

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 3 numero 5

Maggio 2007

Indice

FDA: respinto etoricoxib in USA	Pag. 2
Marcia indietro sul Ketorolac: prescrivibile da tutti	Pag. 2
Statine anche per lo scompenso cardiaco?	Pag. 2
Troponine elevate: non sempre è il cuore	Pag. 3
Le donne sieropositive per HIV possono allattare al seno	Pag. 3
Trattamento degli effetti avversi gastroenterici degli oppioidi	Pag. 4
Segnalato rischio di suicidio nei trattati con isotrenoina	Pag. 5
Pazienti prepotenti. Tutto il mondo è paese	Pag. 5
Non ritardare l'appendicectomia negli adulti	Pag. 6
Ancora sull' agopuntura per l'artrosi	Pag. 6
Asma e depressione, un binomio da evitare	Pag. 6
Il pubblico dipendente che si allontana senza timbrare commette truffa	Pag. 7
Aumento veloce del PSA? Rischio molto elevato!	Pag. 7
Sovradosaggio di paracetamolo nei bambini : troppi errori	Pag. 8
Ipertensione da camice bianco: meglio trattarla	Pag. 8
La responsabilità del fumo passivo ricade sul datore di lavoro	Pag. 9
Diagnosi presuntiva veloce di mononucleosi	Pag. 9
Ridurre il sale fa bene al cuore	Pag. 9
Frequenti le reazioni allergiche al Cefaclor nei bambini	Pag. 9
Se il paziente è medico risponde (in parte) dell' errore altrui	Pag. 10
Non sono scusabili manovre pericolose per rispondere al cellulare in auto	Pag. 10
Se parcheggi in doppia fila con il motore acceso non sei multabile	Pag. 10
Spetta risarcimento danni per condotta contraria ai doveri matrimoniali	Pag. 10
Principali novita' in G.U. (di Marco Venuti)	Pag. 11
News prescrittive dalla G. U. (di Marco Venuti)	Pag. 12
L' obesità adolescenziale e' un grave fattore di rischio	Pag. 12

Mensile di informazione e varie attualita'
Reg. Trib. Roma n. 397/2004
del 7/10/2004

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**

O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422

Versione registrata delle "PILLOLE" DI
MEDICINA TELEMATICA" attive dal
1998

<http://www.scienzaeprofessione.it>

Patrocinate da
O.M. della Provincia di Padova
SIMG-Roma

A. S. M. L. U. C. (Associazione Specialisti in Medicina Legale dell' Università' Cattolica)
Medico&Leggi

Redazione

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

Per riceverla gratuitamente:

d.zamperini@fastwebnet.it
Cell. 333/5961678

Archivio completo e versione commentata degli articoli (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

Alcuni articoli sono presenti in forma piu' estesa e commentata su

www.pillole.org

Il nostro portale ha ormai superato i 4 milioni di scaricamenti

FDA: respinto etoricoxib in USA

Il FDA's Arthritis Drugs Advisory Committee dice no alla richiesta di approvazione di etoricoxib 30 e 60 mg negli USA.

Il FDA's Arthritis Drugs Advisory Committee ha respinto con 20 voti contrari ed un voto favorevole la richiesta di approvazione dell'etoricoxib 30 e 60 mg nel mercato statunitense. Le motivazioni sono di non considerare sufficienti i vantaggi di tollerabilità gastroenterica di etoricoxib rispetto a quelli di altre molecole simili già presenti nel mercato, in considerazione dei rischi cardiovascolari connessi alla classe dei coxib.

Dopo i dati del MEDAL (Multinational

Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-Term) questo risultato giunge parzialmente inaspettato. I membri del Comitato hanno criticato proprio la scelta di diclofenac come comparatore nel MEDAL poiché questo farmaco è poco usato negli USA e, a giudizio dei membri del panel, un confronto con naprossene o con lo stesso celecoxib sarebbe stato più appropriato.

Inoltre è stata ritenuta insufficiente la mole di dati di safety sulla formulazione 30 mg, ritenuta efficace quanto quella da 60 mg tanto che alcuni si sono chiesti perché sia stata richiesta l'approvazione della formulazione più potente.

Alcuni membri hanno riconosciuto che

l'uso di etoricoxib potrebbe essere utile, se confortato da ulteriori dati positivi, in alcuni particolari gruppi di pazienti quali quelli con dispepsia oppure se ulteriori dati di sicurezza mostrassero che l'uso della formulazione con 30 mg presenta un profilo cardiovascolare più sicuro rispetto a quello emerso negli studi effettuati con il 60 mg.

Il Dottor Felson ha addirittura affermato che l'intera classe degli antinfiammatori non steroidei, sia non selettivi che selettivi, dovrebbe essere abbandonata in blocco in quanto, secondo Felson, questi farmaci funzionano poco in molti pazienti e sono gravati da rischi cardiovascolari.

Fonte: FDA

Marcia indietro sul Ketorolac: prescrivibile da tutti

Contrariamente a quanto precedentemente disposto dall'AIFA, il Ketorolac sarà prescrivibile anche dai medici non specialisti, ma con ricetta medica utilizzabile una sola volta.

A ridosso dell'entrata in vigore del provvedimento che avrebbe consentito la prescrizione del Ketorolac solo a medici specialisti, l'AIFA ha deliberato di revocare il provvedimento suddetto e di limi-

tare la prescrizione del farmaco mediante l'obbligo di prescrizione medica da rinnovare volta per volta.

DETERMINAZIONE del 13 Aprile 200-

7

Statine anche per lo scompenso cardiaco?

Le statine potrebbero essere utili nello scompenso cardiaco, sia di origine ischemica che non ischemica, ma sono necessari studi randomizzati e controllati per trarre conclusioni definitive.

In uno studio di tipo osservazionale sono stati analizzati i dati di 24.598 pazienti (età media 71 anni), sia ospedalizzati che ambulatoriali, ai quali era stata posta una diagnosi di scompenso cardiaco nel periodo 1996-2004.

Il 51% dei pazienti aveva cominciato ad assumere statine nei 4 mesi precedenti la diagnosi di scompenso. Questo sottogruppo evidenziava più frequentemente del sottogruppo che non aveva ricevuto statine un pregresso infarto miocardico, una coronaropatia, un intervento di rivascolarizzazione coronarica, diabete o ipertensione. Inoltre si trattava di soggetti più spesso di sesso maschile e più giovani. Il follow-up medio dello studio è stato di 2,4 anni. Dopo aggiustamento per fattori confondenti, l'uso delle statine risultava associato ad una mortalità più bassa (14,5% versus 25,3%/anno; Hazard Ratio 0,76; IC95% 0,72-0,80). Più basso risultava anche il rischio di ricovero per scompenso cardiaco (Hazard Ratio 0,79; IC95% 0,74-0,85). Questi risultati erano indipendenti dalla etiologia dello scompenso e dalla presenza o meno di cardiopatia ischemica o altre caratteristiche

cliniche.

Fonte:

Go AS et al. Statin therapy and risks for death and hospitalization in chronic heart failure. JAMA 2006 Nov 1; 296:2105-11.

Commento di Renato Rossi

Oltre alle loro proprietà ipocolesterolemizzanti le statine sono dotate di numerosi altri effetti ancillari (proprietà pleiotropiche): sulla funzione endoteliale, sulla flogosi, sui processi trombotici, sullo stress ossidativo, sulla proliferazione cellulare e financo sul rimodellamento ventricolare e sull'ipertrofia cardiaca. Si può ipotizzare quindi un loro uso esteso nei pazienti affetti da scompenso cardiaco di etiologia non solo ischemica. Analisi secondarie di alcuni studi randomizzati sulle statine (CARE, 4S) hanno suggerito che le statine potrebbero ridurre la progressione verso l'insufficienza cardiaca.

Uno studio osservazionale [1] su quasi 55.000 pazienti dimessi dall'ospedale dopo un ricovero per scompenso cardiaco ha dimostrato che chi veniva dimesso con una statina aveva una ridotta mortalità sia ad un anno (HR 0,80) che a tre anni (HR 0,82), indipendentemente dai livelli di colesterolo, dall'età e da una storia di cardiopatia ischemica.

