

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 5 numero 11

Novembre 2008

Tutti i rete, scegliendo il software preferito! Presentato MMG-NET al Congresso di "Ippocrate". Medicina in Rete (e molto di piu') anche tra programmi gestionali diversi.

Il desk approntato per la dimostrazione diretta di MMG-NET ha permesso di verificare con mano l'efficienza e la facilità di uso del nuovo programma destinato a rompere il monopolio delle singole aziende produttrici di sw, facilitando una vera concorrenza, a tutto vantaggio dei medici, liberi finalmente di utilizzare il gestionale preferito senza doversi adeguare alle scelte di terzi.

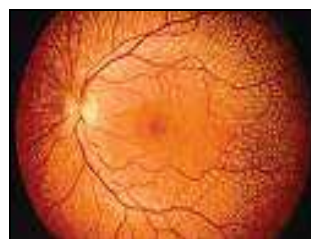
Economico, semplice, adeguato alle normative di legge.

Maggiori informazioni in ultima pagina

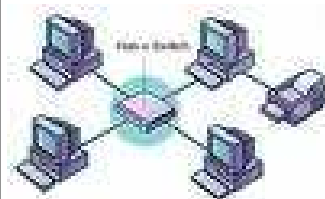
**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



**Sempre il timbro,
per il sostituto del
Medico di
Famiglia!**



**Relazione tra iper-
glicemia a
digiuno e
retinopatia**



Risarcisca, e non faccia storie!

**Il danno morale:
criteri per il corretto
risarcimento**



**L'acqua Uliveto presenta
veri effetti terapeutici sull'
apparato digerente**



**Ginnastica
Posturale:
implicazioni,
peculiarità,
benefici**

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' acqua Uliveto presenta veri effetti terapeutici sull' apparato digerente	Pag. 3	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
Ginnastica Posturale: implicazioni, peculiarità, benefici (dal Congresso Ippocrate)	Pag. 3	
Equilibrio glicemico nel diabete tipo 2: nuove linee guida	Pag. 4	
Nuovo farmaco contro l'HIV : il Maraviroc	Pag. 5	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
Relazione tra glicemia a digiuno e retinopatia	Pag. 5	
La Risonanza Magnetica mammaria vede troppi falsi positivi	Pag. 7	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)
La sindrome premestruale	Pag. 7	Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Una nuova tecnologia: la vaporizzazione fotoselettiva della prostata (da AURO.IT)	Pag. 8	Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678 Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/ Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Ridimensionato il rischio di acidosi lattica da biguanidi	Pag. 9	
Interrompere la TOS: e poi?	Pag. 9	
Il danno morale: criteri per il corretto risarcimento	Pag. 10	
Rimonabant (Acomplia) : l'EMEA ne consiglia la sospensione	Pag. 11	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Scompare il divieto di cumulo tra reddito da lavoro e pensione	Pag. 11	
Un medico ogni quattro non si aggiorna come dovrebbe	Pag. 11	
Sempre il timbro, per il sostituto del Medico di Famiglia!	Pag. 12	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	
ATTIVATO MMG-NET—IL SW CHE COLLEGA TUTTI I GESTIONALI MEDICI—	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'acqua Uliveto presenta veri effetti terapeutici sull'apparato digerente

La terapia idropinica, talvolta considerata poco più di un placebo, può evidenziare invece, veri effetti terapeutici a carico dell'apparato digerente, basati su meccanismi biochimici dimostrabili. Lo studio in oggetto documenta anche che le acque non sono tutte uguali, e che l'effetto terapeutico riscontrato con l'acqua Uliveto non è presente invece con acqua oligominerale di confronto.

Alcuni studiosi italiani hanno voluto esaminare gli effetti dell'acqua Uliveto (acqua minerale con proprietà bicarbonato-alcaline) in modelli sperimentali di diarrea, costipazione intestinale o colite al fine di valutarne e documentarne l'eventuale effettivo utilizzo terapeutico. Lo studio è stato effettuato su ratti ai quali veniva indotta diarrea o, al contrario, costipazione intestinale mediante somministrazione di 16,16-dimetilprostaglandina E2 (dmPGE2) per causare diarrea e di loperamide (farmaco stimolante dei recettori oppioidi) al fine di provocare stitichezza.

La colite è stata indotta invece per mezzo di acido dinitrobenzenesolfonico (DNBS) o di acido acetico.

Ai ratti è stato poi consentito di bere acqua Uliveto o acqua oligominerale di controllo per 30 giorni consecutivi.

I parametri controllati e valutati sono stati: lo svuotamento gastrico, il transito

nell'intestino tenue e il transito nel colon.

Negli animali con diarrea è stato osservato un rallentamento dello svuotamento gastrico e un aumento del transito sia nell'intestino tenue che nel colon. La somministrazione di acqua Uliveto ha stimolato lo svuotamento gastrico (effetto inibito da L-365,260, sostanza bloccante dei recettori della gastrina). Negli animali con costipazione intestinale è stata osservata una riduzione dello svuotamento gastrico, del transito nell'intestino tenue e del transito nel colon; la somministrazione di acqua Uliveto ha portato alla normalizzazione di tutti questi parametri. Gli effetti dell'acqua Uliveto sullo svuotamento gastrico venivano inibiti anche in questo caso dal trattamento con L-365,260, mentre gli effetti sul transito intestinale venivano inibiti da alosetron (bloccante dei recettori 5HT3 della serotonina).

- Negli animali con colite indotta da DNBS veniva osservata una riduzione dello svuotamento gastrico e del transito sia nell'intestino tenue che nel colon. In presenza di colite da DNBS l'acqua Uliveto ha stimolato lo svuotamento gastrico e ha normalizzato il transito nell'intestino tenue e nel colon.

- Negli animali con colite indotta da acido acetico è stata osservata ugualmente una inibizione dello svuotamento

gastrico e del transito sia nell'intestino tenue che nel colon; in essi l'acqua Uliveto stimolava lo svuotamento gastrico e il transito nell'intestino tenue.

Gli Autori concludono che, in base a quanto riscontrato in questo studio sperimentale, l'acqua Uliveto svolge effetti benefici sulla motilità gastrointestinale in presenza di alterazioni patologiche funzionali o infiammatorie. Gli effetti dell'acqua Uliveto sullo svuotamento gastrico dipendono da meccanismi correlati alla secrezione di gastrina endogena, mentre quelli sul transito colico dipendono dall'attivazione dell'attivazione del sistema della serotonina.

DZ

Fonte:

M. Fornai, R. Colucci, L. Antonioli, N. Ghisu, M. Tuccori, G. Gori, C. Blandizzi, M. Del Tacca

Centro Interdipartimentale di Ricerche di Farmacologia Clinica e Terapia Sperimentale, Università di Pisa

"Effects of a bicarbonate-alkaline mineral water on digestive motility in experimental models of functional and inflammatory gastrointestinal disorders" Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology Vol. 30, pag. 261-269, 2008

(29 riferimenti bibliografici)

Ginnastica Posturale: implicazioni, peculiarità e benefici

Relazione presentata dal dott. Giovanni Chetta al III Congresso di Ippocrate. L'Autore ha illustrato la sua relazione con abbondante materiale iconografico e illustrativo. Una versione più completa verrà presentata sul sito www.scienzaeprofessione.it

L'**attività fisica** rappresenta, per l'animale primariamente motorio uomo, un elemento base per la salute psico-fisica, al pari dell'alimentazione, ma è evidente che essa, per essere di massima efficacia, deve conformarsi al meglio alle odierne esigenze. Lo stile di vita moderno (stress, sedentarietà, alimentazione scorretta ecc.), infatti, nonchè l'attuale habitat, sempre più lontani da quelli

naturali, "impongono" specifiche alterazioni psichiche e posturali e relative problematiche, come le moderne neuroscienze e posturologia hanno dimostrato.

Vi sono così, ad esempio, muscoli che tendono cronicamente a retrarsi e muscoli che col tempo si indeboliscono sempre più, articolazioni che per l'inefficiente utilizzo perdono gradi libertà o che per sovraccarico vanno incontro a un'usura precoce (artrosi) e ossa che per difetto di carico divengono presto osteoporotiche, le capacità proprioceptive e le abilità motorie tendono a ridursi ecc.

