

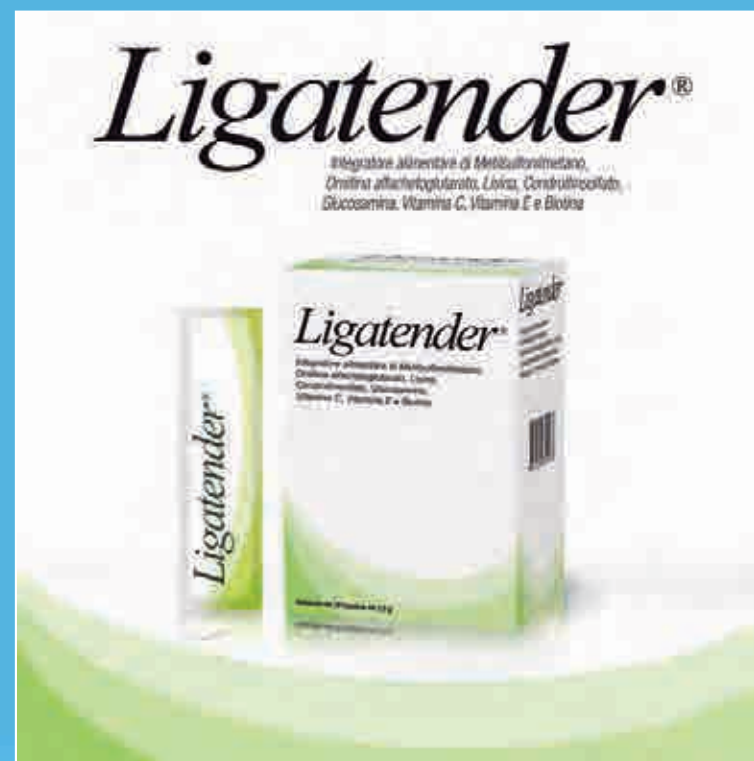


il medico

Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/B legge 662/96 - Milano

Anno 12 - Numero 3/4 - 2013

SPORTIVO



Periodico di aggiornamento scientifico e professionale

XXIII Congresso Nazionale ANCE 2013

10-13 ottobre 2013 - Cervia (RA)

Cultura e formazione armi vincenti promosse da ANCE per una cardiologia dello sport efficace ed efficiente

D. Ruggeri

Pagina 3

Cultura e formazione armi vincenti promosse da ANCE per una cardiologia dello sport efficace ed efficiente

D. Ruggeri

Pagina 7

Cardiopatie apparenti, trascurate e dubbie

D. Ruggeri

Pagina 11

Attrazione fatale! Come ottimizzare il rapporto medico-paziente

M. Nosedà

Pagina 14

La parola al radiologo. Utilizzo in pronto soccorso delle apparecchiature a basso campo per l'identificazione delle lesioni ossee occulte: attualità e prospettive future.

M.D. Tabasso, L. Romano

Pagina 17

La parola al radiologo. Un'arma in più nel trattamento intra-articolare dell'artrosi dell'anca: i polinucleotidi

A. Migliore

Pagina 21

E tu che medico sei?

M. Nosedà

il medico SPORTIVO

Periodico di aggiornamento scientifico e professionale

Anno 12 - Numero 3/4 - 2013
Spedizione in A.P. - 45% - art. 2 comma 20/B legge 662/96 - Milano

Direttore responsabile

Massimo Padula
padula@ilmedicosportivo.it

Direttore editoriale

Giorgio Maggiani
direttore.editoriale@ilmedicosportivo.it

Comitato scientifico

R. Agricola (TO), E. Alicicco (BS),
M. Benazzi (MI), G. Bianchi (GE),
A. Branca (SO), G. L. Bruno (TO),
A. Campi (RM), R. Campini (TO),
E. Castellacci (LU), G. Cerulli (PG),
G. Coari (LU), F. Colautti (PG),
F. Combi (MI), R. Corsetti (BO),
B. Costantino (PC), A. De Nicola (BA),
R. D'Onofrio (LT), M. Di Piero (GE),
M. Di Stefano (TO), A. Ferretti (RM),
F. Festa (CH), R. Filippini (VR),
C. Faletti (TO), G. Fiorini (MI),
G. Francavilla (PA), G. Galanti (FI),
P. Gatto (GE), P. L. Gatto (GE),
E. Luna (MI), M. Manzuoli (PO),
M. Marcacci (BO), P. P. Mariani (RM),
F. Martino (BA), G. Martelli (SI),
L. Miori (PV), O. Moreschini (RM),
D. Munarolo (TV), M. Muratore (LE),
A. Nardi (RO), G. Odaglia (GE),
G. Palaia (LE), L. Pederzini (MO),
F. Priano (GE), S. Respizzi (MI),
G. Rizzardini (MI), G. Rocca (AL),
S. G. Roi (BO), D. Rosa (NA),
P. Rossi (TO), P. Tamburrino (LT),
A. Tucciarone (LT), V. Valerio (BR),
G. Vassallo (GE), L. Ventura (MN),
F. Versace (SV), P. Volpi (MI),
R. Zaffanelli (MI), U. Zoppi (TE)

Progetto grafico

Dynamicom Srl

Art Director

Giovanna Nicoli
giovanna.nicoli@ilmedicosportivo.it

Impaginazione

Massimo Di Leo
massimo.dileo@ilmedicosportivo.it

Registrazione del Tribunale di Milano

n. 742 del 26 novembre 1999

Stampa

Grafismi

Direzione, redazione e amministrazione

Dynamicom Srl
Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano
Tel. +39.02.89.69.37.51 - Fax +39.02.20.11.76

Sito internet

www.ilmedicosportivo.it
www.ilmedicosportivo.com

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata o riprodotta anche parzialmente senza l'autorizzazione dell'editore.

Norme per gli Autori. La rivista pubblica contributi (articoli originali, di aggiornamento, casi clinici, ecc.) relativi alla medicina sportiva. Gli Autori dei contributi sono responsabili del loro contenuto e della riproduzione nelle immagini allegate. L'accettazione dei contributi è comunque subordinata alla revisione del comitato scientifico, all'esecuzione di eventuali modifiche dettate da esigenze redazionali ed al parere definitivo del direttore responsabile.

Norme generali Il testo dovrà essere composto in lingua italiana, dattiloscritto in duplice copia con pagine numerate e dovrà essere corredato da: 1. Titolo 2. Nomi per esteso degli autori e istituto di appartenenza, indirizzo e recapito telefonico dell'Autore cui è destinata la corrispondenza 3. Bibliografia essenziale 4. A discrezione degli Autori è gradita la memorizzazione del testo e di eventuali immagini su supporto magnetico (dischetto da 3.5") per PC DOS o Apple Macintosh.

Il materiale da pubblicare va indirizzato a:

Il Medico Sportivo - Via San Gregorio, 12
20124 Milano



Questo periodico è associato
all'Unione Stampa Periodica Italiana



V Simposio Nazionale

Associazione Nazionale Terapia Intra-articolare Anca Guida Ecografica

per la
dell'
con

ROMA 2-3 ottobre 2014

Terapia intra-articolare e...

- Artriti infiammatorie
- Artrosi
- Biologia dell'acido ialuronico
- Biologici
- Condroprotettori orali
- Farmacoeconomia
- Guida ecografica
- Imaging
- Medicina dello sport
- Riabilitazione
- Ritardo di protesizzazione
- Terapia del dolore
- Artroscopia d'anca
- Nuovi prodotti intra-articolari
- Osteoporosi
- PRP
- Sindrome dell'impingement
- Esperienza veterinaria

Responsabili scientifici

Alberto Migliore

Presidente ANTIAGE
Associazione Nazionale per la Terapia Intra-articolare
dell'Anca con Guida Ecografica

Sandro Tormenta

Vice-presidente ANTIAGE
Associazione Nazionale per la Terapia Intra-articolare
dell'Anca con Guida Ecografica

Segreteria organizzativa

dynamicom srl

Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano
Tel (+39) 02 89 69 37 62
Fax (+39) 02 20 11 76
valentina.arena@dynamicom.it



E.C.M.

È previsto l'accreditamento ECM per la categoria
Medico Chirurgo e Fisioterapista



Cultura e formazione armi vincenti promosse da ANCE per una cardiologia dello sport efficace ed efficiente

D. Ruggeri

«Stiamo vivendo un momento sociale ed economico molto difficile e la "Grande Crisi" colpisce anche noi medici, ma l'unica via di uscita tra la deontologia e le ristrettezze economiche è la strada della cultura e della formazione».

La professoressa Giovanna Pantaleo, Presidente dell'ANCE - Cardiologia Italiana del Territorio, ha aperto con queste parole a Ferrara il XXIII congresso nazionale dell'associazione che riunisce i cardiologi extraospedalieri, ma che si rivolge in un'ottica di multidisciplinarietà e scambio di conoscenze anche ad altre società scientifiche.

Un congresso, dunque, a tutto tondo, secondo un'impostazione, già voluta e promossa dal past-president, il professor Vincenzo Romano, mirata a fornire risposte adeguate alle tante domande che il clinico si trova a porsi nella pratica quotidiana relativamente al complesso panorama della moderna cardiologia.

Tra le tante sessioni di primaria rilevanza tenutesi, grande interesse ha destato il Simposio Cardiologia e Sport, anche alla luce dei recenti casi di morte improvvisa di atleti balzati agli "onori" dei titoli di testa di giornali e media.

«Sono proprio questi fatti di cronaca che hanno ridestato l'interesse verso un problema complesso rappresentato dalle cardiomiopatie», premette, introducendo la sua relazione, Maurizio Contursi Responsabile servizio di cardiologia dello sport, Salerno. «Secondo la Società Italiana di Cardiologia esse sono classificate nelle cosiddette "big five": cardiomiopatia ipertrofica, dilatativa, aritmogena, restrittiva e non classificata, che annovera soprattutto il ventricolo sinistro non compatto».

È in particolare il setting clinico della cardiomiopatia aritmogena ad essere sotto i riflettori, non solo per l'utilizzo di nuove metodiche diagnostiche, come la risonanza cardiaca, il mappaggio elettroanatomico cardiaco e l'uso espansivo dello screening genetico-

co, ma anche per l'allargamento dello spettro della malattia che include, oltre alla forma classica del ventricolo destro (malattia aritmogena del ventricolo destro), altri fenotipi, come quello biventricolare, caratterizzato da uguale interessamento dei due ventricoli e specialmente il fenotipo dominante sinistro (LDAC), la forma più emergente ai nostri giorni. «La cardiomiopatia aritmogena del ventricolo sinistro vede il preminente coinvolgimento di questo ventricolo, che precede lo sviluppo della disfunzione del ventricolo destro, sempre presente seppur in misura variabile», spiega Contursi.

Quali sono le caratteristiche della cardiomiopatia aritmogena a dominanza sinistra? «Si osservano all'ECG aritmie con morfologia a blocco di branca destra e onde T negative, controparte della forma destra, nelle derivazioni laterali o/e infero-laterali», chiarisce il cardiologo campano.

«All'ecocardiogramma sono evidenziabili aneurismi a carico del ventricolo sinistro e una dilatazione della camera sinistra con una funzione sistolica più o meno ridotta. Ma la risonanza magnetica cardiaca è stata decisiva in questo ambito perché con il fenomeno del late-enhancement è stato possibile evidenziare il marker di malattia rappresentato dalla sostituzione fibrosa (il miocardio appare nero con una cicatrice bianca) con distribuzione subepicardica o mid-myocardial e con interessamento della parete infero-laterale.

L'istologia nella maggioranza dei casi chiarisce la diagnosi, ed è caratterizzata da un reperto assimilabile alla miocardite, cioè la sostituzione fibrosa-adiposa insieme alla morte miocitaria».

Molte patologie cardiache possono mimare questa condizione, quindi il problema è la diagnosi differenziale che va posta con la cardiomiopatia dilatativa, la miocardite, la variante biventricolare, le cardiomiopatie infiltrative, la sarcoidosi, la fibrosi idiopatica.

Le alterazioni morfologiche ed elettrocardiografiche di un soggetto con LDAC si riscontrano anche nei parenti stretti, essendo questa condizione una malattia a componente familiare.

È stata dimostrata una alterazione genetica all'estremità C-terminale della proteina desmoplachina, proteina desmosomica principale. «Dobbiamo dunque cominciare a pensare di più a questa forma, soprattutto quando ci imbattiamo nell'inversione dell'onda T negli atleti», sottolinea Contursi.

«Negli atleti che presentano aritmie con morfologia a blocco di branca destra con esame ecocardiografico normale, la presenza di una sottostante cardiomiopatia a rischio aritmogeno non va esclusa. Quando il reperto all'imaging, alla risonanza cardiaca

è quello di un late enhancement suggestivo di miocardite, si è in presenza di un marker da non sottovalutare di possibile futura cardiomiopatia a rischio di morte improvvisa durante sport».

Insomma, come sostenuto dal professor Paolo Zeppilli, Direttore della Scuola di specializzazione di cardiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma,

«Pensare, cercare, studiare, valutare tutti gli esami e decidere con ponderatezza è l'approccio che il cardiologo dello sport, ma più in generale ogni medico, dovrebbe avere di fronte a un caso poco chiaro». Un approccio determinante quando si ha a che fare con atleti, soggetti con caratteristiche particolari da un punto di vista cardiologico.

«Non sempre è semplice individuare quadri patologici in questi soggetti e così ci si può trovare in una zona grigia dalla quale si può uscire senza danni solo con un bagaglio culturale adeguato, con l'esperienza clinica, e con un'accuratezza degli esami diagnostici strumentali», sostiene Zeppilli.

Per bagaglio culturale adeguato si intende conoscere il cuore d'atleta, conoscere le più comuni cardiomiopatie, saper leggere correttamente l'ECG e sapere interpretare (meglio anche esguire) l'ecocardiogramma e la RM cardiaca. Come leggere, allora, correttamente l'ECG dell'atleta? «Innanzitutto va definito chi sia un'atleta: si tratta cioè di un individuo che si allena quotidianamente, a volte due volte al giorno ad elevata intensità da molti anni, e ciò determina un rimodellamento di

tutto il sistema cardiovascolare», ricorda il professore. Il cuore d'atleta, quindi, è un cuore che aumenta di volume e massa, in modo armonico tra le sezioni destre e sinistre, e proporzionato a intensità e durata dell'allenamento.

È un cuore con normale funzione sistodiastolica, con consensuale aumento del calibro dei vasi, ma queste modificazioni sono reversibili con il disallenamento.

«Modificazioni dell'ECG possono essere osservate in sportivi di ogni livello e possono essere suddivise in fisiologiche, borderline e patologiche», approfondisce Zeppilli.

«Le alterazioni fisiologiche sono l'espressione dell'adattamento cardiaco all'allenamento aerobico e di endurance.

Queste modificazioni comprendono la bradicardia sinusale, gli alti voltaggi del QRS (espressione delle forze elettriche del ventricolo prevalentemente sinistro), un ritardo minore destro (blocco di branca destro incompleto) e il sopraslivellamento ST, espressione di ripolarizzazione precoce». Alcuni elementi devono guidare la lettura dell'ECG.

Zeppilli ricorda innanzitutto l'età e il sesso, poi il tipo di sport praticato, cioè se aerobico o anaerobico, quindi l'intensità, la continuità nel tempo e la durata dell'allenamento, la capacità funzionale del soggetto, l'assenza o la presenza di anomalie strutturali e funzionali del cuore a cui va aggiunta la razza di appartenenza.

Nella razza nera, infatti, si osserva una maggior frequenza di alti voltaggi del QRS e di onde T negative.

«Le anomalie borderline possono essere dovute all'allenamento ma anche a condizioni patologiche», prosegue il professore. «In presenza di queste anomalie elemento fondamentale del giudizio è l'atleta cioè il tipo di sport, l'intensità e la durata dell'allenamento. Le anomalie includono una bradicardia sinusale estrema (<30 bpm), un BAV di 2° grado e le anomalie della ripolarizzazione con onde T negative.

L'allenamento e la conseguente ipertrofia-dilatazione del cuore possono modificare la ripolarizzazione ventricolare in un atleta sano, con alterazione delle onde T.

Il disallenamento fa regredire queste alterazioni, con positivizzazione delle T.

Ma in presenza di bassi voltaggi e onde T negative bisogna prestare particolare attenzione, perché possono essere caratteristiche elettrocardiografiche espressione di una malattia aritmogena».

L'eco, la Rm cardiaca, il mappaggio Carto endocardico e la biopsia possono chiarire il quadro. «Ricordo solo che all'autopsia di Piermario Morosini, il calciatore ventiseienne del Livorno recentemente deceduto in campo durante una partita con il Pescara, è emerso un quadro iniziale di cardiomiopatia aritmogena dominante sinistra. È allora quanto mai vero il detto che "per trovare bisogna cercare, per cercare bisogna sapere e per sapere bisogna studiare, quindi è necessaria cultura"».

E così il cerchio va a chiudersi con le parole introduttive della professoressa Pantaleo. ■



 **Airtal**[®]
M01AB16
aceclofenac

**Efficace in Sicurezza
nell'osteoartrite, artrite reumatoide
e lombosciatalgia¹**

“I feel good”



1. Dooley M. et al. *Drugs* 2001; 61(9): 1351-1378 (Adis Drug Evaluation)



MedDRA SOC	Comuni (>1/100, <1/10)	Non comuni (> 1/1.000, <1/100)	Rare (>10.000, <1/1.000)	Molto rare / segnalazioni isolate (<1/10.000)
Patologie del sistema emolinfopoietico			Anemia	Depressione del midollo osseo Granulocitopenia Trombocitopenia Anemia emolitica
Disturbi del sistema immunitario			Reazione anafilattica (incluso shock) Ipersensibilità	
Disturbi psichiatrici				Depressione Sogni anomali Insonnia
Patologie del sistema nervoso	Capogiri			Parestesia Sonnolenza Mal di testa Alterazioni del gusto
Patologie dell'occhio			Disturbi visivi	
Patologie dell'orecchio e del labirinto				Vertigini
Patologie cardiache			Scopenso cardiaco	Palpitazioni
Patologie vascolari			Iperensione	Rossore Vampate
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche			Dispnea	Broncospasmo
Patologie gastrointestinali	Dispepsia Dolore addominale Nausea Diarrea	Flatulenza Gastrite Costipazione Vomito Ulcere boccali	Melena Ematemesi	Stomatite Emorragia gastrointestinale Perforazione intestinale Aggravamento di Crohn e della Colite ulcerosa Pancreatite
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo		Prurito Rash Dermatite Orticaria	Edema del viso	Porpora, Esantema Gravi reazioni mucocutanee Dermatite bollosa Sindrome di Stevens-Johnson Necrosi tossica epidermica
Alterazioni renali e delle vie urinarie				Sindrome nefrosica Insufficienza renale
Patologie epatobiliari				Lesioni epatiche (inclusa epatite)
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione				Edema Affaticamento
Esami diagnostici	Incremento enzimi epatici	Incremento dell'urea nel sangue Incremento della creatinina sierica		Incremento della fosfatasi alcalina ematica Aumento di peso

Fertilità

Vedere paragrafo 4.4

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Come avviene per altri FANS ed in pazienti particolarmente predisposti, la somministrazione di aceclofenac potrebbe dar luogo a capogiri, vertigini o ad altri disturbi nervosi centrali: di questo dovrebbero essere informati coloro che sono impegnati a guidare un veicolo o a utilizzare macchinari che richiedono integrità del grado di vigilanza.

