

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 4 numero 2

Febbraio 2008

Indice

Dal Congresso di "Ippocrate" 2007: La Strongiloidiasi	Pag. 2
Il punto sulla Menigite	Pag. 3
Terapia sequenziale per la eradicazione dell'Helicobacter Pylori	Pag. 4
Nella Fibrillazione Atriale i vecchi anticoagulanti sembrano ancora i migliori	Pag. 4
Curare il raffreddore? Resta un' utopia...	Pag. 5
E' proprio innocua l' ipertensione "da camice bianco"?	Pag. 5
La terapia steroidea, anche inalatoria, e' a rischio di cataratta	Pag. 6
La bicicletta, divertente ma non sempre innocua	Pag. 6
Contracezione durante l'allattamento	Pag. 7
Si incrina la teoria "Basso e' meglio" sul colesterolo LDL	Pag. 7
Bisfosfonati possibile causa di dolore muscoloscheletrico	Pag. 8
Depressione e asma non vanno d'accordo	Pag. 8
Nefrite interstiziale acuta da Inibitori di Pompa Protonica	Pag. 9
Dosaggio "fuori scheda tecnica"? E' omicidio colposo	Pag. 9
Il certificato di "Malattia Grave"	Pag. 10
Il contrassegno-auto per invalidi permette il transito in tutte le ztl...	Pag. 10
... ma non la sosta sulle strisce pedonali!	Pag. 10
PRINCIPALI NOVITA' IN G. U. gennaio 2008	Pag. 11
News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)	Pag. 13
Invalidi civili, ciechi e sordomuti: adeguamento delle prestazioni 2007	Pag. 13
Mal. da reflusso gastroesofageo (mrge): terapie convenzionali e non convenzionali	Pag. 14

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>

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

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (agg. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Guido Zamperini (redattore)
Collaborano:
Marco Grassi, Clementino Stefanetti

Per riceverla gratuitamente:

d.zamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

Archivio completo:

Oltre 3000 articoli e varie risorse
su <http://www.pillole.org/>

Contenuti selezionati:

www.scienzaeprofessione.it

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

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



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>

Dal Congresso di "Ippocrate" 2007: La Strongiloidiasi (di A. R. Marchetti)

La strongiloidiasi è la malattia causata dal parassita *Strongyloides stercoralis*. Al contrario della maggior parte delle altre malattie da parassiti, che con alcune eccezioni sono quasi scomparse dal nostro paese, questa è tuttora presente in misura significativa soprattutto presso la popolazione anziana in certe aree d'Italia (pianure, risaie, terreni un tempo paludosi). Purtroppo è un problema poco conosciuto anche presso la classe medica. È considerato, probabilmente a torto, una malattia rara, ma è più corretto affermare che è raramente diagnosticata, sia perché non vi si pensa, sia perché la diagnosi di laboratorio è difficile.

Come si contrae la malattia?

Le persone infette eliminano assieme alle feci le larve (microscopiche) del parassita. Se la defecazione avviene nell'ambiente esterno, ad es. in campagna (come era frequente fino ad alcuni decenni or sono), le larve contaminano il terreno. Se una persona cammina a piedi scalzi su un terreno in cui sia presente il parassita, le larve possono penetrare attraverso la cute e infettare il nuovo ospite ignaro. Una volta avvenuta la prima penetrazione delle larve, queste daranno origine dopo un complesso ciclo alla femmina adulta del verme, che ha come habitat definitivo l'intestino dell'ospite. Essa produrrà uova che daranno origine a nuove larve; parte di queste fuoriescono con le feci appunto, ma altre penetreranno nuovamente la pelle o la parete dell'intestino iniziando un nuovo ciclo, e così di seguito. Questo significa che, dopo la prima infestazione, la parassitosi è in grado di automantenersi nell'ospite infetto per tutta la vita, a meno che non venga adeguatamente riconosciuta e trattata.

Quali sono i sintomi?

Per molti anni la malattia può passare inosservata e non dare luogo a sintomi significativi, oppure può causare dolori addominali ricorrenti (a volte scambiati per attacchi di appendicite), disturbi respiratori come crisi asmatiche, e soprattutto prurito generalizzato e lesioni di vario tipo sulla pelle. Qualche volta il parassita interferisce con l'assorbimento delle sostanze nutritive da parte dell'intestino provocando dimagri-

mento e deperimento organico. I disturbi si manifestano più spesso (ma non solo) nell'anziano, a causa dell'indebolimento delle difese immunitarie. La causa il più delle volte non è riconosciuta, e molti casi sono etichettati come "prurito senile", "colon irritabile", asma, ecc.



La Sala delle Terme durante il Congresso

Vi sono casi gravi?

La strongiloidiasi può essere mortale. Questo avviene quando un paziente, per qualsiasi motivo, perde le sue difese immunitarie, o a causa di un'altra malattia, o, più spesso, in seguito a trattamenti con farmaci che causano immunodepressione: cortisone e derivati, chemioterapie di tumori, terapie immunosoppressive anti-rigetto in pazienti trapiantati, e altri. In questi casi, non più tenuta a controllo dalla difesa naturali dell'organismo, la parassitosi può esplodere in modo virulento invadendo tutti gli organi e tessuti dell'organismo e portando a morte in pochi giorni.

Quante sono le persone infette?

Nel mondo si stima che vi siano almeno 100 milioni di soggetti infetti, e probabilmente sono molti di più, in gran parte nei paesi in via di sviluppo. In Italia non vi sono stime attendibili, sia perché la grande maggioranza dei casi non vengono diagnosticati, sia perché non sono stati effettuati studi epidemiologici a campione tra la popolazione. In Italia del Nord, comunque, vengono diagnosticati alcune centinaia di casi ogni anno: questo corrisponde probabilmente ad alcune migliaia di soggetti portatori, in gran parte ignari, del parassita. Sarebbe fondamentale che

venissero riconosciuti e adeguatamente trattati, per evitare che possano andare incontro in seguito a complicazioni gravi.

Quando si deve sospettare la strongiloidiasi?

Un anziano con prurito continuo o altri dei sintomi già descritti. Un semplice esame di laboratorio, il comune emocromo con formula (cioè il conteggio dei globuli rossi e globuli bianchi del sangue) può essere molto utile: se un anziano (con o senza sintomi) presenta un aumento degli eosinofili, ha una certa probabilità di avere la strongiloidiasi, che in questo caso andrà cercata molto attentamente, soprattutto se il soggetto proviene da aree agricole (e in particolare risaie), o quantomeno vi ha trascorso l'infanzia.

Come si fa la diagnosi?

Con un esame delle feci in cui si cercano al microscopio le larve del parassita. Purtroppo spesso l'esame risulta negativo anche nei soggetti infetti. Esistono metodi più sensibili, ad esempio presso il laboratorio del Centro per le malattie tropicali, Ospedale Sacro Cuore di Negrar, Verona, è stato messo a punto un test (Immunofluorescenza indiretta) su sangue per la ricerca di anticorpi anti-*Strongyloides*) che dà risultati molto attendibili.

Che cosa si deve fare per prevenire la malattia?

Ci si può infettare solo in un modo, ovvero venendo a contatto con terreno contaminato attraverso la pelle. Quindi per prevenire a malattia basterebbe non camminare a piedi scalzi e non lavorare con le mani nude nel terreno. In Italia al giorno d'oggi è estremamente raro e improbabile che vi sia presenza di larve nel terreno, perché le condizioni igieniche sono nettamente migliorate. Ecco perché la grandissima parte dei casi si osserva in soggetti sopra i 50-60 anni (che si erano infettati da piccoli), e quasi mai nei bambini o nei giovani. Per chi viaggia in paesi tropicali, però, queste precauzioni vanno ricordate (naturalmente non si riferiscono a chi cammina sulle spiagge di sabbia, dove non vi è praticamente rischio).

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>

Il punto sulla Meningite

E' giustificato l'allarmismo dei mass-media dopo i recenti casi di meningite segnalati in Veneto e in altre regioni italiane? Utile fare il punto sulla situazione

Nella rubrica "Lettere e Commenti" del quotidiano "La Repubblica" del 12 gennaio 2008 appare la lettera di un lettore [1] che ricorda il caso di suo figlio di poco più di 3 anni, morto nel 2006 per meningite. Il lettore lamenta la poca chiarezza delle informazioni fornite dai mass media:

1) esistono vari tipi di meningite e, per quanto riguarda il meningococco, vi sono due forme, quella da gruppo B quella da gruppo C

2) la meningite da meningococco da gruppo B è la forma più pericolosa e letale, almeno negli ultimi anni

3) per il momento è disponibile solo il vaccino per il tipo C

Il lettore conclude ricordando che suo figlio era stato vaccinato contro il meningococco di tipo C.

Questa lettera offre l'occasione per fare il punto sulla vicenda dopo i recenti casi di meningite verificatisi soprattutto nel trevigiano.

Quali sono le cause della meningite?

La meningite può essere di tipo batterico, virale (meningite asettica) o micotico. Le forme batteriche sono dovute essenzialmente allo streptococco pneumoniae, all'haemophilus influenzae e alla neisseria meningitidis (o meningococco).

