

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 2 numero 18

Aprile 2006

Indice

Fratelli cardiopatici: il rischio e' peggiore, rispetto ai genitori	Pag. 2
Un' alternativa all'allopurinolo nella gotta: il Febuxostat	Pag. 2
L' aborto chimico non e' meno rischioso, anzi...	Pag. 3
Tatuaggi all' henne': un rischio non trascurabile	Pag. 3
L'alcol puo' essere dannoso anche in quantità moderata	Pag. 4
Plasmodium Falciparum: un pericoloso ingannatore	Pag. 4
I livelli di leptina implicati nella sclerosi multipla?	Pag. 5
Il warfarin aumenta il rischio di fratture, ma solo nel maschio	Pag. 5
Necrosi epatica massiva da telitromicina	Pag. 6
L' utilita' dell' aspirina supera i rischi, in certi casi	Pag. 6
Il futuro dei cardiopatici e' nella terapia genica?	Pag. 6
Mangia pesce, fa bene al cervello del feto!	Pag. 7
Si svelano i misteriosi meccanismi della memoria	Pag. 7
Anche alla casalinga deve essere risarcito il danno patrimoniale	Pag. 7
Sindromi coronariche acute: strategia invasiva solo per l'alto rischio	Pag. 8
Analgesici e rischio ipertensione: risultati discordanti. Ma allora?	Pag. 8
Tabella riassuntiva nuove norme prescrizione stupefacenti	Pag. 9
Necrosi cutanea da Warfarin	Pag. 10
La Sindrome delle Gambe Senza Riposo	Pag. 10
Novita' dalla G.U. (di Marco Venuti)	Pag. 11
Nuovo ricettario (il quarto!) per la prescrizione degli stupefacenti	Pag. 12
Un nuovo disturbo alimentare: l' Ortoressia Nervosa	Pag. 12
Ultimissime sull' IVA e sui certificati INAIL	Pag. 12
A quando Cicciolina Direttore di ASL?	Pag. 13
Denunciati oltre 500 "iperprescrittori" lombardi	Pag. 13
Mi fido di te...	Pag. 13
La vita in fumo a soli 40 anni...	Pag. 14
Tv Spazzatura? Forse si...	Pag. 14

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

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**
O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422

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

<http://www.scienzaeprofessione.it>

Patrocinate da
O.M. della Provincia di Padova
SIMG-Roma
A. S. M. L. U. C.
Medico&Leggi

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (aggior. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Giuseppe Ressa (redattore)
Guido Zamperini (redattore)
Daniele Zamperini (D.R.)

Per riceverla gratuitamente:

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

Archivio completo:

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

Contenuti selezionati:

<http://www.scienzaeprofessione.it>

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

Il nostro sito affiliato PILLOLE (www.pillole.org) ha superato, in meno di due anni

UN MILIONE DI VISITATORI

ponendosi tra i siti sanitari piu' frequentati a livello mondiale

Un sentito Grazie a tutti coloro che ci leggono e soprattutto a chi ci ha aiutato con utili contributi

Fratelli cardiopatici: il rischio e' peggiore, rispetto ai genitori

Avere un fratello o una sorella che soffre di malattie cardiovascolari rappresenta un fattore di rischio più grave dell' avere genitori cardiopatici.

La cardiopatia ischemica nei genitori raddoppia il rischio cardiovascolare nei figli.

Non era noto quale fattore di rischio potesse rappresentare la malattia cardiovascolare nei fratelli o sorelle.

A tal fine è stato realizzato il Framingham Offspring Study, in cui è stato studiato un subset di 2475 soggetti del campione del Framingham Heart Study considerando solo quelle persone di età superiore a 30 anni, non affette da cardiopatia e con almeno una sorella o un fratello già inseriti nello studio. Il follow-up è stato di otto anni nel corso dei quali

sono stati registrati 329 eventi cardiovascolari. Pesando il contributo di tutti i fattori di rischio noti per le malattie cardiovascolari è emerso che vi è un aumento del rischio relativo cardiovascolare, pari al 45 per cento, se il soggetto ha un fratello o una sorella con malattia cardiovascolare (adjusted OR, 1,45; 95% CI, 1,10-1,91).