Una corretta tecnica di benessere deve tener conto di tali profondi mutamenti,

rispetto anche al recente passato, e della totale integrazione mente-corpo definitivamente dimostrata dalla psiconeuroendocrinologia.

La **Ginnastica Posturale** deve pertanto consistere in un'integrata tecnica di benessere, che riunisce il meglio di diverse tecniche antiche e moderne, fondendole ed evolvendole ad hoc in un puzzle di massima efficacia per l'uomo attuale, secondo "antichi saperi" e moderne acquisizioni scientifiche.

Le tre *linee guida* da seguire, a nostro parere, sono:

utilizzo di esercizi mirati e a effetto multiplo, così da risultare di massima efficacia nel raggiungimento di tutti gli obiettivi

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>

preposti;
non necessitare di apparecchiature speciali ma solo di attrezzi facilmente accessibili, così da facilitare l'esecuzione frequente di essa;
insegnamento teorico-pratico di essa mirante a massimizzare l'apprendimento consapevole e l'auto-esecuzione.

Tramite un'adeguata ginnastica posturale è così possibile, a tutte le età, incrementare il proprio benessere psico-fisico grazie al **miglioramento di:**

Elasticità muscolare e mobilità articolare, tramite specifiche tecniche di allungamento muscolare (distrettuale e globale) e mobilizzazioni articolari, così da prevenire ed eliminare contratture e retrazioni muscolari e preservare l'integrità articolare e connettivale.

Forza e resistenza, attraverso mirati rinforzo muscolare e training cardio-respiratorio, così da "contrastare" in maniera più fisiologica la forza di gravità.

Respirazione, grazie alla rieducazione respiratoria, elemento indispensabile per il benessere dell'apparato muscolo-scheletrico, viscerale e psichico.

Propriocezione e abilità motorie, per mezzo di specifiche tecniche di riacquisi-

zione del controllo del proprio corpo (rieducazione neuromuscolare) e installazione di schemi motori (engrammi) sempre più complessi.

Capacità di concentrazione e autorilassamento, e quindi di gestione dello stress, grazie alla modalità di esecuzione degli esercizi fisici, respiratori e all'aspetto ludico di divertimento, autogratificazione e relax che li accompagna nonché all'utilizzo consapevole dei condizionamenti neuroassociativi e della visualizzazione.

Postura, equilibrio e movimento, come naturale conseguenza di tutto ciò.

Oltre a essere un importante strumento preventivo, la ginnastica posturale, così concepita, risulta una **pratica indicata** nella cura dei più comuni disagi muscolo-scheletrici (scoliosi, lombalgie, sciatalgie, cervicofalgie, periartriti scapolo-omerali, coxalgie, gonalgie, artrosi, problemi circolatori, iper/ipo-tensione arteriosa ecc.), organici (miglioramento del metabolismo generale, ripristino del controllo neurovegetativo e del corretto ciclo sonno/veglia, rinforzo del sistema immunitario e aumentato rilascio di endorfine) e psichici (depressione, ansia, attacchi di panico ecc.). Nello stesso tempo, è chiara

la consapevolezza che ancora molto c'è da scoprire nel campo della salute e della fisiologia, pertanto la Ginnastica Posturale, più che una "tecnica prestabilita" deve in realtà risultare un progetto in costante evoluzione, all'interno delle proprie linee guida, grazie alle continue innovazioni e ricerche scientifiche nonché all'indispensabile contributo/confronto esperienziale dei partecipanti ad esso.

La ginnastica posturale può evidentemente trarre vantaggio dalle innovazioni ergonomiche e quindi dall'ausilio di specifici strumenti ergonomici (calzature, tappeti, plantari, bite ecc.). Essa inoltre si abbina in perfetta sinergia con altre tecniche di benessere, come ad esempio il massaggio, e si integra a pieno titolo all'interno di un eventuale programma di rieducazione posturale.

Dr. Giovanni Chetta
email info@giovannichetta.it – giovannichetta@yahoo.it
www.giovannichetta.it

(n. 20 voci bibliografiche)

Equilibrio glicemico nel diabete tipo 2: nuove linee guida

Sono state pubblicate le nuove linee guida sul trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2.

L'American Diabetes Association e l'European Association for the Study of Diabetes hanno pubblicato le nuove linee guida sul trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2. Esse recepiscono i risultati dei recenti trials ACCORD ed ADVANCE e consigliano un target di emoglobina glicata inferiore al 7%. Tuttavia riconoscono che gli studi più recenti non hanno dimostrato alcun beneficio su end-point cardiovascolari dello stretto controllo glicemico, per cui il valore di emoglobina A1c da raggiungere va comunque personalizzato in base alla comorbidità, alla aspettativa di vita, alla durata del diabete e al rischio di ipoglicemia.

Per quanto riguarda le strategie consigliate per il raggiungimento del control-

lo glicemico, vengono presentati due algoritmi diversi.

Nel primo algoritmo, in cui sono consigliati i trattamenti più validati, si consiglia di partire con interventi sullo stile di vita (dieta ed attività fisica). Se non riesce ad ottenere il compenso si consiglia di iniziare la metformina titolandola fino alla dose di 850-1000 mg due volte al giorno. Se entro 2-3 mesi non si ottiene il compenso si consiglia di associare un secondo farmaco che può essere una sulfanilurea oppure insulina (quest'ultima viene preferita se la glicemoglobina è superiore a 8,5%). Uno di questi due farmaci può essere iniziato subito se la metformina è controindicata o non tollerata. La terapia insulinica raccomandata all'inizio consiste nella somministrazione di insulina intermedia bedtime oppure insulina a lunga durata d'azione bedtime o al mattino. Se neppure in questo modo si ottiene il controllo

glicemico lo step successivo prevede l'inizio dell'insulina (se si era scelto come secondo step la sulfanilurea) oppure il potenziamento della terapia insulinica aggiungendo una insulina rapida ai pasti.

Se il paziente stava assumendo una sulfanilurea o una glinide si consiglia di sospendere il trattamento perchè non vi è alcuna sinergia di questi farmaci con l'insulina. Un approccio che preveda l'uso di tre agenti orali non è di solito preferito perchè è più costoso e non più efficace dell'insulina.

Il secondo algoritmo, che prevede l'uso di farmaci meno validati, può essere preso in considerazione in contesti particolari, per esempio se il paziente è a rischio elevato di ipoglicemia, oppure quando l'ipoglicemia può essere molto pericolosa (per esempio per il tipo di lavoro espletato).

In questo secondo algoritmo il primo

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>

step prevede ancora l'intervento sugli stili di vita associato alla metformina. Il secondo step prevede l'aggiunta di pioglitazone oppure exenatide. Il rosiglitazone non è consigliato. L'exenatide è consigliata se si desidera un calo di peso e se la glicemoglobina è inferiore a 8%. Se questo non bastasse si passa al

terzo step che prevede l'aggiunta di una sulfanilurea oppure, in alternativa, la sospensione dei farmaci, esclusa la metformina, e l'inizio della terapia insulinica.

Referenze

Nathan DM et al. Medical Management

of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes.

Diabetes Care 2008 Dec. 31:1-11.

Nuovo farmaco contro l'HIV : il Maraviroc

Il maraviroc è il primo di una nuova classe di farmaci antiretrovirali che agisce inibendo l'entrata dell'HIV nelle cellule.

In questi due studi, denominati MOTIVATE 1 e 2, sono stati reclutati 1049 pazienti adulti con infezione da HIV con tropismo R5 e resistente ad un precedente trattamento con tre classi di farmaci antiretrovirali.

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere maraviroc una o due volte al giorno oppure placebo. Al momento di inizio dello studio non era permesso usare farmaci a quel tempo sperimentali (darunavir, raltegravir ed etravirina). Dopo quattro anni la percentuale di pazienti con un carico virale inferiore a 50 copie/mL risultò essere del 46% nel gruppo a due somministrazioni al giorno, del 43% in quello ad una somministrazione al giorno e del 17% nel gruppo placebo. La percentuale di soggetti che interruppe il trattamento a causa di effetti avversi fu del 3% in tutti e tre i gruppi. Il maraviroc risultò essere sicuro nei pazienti che avevano una coinfezione da HBV e da HCV. Nei pazienti che non risposero al farmaco si è dimostrato che il virus aveva un tropismo per il corecettore X4, oltre che per il CC5.

