

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 5 numero 6

Giugno 2008

Ultimo avviso: 6-7-8 giugno a Uliveto Terme il Congresso Interdisciplinare "Promed-Galileo"

Il Congresso e' accreditato ECM in moduli separati. Numerose le sessioni parallele, cliniche e metodologiche tra cui, sabato 7, intera giornata dedicate alla Medicina Legale del SSN, con la partecipazione di relatori di importanza nazionale e internazionale. L'iscrizione e la partecipazione al Congresso sono gratuite.

Prevenzione della diarrea da antibiotici

L' amarezza di fare il medico

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA



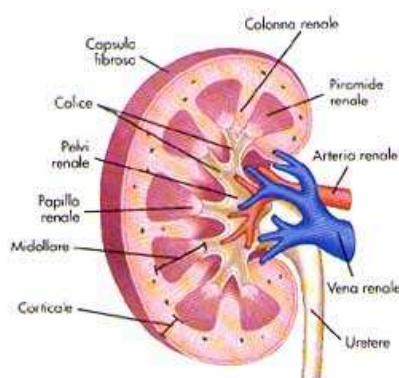
Non si usano i borsisti per scopi privati!



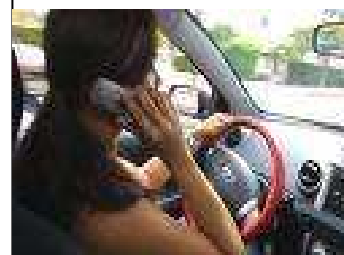
La MOC e' piu' utile se fatta sul femore

L'Esercizio Fisico nel Nefropatico Cronico

Alcuni abstract dal II corso di aggiornamento tenuto a Uliveto Terme
Presidente Giuliano Barsotti—Res. Scientifico:
Adamasco Cupisti



Attenzione alle emorragie cerebrali nei trattati con anticoagulanti



Il medico non puo' usare il cellulare durante la guida, neppure per chiamate urgenti



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'Esercizio Fisico nel Nefropatico Cronico	Pag. 3	
La mineralometria e' piu' precisa se fatta sull' anca	Pag. 4	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 Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it
E' possibile eradicare l'HIV?	Pag. 5	
Diminuiscono gli aborti nel mondo? E perche'?	Pag. 5	
La BPCO e' molto piu' di cio' che sembra	Pag. 6	Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi
La palpazione sistematica del polso e' piu' che utile, in cardiologia	Pag. 7	
Attenzione alle emorragie cerebrali nei trattati con anti-coagulanti	Pag. 7	
Telbivudina puo' provocare neuropatia. Con interferone e' peggio	Pag. 8	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore) Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Differenziale pressorio eccessivo puo' causare Fibrillazione Atriale	Pag. 8	
Prevenzione della diarrea da antibiotici	Pag. 9	
Non e' danno erariale proscrivere O2 gassoso	Pag. 9	Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
La fine delle "Baronie"? Condanna penale per chi usa i borsisti a scopo privato	Pag. 10	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Neppure il medico puo' rispondere al cellulare mentre guida	Pag. 10	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Il figlio malato psichico "vale" quanto un figlio sano	Pag. 10	
Omicidio volontario, non omicidio del consenziente, se manca una valida e inequivocabile volonta'	Pag. 11	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Rimborso IRAP: la Cassazione stringe i freni	Pag. 11	
News prescrittive (a cura di Marco Venuti)	Pag. 12	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 12	
L' amarezza di fare il medico	Pag. 13	
La pagina "ricreativa": scritti e note in liberta'	Pag. 14	



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'Esercizio Fisico nel Nefropatico Cronico

Alcuni abstract dal II corso di aggiornamento tenutosi a Liveto Terme

Presidente Giuliano Barsotti—Res. Scientifico: Adamasco Cupisti

L' ATTIVITÀ FISICA NELL' INSUFFICIENZA RENALE CRONICA IN TERAPIA CONSERVATIVA

Il sovrappeso, la sindrome metabolica e l'inattività fisica sono fattori di rischio sia per lo sviluppo che per la progressione di nefropatie croniche, e condizioni di aumentato rischio cardiovascolare. L'incremento dell'attività fisica è quindi un primo momento della prevenzione del danno renale e cardiovascolare. Nei pazienti con insufficienza renale cronica, a partite da 60-50 ml/min di filtrato glomerulare, è ben dimostrato un declino dell'apporto spontaneo di proteine e calorie. Questo porterà ad una progressiva malnutrizione e perdita di massa magra per inadeguatezza dell'apporto di calorie, proteine e amino acidi essenziali; inoltre alla perdita di massa magra contribuisce la frequente inattività e la ridotta capacità di performance fisica. Un programma dietetico corretto (una dieta con apporto ridotto ma selezionato di proteine ad alto valore biologico insieme con un adeguato apporto calorico) contribuisce invece alla correzione dell'acidosi metabolica, al miglioramento della resistenza all'insulina, alla correzione delle alterazioni del metabolismo calcio-fosforo e a determinare un minore grado di ritenzione di tossine azotate, responsabili anche della tipica inappetenza ed anoressia uremica. I pazienti affetti da insufficienza renale cronica seguono perciò una dieta ipoproteica ipofosforica e normocalorica, per il controllo dei segni e sintomi dell'uremia e per allontanare nel tempo la necessità della terapia sostitutiva. Il mantenimento di una corretta attività fisica aerobica e di resistenza è un altro aspetto molto importante dello stile di vita del paziente nefropatico, per ostacolare la riduzione della massa muscolare, e quindi della forza e della integrità psico-fisica. Inoltre l'attività fisica contribuisce alla correzione di molti fattori di rischio cardiovascolare (sovrappeso, ipertensione arteriosa, insulino-resistenza, dislipidemia, etc.) come raccomandato nella popolazione generale.

La scelta del tipo e della intensità dell'esercizio fisico dovrà essere guidata dalle caratteristiche cliniche del paziente con un approccio di tipo multidisciplinare che comprende anche specifici adattamenti nutrizionali.

Quindi, un corretto programma di esercizio fisico può contribuire alla riabilitazione psicofisica del nefropatico cronico, ad una migliore accettazione della sua patologia cronica e quindi al miglioramento della qualità di vita. Naturalmente, viste le particolari problematiche idro-elettrolitiche, metaboliche e tossiche del paziente uremico, e le sue frequenti comorbidity cardiovascolari, è necessario definire al meglio nel singolo paziente il tipo, l'intensità e la durata dell'esercizio fisico per cercare di ottenere i benefici sperati insieme con la massima sicurezza possibile.

VANTAGGI E LIMITI CONNESSI ALL'ESERCIZIO FISICO NEL PAZIENTE IN DIALISI

Nella quasi totalità dei pazienti che iniziano un trattamento dialitico si verifica un cambiamento radicale di atteggiamento mentale e di abitudini per cui i pazienti cominciano a ritenersi invalidi e come tali si comportano, abbandonando ogni attività fisica e lavorativa, con la conseguente instaurazione di un circolo vizioso che produce una involuzione mentale ed un decadimento fisico progressivi. Per prevenire o invertire questa tendenza, è fondamentale intervenire tempestivamente con un opportuno programma di riabilitazione psico-fisica. Di particolare importanza la componente di attività fisica, che nel dializzato, contrariamente a quanto si è a lungo pensato, offre molti e consistenti vantaggi ed ha per contro pochi limiti e controindicazioni. I vantaggi sono di vario tipo: - fisici, consistenti in mantenimento o recupero delle masse muscolari con mantenimento o recupero della capacità di attività fisica e lavorativa e miglioramento della sensazione di benessere generale; - ormonali/metabolici, consistenti soprattutto in riduzione dei livelli

di insulineremia, glicemia, trigliceridemia; - psicologici, con aumento del senso di sicurezza e riduzione del rischio di depressione e decadenza delle facoltà cognitive. I Limiti più importanti sono legati essenzialmente alla presenza di comorbidity e sono di solito solo relativi, cosicché l'attività fisica non ha praticamente controindicazioni ma deve essere modulata sulle condizioni del singolo paziente, sia come qualità che come quantità. Modesti sono i limiti legati direttamente alla terapia dialitica: questi sono presenti soprattutto nei pazienti emodializzati e consistono nel rischio di danneggiare l'accesso vascolare, nel rischio di ematomi per la presenza dell'anticoagulazione (ma limitatamente alla seduta dialitica ed all'immediato post-dialisi).