Un'analisi a posteriori [2] dello studio

Val-HeFT (in cui veniva testato il valsartan in pazienti scompensati) ha dimostrato che la mortalità, in un periodo di 2 anni, era del 17,9% in chi assumeva statine e del 20,3% in chi non le assumeva (HR 0,81; IC95% 0,70-0,94).

Esiste anche un piccolo studio randomizzato e controllato [3] su 108 pazienti affetti da scompenso cardiaco non ischemico in cui la somministrazione di atorvastatina (20 mg/die) ha prodotto, dopo un anno, il miglioramento della frazione di eiezione ventricolare sinistra rispetto al placebo, ma non una riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni. Tuttavia si tratta di uno studio con poca casistica e di durata limitata per poter trarre qualche conclusione, sia in un senso che nell'altro.

Purtroppo tutte le evidenze disponibili derivano per ora da studi di tipo osservazionale e l'analisi a posteriori degli RCT sulle statine ci aiuta poco. Infatti in una revisione sistematica [4] della letteratura esistente si evidenzia che nei trials in cui sono state testate le statine come farmaci ipolipemizzanti i pazienti con scompenso cardiaco erano sistematicamente esclusi, per cui rimane da stabilire quale possa essere l'utilità di questi farmaci in tali pazienti.

In effetti sono in corso RCT (tra cui il GISSI-HF italiano) che stanno valutando l'efficacia della terapia con statine versus

placebo nella insufficienza cardiaca. Come concludere per il momento? Anche se le evidenze derivanti da studi osservazionali lasciano intendere che le statine potrebbero essere utili nei pazienti con scompenso cardiaco, fino a che gli RCT attualmente in corso non saranno completati, riteniamo che questa classe

di farmaci dovrebbe essere usata solo in particolari sottogruppi di pazienti scompensati (per esempio se coesiste diabete, cardiopatia ischemica, arteriopatia periferica, ecc) ma che sia ancora prematuro un uso estensivo in tutti i casi.

Bibliografia

1. *Circulation* 2006 Feb 28; 113:1086-

92.

2. *Int J Cardiol* 2006 Oct 16 (pubblicato online anticipatamente)

3. *J Am Coll Cardiol* 2006 Jan 17; 47:332-7.

4. *PLoS Medicine* 2006 Vol. 3, No. 8 (Aug), e333 DOI:

10.1371/journal.pmed.0030333

Troponine elevate: non sempre è il cuore

In circa un paziente su due un aumento delle troponine non è dovuto ad una patologia cardiaca ma la causa sottostante potrebbe avere una prognosi anche peggiore.

In questo studio israeliano sono stati reclutati 635 pazienti che avevano un aumento delle troponine (> 0,1 ng/mL). Gli autori hanno rivalutato retrospettivamente le cartelle cliniche di ogni paziente: nel 53% dei casi si trattava di una sindrome coronarica acuta (la diagnosi veniva effettuata seguendo le linee guida dell'European Society of Cardiology/American College of Cardiology), mentre nel 41% dei casi l'aumento era dovuto ad una causa nota per poter aumentare il livello di troponine ma non cardiaca (per esempio sepsi o embolia polmonare). Nel rimanente 6% dei casi la causa è rimasta sconosciuta. Il livello medio di troponine era di 1,5 ng/mL nel caso di origine cardiaca e di 0,6 ng/mL per le cause non cardiache. Il valore predittivo positivo (VPP) di

troponina T elevata per diagnosi di sindrome coronarica acuta era solo del 56% in generale e del 48% per valori compresi tra 0,1 e 1,0 ng/mL. Importante per interpretare il test sono anche la funzionalità renale e l'età. Per esempio in soggetti > 70 anni con ridotta funzione renale il valore predittivo positivo per livelli compresi tra 0,1 e 1,0 ng/mL era solo del 27%; in soggetti della stessa età ma con funzione renale normale e livelli di troponina > 1,0 ng/mL il VPP era del 90%. La mortalità intraospedaliera risultò superiore in chi aveva un aumento delle troponine da cause non cardiache rispetto a chi aveva un aumento da sindrome coronarica acuta.

Fonte: *Arch Intern Med* 2007 Feb 12; 167:276-81.

Commento di Renato Rossi

Questo studio è interessante per vari aspetti. Intanto perchè dimostra che solo in poco più della metà dei casi un aumento delle troponine è dovuto ad una causa cardiaca: in circa 4 pazienti su 10

l'alterazione può essere legata a patologie gravi come una sepsi o un'embolia polmonare ed in questi casi la prognosi è addirittura peggiore che se il paziente avesse una sindrome coronarica acuta.

In secondo luogo i medici dovrebbero ricavare da questo studio, soprattutto quelli che lavorano in un Pronto Soccorso, l'avvertenza che dimettere un paziente con livelli elevati di troponine perchè si è esclusa una patologia cardiaca può essere pericoloso. Infine lo studio suggerisce che l'interpretazione del test deve tener conto di alcune variabili come l'età del paziente, l'entità dell'alterazione e la funzionalità renale. Tuttavia non va scordato che sono state descritte moltissime cause di aumento delle troponine [1]: traumi, cardioversione, chirurgia cardiaca, periodo post-operatorio, scompenso cardiaco, valvulopatie aortiche, ipertensione, ipotiroidismo, malattie infiammatorie, embolia polmonare, sepsi, ustioni, sarcoidosi, emocromatosi, e altre.

Bibliografia

1. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:1-11

Le donne sieropositive per HIV possono allattare al seno

Secondo uno studio di coorte sud-africano anche le donne sieropositive per HIV dovrebbero allattare al seno il loro bambino.

L'allattamento al seno è una pratica economica e utile, soprattutto nei paesi del terzo mondo, per ridurre le morti nel primo anno di vita, in particolare quelle dovute a malattie infettive e a diarrea. Tuttavia in genere viene sconsigliato l'allattamento al seno alle madri sieropositive per HIV in quanto si stima che vi sia una probabilità del 10-20% di trasmettere il virus tramite il latte materno. Uno studio pubblicato dal *Lancet* effettuato in Sud-Africa va però in senso opposto. Si tratta di uno studio di coorte non randomizzato in cui sono state arruolate 2722 donne, sia portatrici del virus HIV che non portatrici. A sei settimane il 14,1% dei neonati esclusivamente allattati al seno risultò infetto dal virus HIV-1 mentre a 6 mesi la percen-

tuale saliva al 19,5%. Il rischio di trasmissione del virus era associato ad una conta CD4 materna inferiore a 200 per µL e ad un peso alla nascita del bambino inferiore a 2500 grammi. Tuttavia il rischio di acquisire l'infezione, rispetto a chi era alimentato esclusivamente al seno, risultò circa 11 volte più elevato nei bambini che ricevevano anche cibi solidi; il rischio era aumentato, pur se non in maniera statisticamente significativa, anche nei bambini che ricevevano un allattamento misto, in parte al seno e in parte con latte di formula. La mortalità a 3 mesi fu del 6,1% nei bambini allattati esclusivamente al seno e del 1-5,1% nei bambini che avevano ricevuto cibi solidi.

Gli autori concludono che l'associazione tra aumento del rischio di trasmissione dell'HIV ed allattamento misto e l'evidenza dell'utilità dell'esclusivo allattamento al seno dovrebbero portare a cambiare le attuali raccomandazioni

dell'OMS circa l'alimentazione nei bambini nati da madri sieropositive. Come si spiegano questi risultati? L'esclusiva alimentazione con latte materno nei primi tre mesi di vita, spiegano gli autori, rafforza la mucosa intestinale che funziona come una barriera per il virus, ma questa protezione viene compromessa se al latte materno si aggiungono alimenti solidi o latte in polvere umanizzato.

Fonte:

Lancet 2007 Mar 31; 369:1107-1116

Commento di Renato Rossi

Lo studio di Coovadia e coll. non è il primo a dimostrare l'utilità dell'allattamento al seno nelle madri sieropositive. Già in precedenza era stato evidenziato che l'allattamento esclusivo al seno nei primi mesi di vita riduce il rischio di trasmissione dell'HIV e aumenta la sopravvivenza libera dall'infezione [1]. Inoltre in un altro studio randomizzato [2] si è visto che l'allattamento al seno

associato alla profilassi nel bambino con zidovudina è preferibile alla stessa profilassi con allattamento artificiale: a 7 mesi i bambini allattati con latte in polvere avevano una mortalità doppia rispetto a quelli allattati al seno (9,3% vs 4,9%; $P = 0,003$), anche se la differenza diminuiva

col passare del tempo e diventava non più significativa a 18 mesi.