Secondo i dati riportati dal Ministero della Salute [2] in Italia si verificano in media circa 900 casi di meningite all'anno con una mortalità che si attesta attorno al 10-14%. Dal 1994 al 2007 (dati del 2006 e 2007 non definitivi) sono stati registrati in totale 11.779 casi di meningite: 3295 dovuti allo pneumococco, 872 dovuti all'emofilo e 3.032 dovuti al meningococco. Le forme da emofilo sono in calo grazie alla vaccinazione contro l'emofilo influenzae tipo B (HIB) a cui viene sottoposta la stragrande maggioranza dei bambini. Anche le forme da pneumococco potrebbero ridursi per merito della vaccinazione antipneumococcica offerta ai bambini e agli anziani in molte ASL.

Sempre secondo i dati del Ministero sono stati registrati nel periodo 1994-2007 (dati non definitivi per 2006 e 2007) 959 casi dovuti al meningococco B e 562 dovuti al meningococco C. Il tipo B quindi appare più frequente ma nel 2004 e nel 2005 c'è stata un'inversione e si sono registrati più casi di tipo C che di tipo B [2]. Non sembra invece che la forma B sia più letale della forma C, anzi dati di letteratura fanno ritenere il contrario [6].

Comunque, un primo messaggio che deve esser dato alla popolazione è che non tutti i casi di meningite sono dovuti al meningococco e non tutti i casi di meningite meningococcica sono dovuti al tipo C, contro il quale è attivo il vaccino.

Come ci si contagia con il meningococco?

Il meningococco vive abitualmente come saprofita nelle alte vie respiratorie di molte persone che non ne risentono assolutamente (portatori sani). Si calcola che circa il 10% dei soggetti sia un portatore sano di meningococco. Solo in pochi casi si sviluppa la malattia, di solito come caso sporadico. Si verificano occasionalmente anche piccoli focolai, come è successo recentemente nella provincia di Treviso. Non si tratta quindi di un fenomeno nuovo, nè eccezionale. Il germe si trasmette da persona a persona, per via respiratoria, e il rischio aumenta, come per tutte le malattie con questa modalità di contagio, quando si soggiorna in ambienti affollati e chiusi, con scarso ricambio d'aria. Non sono stati descritti invece casi di infezione contratta per via alimentare. Inoltre il meningococco non resiste nell'ambiente esterno per cui non è necessaria una bonifica degli ambienti.

Ma perchè alcuni soggetti si ammalano e altri no? La questione non è ancora chiara: in qualche caso può entrare in gioco un ceppo particolarmente virulento, in altri casi ci può essere un abbassamento delle difese immunitarie del paziente. Alcuni ipotizzano che una infezione virale o da micoplasma possa provocare una lesione a livello dell'epitelio del nasofaringe e facilitare la penetrazione del meningococco nel sistema nervoso [3].

Quando è indicata la profilassi antibiotica?

Il ministero della Salute ha ricordato quali sono le indicazioni alla profilassi antibiotica [5]: conviventi, chi ha soggiornato nella stessa casa del paziente, chi è venuto in contatto nella settimana precedente con secrezioni orali del paziente, senitari esposti alle secrezioni respiratorie del paziente. Non è invece indicata in chi ha avuto contatti a basso rischio. I farmaci usati per la profilassi sono rifampicina, ceftriaxone o ciprofloxacina (per soggetti > 18 anni).

Quanti vaccini esistono?

Esistono due tipi di vaccino. Il vaccino polivalente A-C-Y-W135 che però è poco immunogeno e il vaccino contro il meningococco C che offre immunità di lunga durata.

E' allo studio, ma non ancora disponibile, un vaccino contro il meningococco tipo B. Le difficoltà incontrate dipendono dal fatto che alcuni antigeni del tipo B sono simili ad antigeni cellulari umani.

Chi vaccinare contro il meningococco C?

La vaccinazione viene consigliata a particolari pazienti a rischio affetti da malattie ematologiche (asplenia, splenectomia, talassemie, falcemia), immunodepressione ed infezione da HIV, diabete tipo 1, insufficienza renale cronica, cardiopatie o epatopatie gravi. Attualmente viene offerta anche dopo il primo anno d'età a bambini e adolescenti in molte regioni d'Italia. Il recente cambiamento epidemiologico con aumento dei casi di infezione da gruppo C, secondo alcuni, potrebbe rendere consigliabile estendere la vaccinazione a tutti i bambini e adolescenti.

Infine il vaccino viene consigliato nelle zone in cui si verificano piccole epidemie come quella recente del trevigiano.

Perchè in Veneto la vaccinazione viene offerta agli adolescenti e ai giovani adulti?

Perchè statisticamente si tratta della fascia più colpita dalla malattia. Tuttavia secondo i dati forniti dal Ministero, nel periodo 2000-2005, sono stati registrati 1.614 casi di meningite da meningococco di cui: 640 nella fascia 0-9 anni, 457 nella fascia 10-24 anni e 424 nella fascia

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>

25-64 anni. La malattia può colpire quindi a qualsiasi età, anche se diventa molto più rara negli anziani.

E' giustificato l'allarmismo dei mass-media?

In due note [4,5] il Ministero della Salute ricorda che i recenti casi verificatisi in Veneto non sono eccezionali nè sono una novità perchè piccole epidemie (definite cluster: almeno 2 casi in 30 giorni in un raggio di 50 km) in Italia ci sono sempre state: negli ultimi 7 anni ci sono stati 48 piccoli cluster, la maggior parte nel nord e nel centro Italia. La circolare sottolinea che il piccolo cluster verificatosi in Ve-

neto è probabilmente dovuto a circostanze particolari che si sono casualmente sommate tra loro: soggiorno dei pazienti in ambiente affollato, contatti stretti, individui provenienti da zone ad alta suscettibilità alla malattia. Comunque la meningite si presenta di solito nei mesi freddi per cui ci saranno sicuramente altre segnalazioni di casi sporadici fino a primavera.

Fin qui il Ministero della Salute. Stando così le cose l'eccessiva attenzione che i mass-media hanno dedicato all'argomento con conseguente allarmismo da parte di genitori e giovani non appare giustifi-

cato. Dal canto nostro chiudiamo con una domanda provocatoria: un anno era l'influenza che spediva in ospedale quasi tutti gli italiani, un altro la SARS (chi se la ricorda più?), un altro ancora la mucca pazza e poi l'aviarica, che sembrava una vera e propria piaga biblica destinata a mietere milioni di vittime e che invece è sparita come neve al primo sole. Quale altra terribile epidemia ci colpirà l'anno prossimo?

Renato Rossi
(www.pillole.org)

Terapia sequenziale per la eradicazione dell'Helicobacter Pylori

Una nuova modalità di eradicazione per l'*Helicobacter pylori* (terapia sequenziale) risulta superiore al trattamento standard, soprattutto nei casi di resistenza alla claritromicina.

La resistenza agli antibiotici ha diminuito i tassi di eradicazione dell'*Helicobacter Pylori* in tutto il mondo. L'obiettivo di questo trial è stato quello di valutare se una terapia antibiotica sequenziale era migliore della classica triplice terapia nella eradicazione di HP in adulti con dispepsia o ulcera peptica. Sono stati reclutati 300 pazienti in due ospedali italiani con dispepsia o ulcera peptica e randomizzati in doppio cieco a ricevere i due trattamenti alternativi. La diagnosi di infezione da HB è stata ottenuta mediante uno o più dei tradizionali metodi di diagnosi di infezione da HP: 13 C-urea breath test, gastroscopia con test rapido

all'ureasi, istologia, coltura e antibiogramma mentre per la valutazione della avvenuta eradicazione è stato utilizzato il 13 C-urea breath test effettuato 4 e 8 settimane dopo il termine della terapia (è stata considerata come avvenuta eradicazione la negatività di entrambi i test)

L'intervento attivo è consistito in -10 giorni di trattamento con 40 mg di pantoprazolo + 1 gr. di amoxicillina + placebo due volte al giorno per i primi 5 giorni -seguito da 40 mg. di pantoprazolo + 500 mg di claritromicina + 500 mg. di tinidazolo due volte al giorno per i rimanenti 5 giorni

Mentre il trattamento di controllo prevedeva

-10 giorni di terapia a base di 40 mg. di pantoprazolo + 500 mg. di claritromicina + 1 gr. di amoxicillina due volte al giorno.

Il tasso di eradicazione di HP è risultato significativamente maggiore con il trattamento sequenziale rispetto alla terapia standard sia nella analisi intention to treat (89% vs. 77%; P = 0.0134; differenza, 12% [95% CI, 3% a 20%]) che nell'analisi per protocol (93% vs. 79%; P = 0.0013; differenza, 14% [CI, 6% a 21%]).

La terapia sequenziale è risultata molto più efficace nei pazienti con resistenza alla claritromicina (89% vs. 29%; P = 0.0034).

L'incidenza di effetti collaterali è stata sovrapponibile nei due gruppi.

Fonte

Ann Intern Med. 2007;146:556-563.
(Commenti di Marco Grassi e di Renato Rossi presto su www.pillole.org)

Nella Fibrillazione Atriale i vecchi anticoagulanti sembrano ancora i migliori

Nel confronto tra gli antagonisti della vitamina K e l'idraparinax in pazienti con F.A., la prevenzione degli eventi tromboembolici appare simile, ma il nuovo farmaco presenta una incidenza più elevata di emorragie clinicamente significative.