Pertanto, il bilancio è nettamente a favore dei vantaggi e, quindi, l'esercizio fisico, pur con le dovute precauzioni, dovrebbe diventare parte integrante del trattamento dialitico.

L'ESERCIZIO FISICO NEL PAZIENTE IN DIALISI: PROTOCOLLI INTRADIALITICI

I protocolli di esercizio fisico praticati in ospedale sono di solito effettuati al di fuori delle sedute dialitiche, ma possono anche essere effettuati durante la seduta stessa.

Protocolli Ospedalieri Extra-Dialitici

Hanno il vantaggio di non obbligare il paziente ad una ulteriore uscita da casa e, quindi, hanno maggiore probabilità di una partecipazione totalitaria, ma hanno limitazioni organizzative spaziali (infatti occorre disporre di un apposito locale adiacente alla sala dialisi) e temporali (si deve infatti anticipare l'ora di arrivo o posticipare l'ora del rientro dei pazienti, aumentandone così il disagio). Essi possono essere:

- pre-dialitici, sarebbero da preferire, perché i pazienti sono più freschi, ma sono limitati dalla necessità di levatacce per i turni mattutini e dall'interferenza con il pranzo per i turni pomeridiani;

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>

- post-dialitici, sono fortemente limitati dalla stanchezza post-dialitica, che riduce grandemente la capacità di collaborazione nonché da un certo rischio emorragico per la persistenza di anticoagulazione residua.

Protocolli Ospedalieri Intra-Dialitici.

Questi superano le limitazioni temporali e spaziali, ma si scontrano con la paura di aumentare l'instabilità cardiovascolare intra-dialitica, di danneggiare l'accesso vascolare (dislocamento di aghi o di cateteri venosi centrali) e di provocare emorragie (sfilamento di aghi o cateteri) o stravasi emorragici (da anticoagulazione).

Questi rischi in realtà possono essere evitati con opportuni accorgimenti tecnici. Anzi, in pazienti selezionati, si possono effettuare esercizi fisici attivi che implicano l'assunzione della stazione eretta e l'esecuzione di movimenti impegnativi per intensità e grado di escursione, come la cyclette e lo step.

L'ESERCIZIO FISICO NEL PAZIENTE IN DIALISI: PROTOCOLLI EXTRA-OSPEDALIERI

I pazienti in dialisi hanno ridotte capacità fisiche in parte correlate all'inattività. Nella nostra esperienza i pazienti uremici si giovano di programmi di riabilitazione fisica; se tali sedute di allenamento vengono eseguite in ambienti non medicalizzati (ad esempio palestre private) conferiscono importanti benefici psicologici facendo sentire, se possibile, meno "malato" il paziente.

Per realizzare progetti di questo tipo occorre un'accurata selezione dei pazienti stessi e un controllo diretto da parte di

uno o più componenti dello staff del centro dialisi.

RACCOMANDAZIONI PER L'ESERCIZIO FISICO IN DIALISI PERITONEALE

Uno stile di vita sedentario si associa con un maggior rischio di morte in tutta la popolazione e ciò è maggiormente vero nella popolazione in dialisi. Una significativa atrofia con associato aumento del tessuto non contrattile è presente nei muscoli dei pazienti in dialisi con conseguente modesta "performance" fisica. Intervendo sul possibile aumento dell'attività fisica con miglioramento della atrofia muscolare si può sicuramente migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti.

Un programma di esercizio fisico può sicuramente prevenire l'affaticamento, ridurre lo stress e combattere la depressione.

L'attività fisica riveste una ancor maggior importanza nei pazienti in dialisi peritoneale per la quantità di calorie assunte dal paziente attraverso l'assorbimento del glucosio utilizzato in questa metodica.

La tendenza all'obesità, la modificazione dell'immagine corporea possono trovare in un programma di attività fisica una parziale soluzione a queste problematiche.

RACCOMANDAZIONI PER L'ESERCIZIO FISICO IN UN PROGRAMMA DI TRAPIANTO RENALE

L'attività fisica è un importante rilevato-

re dello stato di buona salute ed un indicatore di qualità di vita, universalmente accettato in tutti gli studi.

(I dati nei Pazienti Trapiantati sono scarsi in letteratura).

La chirurgia, la somministrazione di steroidi ed immunosoppressori provocano effetti negativi sul metabolismo muscolare ed osseo, interagiscono negativamente sulla riabilitazione fisica.

Nel TX ben riuscito si osserva una valutazione di dati Hb e creatinemia e un graduale aumento di peso con incremento del BM del 14% nell'uomo del 9% della donna.

Generalmente si registra un incremento di attività fisica a partire dal 6° mese - 1° anno.

C'è uno stretto legame tra stato di salute - grado fitness - capacità funzionali e capacità fisica al lavoro.

218 studi indipendenti concludono per un significativo miglioramento post TX di qualità di vita e livello di attività fisica. L'esercizio fisico deve essere incoraggiato per gli effetti positivi sul grado di percezione dello stato di benessere e sui fattori di rischio vascolare (livello di lipidi, sindrome metabolica, obesità).

Tuttavia tenendo conto che tutti i pazienti si portano sulle spalle i danni dell'uremia con impatto sul sistema cardiovascolare e scheletrico, una eccessiva attività fisica è sconsigliata.

Andrebbe proposto un programma di training personalizzato con graduale incremento di attività aerobica (camminata, bicicletta, nuoto).

In seguito alcuni pazienti possono riuscire ad aumentare la loro capacità fisica fino a partecipare a sport più intensi.

La mineralometria e' piu' precisa se fatta sull'anca

L'anca risulta essere la sede migliore dove misurare la densità minerale ossea per prevedere il rischio fratturativo.

In una coorte di 16.505 donne (età >= 50 anni) è stata misurata la densità minerale ossea (BMD) con tecnica DEXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometry) sia a livello della colonna lombare che dell'anca. Dopo un periodo medio di osser-

vazione di $3,2 \pm 1.5$ anni, si è visto che il rischio di frattura osteoporotica, aggiustato per l'età, andava da 1,61 per la BMD misurata a livello della colonna lombare a 1,85 per quella misurata a livello totale dell'anca, passando per un valore intermedio di 1,76 per la BMD misurata a livello del collo femorale. L'uso della minor BMD trovata non è risultato migliore dell'uso della sola BMD dell'anca. Quando tale valore ve-

niva incorporato in un modello di previsione del rischio fratturativo, nessun'altra misura era in grado di aggiungere informazioni significative ulteriori.

La BMD misurata a livello della colonna risultò essere la sede migliore per predire solo il rischio di frattura vertebrale.

Gli autori concludono che l'anca è la sede migliore ove misurare la BMD per valutare il rischio globale di frattura

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>

osteoporotica.

Pillole.org

Fonte:

Arch Intern Med. 2007;167:1641-1647.

Commento di Renato Rossi

La densitometria ossea viene largamente impiegata in clinica per valutare il rischio di fratture osteoporotiche. E' infatti accettato che un basso valore di BMD costituisce un fattore di rischio per future fratture, anche se non è l'unico. Di solito la densitometria viene eseguita a livello della colonna lombare e dell'anca

e spesso si trovano valori diversi. Qual è più utile per la previsione delle fratture? Era noto che la BMD della colonna può essere influenzata dalla presenza più o meno rilevante di processi artrosici. Lo studio recensito in questa pillola dimostra, come era d'altra parte prevedibile, che la sede migliore per predire le fratture è l'anca mentre una BMD misurata a livello della colonna lombare è utile soprattutto per la previsione delle fratture vertebrali. La BMD totale valutata all'anca invece è quella che meglio si correla con il rischio fratturativo globale e quindi dovrebbe essere quella di scelta

per la valutazione della massa ossea o comunque quella sulla quale basare la valutazione principale del rischio. Va considerato però che, nella determinazione di tale rischio, la BMD è solo uno dei parametri. Altri fattori sono: familiarità per fratture osteoporotiche, menopausa precoce, terapia cortisonica protratta, pregresse fratture da fragilità, artrite reumatoide o altre malattie del collagene, abitudine tabagica, basso peso corporeo, tendenza alle cadute, assunzione di farmaci che possono favorire le cadute, ecc.