Un editorialista, commentando lo studio del Lancet, suggerisce che facilitare e promuovere l'esclusivo allattamento al seno è una pratica economica che ha in sé il grande potenziale di ridurre la tra-

smissione dell'HIV dalla madre al bambino nei primi mesi di vita sia in contesti a bassa che ad alta prevalenza del virus.

Bibliografia

1. AIDS 2005;19:699-708.

2 JAMA 2006 Aug 16;296:794-805.

Trattamento degli effetti avversi gastroenterici degli oppioidi

Gli effetti avversi principali degli oppioidi sul tratto gastrointestinale consistono in nausea e vomito e stipsi, che possono essere leniti da un'opportuna terapia personalizzata.

Nausea e vomito

La nausea si manifesta circa nel 25% dei pazienti trattati con oppioidi, più frequentemente nelle donne piuttosto che negli uomini e negli individui di razza nera piuttosto che nei bianchi (5,7). La nausea può essere provocata da una stimolazione diretta della Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ), ma anche dalla riduzione della motilità gastrointestinale o da un aumento della sensibilità vestibolare (8,13,14). Generalmente non vengono richieste particolari misure profilattiche all'inizio della terapia (5,12). Tuttavia, la nausea ed il vomito indotti dagli oppioidi sono solitamente effetti transitori che necessitano comunque di un trattamento (14).

La scelta della terapia antiemetica dipende dalle caratteristiche del paziente, incluse le patologie concomitanti e la possibilità di reazioni avverse o interazioni farmacologiche. Le opzioni terapeutiche disponibili includono: antipsicotici, metoclopramide, antagonisti della serotonina, antistaminici e corticosteroidi. Questi farmaci possono essere utilizzati singolarmente o in combinazione. La maggiore efficacia di un antiemetico rispetto ad un altro non è stata dimostrata (4).

L'identificazione del potenziale meccanismo responsabile della nausea può aiutare nella scelta dell'antiemetico da utilizzare.

Gli antipsicotici agiscono bloccando i recettori dopaminergici situati all'interno della CTZ (15). Gli esperti considerano aloperidolo (0.5-2 mg 2-4 volte al giorno per via orale) e perclorazina (5-10 mg ogni 6-8 ore per via orale o 25 mg ogni 12 ore per via rettale) i farmaci di prima scelta nel trattamento dell'emesi di origine centrale (4,11). Pur essendo economici, il loro utilizzo può comunque comportare la comparsa di effetti avversi quali acatisia, reazioni distoniche, sedazione ed ipotensione ortostatica.

Un'altra opzione terapeutica è data dalla

metoclopramide (5-10 mg 4 volte al giorno per via orale o endovenosa) che blocca i recettori dopaminergici nella CTZ e stimola la peristalsi incentivando il rilascio di acetilcolina (16). L'uso di tale farmaco spesso viene limitato dalla comparsa di effetti a carico del SNC (sedazione ed effetti extrapiramidali).

Gli antagonisti della serotonina (Granisetron 1 mg 2 volte al giorno per via orale o endovenosa; Ondansetron 4 mg 2-4 volte al giorno per via orale o endovenosa) inibiscono il rilascio di serotonina, principalmente a livello del tratto gastrointestinale e secondariamente a livello centrale (16). Questi agenti sono molto utili nella prevenzione della nausea e del vomito conseguenti a chemioterapia e radioterapie (17). Sebbene tali farmaci siano privi di effetti avversi extrapiramidali, l'uso routinario di antagonisti della serotonina nel trattamento della nausea da analgesici oppioidi presenta spesso dei costi proibitivi. Per tale ragione, questi farmaci non vengono solitamente considerati agenti di prima scelta rappresentando comunque una valida alternativa nei pazienti in cui altri farmaci risultano inefficaci o poco tollerati (17).

I farmaci antistaminici e anticolinergici (Difenidramina 25-50 mg ogni 6 ore per via orale o endovenosa) riducono la sensibilità vestibolare indotta dagli analgesici oppioidi. I pazienti che manifestano nausea correlata alla deambulazione ricevono maggiori benefici dai farmaci che antagonizzano gli effetti dell'acetilcolina e dell'istamina (18). L'uso di tali farmaci spesso è limitato dalla sedazione e dai disturbi ortostatici che essi possono provocare.

I corticosteroidi agiscono con un meccanismo d'azione ancora poco chiaro. Nervosismo, confusione e aumento dell'appetito rappresentano i principali effetti avversi associati all'uso di tali farmaci.

Stipsi

La costipazione è l'effetto avverso più comune degli oppioidi e per minimizzarlo è necessario intraprendere terapie pro-

filattiche. Gli analgesici oppioidi riducendo la motilità intestinale, le secrezioni ed il flusso sanguigno determinano frequentemente la formazione di feci dure e secche (19-21). La costipazione indotta dagli oppioidi è dose-correlata e la tolleranza nei confronti di tale effetto si sviluppa raramente. L'obiettivo della terapia consiste nel portare il paziente ad effettuare un'evacuazione ogni 1-2 giorni (20).

Per minimizzare il rischio di costipazione dovrebbero essere incentivati i trattamenti non farmacologici quali incremento dell'assunzione di liquidi o di cibi ricchi di fibre, incremento dell'attività fisica (quando possibile) ed esercizio routinario delle funzioni intestinali (22). La monoterapia con emollienti delle feci (Sodio docusato 100-400 mg una, due volte al giorno) viene considerata inefficace e spesso viene richiesto l'uso di lassativi stimolanti (2). Non esistono studi comparativi per valutare la maggiore efficacia di un lassativo rispetto ad un altro. Tuttavia un approccio comune consiste nell'uso programmato di senna con o senza l'aggiunta di emollienti delle feci (2,4). Se il paziente non riceve un adeguato beneficio si può prendere in considerazione la possibilità di effettuare una terapia con un lassativo osmotico (Sorbitolo: da 15 a 60 ml al giorno per via orale; Lattulosio: da 15 a 60 ml al giorno per via orale; Polietilen glicole: 17 g in 200 ml di acqua per via orale). Un'altra opzione terapeutica è rappresentata dai lassativi formanti massa (Metilcellulosa: da una a tre volte al giorno per via orale; Policarbofil: da una a quattro volte al giorno per via orale; Psillio: da una a tre volte al giorno per via orale), nonostante questi richiedano un'adeguata assunzione di fluidi che può non essere appropriata in tutte le popolazioni di pazienti (20). Può essere necessario l'uso periodico di lassativi salini o la somministrazione di suppositori o enteroclistmi.

Una valida alternativa terapeutica è rappresentata dal fentanil per via transdermica. Sebbene tale farmaco possa dare costipazione, l'effetto sembra essere me-

no evidente rispetto a quello indotto dagli oppioidi per via orale (22-24). In uno studio di coorte retrospettivo è stato osservato che l'uso di ossicodone per via orale presenta un rischio di costipazione superiore rispetto all'uso di fentanil per via transdermica (23). Un trial clinico randomizzato ha verificato una significativa riduzione della costipazione nel gruppo di trattati con fentanil rispetto a quello dei soggetti in terapia orale con morfina a rilascio sostenuto (29% e 48%

rispettivamente).

Una strategia per ridurre gli effetti avversi degli analgesici oppioidi consiste nell'utilizzare delle dosi molto piccole di antagonisti oppioidi (26-29). Il razionale di tale terapia consiste nel fatto che questi farmaci (come il naloxone) esercitano un effetto bifasico per cui la somministrazione di dosi molto basse da una parte riduce gli effetti avversi dell'oppioide e dall'altra ne aumenta l'effetto analgesico (26,29). Molti dei dati sono comunque

limitati ai pazienti trattati con antagonisti oppioidi per via endovenosa (26-28). La concomitante infusione endovenosa di naloxone e morfina è stata studiata ma ha fornito risultati controversi (26-28).

Quindi, altre ricerche sono necessarie prima che tale trattamento possa essere considerato routinario.

Fonte: A. Oteri: Trattamento degli effetti avversi comuni indotti dagli oppioidi; www.farmacovigilanza.org
29 voci bibliografiche: www.pillole.org

Segnalato rischio di suicidio nei trattati con isotretinoina

Oltre alle ben note cautele per prevenire gravidanze a causa della teratogenicità dell'isotretinoina la FDA avverte di monitorare i pazienti per la comparsa di idee ed azioni suicidarie.