4.8 Effetti indesiderati

Gli effetti collaterali più comunemente segnalati sono i disturbi gastrointestinali. Possono verificarsi ulcere peptiche, perforazione o emorragia gastrointestinale, a volte fatale, in particolare negli anziani (vedere paragrafo 4.4). Dopo somministrazione di aceclofenac sono stati riportati: nausea, vomito, diarrea, flatulenza, costipazione, dispepsia, dolore addominale, melena, ematemesi, stomatiti ulcerative, esacerbazione di colite e morbo di Crohn (vedere paragrafo 4.4). Meno frequentemente sono state osservate gastriti. Sono stati segnalati disturbi dermatologici, inclusi prurito e rash, reazioni bollose includenti Sindrome di Stevens-Johnson e necrosi tossica epidermica (molto raramente). Sono stati segnalati anomali livelli degli enzimi epatici; raramente è stato riportato innalzamento dei livelli di creatinina sierica. Edema, ipertensione e insufficienza cardiaca sono state riportate in associazione al trattamento con FANS. Studi clinici e dati epidemiologici suggeriscono che l'uso di alcuni FANS (specialmente ad alti dosaggi e per trattamenti di lunga durata) può essere associato a un modesto aumento del rischio di eventi trombotici arteriosi (per es. infarto del miocardio o ictus) (vedere paragrafo 4.4). Nella seguente tabella le reazioni avverse segnalate durante gli studi clinici e nell'esperienza post-registrativa con AIRTAL sono riportate e raggruppate secondo la classificazione sistemica e d'organo (SOC) e per frequenza. Vedere paragrafi 4.4 e 4.5

4.9 Sovradosaggio

Attualmente non sono disponibili informazioni relative al quadro clinico derivante da sovradosaggio con AIRTAL. Pertanto le misure terapeutiche da adottare sono quelle comunemente impiegate in caso di avvelenamento acuto da FANS: - l'assorbimento deve essere impedito non appena possibile per mezzo di lavanda gastrica e trattamento con carbone attivo; - trattamenti di sostegno e sintomatici dovrebbero essere adottati in caso di complicazioni (ipotensione, insufficienza renale, convulsioni, irritazione gastrointestinale e depressione respiratoria); - terapie specifiche, come diuresi forzata, dialisi o emoperfusioni, non permettono di eliminare gli antinfiammatori non steroidei, a causa del loro elevato legame alle proteine plasmatiche e del loro notevole metabolismo.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà Farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica

Farmaco antinfiammatorio non-steroido e antireumatico, codice ATC M01AB16. Aceclofenac è un antinfiammatorio non-steroido, appartenente alla classe degli analoghi dell'acido fenilacetico. Negli studi condotti su differenti specie animali, aceclofenac ha mostrato in modelli sperimentali di infiammazione acuta e cronica un'attività analgesica ed antinfiammatoria, in termini sia terapeutici sia di profilassi, simile a quella di indometacina e diclofenac. Il potere analgesico valutato su stati dolorosi indotti sperimentalmente da stimoli di diverso tipo è risultato confrontabile a quello di indometacina e diclofenac. Aceclofenac, nei modelli sperimentali utilizzati, è altresì risultato dotato di attività antipiretica. Non sono state riscontrate alterazioni funzionali a livello del sistema cardiovascolare, respiratorio e del sistema nervoso centrale. Gli effetti a livello renale sono paragonabili a quelli indotti da altri FANS.

Meccanismo d'azione

Aceclofenac è risultato un potente inibitore della cicloossigenasi, enzima che catalizza la conversione di acido arachidonico nei precursori delle prostaglandine e del trombossano.

5.2 Proprietà Farmacocinetiche

Assorbimento

Studi di farmacocinetica condotti in diverse specie animali (ratto, cane e scimmia) dimostrano che aceclofenac somministrato per via orale ed intramuscolare è rapidamente assorbito sotto forma di farmaco immodificato.

Distribuzione

Il picco plasmatico (C_{max}) viene raggiunto approssimativamente 2 ore (t_{max}) dopo l'assunzione orale del farmaco. La biodisponibilità è vicina al 100%. L'emivita plasmatica è di 4 ore. Dopo somministrazione ripetuta non è stato osservato accumulo a livello del compartimento plasmatico. Aceclofenac penetra elettivamente nel liquido sinoviale, dove le concentrazioni raggiungono circa il 57% dei livelli plasmatici.

Metabolismo

Aceclofenac e i suoi metaboliti hanno un'elevata affinità per le proteine plasmatiche (>99%). Aceclofenac è presente in circolo principalmente come farmaco immodificato.

Eliminazione

Circa i due terzi della dose somministrata vengono eliminati per via urinaria, principalmente sotto forma di idrossimetaboliti. Il profilo farmacocinetico di aceclofenac è sovrapponibile nell'adulto e nell'anziano.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

I risultati degli studi preclinici condotti con aceclofenac sono consistenti con quelli dei FANS. L'organo target principale è il tratto gastrointestinale. La tossicità di aceclofenac è stata valutata in differenti specie animali (topo, ratto, scimmia) usando diverse vie di somministrazione e adottando schemi di trattamento singolo e ripetuto. Tossicità acuta (DL50): topo e.v. 149-169 mg/kg, p.o. 211 mg/kg; ratto e.v. 94-137 mg/kg (maschi-femmine). Tossicità dopo somministrazione ripetuta (p.o.): ratto 4 settimane: assenza di tossicità fino a 3 mg/kg/die. Dopo trattamento ripetuto sono state riscontrate evidenze di tossicità gastrointestinale solo alle dosi più alte, che sono risultate nel ratto 3-6 volte, nella scimmia 5-10 volte superiori alla dose terapeutica nell'uomo. Tali effetti tossici sono risultati reversibili in entrambe le specie. Aceclofenac non ha mostrato attività mutagenica né cancerogena. Non vi sono ulteriori informazioni su dati preclinici degli inibitori della sintesi delle prostaglandine oltre a quelle già riportate in altre parti di questo RCP (vedere paragrafo 4.6).

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Compresse rivestite - Cellulosa microcristallina, croscarmellosa sodica, gliceril palmitostearato, povidone, ipromellosa, poliossietilene (40) stearato, titanio diossido.

Polvere per sospensione orale - sorbitolo (E420), saccarina sodica, aroma caramello, aroma panna, aroma latte, silice colloidale anidra, aspartame (E951), ipromellosa, titanio diossido (E171).

6.2 Incompatibilità

Nessuna.

6.3 Periodo di validità

Compresse rivestite - 3 anni.

Polvere per sospensione orale - 4 anni.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Compresse rivestite - Conservare a temperatura non superiore ai 30 °C.

Polvere per sospensione orale - Questo medicinale non richiede alcuna condizione particolare di conservazione.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

AIRTAL 100 mg compresse rivestite - 40 compresse: blister Al/Al

AIRTAL 100 mg compresse rivestite - 10 compresse: blister Al/Al

AIRTAL 100 mg polvere per sospensione orale - 30 bustine: bustine di carta alluminio/polietilene.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione

Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Almirall S.p.A.

Via Messina, 38 - Torre C

20154 Milano

8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

40 compresse rivestite 100 mg AIC n° 032773020

10 compresse rivestite 100 mg AIC n° 032773069

30 bustine polvere per sospensione orale 100 mg AIC n° 032773032

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

26 Luglio 2000

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Dicembre 2010

Cardiopatie apparenti, trascurate e dubbie

D. Ruggeri

abstract

Con il titolo "Aggiornamenti in Cardiologia" si è svolto nell'Aula Magna dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano un corso ECM di grande rilevanza, tenutosi sotto l'egida scientifica dell'Associazione Nazionale dei Cardiologi Extraospedalieri (ANCE). Scopo dell'incontro è stato quello di offrire ai partecipanti un aggiornamento puntuale sulle nuove conoscenze disponibili diagnostiche-terapeutiche relativamente a tematiche di primaria importanza per l'attività clinica del cardiologo moderno.

Tra gli argomenti di maggiore attualità trattati vale la pena segnalare la sessione "Cuore e sport" voluta dal Comitato Scientifico proprio per rispondere ai molti quesiti che ruotano attorno alla cardiologia dello sportivo e alle problematiche dell'individuazione di soggetti potenzialmente a rischio di morte improvvisa con l'attività atletica.

Per quanto sia un fenomeno raro, la morte improvvisa di un atleta durante una competizione oltre che attoniti lascia spesso il dubbio sulla corretta concessione di idoneità alla pratica agonistica.

«Dai tempi di Filippide ai nostri giorni sono innumerevoli gli episodi di sportivi professionisti e non che durante un gesto atletico muoiono improvvisamente, pur essendo in ottima forma fisica apparente», ricorda Giuseppe Inama, direttore dell'Unità operativa di Cardiologia dell'Ospedale Maggiore di Crema.

È vero che la morte improvvisa in un atleta è un evento molto raro, che interessa meno di 3/100.000 soggetti all'anno, tuttavia anche i recenti casi di Piermario Morosini centrocampista ventiseienne del Livorno deceduto a Pescara sul campo di gioco in diretta televisiva o del nuotatore olimpico norvegese Alexander Dale Oen, anche lui 26 anni, stroncato da un infarto da aterotrombosi sotto la doccia dopo un allenamento nel corso delle olimpiadi di Londra, fanno regolarmente insorgere la domanda se non fosse stato possibile prevenire simili evenienze tragiche. «Va detto che gli sportivi hanno un rischio di morire improvvisamente da 2 a 3 volte maggiore rispetto ai soggetti di pari età sedentari sani», afferma Inama. «È l'attività sportiva agonistica che può fungere da trigger di morte improvvisa in presenza di una cardiopatia misconosciuta». La partita si gioca quindi sul terreno della prevenzione primaria e secondaria.

«È importante a tal fine seguire attentamente i protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico esistenti (come i protocolli Cocis), che rappresentano uno strumento a cui fare sempre riferimento», suggerisce lo specialista di Crema. «Per la visita di idoneità gli accertamenti cardiologici di base previsti

sono l'anamnesi, l'esame obiettivo, l'ECG in 12 derivazioni e il test da sforzo. Negli atleti positivi alla valutazione iniziale è indispensabile procedere ad accertamenti di secondo livello». Un problema sempre più presente è rappresentato da soggetti quaranta o cinquantenni che vogliono cimentarsi in competizioni agonistiche.

«Ai fini della formulazione del giudizio di idoneità di questi soggetti i protocolli Cocis del 2009 raccomandano che la visita preveda sempre l'esecuzione di un test da sforzo massimale al cicloergometro, perché a questa età la cardiopatia ischemica può essere la principale causa di problemi aritmici acuti», sottolinea Inama.

Insieme alla prevenzione primaria e allo screening pre-partecipazione, l'altro aspetto cruciale riguarda l'attuazione di un sistema di prevenzione secondaria radicato sul territorio, capace di attivarsi in caso di necessità in modo efficace ed efficiente. «Tutti i Centri sportivi dovrebbero contare sulla presenza di un medico di riferimento, di uno staff opportunamente addestrato alla rianimazione cardiopolmonare (BLS) e sulla disponibilità di un defibrillatore automatico», prosegue il clinico lombardo. «Il fatto è che in Italia manca una cultura diffusa sulla rianimazione cardiopolmonare, le cui tecniche di base andrebbero insegnate già a partire dalla scuola dell'obbligo e la diffusione dei defibrillatori automatici è molto limitata e a macchia di leopardo sul territorio». Le pecche organizzative sono certamente una realtà con cui ci si deve confrontare, ma ai fini della sicurezza di un atleta esistono anche responsabilità individuali dello staff medico nell'individuare situazioni patologiche latenti. Un aspetto di cruciale rilevanza al proposito è la corretta interpretazione di esami strumentali, come ad esempio l'elettrocardiogram-

ma (ECG) e l'ecocardiogramma.

«Il problema dell'ECG nell'atleta è sempre spinoso», ricorda Andrea Finzi, già dirigente medico UO cardiologia Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.

«Un aspetto centrale riguarda la valutazione delle anomalie della ripolarizzazione. Vanno, infatti, indagate le alterazioni del segmento ST come la presenza di un soprasslivellamento del punto J, di un sopra- e di un sottoslivellamento del tratto ST e le anomalie dell'onda T, tra le quali le più rilevanti sono le onde T invertite inferiori o superiori a 2 mm».

Le linee guida ESC 2010 relativamente alla ripolarizzazione precoce e ai suoi aspetti correlati mettono in evidenza dei punti importanti.

«Il soprasslivellamento di ST nelle derivazioni destre è per lo più interpretabile come normale oppure indicativo di sindrome di Brugada utilizzando criteri elettrocardiografici validati», dice Finzi «Il soprasslivellamento di ST nelle derivazioni inferiori e laterali, soprattutto se associato a slurring del QRS, insieme al sottoslivellamento di ST e alle onde T negative > 2 mm (rare negli atleti) sono sospetti di cardiopatia silente e richiedono ulteriori indagini», sottolinea Finzi. Che aggiunge: «Le T negative ≤ 2mm o appiattite (soprattutto nelle derivazioni inferiori) hanno un significato non chiaro, possono regredire con l'esercizio e quindi sono espressione di ipertono vagale, con caratteristiche di benignità, ma poiché sono

rare (0,5% degli atleti) richiedono un follow-up attento». Il problema principale con l'esame ecocardiografico è quello di differenziare il fisiologico ingrandimento del cuore di un atleta da condizioni patologiche come cardiomiopatia ipertrofica (CMI) e cardiomiopatia dilatativa (CMD).

«Anche se l'eco non fornisce informazioni utili per individuare alterazioni strutturali del tessuto miocardico, come può fare la risonanza magnetica, può tuttavia fornire valutazioni preziose relativamente a morfologia, dimensioni e funzione del cuore», spiega Antonio Mantero, Responsabile Laboratorio di Ecografia cardiovascolare, ospedale San Paolo, Milano. «Nel cuore d'atleta viene mantenuta la normale morfologia dell'organo, le dimensioni

ANCE
Cardiologia Italiana del Territorio

Aggiornamenti in Cardiologia

MILANO
5 ottobre 2013
Ospedale Maggiore Policlinico
Aula A - Polo Scientifico

Responsabile Scientifico
Franco Fea

Comitato Scientifico
Ezio Calosso
Salvatore Corallo
Franco Fea
Andrea Finzi
Anna Gennari
Enrico Greco
Chiara Lumina
Stefano Madoi
Roberto Mangiarotti
Ferdinando Maria Massari
Carlo Mazzola
Giovanna Pantaleo
Piera Recalcati

delle cavità aumentano in modo proporzionale tra le sezioni destre e sinistre e la funzione sistolica e quella diastolica sono normali» (vedi box). L'allenamento determina un aumento dello spessore di parete, mentre il deallenamento riduce anche di 2-5 mm lo spessore nel giro di 3 mesi. Nelle atlete le dimensioni della cavità sono circa il 10% inferiori e lo spessore è circa il 20% inferiore rispetto agli uomini. «Perché si sviluppi un cuore d'atleta occorrono anni di allenamenti intensi nell'ordine di sedute quotidiane per 5 giorni a settimana in discipline di resistenza o di potenza. Se un giovane atleta poco più che adolescente praticando ad esempio il calcio a livello ludico evidenzia parametri paragonabili a quelli tipici di un cuore d'atleta è necessario prestare

attenzione», prosegue Mantero. Nella CMI, malattia di origine familiare, si ha disorganizzazione delle fibre muscolari, con ipertrofia asimmetrica, aumento importante dello spessore parietale che supera il 16 mm e arriva fino a 60 mm e una dimensione normale o ridotta delle cavità, con una funzione diastolica alterata. Nella CMD le dimensioni delle cavità sono superiori a 70 mm, si osserva ipocinesia, la morfologia si altera tendendo a una forma sferoidale, con una funzione sistolica notevolmente ridotta. «Ma la valutazione ecografica richiede tempo, almeno 30 minuti, con cattura di clip e immagini fisse da archiviare in un server per confronti real time con eventuali futuri accertamenti», conclude Mantero. ■

EFFETTI DEI TIPI DI SPORT SUL RIMODELLAMENTO CARDIACO

- Gli sport di resistenza** (ciclismo, canottaggio, sci di fondo, nuoto) determinano fenomeni importanti sia nelle dimensioni delle cavità sia negli spessori parietali. In questi sport la portata può superare i 30 l/min la PA sistolica può superare i 200 mmHg e il rimodellamento fisiologico arriva a provocare un ingrandimento delle cavità tra 54 mm e 63 mm, ma mai oltre i 70 mm. Aumenta anche lo spessore di parete, ma mai oltre i 15 mm.
- Negli sport di potenza** (corsa di velocità, sollevamento pesi) l'impatto sulla cavità è molto limitato, ma quello sullo spessore parietale è molto più importante. Nella fisiologia dell'azione sportiva, la PA sistolica supera i 200 mmHg e talora anche i 300 mmHg, il rimodellamento vede una modifica pressoché assente nelle dimensioni delle cavità, ma un significativo incremento dello spessore della parete, tuttavia non superiore ai 16 mm.
- Gli sport di squadra** (calcio, hockey, sci alpino, scherma, pallavolo) sono una via di mezzo comportano variazioni più lievi nella morfologia cardiaca dato che il carico emodinamico è più modesto.
- Gli sport di destrezza** (equitazione) hanno minori carichi di lavoro e quindi adattamenti morfologici molto limitati.