E' possibile eradicare l'HIV?

Alcuni ricercatori ipotizzano che una terapia antiretrovirale prolungata possa eradicare completamente l'HIV dall'organismo, ma le incognite sono ancora molte.

Ricercatori americani hanno seguito per alcuni anni sette pazienti con infezione da HIV. I pazienti avevano iniziato la terapia antiretrovirale molto precocemente (in media 2,7 mesi dall'inizio dei sintomi) e sono stati trattati per una media di circa 40 mesi (da 31,1 a 54,0) ottenendo una soppressione virale massimale. Durante la terapia sono stati misurati i CD4 circolanti che ancora contenevano HIV in grado di replicarsi. Il numero di CD4 infetti declinava molto rapidamente, dimezzandosi in media ogni 4 mesi circa. Gli autori hanno calcolato che a questa velocità

l'eliminazione completa di cellule CD4 che funzionano come una riserva per l'HIV si ottiene in 7,7 anni di terapia (da 3,1 a 14,5).

Pillole.org

Fonte:

J Infect Dis 2007 Jun 15; 195:1762-4.

Commento di Renato Rossi

L'ipotesi dei ricercatori americani è intrigante: se si inizia precocemente il trattamento antiretrovirale si riesce, nel tempo, a dimezzare progressivamente e infine si potrebbe arrivare ad eliminare le cellule CD4 infette che funzionano come un serbatoio per il virus HIV. Le aree di incertezza sono, però, ancora molte. Per esempio in molti casi la diagnosi di infezione da HIV viene posta tardivamente perchè il paziente o i

medici non danno eccessiva importanza ai sintomi iniziali. Inoltre non è detto che tutti i pazienti mostrino un tempo di dimezzamento dei CD4 infetti simile a quello riscontrato nei sette pazienti dello studio. Per ultimo l'HIV potrebbe annidarsi in altre zone dell'organismo che funzionano da serbatoio di riserva non facilmente aggredibili. Quella adombrata dallo studio recensito in questa pillola è quindi ancora un'ipotesi, lontana dall'essere dimostrata, anche se in futuro potrebbe diventare una realtà. La speranza, infatti, è che nuovi trattamenti più efficaci e più potenti di quelli attualmente disponibili possano essere in grado di eradicare completamente il virus dall'organismo, così che si possa definire un malato realmente guarito.

Diminuiscono gli aborti nel mondo? E perché?

Il tasso di abortività sembrerebbe in calo a livello mondiale, ma senza prove di un legame con le pratiche contraccettive; è praticato in modo simile nei paesi sviluppati ed quelli in via di sviluppo ove è meno sicuro per la salute della donna.

Metodo: revisione dei rapporti statistici nazionali sul tasso di abortività nel 2003 per l'aborto sicuro. Fonti ospedaliere, indagini e altri studi pubblicati sono stati impiegati per valutare il ricorso all'aborto non sicuro nel 2003. Sono state utilizzate indagini demografiche per calcolare i tassi di abortività nel 1995 e nel 2003.

Risultati:

nel 2003 sono stati eseguiti 43 milioni di aborti, 4 milioni in meno rispetto al 1995, con una corrispondente riduzione del tasso di abortività da 35 a 29 aborti ogni 1000 donne di età compresa tra 14 e 44 anni. Nell'Europa occidentale il tasso è risultato di 12 IVG/1000 donne, 17 nell'Europa settentrionale e 18 in quella meridionale, contro il 21 del nord America. Il 48% degli aborti mondiali è stato non sicuro, concentrati per il 97% nei paesi in via di sviluppo.

Conclusioni:

il tasso di abortività è simile nei paesi in via di sviluppo ed in quelli sviluppati.

Assicurarsi che la contraccezione sia assicurata e che l'aborto sia sicuro ridurrà la mortalità materna sostanzialmente e proteggerà la salute materna.

Fonte: The Lancet 2007; 370:1338-1345

Commento di Renzo Puccetti

Lo studio in questione, se così lo si vuole considerare, opera in larga parte di membri di un'associazione legata a doppio filo con la maggiore organizzazione abortista americana Planned Parenthood, pretende di dimostrare che:

- 1) Si sta verificando una riduzione del ricorso all'aborto su scala planetaria
- 2) Tale riduzione è merito

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>

dell'incremento del ricorso alla contraccezione.

- 3) L'illegalità dell'aborto non si associa a tassi di abortività inferiori.
- 4) L'illegalità dell'aborto si associa a maggiori tassi di mortalità materna
- 5) Rendere legale l'aborto deve necessariamente condurre a una riduzione della mortalità materna.

La materia è piuttosto complessa e davvero sarebbe impresa temeraria pensare di esaurirla in questo contesto.

Ci limiteremo così a presentare alcuni elementi che vanno in senso esattamente opposto a quanto ipotizzato dal lavoro in questione.

In molti paesi si registrano notevolissime fluttuazioni del tasso di abortività in presenza di comportamenti contraccettivi costanti. Il Giappone ne è un esempio: in 30 anni l'aborto si è dimezzato nonostante la contraccezione sia rimasta pressoché costante (Ryuzaburo, 2006). In Inghilterra, Francia, Spagna, Svezia gli istituti di statistica forniscono evidenze di progressivi incrementi del tasso di abortività in presenza di livelli quantitativi e qualitativi di contraccezione costanti o addirittura crescenti. In Francia un'indagine condotta dall'Istituto Statistico Nazionale (INED) ha evidenziato come, a fronte di un incremento dell'impiego di contraccezione orale, il tasso di abortività non è diminuito (oltre 210.000 aborti nell'ultimo anno disponibile) per un'augmentata propensione delle donne ad interrompere la gravidanza indesiderata (incremento del 50%). Si tratta di un fenomeno ben conosciuto anche a livello teorico, trattandosi del fattore p (probabilità) del modello di Bongaarts. In Italia l'ultima relazione parlamentare indica la riduzione del livello di abortività tra le donne italiane, eppure non una sola indagine ha evidenziato un incremento del ricorso alla contraccezione con metodi moderni. Anzi, su questo versante il nostro paese è considerato un esempio di arretratezza. Di nuovo, il tasso di abortività anche fra le adolescenti è nel nostro paese inferiore a

quello registrato in Francia, Inghilterra, Svezia.

Circa poi la capacità di definire il numero di aborti nelle nazioni dove questo è illegale e addirittura desumere trend su cui costruire modelli interpretativi di efficacia di specifiche strategie politiche, questo pare un buon esempio di quella pre-scienza che forse sarebbe da evitare.

La tesi che il contesto legale non modifichi il ricorso all'aborto, seppure funzionale ad una ben individuabile tesi, trova una mole di indicazioni contrarie. Tra i tanti possiamo citare proprio uno studio del Guttmacher Institute (Finer 2003), secondo cui facilitare l'accesso all'aborto ne aumenta il ricorso. In Irlanda, dove l'aborto è illegale, il tasso di abortività è pari ad un terzo di quello inglese. Negli USA la disponibilità regionale di centri abortivi si associa a tassi più elevati di aborti (dati CDC); ne è riprova che la diminuzione negli anni di questi centri è uno dei motivi indicati per spiegare la riduzione del ricorso all'aborto negli Stati Uniti. Un recente lavoro condotto in Turchia ha mostrato che dopo la legalizzazione dell'aborto le donne vi hanno fatto ricorso in misura nettamente superiore, passando dal 3-7,3% al 49% (Maral, 2007). Ed è proprio The Lancet che pubblica uno studio nel 1993 (Johnson) che mostra come in Romania solamente il 31% delle donne che hanno abortito lo avrebbe fatto ugualmente nel contesto illegale (dopo la legalizzazione dell'aborto nel 1989 in Romania si è registrato un crollo delle nascite, da 369.544 a 275.275).