In questo studio in aperto di non inferiorità sono stati arruolati 4.576 pazienti con fibrillazione atriale, randomizzati a idraparinax 2-5 mg/settimana (n = 2283) oppure antagonisti della vitamina K a dosi tali da mantenere l'INR tra 2 e 3 (n = 2.293). Lo studio era in aperto ma la valutazione degli esiti avveniva in cieco

rispetto al tipo di trattamento effettuato. L'end-point primario era l'incidenza cumulativa di stroke ed embolismo sistemico. Venivano valutate anche, come esito di safety, le emorragie clinicamente rilevanti. L'analisi è stata effettuata secondo l'intenzione a trattare.

Dopo un follow-up medio di 10,7 mesi lo studio è stato interrotto a causa di un eccesso di sanguinamenti clinicamente rilevanti nel gruppo idraparinax (19,7 vs 11,3 per 100 pazienti/anni; P < 0,0001). Le emorragie intracraniche furono 21 nel gruppo idraparinax e 9 nel gruppo antagonisti della vitamina K. I pazienti a rischio più elevato di complicanze erano

gli anziani e quelli con insufficienza renale. Per quanto riguarda i casi di tromboembolismo, essi furono 18 nel gruppo idraparinax e 27 nel gruppo antagonisti della vitamina K (HR 0,71; IC95% 0,39 - 1,30), questi valori soddisfacevano i criteri pre-stabiliti di non inferiorità. I decessi non differirono tra i due gruppi: 62 vs 61.

Gli autori concludono che idraparinax non è inferiore agli antagonisti della vitamina K nella fibrillazione atriale per quanto riguarda gli eventi tromboembolici ma provoca più emorragie.

Fonte: Lancet 2008 Jan 26; 371:315-321.

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>

Curare il raffreddore? Resta un' utopia...

Antistaminici e decongestionanti per via nasale restano i soli farmaci utili a ridurre i sintomi del comune raffreddore.

Il raffreddore è una infiammazione acuta della mucosa nasale causata da virus, molto frequente nei periodi freddi, spesso associata ad interessamento di altre zone delle alte vie respiratorie come la gola, i seni paranasali, la trachea. Sintomi tipici del raffreddore sono l'ostruzione nasale e la rinorrea sierosa-mucosa.

Tuttavia possono associarsi anche tosse, mal di gola, cefalea, febbre, astenia e mialgie. I virus più frequentemente in causa sono i rhinovirus ma anche altre specie possono causarlo, come per esempio il virus respiratorio sinciziale o i paramixovirus.

Si dice che il raffreddore "curato" dura una settimana e "non curato" dura sette giorni, per sottolineare che non esiste una terapia in grado di abbreviarne il decorso. Tra i medici circola anche un aneddoto, secondo il quale ad un paziente che si presenta per chiedere una cura per il raffreddore si dovrebbe dare una

confezione di fazzoletti di carta e dire chiaramente che è tutto quello che la scienza può fare per lui. Una soluzione che probabilmente pochi accetterebbero di buon grado perchè la malattia, pur non causando conseguenze gravi, comporta indubbiamente sintomi molto fastidiosi oltre che perdita di giornate lavorative.

Esistono perlomeno trattamenti che sono in grado di alleviare i sintomi e di ridurre il disagio causato dal raffreddore?

Analizzando i dati riportati da Clinical Evidence si può affermare che probabilmente utili sono gli antistaminici e i decongestionanti topici, perlomeno a breve termine. Di solito vengono prescritti per alcuni giorni, ma l'efficacia sui sintomi nasali è spesso modesta. Non è ben determinato se siano di qualche beneficio vari tipi di trattamenti (inalazioni caldo-umide, decongestionanti topici a lungo termine, analgesici-antinfiammatori, zinco, vitamina C, e-chinacea) e inutili o dannosi risultano gli antibiotici.

Nel bilancio rischi/benefici bisogna con-

siderare anche gli effetti collaterali degli antistaminici, soprattutto quelli di prima generazione che paiono essere i più efficaci nel ridurre i sintomi nasali ma anche quelli più gravati da sedazione-/sonnolenza e da secchezza delle mucose.

Talora si possono prescrivere sedativi per la tosse: sembra più utile il destrometorfano mentre la codeina potrebbe non essere efficace nella tosse associata al raffreddore.

Alcuni pazienti comunque trovano che le inalazioni caldo-umide riducono l'ostruzione nasale e, se effettuate prima di coricarsi, possono migliorare il riposo notturno che, a causa dei sintomi, risulta di solito molto disturbato. Se non altro si tratta di una misura priva di effetti collaterali.

Renato Rossi

Referenze

1. Clinical Evidence, Ed. Italiana. Disponibile, previa registrazione, al sito: <http://clinev.it>
2. Am Fam Physician 2007;75:515-20

E' proprio innocua l' ipertensione "da camice bianco"?

Non e' detto che l' ipertensione momentanea da stress emotivo sia del tutto innocua. Alcuni aspetti interessanti e controversi sulla "Ipertensione arteriosa da camice bianco".

Due sono le casistiche più ampie finora disponibili in letteratura, lo studio Italiano PAMELA (Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni) [1] e lo studio Ohasama in Giappone [2].

Prenderò come esempio lo studio PAMELA perché è uno studio di casa nostra e riguarda il nostro paziente ideale evitando possibili bias di selezione di popolazione.

In base al metodo e al modo della misurazione della Pressione Arteriosa si possono definire 4 gruppi di soggetti:

Normotesi (PA normale in ambulatorio e a domicilio),

Ipertensione da camice bianco (PA elevata in ambulatorio e normale a domicilio),

Ipertensione mascherata (PA elevata in ambulatorio e normale a domicilio),

Ipertensione sostenuta o vera (PA eleva-

ta in ambulatorio e a domicilio).

In base allo studio PAMELA, su un campione di 3.200 persone estratto dalla popolazione generale di Monza, dopo esclusione degli ipertesi trattati, il 67% dei partecipanti erano normotesi veri, il 12% ipertesi veri, il 12% ipertesi da camice bianco ed il 9% ipertesi mascherati.

Per quel che riguarda l'ipertensione mascherata, nello studio PAMELA, i valori di massa ventricolare sinistra nei portatori di questa forma (91,2 g/m²) erano più vicini a quelli riscontrati negli ipertesi veri (94,2 g/m²) che nei normotesi (79,4 g/m²), mostrando l'esistenza di un danno d'organo. Il peso prognostico dell'ipertensione mascherata è ulteriormente sostenuto da un'indagine svedese su 578 uomini, tutti settantenni, ipertesi non trattati, non diabetici e senza precedenti eventi cardio o cerebrovascolari, seguiti per più di 8 anni. L'incidenza di eventi cardiovascolari era significativamente maggiore negli ipertesi veri (3,14 per 100 anni-persona) e nell'ipertensione mascherata (2,74 per 100 anni-

persona) che nei normotesi veri (0,99 per 100 anni-persona) [3].

Lo studio PAMELA ci aiuta a fissare alcune preziosissime informazioni che il medico deve necessariamente tenere in conto nella sua attività quotidiana.

- Tutte le misurazioni della PA (a domicilio, in studio e la misurazione delle 24 ore) sono da considerare utili per stabilire il rischio del nostro paziente iperteso.

- E' stato notato un trend aumentato sia che si consideri il danno d'organo sia che si consideri il Rischio Relativo di morte da cause cardiovascolari o di tutte le cause di morte passando, in ordine di rischio, dal normoteso alla ipertensione da camice bianco alla ipertensione mascherata e alla ipertensione vera o sostenuta.

Si rimanda ad altri articoli per una più dettagliata spiegazione.

Un aspetto assai controverso riguarda la ipertensione da camice bianco, considerato un artefatto o comunque privo di significato clinico da alcuni e considera-

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>

to importante fattore prognostico da altri. Il problema delle diversità di opinioni risiede sulla definizione di ipertensione da camice bianco il più delle volte considerata come pressione superiore alla norma. Altri invece hanno definito il fenomeno quando la pressione arteriosa era superiore di almeno 15 mm/Hg dalla norma.

Per dirimere il dubbio ci viene in aiuto uno studio di Coorte prospettico, sempre Italiano, [5] con 1.013 pazienti di età media di 33,6 +/- 0,5 anni e una pressione arteriosa media in studio di 153,3 +/- 0,6 su 95,5 +/- 0,4 mm/Hg che ha voluto dimostrare se esiste una relazione tra ipertensione da camice bianco e danni d'organo. I pazienti vennero divisi in 3

gruppi in base al valore della Pressione Arteriosa in studio.

Gruppo 1: PAS 143.7 ± 0.79; PAD 88.3 ± 0.69

Gruppo 2: PAS 148.8 ± 0.63; PAD 95.1 ± 0.48

Gruppo 3: PAS 167.7 ± 1.20; PAD 109.28 ± 0.78

La pressione era misurata anche con un holter pressorio per 24 ore. Il danno d'organo era quantificato con ECG, Rx Torace, Ecocardiogramma e Oftalmoscopia. Lo studio dimostra che i pazienti con un più marcato fenomeno della ipertensione da camice bianco (il gruppo 3) sono a rischio di danno d'organo. Negli altri 2 gruppi il danno è trascurabile o

assente.