Fonte:

1. Gulick RM et al. Maraviroc for pre-

viously treated patients with R5 HIV-1 infection. N Engl J Med 2008 Oct 2; 359:1429.

2. Fätkenheuer G et al. Subgroup analyses of maraviroc in previously treated R5 HIV-1 infection. N Engl J Med 2008 Oct 2; 359:1442.

Commento di Renato Rossi

Il virus HIV entra nelle cellule legandosi a particolari corecettori presenti sulla parete cellulare. Uno dei principali è il corecettore CCR 5 (chemokine coreceptor 5), che è il bersaglio di uno dei più importanti fenotipi dell'HIV 1 detto HIV con tropismo R5. Il maraviroc è un antagonista dei corecettori CCR 5; il suo meccanismo d'azione è quindi extracellulare, al contrario degli altri agenti antiretrovirali che possiedono un meccanismo d'azione intracellulare. Perciò questa nuova classe di farmaci è nota anche come "inibitori dell'ingresso", in quanto contrastano l'entrata dell'HIV nelle cellule. Il maraviroc è stato approvato per l'uso in pazienti pretrattati che non rispondono alla terapia con altri farmaci e nei quali il virus abbia un tropismo per il CC5.

I due studi MOTIVATE suggeriscono che il farmaco è efficace nel ridurre il carico virale e ben tollerato. Non risulta essere tossico per fegato né provocare un aumento del rischio di neoplasie,

almeno nel medio termine. E' ovvio comunque che, come per tutti i nuovi farmaci, saranno importanti i risultati di studi futuri e la sorveglianza post-marketing. Un limite del farmaco è che il suo uso è limitato solo ai ceppi di HIV con tropismo per il recettore CC5: questo è importante perché è stato dimostrato che in una percentuale elevata, che può arrivare fino al 50% dei casi, sono in gioco ceppi virali che non hanno questa caratteristica. Inoltre, nello studio MOTIVATE, in molti casi di pazienti non responders, il virus aveva un doppio tropismo, sia per il CC5 che per l'X4. Un ultimo punto da sottolineare è questo: dato che nello studio non sono stati usati in associazione farmaci ora ampiamente disponibili per il trattamento dell'HIV perché considerati ancora sperimentali, i risultati che si possono ottenere attualmente in termini di risposta terapeutica potrebbero essere diversi. In ogni caso l'armamentario terapeutico contro il virus dell'AIDS si arricchisce di una nuova classe di farmaci che va ad affiancarsi a quelli già disponibili e che amplia la possibilità di scelta del medico [1].

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4152>

Relazione tra glicemia a digiuno e retinopatia

Un'analisi di tre studi osservazionali suggerisce che la soglia glicemica attualmente usata per la diagnosi di diabete non è molto affidabile nell'identificare pazienti con retinopatia.

Gli autori di questa analisi hanno voluto valutare la relazione che esiste tra i valori

della glicemia a digiuno e la presenza di retinopatia basandosi sui risultati di tre studi osservazionali, il Blue Mountains Eye Study (Australia, n=3162), l'Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (Australia, n=2182), e il Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (USA, n=6079). La prevalenza di retinopatia

risultò essere dell'11,5% nel primo studio, del 9,6% nel secondo e del 15,8% nel terzo. Tuttavia non è stato possibile trovare una soglia glicemica uniforme per determinare prevalenza e incidenza di retinopatia perché l'analisi suggeriva una relazione continua. Usando il cut-off raccomandato dall'American Diabe-

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>

tes Association (glicemia a digiuno > 125 mg/dL) la sensibilità del test risultò inferiore al 40% e la specificità compresa tra l'80,8% e il 95,5%. L'area sotto la curva ROC era piccola e andava da 0,56 a 0,61.

Gli autori concludono che gli attuali criteri usati per la diagnosi di diabete non identificano accuratamente soggetti con/senza retinopatia per cui andrebbero rivalutati.

Fonte:

Wong TY et al. Relation between fasting glucose and retinopathy for diagnosis of diabetes: three population-based cross-sectional studies. *Lancet* 2008 Mar 1; 371:736-743.

Commento di Renato Rossi

Secondo i risultati di questa analisi circa il 60% dei soggetti formalmente affetti da retinopatia diabetica

non rispondono ai criteri ADA e d'altra parte dal 5% al 20% circa dei soggetti senza retinopatia hanno una glicemia superiore a 125 mg/dL in più di due occasioni.

Gli autori quindi propongono, non tanto velatamente, di cambiare i criteri diagnostici oggi usati per il diabete.

Ma quali? Essi non ce lo dicono. Abbassare ancora la soglia? Se è vero che questo aumenterebbe la sensibilità del test per retinopatia porterebbe anche ad una perdita di specificità ulteriore per cui molti soggetti riceverebbero la diagnosi di diabete senza avere una retinopatia. Fino al 1997 per la diagnosi valevano i criteri stabiliti dal National Diabetes Data Group (NDDG) che si basavano sul riscontro, in almeno due occasioni, di glicemia a digiuno superiore o uguale a 140 mg/dL oppure di glicemia superiore a 200 mg/dL con associati sintomi tipici di diabete, mentre per valori compresi tra 110 e 140 mg/dL si doveva eseguire una curva da carico (OGTT).

Nel 1997 l'ADA cambiò i criteri diagnostici: per la diagnosi bastavano due glicemie a digiuno superiori a 125 mg/dL. I motivi che hanno spinto alla revisione dei criteri diagnostici sono essenzialmente tre:

1) vi è una buona correlazione tra glicemie a digiuno \geq 126 mg/dL e glicemie a 2 ore dopo OGTT \geq 200 mg/dL

2) la retinopatia diabetica, per valori superiori a 125 mg/dL, aumenta progressivamente di incidenza

3) la diagnosi di diabete viene facilitata non richiedendo più l'esecuzione di un test complesso come la curva da carico, che in realtà veniva poco richiesto nella medicina di base e che può dare anche risultati poco riproducibili.

Tuttavia alcuni gruppi hanno da subito messo in dubbio questi criteri esprimendo forti perplessità sia perché probabilmente, con la riduzione della soglia glicemica, si avrà un aumento delle diagnosi, sia perché c'è il rischio di porre l'etichetta di diabetico a soggetti che magari non lo sono con i criteri precedenti, con tutte le conseguenze del caso, ma soprattutto perché questi criteri sarebbero meno efficaci nell'identificare persone con aumentato rischio di morte o di eventi cardiovascolari [1,2,3]. In altre parole è probabile che i due diversi criteri identifichino soggetti diversi.

In effetti è pratica di tutti i giorni trovare pazienti con glicemie in diverse occasioni superiori a 125 mg/dL che non presentano né retinopatia né altri segni di complicanze vascolari e che hanno una emoglobina glicata al di sotto del 6% (falsi positivi).

D'altra parte è anche possibile che esistano dei falsi negativi, cioè soggetti che hanno per esempio una retinopatia diabetica ma una glicemia a digiuno al di sotto della soglia diagnostica, come suggerisce l'analisi recensita in questa pillola.

Ma il rovescio della medaglia di ridurre sempre più le soglie diagnostiche è, come si diceva, la riduzione della specificità del test. Però questa sembra la tendenza inarrestabile della medicina moderna, in omaggio al principio che è preferibile etichettare come malati anche persone che non lo sono purché non sfugga nessun vero malato. Insomma, si preferisce aumentare la sensibilità riducendo la specificità e non viceversa, ma questo accade anche per altre patologie (colesterolo, pressione arteriosa, etc.), nonostante sempre più spesso si levino da varie parti voci discordanti che mettono in guardia sulla medicalizzazione

esasperata.