Oltre ai ben noti effetti teratogeni la FDA richiama l'attenzione sui rischi di idee suicidarie e di atti suicidari in pazienti trattati con isotretinoina. Dati prelinici nell'animale e nell'uomo, ottenuti con tecniche di neuroimaging, dimostrano che il trattamento con isotretinoina attiva alcune aree cerebrali quali la corteccia orbitofrontale. Questi dati preclinici costituiscono una plausibilità

biologica delle manifestazioni cliniche segnalate.

Dal 1982 al 2004 sono state segnalate alla FDA 4992 segnalazioni spontanee di eventi avversi psichiatrici insorti a carico di cittadini USA.

Tuttavia i suicidi riportati nei soggetti in trattamento con isotretinoina in USA sono stati 190 al Gennaio 2005. Tra il 1982 ed il 2002 sono stati riportati 165 suicidi, un numero inferiore ai 220 previsti in base alle statistiche della popolazione USA. Tuttavia poichè esiste il problema dell'underreporting del suicidio, il fatto che il numero di suicidi in pazienti trattati con isotretinoina sia

inferiore rispetto a quello atteso nella popolazione generale non può far escludere un rapporto causale tra suicidio ed isotretinoina.

Dal punto di vista operativo FDA avverte che i pazienti trattati con isotretinoina dovrebbero essere monitorati per la comparsa di eventi avversi neuropsichici, idee o azioni suicidarie.

La sospensione della terapia può non essere sufficiente e può essere necessario consultare specialisti psichiatri.

Fonte: FDA; <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/IsotretinoinHCP.htm>

Pazienti prepotenti Tutto il mondo è paese

Non sono solo i medici italiani che devono fronteggiare le richieste spesso inappropriate dei pazienti.

I medici generalisti italiani sono, non di rado, accusati di incompetenza per l'eccessiva richiesta di esami, visite specialistiche o uso di farmaci nuovi e costosi. Oppure, senza arrivare a questi estremi, li si rimprovera di non sapere indirizzare correttamente le richieste dei pazienti. In termini più brutali, di non saper negare accertamenti, visite specialistiche o nuovi farmaci al paziente che li richieda. Farmaci, accertamenti e visite che, si sottintende più o meno velatamente, sono nella maggior parte dei casi inutili. Però anche gli stessi MMG lamentano spesso questo fenomeno, sostenendo di essere in una posizione di debolezza in quanto facilmente ricattabili dall'arma della revoca.

Ma i medici di famiglia italiani sono i soli a vivere situazioni così frustranti? In altre realtà le cose sono più rosee? Non sembrerebbe, secondo uno studio americano [1]: negli USA i pazienti farebbero esplicite richieste ai medici di esami, visite specialistiche o prescrizione di

farmaci nuovi, in circa un quarto delle consultazioni. Queste richieste inoltre influenzano fortemente le decisioni prese in seguito dai medici consultati. Gli autori dello studio hanno video-registrato 559 visite di 45 medici nel 1999. Venivano escluse dalla registrazione visite eseguite per follow-up o a scopo preventivo. Ben il 23% dei pazienti domandava esplicitamente al medico almeno un test diagnostico, una visita specialistica o una nuova prescrizione farmacologica. Solo nel 13% dei casi il medico non soddisfaceva la richiesta ricevuta. Secondo lo studio, se il medico riceve una richiesta di visita specialistica ha 4,1 volte più probabilità di richiederla, rispetto al sanitario a cui non viene formulata alcuna richiesta. Per la prescrizione di un nuovo farmaco la probabilità è di 2,8 volte. Per contenere i costi e migliorare l'appropriatezza delle decisioni mediche gli autori dello studio auspicano che i medici siano espressamente istruiti su come indirizzare le richieste dei pazienti; ciò dovrebbe entrare a far parte della educazione medica continua. Inoltre essi suggeriscono che la medicina basata sulle evidenze e i

programmi per contenere i costi siano resi accessibili non solo ai medici ma anche ai pazienti.

Ma evidentemente la faccenda non deve essere così semplice se persino nella favolosa America i medici non sanno dire di no alle richieste dei pazienti. Se questa è la situazione negli USA, quello che succede ogni giorno nei nostri ambulatori non dovrebbe perciò stupire. O meglio può stupire solo chi non sa cosa sia la Medicina Generale. Fa poi un po' tenerezza quanto suggerito dagli autori dello studio americano, soprattutto perchè sa molto di ingenuo idealismo ma poco di pratica quotidiana. Riesce francamente difficile immaginare come possano essere indirizzate le pretese dei pazienti, visti sempre più come "clienti a cui sottoporre consigli per gli acquisti". Riesce difficile pensare che il solo medico di famiglia, dotato di armi antidiluviane, riesca a fare una efficace azione di filtro quando l'ipermedicalizzazione e la pubblicizzazione di nuove tecniche diagnostiche o di nuovi farmaci invade le case degli italiani con frequenza giornaliera. Basta aprire una qualsiasi rivista femminile o un qualche inserto di

quotidiani dedicato ai problemi di salute: è tutto un fiorire di consigli salutistici, di nuovi test, di screening e controlli

periodici a cadenza sempre più ravvicinata. Tanto che viene da chiedersi se resta un pò di tempo anche per qualche

altra attività che sia meno stressante della ricerca spasmodica della malattia.

Non ritardare l'appendicectomia negli adulti

Secondo uno studio retrospettivo le complicanze dell'appendicectomia sono tanto più frequenti quanto più tempo trascorre dall'inizio dei sintomi.

In questo studio sono state riviste le cartelle cliniche di 1081 adulti appendicectomizzati per appendicite acuta, per determinare il tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi e l'arrivo in ospedale e quello tra l'arrivo in ospedale e l'intervento chirurgico. Si è così visto che più tempo

passa dall'inizio dei sintomi a quando il paziente viene operato e più aumenta il rischio di complicanze (perforazioni, ascessi, flemmoni, appendicite gangrenosa). Per esempio il rischio di trovarsi davanti ad una malattia in fase avanzata risultava essere 13 volte maggiore per intervalli > 71 ore che per intervalli < 12 ore.

Gli autori concludono che negli adulti il rischio di malattia avanzata e di complicanze post-operatorie aumenta con il

tempo trascorso dall'inizio dei sintomi per cui non è sicuro ritardare l'intervento. Tuttavia siccome questi dati derivano da uno studio retrospettivo essi auspicano uno studio prospettico per confermarne la validità.

Fonte:

Ditillo MF et al. Is it safe to delay appendectomy in adults with acute appendicitis? *Ann Surg* 2006 Nov; 244:656-60.

Ancora sull'agopuntura per l'artrosi

L'agopuntura associata alla terapia usuale è efficace nel controllare il dolore dell'artrosi del ginocchio e dell'anca per sei mesi.

In questo studio sono stati arruolati 3633 pazienti affetti da dolore cronico da artrosi dell'anca o del ginocchio. Di essi 357 sono stati randomizzati a ricevere 15 sedute di agopuntura in 3 mesi, 355 sono serviti come gruppo di controllo, 2921 non hanno dato il loro consenso alla randomizzazione e sono stati trattati con agopuntura. L'età media era di 61,8 anni e il 61% erano donne. In aggiunta tutti i pazienti sono stati trattati con terapia usuale. L'end-point dello studio era la gravità dell'artrosi misurata secondo l'indice WOMAC e la qualità di vita misurata secondo lo Short Form 36, entrambi determinati a 3 e a 6 mesi. A 3 mesi l'indice WOMAC era migliorato di 17.6 ± 1.0 nel gruppo agopuntura e di 0.9 ± 1.0 nel gruppo di controllo; anche la qualità di vita era migliorata in modo statisticamente significativo nel gruppo agopuntura ($P < 0,001$). Questi risultati erano mantenuti a 6 mesi ed erano paragonabili a quelli ottenuti nei pazienti non randomizzati trattati con agopuntura.

Inoltre sembra che non sia importante il livello di training del medico che praticava l'agopuntura.

Limitazioni dello studio sono la mancanza di cecità e i criteri di inclusione molto larghi così che potrebbero essere stati arruolati pazienti affetti da patologie diverse.