Secondo il rapporto redatto da OMS, UNICEF e UNFPA, nel mondo nell'anno 2000 le donne morte durante il periodo della gravidanza sono state ben 529.000, corrispondenti ad un tasso non diverso da quello registrato nel 1995, mentre la cifra fornita per il 2005 è pari a 536.000; difficile identificare quel gran successo delle politiche contraccettive e di sterilizzazione che si vorrebbe accreditare. Come non considerare poi

lo studio di matrice finlandese che, incrociando i dati forniti dalle schede di morte con i registri sanitari sull'intera popolazione nazionale studiandola per ben 14 anni ha evidenziato che ad un anno dal termine della gravidanza le donne che abortiscono hanno una mortalità per tutte le cause tripla rispetto a quelle che portano a termina la gestazione (Gissler, 2004)?

Ad ulteriore conferma e completamento giungono i dati forniti nel rapporto per l'anno 2007 della divisione sulle popolazioni delle Nazioni Unite circa le politiche abortive in 61 paesi del mondo (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Abortion Policies 2007). Le cifre fornite confermano quanto poco influisca la diffusione della contraccezione nel ridurre il ricorso all'aborto e quanto invece siano rilevanti altri fattori. L'analisi statistica dei dati provenienti dalle 43 nazioni europee esaminate nel rapporto indica che né il livello di contraccezione globale adottato dalle donne nei diversi paesi, né quello basato sull'impiego di contraccettivi moderni si associa a tassi di abortività più contenuti ($R=0,172$; $p=n.s.$ e $R=0,141$; $p=n.s.$, rispettivamente). Diversamente molto più rilevante appare il contesto legislativo; nelle nazioni dove il livello di liberalizzazione dell'aborto è maggiore non solo si registrano tassi maggiori di aborto ($Rho=0,496$; $p=0,0057$), ma addirittura è più alta la mortalità materna ($Rho=0,456$; $p=0,0099$).

L'analisi statistica condotta sui dati forniti riferiti a ben 51 paesi africani, indica che anche in quel contesto non vi è alcuna associazione significativa tra il livello di liberalizzazione legale dell'accesso all'aborto e la mortalità materna; in altri termini, nelle nazioni africane in cui l'aborto è legalmente consentito anche sulla base di fattori socio-economici o addirittura su semplice richiesta della donna, non si hanno più bassi livelli di mortalità materna ($Rho=-0,124$; $p=n.s.$).

La BPCO e' molto piu' di cio' che sembra

La BPCO non è solo una malattia dei fumatori nè dei soggetti anziani.

Un intero numero del Lancet richiama l'attenzione su una malattia, la BPCO,

che un editoriale definisce "negletta", pur trattandosi della 5°-6° causa di

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>

morte.

Un primo studio [1], che ha esaminato la prevalenza della BPCO nel mondo, evidenzia che nel 15% dei soggetti affetti da BPCO non vi è una storia di fumo. L'esposizione ad inquinanti atmosferici sia di tipo industriale che civile rendono conto di questa percentuale. Anche l'esposizione al fumo passivo è un'altra importante causa di BPCO nei non fumatori [2].

Un altro concetto che deve essere messo in discussione è che la BPCO sia una malattia degli anziani. In realtà circa il 5-10% dei giovani non fumatori mostra

segni di BPCO: sembra che in questi casi sia importante, dal punto di vista fisiopatologico, una scarsa funzionalità respiratoria nella prima infanzia [3]. Infine alcuni autori [4] ritengono che sia giunto il momento di guardare alla BPCO con occhi nuovi: la malattia è spesso associata a importanti comorbidità causate esse stesse dal fumo (cardiopatia ischemica, ipertensione, neoplasie) e purtroppo in molti RCT che hanno valutato l'efficacia dei farmaci nella BPCO la presenza di tali condizioni costituiva un fattore di esclusione dagli studi. Questo rende non sempre

trasferibili nella pratica i risultati della ricerca. Sarebbe ora di pensare alla BPCO come ad una condizione più variegata che gli autori chiamano "sindrome infiammatoria cronica sistemica", in cui le comorbidità che la accompagnano devono essere riconosciute come parte della diagnosi piuttosto che come quadri clinici separati.

Fonte:

1. Lancet 2007 Sept 1; 370: 741-750
2. Lancet 2007 Sept 1; 370: 751-757
3. Lancet 2007 Sept 1; 370:758-764
4. Lancet 2007 Sept 1; 370:797-799

La palpazione sistematica del polso e' piu' che utile, in cardiologia

Uno studio del BMJ dimostra che la palpazione del polso a tutti gli over 65 anni è un metodo efficace ed economico per scoprire nuovi casi di fibrillazione atriale.

In questo studio sono state coinvolte per un anno 50 primary care inglesi, 25 randomizzate al gruppo screening sistematico dei pazienti over 65 anni e 25 in cui non veniva effettuato uno screening attivo. I pazienti sono stati in totale 1-4.802 e lo studio è durato un anno. Nel gruppo intervento lo screening veniva effettuato o tramite esecuzione sistematica di un ECG oppure tramite la palpazione del polso e successivo ECG se si riscontravano delle irregolarità. L'endpoint primario dello studio era la percentuale di fibrillazione atriale di nuova diagnosi.

La percentuale/anno di nuovi casi di fibrillazione atriale scoperti fu di 1,63% nel gruppo intervento e di 1,04% nel

gruppo controllo. Nel gruppo screening quindi si ebbe un aumento delle nuove diagnosi dello 0,59% in valori assoluti (IC95% da 0,20% a 0,98%). Non si riscontrarono differenze nella percentuale di nuove diagnosi tra lo screening sistematico con ECG (1,62%/anno) e quello con palpazione del polso ed ECG se necessario (1,64%/anno).

Lo studio dimostra quindi che lo screening della fibrillazione atriale negli anziani è efficace nell'aumentare la scoperta di pazienti con aritmia e che il metodo da preferire perchè più facile, più rapido, meno costoso, è la palpazione del polso.

Fonte:

BMJ 2007 Aug 25; 335:383.

Commento di Renato Rossi

E' noto che la fibrillazione atriale è un fattore importante di rischio per lo stroke embolico e che, nell'anziano, è una

patologia sottodiagnosticata e sottotrattata. Lo studio, pubblicato anticipatamente dal BMJ, suggerisce che negli anziani (età > 65 anni) lo screening di questa aritmia applicato in maniera sistematica è efficace per scoprire soggetti con fibrillazione atriale asintomatica. Ma soprattutto evidenzia come la semplice palpazione del polso sia efficace tanto quando lo screening sistematico con ECG nello scoprire nuovi casi. Insomma, una metodica cara ai clinici dei bei tempi andati che viene riportata in auge e si prende la rivincita sulla tecnologia. In Italia forse questi risultati sarebbero stati meno brillanti: in qualsiasi ambulatorio di Medicina Generale la misurazione della pressione è un rito che non si nega a nessuno, tanto meno ad un anziano, e questa pratica costituisce probabilmente una forma di screening del ritmo cardiaco simile a quella della palpazione del polso.

Attenzione alle emorragie cerebrali nei trattati con anticoagulanti

L'aumento delle prescrizioni di warfarin ha portato ad un incremento delle emorragie cerebrali associate all'uso della terapia anticoagulante.

In questo studio di tipo cross-sectional, effettuato a Cincinnati, è stata valutata la frequenza di emorragia cerebrale associata all'uso di anticoagulanti in tre periodi: 1988, 1993-94 e 1999.

Mentre l'uso del warfarin risultava au-

mentato negli USA di circa 4,4 volte, l'incidenza di emorragia cerebrale associata ad anticoagulanti nell'intero periodo esaminato aumentò, a Cincinnati, di 5,5 volte. Nel 1999 le emorragie cerebrali risultarono associate all'uso di warfarin nel 98% dei casi mentre nel periodo 1993-94 lo erano nel 91%. Gli autori, sulla base dei loro dati, calcolano che nel 2004 ci siano stati da 5,1 a 6,5 casi per 100.000 abitanti di emorragie cere-

brali associate alla terapia anticoagulante.

Fonte:

Neurology 2007 Jan 9; 68:116-21.

Commento di Renato Rossi

L'uso della terapia anticoagulante in quest'ultimo decennio è nettamente aumentato, soprattutto per il trattamento estensivo che si fa nella fibrillazione

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>

atriale. E' stato infatti chiaramente dimostrato che in questa condizione il warfarin riduce il rischio di stroke cardiomebolico e che tale beneficio è superiore a quello ottenibile con l'aspirina, soprattutto nei pazienti a rischio più elevato [1].