Allora che fare? Come diagnosticare il diabete? Ritornare ai criteri precedenti? In un editoriale di commento allo studio si fa notare che è improbabile che ridurre ulteriormente la soglia diagnostica porti a benefici aggiuntivi in termini di riduzione della morbidità e della mortalità da diabete e che sarebbero necessari studi prospettici per valutare la relazione tra varie soglie glicemiche e le complicanze del diabete.

Secondo l'editoriale è preferibile usare un approccio misto utilizzando la glicemia a digiuno, combinata però con la presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.

Su questa conclusione si può essere sostanzialmente d'accordo.

Aggiungiamo di nostro che:

1) una ulteriore riduzione della soglia diagnostica aumenterebbe enormemente il numero dei falsi positivi con conseguenti costi economici in termini di esami, visite, accertamenti strumentali e terapie inutili (l'abbiamo già detto, ma in questi casi non lo si ripete mai abbastanza)

2) il dosaggio della glicemoglobina può essere un utile strumento che serve a identificare soggetti che superano la soglia diagnostica glicemica, ma che probabilmente non sono diabetici; in questo contesto si può anche richiedere un OGTT per meglio valutare l'equilibrio glicemico del paziente, richiamando in vita un test che si riteneva ormai relegato al passato

3) bisogna valutare il paziente e non il laboratorio, per cui si rende necessaria la ricerca di eventuali danni d'organo (retinopatia, nefropatia, cardiopatia, etc.), oltre che dei fattori di rischio cardiovascolari associati (ipertensione, fumo, ipercolesterolemia, obesità, etc.)

Referenze

1. Gruppo DECODE. *BMJ* 1998; 317:371
2. Gruppo DECODE. *Lancet* 1999; 354:617
3. Barzilary JI et al. *Lancet* 1999; 354:622

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 Risonanza Magnetica mammaria vede troppi falsi positivi

La RM mammaria è una tecnica sofisticata che viene consigliata come mezzo di screening nelle donne ad alto rischio di cancro mammario, ma è gravata da una elevata percentuale di falsi positivi.

Lo scopo di questo studio era di valutare la frequenza dei falsi positivi alla risonanza magnetica mammaria in donne portatrici della mutazione BRCA. Sono state studiate 196 donne con tale mutazione, seguite in media per 2 anni (range da 1 a 9) con mammografia e RMN annuali.

In tutto il 41% delle donne (81 su 196) avevano almeno un riscontro positivo alla mammografia o alla RM.

Un cancro venne diagnosticato in 17 donne: in 11 grazie al programma di sorveglianza, in 4 grazie all'esame istologico, mentre in 2 il cancro era intervallare (cioè venne diagnosticato per la comparsa di segni clinici nel periodo tra un controllo e l'altro).

La mammografia e la RM avevano una sensibilità del 71% ed una specificità del 90%. La probabilità che un risultato positivo alla RM fosse in realtà un falso positivo fu dell'83%.

Alle donne, in occasione del primo esame e dopo che era stata diagnosticata la mutazione BRCA, venne chiesto se preferivano la mastectomia profilattica oppure la sorveglianza stretta.

Tra quelle che avevano risposto di preferire la mastectomia profilattica l'intervento venne effettuato realmente nell'89% delle donne con reperto radiologico falsamente positivo e nel 66% delle altre; nel gruppo di donne che

avevano risposto di preferire la sorveglianza la mastectomia venne effettuata rispettivamente nel 15% e 11%.

Gli autori concludono che la percentuale di falsi positivi alla RM è elevata, tuttavia l'impatto del risultato sulla scelta se eseguire o meno una mastectomia profilattica è limitato ed è determinato soprattutto dalla preferenza espressa in precedenza dalla paziente.

Fonte:

Hoogerbrugge N et al. The impact of a false-positive MRI on the choice for mastectomy in BRCA mutation carriers is limited. *Annals of Oncology* 2008 19(4):655-659

Commento di Renato Rossi

E' noto che le portatrici della mutazione BRCA sono ad elevato rischio di sviluppare una neoplasia mammaria.

Il dilemma, in questi casi, è se procedere ad una mastectomia profilattica oppure se predisporre un programma di sorveglianza intensiva.

In questo caso l'American Cancer Society (ACS) raccomanda di eseguire ogni anno uno screening mammografico associato a RM mammaria.

Come si è scritto in una pillola precedente [1], commentando le linee guida dell'ACS, la RM mammaria è una metodica diagnostica raffinata che ha una sensibilità maggiore rispetto alla tradizionale mammografia.

Questo significa che, nelle donne con cancro mammario, porta ad un minor

numero di falsi negativi perchè scopre più tumori. Tuttavia il rovescio della medaglia è una riduzione della specificità rispetto alla radiologia tradizionale: in pratica produce un maggior numero di falsi positivi.

Falsi positivi che comportano maggior aggressività in procedure diagnostiche cruenti e maggior stress psicologico per la paziente, con effetti anche a lungo termine [2].

Lo studio recensito in questa pillola conferma quanto sopra: poco meno della metà delle donne esaminate aveva un quadro radiologico positivo, ma alla prova istologica la probabilità che la positività riscontrata alla RM fosse falsa era dell'83%!

Come non bastasse sembra che per la decisione della donna se procedere o meno ad una mastectomia profilattica conti non tanto il risultato dell'esame quanto la decisione già presa in precedenza, una volta saputo di essere portatrice della mutazione BRCA.

Rimangono quindi ampie zone di incertezza per una decisione, non facile, che alla fine potrà essere presa solo dalla singola paziente sulla base di una personalissima valutazione dei vantaggi e degli svantaggi delle varie scelte disponibili.

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3281>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3284>

La sindrome premestruale

Una messa a punto su un disturbo frequente che colpisce le donne in età riproduttiva.

Che cos'è la "sindrome premestruale"?

Si definisce sindrome premestruale un corteo sintomatologico che si manifesta di solito nella fase luteinica del ciclo mestruale. I sintomi più spesso lamentati dalle donne sono ansia, irritabilità, de-

pressione, confusione, astenia e vertigini, riduzione o aumento della libido, cefalea, mastalgia, dolorabilità generalizzata, edemi alle caviglie e ai piedi, disturbi intestinali (addome gonfio, meteorismo, nausea, crampi addominali) e altri. In alcuni casi la gravità dei disturbi è di tale gravità da configurare il quadro del disturbo disforico premestruale.

Quanto è frequente?

Uno o più sintomi premestruali si manifestano in quasi tutte le donne durante l'età fertile, tuttavia spesso si tratta di disturbi di lieve entità che non compromettono le normali occupazioni. In una minoranza (circa il 5%-8%) i sintomi sono così importanti da incidere sul comportamento e sulle attività occupazionali.

Quali sono le cause?

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>

Le cause della sindrome premenstruale non sono note. Teorie ora abbandonate ipotizzavano un eccesso di estrogeni o un deficit di progesterone, oppure disturbi del bilancio idro-elettrolitico. Attualmente si tende a ritenere che possa entrare in gioco un deficit di serotonina, oppure che la causa della sindrome possano essere cambiamenti rapidi nel livello degli ormoni sessuali, o ancora alterazioni della prolattina, del gamma-amino-butyrico o delle endorfine.

Come si tratta?

Sono stati proposti vari trattamenti farmacologici. Le benzodiazepine possono essere utili, in particolare l'alprazolam possiede dimostrazioni di efficacia nel ridurre i sintomi in un periodo di alcuni mesi. Anche il buspirone, un ansiolitico non benzodiazepinico, può essere efficace nel trattamento di alcuni dei sintomi della sindrome. Vengono usati pure gli antinfiammatori non steroidei che però,

per usi prolungati, possono essere gravati da effetti collaterali importanti. Vari tipi di antidepressivi possono migliorare i sintomi (clomipramina, SSRI). Lo spironolattone, un risparmiatore di potassio è in grado di ridurre i sintomi della sindrome; anche il metazolone, un diuretico dell'ansa, può essere efficace, soprattutto sull'edema e sul gonfiore addominale.

Tra i trattamenti ormonali, efficaci risultano gli analoghi della gonadorelina (buserelin, leuprolina, goserelin) che tuttavia possono produrre effetti avversi come dolorabilità diffusa, vampate di calore e sudorazioni; inoltre l'uso prolungato per più mesi comporta un aumento del rischio di osteoporosi.