In termini pratici cosa ci dice questo studio?

Ci dice che i soggetti con fenomeno della ipertensione da camice bianco che rientrano nei gradi II e III secondo la classificazione dell'OMS della Ipertensione Arteriosa sono a rischio di complicanze d'organo e andrebbero considerati alla stregua degli ipertesi veri. Una possibile limitazione dello studio è la mancanza di stratificazione per fattori di rischio e le caratteristiche dei soggetti, come fatto nello studio PAMELA, che avrebbe potuto creare un sovradimensionamento dei risultati.

Clementino Stefanetti

La terapia steroidea, anche inalatoria, e' a rischio di cataratta

La cataratta è un evento avverso noto associato alla terapia steroidea per via sistemica, oftalmica o topica.

Nel 2006 il Centro Regionale di Farmacovigilanza di Parigi ha riportato un caso di cataratta capsulare posteriore bilaterale in un ragazzo di 13 anni che aveva assunto, per la cura dell'asma allergico, beclometasone per via inalato-

ria (250 µg BID) per 4 mesi l'anno per un totale di 4 anni (3). La sua acuità visiva era rimasta tale da evitare l'intervento chirurgico.

Gli Autori allora hanno fatto una revisione di cinque studi sul rischio di cataratta in bambini e uomini trattati con steroidi per via inalatoria. Quattro studi riportavano episodi di cataratta e tre mostravano un aumento dell'incidenza,

statisticamente significativo, fra gli adulti. Non erano presenti casi di pazienti al di sotto dei 13 anni.

Questo rappresenta un motivo in più per riconsiderare la necessità di una terapia a lungo termine con steroidi per via inalatoria.

Fonte: Prescrire International 2007; 16: 22; ripreso da www.farmacovigilanza.org

La bicicletta, divertente ma non sempre innocua

L'uso della bicicletta può essere associato a diversi disturbi della sfera urogenitale, compreso un aumento del PSA

Una recente Review (1) ha cercato di fare chiarezza sulle problematiche urogenitali connesse al ciclismo. L'incidenza in letteratura è ampia e arriva fino al 90%. Queste differenze sono imputabili a diversi fattori, il campionamento, l'età, il peso corporeo (che si correla con la pressione sul perineo), comorbidità e intensità dell'allenamento.

Due sono i fattori responsabili dei sintomi urogenitali: L'intrappolamento del nervo pudendo e l'ipoperfusione peniena.

Il pudendo deriva dal plesso sacrale da S2 a S4. Stando seduti sulla sella della bicicletta si ha una notevole pressione perineale che indirettamente comprime il nervo pudendo e incrementa la frizione nel canale di Alcock. Altro punto di frizione è l'emergenza del nervo sotto il

pube con pinzamento del nervo. Come conseguenza si ha un blocco da ischemia che da origine alla sindrome di Alcock, dolore e parestesie della zona perineale. L'ipoperfusione peniena si manifesta per via della posizione abbassata del corpo con flusso che diminuisce fino al 70% cosa che non avviene nella normale posizione delle biciclette tradizionali con la posizione del corpo eretta.

Parestesie genitali a livello del perineo, scroto e zona anale sono le manifestazioni più comuni da compressione del nervo pudendo. Nelle forme più severe si arriva fino all'impotenza, difficoltà a raggiungere l'orgasmo, ridotta sensazione della defecazione e raramente dolore perineale. Si possono aggiungere disturbi della minzione, ostruzione urinaria, ematuria e prostatiti. Priapismo e infertilità sono altri disturbi trovati nei ciclisti. Si fa notare che la disfunzione erettile e l'infertilità da bicicletta sono controversi mancando rigorosi studi e sono da considera-

re argomenti solo di tipo speculativo.

Anche l'aumento del PSA è un argomento speculativo essendo gli studi che hanno notato questa associazione dei case reports, mentre studi caso controllo non hanno trovato questa associazione.

Quindi in caso di scoperta di PSA aumentato in ciclomotore di età > di 50 anni cosa si fa?

Pensare in primis ad una prostatite e ricercare con l'Esame Obiettivo i segni. Se la prostata non presenta noduli o indurimenti possiamo tranquillamente curare la prostatite con il solito chinolonico a dosaggio pieno per 1 mese associato ad un beve ciclo di FANS per os consigliando l'astensione dall'uso della bicicletta per un tempo adeguato, diciamo circa 2 mesi, e ripetere il dosaggio del PSA. Se il PSA si è abbassato e il paziente sta bene possiamo consigliare di riprendere l'attività consigliando un controllo del PSA dopo 6 mesi.

Clementino Stefanetti

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>

Contracezione durante l'allattamento

E' ben noto che l' amenorrea da lattazione garantisce generalmente un valido effetto aticoncezionale, tuttavia sono possibili ugualmente gravidanze indesiderate. Per una garanzia assoluta occorre integrare con preparati a base di progestinici, con possibili effetti collaterali quali perdite ematiche; sono sconsigliati invece gli estrogeni per gli effetti sulla lattazione.

L'allattamento provoca frequentemente l'inibizione della ovulazione, che, qualora avvenga, e' spesso seguita da una fase luteale inadeguata determinandosi pertanto un'infertilità temporanea. L' ovulazione puo' verificarsi con maggiori probabilità quando l' allattamento non e' costante o quando la suzione è scarsa o poco frequente. Il rischio di gravidanza durante l' amenorrea da lattazione e' valutabile intorno al 2%.

I criteri di sicurezza del metodo sono i seguenti:

- il bambino ha meno di 6 mesi, che si alimenta esclusivamente al seno, con almeno 6 poppate al di' - l'intervallo tra le poppate deve essere inferiore a 4 ore
- non devono verificarsi intervalli notturni maggiori di 6 ore
- non si sono verificate perdite di sangue dalla fine della ottava settimana dopo il parto

Tutte le condizioni devono essere osservate, pena una drastica diminuzione di efficacia.

Qualora si ritenga necessaria una contraccezione ormonale è possibile far ricorso alla contraccezione progestinica poiché quella estrogenica è controindicata in quanto gli estrogeni riducono la produzione di latte e la durata dell'allattamento. Si tratta di effetto

dose-dipendente pero' gli studi sugli anticoncezionali estrogenici a basso dosaggio non hanno ancora fornito sufficienti garanzie.

Per quanto riguarda gli anticoncezionali progestinici, non sono stati riscontrati finora effetti negativi su volume e composizione del latte materno e su accrescimento del bambino.

La maggior parte degli autori propongono di iniziare la contraccezione progestinica sei-otto settimane dopo il parto, a lattazione stabilizzata.

In Italia sono disponibili preparati a base di desogestrel, spesso gravati da sanguinamenti uterini irregolari, medrossiprogesterone acetato depot per iniezione i.m.

Fonte: SaperiDoc

<http://www.saperidoc.it>

Si incrina la teoria "Basso e' meglio" sul colesterolo LDL

I risultati dello studio ENHANCE mettono in discussione l'assioma che quanto più il colesterolo LDL viene abbassato, non importa come, meglio è.

I risultati dello studio ENHANCE stanno provocando un terremoto. Sull'argomento sono stati pubblicati 2 ampi contributi a cui rimandiamo in calce.

In sintesi: in una popolazione di soggetti con ipercolesterolemia familiare eterozigote ezetimibe 10 mg, associato a simvastatina 80 mg/die, pur abbassando lo LDL colesterolo in modo significativamente maggiore rispetto alla sola simvastatina, non ha determinato alcun beneficio sulla progressione dell'ateromasi carotidea.

La maggior parte degli studi su cui poggia la teoria della riduzione del rischio cardiovascolare in virtù di una diminuzione intensa del colesterolo LDL si basa prevalentemente sui risultati degli studi sulle statine, che non fanno solo questo, ma agiscono in molti altri modi, di cui solo alcuni conosciuti in parte.

Pertanto è possibile che l'abbassamento dello LDL colesterolo sia una sorta di fenomeno collegato a qualche altra azione ancora non individuata che è effettiva-

mente responsabile della riduzione degli eventi. Ovviamente è ancora presto per gettare alle ortiche la teoria "lower is better", tuttavia alcuni scricchiolii si sono avvertiti anche prima dei risultati dello studio ENHANCE. Due agenti che abbassano lo LDL colesterolo come gli estrogeni e il torcetrapib in realtà sono stati associati ad un aumento del rischio cardiovascolare. La spiegazione avanzata per questo apparente paradosso è che nel caso degli estrogeni l'azione sul colesterolo sia sopravanzata da un effetto protrombotico e nel caso del torcetrapib l'effetto positivo sulle LDL sia contrastato e sopravanzato da un effetto negativo di incremento della pressione arteriosa. Ma saranno spiegazioni esaustive?

Un' ulteriore possibilità è che le LDL siano un insieme eterogeneo di lipoproteine a diverso grado di potenziale dannoso sul sistema cardiovascolare. In particolare sarebbero soprattutto le LDL ossidate le più nocive.