Era logico aspettarsi che ad un aumento dei pazienti posti in terapia anticoagu-

lante corrispondesse un incremento dei casi di emorragia cerebrale. Questo non vuol dire ovviamente che bisogna rinunciare a prescrivere il warfarin quando è necessario, ma che si deve da una parte rispettare le indicazioni consigliate dalle linee guida e considerarne attentamente le controindicazioni, dall'altra monitorare da vicino la terapia, essendo ragione-

vole ritenere che gli eventi emorragici si possano ridurre mantenendo l'INR entro il target previsto.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3143>

Telbivudina puo' provocare neuropatia. Con interferone e' peggio

Comunicato dell' EMEA sul rischio di neuropatia periferica nei pazienti con epatite cronica B che sono stati trattati con telbivudina. L' associazione con interferone peggiora il rischio

Il comitato per i medicinali per uso umano (CHMP), dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA), ha raccomandato che nuove avvertenze devono essere incluse nelle informazioni sulla telbivudina. Questo avviso è destinato a informare i medici sul rischio di neuropatia periferica nei pazienti con epatite cronica B che sono stati trattati con telbivudina.

Si consiglia ai medici di monitorare attentamente i pazienti per segni di neuropatia periferica e di riconsiderare le op-

zioni di trattamento se si sospetta che un paziente sta sviluppando neuropatia periferica.

Telbivudina è indicata per il trattamento dell'epatite cronica B in pazienti adulti con malattia epatica compensata ed evidenza di replicazione virale, con livelli persistentemente elevati di alanina aminotransferasi sierica (ALT) ed evidenza istologica di infiammazione attiva e / o fibrosi solo in monoterapia.

Il CHMP, dopo la valutazione dei dati disponibili, ha raccomandato l'inclusione della seguente avvertenza nelle informazioni sul prodotto :

La neuropatia periferica è stata riportata con frequenza non comune in pazienti trattati con telbivudina. Se si sospetta

neuropatia periferica, deve essere riconsiderata l'opportunità del trattamento con telbivudina.

E' stato osservato un aumento del rischio di neuropatia periferica quando telbivudina e interferone alfa-2a pegilato sono somministrati in combinazione. Non si può escludere un aumento di tale rischio per altri interferoni alfa (pegilato o standard). Ad oggi inoltre non è stato dimostrato il beneficio della combinazione di telbivudina con interferone alfa (pegilato o standard).

Da pillole.org

Fonte: AIFA

http://www.agenziafarmaco.it/allegati/dichiaraz_publ_emea140208.pdf

Differenziale pressorio eccessivo puo' causare Fibrillazione Atriale

Una pressione differenziale troppo elevata e una diastolica troppo bassa aumentano il rischio di insorgenza di fibrillazione atriale.

Sono stati rivisti i dati di 5.331 partecipanti al Framingham Heart Study (età media 57 anni, 45% uomini) che al baseline non avevano una fibrillazione atriale.

Durante un follow-up medio di 12 anni si sviluppò una fibrillazione atriale nel 13% di questi soggetti.

In un'analisi multivariata dei fattori di rischio si notò che il valore della pressione diastolica era associato in maniera inversa e significativa con il rischio di sviluppare l'aritmia (HR 0,87 per un incremento di 10 mm Hg) e, per contro, l'aumento della pressione differenziale era associato direttamente al rischio (HR 1,26 per incrementi di 20 mm Hg). An-

che il valore della pressione sistolica risultò associato al rischio di insorgenza di fibrillazione atriale: HR 1,14 per 20 mm Hg di aumento.

In particolare il rischio cumulativo di fibrillazione atriale a 20 anni era del 5,6% per una pressione differenziale di 40 mm Hg o meno e del 23,3% per valori maggiori di 61 mmHg.

Fonte:

JAMA 2007 Feb 21; 297:709-15.

Commento di Renato Rossi

La fibrillazione atriale è l'aritmia più comune vista nella pratica clinica e comporta un aumento del rischio di stroke e di morte. I fattori associati alla sua comparsa sono ormai noti: età avanzata, ipertensione, diabete, valvulopatie mitraliche, cardiopatia ischemica, obesità, dilatazione dell'atrio sinistro, scompenso

cardiaco o disfunzione ventricolare sinistra.

Lo studio sintetizzato in questa pillola ha analizzato il rischio di comparsa di fibrillazione atriale in relazione ai valori della pressione diastolica e di quella differenziale. Sembra che avere una pressione diastolica troppo bassa oppure una differenziale troppo elevata comporti un aumento del rischio. D'altra parte già nello studio di Osama [1] si suggeriva che una ipertensione diastolica isolata comporta una bassa mortalità cardiovascolare, simile a quella di soggetti normotesi e uno studio [2] su tre coorti di soggetti anziani (oltre 9.000 partecipanti, età 62-102 anni), con un follow-up medio di oltre 10 anni, ha evidenziato che chi aveva una pressione differenziale di 70 mm Hg o più mostrava una mortalità cardiovascolare maggiore di chi l'aveva inferiore a 60 mm Hg.

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>

Quali conseguenze trarre da questi dati? La prima conclusione è che l'ipertensione sistolica va trattata in modo da riportarne i valori entro il target consigliato dalle linee guida. Sarebbe però non opportuno abbassare troppo la pressione diastolica, dato che numerosi studi hanno dimostrato che vi è una relazione

grafica a forma di J fra i valori della pressione diastolica e la mortalità.

Referenze

1. Prognosis of Isolated Systolic and Isolated Diastolic Hypertension as Assessed by Self-Measurement of Blood

Pressure at Home. The Ohasama Study. Arch Intern Med. 2000;160:3301-3306
2. Glynn RJ et al. Pulse pressure and mortality in older people. Arch Intern Med 2000 Oct 9 160 2765-2772.

Prevenzione della diarrea da antibiotici

I probiotici potrebbero ridurre il rischio di comparsa di diarrea in corso di antibiotico-terapia ma è probabilmente eccessivo prevederne un uso routinario.

Alcuni ricercatori polacchi hanno effettuato una metanalisi per determinare se i probiotici sono in grado di prevenire, nei bambini, la diarrea, una delle complicanze della terapia antibiotica. Sono stati selezionati 6 RCT per un totale di 766 bambini. L'analisi ha permesso di evidenziare che i probiotici riducono il rischio di diarrea da antibiotici del 2-8,5%, contro una riduzione dell'11,9% del placebo. Questo corrispondeva ad un NNT di circa 6 (occorre somministrare probiotici a 6 bambini trattati con antibiotici per evitare un caso di diarrea). Ovviamente non tutti i probiotici si sono dimostrati efficaci nella loro azione preventiva: quelli più utili erano *Saccharomyces Boulardii* il, *Bifidobacterium Lactis* e *Streptococcus Thermophilus*.

Fonte:

Journal of Pediatrics 2006 Sep; 149:367-72.

Commento di Renato Rossi

Uno degli effetti collaterali della terapia

antibiotica è la comparsa di diarrea, non solo nei bambini ma anche in pazienti adulti. In una metanalisi [1] di 31 studi (per un totale di 3.164 pazienti) si è evidenziato che i probiotici sono in grado di ridurre sia il rischio di diarrea da antibiotici (25 trials; RR 0,43; IC95% 0,31-0,58) che quello di diarrea da *Clostridium Difficile* (6 trials; RR 0,59; IC95% 0,41-0,85). *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus rhamnosus GG* e miscele di probiotici erano efficaci per la comune diarrea mentre per quella associata al *C. difficile* si dimostrò utile solo *S. boulardii*.

In un'altra metanalisi [2] di 6 trials per un totale di 707 pazienti di età inferiore ai 19 anni i risultati sono stati diversi: mentre l'analisi dei dati per protocollo mostrava un'efficacia dei probiotici, quella effettuata secondo l'intenzione a trattare non evidenziava nessuna efficacia rispetto al placebo.