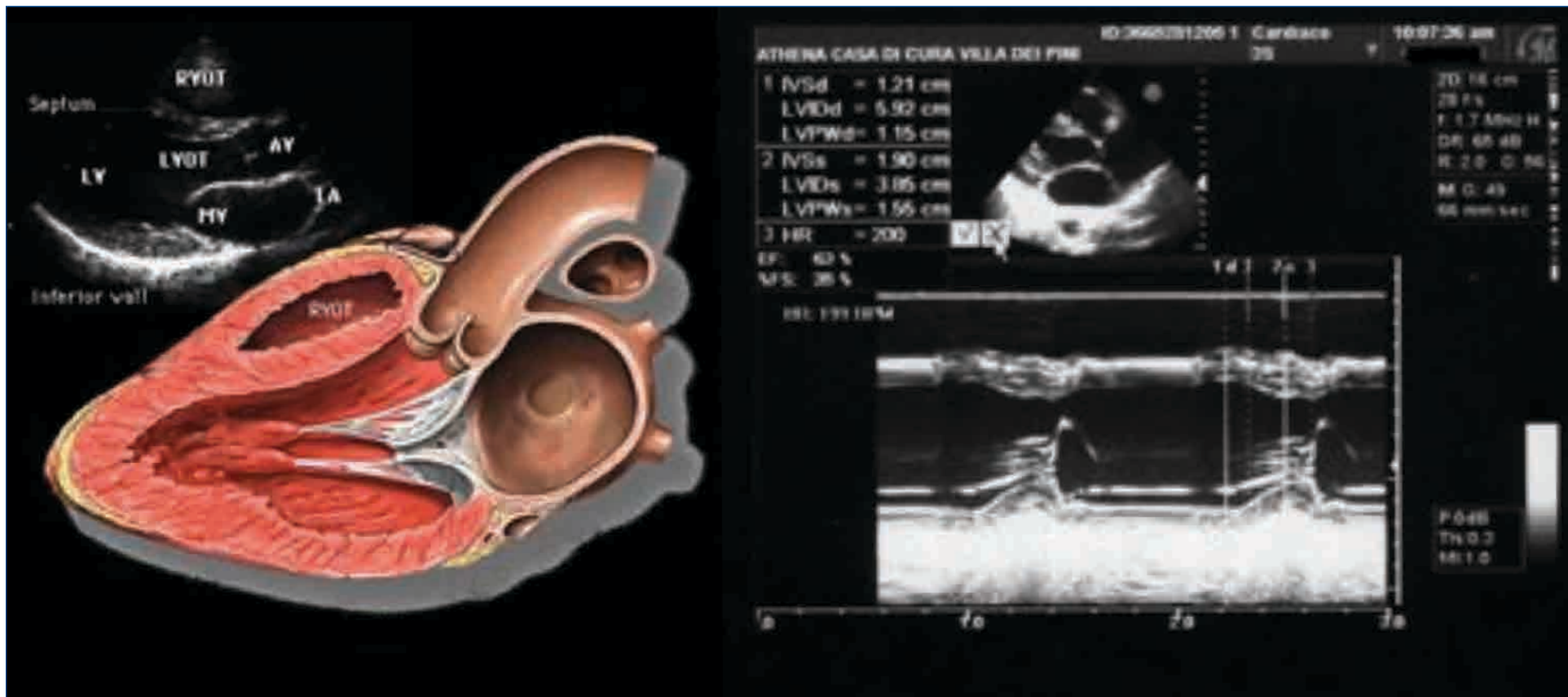


Figura 1 - Rimodellamento cardiaco in un ciclista professionista

3° edizione del Convegno nazionale

Stato dell'arte sulle applicazioni cliniche dell'ecografia in reumatologia

14-16 aprile 2014 - Siena

Topics

Riunione gruppo di studio della Società Italiana di Reumatologia per l'ecografia in reumatologia

Hot topics in Ultrasonography

Ecografia in Artrite Reumatoide e Artriti Sieronegative: che c'è di nuovo?

Artrosi e terapia intra-articolare eco-guidata

Artriti da microcristalli

Live Demo How to scan

Imaging multimodale, integrato e applicazioni dell'ecografia in ambito ortopedico/traumatologico

Le sindromi Polimialgiche

I reumatismi extra-articolari

L'ecografia della spalla

Sessione interattiva: dall'idea alla pubblicazione di uno studio ecografico

Segreteria Scientifica

Presidente del convegno: Mauro Galeazzi

Responsabili scientifici: Bruno Frediani, Georgios Filippou

Segreteria Scientifica: Antonella Adinolfi, Ilaria Bertoldi, Valentina Di Sabatino, Valentina Picerno

Segreteria organizzativa

dynamicom srl
 Via San Gregorio, 12
 20124 Milano
 Tel. (+39) 02 89 69 37 52
 Fax (+39) 02 20 11 76
 lorena.losi@dynamicom.it

Sede del Convegno

HOTEL GARDEN
 Via Custozza 2 - Siena

E.C.M.
 È previsto l'accertamento per la ECM per la categoria Medico Chirurgo, e Fisioterapisti





WARM WILD®

Innovative and technological underwear

Affidabilità e comfort. È questa, spesso, la formula vincente di un prodotto underwear. Con il progetto WarmWild si vuole raggiungere questo obiettivo ambizioso attraverso un percorso fatto di tecnologia ed innovazione. In particolare, l'idea è quella di sfruttare le comprovate proprietà benefiche dei raggi infrarossi attraverso l'utilizzo della bioceramica per realizzare un capo intimo adatto agli sportivi di ogni età e livello ma, soprattutto, **ideale in qualsiasi condizione climatica**, da quella mite a quelle più dure ed estreme.



I raggi infrarossi (FIR) hanno innumerevoli proprietà benefiche per il corpo umano, in particolare stimolano la microcircolazione e la vasodilatazione. Diversi ed autorevoli studi clinici, condotti in Giappone negli ultimi 20 anni hanno confermato le proprietà dei FIR. In particolare i FIR, utilizzati nella WAON Therapy si sono dimostrati particolarmente efficaci nella cura di pazienti con importanti patologie quali lo scompenso cardiaco. Tali studi sono stati pubblicati su giornali internazionali come Journal of Cardiology e l'International Journal of Cardiology. I FIR, inoltre, hanno dimostrato di avere una spiccata capacità ottimizzare la termoregolazione. Sono proprio queste evidenze scientifiche che hanno ispirato il Dott. Giovanni Russo, giovane ed affermato cardiologo dell'ospedale Sant'Anna di Como ed amante dello sport, a sviluppare l'idea di un nuovo underwear tecnico **che utilizzasse l'effetto benefico che i FIR hanno sulla termoregolazione e sul sistema cardiovascolare.**

Il tessuto in bioceramica di cui è composto l'intimo WarmWild ha, quale caratteristica propria, la capacità di emettere raggi infraros-

si direttamente sulla pelle e di riflettere quelli prodotti dal corpo umano, generando FIR a bassa temperatura. Questa peculiarità rende l'underwear WarmWild unico nel suo genere: al contrario di altri capi, questo intimo non tiene solo caldo, bensì **riesce a garantire una temperatura costante** grazie all'effetto di termoregolazione che impedisce dispersioni estreme di calore in caso di freddo e accumuli fastidiosi con temperature elevate, garantendo peraltro un'ottima traspira-



bilità. D'altra parte, lo stress termico è senz'altro uno dei peggiori nemici delle prestazioni sportive.

Oltre a una termoregolazione ottimale, i FIR penetrano in profondità nei tessuti e favoriscono la dilatazione dei vasi sanguigni migliorando la microcircolazione riducendo così anche il lavoro del cuore, pertanto ottimizzando la performance cardiaca.

Da non sottovalutare l'effetto antibatterico ed anti odore della bioceramica che, unito alle suddette proprietà termoregolarizzatrici, consente un utilizzo costante e continuativo dei capi senza problemi di cattivo odore o quella fastidiosa sensazione di bagnato sulla pelle.

Ma un intimo deve essere anche comodo: il made in Italy WarmWild dal design moderno, è leggero, comodo ed aderente così da donare a chi lo indossa una piacevole sensazione di "seconda pelle".

Per maggiori informazioni

www.warmwild.it

Nei disturbi articolari dolorosi

AMEDIALTM PLUS

Glucosamina solfato, Condroitina solfato,
Collagene idrolizzato, Metilsulfonilmetano (MSM),
Vitamina C e L-Carnitina fumarato



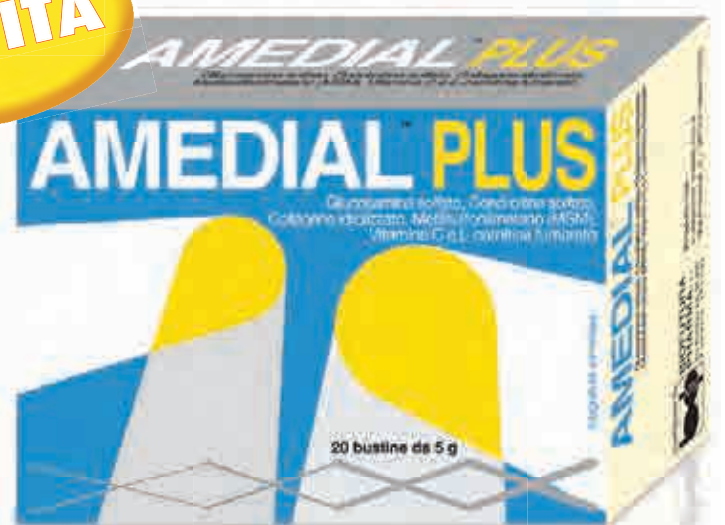
NOVITÀ



MODALITÀ D'USO*

1 bustina al dì da 1 a 3 mesi
a cicli ripetuti

* adattabile alle singole necessità



Benessere articolare RAGGIUNTO!

Attrazione fatale! Come ottimizzare il rapporto medico-paziente

M. Nosedà

Medico-chirurgo, specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva, professore a contratto in "medicina fisica e riabilitazione" presso il corso di laurea in scienze motorie dell'Università degli Studi di Brescia e in "medicina fisica e riabilitazione" presso il corso di laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Ferrara

Abstract

Partendo da alcune riflessioni sui rapporti umani, tema principale di "Attrazione fatale", film oggi considerato un classico degli anni Ottanta, l'articolo prende in considerazione la complessità del rapporto medico-paziente ed offre spunti concreti per gestire al meglio i momenti più critici dell'interazione in modo da ottimizzare il risultato finale e la soddisfazione di entrambi.

Parole chiave: relazione medico-paziente, relazioni interpersonali in sanità, psicologia della comunicazione

Introduzione

In molte professioni, come quella medica o legale, le relazioni umane giocano un ruolo chiave. A volte lasse e superficiali, a volte vissute ed intense, possono decretare a monte il fallimento o il successo di un percorso diagnostico o terapeutico.

Non facile può essere il raggiungimento di un'armonia tra disponibilità e professionalità in quanto ciò richiede equilibrio e collaborazione da ambo le parti. Come è possibile gestire al meglio tali relazioni evitando che la situazione sfugga al nostro controllo? Come creare un rapporto di stima e fiducia pur limitando un eccessivo coinvolgimento emotivo al caso contingente? Come prevenire il continuo assillo di pazienti particolarmente ansiosi o loquaci? E, infine, come evitare pesanti discussioni o improvvise rotture nei rapporti sanitari?

Un classico degli anni ottanta

Attrazione fatale: un classico degli anni Ottanta che, pur essendo ambientato in ambito personale, racconta le vicende conseguenti alla difficoltà di gestione di un rapporto nato dal caso e mal gestito che comporterà pesanti disagi ai suoi protagonisti, sfociando in comportamenti irrazionali e momenti di disperazione reciproca. Dan Gallagher, procuratore legale in un importante studio di New York, felicemente sposato con Beth e padre affettuoso della piccola Ellen, incontra a un party letterario Alex Forrest, dirigente editoriale, la quale, ossessiva e insaziabile, lo cattura letteralmente, facendolo sua preda per un intero week-end, mentre moglie e figlia sono in campagna. Reduce dal non programmato adulterio, Dan crede di poter riprendere indisturbato il suo ruolo di professionista, marito e padre, pensando di aver chiuso quella che doveva essere solo un'avventura. Ma la donna non accetta di buon grado tale decisione e da quel momento non gli darà più tregua in ogni momento di vita quotidiana. Ed è così che Alex tenta il suicidio, gli telefona in ufficio e a casa ad ore impensate, dice di aspettare da lui un figlio pretendendo che se ne assuma la responsabilità, gli invade l'ufficio e la casa creandogli un angoscioso imbarazzo,

gli incendia l'automobile, gli sottrae per lunghe ore la figlioletta, ed, infine, tenta di assassinare Beth convalescente nella sua stessa abitazione. Quest'ultimo episodio scatena la furia di Dan e la violenta reazione di Beth che uccide Alex.

Rapporti umani in sanità

L'ambito sanitario, nonostante l'avanzamento tecnologico degli ultimi anni e l'automatizzazione di molte procedure diagnostico-terapeutiche, resta uno dei settori produttivi a maggior contenuto umano. Particolare importanza rivestono, infatti, i rapporti non solo tra medico e paziente ma anche tra operatori sanitari stessi, tra operatori e famigliari e tra operatori ed istituzioni. Spesso tali relazioni sono forzate e non spontanee in quanto non è il paziente a chiedere di ammalarsi e spesso neppure a scegliere il medico o la struttura a cui rivolgersi a causa di altri fattori contingenti come l'imprevedibilità dell'evento acuto, l'urgenza dello stesso o l'offerta disponibile sul territorio. Anche il medico da parte sua non ha spesso la possibilità di selezionare né l'utenza, né i collaboratori.

Qualche margine di scelta maggiore è lasciata per la patologia da trattare ma solo nel caso in cui il medico sia uno specialista (es. fisiatra) o lavori in centri o unità dedicati al trattamento di un particolare condizione clinica (es. unità spinale).

Risulta, pertanto, importante per ogni operatore sanitario, sapersi opportunamente relazionare con i collaboratori e con l'utenza, al fine di ottimizzare il percorso ed il risultato terapeutico, ed evitare spiacevoli situazioni che possono non solo compromettere la collaborazione del paziente ma anche la fiducia nella particolare equipe, oltre che sfociare in sgraditi contenziosi legali. Tuttavia, è vero che non sempre è facile avere i nervi saldi nelle situazioni di emergenza, gestire il carico d'ansia e di preoccupazioni dei famigliari, sapersi congedare da utenti loquaci o in seguito a richieste di intervento urgente altrove.

Non sempre è, poi, semplice tenere sotto il camice preoccupazioni o tensioni personali di natura famigliare o economica.

Il medico, come il paziente, è costituito, infatti, da corpo e mente, al di là delle competenze professionali per le quali è interpellato. Inoltre, l'aziendalizzazione della sanità moderna, associata alla richiesta di livelli di efficienza sempre maggiori, rendono incalzanti i ritmi lavorativi lasciando sempre meno tempo al colloquio e al dialogo. È, quindi, forse opportuno dedicare qualche riflessione al tema e acquisire buona padronanza con l'ottimizzazione della comunicazione in modo da rendere proficui tali momenti di interazione umana e produttiva l'esperienza per ciascuna delle parti coinvolte.

Un bisogno da soddisfare, tanti fattori da controllare

La relazione medico paziente nasce dalla manifestazione di un bisogno e dalla ricerca del suo soddisfacimento. Si tratta, quindi, di una necessità e non di una scelta.

Tuttavia, meno grave ed improvvisa risulta essere il problema insorto, maggiore è la possibilità per il futuro paziente di ponderare quale sia la struttura o la persona a cui richiedere un parere in merito.

In questo i mass-media e il passaparola svolgono un'efficace operazione di marke-

ting: spesso, infatti, l'utente inconsapevolmente registra precedentemente una serie di informazioni durante momenti di vita quotidiana, come la visione della televisione o un banale colloquio al bar, per poi riutilizzarle a proprio vantaggio al momento opportuno.

Altre volte, invece, quando il soggetto pensa di non avere gli elementi necessari per fare una scelta si rivolge ad una persona di cui ha stima, come un parente, un amico o il proprio medico curante, per individuare il professionista o la struttura

che possa fare al caso suo. Alcuni fattori individuali come il pudore e la timidezza possono rallentare tale ricerca, ad esempio per problematiche relative alla sfera sessuale, mentre altri come il temperamento ansioso o le restrizioni in ambito lavorativo possono accelerare tale processo.

In genere comunque un utente si aspetta di poter soddisfare la propria necessità rapidamente, integralmente e senza ingenti spese. Spesso purtroppo non è così.

Aspettare mesi per effettuare una prestazione sanitaria a causa di lunghe liste di



attesa o dover pagare in solvenza un servizio per accelerare i tempi e superare, così, tale ostacolo sono problematiche di sistema che possono mal predisporre l'incontro con il medico a monte.

Quest'ultimo, infatti, pur operando in un determinato contesto, non è comunque direttamente responsabile di tali disagi. Altre volte i motivi di scontento nascono il giorno della visita. Anche in tal caso vi sono alcuni fattori non imputabili direttamente al medico. Alcuni di questi precedono la visita, come il traffico per raggiungere la sede dell'appuntamento, la difficoltà di trovare un posteggio, la coda allo sportello o gli errori di prenotazione. Altri, come la necessità di ulteriori esami, sono contestuali, mentre altri ancora, come l'attesa per effettuare ulteriori indagini diagnostiche o pratiche burocratiche, sono postumi. A volte però il medico può avere una certa responsabilità nell'insoddisfazione del paziente: un atteggiamento frettoloso, una scarsa attenzione al racconto dell'utente, la mancanza di delucidazioni relativamente al quadro clinico o alla terapia possono compromettere l'incontro ed allontanare il paziente dal medico e, quindi, spesso anche dalla struttura in cui egli opera, indipendentemente dalla competenza del professionista e dalla possibilità di risolvere concretamente il problema. Cosa fare?

Come ottimizzare l'incontro

Sicuramente il medico non è in grado di controllare ogni variabile dell'incontro con il paziente, tuttavia, ha un ampio margine di azione nel conquistarsi la sua fiducia nei pochi minuti disponibili sapendo ben ottimizzare il tempo a sua disposizione e spesso facendo accettare all'utente eventuali altre pecche del sistema a lui indipendenti pur di poter usufruire del suo consulto.

Nella maggior parte dei casi, fondamentali risultano i primi momenti di un incontro per instaurare un buon rapporto.

