento di Renato Rossi

Nonostante lo studio possa essere gravato da bias, in quanto non è mai possibile correggere completamente tutti i fattori di confondimento, i risultati sono concordi con l'ipotesi che il fumo possa aumentare la resistenza all'insulina.

In realtà studi precedenti avevano dato risultati contrastanti. Quest'ultimo lavoro ha alcuni pregi, rispetto agli altri, come la casistica che è stata stratificata per sesso e razza ed è relativamente numerosa (oltre 4.500 partecipanti), un follow-up molto lungo (15 anni) e la

determinazione di stato di esposizione al fumo passivo tramite la concentrazione sierica di cotonina. Per contro i limiti, come si è detto, sono i soliti degli studi di questo tipo, soprattutto l'impossibilità di tener conto di tutti i fattori confondenti che potrebbero aver influenzato lo sviluppo dell'intolleranza al glucosio. E' ormai ampiamente accettato che il fumo provoca danni alla salute a livello di numerosi organi e apparati

(respiratorio, cardiovascolare, urinario, ecc.) ed è una delle concause o un fattore di rischio importante per patologie molto frequenti come la cardiopatia ischemica, la broncopatia cronica ostruttiva, le neoplasie polmonari e laringee. Ora si aggiunge anche la possibilità concreta che il fumo (sia attivo che passivo) aumenti il rischio di diabete, una patologia cronica che a sua volta influenza numerosi esiti negativi a livello di organi bersaglio come il cuore, il cervello, i reni, gli occhi.

Insomma una ragione in più per consigliare con forza ai fumatori di smettere e per far applicare diffusamente la proibizione di fumare nei luoghi pubblici.

## Suture cutanee bagnate: niente paura, non succede nulla!

Sono stati arruolati 857 pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico minore per una lesione cutanea, e randomizzati in due gruppi: il primo doveva mantenere la sutura asciutta e coperta per 48 ore, il secondo gruppo poteva rimuovere la medicazione e lavare la sutura entro 12 ore. Venivano esclusi gli interventi al viso, soggetti immunodepressi o che avessero usato antibiotici prima dell'intervento. Si sviluppò un'infezione (valutata al momento della rimozione della sutura) nell'8,9% del gruppo "asciutto" e nell'8,4% del gruppo "umido". Gli autori concludono che nella piccola chirurgia cutanea il paziente può lasciare la sutura non coperta e bagnarla nelle prime 48 ore senza aumento di incidenza di infezioni. Notano tuttavia che il loro studio, condotto in un clima tropicale, può portare ad esiti diversi in climi più temperati. (BMJ 2006 May 6; 33:1053-4).

## Se l'Helicobacter non si eradica, può dipendere dal tabacco

L'abitudine tabagica rende difficile l'eradicazione dell'*Helicobacter Pylori*.

Gli autori di questo studio si sono ripromessi di dimostrare che l'eradicazione dell'*Helicobacter Pylori* è più difficile nei pazienti fumatori.

Hanno quindi compiuto una ricerca su PUB MED selezionando studi pubblicati fino all'agosto 2005. Sono stati scelti solo studi in lingua inglese in cui la terapia di eradicazione prevedeva 3 o più farmaci. Dei 59 studi ritrovati 22 rispondevano ai criteri di inclusione (per un totale di 5.538 pazienti) e sono stati sottoposti a meta-analisi. Lo stato di fumatore comportava un rischio doppio di fallimento dell'eradicazione rispetto a chi non fuma.

In valori assoluti la percentuale di eradicazione scendeva dall'84,9% nei non fumatori al 76,5% dei fumatori.

Tuttavia gli autori hanno trovato una grande variabilità dovuta alla presenza

di studi in cui l'eradicazione riguardava prevalentemente soggetti con o senza dispepsia non ulcerosa: il fumo rendeva più difficile l'eradicazione soprattutto negli studi in cui vi era una elevata percentuale di soggetti affetti da dispepsia non ulcerosa. La meta-analisi non ha invece trovato differenze per quanto riguarda il numero di sigarette fumate. Fonte:

Suzuki T, et al. Smoking increases the treatment failure for *Helicobacter pylori* eradication. *Am J Med* 2006;119: 217-24.