Fonte: *Arthritis Rheum*. Published online October 30, 2006. DOI: 10.1002/art.22154

Commento di Renato Rossi

Ci siamo già occupati dell'agopuntura nell'artrosi a proposito di uno studio [1] in cui, rispetto alla fisioterapia e ai FANS, l'aggiunta di agopuntura tradizionale cinese oppure di agopuntura simulata portava ad un miglioramento dell'indice WOMAC a 26 settimane, mentre non c'erano differenze tra agopuntura vera e simulata, il che fa supporre un effetto placebo o l'importanza della relazione medico/paziente. Questi risultati sono in accordo con una revisione sistematica di 18 studi (circa 1.800 pazienti) secondo cui l'agopuntura simulata ottiene risultati paragonabili all'agopuntura vera [3]. Il problema dei trials sull'agopuntura è di avere un gruppo di controllo appropriato e la scelta migliore sembra quella dell'agopuntura simulata (secondo le teorie classiche dell'agopuntura l'inserzione degli aghi "a casaccio" non dovrebbe funzionare). In generale gli studi sull'agopuntura nell'artrosi hanno dato luogo a risultati contrastanti e

non sono di qualità eccelsa. Quest'ultimo non aggiunge molto di nuovo ed ha un limite grave nella mancanza di cecità. E' però possibile che l'agopuntura possa essere utile [2], anche se le prove vengono giudicate limitate, ed è una scelta che andrebbe senza dubbio esperita, anche perchè gravata da effetti collaterali rari e di scarsa entità [2].

Altri articoli in cui si tratta di agopuntura sono reperibili alle referenze: 4,5,6,7,8,9.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2600>
2. Clinical Evidence, Ed. Italiana. Sito Internet: www.clinev.it (liberamente consultabile dopo registrazione)
3. YD Kwon et al. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Rheumatology* 2006 45: 1331-1337.
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=3203>
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=2741>
6. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=2600>
7. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=2346>
8. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=1819>
9. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=712>

Asma e depressione, un binomio da evitare

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

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 ele-

vati 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 compliance 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: 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.

Il pubblico dipendente che si allontana senza timbrare commette truffa

Ribadito: e' illecito assentarsi dal lavoro senza timbrare il cartellino. Oltre all'illecito amministrativo, si ravvisa anche il reato di truffa

I lavoratori dipendenti abusano non infrequentemente delle falle nel sistema di verifica delle presenze, allontanandosi dal lavoro senza timbrare l' uscita o facendo timbrare il cartellino da qualche collega compiacente.

Malgrado ci sia stata in passato qualche pronuncia dissonante, la Cassazione ha recentemente ribadito (sez V penale, n. 34011 del 11/10/2006) che questi comportamenti costituiscono reato, e precisamente rientrano nella fattispecie della truffa aggravata.

Non semplice irregolarità amministrativa o disciplinare, dunque, ma vero e pro-

prio reato penale .

Nel caso specifico si trattava di un dipendente pubblico che, in forma continuata ed aggravata, si allontanava dal posto di servizio senza comunicare la sua assenza. In tal modo, rileva la Suprema Corte, "egli indusse in errore il funzionario incaricato di redigere delibere e ordini di pagamento, così lucrando il compenso per un numero di ore lavorative superiore a quelle effettivamente prestate". Il dipendente percepiva quindi, con un comportamento doloso, premeditato e continuativo, un lucro illecito a spese dell'amministrazione, per cui e' stata confermata la condanna di merito.

Il comportamento sanzionato, come e' purtroppo frequentemente testimoniato, non e' raro, e per la maggior parte dei

casi resta impunito; spesso viene percepito addirittura dal pubblico dipendente come un proprio diritto.

E' importante rendersi conto che i tempi sono cambiati, e che il cittadino non accetta piu' passivamente il comportamento negligente del dipendente pubblico, in cio' sostenuto dalle normative che gli conferiscono la possibilita' di segnalare disservizi e malvezzi.

Cio' in tutti i campi della P.A., ma questi eventi assumono carattere di particolare gravita' in ambito sanitario, dove la domanda di diligenza in ambito lavorativo e' tutelata rigidamente.

Ci limitiamo a ricordare le condanne inflitte in passato a sanitari che abbandonavano il loro posto in Ospedale per recarsi presso strutture private.

DZ

Aumento veloce del PSA? Rischio molto elevato!

La misura della velocità di aumento del PSA può aiutare ad identificare gli uomini con cancro prostatico minaccioso per la vita molti anni prima che venga diagnosticato, in un periodo in cui il cancro stesso potrebbe essere curato.

Al fine di verificare il ruolo dell'aumento temporale dei livelli plasmatici dell'antigene prostatico specifico (PSA velocity) come indicatore di mortalità per carcinoma prostatico il PSA velocity è stato misurato in 980 uomini (856 senza cancro prostatico, 104 con cancro prostatico che erano vivi o morti per cause diverse, e 20 morti per carcinoma prostatico) partecipanti al Baltimore Longitudinal Study of Aging per un periodo temporale protratto fino a 39 anni. I rischi relativi

(RRs) di morte per cancro prostatico e di sopravvivenza specifica al cancro prostatico sono stati stratificati per il PSA velocity in tre gruppi mediante la regressione di Cox e l'analisi di Kaplan-Meier.

Il PSA velocity misurato 10-15 anni prima della diagnosi (allorquando la maggior parte degli uomini avevano livelli di PSA sotto 4.0 ng/mL) era associata ad una sopravvivenza cancro specifica a 25 anni del 92% tra gli uomini con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL per anno e del 54% tra gli uomini con PSA velocity al di sopra di 0.35 ng/mL per anno (P<.001). Gli uomini con PSA velocity maggiore di 0.35 ng/mL per anno avevano un rischio relativo di morte per cancro prostatico rispetto agli uomini con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL per anno pari

a RR = 4.7, i tassi per 100 000 persona-anni erano 1240 per gli uomini con PSA velocity oltre 0.35 ng/mL per anno e 140 per quelli con PSA velocity fino a 0.35 ng/mL per anno.

Gli Autori concludono che il PSA velocity può aiutare ad identificare gli uomini con cancro prostatico minaccioso per la vita in un periodo in cui il cancro può essere curato.

Fonte: Journal of the National Cancer Institute, Vol. 98, No. 21, 1521-1527, November 1, 2006

(commenti di Luca Puccetti e Renato Rossi su www.pillole.org)

Sovradosaggio di paracetamolo nei bambini : troppi errori

Sono stati denunciati all'AIFA ripetuti episodi di sovradosaggio con paracetamolo nei bambini per errore terapeutico o perché il farmaco era stato lasciato alla loro portata

Il Centro Antiveneni di Milano ha comunicato all'AIFA il riscontro di ripetuti episodi di sovradosaggio con paracetamolo nei bambini per errore terapeutico o perché il farmaco era stato lasciato alla loro portata. Mentre è in corso da parte dell'AIFA la valutazione degli interventi regolatori più idonei a limitare il fenomeno, si ritiene utile pubblicare la comunicazione del Centro Antiveneni di Milano per richiamare l'attenzione di tutti coloro che sono coinvolti nella cura della salute dei bambini al fine di evitare il ripetersi di ulteriori

episodi.

“Con la presente si segnala la preoccupazione del Centro Antiveneni di Milano per i numerosi episodi di esposizione in sovradosaggio a farmaci antipiretici che si sono verificati negli ultimi 3 giorni.

Infatti tra il 29 e il 31 gennaio 2007 le consulenze ricevute dal CAV di Milano per il solo paracetamolo, sono state 17 e queste hanno riguardato tutte bambini in età inferiore a 5 anni nei quali l'esposizione al farmaco è avvenuta o per errore terapeutico (n. Casi 13) o per assunzione accidentale (n. Casi 2) in quanto il farmaco era stato lasciato alla portata del bambino.

Dato il ripetersi costante di queste situazioni a

rischio, soprattutto durante il periodo invernale, si pone l'accento sui seguenti punti: la necessità di attenersi scrupolosamente alle dosi di farmaco consigliate dal medico la massima attenzione nella prescrizione (come già noto ai colleghi dalla letteratura si suggerisce di non superare, nella somministrazione multipla, in tempi ravvicinati (24-48-72 ore) i 90 mg/kg die) nella conservazione del farmaco fuori dalla portata del bambino.