Un interessante studio (1) sul potere predittivo dei livelli circolanti di LDL ossidate in merito agli eventi cardiovascolari è stato realizzato da un gruppo belga che ha studiato 178 pazienti con malattia

coronarica confermata angiograficamente e 126 soggetti, appaiati per età e sesso, senza malattia coronarica. Lo score di rischio cardiovascolare globale (GRAS) è stato calcolato considerando età, colesterolo totale e LDL, pressione sanguigna, diabete mellito e fumo. I livelli circolanti di LDL in forma ossidata sono stati misurati con metodo ELISA. Rispetto ai controlli i soggetti con CAD mostravano livelli circolanti significativamente più elevati di LDL ossidate LDL (P<0.001) ed un valore più elevato dell'indice di rischio cardiovascolare GRAS (P<0.001). La sensibilità per CAD era del 76% per i livelli circolanti di LDL ossidate (55% per gli uomini e 81% per le donne) rispetto al 20% del GRAS (24% per gli uomini e 12% per le donne), con una specificità del 90%. Il valore predittivo per gli eventi cardiovascolari delle LDL ossidate circolanti era aggiuntivo rispetto allo score GRAS .

E' pertanto possibile che agenti che abbassano le LDL totali, ma non quelle ossidate, non apportino vantaggi sugli eventi clinici.

Lo studio ENHANCE non era disegnato per valutare eventi clinici, bensì un feno-

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>

meno biologico quale lo spessore miointimale carotideo.

Per coerenza con la linea editoriale della testata, per adesso il giudizio è stato sospeso in attesa dei risultati dello studio IMPROVE-IT, un ampio RCT su 10.000 pazienti con malattia coronarica, tra cui soggetti con angina instabile ed infarto, randomizzati ad ezetimibe 10 mg/die + simvastatina 40 mg/die o sola simvastatina 40 mg/die. I pazienti verranno seguiti per 2 anni ed il trial dovrebbe concludersi nel 2011.

Nel frattempo molti pazienti continueranno a ricevere ezetimibe sulla base della teoria del "lower is better", senza alcuna prova diretta sugli eventi clinicamente rilevanti. Se è giusto sospendere il

giudizio su ezetimibe, ci pare altrettanto giusto sospendere anche l'uso e cercare di raggiungere i target di colesterolo, per chi ancora li totemizza in assoluto, con dosi appropriate di statine.

L'approccio al contenimento del rischio cardiovascolare con alte dosi di statine, è infatti supportato da una certa evidenza clinica, specie in prevenzione secondaria. Non sappiamo se il raggiungimento dei mirati target di colesterolo conferisca vantaggi per un effetto su un obiettivo diverso ed ancora sconosciuto di cui l'abbassamento delle LDL è solo una sorta di spia o se l'uso delle statine agisca su sottopopolazioni delle LDL a maggior effetto nocivo sul sistema cardiovascolare, ma almeno abbiamo prove su obiettivi

clinicamente rilevanti.

Luca Puccetti

Referenze

1) Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. 2001;21:844

Gli articoli sullo studio ENHANCE pubblicati

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3732>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3731>

Commento di Renato Rossi su www.pillole.org

Bisfosfonati possibile causa di dolore muscoloscheletrico

La FDA avverte circa la possibile associazione tra uso di bisfosfonati ed insorgenza di dolore muscoloscheletrico.

La FDA sottolinea la possibile associazione tra l'insorgenza di dolore muscoloscheletrico severo e disabilitante ed utilizzo di bisfosfonati.

Il dolore muscoloscheletrico, pur riportato nella scheda tecnica, può insorgere

dopo giorni, mesi o anni dall'inizio della terapia con bisfosfonati. Alcuni pazienti hanno riferito la scomparsa del dolore dopo aver sospeso i bisfosfonati, mentre altri hanno riferito una risoluzione lenta e/o incompleta. I fattori di rischio correlati con l'insorgenza della sindrome algica sono ignoti.

Si tratta di un dolore diverso dalla sindrome simil-influenzale con reazione

sistemica di fase acuta, contrassegnata da febbre, mialgie, brividi, dolore osseo e articolare che talora accompagna la somministrazione endovenosa di aminobisfosfonati e che tende a risolversi con la prosecuzione dell'uso del farmaco.

Fonte: FDA

<http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheet/s/HCP/bisphosphonatesHCP.htm>

Depressione e asma non vanno d'accordo

Se l'asmatico è anche depresso corre un rischio molto elevato di scarsa compliance alla terapia antiasmatica.

In questo studio prospettico di coorte sono stati arruolati 59 pazienti adulti (età media 43,2 anni, 64% donne, 80% afro-americani) ricoverati per riacutizzazione asmatica.

I pazienti sono stati valutati per presenza di sintomi depressivi mentre grazie ad un sistema di monitoraggio elettronica è stato valutato l'uso di steroidi inalatori e orali fino a 2 settimane dopo la dimissione. Il 45% dei pazienti aveva livelli elevati di depressione. L'aderenza alla terapia era minore nei pazienti con importanti sintomi depressivi, anche dopo aver corretto i dati per vari fattori di confondimento (età, sesso, educazione). Avere alti livelli di sintomi depressivi era associato ad una probabilità circa 11 volte superiore di cattiva com-

pliance alla terapia antiasmatica.

Gli autori concludono che sintomi depressivi sono frequenti in pazienti ricoverati per riacutizzazione asmatica e sono associati ad un aumentato rischio di scarsa aderenza alla terapia antiasmatica. Non sappiamo però se lo screening e il trattamento della depressione possano migliorare l'aderenza alla terapia e gli esiti dell'asma.

Fonte:

Smith A et al. Depressive Symptoms and Adherence to Asthma Therapy After Hospital Discharge.

Chest 2006 Oct; 130: 1034-38

Commento di Renato Rossi

Questo studio ci dice che, nei pazienti ricoverati per riacutizzazione asmatica, forse sarebbe utile valutare la presenza di eventuali sintomi depressivi perchè,

una volta dimessi, vi è un rischio elevato che non venga seguita scrupolosamente la terapia prescritta.

Tuttavia bisogna osservare che lo studio ha arruolato un numero molto piccolo di pazienti e che questi potrebbero non essere rappresentativi dell'intera popolazione degli asmatici (per esempio ben l'80% dei casi era rappresentato da afro-americani). E' difficile quindi trasferire queste conclusioni alla pratica clinica, anche se l'invito degli autori a valutare la presenza di sintomi depressivi in chi viene ricoverato per asma è degno di considerazione. In realtà, come conclude lo studio stesso, non sappiamo se uno screening della depressione e un suo eventuale trattamento sarebbero in grado di migliorare l'aderenza alla terapia e a lungo termine le conseguenze dell'asma.

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>

Nefrite interstiziale acuta indotta da inibitori di pompa protonica

La nefrite interstiziale acuta è una reazione avversa rara, ma grave, che può essere associata a inibitori di pompa protonica, e che può portare ad insufficienza renale cronica. Una tempestiva diagnosi associata alla sospensione del farmaco potrebbe prevenire una insufficienza renale potenzialmente fatale.

La nefrite interstiziale acuta (AIN) è una reazione avversa rara, ma grave, che può essere associata a inibitori di pompa protonica (PPI) e che può portare ad insufficienza renale cronica.

Gli autori dello studio sotto riportato (1), osservando una discrepanza tra il numero di casi rilevati dagli studi retrospettivi e quello riportato dai sistemi di segnalazioni spontanee, imputabile ad un'eventuale sottostima della potenzialità dei PPI nel causare l'AIN, analizzano una serie di 7 report ricevuti dal Centro di Farmacovigilanza Olandese, il Lareb, tra l'1 gennaio 1998 e l'1 dicembre 2005 relativi a casi di AIN associati a vari PPI.

L'AIN, caratterizzata dalla presenza di un infiltrato cellulare infiammatorio nell'interstizio renale, può causare insufficienza renale acuta. E' stimato che sia responsabile, in più del 15% dei casi, delle ospedalizzazioni per insufficienza renale acuta (2).

I pazienti con AIN, generalmente, presentano sintomi non specifici dell'insufficienza renale acuta, compresi oliguria, malessere, anoressia, nausea e vomito.

Malgrado dalle indagini cliniche e di

laboratorio possa essere ipotizzata una AIN, non sono disponibili test di laboratorio specifici per confermare la diagnosi pertanto la biopsia renale rimane l'esame più attendibile (2,3).

Le cause dell'AIN, come già commentato da altri autori (3), possono essere classificate in 5 categorie:

Commento

Tra i pazienti dei 7 casi considerati in totale, solo 1 è stato trattato con corticosteroidi, mentre in tutti gli altri casi la sospensione del farmaco è stata sufficiente per la guarigione, infatti in 6 casi la guarigione dei pazienti è avvenuta dopo la sospensione del farmaco coinvolto nella reazione ed un caso dopo trattamento con prednisolone. Questo singolo caso ha riguardato una donna di 76 anni, in terapia con omeprazolo (40mg/die) e solifenacina (5 mg/die), entrambi i farmaci per indicazione non riferita, ed inoltre con diclofenac.