È, pertanto, importante guardare il paziente negli occhi, sorridere in segno di disponibilità e ricordarsi di salutarlo stringendogli la mano in un'ottica di avvicinamento anche fisico alla persona, sottolineando così la propria disponibilità. L'utente focalizza, infatti, innanzitutto l'attenzione sul medico per vedere se corrisponde alla sua vision, ovvero alla persona che egli aveva immaginato in grado di aiutarlo. Su alcuni variabili non è possibile agire: ad esempio, alcuni pazienti si aspettano di essere ricevuti da un medico anziano ritenendo l'età sinonimo di esperienza, altri invece preferiscono un medico giovane considerando gli studi recenti motivo di maggior aggiornamento. Su altri fattori è possibile invece intervenire attivamente: un odore di fumo, oltre ad essere particolarmente sgradito in particolare a chi non possiede tale abitudine, lede indirettamente l'ideale di medico perfetto che dovrebbe seguire in prima persona stili di vita salutari prima di proporli ad altri per essere minimamente credibile e convincente. Al contrario, un aspetto curato, un camice pulito e uno studio ordinato sono sicuramente elementi che trasmettono sicurezza. In particolare, poi, un luogo silenzioso e riservato per l'incontro favorisce la sintonia tra le due figure; è bene, quindi, premunirsi a priori ed evitare che altre persone come segretarie o telefonate, interrompano bruscamente il colloquio.

Il paziente ha, infatti, un bisogno psicologico di conforto e necessita, pertanto, di un clima sereno in cui poter esporre al meglio il motivo del suo malessere.

Egli, infatti, vuole avere per sé tutta l'attenzione del medico e di certo mal interpreterebbe un'interferenza in tale momento di intimità; in altre parole vuole sentirsi unico, e non uno fra tanti. Si aspetta, quindi, una persona innanzitutto disposta ad ascoltarlo.

È bene, quindi, all'inizio lasciar brevemente raccontare il problema nel modo in cui il paziente meglio creda incoraggiandolo a parlare con un incipit del tipo "come posso esserle d'aiuto?" per, poi, gradualmente porre domande mirate al fine di meglio focalizzare l'attenzione ed indagare aspetti di carattere più sanitario. A patto che l'utente non divaghi eccessivamente, è opportuno non interromperlo nel caso in cui inserisca nel racconto qualche aspetto irrilevante per il medico ma carico di emotività per lui, come la famiglia o il lavoro.

Ciò è spesso indice di sintonia ed evidenzia la disponibilità del paziente a condividere aspetti della propria vita privata a cui è particolarmente legato affettivamente.

Pur nel rispetto della persona, il medico non dovrà però mai farsi sopraffare e dovrà essere in grado di guidare e gestire il colloquio, ponendo domande più specifiche al paziente loquace per limitare l'ampiezza della sua risposta e formulando quesiti più incalzanti ed ampi all'utente taciturno. Ogni paziente arriva dal medico, oltre che con un proprio vissuto, anche con proprie idee, sentimenti e aspettative riguardo alla recente problematica clinica. È bene indagare tutti e tre tali ambiti per vedere se le idee che il paziente si è fatto su ciò siano reali o se ha pensieri distorti dovuti all'esperienza di malattia di un familiare o un conoscente. È opportuno, poi, valutare lo stato emotivo e l'impatto su ambiti particolari, come quello lavorativo o anche più in generale sulla qualità della vita, oltre che testare preventivamente cosa si aspetta che il medico possa fare per lui. Ovviamente, il paziente vorrebbe sempre che la medicina risolvesse completamente la causa del disagio per cui egli si è rivolto al medico.

Tuttavia, soprattutto in condizioni legate ad una limitazione delle attività della vita quotidiana ciò non è sempre possibile. Alcune malattie sono, infatti, evolutive per loro natura; è per esempio questo il caso del morbo di Parkinson o della demenza senile. Indagare l'aspettativa individuale è, quindi, importante non solo per tarare la sensibilità nel comunicare una diagnosi ma anche per migliorare l'adesione del paziente alla proposta terapeutica. Un tempo si parlava di "compliance" per riferirsi alle tecniche da utilizzarsi per aumentare il coinvolgimento dell'utente al piano terapeutico. Oggi, invece si preferisce usare quello di "concordance" in quanto la proposta del medico dovrebbe essere definita e discussa con il paziente in termini di obiettivi, strumenti da utilizzarsi e tempi di realizzazione al fine di valutare preventivamente sia ciò che è davvero possibile raggiungere, sia il grado di collaborazione del paziente, unico vero attore attivo nel suo percorso verso uno stato migliore di salute. È bene, infatti, stimare fin da subito il potenziale residuo, evitare promesse irrealizzabili e ridimensionare aspettative non realistiche: sarebbe una doppia delusione per il paziente scoprire a posteriori che non solo non ha ottenuto ciò che gli era stato promesso, ma anche divenire consapevole che il sanitario di cui si era fidato ha mentito. Il medico non deve, pertanto, temere di comunicare la prognosi, nei modi e nei tempi opportuni, e neppure di perdere il paziente che ha comunque ogni diritto di consultare un altro esperto prima di decidere della propria salute.

In caso di lamentele del paziente nei confronti di altri operatori è bene non tanto condannare l'operato dei colleghi, di cui comunque non conosciamo la versione dei fatti, e incrementare così l'astio dell'utente, ma è sicuramente preferibile focalizzare l'attenzione su cosa è possibile fare ora per risolvere concretamente il problema.

Meglio essere propositivi che giudici; infatti, avendo già vissuto un'esperienza negativa, il paziente è alla ricerca di risultati e non di ulteriori parole.

UN FILM PAUROSO, SENSUALE E SCONVOLGENTE...

- Bruce Williams, PLAYBOY MAGAZINE -

SCORREVOLE E SEDUCENTE.

- Janet Maslin, NEW YORK TIMES -

UN FILM SCOTTANTE, SEXY, RICCO DI SUSPENSE, SENSAZIONALE.

- Joel Siegel, WARC-TV, New York Co.

IL MIGLIOR THRILLER DELL'ANNO.

- George Keys, CBS TV, THE MORNING PROGRAMME -

UNO DEI FILM PIÙ EMOZIONANTI, AGGHIACCANTI, ROMANTICI DEGLI ULTIMI ANNI.

- Gene Shalit, TODAY SHOW (NBC) -

MICHAEL DOUGLAS **GLENN CLOSE**

ATTRAZIONE Fatale

Una terrificante storia d'amore

PARAMOUNT PICTURES PRESENTA UNA PRODUZIONE JAFFE/LANSING UN FILM DI ADRIAN LYNE

ANNE ARCHER

"ATTRAZIONE FATALE" Musica di MAURICE JARRE. Scritto per lo schermo da JAMES DEARDEN tratto da una sua sceneggiatura originale. Prodotto da STANLEY R. JAFFE e SHERRY LANSING. Diretto da ADRIAN LYNE. UN FILM PARAMOUNT

Durante il colloquio, è opportuno sempre dare del lei al proprio assistito: questo per sottolineare che il rapporto è di tipo professionale ed evitare che alcuni utenti possano approfittarsi della disponibilità del medico con richieste improprie di terapie o certificazione in caso di rimborsi assicurativi in atto. Sarebbe, inoltre, bene non mischiare i rapporti professionali con quelli personali e declinare cortesemente gli inviti che un paziente, anche solo per gentilezza e riconoscenza, potrebbe formulare durante l'incontro.

Nel corso della visita è bene chiedere all'utente di spogliarsi per il minimo tempo indispensabile, invitandolo ad usufruire di un paravento o di un'apposita cabina e a rivestirsi appena terminate le manovre semeiotiche. Valutare di ridurre all'essenziale l'esame obiettivo in soggetti molto timidi o con evidenti complessi fisici come il sovrappeso, pur invitandoli a considerare tale problematica all'interno di un trattamento integrato come, ad esempio, nel caso di una lombalgia. In questi casi, è consigliabile limitarsi ad illustrare il beneficio sulla salute del calo ponderale piuttosto che sottolineare i disagi legati a tale inestetismo che il paziente già ben conosce per esperienza personale diretta.

Qualora l'assistito gradisca la presenza di un familiare è bene assecondarlo in quanto molto spesso dietro tale richiesta si nasconde un bisogno di incoraggiamento inconscio e una necessità di condivisione del trattamento terapeutico anche solo per motivi organizzativi familiari. Tuttavia, è opportuno far sì che sia il diretto interessa-

to ad esprimersi ed a interagire col medico, evitando che un terzo si sostituisca a lui nel colloquio.

È sempre bene al termine della visita proporre un breve riassunto di quanto discusso, oltre che dare al paziente tutte le informazioni necessarie, anche burocratiche, per poter effettuare gli accertamenti diagnostici richiesti o usufruire delle terapie proposte. Non dimenticare, infine, di esplicitare modalità per ricontattare il centro per i successivi incontri che dovranno comunque almeno a grandi linee essere definiti nel tempo. È preferibile evitare di fornire numeri di telefono personali per

l'impossibilità di rispondere, sempre e comunque, alle richieste del paziente che potrebbe, poi, anche abusare della disponibilità del medico: i recapiti del centro con gli orari di apertura sono spesso più che sufficienti. Ciò farà sentire il paziente psicologicamente seguito ed in grado di gestirsi autonomamente anche in caso di necessità. Il suo ritorno nei tempi stabiliti ai controlli successivi, la sua adesione alla proposta diagnostica o terapeutica, così come l'invio di un conoscente per un nuovo parere sono il miglior riscontro, anche se postumo, che l'incontro precedente ha avuto successo. ■

Bibliografia

- 1) Anolli L., *Psicologia della comunicazione Collana "Strumenti"*, Il Mulino Editore
- 2) Bayne R., Nicolson P. e Horton I., *Counselling and communication skills for medical and health practitioners - Leicester : The British Psychological Society*, 1998.
- 3) Drew P. e Heritage J., *Talk at work : interaction in institutional settings - Cambridge [England]: Cambridge University Press*, 1992.
- 4) Fitzpatrick R. e Hopkins A., *Measurement of patient's satisfaction with their care - London: Royal College of Physicians*, 1993.
- 5) Lazzari C., Colleoni G. e Trallo F., *Guida alla comunicazione con la persona in crisi e con il malato grave; prefazione di Francesco Chiodo. - Bologna: Pitagora Editrice*, 1995.
- 6) Luban B. e Musso A., *Dialogo medico paziente: dalla relazione alla nuova psicosomatica, Centro Scientifico Editore, Collana Biblioteca della Salute*, 2000
- 7) Mathews, A. *Elementi di psicologia nella pratica medica / A. Mathews, A. Steptoe. - CIC Edizioni Internazionali*, 1995.

- 8) Moja E. e Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente - Milano, Cortina Editore*, 2000
- 9) Myerscough, P. R. *Come parlare con i pazienti - Edizione Italiana a cura di Maurizio Puca. - Napoli: Idelson*, 1996. - tit. orig.: Talking with patients
- 10) Novara F. e Sarchielli G., *Fondamenti di psicologia del lavoro, Collana "Strumenti"*, Il Mulino Editore
- 11) Oatley K., *Psicologia ed emozioni, Collana "Collezione di testi e di studi"*, Il Mulino Editore
- 12) Ricci Bitti P. e Zani B., *La comunicazione come processo sociale, Collana "Strumenti"*, Il Mulino Editore
- 13) Roberti A., Belotti C. e Caterino L., *Comunicazione medico-paziente: la comunicazione come strumento di lavoro del medico, Roberti Editore*, 2006
- 14) Rossi N., *Psicologia clinica per le professioni sanitarie, Collana "Manuali"*, Il Mulino Editore
- 15) Spinsanti, S et al., *L'ascolto che guarisce - 2. ed. - Assisi: Cittadella*, 1995.
- 16) Taylor S.E., *Health psychology*, 3a edizione, mc graw hill, 1995
- 17) Todd A. e Fisher S., *The social organization of doctor-patient communication - 2nd ed. - Norwood, n.j.: Ablex Pub. corp.*, c1993.

Da Londra
a Milano:

Il Congresso Isokinetic torna in Italia

Dopo due edizioni consecutive a Londra, il Congresso di Isokinetic, organizzato in collaborazione con la FIFA, tornerà in Italia per studiare le lesioni articolari e legamentose, uno degli argomenti più complessi della medicina del calcio. Il titolo sarà: *"Football Medicine Strategies for Joint & Ligament Injuries"* e la lingua ufficiale sarà l'inglese, con traduzione simultanea in italiano di tutte le sessioni.

La sede sarà Milano, che nel calcio mondiale ha un ruolo di primo piano grazie alle dieci Coppe dei Campioni vinte dalle squadre cittadine, presso l'avveniristica sede di **Milano Congressi (Mi-Co)**, che con la sua capienza di 18.000 persone si colloca tra i centri congressuali più grandi di tutta Europa.

L'evento, che è diventato un appuntamento classico della Football Medicine Community internazionale, si svolgerà in tre giornate, da **sabato 22 marzo a lunedì 24 marzo**, nelle quali 164 tra i più noti esperti del settore presenteranno le loro espe-

rienze. Parteciperanno medici dello sport, chirurghi ortopedici, fisiatristi, radiologi, fisioterapisti, medici di squadra e preparatori atletici, che proprio nell'anno dei Mondiali di calcio in Brasile, affronteranno temi legati alla prevenzione, alla chirurgia, alla riabilitazione e al ritorno in campo del calciatore, garantendo come sempre un approccio multidisciplinare e internazionale.

L'evento sarà un'occasione d'intensa comunicazione tra i diversi operatori coinvolti nel processo di recupero, con l'obiettivo di raggiungere i migliori risultati attraverso un gioco di squadra. La partecipazione di relatori provenienti da tutto il mondo offrirà inoltre l'opportunità di ascoltare esperienze diverse e di creare nuovi legami professionali, raccogliendo le informazioni più aggiornate e innovative della medicina del calcio.

Il Congresso, si completerà il lunedì con la seconda edizione del *Science of Football Summit* che

avrà come titolo *"Preventing Injuries in Football: 1994-2004, 20 years of research"* un tema prioritario nel mondo dello sport scelto in occasione del ventesimo anniversario di F-MARC (FIFA – Medical Assessment and Research Centre) che è partner ufficiale del Congresso.

Questo Summit è rivolto specificatamente a quanti si occupano di prevenzione degli infortuni che sono quotidianamente impegnati sui campi di allenamento, quindi ai medici dello sport, agli allenatori e ai preparatori atletici, ai laureati in Scienze Motorie e in Fisioterapia e agli studenti. Per chi lo desidera, è offerta la possibilità di partecipare solo a questa giornata.

Durante il Summit saranno presentate le più importanti iniziative in tema di prevenzione messe in atto e coordinate da F-MARC: scienziati dell'esercizio, illustreranno gli aspetti generali e le ricadute pratiche della filosofia di prevenzione messe in atto in questi ultimi venti anni.

Sul sito www.FootballMedicineStrategies.com potete trovare tutte le informazioni che si riferiscono all'iniziativa e iscrivervi on line al Congresso. Potete consultare anche il sito istituzionale di Isokinetic all'indirizzo www.isokinetic.com.



Per informazioni
www.isokinetic.com
oppure
www.FootballMedicineStrategies.com

Segreteria Organizzativa
Cristina Zanetti
tel. +39 051 2986814
email: congressi@isokinetic.com



Utilizzo in pronto soccorso delle apparecchiature a basso campo per l'identificazione delle lesioni ossee occulte: attualità e prospettive future.

M.D. Tabasso, L. Romano

Dipartimento di Radiologia Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino. Presidio Ospedaliero CTO.

Introduzione

La RM ha contribuito negli ultimi anni a ottimizzare la diagnostica in ambito osteo-articolare permettendo di identificare con accuratezza ed elevata sensibilità e specificità sia le lesioni interessanti la componente ossea sia quelle a carico delle altre strutture intra ed extra articolari. L'interesse all'utilizzo della RM nella fase post-traumatica acuta si è recentemente focalizzato sulla possibilità di diagnosticare le lesioni ossee occulte all'esame radiografico standard, note come "bone bruise" (1).

Questo tipo di lesioni, in genere considerate ad evoluzione benigna, qualora interessino la porzione di osso sub condrale, in considerazione dei profondi effetti sul metabolismo cartilagineo, possono determinare fenomeni di lisi condrale, proporzionali all'energia del trauma e alla sua distribuzione, potendo portare ad una prematura degenerazione del tessuto cartilagineo specie, ma non necessariamente, in presenza di lesioni legamentose associate (2,3,4).

Finora i limiti dell'utilizzo della RM in PS, rispetto alle altre metodiche di imaging, sono stati l'elevato costo ed il maggiore tempo richiesto per lo svolgimento dell'esame.

Perché l'utilizzo della RM in acuto sia reditizio deve essere clinicamente rilevante, cioè deve poter definire con maggiore precisione l'anatomia rispetto alle altre metodiche e rivelare modificazioni che abbiano un impatto significativo sulla cura del paziente.

Gli attuali sviluppi tecnologici hanno permesso la realizzazione di apparecchiature dedicate allo studio dei segmenti ossei periferici con magneti a basso campo di dimensioni sempre minori e con configurazione aperta, adatte quindi anche ad un impiego non elettivo.

Inoltre il perfezionamento delle sequenze e della successiva elaborazione del segnale rilevato ha reso possibile ottenere immagine diagnostiche di buona qualità con tempi di acquisizione contenuti.

Classificazione delle lesioni ossee radiograficamente occulte e tecniche di imaging

In letteratura esistono multiple classificazioni delle bone bruise, basate sulla caratterizzazione radiologica della lesione e sulla sua rilevanza clinica (5,6).

Nel nostro centro, in base alla nostra esperienza e alla rilevanza medico legale che ha un utilizzo proprio delle parole nel referto medico, adottiamo questa classificazione:

Contusione ossea: area confluyente di alterato segnale nella compagine della spongiosa ossea, a margini indefiniti, riconoscibile come segnale iperintenso nelle sequenze pesate in T2 con soppressione del grasso (T2 FatSat) o nelle sequenze STIR, e conseguentemente come segnale ipointenso nelle sequenze pesate in T1 o in DP;

Fratture intraspongiose: in più si caratterizzano per la presenza nelle sequenze morfologiche di linee ipointense nella compagine della spongiosa, riconducibili a soluzioni di continuo della trabecolatura, senza coinvolgimento del profilo corticale; quest'ultime possono avere decorso:

- Lineare;
- Irregolare "Serpiginoso";
- Multilineare.

Lesioni osteocondrali: l'area di lesione interessa l'osso sub condrale estendendosi sino al profilo osseo corticale con o senza disarmonia della superficie articolare corrispondente;

Fratture vere e proprie: la linea di frattura si estende e coinvolge il profilo corticale dell'osso con o senza scomposizione.