Gli studi hanno prodotto quindi evidenze in parte contrastanti. Come concludere? In attesa di ulteriori dati e considerando che i probiotici non sono gravati da effetti collaterali importanti se ne può prevedere l'uso profilattico, soprattutto se il paziente ha una storia positiva per precedenti episodi di diarrea da antibio-

tici. Tuttavia ulteriori studi dovrebbero chiarire quale probiotico o quali miscele sono più utili. Una revisione Cochrane arriva a conclusioni simili [3] affermando che i probiotici sembrano promettenti ma per il momento è ancora presto per usarli come terapia di routine per la prevenzione della diarrea pediatrica da antibiotici.

Referenze

1. McFarland LV. Meta-analysis of probiotics for the prevention of antibiotic associated diarrhea and the treatment of *Clostridium difficile* disease. Am J Gastroenterol. 2006 Apr;101(4):812-22.
2. Johnston BC et al. Probiotics for pediatric antibiotic-associated diarrhea: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. CMAJ. 2006 Aug 15;175(4):377-83
3. Johnston BC, Supina AL, Ospina M, Vohra S. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004827. DOI: 10.1002/14651858.CD004827.pub2

Non e' danno erariale proscrivere O2 gassoso

L'ossigeno gassoso e' prescrivibile dal medico di medicina generale senza tanti timori

Archivate le accuse e le pretese di risarcimento del danno rivolte dalla ASL a medici di medicina generale che avevano prescritto ossigeno gassoso invece che liquido.

"Nessuna inappropriata prescrizione, nessuno spreco di denaro pubblico". Al termine di quasi tre anni di verifiche, la magistratura contabile ha archiviato il

caso dei medici accusati di danno erariale per aver ordinato, fra il 2002 e il 2005, decine di bombole di ossigeno in forma gassosa anziché in quella liquida, che è meno costosa. In fase di pre-contenzioso, la Corte dei conti non ha l'obbligo di motivare le decisioni, e le ragioni esatte dell'archiviazione non sono state rese note. La Corte ha implicitamente riconosciuto che l'ossigeno liquido è prescrivibile soltanto da un pneumologo dell'Asl, e unicamente in caso di accertata cronicità di insufficienza respiratoria. I pazienti dei dottori

sotto indagine avevano disturbi di tutt'altro tipo che non consentivano decisioni diverse da quelle prese. L'Azienda sanitaria locale di Pistoia aveva chiesto ai medici coinvolti nell'inchiesta, risarcimenti da 300 a 4 mila euro per la differenza (intorno al 35%) fra bombole d'ossigeno gassoso e liquido.

Fonte: La nazione 17 maggio 2008.

Commento di Luca Puccetti

Anche questa vicenda è archiviata, ma rimane la gravità del fatto di aver rivolto

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>

un'accusa ingiustificata a professionisti, sottoponendoli ad una siffatta pressione per motivi che appaiono, dall'esterno, palesemente infondati. La prescrizione dell'ossigeno liquido infatti può essere

effettuata solo in ambito specialistico in soggetti con insufficienza respiratoria conclamata e cronica, mentre negli altri casi, laddove necessario in scienza e coscienza, il medico di medicina genera-

le può prescrivere l'ossigeno gassoso nei pazienti che non rientrano in tali fattispecie.

La fine delle "Baronie"? Condanna penale per chi usa i borsisti a scopo privato

Non è lecito utilizzare borsisti e obiettori per utilità privata. Configura i reati di concussione e peculato

È viva nel ricordo di molti l'abitudine dei "Baroni" di utilizzare tirocinanti o borsisti per svolgere lavori che non competevano loro, talvolta anche al di fuori dell'Ospedale o dell'Università. Tale abitudine sembra essere tuttora presente, ma non viene più tacitamente accettata come in passato. Infatti il Presidente di una nota Associazione è stato recentemente condannato a due anni di reclusione per avere utilizzato alcuni borsisti nel suo studio, al fine di svolgere "con abitudine" affari relativi all'attività privata".

Nel caso specifico l'imputato aveva utilizzato anche obiettori di coscienza per svolgere attività al di fuori dei compiti dell'ente.

I giudici di merito (Corte d'Appello di Catanzaro) avevano duramente censurato tale comportamento, con una dura condanna, confermata dalla Cassazione (VI Sez. penale, Sent. 12291/2008) rilevando i reati di concussione e di peculato.

La durezza della Corte è motivata dal fatto che dalle indagini era emerso "che nei confronti degli obiettori di coscienza [l'imputato] aveva tenuto un comportamento prevaticatore che aveva realizzato una concussione nella forma dell'induzione". E che sussisteva il "netus publi-

ca potestatis in quanto aveva fatto leva sulla sua posizione di preminenza che gli consentiva di agevolare o danneggiare i giovani per persuaderli alle indebite prestazioni, che gli avevano procurato il vantaggio economico di poter fruire della loro forza lavorativa gratuita per la sua attività professionale". Stesso discorso valeva per l'utilizzo dei borsisti che venivano "dirottati per la sua personale utilità".

È possibile (ed auspicabile) che il nuovo duro orientamento giurisprudenziale possa contribuire ad estirpare certe invecchiate ma scorrette abitudini.

DZ

Fonte: cataldi.it

Neppure il medico può rispondere al cellulare mentre guida

L'uso del telefonino in auto è vietato anche al medico che deve rispondere alla chiamata urgente di un paziente. Così ha sentenziato la Corte di Cassazione, II Sez. Civile, Sent. 9940/2007 in un procedimento che vedeva appunto un medico multato perché sorpreso alla guida mentre parlava al cellulare.

La giustificazione del medico era quella di aver dovuto rispondere ad una telefonata urgente. Il giudice di pace aveva accolto tale giustificazione annullando la multa, ma il Comune interessato aveva fatto ricorso contro questa decisione. I Giudici della Cassazione hanno dato ragione al Comune e non hanno ritenuto valido l'argomento difensivo del medi-

co in quanto tale giustificazione, anche volendo ammetterne la veridicità, non poteva integrare le condizioni dello "stato di necessità" come previsto dall'art. 54 C.P., che esclude la punibilità del reo.

Tale giustificazione infatti "sarebbe comunque manifestamente inidonea ad integrare gli estremi di cui all'art. 54 C.P. (al quale deve farsi riferimento, atteso l'implicito richiamo operato dall'art. 4 co. 1 L. 689/81), non essendo all'evidenza configurabili l'immediatezza dell'esigenza di evitare a sé o ad altri il pericolo di un danno grave alla persona e, soprattutto, l'inevitabilità della condotta contraria al precetto sanziona-

to, posto che alla, pur urgente chiamata, il sanitario avrebbe potuto dare riscontro non durante la guida, con pericolo per sé e per gli altri utenti della strada, ma dopo aver opportunamente arrestato la marcia in posizione tale da non impegnare la circolazione stradale".

L'assoluzione del giudice di pace è stata quindi annullata.

In conclusione: se si riceve una telefonata, sia pure drammaticamente urgente, il guidatore deve arrestare la vettura e rispondere da fermo, anche se si tratta di un medico.

DZ

Fonte: cataldi.it

Il figlio malato psichico "vale" quanto un figlio sano

Non è lecito valutare il danno morale per la morte del figlio psichicamente instabile in misura inferiore a quanto verrebbe valutata la morte di un figlio sano.

Cassazione, sezione III civile, con la sentenza del 28 febbraio 2008, n° 5282

Un giovane napoletano, affetto da una forma psicotica allucinatoria, veniva ricoverato dai genitori presso un reparto di neuropsichiatria. Malgrado i genitori avessero segnalato l'esistenza di propositi suicidi da parte del malato, non furo-

no prese idonee precauzioni e il giovane morì suicida poche ore dopo.

La responsabilità del decesso venne attribuita al medico di guardia, che non dispose idonei controlli.

Per tali motivi il Tribunale di Napoli aveva accolto la richiesta di risarcimento

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>

dei danni (sia patrimoniali che morali) avanzata dai genitori, mettendola a carico del sanitario.

Il medico ricorse in appello, lamentando come eccessiva la liquidazione del danno morale.

La Corte d' Appello accolse in parte le tesi del sanitario, ritenendo che si dovesse tenere nel debito conto (nel valutare la sofferenza psichica dei genitori del ragazzo) dell' infermità da cui lo stesso era affetto, in quanto e' da ritenere diversa l' intensità del rapporto emotivo tra persone del tutto sane rispetto a quello che intercorre con soggetto privo del-

le proprie facoltà mentali. Poiché il giovane aveva tentato più volte il suicidio, doveva poi essere considerata una certa "predisposizione" dei genitori all' evento luttuoso.