Il paracetamolo è un antipiretico sicuro a patto che non venga superato il dosaggio consigliato dal medico/pediatra.

Fonte: Aifa - 16/02/2007

Ipertensione da camice bianco: meglio trattarla

I pazienti con ipertensione da camice bianco sono a rischio di eventi cardiovascolari.

Questo studio è stato disegnato per stabilire se c'è relazione tra la "white coat hypertension" e le complicanze cardiovascolari. (Livello di Evidenza = 2b)

Trattasi di uno studio di coorte, prospettico che ha arruolato 1.013 pazienti con ipertensione da bordeline a severa con una 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. La pressione era misurata con un holter pressorio per 24 ore. Le complicanze cardiovascolari erano stabilite con ECG, Rx Torace, ecocardiogramma e oftalmoscopia. Lo studio dimostra che i pazienti con un più marcato fenomeno della "white coat hypertension" sono a rischio di complicanze cardiovascolari.

Fonte: Palatini P, Penzo M, Canali C, Dorigatti F, Pessina AC. Interactive action of the white-coat effect and the blood pressure levels on cardiovascular complications in hypertension. *Am J Med* 1997;103:208-16.

Commento di Clementino Stefanetti Questo studio disegnato ad hoc evidenzia che nei pazienti con il fenomeno dell'ipertensione da camice bianco devono essere trattati alla pari dei pazienti ipertesi e quindi l'holter pressorio delle 24 ore non è necessario.

Questo studio è del 1997 e al giorno d'oggi dopo 10 anni si continua a leggere nelle Linee Guida internazionali che in caso di ipertensione da camice bianco

è indicato l'holter pressorio delle 24 ore. Ciò non deve stupire visto che esiste un ritardo tra le evidenze che potrebbero cambiare la pratica quotidiana e la implementazione nelle Linee Guida che va dai 15 ai 20 anni. Su questo ci sarebbe molto da dire, ma non è argomento da affrontare in una pillola.

Referenze

Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvements. *Yearbook of medical informatics*. National Library of Medicine, Bethesda, MD, 2000.

Commento di Renato Rossi

L'ipertensione da camice bianco non è una condizione benigna: tende spesso ad evolvere verso una ipertensione stabile [1] e comporta comunque un aumento del rischio cardiovascolare, anche se è probabile che tale aumento sia inferiore a quello di un vero e proprio iperteso.

Le linee guida ci dicono che va richiesto un monitoraggio 24 ore della pressione per confermare la diagnosi, anche se secondo quanto recensito in questa pillola non dovrebbe essere così. Ma l'esame può essere chiesto anche perché in realtà potrebbe trattarsi di una vera ipertensione, che l'holter metterebbe in evidenza. Inoltre, senza entrare nel merito della querelle, spesso in pratica si chiedono accertamenti anche per motivi di tipo relazionale: per esempio non di rado questi soggetti rifiutano l'idea di essere ipertesi perché, essendosi misurata la pressione qualche volta in farmacia o presso amici e avendola trovata normale, non credono alle rilevazioni del medico. In questi casi un Holter pressorio

alterato che mostrasse invece un quadro di vera ipertensione potrebbe funzionare da efficace mezzo persuasivo per accettare la terapia.

Una volta certi che si tratti veramente di "ipertensione da camice bianco" si dovrebbero cercare eventuali danni d'organo. Se ci sono è indubbio che il paziente va considerato alla stregua di un vero iperteso e trattato come tale. Se, al contrario, non ci sono danni d'organo sono possibili due approcci: o il trattamento comunque visto che il loro rischio cardiovascolare è più alto del normale oppure una strategia "wait and see" (li si segue nel tempo e si comincia a trattare se diventano francamente ipertesi). In realtà non sappiamo quale sia la scelta migliore perché non ci sono studi che abbiano paragonato i due approcci. In altri termini trattare subito l'ipertensione da camice bianco riduce gli esiti clinici rispetto al wait and see?

Credo che la cosa migliore sia personalizzare la scelta a seconda del paziente che ci sta davanti: se è un soggetto poco compliant, che magari corriamo il rischio di perdere di vista per anni, forse è meglio trattare, se invece si tratta di un soggetto affidabile, e non ci sono altri fattori di rischio cardiovascolare, forse possiamo limitarci a seguirlo scrupolosamente nel tempo.

Bibliografia

1 Ugajin T et al. White-Coat Hypertension as a Risk Factor for the Development of Home Hypertension The Ohasama Study.

Arch Intern Med. 2005 Jul 11; 165:1541-1546.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1885>

La responsabilità del fumo passivo ricade sul datore di lavoro

Il divieto di fumo va fatto rispettare; l'omissione di controllo comporta responsabilità per il datore di lavoro

Se il datore di lavoro non fa quanto è in suo potere per eliminare i danni del fumo passivo, risponde per negligenza, ed è tenuto a risarcire i danni

Se il lavoratore non-fumatore ha richiesto ripetutamente al datore di lavoro di fare rispettare il divieto di fumo nell'ambiente lavorativo, e questi non ha fatto nulla ed anzi ha tenuto un comportamento "negligente in termini di doveri di protezione", è possibile chiedere il

risarcimento del danno qualora si verificano conseguenze negative per la salute. Questo principio è stato sottolineato dalla Corte di Cassazione (Sezione Lavoro) che ha respinto il ricorso presentato dalla Rete ferroviaria italiana, opposta alla richiesta di una ausiliaria di stazione in servizio a Lecce la quale affermava di aver subito un danno alla salute avendo contratto una serie di affezioni nella stanza d'ufficio satura di fumo di sigaretta. Si trattava di malanni quali rinite cronica, crisi asmatiche e faringite per cui era stata in malattia per un periodo prolungato con il conseguen-

te taglio di un terzo della retribuzione. Il danno alla salute era stato comprovato da una adeguata certificazione medica per cui la Suprema Corte confermava che se il lavoratore si è sempre lamentato invano dell'inosservanza del divieto di fumo, e da questo fumo derivava un danno alla salute, la richiesta di risarcimento era del tutto legittima. La lavoratrice otteneva quindi il reintegro della decurtazione stipendiale e il risarcimento vero e proprio del danno alla salute. DZ

Fonte: ADNkronos

Diagnosi presuntiva veloce di mononucleosi

Un rapporto linfociti/globuli bianchi superiore a 0,35 permette di differenziare nella quasi totalità dei casi una tonsillite da mononucleosi da una tonsillite batterica.

Esaminando i dati di 100 pazienti con tonsillite batterica e di 120 pazienti con tonsillite da mononucleosi alcuni ricer-

catori hanno proposto un metodo rapido per differenziare le due condizioni. Il metodo consiste nel calcolare il rapporto tra linfociti e numero totale dei globuli bianchi. Infatti questo rapporto era in media di 0,1 nel gruppo tonsillite batterica e di 0,54 nel gruppo mononucleosi. Gli autori consigliano un cut-off di 0,35. Per valori inferiori non vale la pena di

chiedere un mono-test, mentre per valori superiori si ha una sensibilità per diagnosi di mononucleosi del 90% e una specificità del 100%.

Fonte:

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133:61-64.

Ridurre il sale fa bene al cuore

La riduzione dell'apporto alimentare di sale potrebbe portare, nel lungo periodo, ad una riduzione degli eventi cardiovascolari.

Negli studi TOHP I (744 soggetti) e II (2382 soggetti) si riscontrò che la riduzione dell'introito di sodio portava ad una piccola ma significativa riduzione della pressione arteriosa negli adulti (età 30-54 anni) sia normopeso che sovrappeso con pressione normale-alta. La riduzione della quantità di sodio introdotto con la dieta era di circa il 25-30%. I pazienti nel braccio intervento avevano ricevuto istruzioni su come identificare il sodio negli alimenti, monitorare l'as-

sunzione di sodio e scegliere o preparare piatti con poco sale. A 18 mesi nel TOHP I l'escrezione di sodio rispetto al baseline era ridotta di 44 mmol/die e nel TOHP II, dopo 36-48 mesi, di 33 mmol/die. In entrambi gli studi la pressione sia sistolica che diastolica si ridusse di poco meno di 2 mmHg.

Dopo la fine dei due studi i pazienti sono stati seguiti per altri 10-15 anni (fase osservazionale) al fine di valutare gli eventi cardiovascolari.