Per lo studio di tali lesioni è necessario avere almeno due sequenze una ottenuta con pesatura in DP o in T1 e una in soppressione del grasso.

Come è noto le tecniche di soppressione che prevedano la presaturazione del segnale del grasso (FATSAT) non sono ottimali con macchine a basso campo per la piccola differenza del chemical shift tra

grasso e acqua che condiziona la qualità della soppressione.

Anche la qualità delle immagini ottenute con tecniche di inversion-recovery (STIR) nelle macchine a basso campo non è ottimale, poiché i tempi di inversione specifici per l'annullamento del segnale del grasso variano a seconda dell'intensità del campo magnetico statico.

La minore intensità del campo magnetico principale consente l'utilizzo di tempi di inversione più brevi ma a discapito di un segnale meno intenso che si traduce in una peggiore definizione dell'immagine rispetto a quella ottenibile con macchine ad alto campo.

Per ovviare a questi inconvenienti la tecnologia ha perfezionato per le macchine a basso campo le sequenze in opposizione di fase come la DIXON o la sequenza X-Bone sviluppata da Esaote, da noi utilizzata (7,8). X-Bone utilizza due acquisizioni Gradient Echo, in cui i tempi di eco sono determinati automaticamente dal software in funzione della frequenza di risonanza e del chemical shift tra acqua e grasso in modo da generare due immagini in cui i segnali di acqua e grasso risultano rispettivamente in contro-fase ed in fase. Il successivo post-processing dei dati risulta nella generazione di due immagini derivate contenenti solo il segnale del grasso e solo il segnale dell'acqua, ottenendo una separazione acqua/grasso. Nel tempo di una singola scansione di cinque minuti si possono ottenere quattro immagini: in contro-fase, in fase, in soppressione dell'acqua e in soppressione del grasso.

Osservazioni

In un periodo temporale di circa sei mesi abbiamo valutato con indagine RM 30 pazienti afferiti al Pronto Soccorso del nostro ospedale in seguito ad un evento traumatico intercorso nelle 72 ore precedenti, con o senza interessamento della componente articolare, con marcata dolorabilità e impotenza funzionale dell'area interessata ed Rx negativo o dubbio per frattura ossea.

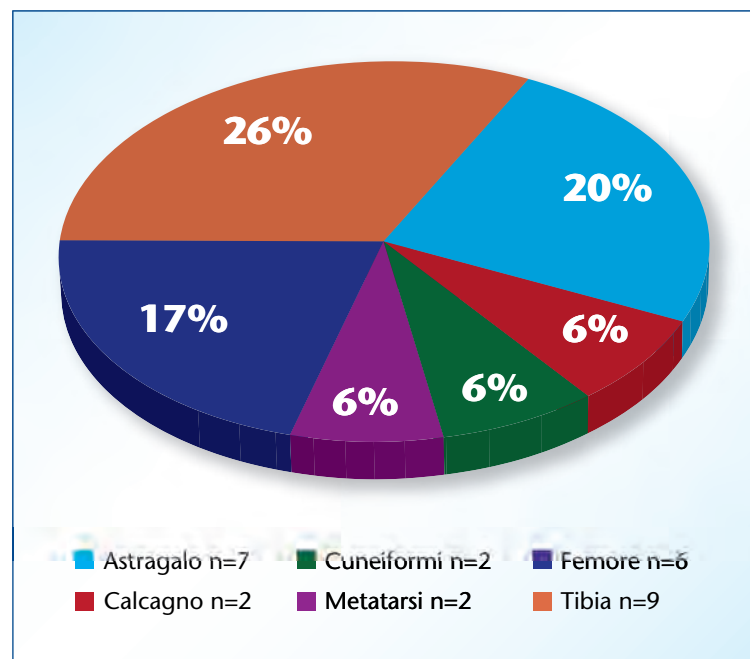


Figura 1 - Arti inferiori.

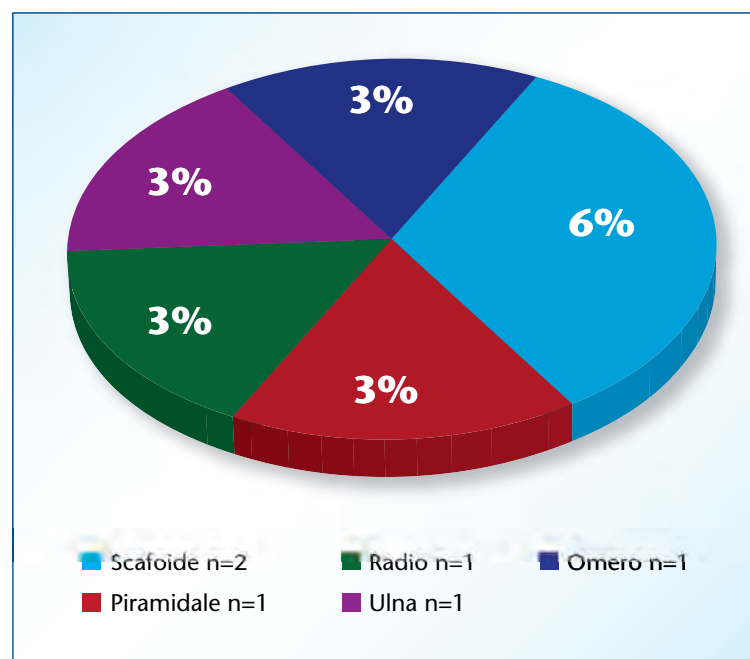


Figura 2 - Arti superiori.

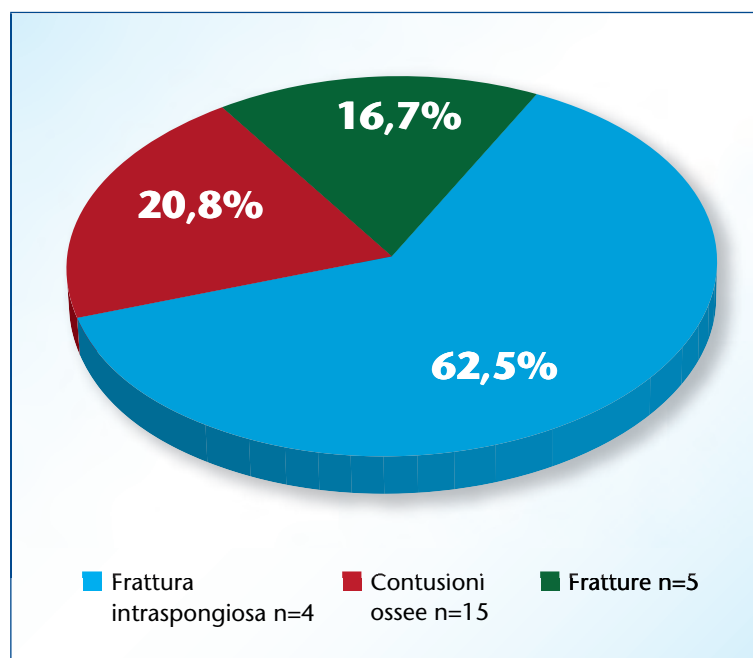


Figura 3 - Distribuzione percentuale delle lesioni ossee riscontrate all'esame RM

L'esame RM è stato effettuato con apparecchiatura O-Scan di ESAOTE, sistema a basso campo da 0,3 T, dedicato allo studio delle estremità.

Il tempo di acquisizione medio per esame è stato di 15 min.

In 8 dei 30 casi il trauma interessava l'arto superiore, nei restanti 22 l'arto inferiore. Il successivo controllo RM ha evidenziato lesioni ossee in 24 dei 30 pazienti (80%); in particolare in 5 degli 8 casi riguardanti l'arto superiore (62,5% - Fig. 1) e in 19 dei 22 riguardanti l'arto inferiore (86,3% - Fig.2).

Riportiamo in questi grafici a torta la distribuzione delle sedi delle lesioni riscontrate. Secondo la nostra classificazione le lesioni ossee riscontrate sono state (Fig.3):

Contusioni ossee: 15	Fig. 4
Fratture intraspongiose: 4	Fig. 5
Fratture franche: 5	Fig. 6

Considerazioni

In un periodo di osservazione di circa sei mesi il nostro studio dimostra come, in una percentuale significativa di pazienti (80%), l'esame RM eseguito lo stesso giorno del trauma ha permesso di individuare lesioni dell'apparato osteoarticolare, non visibili alle indagini radiografiche eseguite di routine in P.S e di orientare il clinico verso una gestione più corretta del trauma.

Rispetto agli atti terapeutici che si sarebbero adottati se i Pazienti fossero stati dimessi dal P.S. con la sola diagnosi clinico-radiografica, l'esame RM si è dimostrata utile nel modificare la terapia alla dimissione in una percentuale significativa di pazienti (37,5%) e nel caso dei pazienti con contusione ossea (62,5%), di consigliare al clinico un più cauta concessione del carico.

In particolare i pazienti con frattura hanno potuto, fin da subito, ricevere un più adeguato trattamento riducendo così i tempi di recupero ed evitando potenziali conseguenze sfavorevoli (pseudoartrosi, epifisiodesi, necrosi etc.) determinate da una non corretta gestione del trauma.

In considerazione di questo, riteniamo che laddove la clinica sia suggestiva per lesioni interessanti la componente ossea (gonfiore, vivo dolore ed impotenza funzionale su tutti) si debba indirizzare il paziente all'esecuzione della RM, a completamento dell'iter diagnostico anche in P.S. Questo richiede la presenza di macchine dedicate all'utilizzo in urgenza e l'elaborazione di un protocollo diagnostico che riduca i tempi di acquisizione, senza condizionare la specificità dell'esame RM stesso. ■



Figura 4 - Trauma contusivo diretto del ginocchio. Rx negativa per frattura. Dolore compartimento laterale. L'indagine RM (Coronale X-Bone) evidenzia un'area di alterato segnale a margini irregolari in corrispondenza dell'osso spongioso del piatto tibiale laterale con caratteristico segnale iperintenso nell'immagine in soppressione del grasso (echo 3).

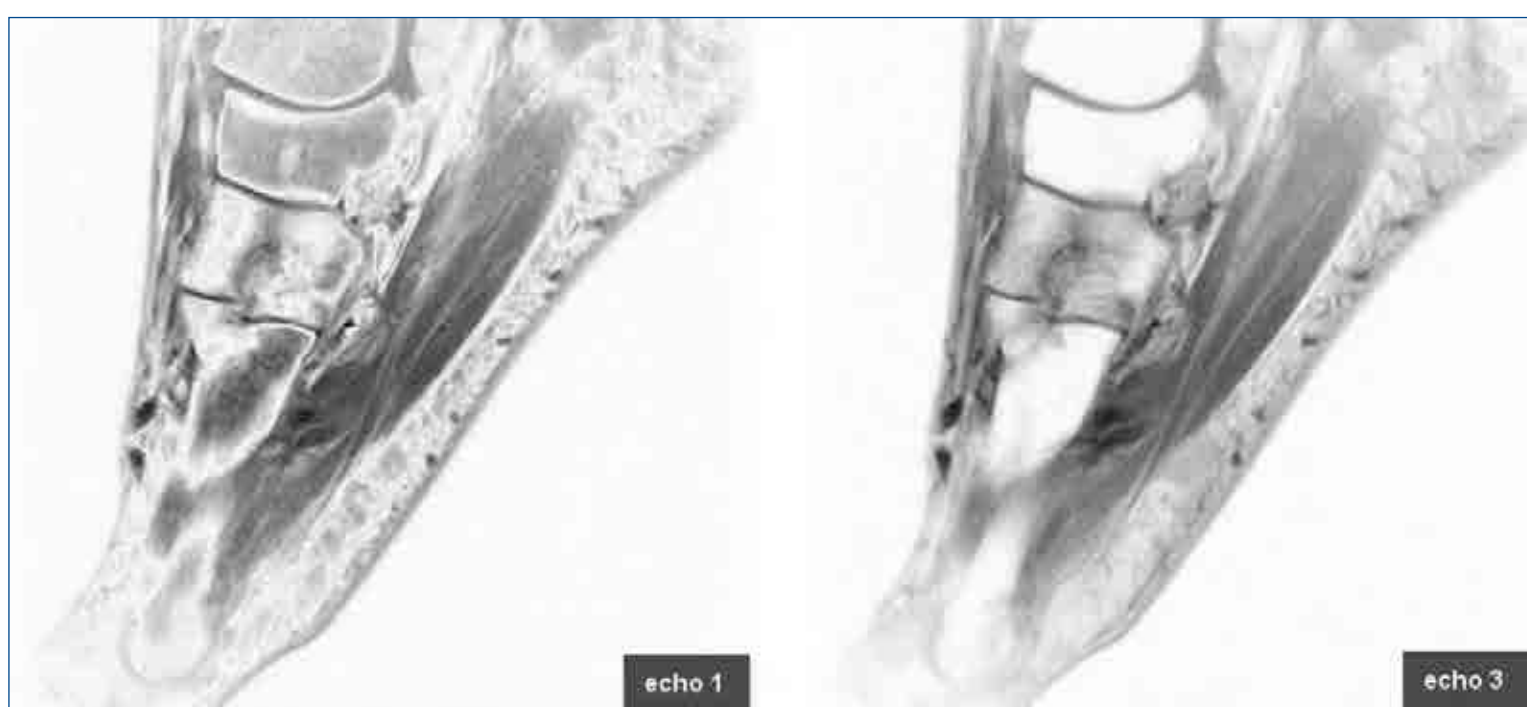


Figura 5 - Trauma contusivo piede destro. Indagine RX negativa. Dolore al carico in corrispondenza dell'articolazione cuneo-metarsale. L'indagine RM (Sagittale X-Bone) nelle immagini in soppressione del grasso (echo 3) mostra una linea di frattura iperintensa a decorso orizzontale che interessa il I cuneiforme senza coinvolgere il profilo corticale.

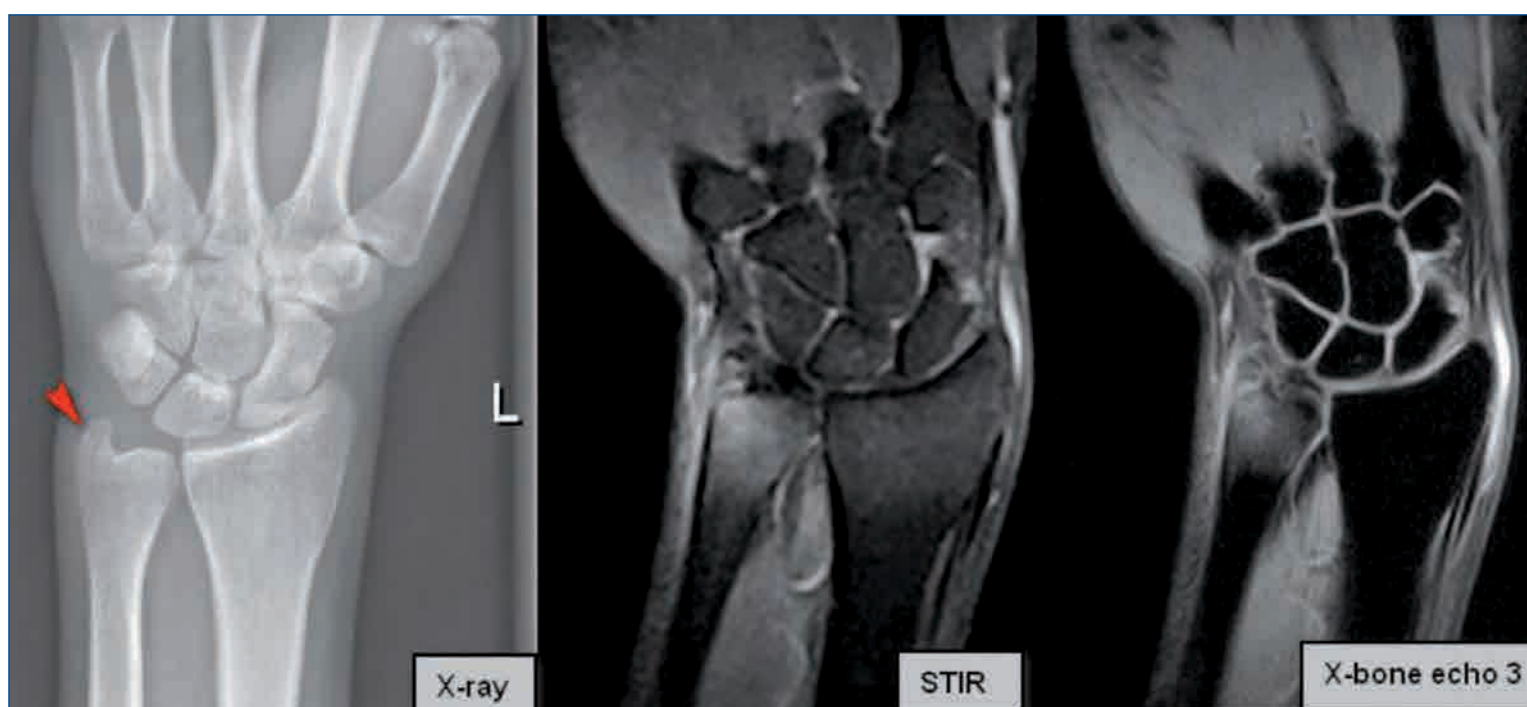


Figura 6 - Frattura della stiloide ulnare sinistro: indagine Rx dubbia per frattura (punta di freccia rossa). La successiva indagine RM ha confermato la linea di frattura con associato edema reattivo dell'osso. Notare come la sequenza X-Bone abbia fornito una immagine di maggiore qualità rispetto alla sequenza STIR.

Bibliografia

1) Yao L, Lee JK (1988) Occult intraosseous fracture. Detection with MR imaging. *Radiology* 167:749-751
2) Nakamae A, Engebretsen L, Bahr R, Krosshaug T, Ochi M. Natural history of bone bruises after acute knee injury: clinical outcome and histopathological findings. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2006 Dec;14(12):1252-8. Epub 2006 Jun 20.

3) Boks SS, Vroegindewij D, Koes BW, Bernsen RM, Hunink MG, Bierma-Zeinstra SM. Clinical consequences of posttraumatic bone bruise in the knee. *Am J Sports Med.* 2007 Jun;35(6):990-5. Epub 2007 Feb 16.