La Cassazione ha però rigettato tale tesi, considerando, al contrario, che il legame affettivo tra genitori e un figlio infermo tende semmai ad intensificarsi, piuttosto che affievolirsi; ciò veniva dimostrato proprio dalla quantità e qualità di cure che i genitori avevano prodigato all' infermo.

La richiesta di assistenza specialistica in

una struttura pubblica dimostrava infatti semmai la forte determinazione di prevenire l' evento infausto, e non una rassegnata accettazione.

Il concetto di una minore intensità del rapporto affettivo tra i genitori e il figlio ammalato appare quindi viziato sotto il profilo logico-giuridico, essendo semmai vero il contrario

La Corte di Cassazione ha quindi accolto il ricorso dei genitori e rinviato il giudizio alla Corte d' Appello di Napoli in altra composizione

DZ- PO

Omicidio volontario, non omicidio del consenziente, se manca una valida e inequivocabile volontà

In mancanza di elementi di prova chiari, univoci e convincenti della effettiva e consapevole volontà della persona di morire, deve essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e della percezione, che altri possono avere, della qualità della vita stessa.

La Cassazione (Prima sez. penale, Sent. n. 13410/2008) ha confermato la sentenza dei giudici di merito che avevano condannato per omicidio volontario un nonno che aveva ucciso la nipote, oligofrenica e affetta da gravi disturbi comportamentali, strangolandola, in seguito ad una crisi psichica con manifesta volontà di morire.

I difensori del nonno avevano invocato il riconoscimento di una fattispecie meno grave, quella disciplinata dall' art. 579 riguardo all' omicidio del consen-

ziente, in quanto il consenso alla morte e' apparso viziato proprio dalle condizioni psichiche della nipote, che non era in condizione di affermare una valida volontà.

La legge infatti, (terzo comma dell' art. 579) dispone infatti che qualora la manifestazione di volontà del consenziente appaia viziata, sia per motivi di fatto sia per una situazione di presunzione legale, vadano applicate senza deroghe le normative relative all' omicidio.

Qualora manchino elementi di prova chiari, univoci e convincenti della effettiva e consapevole volontà della persona di morire, nessuna importanza può avere, ad esempio, la percezione che altri possono avere della sua sofferenza e della sua qualità della vita.

I Magistrati hanno confermato che "non sono sufficienti ai fini della validità, della serietà e dell'attualità del consenso alla propria eliminazione fisica le

saltuarie manifestazioni di sconforto o i tentativi di gettarsi dall' auto in movimento di una giovane diciottenne affetta da ritardo mentale con disturbi di personalità e del comportamento, caratterizzati da frequenti episodi di agitazione psicomotoria, con aspetti fobico-ossessivi".

E viene affermato un principio che può avere una importante ricaduta generale e che si inserisce nell' attuale dibattito sulla liceità dell' eutanasia:

"Il carattere personalissimo del diritto alla vita e alla salute non attribuisce ai familiari più stretti della persona affetta da ritardo mentale (quale nella specie il nonno) il potere di disporre della sua integrità fisica e di assumere in sua vece determinazioni di morte in nome dell'unicità di un modello culturale di riferimento...".

DZ- PO

Rimborso IRAP: la Cassazione stringe i freni

No a chi ha dipendenti (indipendentemente dalla qualifica) o ha chi usa beni strumentali eccedenti il minimo

La Corte di Cassazione (Sez Tributaria, n. 12354/08) si e' pronunciata in merito ad un ricorso effettuato dall' Agenzia

delle Entrate contro un sanitario (medico di famiglia convenzionato con il SSN) che aveva chiesto ed ottenuto dai Giudici di merito (Commissione Tributaria Regionale) il rimborso dell' IRAP da lui pagata negli anni 1998-2001.

Il sanitario aveva argomentato di non presentare le caratteristiche richieste per l' applicazione del tributo, in quanto

svolgeva la propria attività con un' unica dipendente "assistente alla porta" e con modesti beni strumentali.

La controparte sosteneva invece che l' utilizzo e il coordinamento di beni strumentali presuppongono l' esistenza di un' organizzazione, confermata dalla presenza di una dipendente.

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>

La Cassazione accoglieva il ricorso. Veniva confermato il principio già espresso in precedenza, che per l'imposizione del tributo sia necessaria un'attività "autonomamente organizzata" con strumenti "eccedenti il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività autonoma organizzata per il solo lavoro personale, oppure si avvalga, in modo non occasionale, del lavoro altrui".

Requisiti indispensabili sono quindi l'eccedenza dei beni strumentali dal minimo indispensabile, e/o la presenza di un dipendente. La collaborazione di un dipendente comprova automaticamente il carattere organizzativo dell'attività

professionale.

Non influisce ne' la qualifica del dipendente ne' il fatto (ritenuto normale dalla Corte) che la struttura non sia in grado di funzionare in assenza del professionista.

E' sufficiente che, pur non essendo l'organizzazione in grado di funzionare in assenza del professionista, "abbia però quel quid pluris rispetto alla normale attività di un professionista".

Si preannunciano quindi notevoli difficoltà per i medici di famiglia che abbiano presentato domanda di rimborso dell'IRAP.

Si presumerebbe, in base ai principi

espressi dalla Cassazione, che verranno respinte le richieste di tutti coloro che percepiscano indennità legate al possesso di strutture o persone che eccedano i requisiti minimi fissati dall'Accordo Collettivo Nazionale. Percepire indennità per segretaria, infermiera, strumentazione o servizi aggiuntivi può far presumere quel "quid pluris" citato dalla Corte.

Resta valido il principio che il medico può eventualmente dimostrare il contrario, ma si tratterà di un onere probatorio non indifferente.

DZ

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

Enoxaparina - Aggiornate le indicazioni terapeutiche:

Profilassi della trombosi venosa profonda in chirurgia generale, in chirurgia ortopedica ed in pazienti non chirurgici allettati a rischio di trombosi venosa profonda; trattamento della trombosi venosa profonda con o senza embolia polmonare; trattamento dell'angina instabile e dell'infarto miocardico non-Q in associazione con acido acetilsalicilico; prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi.

Reviparina - Aggiornate le indicazioni terapeutiche:

Profilassi della trombosi venosa profonda in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio maggiore di trombosi venosa profonda; trattamento della trombosi venosa profonda con o senza embolia polmonare; prevenzione degli eventi acuti in angioplastica coronarica transluminale percutanea.

Parnaparina - Aggiornate le indicazioni terapeutiche:

Profilassi della trombosi venosa profonda in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio maggiore di trombosi venosa profonda; trattamento della trombosi venosa profonda.

Pegintron - Nuova indicazione terapeutica:

Pazienti in cui un precedente trattamento di combinazione con interferone alfa (pegilato o nonpegilato) e ribavirina o la monoterapia con interferone alfa hanno fallito;

Rebetol - Nuova indicazione terapeutica:

In associazione con peginterferone alfa-2b, per il trattamento di pazienti adulti con epatite cronica C in cui un precedente trattamento di combinazione con interferone alfa (pegilato o non pegilato) e ribavirina o la monoterapia con interferone alfa hanno fallito.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE mese di aprile-maggio 2008

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 della Salute del 11.04.08 (Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30.04.08)

LINEE GUIDA IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Viene adottata una nuova versione, aggiornata, di linee guida inerenti le procedure e le tecniche di procreazione medicalmen-

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>

te assistita, che sostituisce quelle introdotte dal decreto ministeriale del 21 luglio 2004, da ritenersi vincolanti per tutte le strutture autorizzate a queste pratiche.

Il provvedimento, che ha il fine di fornire chiare indicazioni agli operatori delle strutture affinché sia assicurato il pieno rispetto di quanto dettato dalla legge, affronta in particolare i seguenti punti: il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e la sua gradualità, il consenso informato da parte di coloro che vi si sottopongono, l'accertamento dei requisiti previsti per le coppie, le disposizioni concernenti la sperimentazione sugli embrioni umani, i limiti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sugli embrioni.