Si è trovato che nei soggetti inizialmente randomizzati ad una riduzione dell'apporto di sodio il rischio di eventi cardiovascolari (infarto, stroke, rivascolarizzazione o morte cardiovascolare) risultava

ridotto del 25%. Dopo aver corretto i dati per vari fattori di confondimento (escrezione basale di sodio, peso, età, razza, sesso, ecc.) la riduzione degli eventi cardiovascolari diventava del 30%. Si osservò anche una riduzione della mortalità totale, non significativa dal punto di vista statistico.

In particolare si ebbero eventi cardiovascolari nel 7,5% del gruppo intervento e nel 9,0% del gruppo controllo (HR 0,75; IC95% 0,57-0,99). Tuttavia scomponendo i dati per i due studi, la riduzione era significativa per il TOHP I ma non per il TOHP II.

Fonte:

BMJ 2007 Apr 28; 334:885

Frequenti le reazioni allergiche al Cefaclor nei bambini

L'AIFA ha segnalato una maggiore frequenza di episodi di orticaria, angioedema e shock anafilattico a seguito dell'uso di Cefaclor nei bambini rispetto ad altri antibiotici somministrati per via orale.

A seguito di segnalazioni di reazioni avverse gravi di tipo allergico insorte in

bambini sottoposti a terapia con cefaclor, sono state apportate modifiche alla scheda tecnica e al foglio illustrativo allegato al farmaco.

Anche se le reazioni segnalate sono previste in generale per molti antibiotici, la maggiore frequenza di episodi di orticaria, angioedema e shock anafilattico segnalata a seguito dell'uso di Cefaclor

nei bambini rispetto ad altri antibiotici somministrati per via orale, impone un'accurata anamnesi familiare ed individuale ed un'attenta valutazione del rapporto beneficio/rischio, tenendo anche presente che vi sono prove di allergenicità crociata tra le penicilline e le cefalosporine.

Se il paziente è medico risponde (in parte) dell' errore altrui

Il Tribunale di Campobasso si è trovato a decidere un problema non usuale: un medico, stavolta nelle vesti di paziente, ha iniziato un' azione legale verso un collega colpevole, a suo dire, di averlo curato male. In dettaglio, il medico asseriva di essere stato colpito da un carcinoma orale a causa dell' azione di una protesi a lui applicata sull' arcata mandibolare dal suo collega dentista.

Il tribunale (sentenza n. 5/2006) ha però ridimensionato le richieste dell' attore, attribuendogli una parte della responsabilità. Il Giudice – ha sentenziato la Corte – trovandosi in questa situazione, in ossequio al combinato disposto degli artt.

2056 e 1127 co. 1 c.c., ha il dovere "di porsi anche d'ufficio la questione dell'eventuale concorso di colpa da parte del danneggiato e, in caso di accertata esistenza dello stesso, determinarne l'incidenza causale sull'evento dannoso".

Il Tribunale ha rilevato che l'attore in quanto medico-chirurgo, "è ed era dotato di un bagaglio di conoscenze connaturato all'esercizio di quella attività professionale"; che all'epoca dei fatti egli aveva "verosimilmente maturato attraverso il quotidiano esercizio della professione anche una discreta esperienza"; che "le cautele che il caso richiedeva potevano essere individuate facendo ricorso

all'ordinario patrimonio di conoscenze scientifiche di un qualsiasi medico – chirurgo, anche non specializzato". Per questi motivi ha ritenuto "del tutto ragionevole concludere che non uno, ma due medici, hanno sbagliato, non esitandosi a supporre che se l'attore si fosse trovato per avventura di fronte ad un suo paziente portatore della medesima sindrome, avrebbe senz'altro dovuto egli adottare quella condotta della cui omissione ritiene responsabile esclusivamente l'attore". In base a questi concetti il Tribunale ha sentenziato un concorso di colpa al 50% tra i due medici.

DZ

fonte: www.studiocaltaldi.it

Non sono scusabili manovre pericolose per rispondere al cellulare in auto

Non solo è pericoloso (e sanzionabile) guidare l' auto con la mano occupata dal cellulare, ma costituisce illecito anche effettuare manovre improvvisate o pericolose per rispondere alla chiamata. Ne sono previste attenuanti di nessun genere. Questo è il contenuto di una sentenza della Corte di Cassazione che in una sentenza della IV sezione penale (sentenza 38462) ha confermato la condanna a 5

mesi di reclusione ad un 42enne siciliano, Salvatore M. per aver risposto ad una chiamata sul telefono cellulare facendo una manovra azzardata causando un incidente mortale. L'uomo, alla guida di un' autovettura, dopo aver superato un motorino sul quale si trovavano due persone (Sabrina T. deceduta e Massimo S., lesioni personali) "si riportava repentinamente sulla destra e il conducente del motociclo non riusciva ad evitare l'im-

patto con la fiancata destra dell'autoveicolo". L' imputato è stato ravvisato responsabile per aver "improvvisamente deviato sulla destra per rispondere al telefono cellulare non consentendo al conducente del motociclo una tempestiva frenata".

Considerando che una persona ha perso la vita, la condanna non ci sembra neppure lontanamente adeguata...

DZ

Se parcheggi in doppia fila con il motore acceso non sei multabile

Se un utente parcheggia in doppia fila con il motore acceso, non è lecito sanzionarlo con una multa. Infatti i Magistrati della Corte di Cassazione (Seconda Sezione Civile, sentenza n. 18257/2006) hanno sottolineato che la circostanza del motore acceso dimostra che si tratti solo di una breve fermata, e non di una sosta vera e propria. Infatti in base a quanto stabilito dall'art. 157 del Codice della

Strada perché si integri la violazione di cui all'art. 158, comma 2, C.d.S occorre una sospensione della marcia del veicolo che sia protratta nel tempo; qualora la sosta non si protragga e rimanga invece circoscritta a un brevissimo lasso di tempo (come indica la circostanza del motore acceso) questo criterio non appare rispettato e l' automobilista non è multabile.

In base a queste considerazioni la Corte ha confermato la decisione del giudice di merito ed ha assolto l' automobilista. L' informazione può essere utile anche per i medici, dato che in molte città il parcheggio in doppia fila viene multato anche a coloro che sono in visita domiciliare urgente.

DZ—Fonte: www.studiocataldi.it

Spetta risarcimento danni per condotta contraria ai doveri matrimoniali

Se la condotta assunta da uno dei coniugi e posta in essere nella consapevolezza del pregiudizio alla sfera dell'altro coniuge è contraria ai doveri matrimoniali e produttiva di un danno ingiusto, è lecito chiedere un risarcimento del danno. Il risarcimento è dovuto, qualora si verifichino tali circostanze, indipendentemente da una eventuale pronuncia di addebito in sede di separazione, essendo sufficiente l' espletarsi della condotta dannosa.

Tale principio è stato ribadito dalla III Sezione del Tribunale di Venezia (3

luglio 2006) che però chiarisce come sia necessario accertare che fra la condotta illecita ed il danno accertato sussista un nesso di causalità giuridicamente apprezzabile.

È necessario in primo luogo accertare l' obiettiva gravità della condotta assunta dall' agente, che sia in violazione di uno o più dei doveri nascenti dal matrimonio; va poi compiuta una valutazione comparativa del comportamento di entrambi i coniugi nel contesto familiare. A questo punto deve essere accertato, con speciale rigore, la sussistenza di un

danno oggettivo a carico dell'altro coniuge e la sua "riconducibilità in sede eziologica non già alla crisi coniugale in quanto tale, per sé di norma produttiva di uno stato di sofferenza psico-emotiva, affettiva e relazionale, oltre che talora di disagio economico e comportamentale a carico di almeno una delle parti, ma alla condotta trasgressiva, e perciò lesiva, dell' agente, proprio in quanto posta in essere in aperta e grave violazione di uno o più dei doveri coniugali".

DZ

Fonte www.studiocataldi.it

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE- mese di aprile 2007

Il testo integrale dei documenti citati è fornita da "Medico & Leggi" di Marco Venuti: essa è libera fino al giorno 2-6.05.2007.