4) Boks SS, Vroegindewij D, Koes BW, Hunink MG, Bierma-Zeinstra SM. Follow-up of occult bone lesions detected at MR imaging: systematic review.

Radiology. 2006 Mar;238(3):853-62.

5) Mink JH, Deutsch AL. Occult cartilage and bone injuries of the knee: Detection, classification and assessment with MR imaging. *Radiology.* 1989; 170:823-9.

6) Vellet AD, Marks PH, Fowler PJ, Munro TG. Occult post-traumatic osteochondral lesions of the knee: prevalence, classification, and short-term sequelae

evaluated with MRI. *Radiology* 1991; 178:271-276

7) Dixon WT. Simple proton spectroscopic imaging. *Radiology* 1984; 153: 351-357.

8) Wohlgemuth WA, Roemer FW, Bohndorf K. Short tau inversion recovery and three-point Dixon water-fat separation sequences in acute traumatic bone fractures at open 0.35 tesla MRI. *Skeletal Radiol* 2002; 31:343-348



prosound α10

prosound



Ultimate Compounding Technologies

ALOKA, nella sua continua evoluzione in campo ecografico, ha creato le nuove piattaforme ecografiche **ProSound α10** e **α7**, basate su innovative tecnologie che aiutano l'accuratezza e l'efficienza diagnostica.

Le pionieristiche conquiste di ALOKA nei sistemi diagnostici ad ultrasuoni, come anche la notevole esperienza e capacità tecnologica in questo campo, sono state caldamente acclamate da molti medici esperti, consentendole di guadagnare una fiducia senza pari in molti modi attraverso le funzioni user-friendly dei suoi prodotti, come le sonde ultrasonore multifunzione che forniscono immagini più nitide.

ProSound rappresenta il marchio di apparecchiature ecografiche che utilizza le migliori tecnologie sviluppate da ALOKA per offrire maggiore efficacia e precisione nelle diagnosi, richieste sia dai pazienti che dai medici, al mondo d'oggi.

Tra le tecnologie presenti:

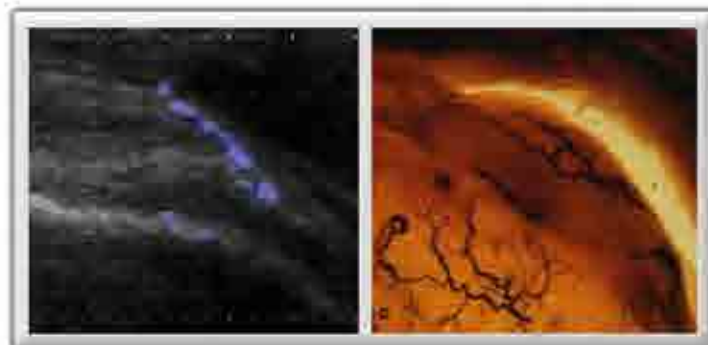
◆ Il Generatore di Impulso CPWG costruisce gli impulsi specifici per ogni target ecografico in ogni modalità di lavoro. Tramite la banda di trasmissione del Compound Impulse Transmission, permette di ottenere una maggiore sensibilità, migliore risoluzione spaziale, migliore penetrazione e uniformità delle immagini.



◆ Sonde HST+ a matrice, con tecnologia a larga banda, trasmissione e ricezione in multifrequenza. Caratterizzate dalla innovativa doppia focalizzazione e aumentata uniformità di immagine combinata con l'eccellente capacità di penetrazione.

◆ Tecnologia Harmonic Echo Tissutale e di Contrasto con basso/medio/alto indice meccanico. Tecniche di filtraggio e sottrazione d'impulso con tecnologia Broadband Harmonic.

◆ **eFLOW** - Innovativa tecnologia di imaging vascolare ad altissima sensibilità di rilevazione di flussi, sia a bassissima velocità che ad alta dinamica. Il sistema si avvale di innovative tecniche di rilevazione dei flussi, come il filtro MTI (Movement Target Indicator) per il riconoscimento della fase del segnale ricevuto per la rilevazione della presenza di flussi anche a bassissime velocità. Questa tecnologia, anziché avvalersi dello shift di frequenza dei sistemi Doppler, utilizza queste nuove tecniche di rilevazione che garantiscono altissima risoluzione spaziale mantenendo la risoluzione temporale a livelli alti. L'elevata sensibilità e risoluzione rende la tecnica eFlow ideale per lo studio delle patologie muscolo-tendinee traumatiche e degenerative ed anche tumorali e flogistiche.



"Lo studio della microvascolarizzazione dell'area inserzionale tendinea con macchine ad alta sensibilità ha dimostrato essere spesso risolutiva nello studio delle entesiti, tipo quella da impingement di spalla"

C. Faletti - Dip. Diagnostica per Immagini, A.O. CTO-Maria Adelaide, Torino

Si ringrazia il Dipartimento di Diagnostica per Immagini, dell'Azienda Ospedaliera CTO-Maria Adelaide di Torino per la gentile concessione delle immagini ecografiche



A cura del dott. Carlo Faletti
Resp. Traumatologia dello Sport - SIRM - Radiologia Muscolo-Scheletrica.

Un'arma in più nel trattamento intra-articolare dell'artrosi dell'anca: i polinucleotidi

A. Migliore

Responsabile della Unità di Reumatologia, Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli di Roma

Introduzione

L'artrosi è una delle principali cause di disabilità motoria, ed è fonte di costi molto rilevanti per gli individui e le società di tutto il mondo, sia in termini di qualità della vita che in termini di costi economici diretti e indiretti.

Soprattutto se localizzata a livello dell'anca. Stime in tutto il mondo riportano che il 9,6% degli uomini e il 18,0% delle donne di età superiore ai 60 anni soffrono di osteoartrosi sintomatica. Dato che l'incidenza e la prevalenza di artrosi aumentano con l'aumentare dell'età, l'aumento della speranza di vita si tradurrà in un maggior numero di persone colpite da questa condizione. L'onere è maggiore nei paesi occidentali.

I sintomi possono essere alleviati da una gestione farmacologica e non farmacologica come dichiarato e confermato dalle diverse edizioni delle raccomandazioni per la gestione dell'artrosi di ginocchio e di anca proposte da diversi organismi internazionali o società scientifiche (EULAR, OARSI, etc).

Nelle stesse raccomandazioni, un capitolo viene dedicato agli indirizzi di ricerca. In tale ambito sono stati richiesti ulteriori studi sui trattamenti iniettivi intra-articolari (corticosteroidi, acido ialuronico, o altri nuovi prodotti).

Il trattamento intra-articolare ideale per l'artrosi non dovrebbe però solo determinare un sollievo sintomatico, ma dovrebbe anche garantire una protezione meccanica della superficie cartilaginea, ripristinare il fisiologico micro-environment articolare e sostenere la riparazione della cartilagine stimolando l'attività anabolica dei condrociti, in modo da garantire un miglioramento della funzione articolare e rallentare la progressione della malattia.

In questo contesto si inserisce l'uso clinico dei polinucleotidi per via intra-articolare.

I polinucleotidi sono semplici nucleosidi e basi azotate, fisiologicamente presenti nell'ambiente extracellulare e sono substrati utili per le cellule.

L'iniezione intra-articolare di polinucleotidi arricchisce progressivamente il liquido sinoviale di basi nucleotidi, purine e

pirimidine che i tessuti possono utilizzare per promuovere i meccanismi di riparazione fisiologici, agendo così come nutrienti per la riparazione contemporanea di diverse strutture articolari.

I Polinucleotidi, se iniettati a livello intra-articolare, possono idratare le superfici articolari, in quanto sono molecole polimeriche capaci di legare una grande quantità di molecole di acqua; inoltre sembrano avere la proprietà di proteggere la struttura superficiale della cartilagine orientando e coordinando le molecole d'acqua per formare un gel tridimensionale al di sopra della cartilagine articolare. Condrotide® è un dispositivo medico iniettabile per via intra-articolare sotto forma di gel, un composto altamente purificato di origine naturale formato da una soluzione acquosa sterile apirogena di polinucleotidi a catena lunga (20 mg/ml di concentrazione) in 2 ml.

Questa composizione comprende una frazione di PDRN a catene polimeriche di diverso peso molecolare, ottenute da fonti naturali, di origine animale o vegetale. Sono utilizzate formulazioni iniettabili intra-articolari contenenti una frazione altamente purificata di PDRN, di purezza superiore al 95%, ottenuto da sperma di pesce.

Il PDRN del condrotide ha un peso molecolare compreso tra 20 e 2500 kDalton, più frequentemente tra 70 e 240 kDalton. Nelle formulazioni utilizzate la frazione PDRN è presente in una concentrazione da 0,1% a 10% in peso, generalmente da 0,5 a 3% del peso in soluzione salina.

Le indagini sperimentali in vitro hanno dimostrato che le molecole di PDRN hanno una importante azione trofica su colture primarie di cellule sinoviali, condrociti e biopsie cartilaginee.

In particolare è stato dimostrato (attraverso analisi citofluorimetrica e colorazione specifica) che la produzione di matrice extracellulare (collagene di tipo II e aggregano) è fortemente indotta in colture cellulari mantenute in un mezzo supplementato con 0,01% di Condrotide® per due settimane; invece colture di controllo mantenute in un mezzo supplementato con 1% di acido ialuronico

hanno mostrato significativamente minore produzione di matrice extracellulare. Riportiamo i profili di efficacia e sicurezza di utilizzo di Condrotide® in una coorte di 23 pazienti affetti da artrosi dell'anca monolaterale, diagnosticata secondo i criteri ACR (grado radiografico di Kellgren-Lawrence da 1 a 3), osservati nel corso di un follow-up di 6 mesi.

La somministrazione di polinucleotidi intra-articolari è iniziata alla fine di settembre 2011. La posologia era di due fiale (4 ml) iniettate attraverso un approccio parasagittale antero-superiore, seguendo la tecnica di iniezione intra-articolare di eco-guidata dell'articolazione dell'anca da noi descritta.

I pazienti sono stati osservati al basale e poi ogni 3 mesi. Durante ogni visita sono state riportate la VAS del dolore, l'indice algofunzionale di Lequesne e il consumo di anti-infiammatori.

La necessità dei pazienti di ricorrere ai FANS è stata valutata riportando i giorni nel mese precedente in cui i pazienti assumono i FANS. Sono stati valutati anche gli effetti collaterali eventuali.

Per quanto concerne i risultati di efficacia, il miglioramento del dolore (VAS del dolore) è stato riportato già alla prima visita di controllo ed è durato per l'intera durata dello studio (6 mesi), con una riduzione statisticamente significativa rispetto ai valori basali ($p < 0.05$), come riportato nella figura 1.

Analogamente, la compromissione della funzione articolare, che è stata valutata mediante l'indice algofunzionale di Lequesne, si è ridotta in maniera significativa già dal primo mese e questo miglioramento è durato per tutto il tempo di follow-up con valori statisticamente significativi rispetto al basale ($p < 0.05$). Allo stesso modo il punteggio KOOS, valutato ogni 3 mesi, ha confermato questa tendenza (figura 2).

Tutti i risultati del questionario KOOS sono riportati su di una scala 0-100, dove



0 significa il peggiore risultato possibile e 100 al contrario il migliore risultato possibile per ogni parte dei risultati del questionario; ovvero: dolore, altri sintomi, funzionalità nella attività quotidiana, funzionalità negli sport, nelle attività ricreative e nella qualità della vita.

La completa assenza di eventi infettivi locali o sistemici così come la mancanza di altri effetti collaterali sistemici è anche da sottolineare.

È stato osservato solo un modesto dolore locale transitorio in 3 pazienti dopo l'iniezione: tale dolore è durato per 2 a 12 ore e regredito senza farmaci in tutti i pazienti. Anche la riduzione della assunzione di FANS ha raggiunto significatività statistica ($p < 0,05$).

In conclusione l'uso di polinucleotidi, quando somministrato mediante iniezioni intra-articolari con guida ecografica,

risulta essere efficace e sicuro nei pazienti affetti da artrosi sintomatica dell'anca.

Così come precedenti studi ne hanno mostrato simile efficacia nella artrosi di ginocchio.

La riduzione del dolore, degli indici algofunzionali e del consumo di FANS oltre a determinare una migliore qualità della vita per i pazienti, può indurre risparmi sui costi socio-sanitari della malattia sia a carico dei singoli pazienti che del sistema sanitario nazionale.

L'uso intra-articolare di Condrotide® rappresenta una delle opzioni terapeutiche adatte per i pazienti affetti da OA dell'anca di grado iniziale intermedio.

Tuttavia dopo questi incoraggianti dati preliminari sono necessari studi più ampi per confermare le evidenze cliniche ottenute sino a ora e definire eventuali fattori predittivi. ■

Bibliografia

- Hochberg M, Altman R, April KP, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Townhead T, Welch V, Wells G, Tugwell P. American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care & Research* 2012;64:465-474.
- Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD, Croft P, Doherty M, Dougados M, Hochberg M, Hunter DJ, KwohK, Lohmander LS, Tugwell P. OARSI recom-mendations for the management of hipand knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010 Apr;18(4):476-99.
- Chevalier X. Intraarticular treatments for osteoarthritis: new perspectives. *Curr Drug Targets* 2010;11:546-560.
- Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD005328.
- Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of symptomatic hip osteoarthritis patients in a long follow-up. Data from Italian registry. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2011;15(1):25-34.

- Guizzardi S, Galli C, Govoni P, Boratto P et al. Polydeoxyribonucleotide (PDRN) promotes human osteoblast proliferation: a new proposal for bone tissue repair. *Life Sci*. 2003; 73:1973-1983.
- Valdatta L, Thione A, Mortarino C, Buoro M, Tuinder S. Evaluation of the efficacy of polydeoxyribonucleotide in the healing process of autologous skin graft donor sites: a pilot study. *Curr Med Res Opin*. 2004; 20:403-408.
- Vanelli R, Costa P, Rossi SM, Benazzo F. Efficacy of intra-articular polynucleotides in the treatment of knee osteoarthritis: a randomized, double-blind clinical trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2010; 18(7):901-7.
- Migliore A, Martin LS, Alimonti A, Valente C, Tormenta S. Efficacy and safety of viscosupplementation by ultrasound-guided intra-articular injection in osteoarthritis of the hip. *Osteoarthritis Cartilage*. 2003;11(4):305-6.
- Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynon BD. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)-development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998; 28:88-96.
- Roos EM, Toksvig-Larsen S. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)-validation and comparison to the WOMAC in total knee.

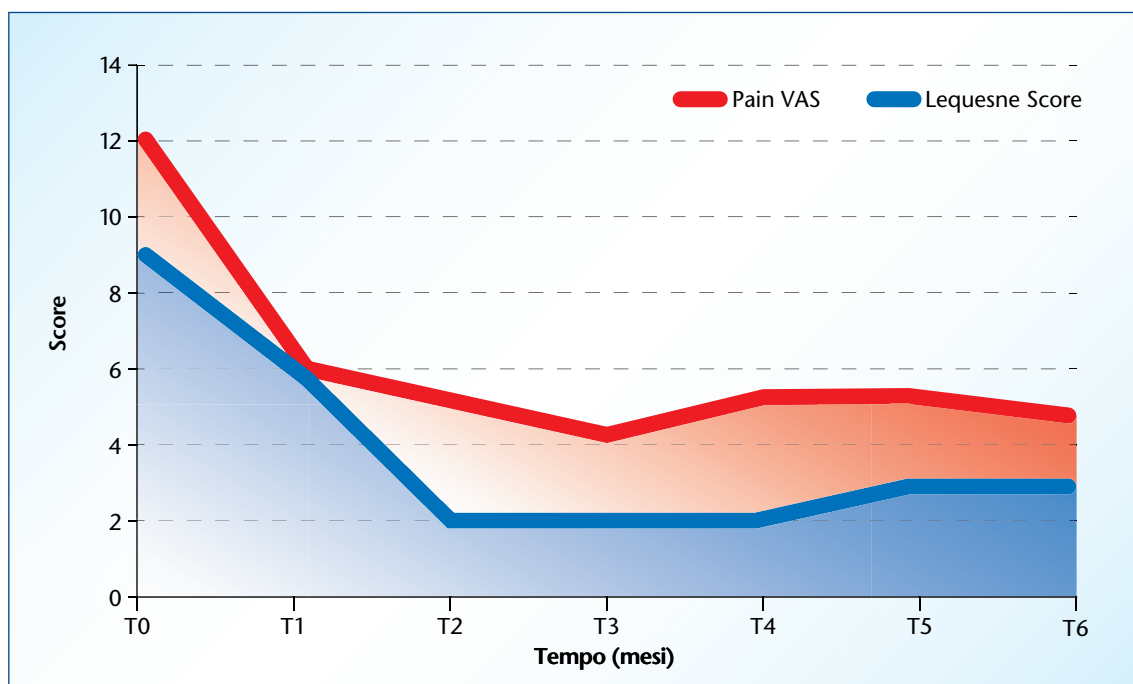


Figura 1 - Riduzione del dolore (VAS) e compromissione articolare migliorata già dopo 1 mese

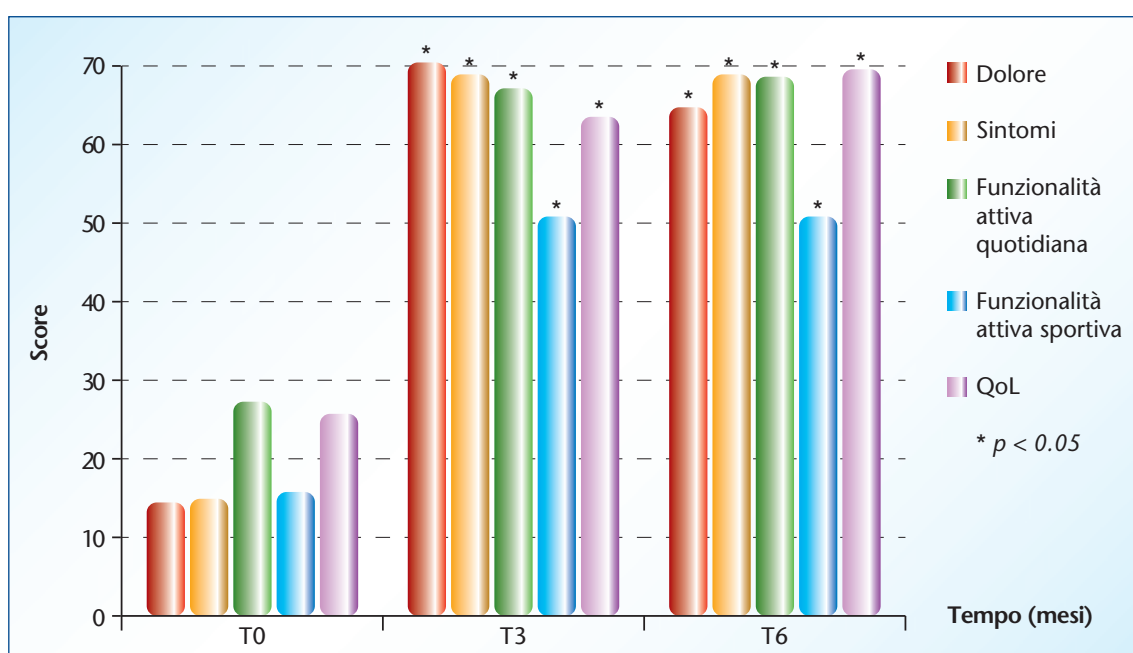


Figura 2 - Questionario di valutazione KOOS

Con il Patrocinio di



ANTIAGE

Associazione Nazionale per la Terapia Intra Articolare dell'Anca con Guida Ecografica

RESPONSABILI SCIENTIFICI
Emanuele Bizzi, Giovanni Boni

VIAGGIANDO
NEL
MONDO
DELLA
TERAPIA
INFILTRATIVA
NELLO
SPORT
DELL'
UOMO
E DEGLI
ANIMALI

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
dynamicom

Via S. Gregorio 12 - 20124 Milano - T +39 0289693762 - F +39 02201176
e-mail: valentina.arena@dynamicom.it

ORVIETO DIECI
MAGGIO
2014



IBUPAS[®]

sicura adesione contro il dolore



**Confezione 7 cerotti medicati
da 136 mg di ibuprofene**

Classe C-SOP

**1 cerotto medicato
1 volta al giorno
per non più di 14 giorni**

Concessionario per la vendita



IBUPAS®

cerotto medicato a base di ibuprofene

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

IBUPAS 136 mg cerotto medicato

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Un cerotto medicato contiene:
principio attivo: ibuprofene 136 mg.
Per l'elenco completo degli eccipienti vedere paragrafo 6.1

3. FORMA FARMACEUTICA

Cerotto medicato.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

IBUPAS è indicato per il trattamento dei disturbi a livello articolare e peri-articolare causati da patologie infiammatorie e di natura reumatica (es.: tendiniti, borsiti, epicondiliti, peri-artriti) e per il trattamento dei disturbi di tipo infiammatorio e reumatico extra-articolari (es.: fibrositi, miositi).