Commento di Renato Rossi

In una percentuale variabile da un paziente ogni 5 ad uno ogni 10 trattati, a seconda degli studi, l'eradicazione dell'*Helicobacter Pylori* non riesce. Il fumo può contribuire al fallimento della terapia? Anche se non si può escludere un bias di pubblicazione in quanto non sono stati presi in considerazione studi in

lingue diverse dall'inglese e studi non pubblicati, secondo questa meta-analisi la risposta alla domanda è positiva.

Il meccanismo con cui il tabagismo impedisce l'eradicazione non è noto. Il fumo aumenta l'acidità gastrica e questo potrebbe rendere meno efficace il trattamento, oppure potrebbe alterare o interferire nel metabolismo degli antibiotici o nel loro meccanismo d'azione. Un'altra possibilità è che i fumatori siano di per sé meno aderenti alle prescrizioni mediche dei non fumatori, il che porterebbe ad una diminuzione della compliance.

In ogni caso, quale che sia il motivo, sarà utile che il medico interroghi il paziente circa la sua abitudine al fumo, prima di prescrivere la terapia eradicante, e lo avverta che se non smette di fumare le probabilità di fallimento aumentano. Circa un fumatore su quattro non risponde al trattamento, un motivo in più per cercare di abbandonare questo dannoso stile di vita.

## I pesanti rischi collaterali delle terapie per cancro mammario

Sia la radioterapia che la chemioterapia usate nel trattamento del cancro mammario possono provocare effetti collaterali più frequenti di quanto non si creda e che compaiono anche a distanza di vari anni.

Indubbiamente la terapia del cancro mammario ha portato a notevoli progressi in questi ultimi anni, quasi facendo passare in secondo piano gli effetti collaterali dei vari trattamenti. Nella pratica clinica questi effetti possono essere più frequenti ed intensi di quanto evidenziato nei vari RCT.

Tre studi, pubblicati contemporaneamente, hanno esaminato questo aspetto particolare.

Nel primo studio [1] sono state incluse 173 donne con cancro mammario metastatico trattate con trastuzumab per almeno un anno. In circa il 25% delle pazienti si sono verificati effetti collaterali a livello cardiaco che andavano da una riduzione della funzione ventricolare sinistra clinicamente asintomatica ad un vero e proprio scompenso cardiaco sintomatico che richiedeva un trattamento medico. Si verificò anche un decesso da causa cardiaca. Ci siamo già occupati anche recentemente del trastuzumab, riferendo della posizione del NICE che

consiglia di prescrivere il farmaco in tutte le pazienti, anche senza metastasi, positive per HER 2 (vedi <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2591>). Però dopo la pubblicazione di queste linee guida c'è stata una presa di posizione del Newbury and Community Primary Care Trust che ha contestato le raccomandazioni NICE sottolineando che non si capisce bene quali pazienti potrebbero trarre giovamento dal trastuzumab, tenuto conto dei costi e dei potenziali effetti collaterali, e neppure è chiaro per quanto tempo dovrebbe durare il trattamento dopo chirurgia, chemioterapia e/o radioterapia [2]. Nel secondo studio [3] sono state controllate le cartelle cliniche di 961 donne sottoposte a radioterapia per cancro mammario.

Si è riscontrato un aumento del rischio di infarto miocardico e di coronaropatie quando il seno irradiato era quello sinistro rispetto all'irradiazione della mammella destra. Un editorialista, commentando questi dati, raccomanda che le donne irradiate controllino i loro fattori di rischio coronarico e smettano di fumare. D'altra parte che la radioterapia possa portare a stenosi coronariche e vascolari oltre che a valvulopatie cardiache, con comparsa anche a distanza di

molti anni, era già noto [5].

Nel terzo studio [4], che ha riguardato circa 12.000 donne con nuova diagnosi di cancro mammario, si è trovato che le pazienti che avevano ricevuto un trattamento chemioterapico nell'anno successivo alla diagnosi avevano un rischio più elevato di ricoveri, accessi al Pronto Soccorso ed eventi avversi tipici della chemioterapia rispetto alle donne che non erano state trattate con chemioterapia.