In tal caso i farmaci sospetti nell'insorgenza dell'evento avverso sono sia l'omeprazolo sia la solifenacina, infatti i sintomi di AIN con infiltrato glomerulare si sono presentati 3 mesi dopo l'assunzione di omeprazolo e 3 giorni dopo l'inizio del trattamento con solifenacina e risolti alla sospensione di entrambi i farmaci.

Dal momento che l'AIN è ritenuto un disturbo immunomediato, nel trattamento dell'AIN sono usati i farmaci che modulano la risposta immunologica, specialmente i corticosteroidi.

Tuttavia, uno studio sugli effetti della terapia con corticosteroidi sull'esito

dell'AIN, valutati come concentrazione serica di creatinina (12), non ha rilevato una significativa differenza nei livelli di tale proteina tra il gruppo dei pazienti trattati e quello dei non trattati.

In 1 dei 7 casi il paziente aveva assunto pantoprazolo per via endovenosa.

Tutti i casi sono stati segnalati da medici, ad eccezione di un caso segnalato da un farmacista ospedaliero.

In tutti i casi considerati, il tempo di insorgenza della reazione è stato variabile, da ore a 4 mesi dopo l'inizio del trattamento con PPI, ma in tutti i casi è stato rilevato un aumento della concentrazione serica di creatinina.

In 5 casi la diagnosi di AIN è stata verificata con biopsia renale. Un paziente, dopo 9 giorni dal primo episodio di AIN, ha ripresentato, 12 ore dopo la riesposizione del PPI, la ricomparsa dei sintomi di AIN.

I report descritti, per la varietà delle caratteristiche dei pazienti (età, sesso, tempo intercorso per la risoluzione) e per la relazione dose-risposta non stabilita, supportano l'ipotesi del meccanismo su base immunologica.

E' importante che i medici tengano conto della possibilità di questa reazione avversa, dal momento che un'accurata e tempestiva diagnosi associata alla sospensione del farmaco potrebbe prevenire una insufficienza renale potenzialmente fatale.

Marianna Gentile, Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina
<http://www.farmacovigilanza.org>

Iperdosaggio "fuori scheda tecnica"? E' omicidio colposo

Prescrivere farmaci in dosaggio superiore a quanto indicato introduce un fattore di rischio che, se concretizzato, può configurare l'omicidio colposo.

Un neurologo aveva in cura una paziente affetta, da molto tempo, da una grave sindrome depressiva con un cocktail di farmaci somministrati a dosaggi superiori a quelli indicati.

Essendosi verificato il decesso della paziente, gli accertamenti giudiziali

effettuati evidenziavano tale superdosaggio farmacologico, e confermavano che tale circostanza era da ritenere connessa al decesso con nesso di causalità.

Il medico veniva condannato per omicidio colposo sia in primo grado che in appello; la condanna è poi stata confermata anche in Cassazione (Sentenza n. 840/2007) "per non aver seguito un corretto dosaggio dei farmaci somministrati alla paziente provocando così un accumulo dei principi attivi contenuti

nei medesimi farmaci da cui derivavano gravi alterazioni patologiche che cagionavano il decesso".

Il sanitario quindi, avendo violato il divieto di somministrare le terapie in dosaggi superiori a quelli previsti e senza tener conto della pericolosità dei fattori di accumulo" aveva introdotto nel quadro clinico della paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi.

DZ

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>

Il certificato di "Malattia Grave"

Il medico può essere richiesto di rilasciare una certificazione che attesta l'esistenza di una "malattia grave" senza specificare la diagnosi.

Al medico di famiglia o allo specialista del SSN possono essere richieste certificazioni di "malattia grave" privi di diagnosi al fine di usufruire di permessi o congedi sul posto di lavoro.

Il D M n. 278 del 21/07/2000 ha stabilito che il lavoratore che debba assistere un

familiare affetto da patologie acute o croniche (infettive, neoplastiche, metaboliche, reumatiche ecc.) che ne determinano la temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale può ottenere i congedi dal lavoro previsti dalla Legge n. 53 del 08/03/2000 presentando al datore di lavoro apposita documentazione clinica del medico specialista del SSN o convenzionato.

Il medico, quindi, qualora ne ricorrano i presupposti, è tenuto a rilasciare una

certificazione che attesti l'esistenza di una "malattia grave" ai sensi del DM di cui sopra, senza indicare la diagnosi per motivi di riservatezza. Il certificato non è incluso nell'elenco di quelli gratuiti quindi, fino a disposizioni contrarie, è a carico dell'assistito.

DZ—Fonte: OM di Firenze (tratto da www.pillole.org)

Confermata la linea dura contro i falsi professionisti

Il falso professionista commette reato anche per prestazioni singole e gratuite

La Cassazione, con la sentenza 42790-/2007 ha confermato un atteggiamento intransigente verso coloro che esercitano abusivamente una professione, senza che valga a diminuire la gravità del reato il fatto che tale esercizio sia avvenuto anche per un solo giorno, e gratuitamente. Alcune professioni sono infatti "protette" nel senso che, per poterle praticare, occorre essere obbligatoriamente in possesso di alcuni titoli abilitativi, ed essere

iscritti a specifici Albi.

Per questo motivo la Corte ha annullato l'assoluzione di un fiorentino 60enne che aveva svolto per una sola giornata un'attività di tipo ragionieristico per un amico e in forma completamente gratuita, pur non essendo iscritto all'albo dei ragionieri. Ne è valso ad assolverlo il fatto di aver prestato la sua opera abusiva con il consenso del cliente.

Ai fini della configurabilità del delitto di esercizio abusivo di una professione - spiega la Corte - "non è necessario il compimento di una serie di atti, ma è

sufficiente il compimento di un'unica ed isolata prestazione riservata ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, mentre non rileva la mancanza di scopo di lucro nell'autore o l'eventuale consenso del destinatario della prestazione, in quanto l'interesse lesso, essendo di carattere pubblico, è indisponibile".

E' evidente come questi concetti possano interessare, ancora di più, gli esercenti attività sanitarie.

DZ

Il contrassegno-auto per invalidi permette il transito in tutte le ztl...

Cassazione: permesso invalidi per zone ZTL valido in tutto il territorio nazionale

La Seconda sezione civile della Corte di Cassazione (sentenza 719/2008) ha stabilito che i portatori di handicap forniti di permesso rilasciato dal Comune di residenza per la circolazione e la sosta nelle zone a traffico limitato possono

utilizzarlo in tutto il territorio nazionale, mantenendo intatta la sua validità.

Un automobilista milanese ha così vinto il suo braccio di ferro con il Comune di Roma, che lo aveva multato per avere circolato con la sua auto in una ztl.

La multa era stata poi confermata dal Giudice di Pace che aveva ritenuto non valido, per la circolazione a Roma, il

permesso rilasciato dal Comune di Milano.

La Cassazione ha invece espressamente dichiarato che il contrassegno deve considerarsi "valido per tutto il territorio nazionale".

DZ - Fonte www.studiocataldi.it

... ma non la sosta sulle strisce pedonali!

La Corte di Cassazione (sentenza n. 25-388) ha stabilito che neppure gli invalidi con relativo contrassegno auto possono sostare sulle strisce pedonali.

In queste aree, chiarisce la Corte, non sono consentite né la sosta né la fermata, in quanto si presume la possibilità di intralcio e di pericolo alla circolazione. Per questo motivo già in passato la Cassazione si era espressa in questo senso.

Ne può essere permessa l'occupazione anche parziale delle strisce; l'illecito si verifica, inoltre, anche se non si sia praticamente concretizzato l'impedimento o l'intralcio alla circolazione.

La Corte sottolinea che anche coloro che trasportano persone invalide e sono in possesso dello specifico contrassegno, pur potendo godere di una serie di agevolazioni, devono comunque rispettare divieti imposti per il possibile intralcio e

pericolo per la circolazione.

L'automobilista aveva sostenuto di non aver trovato altro parcheggio e di aver parcheggiato sulle strisce per recarsi in banca. Questa motivazione era stata sufficiente per il Giudice di Pace, ma la Cassazione non ha ritenuto che lo "stato di necessità" fosse sufficientemente provato.

DZ

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 gennaio 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/free/*

Decreto del Ministero della Salute del 17 luglio 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 2 del 03.01.08)

DETERMINAZIONE DEL NUMERO GLOBALE DEI MEDICI SPECIALISTI DA FORMARE NELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE NELL'ANNO ACCADEMICO 2006-2007 ED ASSEGNAZIONE DEI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA PER L'ANNO ACCADEMICO 2006-2007

Sette brevi articoli e 2 tabelle con i quali viene recepito l'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, del 18 aprile 2007 che definisce il numero globale dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione ed il numero dei contratti di formazione specialistica. Il tutto riferito all'anno accademico 2006-2007.

Decreto del Ministero della Salute del 20 dicembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 2 del 03.01.08)

INDIVIDUAZIONE DELL'ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, RELATIVO ALL'ANNO 2008

Il provvedimento stabilisce il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia:

- della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti,
- della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe «A» ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera.

Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 dicembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 5 del 07.01.08)

DISPOSIZIONI URGENTI DI PROTEZIONE CIVILE DIRETTE A FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SOCIO-ECONOMICO-SANITARIA NEL TERRITORIO DELLA REGIONE CALABRIA. (ORDINANZA N. 3635)

Con questo provvedimento viene nominato il Commissario delegato per la realizzazione degli interventi urgenti necessari per il superamento della situazione di emergenza, anche sanitaria, determinatasi nella regione Calabria (dichiarata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri datato 11 dicembre 2007).