In alcuni casi possono risultare di qualche utilità i contraccettivi orali, l'estradiolo e i progestinici da soli.

Sono stati proposti altri trattamenti con prove di efficacia scarse (tecniche di

rilassamento, manipolazione chiropratica, esercizio fisico). Si segnala che efficaci possono essere invece i supplementi di calcio e la vitamina B6.

Renato Rossi

Referenze

1. Yonkers KA et al. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008 Apr 6; 371:1200-1210
2. Bathia SC et al. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2002; 66:1239-1248
3. Moreno Ma et al. Premenstrual syndrome. <http://www.emedicine.com/med/TOPIC1890.HTM> (accesso del 8 aprile 2008).

Una nuova tecnologia: la vaporizzazione fotoselettiva della prostata

La resezione transuretrale di prostata è la procedura di riferimento per la correzione dei disturbi urinari nell'uomo. Nel tempo si è infatti dimostrata la tecnologia vincente data la totale riproducibilità in centri primari, secondari e terziari di consistenti risultati stabili nel tempo, in termini di miglioramento della qualità della minzione e del flusso urinario [1,2,3]. Le tecnologie che si basano sull'utilizzazione del laser sono promettenti alternative. L'enucleazione della prostata con laser ad olmio è risultata del tutto comparabile alla TURP con il vantaggio della possibilità di operare pazienti senza sospendere la terapia antiaggregante o anticoagulante anche in caso di prostata molto voluminosa, sopra gli 80 g. Lo svantaggio principale consiste nel costo della strumentazione e, soprattutto, nella lunga curva di apprendimento. La vaporizzazione fotoselettiva riproduce, per quanto concerne l'esecuzione, la metodica endoscopica tradizionale e quindi può essere impiegata immediatamente in qualsiasi centro con esperienza di TURP. E' stata confrontata con la resezione transuretrale nel contesto di uno studio prospettico

non randomizzato nel centro di Basel in Svizzera [4] evidenziando una morbidity comparabile e risultati funzionali a 6 mesi analoghi. Lo studio presente descrive l'esperienza raggiunta con lo strumento nello stesso centro in un periodo di 5 anni su 500 pazienti, il 45% con terapia anticoagulante o antiaggregante orale in corso. 103 (20.6%) avevano una prostata < 40 g, 310 (62%) compresa tra 40 e 80 g e 87 (17.4%) > 80 g. Il flusso urinario massimo preoperatorio era in media di 8.4 mL/s, l'IPSS 18.3, la durata media dell'intervento 66 min. Nessuna complicanza perioperatoria significativa si è verificata. Il tempo medio di cateterizzazione è stato di 1.8 giorni. Il 9.6% dei pazienti non aveva follow up. Ad una media di 30 mesi, il flusso urinario massimo era in media 18.4 mL/s, l'IPSS 8. Il tasso di reintervento era pari al 6.8%. L'incidenza di sclerosi del collo vescicale e stenosi uretrali era rispettivamente il 4.4 e 3.6%. La procedura sembrerebbe facilmente riproducibile con risultati funzionali e complicanze a medio termine comparabili alla TURP. I vantaggi principali rispetto alla resezione transuretrale consistono nell'assenza

di un volume "massimo" che richiede di passare alla chirurgia open e nella possibilità di operare con terapie antiaggreganti o anticoagulanti in corso. Il principale svantaggio è l'assenza di esame istologico.

Ruszat R, Seitz M, Wyler SF, Abe C, Rieken M, Reich O, Gasser TC, Bachmann A. GreenLight Laser Vaporization of the Prostate: Single-Center Experience and Long-Term Results After 500 Procedures. *Eur Urol*. 2008 Apr 30.

Bibliografia

- 1) Varkarakis J, Bartsch G, Horninger W. Long-term morbidity and mortality of transurethral prostatectomy: A 10-year follow-up. *Prostate*. 2004 Feb 15;58(3):248-51.
- 2) Mishriki SF, Grimsley SJ, Nabi G, Martindale A, Cohen NP. Improved Quality of Life and Enhanced Satisfaction After TURP: Prospective 12-Year Follow-up Study. *Urology*. 2008 Jun 3.

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>

3) Reich O, Gratzke C, Bachmann A, Seitz M, Schlenker B, Hermanek P, Lack N, Stief CG; Urology Section of the Bavarian Working Group for Quality Assurance. Morbidity, Mortality and

Early Outcome of Transurethral Resection of the Prostate: A Prospective Multicenter Evaluation of 10,654 Patients. *J Urol.* 2008 May 20.

Da Rocchetta UroMagazine del 10/9/08
Per gentile concessione di AURO.IT—
Associazione Urologi Italiani

Ridimensionato il rischio di acidosi lattica da biguanidi

Una breve messa a punto su una complicanza iatrogena molto temuta ma probabilmente troppo enfatizzata e che può essere evitata se la metformina viene usata secondo le indicazioni raccomandate.

Le biguanidi (fenformina e metformina) sono farmaci ampiamente usati nel trattamento del diabete tipo 2. Uno degli effetti collaterali più temuti, anche se rari, è l'acidosi lattica.

Che cos'è l'acidosi lattica?

Per acidosi lattica si intende un quadro di acidosi metabolica in cui vi è una elevata concentrazione di acido lattico (> 5 mEq/L). Se ne distinguono due tipi, detti A e B, a seconda se sia, rispettivamente, presente o assente l'ipossia tissutale. Può essere dovuta a farmaci (non solo biguanidi ma anche farmaci antiretrovirali e salicilati), svariate condizioni cliniche (epatopatie, feocromocitoma, stati di shock, gravi anemie, asma, chetosi diabetica, etc.) e intossicazioni (per esempio da monossido di carbonio).

Acidosi lattica da biguanidi

L'acidosi lattica è molto più frequente con la fenformina che con la metformina, tanto che la prima è stata praticamente abbandonata. Negli USA, infatti, la fenformina è stata ritirata dal mercato ormai da anni, mentre in Italia il Pron-tuario Farmaceutico la annovera ancora, associata ad una sulfanilurea, in un preparato commerciale, mentre altri che la contenevano l'hanno da tempo sostituita con la metformina.

Numerosi fattori possono favorire l'in-

sorgenza dell'acidosi lattica, come per esempio stati gravi di ipossia (malattie polmonari o cardiovascolari, disidratazione), insufficienza renale od epatica, ustioni, traumi gravi, setticemie, interventi chirurgici impegnativi, etc. In alcuni casi il rischio di acidosi lattica aumenta per l'uso contemporaneo di biguanidi e farmaci che, potenzialmente, possono favorire un accumulo delle prime (trimetoprim, amiloride, digossina, H₂ bloccanti, morfina, etc.) oppure di mezzi di contrasto iodati.

Quanto è frequente l'acidosi lattica da biguanidi?

Limitandoci alla metformina, che è praticamente l'unica biguanide usata nella pratica, bisogna dire che questa complicanza è molto rara, stimata in circa un caso ogni 30.000-35.000 pazienti trattati.

I casi descritti più comunemente si sono verificati in pazienti in cui la presenza di una insufficienza renale aveva provocato un accumulo del farmaco o che comunque avevano una controindicazione al suo uso. Secondo quanto riportato in scheda tecnica la metformina non deve essere prescritta se la creatinina supera 1,35 mg/dL negli uomini e 1,1 mg/dL nelle donne. Altre controindicazioni sono la chetoacidosi diabetica, il pre-coma diabetico, la disidratazione, le infezioni gravi, lo shock, l'ipossia tissutale (insufficienza cardiaca o respiratoria, recente infarto miocardico), l'insufficienza epatica, l'intossicazione alcolica acuta, l'uso di mezzi di contrasto iodati, la gravidanza e l'allattamento.

Quali sono i sintomi dell'acidosi lattica?

All'inizio possono essere presenti sintomi generali come malessere e mialgie, in seguito compaiono sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, dolore addominale), respiratori (tachipnea, dispnea), cardiovascolari (ipotensione, bradicardia). Infine possono aversi sintomi neurologici come sonnolenza, convulsioni e coma. La mortalità è molto elevata e può arrivare fino al 50% dei casi.