In conclusione gli effetti avversi della chemio-radioterapia nelle donne con cancro della mammella costituiscono l'altra faccia della medaglia, sono uno scotto da pagare di cui le pazienti dovrebbero essere informate in maniera adeguata.

Renato Rossi

Bibliografia

1. *Journal of Clinical Oncology*, 1-0.1200/JCO.2005.04.9551
2. *BMJ* 2006 Aug 26;333:409
3. *Journal of Clinical Oncology*, 1-0.1200/JCO.2005.05.1037
4. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 98, No. 16, 1108-1117, August 16, 2006 DOI: 10.1093/jnci/djj305
5. *JAMA* 2003 Dec 03; 290:2831-2837.

## Colonscopie preventive: a chi, e quando?

Follow-up colonscopico nei soggetti a rischio familiare di cancro del colon

L'obiettivo di questo studio osservazionale, prospettico, durato oltre 16 anni, era di determinare l'efficacia della sorveglianza endoscopica nel ridurre il rischio di sviluppo di tumore nel colon in soggetti con anamnesi familiare positiva per questo tipo di tumore. I 1678 partecipanti, registrati presso una clinica oncologica di Londra, sono stati classificati secondo la loro anamnesi nel modo seguente:

1) soggetti ad alto rischio: se le famiglie soddisfacevano i criteri di Amsterdam per il cancro coloretale ereditario non poliposo (o sindrome di Lynch, vedi sotto)

2) soggetti a rischio moderato: se vi erano 1, 2 o 3 parenti di primo grado affetti da cancro del colon-retto. Una colonscopia veniva inizialmente eseguita ogni 5 anni e l'intervallo veniva abbreviato a 3 anni se si scopriva un adenoma.

Il rischio di cancro del colon o di adenoma risultò più elevato nei soggetti appartenenti a famiglie con sindrome di Lynch (alla colonscopia iniziale la percentuale era rispettivamente di 0,9% e di

5,7%).

Nelle famiglie a rischio moderato la percentuale, prima dei 45 anni, alla colonscopia iniziale, era di 1,1% per gli adenomi e di 0% per i cancri; al successivo follow-up endoscopico la percentuale di adenomi risultò dell'1,7% e dei cancri dello 0,1%.

In generale l'incidenza di cancro del colon risultò ridotta, rispetto ai valori attesi, dell'80% nei soggetti a rischio moderato e del 43% nei soggetti a rischio elevato.

Gli autori concludono che la sorveglianza endoscopica regolare riduce il rischio di sviluppo di cancro del colon nei pazienti con una importante storia familiare positiva: per questi pazienti è indicato un follow-up a intervalli ravvicinati. Nei soggetti a rischio moderato non è indicato alcun follow-up prima dei 45 anni e in seguito, se non vi sono adenomi o neoplasie al primo controllo, il follow-up può essere meno aggressivo.

Ref: BMJ 2005 Nov 5; 331.1047

Commento di Renato Rossi

E' noto che soggetti con familiari affetti da cancro del colon sono ad aumentato rischio di sviluppare lo stesso tipo di neoplasia, per cui è indicata una sorve-

glianza colonscopica particolare.

Le linee guida consigliano, per chi appartiene a famiglie che soddisfano i criteri per la sindrome di Lynch, una colonscopia ogni 1-2 anni, per chi invece ha una familiarità che non soddisfa questi criteri gli intervalli sono meno definiti.

Questo studio conferma da un lato che la sorveglianza endoscopica regolare riduce il rischio di sviluppo di cancro del colon nei soggetti a rischio. Se il rischio è elevato la colonscopia dovrebbe essere eseguita a intervalli frequenti, se il rischio è meno importante la sorveglianza può iniziare attorno ai 45-50 anni e prevedere intervalli di 5 anni.