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Usare un solo cerotto medicato per volta e sostituirlo ogni 24 ore per un periodo non superiore a 14 giorni.

IBUPAS è da utilizzarsi esclusivamente per applicazioni sulla cute integra.

Si consiglia di lavare ed asciugare accuratamente la zona dolorante, prima di applicare il cerotto medicato. Nel caso il cerotto medicato debba essere posizionato su articolazioni soggette ad ampia mobilità, come ad esempio il gomito od il ginocchio, si consiglia l'applicazione in senso longitudinale e non trasversale, avendo cura di attaccare il cerotto medicato tenendo l'articolazione parzialmente flessa. Per applicare il cerotto medicato, staccare parzialmente le due parti di film protettivo trasparente nella zona centrale del cerotto medicato in modo da avere una superficie adesiva libera di 2-3 centimetri e far aderire tale parte sulla cute della zona centrale del punto dolorante. Lentamente staccare uno dopo l'altro i due film protettivi, facendo attenzione ad evitare che il cerotto medicato faccia delle pieghe o si attacchi su se stesso. Immediatamente dopo aver attaccato il cerotto medicato, massaggiare leggermente la cute per circa 20 secondi in modo da assicurare una perfetta adesione del cerotto medicato.

Non superare le dosi raccomandate.

Pazienti pediatrici

Non c'è esperienza sull'uso di IBUPAS nei bambini e pertanto se ne sconsiglia l'utilizzo in soggetti di età inferiore a 12 anni (vedere paragrafi 4.3 e 4.4).

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità al principio attivo (ibuprofene) o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

È controindicato l'utilizzo di IBUPAS in soggetti in cui si sia manifestata una precedente ipersensibilità all'acido acetilsalicilico o ad altri analgesici o antinfiammatori non steroidei, in pazienti con pregressi episodi di broncospasmo, angioedema o reazioni anafilattoidi.

La somministrazione di IBUPAS è da evitare in pazienti affetti da ulcera peptica in fase attiva, asma bronchiale o affetti da grave insufficienza renale ed epatica.

È altresì da evitare l'utilizzo di IBUPAS in pazienti con storia di emorragia gastrointestinale o perforazione relativa a precedenti trattamenti attivi o storia di emorragia/ulcera peptica ricorrente (due o più episodi distinti di dimostrata ulcerazione o sanguinamento), in terapia con anticoagulanti (vedere paragrafo 4.5) ed infine in casi di grave insufficienza cardiaca.

Evitare inoltre l'applicazione del cerotto medicato su cute lesa o in zone che presentino dermatosi o infezioni. Evitare il contatto con gli occhi e le mucose.

L'uso di IBUPAS è controindicato in gravidanza e allattamento (vedere paragrafo 4.6) e nei bambini al di sotto di 12 anni.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego

I livelli plasmatici di ibuprofene raggiunti dopo la somministrazione del cerotto medicato sono molto più bassi di quelli ottenuti mediante somministrazione sistemica e pertanto l'insorgenza di effetti collaterali sistemici è verosimile che sia molto ridotta rispetto all'uso sistemico.

Gli analgesici, antipiretici ed antiinfiammatori non steroidei (FANS non selettivi ed inibitori selettivi della COX-2), compreso l'ibuprofene, possono causare reazioni di ipersensibilità, potenzialmente gravi, in soggetti non precedentemente esposti a questo tipo di farmaci. Queste reazioni comprendono attacchi d'asma, eruzioni cutanee, riniti allergiche e reazioni di tipo anafilattico.

Pazienti asmatici, con malattie ostruttive dei bronchi, riniti allergiche o infiammazione della mucosa nasale (polipo nasale) reagiscono più spesso di altri pazienti al trattamento effettuato con FANS, con attacchi asmatici, infiammazione locale della pelle e della mucosa (edema di Quincke) o orticaria.

Usare cautela nel somministrare IBUPAS in pazienti con anamnesi di ulcera peptica o di emorragia gastrointestinale non secondaria alla somministrazione di FANS e nei casi di colite ulcerosa e morbo di Crohn. È inoltre sconsigliato in caso di diatesi emorragica, gravi disfunzioni epatiche o renali ed in casi di insufficienza cardiaca.

Cautela deve essere prestata ai pazienti che assumono farmaci concomitanti che potrebbero aumentare il rischio di ulcerazione o emorragia, come corticosteroidi orali, anticoagulanti come warfarin, inibitori selettivi del reuptake della serotonina o agenti antiaggreganti come l'aspirina (vedi sezione 4.5).

L'uso prolungato o ripetuto di prodotti per uso cutaneo può dare origine a fenomeni locali di sensibilizzazione. In presenza di reazioni di ipersensibilità è necessario interrompere immediatamente la terapia e consultare il medico ai fini della istituzione di una terapia idonea.

Dopo breve terapia senza risultati apprezzabili, consultare il medico.

Si deve usare cautela nel trattamento di pazienti anziani che sono generalmente più predisposti agli eventi avversi.

Non c'è esperienza sull'uso di IBUPAS nei bambini e pertanto se ne sconsiglia l'utilizzo in soggetti di età inferiore a 12 anni.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

È improbabile che l'impiego di cerotti a base di ibuprofene abbia interazioni con altri medicinali. Non è comunque da escludere la possibilità di competizione tra ibuprofene assorbito ed altri farmaci ad alto legame con le proteine plasmatiche.

Non utilizzare il prodotto insieme ad altri farmaci per uso orale o locale contenenti ibuprofene od altri FANS.

4.6 Gravidanza ed allattamento

IBUPAS è controindicato durante la gravidanza e l'allattamento.

Va anche evitato l'uso nel caso si sospetti una gravidanza o si desideri pianificare una maternità.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari dal momento che non ci si attende che IBUPAS interferisca con tali capacità.

4.8 Effetti indesiderati

Gli effetti indesiderati possono essere minimizzati riducendo la durata del trattamento al più breve tempo possibile che occorre per controllare i sintomi.

Per determinare la frequenza delle reazioni avverse sono stati usati dati provenienti dagli studi clinici sul prodotto.

Per la classificazione delle frequenze è stata adottata la seguente convenzione:

Molto comuni $\geq 1/10$; Comuni $\geq 1/100$ - $< 1/10$; Non comuni $\geq 1/1.000$ - $< 1/100$; Rari $\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$; Molto rari $< 1/10.000$

Tabella 1: Incidenza di effetti indesiderati associati al trattamento negli studi clinici controllati

Classificazione per sistemi e organi e frequenza	Reazione indesiderata
Patologie del sistema nervoso	
Comuni	Secchezza delle fauci, cefalea, disgeusia
Patologie gastrointestinali	
Comuni	Nausea
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	
Comuni	Edema facciale, vescicole
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	
Comuni	Malessere generale
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	
Molto Comuni	Lieve eritema
Comuni	Prurito, bruciore, chiara manifestazione eritematosa, esfoliazione cutanea e fessurazione

Tutti gli eventi avversi riscontrati negli studi clinici sono stati di natura lieve e transitoria.

Da dati di letteratura, come per altri FANS, raramente possono verificarsi reazioni di ipersensibilità locali, dermatiti da contatto, intorpidimento e formicolii nel sito di applicazione.

Con questo tipo di medicinali sono stati riportati casi di lesioni dermatologiche estese e gravi quali eritema multiforme, edema di Quincke e, molto raramente, reazioni bollose includenti Sindrome di Stevens-Johnson e Necrolisi Tossica Epidermica. Le reazioni indesiderate sistemiche a seguito dell'impiego topico di ibuprofene sono poco probabili in quanto i livelli plasmatici di ibuprofene rilevati a seguito dell'applicazione di IBUPAS sono molto più bassi di quelli rilevabili con la somministrazione sistemica di farmaci a base di ibuprofene. Tuttavia, a seguito di applicazioni per lunghi periodi di tempo, oltre il termine consigliato e la non osservanza di controindicazioni ed avvertenze, non è possibile escludere la comparsa di effetti indesiderati sistemici, soprattutto a livello gastroenterico (vedere paragrafi 4.4 e 5.2).

4.9 Sovradosaggio

Non sono stati riportati casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmaco terapeutica: farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari
Codice ATC: M02AA13

Ibuprofene è un potente inibitore della sintesi prostaglandinica e gli effetti farmacologici sono legati principalmente all'inibizione della sintesi prostaglandinica a livello periferico.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

L'applicazione cutanea di IBUPAS determina la diffusione di ibuprofene attraverso la cute ed il tessuto sottocutaneo nei tessuti sottostanti il sito di applicazione. Tramite l'assorbimento diretto locale del principio attivo, si è in grado di raggiungere concentrazioni terapeuticamente efficaci di ibuprofene nei tessuti profondi sottostanti il sito di applicazione, ma con un'esposizione sistemica estremamente bassa. Dopo singola somministrazione si osserva una concentrazione plasmatica massima compresa mediamente tra 85 e 120 ng/ml, raggiunta dopo circa 24 ore. Dopo applicazioni ripetute la concentrazione plasmatica raggiunge lo "Steady-state" al sesto giorno con valori di circa 300 ng/ml.

Dopo applicazioni ripetute l'emivita plasmatica è compresa approssimativamente tra le 2 e le 3.9 ore. Ibuprofene presenta un forte legame (>99%) alle proteine plasmatiche.

L'eliminazione della sostanza avviene per via renale, principalmente sotto forma di metaboliti. Il profilo metabolico, dopo applicazione topica, è simile a quello osservato dopo somministrazione orale. Non è nota l'influenza dell'assunzione di cibo sull'assorbimento per via topica. I dati raccolti non hanno posto in evidenza una possibile influenza dell'assunzione di cibo sulla risposta terapeutica.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Ibuprofene è estesamente impiegato nella pratica clinica da molti anni, con una limitata incidenza di effetti indesiderati. Le prove di tossicologia effettuate su diverse specie animali e tramite varie vie di somministrazione, hanno messo in evidenza una buona tollerabilità del prodotto. La DL₅₀ dopo somministrazione orale nel topo è circa 1200 mg/kg e nel ratto è circa 1000 mg/kg. La somministrazione di FANS a ratte gravide può determinare una restrizione del dotto arterioso fetale.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Sale di potassio del copolimero di 2-etilesilacrilato, metilacrilato, acido acrilico, glicidilmetacrilato; acido oleico; Al+3.

Matrice di supporto: PET

Film protettivo: PET siliconato

6.2 Incompatibilità

Nessuna nota.

6.3 Periodo di validità

A confezione integro: 36 mesi. A confezione aperta: 3 mesi

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Nessuna particolare condizione di conservazione.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Astuccio contenente 1 busta laminata richiudibile; ogni busta richiudibile contiene 5 o 7 cerotti medicati da 136 mg.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento

Il medicinale non utilizzato ed i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

SIGMA-TAU Industrie Farmaceutiche Riunite S.p.a. Viale Shakespeare, 47 - 00144 Roma - Italia

Concessionaria per la vendita

BIOFUTURA PHARMA S.p.A. Via Pontina km 30,400 - 00040 Pomezia (Roma)

8. NUMERO DI AUTORIZZAZIONE

IBUPAS 136 mg cerotto medicato - confezione da 5 cerotti - AIC n. 036439014

IBUPAS 136 mg cerotto medicato - confezione da 7 cerotti - AIC n. 036439026

9. DATA PRIMA AUTORIZZAZIONE O RINNOVO

Autorizzazione: 26/07/2010 (5 cerotti) 17/10/2011 (7 cerotti)

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Maggio 2012

Concessionario per la vendita

Titolare dell'AIC:

Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite S.p.A.

 biofutura
gruppo sigma-tau

E tu che medico sei?

Considerazioni etiche sul rapporto medico-paziente

M. Nosedà

Medico-chirurgo, specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva, professore a contratto in "medicina fisica e riabilitazione" presso il corso di laurea in scienze motorie dell'Università degli Studi di Brescia e in "medicina fisica e riabilitazione" presso il corso di laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Ferrara

Abstract

Attraverso il parallelo con una delle famiglie più strane della TV, l'articolo propone semplici esempi di vissuto ambulatoriale quotidiano a testimonianza di come troppo spesso la mancanza di competenza scientifica, l'interesse personale ed altri futili elementi possano costituire possibili fattori in grado di influenzare il giudizio del paziente nei confronti del medico o della prestazione ricevuta in positivo o in negativo.

Non sempre, quindi, una lamentela su un questionario di customer satisfaction o una lettera di reclamo sono da interpretarsi necessariamente come un demerito per il sanitario o per la struttura che la riceve. Gli Addams ce lo insegnano.

Parole chiave: rapporto medico-paziente, questionari di customer satisfaction, qualità della prestazione sanitaria, qualità percepita, etica in sanità, psicologia sanitaria

The Addams family

The Addams family: una storia diabolica è il titolo del nuovo libro edito da Logos in uscita in libreria dal 30 novembre 2011. Una data non casuale per celebrare il mito della famiglia più mostruosa del mondo. Nati dalla fantasia di Charles Addams (1912-1988) per le vignette del New Yorker, gli Addams costituiscono un nucleo familiare, tanto strambo quanto perfetto, in grado di dar vita ad un singolare umorismo volto a sbeffeggiare le idiosincrasie e lo stereotipo della famigliola perfetta americana con una serie di quadretti esilaranti imbevuti di piccole crudeltà e macabre abitudini. L'umor nero del loro creatore parte, infatti, da un'intuizione geniale: quella di rappresentare una famiglia stranissima che però vive una propria normalità interna e che giudica eventualmente anomalo il comportamento di eventuali malcapitati, provenienti dal resto del mondo. L'inversione della norma è, infatti,

alla base di molte situazioni paradossali ed è già presente nella prima apparizione a fumetti di Gomez del 1942 che stringendo la sua Morticia su di un sofà in una villa diroccata le chiede: "Sei infelice, tesoro?". E lei: "Oh, sì, sì! Completamente"

La parola al paziente

Oggi, sempre più spesso, rispetto al passato, il paziente ha la possibilità di esprimere un giudizio sul servizio sanitario ricevuto. Questo avviene non solo attraverso le vecchie lettere di reclamo ma anche mediante i più moderni questionari di customer satisfaction appositamente predisposti per aiutare l'utente ad esprimersi sistematicamente su diversi aspetti del servizio (prenotazione, puntualità, pulizia dei locali, cortesia, professionalità, etc) con criterio standardizzato. La finalità dovrebbe essere quella di analizzare un iter diagnostico o terapeutico per individuare punti di criticità ed inserire i dovuti correttivi. Ma il paziente ha davvero le competenze necessarie per giudicare l'operato medico?

Le strutture hanno l'interesse a raccogliere i dati ed inviarli alla ASL o meglio dirottarli in pattumiera? E, infine, lo strumento è realmente utile o potrebbe essere utilizzato inopportuna-mente dall'utente?

Addams' medical division

Molto spesso il paziente non ha conoscenze culturali o scientifiche per valutare l'operato medico e troppo frequentemente usa parametri opportunistici per esprimere tale giudizio. Un sanitario potrebbe, infatti, essere giudicato meglio di un altro quando dedica sistematicamente molto tempo all'utente durante la visita. Ma ciò potrebbe derivare banalmente dal fatto che il medico è retribuito a tariffa fissa oraria e, quindi, in pratica, più allunga la durata di ogni prestazione, meno fatica fa e meno lavoro effettivo eroga durante la

giornata a parità di stipendio percepito. Tale sanitario, positivamente considerato dal paziente, costituisce in realtà solo un enorme spreco economico per la società. Al contrario, potrebbe essere mal giudicato un medico che, in quanto ottimo clinico, sulla base di qualche rapido e banalissimo test semeiotico, fornisce in pochi minuti all'utente un referto con diagnosi e terapia.