Come si tratta?

Il paziente va subito ricoverato. Per correggere l'acidosi sono utili infusioni di sodio bicarbonato, che viene usato di solito per valori di pH inferiori a 7,15. Si ricorre inoltre all'emodialisi e all'uso di insulina associata al glucosio. Con l'emodialisi si ottiene il duplice scopo di rimuovere la metformina e di combattere l'acidosi. Data l'elevata mortalità acquisita però estrema importanza la prevenzione che prevede, in prima istanza, di non usare la metformina nei casi in cui sono presenti le controindicazioni sopra riportate.

Renato Rossi

Referenze

1. Salpeter SR et al. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2003 Nov 24;163:2594-602.
2. Jones GC et al. Contraindications to the use of metformin. *BMJ* 2003 Jan 4;326:4-5.
3. Sharma S et al. Lactic acidosis. <http://www.emedicine.com/med/TOPIC1253.HTM> (accesso del 16 aprile 2008)

Interrompere la TOS: e poi?

Cosa accade dopo l' interruzione della Terapia Ormonale Sostitutiva? Dopo la sospensione della TOS scompare l'aumento del rischio cardiovascolare, ma

permane sfavorevole il rapporto rischi/benefici.

Lo studio Women's Health Initiative

(WHI) venne sospeso in anticipo, dopo un follow-up di 5,6 anni, perchè i rischi legati alla terapia ormonale sostitutiva (TOS) superavano i benefici. Le donne

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>

arruolate erano state 16608, trattate con placebo oppure con estrogeni coniugati equini per os e medrossiprogesterone acetato ed avevano un'età che andava da 50 a 79 anni. Dopo la sospensione dello studio 15730 donne acconsentirono ad essere comunque seguite per altri 3 anni (follow-up in media di 2,4 anni).

Gli end-point primari erano la malattia coronarica e il cancro mammario invasivo. Venne misurato anche un indice globale che rifletteva il bilancio rischi/benefici e che includeva, oltre ai due end-point primari, lo stroke, l'embolia polmonare, il cancro endometriale, il cancro coloretale, le fratture dell'anca e i decessi da altre cause.

Il rischio cardiovascolare nel gruppo intervento ritornò ad essere simile a quello del gruppo controllo.

Si notò però nel gruppo trattamento un maggior rischio oncologico (HR 1,24; 1,04-1,48), con un maggior numero di diagnosi di tumori mammari (HR 1,27; 0,91-1,78); anche la mortalità da ogni causa risultò più elevata nel gruppo trattato (HR 1,15; 0,95-1,39). L'indice globale di rischio/beneficio rimase immutato dopo la sospensione del trattamento (HR 1,12; 1,03-1,21) indicando che i rischi della terapia ormonale sostitutiva superano i benefici per la prevenzione delle malattie croniche.

Gli autori concludono che dopo la sospensione della TOS il rischio cardiovascolare ritorna simile a quello delle donne non in terapia, mentre si osserva un aumento del rischio di neoplasie fatali e non fatali e l'indice globale risulta più

elevato del 12% nel gruppo inizialmente randomizzato al trattamento.

Fonte:

Heiss G et al. for the WHI Investigators. Health Risks and Benefits 3 Years After Stopping Randomized Treatment With Estrogen and Progestin. JAMA. 2008 Mar 5;299:1036-1045.

Commento di Renato Rossi

Quando uscì lo studio WHI non mancarono le polemiche. Molti critici fecero notare che lo studio aveva arruolato donne anziane, mentre nella pratica la TOS viene prescritta a donne più giovani. Questo poteva spiegare in parte i risultati del trial. Inoltre nel WHI erano stati usati estrogeni coniugati equini, una terapia praticamente soppiantata da nuovi preparati somministrati per lo più per via transdermica, dotati verosimilmente di un rischio minore. In realtà l'analisi per sottogruppi del WHI aveva dimostrato che i maggiori rischi erano presenti a tutte le età, anche nelle donne più giovani. La supposta maggior tollerabilità dei nuovi preparati rimane invece un'ipotesi non dimostrata visto che finora nessuno ha organizzato uno studio randomizzato e controllato per verificarla sul campo.

In ogni caso i risultati del WHI vennero presi in seria considerazione da numerose società scientifiche che, con sfumature in parte diverse, arrivarono a raccomandare di non usare la TOS al fine di prevenire patologie croniche, ma di li-

mitarne l'uso a brevi periodi ed a scopo sintomatico per i disturbi della menopausa scarsamente tollerati. L'impressione è che, nonostante le critiche, queste raccomandazioni siano state recepite un po' da tutti perchè attualmente la TOS viene prescritta molto meno e in genere consigliata per il tempo strettamente necessario a ridurre i sintomi.

Arrivano ora i risultati del WHI su un campione di oltre 15000 donne (praticamente la quasi totalità delle donne arruolate) che furono seguite per altri 3 anni, fino alla fine inizialmente programmata dello studio, nonostante la TOS fosse stata sospesa nel gruppo trattamento. Anche in questo caso i dati parlano chiaro: se è vero che il rischio cardiovascolare, dopo l'interruzione della terapia, ritorna simile a quello delle donne mai trattate, rimane elevato il rischio oncologico e, quello che più conta, rimane sfavorevole il rapporto rischi/benefici. Un altro tassello va quindi ad aggiungersi alle conoscenze finora disponibili: il tutto rafforza le raccomandazioni delle società scientifiche, che rimangono ancora perfettamente valide. Le cose in futuro potrebbero cambiare se verrà confermato che i nuovi preparati estroprogestinici, usati preferibilmente a basso dosaggio e nelle donne più giovani, hanno un profilo più favorevole. Ma, ovviamente, si tratta di un'ipotesi che dovrà essere provata con studi clinici disegnati ad hoc, di potenza statistica e durata adeguate

Fonte: pillole.org

Il danno morale: criteri per il corretto risarcimento

Non è corretta l'abitudine di alcuni Tribunali di valutare il risarcimento per danno morale in quota fissa (generalmente la metà) rispetto al danno fisico. Esso va effettuato in senso satisfattivo e non solo simbolico, tenendo conto dell'effettiva lesione dell'integrità morale (Cassazione n. 5795/2008)

La Corte di Cassazione, in una recente sentenza, pronunciandosi sul ricorso promosso da un pedone che anni prima era stato investito da un furgone riportando lesioni personali grave entità, ha precisato che il danno morale non sem-

pre va liquidato in misura pari alla metà di quello biologico.

"Nel caso di accertamento di un danno biologico di rilevante entità e di durata permanente, il danno morale, come lesione dell'integrità morale della persona (art. 2 e 3 della Costituzione in relazione al valore della dignità anche sociale, ed in correlazione alla salute come valore della identità biologica e genetica) non può essere liquidato in automatico e pro quota come una lesione di minor conto. Il danno morale è ingiusto così come il danno biologico e nessuna norma costituzionale consente al giudice di stabilire

che l'integrità morale valga la metà di quella fisica. Il danno morale ha una propria fisionomia, e precisi referenti costituzionali, attenendo alla dignità della persona umana, e dunque il suo ristoro deve essere tendenzialmente satisfattivo e non simbolico".

Con l'occasione la Corte ha altresì precisato i compiti del Consulente medico-legale, che dovrà fornire al Giudice tutti gli elementi utili a stabilire la precisa entità del risarcimento. All'atto della liquidazione, poi, occorrerà tener conto di tutti i meccanismi che conservino il reale valore del 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>

"Nella valutazione del danno biologico, come lesione della salute, il medico legale deve considerare, con valutazione scientifica, la gravità del danno, tenendo conto di tutte le componenti fisiche, psichiche, interrelazionali, estetiche, dinamiche e di perdita della capacità lavorativa generica, avvalendosi eventualmente di elaborati scientifici, e considerando tutte le circostanze dedotte o

esaminate in relazione alla stabile invalidità ed al mutamento delle condizioni biologiche di vita della parte lesa; il giudice, a sua volta, applicando alla cartatura del ed danno biologico le tabelle attuariali vigenti nel tribunale o nella Corte, ovvero le tabelle maggiormente testate a livello nazionale (e tali sono le tabelle milanesi, per comune opinione degli esperti in materia) dovrà liquidare

il danno reale ai valori attuali, tenendo conto del momento della liquidazione, ed applicando rivalutazione e interessi ed, compensativi o da ritardo, secondo i noti criteri indicati da questa Corte a SS.UU. civili il 17 febbraio 1995 nella sentenza n. 1712".