Per consultarli: www.medicoeleggi.it/pillole/mensili/pillolemaggio07.htm

Decreto del Ministero della Salute n. 43 del 22 febbraio 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 81 del 06.04.07)

REGOLAMENTO RECANTE: «DEFINIZIONE DEGLI STANDARD RELATIVI ALL'ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI IN TRATTAMENTO PALLIATIVO, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMA 169, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, N. 311»

Con questo provvedimento il Ministero della salute emana norme vincolanti concernenti gli standard delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali, in ottemperanza alla legislazione vigente che prevede l'adozione di un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

Gli standard qualitativi e quantitativi prevedono la valutazione di alcuni indicatori (numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica; numero di posti letto in hospice; numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice; numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore; numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa; numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa; numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica; numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica), il cui calcolo viene ben definito dal provvedimento (allegati 1 e 2, rispettivamente).

Per gli standard strutturali, essi sono definiti sia da provvedimenti nazionali che delle singole regioni.

Da parte loro, le regioni dovranno garantire a) l'informazione ai cittadini ed agli operatori sulla istituzione della rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla rete e sulle modalità di accesso e b) l'utilizzo sistematico e continuativo, da parte della rete di assistenza palliativa, di strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie.

Inoltre, le regioni dovranno garantire il progressivo adeguamento a questi standard nel corso del triennio 2006-2008

Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano applicheranno il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione.

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Accordo del 29 marzo 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 88 del 16.04.07)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO IN ORDINE AL PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE. (REP. ATTI N. 68/CSR)

Il documento riporta un'ampia disamina dei riferimenti normativi e programmatici di ambito nazionale e internazionale, relativi alle problematiche alcoliche, che possono costituire una solida base per l'implementazione di adeguati interventi ai bisogni emergenti nelle varie realtà territoriali del Paese in relazione ai problemi alcolcorrelati.

Viene quindi illustrata la situazione nazionale per quanto al consumo di alcol, che è uno degli elementi determinanti per la salute di una popolazione ed è ormai evidente a livello scientifico la correlazione tra un suo elevato consumo e l'aumento del rischio di morbilità e disabilità psicofisica nonché di mortalità per alcune cause.

Obiettivo finale è la prevenzione e la riduzione della mortalità e morbilità alcolcorrelate, mentre obiettivi intermedi sono, in sintesi: aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche, ridurre i consumi a rischio, ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, ridurre la diffusione e la gravità di danni alcolcorrelati, mettere a disposizione trattamenti accessibili ed efficaci.

Vengono individuati i seguenti sub obiettivi: aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio, aumentare la percentuale di consumatori problematici avviati al controllo dei propri comportamenti di abuso, garantire l'adeguamento dei servizi e aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti.

A tal fine vengono proposte le seguenti aree strategiche di intervento prioritario: 1) informazione/educazione, 2) bere e guida, 3) ambienti e luoghi di lavoro, 4) trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza, 5) responsabilità del mondo della produzione e distribuzione, 6) capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol, 7) potenzialità delle organizzazioni di volontariato e mutuo aiuto e delle organizzazioni non governative, 8) monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

News prescrittive (dalla G. U.) di Marco Venuti

Prozac - E' stata aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

"Bambini e adolescenti di otto anni di età ed oltre: episodio di depressione maggiore di grado da moderato a grave, se la depressione non risponde alla psicoterapia dopo 4-6 sedute. La terapia con antidepressivo deve essere proposta ad un bambino o ad una persona giovane con depressione da moderata a grave solo in associazione con una contemporanea psicoterapia."

Copegus - E' stata aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

"l'associazione con peginterferone alfa-2a è indicata anche in pazienti che presentano una co-infezione da HIV clinicamente stabile, compresi i pazienti con cirrosi compensata".

Dovobet - E' stata aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

"trattamento per via topica della psoriasi volgare a placche, sensibile al trattamento topico."

Methotrexate - Sono state modificate le indicazioni terapeutiche per quanto riguarda l'artrite reumatoide giovanile:

"trattamento dell'artrite reumatoide giovanile poliarticolare attiva nei bambini. Il ricorso a questo trattamento è indicato nel caso di risposta inadeguata o intolleranza alla terapia di prima linea (inclusi in FANS)."

Axagon, Nexium - Sono state modificate le indicazioni terapeutiche:

- compresse da 20 e 40 mg: estese le indicazioni al "trattamento della sindrome di Zollinger Ellison";

- soluzione iniettabile da 40 mg: "guarigione delle ulcere gastriche associate alla terapia con farmaci antinfiammatori non steroidei e prevenzione delle ulcere gastriche e duodenali associate alla terapia con farmaci antinfiammatori non steroidei nei pazienti a rischio".

Pantopan, Pantorc, Pantecta, Peptazol - Sono state estese le indicazioni terapeutiche, per le formulazioni in compresse da 40 mg e soluzioni iniettabili, quando previste, da 40 mg, al:

"trattamento della sindrome di Zollinger Ellison".

Pariet - Sono state estese le indicazioni terapeutiche al:

"trattamento della sindrome di Zollinger Ellison".

Alphagan - Sono state estese le indicazioni terapeutiche alla:

"terapia aggiuntiva ad altri farmaci che abbassano la pressione intraoculare quando l'obiettivo pressorio non è raggiunto con un singolo principio attivo".

Morepur - E' stata aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

"anovulazione, inclusa la Sindrome dell'Ovaio Policistico (PCOD), in donne che non rispondono al trattamento con clomifene citrato".

Lyrinel - Nei bambini al di sopra dei 6 anni di età, è stata aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

"trattamento dell'iperreflessia del detrusore secondaria a condizioni neurogeniche".

L' obesità adolescenziale e' un grave fattore di rischio

Nelle donne l'obesità durante l'adolescenza aumenta il rischio di mortalità in età adulta

A circa 102.000 donne arruolate nel Nurses' Health Study è stato misurato il peso e l'altezza all'età di 18 anni. Durante il follow-up successivo di 12 anni quelle che avevano un BMI più elevato mostravano un aumento del rischio di decesso anzitempo. Rispetto a chi aveva, a 18 anni, un BMI di circa 20, nelle partecipanti con un BMI compreso tra 25 e 29 l'hazard ratio per morte prematura era di 1,7; per quelle che avevano un BMI superiore a 30 l'hazard ratio era di 2,8. Questa associazione persisteva anche dopo aver corretto i dati per vari fattori confondenti come il fumo, l'attività fisica e il BMI da adulti.

Fonte: Ann Intern Med 2006 Jul 18; 145:91-97

Commento di Renato Rossi

I risultati di questo studio sono per certi

versi inquietanti: per una donna essere sovrappeso oppure francamente obesa durante l'adolescenza costituisce un fattore di rischio per morte prematura negli anni successivi, indipendentemente da altri fattori come il fumo, l'attività fisica e il peso in età adulta.

L'obesità durante l'adolescenza assurge, quindi, ad emergenza sanitaria da trattare. Uno studio recente suggerisce che l'obesità franca nell'adolescenza comporta cambiamenti strutturali a livello cardiaco come per esempio una ipertrofia miocardica compensatoria per far fronte al maggior sovraccarico emodinamico [1]. Questo potrebbe spiegare, almeno in parte, i risultati del lavoro di van Dam recensito in questa pillola. Nello stesso numero degli Annals viene pubblicato uno studio [2] in cui sono stati arruolati circa 500 adolescenti obesi (BMI medio 36), trattati con placebo oppure con sibutramina; entrambi i gruppi ricevevano inoltre terapia comportamentale. A 12 mesi il BMI era in-

feriore di 2,9 punti nel gruppo sibutramina e il peso in media era più basso di 8,4 kg, tuttavia il 24% del gruppo sibutramina e il 38% del gruppo placebo non completò il follow-up.

La via principale da percorrere però non sembra quella del farmaco sia perché non sappiamo se i benefici a breve termine ottenuti sul peso e sul BMI si traducano successivamente in una riduzione dei rischi per la salute, sia perché solo una adeguata educazione alimentare e un sano stile di vita garantiscono che i benefici sul peso corporeo si mantengano nel lungo periodo. I farmaci possono essere un utile ausilio nei primi mesi di trattamento per aiutare a raggiungere il BMI desiderato, ma non sono la panacea che risolve d'incanto un problema che nei paesi avanzati sta diventando sempre più emergente.

Ref: J Am Coll Cardiol 2006 Jun 6; 47:2267-73

2. Ann Intern Med 2006 Jul 18, 145:81-90