Altri sanitari potrebbero essere, invece, ben valutati perché soddisfano sistematicamente le richieste del paziente, anche quando molto inopportune. Ad esempio, se l'utente vuole fare una risonanza magnetica, banalmente poichè la sua vicina di casa che ne ha già fatte due gliene ha parlato, e il medico accoglie tale richiesta, sarà probabilmente molto ben giudicato; se invece dovesse avere il coraggio di negarla, in quanto realmente non necessaria, anche per ragioni economiche, dato che la radiografia già effettuata è più che sufficiente per fare la diagnosi ed impostare la terapia, potrebbe indurre un malcontento dai risvolti imprevedibili. Ed è così che la paura di ricevere una lettera di reclamo in grado di minare la reputazione del medico e, quindi, farlo apparire alla direzione meno gradito rispetto ai colleghi, lo spinge molto spesso ad accontentare irresponsabilmente il paziente in modo da evitare sul nascere possibili problemi futuri.

Lo stesso potrebbe accadere in caso di colpo di frusta cervicale. Quale relazione pensate possa suscitare nel paziente un medico che referta responsabilmente un'obiettività totalmente negativa nel caso in cui ci sia una pratica assicurativa aperta che potrebbe trasformare l'incidente in una possibile fonte di reddito? E quale quella di un sanitario che certifica sistematicamente obbiettività più critiche di quelle osservate? Chi è, secondo voi, per il paziente il medico "migliore": quello più oggettivo o quello più consenziente?



Da quale dei due sanitari tornerebbe in caso di nuovo contenzioso o quale consiglierebbe probabilmente ad un conoscente? Di certo tale problematica è più evidente se due medici che collaborano con lo stesso centro dovessero adottare criteri differenti.

In ambito riabilitativo o sportivo gli esempi potrebbero essere davvero infiniti. Meglio il fisiatra che per la lombalgia consiglia la faticosissima ginnastica quotidiana e il calo ponderale, o quello che, magari avendo qualche chilo di troppo, prescrive l'ennesimo ciclo di pigrosissime tens, ovviamente a carico del SSN? Meglio fare la visita fisiatrica con colui che risponde al quesito diagnostico del medico curante o con colui che, già che ci siamo e sono gratis, esaudisce ogni capriccio del paziente e prescrive anche terapie per altri mille disturbi e patologie, tanto poi paga Pantaleone?

E quindi?

A volte le aspettative e l'interesse personale del paziente tendono a distorcere il giudizio sul sanitario in modo paradossale, facendo sì che il medico più professionale possa apparire meno gradito mentre quello meno responsabile il più apprezzato.

A tutto ciò si aggiunge il fatto che, troppo spesso, l'opinione del paziente sul sanitario e sulla prestazione ricevuta risente di fattori banali, insignificanti e del tutto estranei alla reale capacità del medico di rispondere al bisogno come ad esempio l'aspetto fisico, il luogo di nascita, l'età, la fama o quella della struttura in cui lavora, la comparsa su riviste o a trasmissioni televisive, il giudizio dei conoscenti, il tempo dedicato alla visita, e tanto altro ancora.

Da tutto ciò deriva che i questionari di customer satisfaction, compilati quasi esclusivamente in caso di lamentela e solo di rado in caso di soddisfazione, e quindi troppo spesso utilizzati più per vendicare un supposto torto subito e per lamentare assurde aspettative disattese che non per aiutare la struttura a crescere costruttivamente, rivestono una scarsa utilità pratica per la valutazione del personale sanitario o della prestazione ricevuta se non correttamente interpretate alla luce del caso particolare ed opportunamente integrati con indicatori oggettivi di efficacia ed efficienza del percorso diagnostico o terapeutico. Per tale motivo, un medico mai citato potrebbe nascondere un comportamento costantemente troppo consenziente e socialmente irresponsabile mentre un altro, a volte oggetto di critiche dell'utente, un operato eticamente incorruttibile e professionalmente corretto. Pensiamoci. ■



NICETILE[®]

L-acetilcarnitina

Riparare
per riattivare

Prima
iniettabile i.m.
Poi
orale



NICETILE®

L-acetilcarnitina

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Nicetile® 500 mg compresse gastroresistenti.
Nicetile® 308 mg/ml polvere per soluzione orale.
Nicetile® 500 mg polvere per soluzione orale.
Nicetile® 500 mg/4 ml polvere e solvente per soluzione iniettabile.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

500 mg compresse gastroresistenti

Una compressa contiene:

Principio attivo L-acetilcarnitina HCl mg 590,0 (pari a 500 mg di sale interno).

308 mg/ml polvere per soluzione orale

Un flacone da g 12,316 contiene:

Principio attivo L-acetilcarnitina HCl g 12,0 (pari a 10,17 g di sale interno).

500 mg polvere per soluzione orale

Una bustina contiene:

Principio attivo L-acetilcarnitina HCl mg 590 (pari a 500 mg di sale interno).

500 mg/4 ml polvere e solvente per soluzione iniettabile

Un flaconcino contiene:

Principio attivo L-acetilcarnitina mg 500.

Per gli eccipienti vedere 6.1.

3. FORME FARMACEUTICHE

Compresse gastroresistenti, polvere per soluzione orale in flacone, polvere per soluzione orale in bustine, polvere e solvente per soluzione iniettabile.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Lesioni meccaniche e infiammatorie troncolari e radicolari del nervo periferico.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

0,5-1,5 g al giorno in 2-3 somministrazioni, secondo prescrizione medica.

La forma iniettabile può essere somministrata sia per via intramuscolare che endovena.

Preparazione della soluzione

Diluire il contenuto del flacone con acqua di fonte fino alla linea di fede riportata sull'etichetta. La soluzione ricostituita ha un volume di 33 ml e si conserva per 25 giorni in frigorifero. Ogni ml di soluzione contiene 308 mg di L-acetilcarnitina sale interno.

Le bustine devono essere sciolte in mezzo bicchiere d'acqua.

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego

Il farmaco non presenta rischio di assuefazione o dipendenza. La somministrazione del Nicetile® per via orale non richiede speciali precauzioni d'uso mentre la somministrazione endovenosa va effettuata lentamente. Sono possibili, in tale forma di somministrazione, arrossamenti con sensazione di calore al volto.

TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA PORTATA DEI BAMBINI.

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione

Non sono note interazioni negative con altri farmaci.

4.6 Gravidanza e allattamento

Benchè negli studi sull'animale non si sia mai osservato alcun effetto dannoso sul feto, nella donna nel primo trimestre di gravidanza e durante l'allattamento sarà opportuno somministrare il farmaco nei casi di effettiva necessità, sotto il diretto controllo del medico.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

La L-acetilcarnitina non influisce sulla capacità di guidare né sull'uso di macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

Sono stati segnalati sporadici casi di lieve eccitazione che regrediscono prontamente con la diminuzione della posologia.

4.9 Sovradosaggio

Non sono stati riportati casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: agonista della funzione mitocondriale, dei fattori di crescita e riparativi (NGF) con attività antiossidante nei neuroni del Sistema Nervoso Centrale e periferico. **ATC: N06BX12.** La L-acetilcarnitina (γ -trimetil- β -acetil-butirro-betaína) è l'isomero naturale di una sostanza presente in condizioni fisiologiche in diversi organi tra cui il cervello. Essa viene sintetizzata per acetilazione reversibile dalla Carnitina a livello mitocondriale tramite l'enzima Acetil-L-Carnitina Transferasi. La L-acetilcarnitina, strutturalmente simile alla Acetil Colina, svolge un ruolo indispensabile per il corretto metabolismo energetico cellulare e trasmettonale a livello del S.N.C. La L-acetilcarnitina, infatti, rappresenta una forma di immagazzinamento di gruppi acetilici che possono essere associati con il Coenzima A necessario ad innescare il ciclo di Krebs, intervenendo quindi sia nel metabolismo degli acidi grassi che dei glucidi. In situazioni di patologia la L-acetilcarnitina si è dimostrata attiva sia come fattore di neuroprotezione per la cellula e i suoi organelli, soprattutto il mitocondrio, sia come fattore trofico per il ripristino della integrità cellulare.

In particolare nel sistema nervoso, sia centrale che periferico, in occasione di insulto da ipossia, invecchiamento, tossici (alcool, MPTP, MAM), resezione o schiacciamento del nervo, diabete da alossana o streptozocina, la L-acetilcarnitina ha dimostrato una attività di neuroprotezione intervenendo sulla cascata di eventi che conducono alla morte cellulare:

- formazione di radicali liberi; accumulo di lipidi (da distruzione di membrane) responsabili del patologico incremento del calcio intramitocondriale;
- ridotta attività dei complessi respiratori mitocondriali;
- ridotta formazione di RNA mitocondriale da ridotta attività della DNA transcriptasi.

La L-acetilcarnitina esercita altresì una azione trofica sul sistema nervoso promuovendo il recupero postlesionale attraverso:

- una migliore utilizzazione cellulare dello NGF (fattore di accrescimento nervoso);
- un incremento della neosintesi di fosfolipidi per la costruzione di membrane;
- un incremento della produzione di energia (ATP) senza la quale i meccanismi riparativi non possono aver luogo.

Nell'animale l'azione neuroprotettiva e trofica della L-acetilcarnitina si è evidenziata con il mantenimento e/o il recupero della situazione trofica (numero di neuroni) e funzionale: migliori capacità di apprendimento, memoria, locomozione in vari modelli:

- invecchiamento;
- ipossia;
- Parkinson sperimentale;
- microcefalia;
- lesioni del nervo periferico sia su base traumatica che disendocrina (diabete).

Nell'uomo studi clinici controllati anche di lunga durata sono stati condotti in varie patologie:

- sindromi involutive su base degenerativa
- sindromi involutive su base vascolare
- neuropatie acute e/o croniche su base disendocrina (diabete).

5.2 Proprietà farmacocinetiche

I livelli ematici nel ratto per somministrazione endovenosa di 333 mg/kg sono massimi a 5 min (5.375 μ mol/l) e si riducono nelle sei ore successive alla somministrazione (106 μ mol/l). Per via orale alla dose di 500 mg/kg il picco ematico si raggiunge a 4 ore dalla somministrazione con livelli di 40 μ mol/l che rimangono costanti fino all'8ª ora.

La L-acetilcarnitina marcata raggiunge, in gran parte imm modificata, numerosi tessuti fra cui quello cerebrale.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

I dati preclinici rivelano assenza di rischi per gli esseri umani sulla base di studi convenzionali di farmacologia di sicurezza, tossicità per somministrazioni ripetute, genotossicità, potenziale cancerogeno, tossicità riproduttiva.

Tossicità acuta: nel topo la DL₅₀ per via i.m. è superiore a 3.000 mg/kg, per via i.p. è superiore a 3.600 mg/kg, per via e.v. è superiore a 1.600 mg/kg, per os è superiore a 18.000 mg/kg; nel ratto per via i.m. è superiore a 3.000 mg/kg, per via i.p. è di 2.748 mg/kg, per via e.v. è di 1.000 mg/kg, per os è superiore a 10.000 mg/kg.

Tossicità cronica: mini pigs e conigli trattati per 26 settimane con L-acetilcarnitina per via orale con dosi da 250-500 mg/kg/die e per via i.m. con dosi da 50 mg/kg/die, non hanno dimostrato significative variazioni dell'andamento del peso corporeo, della crasi ematica, della funzionalità epatica, degli esami biochimici del sangue, dell'esame delle urine. L'esame macro-microscopico dei principali organi non ha messo in evidenza alcuna variazione patologica.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Lista degli eccipienti

500 mg compresse gastroresistenti - Polivinilpirrolidone, cellulosa microcristallina, magnesio stearato, cellulosa acetofalato, dietil-ftalato, dimeticone.

308 mg/ml polvere per soluzione orale - p-idrossibenzoato di metile, p-idrossibenzoato di propile, polivinilpirrolidone.

500 mg polvere per soluzione orale - Silice precipitata, saccarina sodica, idrossipropilcellulosa, acqua tonica 1x1000, mannitolo.

500 mg/4 ml polvere e solvente per soluzione iniettabile - Mannitolo. Una fiala solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili.

6.2 Incompatibilità

Non sono note incompatibilità con altri farmaci.

6.3 Validità

La stabilità è di 24 mesi per le compresse gastroresistenti, la polvere per soluzione orale in bustine e per i flaconcini di polvere e solvente iniettabili, di 36 mesi per la polvere per soluzione orale in flacone.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Polvere e solvente per soluzione iniettabile: Conservare a temperatura compresa tra 2°C e 8°C in frigorifero.

Compresse e polvere per soluzione orale in bustine: Non conservare a temperatura superiore ai 25°C.

Polvere per soluzione orale: La soluzione ricostituita si conserva per 25 giorni in frigorifero.

6.5 Natura e contenuto del contenitore e prezzi

Scatola da 30 compresse gastroresistenti da 500 mg in blister € 25,00.

Flacone di polvere per soluzione orale contenente 10,17 g di principio attivo € 17,20.

Scatola da 20 bustine di polvere per soluzione orale da 500 mg € 20,50.

5 flaconcini di polvere iniettabile da 500 mg + 5 fiale solvente per uso iniettabile € 25,00.

6.6 Istruzioni per l'uso

Vedere paragrafo 4.2 "Posologia e modo di somministrazione"

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite S.p.A. - Viale Shakespeare, 47 - 00144 Roma

Stabilimento: Via Pontina km 30,400 - 00040 Pomezia (Roma)

Concessionaria per la vendita

BIOFUTURA PHARMA S.p.A. - Via Pontina km 30,400 - 00040 Pomezia (Roma)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

5 flaconcini di polvere per soluzione iniettabile da 500 mg + 5 fiale solvente AIC n. 025369075.

30 compresse gastroresistenti da 500 mg AIC n. 025369048.

Flacone di polvere per soluzione orale contenente 10,17 g di principio attivo AIC n. 025369063.

20 bustine di polvere per soluzione orale da 500 mg AIC n. 025369051

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Autorizzazione: Compresse gastroresistenti e polvere per soluzione orale in bustine: Giugno 1984. Polvere per soluzione orale in flacone: Gennaio 1986. Polvere e solvente per soluzione iniettabile: Marzo 1993

Rinnovo: Giugno 2000

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Marzo 2008

11. TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL D.P.R. 9 OTTOBRE 1990, N. 309

Non soggetto.

12. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

FASCIA C

Scatola da 30 compresse gastroresistenti da 500 mg in blister € 25,00
Flacone di polvere per soluzione orale contenente 10,17 g di principio attivo € 17,20
Scatola da 20 bustine di polvere per soluzione orale da 500 mg € 20,50
5 flaconcini di polvere iniettabile da 500 mg + 5 fiale solvente per uso iniettabile € 25,00

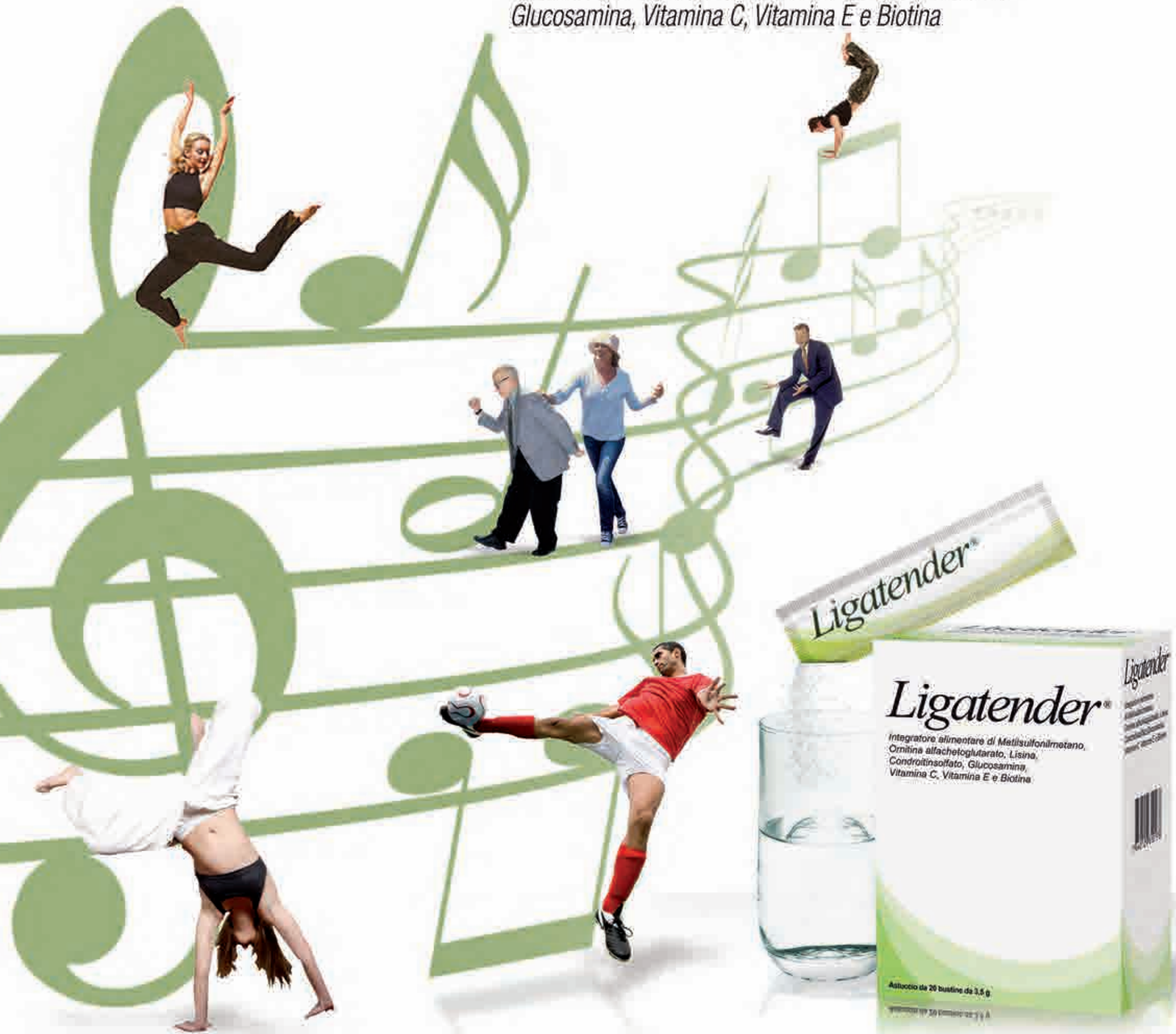
Concessionario per la vendita

Titolare dell'AIC:
Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite S.p.A.

biofutura
gruppo sigma-tau

Ligatender®

*Integratore alimentare di Metilsulfonilmetano,
Ornitina alfa-chetoglutarato, Lisina, Condroitinsolfato,
Glucosamina, Vitamina C, Vitamina E e Biotina*



**Musica per tendini
e legamenti**