DZ – CP

Rimonabant: l'EMA ne consiglia la sospensione

L'EMA raccomanda la sospensione dal mercato del rimonabant (Acomplia)

In data 23 ottobre 2008 l'EMA ha consigliato la sospensione dal mercato del rimonabant, un farmaco utilizzato per il trattamento dell'obesità. La decisione è stata presa perchè l'autorità regolatoria

ritiene che i benefici del rimonabant potrebbero non essere superiori ai rischi. La ditta produttrice del farmaco si è detta d'accordo con tale decisione che ha definito una sospensione temporanea.

Referenze

European Medicines Agency. The European Medicines Agency recommends suspension of the marketing authorisation of Acomplia. October 23 2008. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/acomplia/53777708en.pdf>

Scompare il divieto di cumulo tra reddito da lavoro e pensione

Il 5 agosto scorso il Parlamento ha convertito in legge l'art.19 del D.L. 112/98, che abolisce il divieto di cumulo tra redditi da pensione e altri redditi derivanti da lavoro autonomo o dipendente.

Sull' argomento si erano stratificate, come spesso accade, una serie di normative spesso scoordinate, che sommate l'una all'altra davano origine spesso ad una serie di situazioni francamente anomale (in certi casi il pensionato che voleva integrare con un piccolo lavoro finiva per ricevere meno rispetto alla sola pensione) che oltretutto avevano incentivato, proprio per questi motivi, il ricorso al lavoro "in nero" da parte dei pensionati stessi.

L' enunciato della norma è chiarissimo: "A decorrere dal 1° gennaio 2009 le pensioni dirette di anzianità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente....".

Riportiamo appresso il testo del provvedimento:

" Art. 19. Abolizione dei limiti al cumulo tra pensione e redditi di lavoro (D.L.112/98)

A decorrere dal 1° gennaio 2009 le pensioni dirette di anzianità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente.

A decorrere dalla medesima data di cui al primo periodo del presente comma sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni dirette conseguite nel regime contributivo in via anticipata rispetto ai 65 anni per gli uomini e ai 60 anni per le donne a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima nonché della gestione separata di cui all'articolo 1, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335, a condizione che il soggetto abbia maturato i requisiti di cui all'articolo 1, commi 6 e 7 della legge 23 agosto 2004, n. 243 e successive modificazioni e integrazioni fermo restando il regime

delle decorrenze dei trattamenti disciplinato dall'articolo 1, comma 6, della predetta legge n. 243 del 2004.

Con effetto dalla medesima data di cui al primo periodo del presente comma relativamente alle pensioni liquidate interamente con il sistema contributivo:

a) sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia anticipate liquidate con anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni;

b) sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia liquidate a soggetti con età pari o superiore a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne.

Daniele Zamperini

Fonte: laprevidenza.it

Un medico ogni quattro non si aggiorna come dovrebbe

Da parecchi anni, ormai, è stato instaurato in Italia il sistema dell'aggiorna-

mento "a punti" per cui ogni medico deve frequentare appositi corsi fino al

raggiungimento del punteggio stabilito dalla legge. Eppure, a quanto sembra, il

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>

25% dei sanitari non raggiunge lo scopo.

Un periodico telematico di informazione medico-scientifica (Quotivadis) ha effettuato un sondaggio tra i suoi lettori dal quale risulterebbe che il 25% dei medici non riesce ad ottenere (o almeno così ha dichiarato) i crediti Ecm previsti in 1 anno.

Un 5% dei medici racchiude i "secchioni", quelli che invece riescono a raggiungere tale livello in soli 6 mesi; il 69% si dichiara in regola e riesce a raggranellare i punti necessari (ma generalmente solo il minimo) entro la fine dell'

anno.

I motivi possono essere molti: l'Italia è un paese stretto e lungo, e le realtà locali possono differire enormemente da una Regione all'altra, da una città all'altra. Va poi valutato il fatto che i medici, lavorativamente, sono estremamente frammentati: è probabile che per alcune categorie l'aggiornamento sia più agevole e più economico rispetto ad altre. Va poi considerato che le risposte al questionario sono state fornite da una sottocategoria (quella degli abituali frequentatori di Internet).

In ogni modo è evidente che il proble-

ma esiste. Ne', finora, sembra che i programmi di aggiornamento a distanza abbiano avuto un gran successo, considerando che circa la metà dei camici bianchi non li avrebbe mai sperimentati. Qualcuno potrebbe aver notato che dalla somma delle percentuali delle risposte manca un 1%: be' si tratta di quelli che abitualmente marinano la scuola, quelle che hanno confessato di non partecipare mai ai programmi di formazione e aggiornamento obbligatori ..

Daniele Zamperini

Sempre il timbro, per il sostituto del Medico di Famiglia!

E' stato pubblicato sul n. 9-15 settembre 2008 del settimanale "24ore Sanita'" un articolo, a firma di un noto medico di famiglia, avente come titolo a quattro colonne "Niente timbro per il sostituto del MMG" in cui si sostiene in sostanza la tesi che il sostituto non debba apporre il suo timbro insieme a quello del titolare, in quanto non previsto dalla Convenzione.

In verita' il sanitario, in risposta ad una nostra lettera, ha cercato (un po' stizzosamente e maldestramente, a dire il vero) di correggere il tiro, affermando di aver voluto intendere una cosa diversa da quanto riportato sul titolo.

Ma un titolo che dice "Niente timbro" puo' voler dire "Il timbro ci vuole ma la multa e' mal applicata"?

Prendendo atto del mutamento di rotta, ci sembra tuttavia importante ribadire il nostro concetto, in quanto la correzione e' stata riportata in modo molto meno visibile, e qualche collega puo' essere stato tratto in errore, con possibili gravi conseguenze.

A nostro giudizio infatti l'obbligo del sostituto di apporre il proprio timbro (e non la sola firma) e' stabilito da un disposto di norme che riguardano tutti i medici e che obbligano il firmatario della ricetta ad essere identificabile "non mediante la sola firma".

Tale dizione e' rinvenibile in numerosi siti ufficiali, ministeriali e di ASL. Controlli chi vuole.

Il fatto che non sia riportato in Convenzione non fa differenza, in quanto la Convenzione non ha obbligo di ribadire disposizioni generali gia' in vigore!

Nella scrittura di una ricetta o di un certificato, infatti, la norma generale vuole che il medico sia sempre identificabile con mezzo diverso dalla sola firma; questa puo' essere legittimamente poco leggibile, e non consentire l'individuazione del prescrittore. Per questo motivo deve esserci anche un'intestazione a stampa oppure un timbro oppure un codice identificativo.

In sostituzione del timbro e' ammessa, per prassi consolidata, anche la scrittura delle generalita' in carattere stampatello. E questo riguarda tutte le ricette ed i certificati, che siano convenzionati oppure no.

Cito per tutti il sito dell'Agenzia del Farmaco: "Il medico deve essere identificabile, dunque non è sufficiente l'apposizione della sola firma, ma è necessaria una intestazione a stampa sulla ricetta, un timbro recante o meno il codice regionale, o altro mezzo idoneo". http://www.agenziafarmaco.it/wscs_render_attachment_by_id/111.76082.11504549866216a30.pdf?id=111.73539.1150452650774

Un aspetto paradossale riguarda il nuovo ricettario dei medici convenzionati, distribuito ai titolari e registrato in modo da garantire la tracciabilita'. Il titolare del ricettario, quindi, e' sempre identificabile, anche se dimentica di apporre il suo timbro; il sostituto invece no, e necessita di una precisa identificazione.