In campo sanitario, il Commissario ha il compito di predisporre un apposito programma di interventi che preveda:

- a) la realizzazione delle strutture ospedaliere previste dall'accordo di programma integrativo sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della regione Calabria in data 6 dicembre 2007;
- b) la riorganizzazione, l'adeguamento e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche della rete ospedaliera esistente;
- c) l'accelerazione delle iniziative necessarie per l'adeguamento degli impianti delle strutture sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza;
- d) l'espletamento, in via generale, di tutte le altre iniziative comunque necessarie al superamento del contesto emergenziale in rassegna.

Provvedimento dell'Agenzia delle Entrate del 31 dicembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 8 del 10.01.08, Supplemento ordinario n. 6)

APPROVAZIONE DEL MODELLO PER LA COMUNICAZIONE, DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE, DEI COMPENSI COMPLESSIVAMENTE RISCOSSI IN NOME E PER CONTO DEGLI ESERCENTI ATTIVITÀ MEDICHE E PARAMEDICHE, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMI 39 E 40, DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2006, N. 296. DEFINIZIONE DEI TERMINI E DELLE MODALITÀ TECNICHE DI TRASMISSIONE TELEMATICA

Vengono definite le modalità con cui le strutture sanitarie private devono effettuare, annualmente, la comunicazione dell'ammontare dei compensi complessivamente riscossi, in nome e per conto di ciascun esercente la professione medica, per le prestazioni rese al loro interno.

Si rammenta che tale obbligo è stabilito dall'articolo 1, commi da 38 a 41, della legge 296 del 27 dicembre 2006 (finanziaria 2007).

Il provvedimento dell'Agenzia delle Entrate, oggetto di questa segnalazione, affronta i seguenti punti: soggetti obbligati alla comunicazione, dati oggetto della comunicazione, approvazione del modello di comunicazione (con specifiche tecniche nell'allegato al provvedimento), reperibilità del modello e autorizzazione alla stampa (con caratteristiche tecniche nell'allegato al provvedimento), termini per la trasmissione della comunicazione, modalità di trasmissione della comunicazione, ricevute di conferma ricezione dati, trattamento dei dati, sicurezza dei dati, motivazioni, riferimenti normativi.

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>

Decreto del Ministero della Salute del 21 dicembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 13 del 16.01.08)**NUOVA DISCIPLINA DELLE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI E DELLA PRODUZIONE NAZ. DI EMODERIVATI**

Con questo decreto nasce il sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA - sistema di supporto volto al conseguimento delle finalità definite nella legge 219/2005) con lo scopo di fornire servizi di cooperazione applicativa per lo scambio di dati tra il livello regionale e nazionale e strumenti espressamente dedicati all'analisi dei dati resi disponibili a livello nazionale e regionale.

Il provvedimento prevede che i flussi informativi tra il Ministero della salute, le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano e il Centro nazionale sangue, siano finalizzati alla raccolta e diffusione di informazioni afferenti alle seguenti macro aree: anagrafiche strutture; programmazione e pianificazione del fabbisogno; raccolta e utilizzo del sangue e dei suoi componenti; produzione e utilizzo di farmaci plasmaderivati; emovigilanza; compensazione emocomponenti e plasmaderivati; informazioni concernenti la qualità dei processi e dei prodotti/servizi.

Al provvedimento è allegato il disciplinare tecnico che riporta le caratteristiche del SISTRA e che individua il sistema di codifica che identifica il donatore, la donatrice di sangue e suoi componenti e il ricevente, nonché gli emocomponenti e le strutture trasfusionali.

Direttiva del Ministero della Difesa del 11 gennaio 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 15 del 18.01.08)

DIRETTIVA APPLICATIVA DEL DECRETO 30 AGOSTO 2007 E DEL DECRETO 20 SETTEMBRE 2007 PER LA SELEZIONE, L'ARRUOLAMENTO, IL RECLUTAMENTO E L'IMPIEGO DEI VOLONTARI IN FERMA PREFISSATA E DEL PERSONALE IN SERVIZIO PERMANENTE NELLE FORZE ARMATE DEI SOGGETTI AFFETTI DA «DEFICIT DI G6PD» COMPRENSIVO DEGLI ALLEGATI «A», «B» E «C»

Questa direttiva stabilisce i criteri per la selezione, l'arruolamento, il reclutamento e l'impiego dei volontari in ferma prefissata e del personale in servizio permanente nelle Forze armate dei soggetti affetti da «deficit di G6PD».

Essa pone in risalto due principi essenziali:

a) il deficit di G6PD non può essere di per sé «fattore di discriminazione nella valutazione medico-legale della idoneità al servizio militare»;

b) in alcuni casi e per singoli soggetti giudicati idonei al servizio militare affetti da «deficit di G6PD» possono sussistere «limitazioni motivate a particolari attività d'impiego operativo» e ha individuato due classi distinte di soggetti fabici.

E' previsto pure il coinvolgimento del medico di fiducia del candidato, che dovrà rilasciare una certificazione attestante lo stato di buona salute, la presenza/assenza di deficit di glucosio6-fosfato-deidrogenasi (G6PD) ed eventuali manifestazioni emolitiche o meno.

Decreto legislativo n. 261 del 20 dicembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 19 del 23.01.08)

REVISIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 19 AGOSTO 2005, N. 191, RECANTE ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2002/98/CE CHE STABILISCE NORME DI QUALITÀ E DI SICUREZZA PER LA RACCOLTA, IL CONTROLLO, LA LAVORAZIONE, LA CONSERVAZIONE E LA DISTRIBUZIONE DEL SANGUE UMANO E DEI SUOI COMPONENTI

Provvedimento che consta di molti articoli e alcuni allegati, affronta la gran parte delle problematiche inerenti le norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti.

I 29 articoli sono così individuati: campo di applicazione, definizioni, applicazione, autorizzazione e accreditamento dei servizi trasfusionali, ispezioni e misure di controllo, persona responsabile, personale, sistema di qualità, documentazione, tenuta dei registri, tracciabilità, notifica di incidenti e di reazioni indesiderate gravi, informazioni da fornire ai candidati donatori, informazioni richieste ai candidati donatori, idoneità del donatore, selezione del donatore, donazione volontaria e gratuita del sangue, controllo delle donazioni, modalità di conservazione trasporto e distribuzione, requisiti di qualità e di sicurezza relativi al sangue e agli emocomponenti, formazione, protezione dei dati e tutela della riservatezza, relazioni, sanzioni, requisiti tecnici e loro adeguamento al progresso tecnico e scientifico, produzione di medicinali derivati dal sangue o dal plasma, clausola di cedevolezza, clausola di invarianza degli oneri, abrogazione del decreto legislativo 19 agosto 2005 n. 191.

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>

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Taigalor - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni terapeutiche sono:

- compresse 8 mg: Sollievo a breve termine del dolore acuto di intensità da lieve a moderata. Sollievo sintomatico del dolore e dell'infiammazione nell'osteoartrite. Sollievo sintomatico del dolore e dell'infiammazione nell'artrite reumatoide;
- fiale 8mg/2ml: Sollievo a breve termine

del dolore acuto di intensità da lieve a moderata.

Danatrol - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni terapeutiche sono:

- Endometriosi: trattamento dei sintomi ad essa correlati e/o per ridurre l'estensione dei foci di endometriosi. Danatrol può essere utilizzato sia in associazione a chirurgia sia, come sola a terapia ormo-

nale, in quei pazienti che non rispondono ad altri trattamenti.

- Mastopatia fibrocistica: sollievo sintomatico di sensibilità e dolore grave. Danatrol deve essere utilizzato solo in quei pazienti che non rispondono ad altre misure terapeutiche o per i quali tali misure sono sconsigliabili.
- Angioedema ereditario

Invalidi civili, ciechi e sordomuti: adeguamento delle prestazioni 2007

Adeguamento per l'anno 2007, degli importi delle pensioni, degli assegni e delle indennità a favore dei mutilati ed invalidi civili, ciechi civili e sordi nonché dei limiti di reddito prescritti per la concessione delle provvidenze stesse (sintesi della circ. INPS 133 del 13-12/2007)

L'Inps è subentrato nell'esercizio delle funzioni residue allo Stato in materia di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità, già di competenza del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Tra i compiti rientrano anche la funzione di revisione annuale degli importi di pensione, assegni ed indennità erogati agli invalidi civili nonché dei limiti di reddito prescritti per fruire di tali benefici economici.

Per l'anno 2007, si dispone quanto segue in ordine alle provvidenze economiche e ai limiti di reddito in materia di invalidità civile.

Art 1

Limiti di reddito per l'anno 2007 per fruire delle provvidenze economiche in favore dei minorati civili

€ 14.238,75 annui per la pensione spettante ai ciechi civili assoluti, ai ciechi civili parziali, ai mutilati ed invalidi civili totali ed ai sordomuti;

€ 4.172,44 annui per l'assegno mensile spettante ai mutilati ed invalidi civili parziali e all'indennità mensile di frequenza spettante ai minori invalidi civili;

€ 6.845,58 annui per l'assegno a vita spettante ai ciechi civili decimisti.