Decreto del Ministero della Salute del 14.04.08 (Gazzetta Ufficiale n. 106 del 07.05.08)

PRESCRIZIONI PER LA CESSIONE A TITOLO GRATUITO DI MATERIALE INFORMATIVO DI CONSULTAZIONE SCIENTIFICA O DI LAVORO

Viene concesso anche al singolo operatore sanitario la possibilità di ricevere, a titolo gratuito, materiale informativo di consultazione scientifica o di lavoro comprendente libri e monografie professionali, abbonamenti a riviste medico-scientifiche, iscrizioni a newsletter, cd, dvd o password di accesso a siti web.

Quanto sopra dovrà essere di argomento medico-scientifico e può essere sottoposto a controllo da parte dell'AIFA.

Decreto del Ministero della Salute del 4.04.08 (Gazzetta Ufficiale n. 117 del 20.05.08 - Supplemento Ordinario n. 130)

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

Viene approvata la nuova lista delle sostanze e pratiche mediche il cui impiego è considerato doping, con conseguente sostituzione integrale delle disposizioni contenute nel decreto ministeriale del 24 gennaio 2007, e successive modificazioni. La lista è composta da 5 sezioni: classi vietate (sezione 1), principi attivi appartenenti alle classi vietate (sezione 2), medicinali contenenti principi attivi vietati (sezione 3), elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e dei relativi medicinali (sezione 4), pratiche e metodi vietati (sezione 5).

Sono pubblicati anche i nuovi criteri di predisposizione e di aggiornamento della lista stessa.

L' amarezza di fare il medico

Per 47 per cento camici bianchi non vale più la pena di fare il medico.

Il medico è una professione da non intraprendere, un'attività che è meglio non consigliare ai giovani. Ben il 47 per cento così si è espresso tra circa 300 medici partecipanti ad un sondaggio promosso da 'Quotivadis', quotidiano online di informazione medico-scientifica di Univadis.

A fronte di un 47% che consiglia quindi ai giovani di stare alla larga dalla medicina, c'è però un 49 per cento che sembra invece spronarli e incoraggiarli verso questa professione. Circa la metà dei camici bianchi la ritiene infatti un'attività che, nonostante tutto, può dare molte soddisfazioni. Solo il 4 per cento degli intervistati non prende posizione.

Se tra gli uomini il 34 per cento per cento incoraggia i giovani alla medicina, il 33 per cento li scoraggia. Per le donne stesso discorso. A fronte di un 14 per cento che considera ancora la professione medica come un'attività su cui inve-

stire, il 14 per cento dei medici donna sembra invitare i giovani a starne lontani.

Fonte: ADN Kronos
Ripreso da pillole.org

Commento di Luca Puccetti

Questo giudizio negativo è il risultato di molti fattori:

- eccessive aspettative riposte nella medicina a causa anche di un'esaltazione scienziata della vita e delle rappresentazioni dei serials televisivi
- enorme carico burocratico
- impedimento alla medicina creativa ossia a provare qualcosa di nuovo anche nell'ambito della professione quotidiana
- irrigidimento delle scelte in base a protocolli e linee guida spesso per nulla condivise e pochissimo partecipate
- timori per le denunce e relativa medicina difensiva a causa di giudici che, a colpi di sentenze creative, senza che nessun rigo della legge sia cambiato, hanno sovvertito la prassi rovesciando l'onere della prova ed infrangendo il

sacro confine tra impiego di mezzi e obbligo di risultato.

- compensi ridicoli, tanto che il presidente dell'Ordine dei medici ha affermato che ormai quella del medico è una professione da ceto medio traballante. Alcuni medici, dopo tanti anni di studi, non sono in grado di far fronte, ad esempio, al mutuo per l'acquisto di una casa.

Adesso la pletera non esiste più e dunque i medici potrebbero avere la forza di porre la questione sia del ruolo che del compenso, misura concreta del valore che la società riconosce ad una professione.

Sarà però difficile liberarsi dalla stretta mortale dei medici sindacalisti professionisti, che vedono come il fumo negli occhi le forme dure di protesta, come ad esempio l'assistenza indiretta nell'ambito dei convenzionati, in quanto il loro ruolo verrebbe smascherato clamorosamente. Questi sindacalisti spesso, di fatto, non fanno più i medici e dunque perdono contatto con la realtà dei colleghi che

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>

dovrebbero rappresentare e si adeguano alle regole della casta, del linguaggio politicamente corretto, delle regole formali da rispettare, così prima o poi un bel posto in qualche consiglio di amministrazione arriva. Nel frattempo la categoria cade sempre più in basso nella scala sociale e nel prestigio. Se l'Italia è al secondo posto dopo la Francia nel rapporto sulla salute del mondo dall'OMS Health Systems: Improving Performance, che è stato pubblicato nel 2000 e la spesa è tra le più basse è ovvio che in mezzo ci sta lo sfruttamento dei medici e di tutto il personale del comparto sanitario, strozzato dal grande cartello pubblico del SSN. Come si fa a voler ancora fare il medico in Italia?

Commento di Daniele Zamperini

Non è mai opportuno generalizzare troppo: non tutti i sindacalisti medici sono dei "professionisti che non fanno più i medici", lontani dalla realtà dei colleghi e della professione. Purtroppo la natura umana vuole che spesso si prenda dagli altri ciò che noi stessi non vogliamo impegnarci a fare...

Ciò premesso, è indubbio che talvolta certi rappresentanti usino il loro ruolo più come trampolino di lancio verso altri orizzonti che come mezzo per difendere gli interessi della categoria; categoria del resto troppo frammentata negli interessi e nelle prospettive, dove

ciascun medico, fortemente ancorato ad una propria visione personale, porta avanti il suo discorso senza sentire nessun altro. E questo spiega probabilmente la dispersione delle risposte: accanto a categorie scontente e sull'orlo del collasso esistono probabilmente isole felici, soddisfatte dell'attuale situazione.

È impossibile, secondo noi, citare "il medico" come se si tratti di una figura omogenea; i medici sono un arcipelago, portatori di interessi multiformi e non abituati ad una visione corale e prospettica. Per questo, se non cambieranno (ma il cambiamento deve nascere dal basso) la categoria vedrà dei momenti ancora più difficili.

La pagina "ricreativa": scritte e note in libertà' (inviata dai lettori o rinvenute qua' e là')

OGGI: la poesia Romanesca

Er Medico de Roma (G.G. Belli, 1833)

Un Medico bruggnano (1) ha visitati cent' ommini, e l' ha messi a lo spedale: mica che siino st' ommini ammalati, ma pe' impedije che nun stiano male!

Potriano ammascherasse a carnovale, e accussì, dioneguardi, ammascherati pijasse una febraccia accatarrale, e mmori', dioneguardi, accatarrati.

"Bisogna prevedelli li malanni", lui dice; "e a temp' e a lloco un lavativo conserva er culo, e ffa cacà cent' anni".

Sto dottore chi e'? ccome s chiama?
Er nome nun lo so, ma so ch' e' vvivo
E sta ar Palazzo de Piazza Madama.

(1) Seguace del dott. Brown, estimatore dei salassi e dei purganti. Ma c'è un doppio senso in quanto la "brugna" sta anche per "prugna" e, per traslato, per "coglione"

Belli contesta il metodo di "prevenire a tutti i costi", e mette in guardia verso quel tale medico

La Medicina Piommatica 1
(omeopatica)

E cche ne so che diavolo s' impiccia
Sto sor dottor piommatico der cazzo
Che, stassi a me de cumannà a Ppalazzo,
ne vorrebbe fa carne da sarciccia.

Co 'n granello de porvere rossiccia
Dice che, senza daje artro strapazzo,
er naso de quer povero ragazzo,
sibbè che nun c'è più, presto ariciccia. (*ricresce*)

Dice: "Si mette in d'un buccale pieno...".
Dico: "E de 'sto granello, sor dottore,
nun se po' allora fanne pure a meno?".

Dice: "Voi zritto, e fate er servitore".
Va a ffinì c'a 'sto medico je meno;
e ssi je meno io, meno de core!

G.G. Belli, 5/4/1846

Il Belli non risparmiava bastonate a nessuno: dopo il "preventivista" a tutti i costi, se la prende con i primi medici omeopatici dell'epoca, usi evidentemente a promettere più che a mantenere...

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>