"La ricetta del SSN e' sempre riconducibile al medico convenzionato a cui e' stata assegnata, secondo le disposizioni del DM 24/6/04 (in applicazione al c. 4

art. 50 DL 269/03), per cui, in caso di sostituzione del medico titolare la ricetta puo' essere spedita anche se e' presente il solo timbro del medico sostituto, senza codice regionale" (Circolare Assiprofar 61/05 - riportata su Caf Latium settembre 2006 -

<http://www.aismme.org/images/REG.%20LAZIO%20RICETTE.pdf>)

Viene sfiorato, in modo un po' infelice, il problema delle ricette degli ospedalieri, spesso prive di timbro e riportanti solo un numero di codice scritto a penna. Occorre tener conto della nota Min. San. 800/UCS/AG. 70.3/2147 del 6-5-1985 (che ci risulta tuttora in vigore e mai abrogata) che stabilisce che "Nel redigere le prescrizioni, il medico puo' far uso anche di ricettari intestati a ambulatori, cliniche e case di cura, ospedali, ecc. purché apponga in calce alla ricetta stessa il proprio timbro personale o adotti qualsiasi altro mezzo che lo identifichi".

Il codice personale e' considerato mezzo idoneo all'identificazione, quindi la prassi degli ospedalieri appare corretta.

In conclusione, quindi, e' un errore per il sostituto omettere il proprio timbro, in quanto la mancata identificazione del medico puo' portare a situazioni da codice penale molto molto gravi. Che poi la sanzione possa essere comminata in base ad uno o ad un altro articolo della Convenzione, che sia di qualche euro maggiore o minore, ci sembra piuttosto irrilevante.

Daniele Zamperini

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE mese di settembre-ottobre 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 15.04.08 (Gazzetta Ufficiale n. 227 del 27.09.08)

INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI INTERREGIONALI PER LE MALATTIE RARE A BASSA PREVALENZA

Con questo decreto vengono individuati i centri interregionali di riferimento preposti alla diagnosi ed alla cura delle seguenti malattie rare a bassa prevalenza: Malattia di Whipple, Lipodistrofia totale, Sindromi Adrenogenitali Congenite, Xantomatosi cerebrotendinea, Malattia di Niemann-Pick, Mucopolipidosi, Atrofia dentato rubropallidoluysiana, Sindrome di Lennox Gastaut, Vitreoretinopatia essudativa familiare, Ciclite eterocromica di Fuch, Atrofia essenziale dell'iride, Emeralopia congenita, Sindrome di Oguchi, Congiuntivite lignea, Malattia di Krabbe, Malattia di Alexander, Ceroido-lipofuscinosi, Atassia teleangectasica, Sindrome di Marinesco-Sjogren, Malattia di Kennedy, Neuropatia assonale gigante, Malattia di Refsum, Miopatia central core, Miopatia centronucleare, Miopatia nemalinica, Distrofie ereditarie della corioide, Degenerazioni della cornea, Linfangectasia intestinale, Eritrocheratolisi hiemalis, Pemfigoide benigno delle mucose, Agenesia cerebellare, Malattia del fegato policistico, Acrodisostosi, Camptodattilia familiare, Gastroschisi, Sindrome di Poland, Sindrome femoro-facciale, Cutis Laxa, Cute marmorea teleangectasica congenita, Discheratosi congenita, Sindrome di Parry-Romberg, Sindrome di De Morsier, Sindrome di Goldenhar, Sindrome di Maffucci, Sindrome di Meckel, Sindrome di Moebius, Sindrome di Pfeiffer, Sindrome di Seckel, Sindrome branchio-oculo-facciale, Sindrome di Townes-Brocks, Sindrome di Wolfram, Sindrome di Cockayne, Sindrome di Denys-Drash, Displasia oculo-digito-dentale, Displasia spondiloepifisaria congenita, Ipomelanosi di Ito, Sindrome di Isaacs, Neuroacantocitosi, Sindrome di Poems, Sindrome di Vogt-Koyanagi-Harada, Sindrome di Walker-Warburg, Sindrome alcolica fetale, Apnea infantile, Sindrome di Gerstmann.

Provvedimento della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19.09.08 (Gazzetta Ufficiale n. 236 del 08.10.08)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 2 DELL'INTESA IN MATERIA DI ACCERTAMENTO DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA, PERFEZIONATA NELLA SEDUTA DELLA CONFERENZA UNIFICATA DEL 30 OTTOBRE 2007 (REP. ATTI N. 99/CU), SUL DOCUMENTO RECANTE «PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA O DI ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE IN LAVORATORI ADDETTI A MANSIONI CHE COMPORTANO PARTICOLARI RISCHI PER LA SICUREZZA, L'INCOLUMITÀ E LA SALUTE DI TERZI». (REP. ATTI N. 178/CSR)

In ottemperanza a precedenti disposizioni, questo provvedimento individua le procedure diagnostiche e medico legali con le quali effettuare le analisi, garantendo affidabilità e uniformità secondo metodiche di qualità condivise, per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori che svolgono mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

Esso definisce, tra l'altro, le modalità di attivazione ed esecuzione degli accertamenti sanitari, le procedure accertative di primo livello da parte del medico competente, le procedure di laboratorio per l'effettuazione di accertamenti tossicologico-analitici di primo livello, le procedure diagnostiche-accertative di secondo livello a carico delle strutture sanitarie competenti, la metodologia dell'accertamento da parte del medico competente.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 18.09.08, Gazzetta Ufficiale n. 245 del 1-8.10.08

ULTERIORI MODIFICHE AL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE 1° LUGLIO 2004 RECANTE «DISCIPLINA DELL'ORGANIZZAZIONE E DEL FUNZIONAMENTO DEL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM)»

Ridefinita l'organizzazione ed il funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM).

Il provvedimento, che sostituisce precedenti disposizioni che vengono abrogate, affronta, tra gli altri, i seguenti punti: missione ed attività, rapporti con le regioni, relazioni internazionali, attività di comunicazione e informazione, sala situazioni, attività di aggiornamento e formazione, raccordo istituzionale, organizzazione, composizione e funzioni del comitato strategico, composizione e compiti del comitato scientifico permanente e dei sottocomitati scientifici di progetto a termine, compiti del direttore operativo, disposizioni finanziarie.

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>

LANCIATO MMG-NET IL SW CHE COLLEGA TUTTI I GESTIONALI MEDICI

NOVITA' IMPORTANTE PER MEDICI CHE VOGLIANO COSTITUIRE UNA MEDICINA IN RETE O UNA MEDICINA DI GRUPPO

In occasione del Congresso di Ippocrate tenutosi a Cascina (PI) una settimana fa e' stato presentato il software MMG-NET.

Referenti sono stati diversi colleghi di provata correttezza che lo hanno usato per lungo periodo provandone la funzionalita'.

Un desktop allestito in loco ha permesso ai presenti di testare il sistema e di discuterne le caratteristiche direttamente con gli inventori.

Un sistema velocissimo e "leggero", che non necessita di particolari attrezzature o modifiche del computer e che si occupa automaticamente di effettuare aggiornamenti, allineamenti di archivi, copie di sicurezza.

In poche parole: MMG-NET permette di collegare in rete medici che usino programmi gestionali diversi senza doversi uniformare ad una scelta uguale per tutti.

Questo rompe i tentativi di monopolio delle varie Aziende, che tentano di imporre forzatamente il proprio sw all' intero gruppo.

Viene facilitata una vera concorrenza, con evidenti vantaggi per i medici e per le aziende meno "pesanti" sul mercato.

Inoltre permette una facile migrazione del medico da un gruppo ad un altro, senza la necessita' di cambiare software gestionale.

Utile per medici che abbiano piu' studi, perche' permette di allineare gli archivi automaticamente.

E' possibile perfino operare in "modalita' terminale", vale a dire usare il proprio computer senza mantenere in esso i dati sensibili e gli archivi (trasferiti su server sicuro) evitando quindi tutti i problemi burocratici e di privacy e collegandosi da computer diversi.

I costi sono molto contenuti, solo una percentuale delle indennita' informatiche percepibili, con possibilita' di facilitazioni.

Maggiori informazioni su <http://www.mmg-net.it/>

Recapiti: tel. 091.323834/333493

fax. 091.6118839

e-mail: info@mmg-net.it

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>