Art. 2.

Importi mensili per l'anno 2007 delle indennità specificate in premessa :

indennità di accompagnamento da erogare ai ciechi civili assoluti € 710,32;

indennità di accompagnamento da erogare agli invalidi civili totali € 457,66;

indennità di comunicazione da erogare ai sordomuti € 229,64;

speciale indennità da erogare ai ciechi ventesimisti € 168,70.

Art. 3.

Importi mensili delle provvidenze economiche da erogare ai minorati civili (salvo conguaglio):

pensione spettante ai ciechi civili assoluti € 262,62 dal 1° gennaio 2007;

pensione di inabilità spettante agli invalidi civili totali, assegno mensile spettante agli invalidi civili parziali, indennità mensile di frequenza spettante ai minori invalidi civili, pensione spettante ai sordomuti, ai ciechi civili assoluti ricoverati nonché ai ciechi civili ventesimisti € 242,84 dal 1° gennaio 2007;

assegno a vita spettante ai ciechi civili decimisti € 180,21 dal 1° gennaio 2007.

Art. 4.

L'importo della pensione spettante ai ciechi civili con età pari o superiore ai 65 anni viene elevato, a decorrere dal 1° gennaio 2007, di € 61,43 mensili.

Art. 5.

Agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti titolari di pensione, di assegno di invalidità o di indennità mensile di frequenza di età inferiore a 65 anni, è concessa, a decorrere dal 1° gennaio 2007, una maggiorazione di € 10,33 mensili, per tredici mensilità, purché non pos-

siedano né redditi propri di importo pari o superiore a € 5.195,97 né redditi cumulati con quelli del coniuge per un importo pari o superiore a € 10.865,79.

Art. 6.

1. La maggiorazione spettante ai ciechi civili titolari di pensione di età pari o superiore a settanta anni è incrementata fino a un reddito proprio pari a € 559,91 al mese, per tredici mensilità, purché:

- a) il beneficiario non possieda redditi propri su base annua pari o superiore a € 7.278,83;
- b) se coniugato, redditi propri pari o superiori a € 7.278,83 né redditi cumulati con quelli del coniuge per un importo pari o superiore a € 12.340,51;
- c) l'incremento è corrisposto in misura tale da non comportare il superamento dei limiti stessi.

2. i benefici incrementativi di cui al comma 1, sono altresì concessi con gli stessi criteri, ai soggetti di età pari o superiore a sessanta anni che siano invalidi civili totali, sordomuti o ciechi civili assoluti titolari di pensione.

3. Ai fini della concessione delle maggiorazioni di cui al presente articolo non si tiene conto del reddito della casa di abitazione.

Art. 7.

L'indennità di accompagnamento ai ciechi civili assoluti e l'indennità speciale ai ciechi ventesimisti sono ridotte di € 93,00 mensili nel periodo nel quale i beneficiari delle suddette indennità usufruiscono del servizio di accompagnamento disciplinato dai commi 1, 2 e 3 dello stesso articolo.

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>

Mal. da reflusso gastroesofageo (mrge): terapie convenzionali e non convenzionali

Benche' considerata tra le "medicine alternative" l' idroterapia con acque alcaline potrebbe rivestire un ruolo utile nel trattamento della patologia.

La Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE) è un disordine caratterizzato dalla presenza di lesioni esofagee o, in assenza di queste, di sintomi indotti dal refluito gastrico in esofago, tali da determinare una riduzione consistente della qualità della vita (1). Circa il 60% dei pazienti affetti da MRGE non presenta lesioni all' endoscopia (tale quadro viene oggi comunemente definito come NERD: "Non Esophagitis Reflux Disease"). I fattori etiologici della malattia sono molteplici; tra i principali sono da rilevare: aumentata secrezione acida gastrica, riduzione del tono dello sfintere esofageo inferiore (LES), ritardato svuotamento gastroduodenale, particolari abitudini alimentari. Il trattamento di base della MRGE è costituito dalla somministrazione di Inibitori della Pompa Protonica (PPI). Non sono tuttavia, al momento, ancora definite chiaramente le strategie terapeutiche specifiche per i vari gradi della malattia e i tempi di trattamento. Così come non è ancora ben chiarito il ruolo e le indicazioni assolute e relative della terapia chirurgica.

E' d'altra parte noto che la cosiddetta "Medicina (e terapia) alternativa" sta guadagnando sempre più proseliti anche nel mondo occidentale. E' molto difficile riuscire a d avere un' idea dello spazio reale che pratiche mediche e terapeutiche non convenzionali riescono ad avere rispetto alla Medicina Ufficiale e Tradizionale, ma indubbiamente il fenomeno è in crescita. Pratiche terapeutiche "non-convenzionali" acquistano sempre maggiore popolarità tanto che anche la Medicina Ufficiale ha recentemente affrontato il problema su prestigiosissime riviste internazionali (2) (3) L' uso di acque minerali in medicina, a scopo "terapeutico", è conosciuto fin dall' antichità. Per molte acque minerali vengono pubblicizzate proprietà terapeutiche per diverse patologie, in particolare reumatologiche, respiratorie, cutanee e gastrointestinali.

Nell' ambito delle malattie digestive

l'uso di acque minerali viene generalmente proposto dai produttori e distributori di queste nell' ambito dei disordini funzionali del tratto gastrointestinale. In realtà l' efficacia terapeutica di queste acque non è supportata da una congrua letteratura qualificata (internazionale) e molto scetticismo serpeggia nella comunità medico-scientifica a proposito del loro ruolo "terapeutico". Tale scetticismo è presente soprattutto nel mondo anglosassone dove appunto l' uso di acque minerali con fini potenzialmente terapeutici è al massimo inquadrato nell' ambito di trattamenti, appunto, non convenzionali o non ortodossi. Alcune acque tuttavia presentano una composizione chimica (acque carbonatate) per cui è plausibile che, mediante meccanismi chemio-riflessi, esercitino un effetto sulla motilità gastrintestinale .

E' stato osservato che queste acque carbonatate migliorano gli indici funzionali di svuotamento gastrico, di svuotamento colecistico e i tempi di transito intestinale nei pazienti dispeptici e con stipsi idiopatica, differentemente dalla cosiddetta "tap water" (4); così come sono in grado di implementare significativamente l' effetto delle fibre per quello che riguarda il numero di evacuazioni settimanali in soggetti adulti con stipsi idiopatica cronica (5) (6).

Recentemente abbiamo voluto verificare l' effetto di una supplementazione idrica quotidiana con acque carbonatate, associata a un trattamento convenzionale con inibitori della pompa protonica, sui sintomi da reflusso in pazienti affetti da MRGE senza esofagite (NERD). Il rationale di un tale studio si basa sull' effetto positivo che questo tipo di acque minerali ha sullo svuotamento gastrointestinale, che, riducendo la pressione media intra-addominale, potrebbe determinare una riduzione del reflusso in questi pazienti.

Sono stati studiati 38 pazienti con NERD. 19 pazienti sono stati trattati per 8 settimane con omeprazolo (40 mg/die) e 19 hanno ricevuto lo stesso trattamento associato ad una supplementazione idrica quotidiana (circa 1.5 lt/die) di acqua carbonata (acqua ULIVETO, Uliveto Terme, Pisa) per un periodo analo-

go. I sintomi da reflusso sono stati valutati con uno "score system" validato e con misurazioni soggettive mediante scala analogica.

I risultati: .

Variazione (Δ) dello "score" nei pazienti supplementati e non supplementati con acqua carbonata (ULIVETO)

Δ ("score")

Supplementati= 53.4%

non suppl. = 38.8%

significativita' = < 0.05

La variazione significativamente maggiore dello "score" sintomatologico nel gruppo di pazienti che ha assunto sistematicamente la supplementazione idrica sembra pertanto confermare una certa efficacia di un' acqua ad alto contenuto di carbonati nel migliorare sintomi legati ad un alterata motilità del tratto digestivo superiore. Un questionario dietetico proposto ai pazienti all' inizio e al termine dello studio non ha mostrato significative differenze nei due gruppi. I risultati di questa esperienza hanno ovviamente un significato indicativo e preliminare. I pazienti non sono infatti stati valutati dal punto di vista funzionale (ph-metria, svuotamento gastroduodenale) per cui è possibile che la distribuzione casuale dei soggetti nei due gruppi sia stata diseguale per quello che riguarda entità e tempi del reflusso. Lo studio fornisce tuttavia un spunto interessante per ripercorrere con atteggiamenti meno prevenuti (comunque necessariamente rigorosi) alcune opzioni terapeutiche che, se pur al momento confinate nel settore "non-convenzionali" e "non-ortodosse", potrebbero invece divenire bagaglio complementare utile nella gestione di patologie e pazienti che richiedono trattamento cronici, ciclici o continuativi.

Progress in Nutrition

Vol. 5 N.1, 22 – 25, 2003

(Versione integrale e bibliografia sono scaricabili da:

http://www.acquedellasalute.it/archive/uliveto/digestione/malattia_reflusso_gastroesofageo.pdf)

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>