I criteri di Amsterdam per la diagnosi di sindrome di Lynch (cancro coloretale ereditario non poliposico o HNPCC) sono:

- 1) almeno 3 familiari affetti da cancro del colon-retto, di cui uno parente di primo grado degli altri due
- 2) almeno 2 generazioni consecutive affette da cancro coloretale
- 3) almeno un caso di cancro coloretale nella famiglia diagnosticato prima dei 50 anni

## Sospendere il Tamsulosin in caso di interventi oculistici

I pazienti che assumono Tamsulosin (Omnice, Pradif) possono presentare una complicazione importante, in caso di intervento per cataratta, detta "Sindrome dell'iride a bandiera".

Tale sindrome consiste in iride flaccida, miosi resistente ai midriatici, possibile

prolasso dell'iride durante l'intervento. Per gli altri anti-alfa1-adrenergici (indicati per il trattamento dei sintomi dell'ipertrofia prostatica) si sospetta un effetto di classe denunciato dalle modifiche del tono dilatatorio dell'iride e da episodi di complicazione, pur meno fre-

quenti. L'interruzione della terapia con tamsulosin una o due settimane prima dell'intervento è considerata utile, pur non avendo certezza della sua utilità (GZ)

## La vaccinazione antipneumococcica pediatrica protegge anche gli adulti

Gli autori di questo studio hanno seguito l'andamento della malattia pneumococcica invasiva in otto aree geografiche americane (per un totale di 18.813.000 abitanti) per il periodo 1998-2003. Lo studio si proponeva di valutare l'impatto dell'uso del vaccino pediatrico contenente 7 sierotipi di pneumococchi.

L'incidenza di malattia pneumococcica invasiva nei soggetti  $\geq 50$  anni diminuì del 28% passando da 40,8 casi per 100.000 abitanti nel 1998-1999 a 29,4 casi per 100.000 nel 2002-2003. Per i soggetti  $\geq 65$  anni l'incidenza nel periodo

2002-2003 fu di 41,7 casi per 100.000, inferiore all'obiettivo dell'Healthy People stabilito per il 2010 di 42 casi per 100.000.

L'incidenza di malattia invasiva dovuta ai 7 sierotipi contenuti nel vaccino coniugato pediatrico si ridusse del 55%. Al contrario l'incidenza degli altri 16 sierotipi contenuti nel vaccino pneumo-23 polisaccaride usato negli adulti non mostrò alcun cambiamento nel periodo considerato, mentre l'incidenza di infezione causata da sierotipi non compresi nei due vaccini aumentò del 13%.

Gli autori concludono che il vaccino antipneumococcico 7-coniugato usato nei bambini a partire dal 2000 ha sostanzialmente portato ad avvantaggiarsi anche gli adulti  $\geq 50$  anni, riducendo l'incidenza di malattia pneumococcica invasiva. Tuttavia soggetti con patologie concomitanti potrebbero avere benefici indiretti inferiori rispetto agli adulti sani. Lo studio presenta alcuni limiti come per esempio la mancanza di dati circa lo stato vaccinale per il vaccino 23-polisaccaride e l'esatta descrizione di

*Continua a pag. 13*

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE mesi di agosto-settembre 2006

*Il testo integrale dei documenti citati è fornita da "Medico & Leggi" di Marco Venuti: essa è libera fino al giorno 2-6.10.2006.*

*Per consultarli: [www.medicoeleggi.it/pillole/mensili/pilloleottobre06.htm](http://www.medicoeleggi.it/pillole/mensili/pilloleottobre06.htm)*

### Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13.06.06 (Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29.08.06)

#### CRITERI DI MASSIMA SUGLI INTERVENTI PSICO-SOCIALI DA ATTUARE NELLE CATASTROFI

Con questa direttiva vengono definite le linee di intervento da attuarsi in caso di catastrofi di qualsiasi tipo e di qualsiasi gravità, e le azioni che devono essere intraprese dalle strutture periferiche per prepararsi a queste emergenze.

Vengono affrontati i seguenti aspetti: 1. equipe psicosociale per le emergenze (obiettivi, organizzazione, referente), 2. destinatari degli interventi di supporto psicologico-psichiatrico, 3. contesti d'in-

tervento relativi all'entità dell'evento (a effetto limitato o che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali), 4. formazione.

### Decreto legislativo n. 257 del 25.07.06 (Gazzetta Ufficiale n. 211 del 11.09.06)

#### ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2003/18/CE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DEI LAVORATORI DAI RISCHI DERIVANTI DALL'ESPOSIZIONE ALL'AMIANTO DURANTE IL LAVORO

Con questo provvedimento, che modifica in parte il decreto legislativo n. 626/1994, vengono definite le azioni che il

datore di lavoro deve intraprendere per la protezione dei lavoratori dai rischi derivanti dall'esposizione all'amianto durante il lavoro.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di individuare la presenza dell'amianto, valutare il rischio, notificare all'organo di vigilanza competente per territorio, adottare misure di prevenzione e protezione dei lavoratori, controllare l'esposizione, informare e formare i lavoratori, sottoporre i lavoratori a sorveglianza sanitaria secondo protocolli ben definiti con il coinvolgimento del medico competente, cui sono affidati compiti ben definiti (visite periodiche, effettuazione di esami, tenuta e aggiornamento di una cartella sanitaria di rischio).

## News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale) a cura di Marco Venuti

### Omnic, Pradif, Tamsulosina Astellas Pharma Europe - Aggiunta la complicità «Sindrome dell'iride a bandiera»

osservata durante l'intervento chirurgico di facoemulsificazione della cataratta in alcuni pazienti in corso di trattamento o

in precedenza trattati con questo farmaco.

### *Vaccinazioni, continua da pag. 12*

patologie concomitanti nei pazienti ammalati di malattia pneumococcica invasiva.

Ref: JAMA. 2005 Oct 26; 294:2043-2051.

Commento di Renato Rossi

Questo studio è di tipo osservazionale quindi non prova in modo inconfutabile che l'uso del vaccino 7-coniugato antipneumococcico nella popolazione pediat-

trica porti ad una riduzione della malattia invasiva negli adulti, però conferma i dati di un altro lavoro recente [1], che suggeriva come la vaccinazione pediatrica non solo riduce i casi di malattia invasiva nei bambini, negli adulti e negli anziani ma anche la comparsa di ceppi di pneumococco resistenti ai macrolidi. Tra l'altro lo studio qui recensito è suggestivo perchè dopo l'introduzione della vaccinazione pediatrica si è osservata una riduzione dei casi di malattia invasiva solo per i ceppi di pneumococco con-

tenuti nel vaccino 7-coniugato e non in quello 23-polisaccaride.

Secondo gli autori questi dati dovrebbero portare le autorità sanitarie ad incrementare l'uso del vaccino pediatrico, anche se riconoscono che non sappiamo se questi benefici siano riproducibili in altri contesti e in popolazioni diverse.

Bibliografia:

Lancet 2005 Mar 5; 365:855-863

### *Soia e isoflavonoid, da pag. 4*

Ref:

Circulation. Posted online January 17, 2006.

Commento di Renato Rossi

Nel 1999 la FDA aveva raccomandato il consumo di proteine della soia (ma non di isoflavoni) ritenendole in grado di ridurre il colesterolo totale e quello

LDL.

La ricerca sponsorizzata dall'AHA mostra però che le proteine della soia hanno un impatto modesto sul colesterolo LDL e per ottenerlo è necessario assumere un dose circa doppia di quella raccomandata dalla FDA. Per gli isoflavoni non ci sono invece effetti apprezzabili sui parametri lipidici. Gli isoflavoni sono la categoria più importante di fitoestrogeni, ossia di estrogeni di origine vegetale e le fonti primarie sono gli alimenti di soia

integrale. Sembra che non ci siano importanti effetti neppure sui sintomi della menopausa come le vampate di calore. Diverso è il discorso sugli alimenti contenenti soia integrale: l'AHA ritiene che potrebbero essere utili dal punto di vista cardiovascolare e sulla salute in generale in quanto essi, di solito, contengono acidi grassi polinsaturi, fibre, vitamine, minerali ed hanno uno scarso contenuto in acidi grassi saturi: per questo ne raccomanda il consumo.