Una seconda analisi è stata effettuata considerando le persone che avevano sia genitori che germani affetti da malattia cardiovascolare. Il rischio cardiovascolare è risultato maggiore se era affetto un germano piuttosto che un genitore (multivariable-adjusted OR per i germani con CVD : 1,99; 95% CI, 1,32-3,00; per i genitori: 1,45; 95% CI, 1,02-2,05).

Gli Autori sottolineano che non esiste al momento una spiegazione del perché la malattia di un germano sia più significativa come fattore predittivo di quella di un genitore e che necessitano ulteriori studi per confermare il dato e rivedere le carte del rischio inserendovi eventualmente anche questo fattore predittivo.

Fonte: JAMA 2005;294:3117-3123

Un' alternativa all'allopurinolo nella gotta: il Febuxostat

Febuxostat diminuisce più intensamente di allopurinolo l'uricemia ma gli attacchi di gotta ed i tofi sono influenzati in modo eguale.

Febuxostat è un inibitore non purinico della xantina ossidasi che rappresenta un'alternativa all'allopurinolo per la cura della gotta.

Scopo principale del presente studio era di valutare l'effetto di febuxostat nel diminuire l'uricemia al di sotto di 6 mg/dL in confronto ad allopurinolo in pazienti con iperuricemia e gotta. Obiettivi secondari erano la riduzione dell'incidenza di attacchi gottosi e l'estensione dei tofi.

Sono stati arruolati 762 patients con gotta ed uricemia di almeno 8 mg/dL (480 µmol per litro) randomizzati a febuxostat (80 mg o 120 mg) o allopurinolo (300 mg) una volta al dì per 52 settimane. Una profilassi delle riacutizzazioni di gotta con colchicina o naprossene è stata effettuata durante le prime otto settimane di studio.

L'end point primario è stato raggiunto nel 53% dei pazienti trattati con 80 mg di febuxostat, nel 62% di quelli trattati con 120 mg di febuxostat e nel 21% di quelli trattati con allopurinolo (P<0.001 per i confronti tra ciascun gruppo febuxostat e il gruppo allopurinolo). L'incidenza globale degli attacchi gottosi durante il periodo dalla nona alla cinquantaduesima settimana è risultato simile nei vari gruppi: 64% dei pazienti trattati con 80 mg di febuxostat, 70% di quelli trattati con 120 mg di febuxostat, e 64% di quelli trattati

con allopurinolo. La riduzione media delle area tofacee è stata dell' 83% nei pazienti trattati con 80 mg di febuxostat e del 66% in quelli trattati con 120 mg di febuxostat, in confronto al 50% in quelli trattati con allopurinolo (P=0.08 per 80 mg di febuxostat vs. allopurinolo; P=0.16 per 120 mg di febuxostat vs. allopurinolo). Un numero significativamente maggiore di pazienti trattati con la dose più alta di febuxostat rispetto a quelli trattati con la dose inferiore o con allopurinolo (P=0.003) ha interrotto lo studio. Quattro dei 507 pazienti complessivamente trattati con febuxostat (0,8%) sono deceduti vs nessuno dei 253 trattati con allopurinolo. Tutte le morti sono state giudicate dai ricercatori (ancora ciechi rispetto al trattamento) non correlate con il trattamento.

Fonte: NEJM, 2005; 353:2450-2461.

Commento di Luca Puccetti

La gotta e l'iperuricemia sono condizioni frequentemente associate. Tuttavia molti soggetti presentano alti valori di acido urico nel siero senza avere attacchi di gotta e, per converso, esistono soggetti che anche per valori moderatamente elevati di uricemia presentano attacchi di gotta. La soglia di solubilità serica dell'acido urico è attorno ai 7 mg/dL. L'allopurinolo è il farmaco di riferimento per il trattamento dell'iperuricemia, ma risulta talora non tollerato specialmente nei soggetti anziani. L'intolleranza può variare da lievi reazioni cutanee fino a manife-

stazioni gravi che mettono a rischio la vita del paziente. Il disporre di un'alternativa all'allopurinolo rappresenta dunque uno strumento utile nel trattamento dell'iperuricemia e della gotta. Il febuxostat è un inibitore della xantina ossidasi che agisce con meccanismo diverso dall'allopurinolo. In precedenti lavori febuxostat era risultato efficace, tuttavia era stato segnalato un singolo caso di sindrome di Guillame Barré.

Il presente lavoro dimostra che febuxostat già alla dose di 80 mg/die è più efficace rispetto a allopurinolo 300 mg/die nel ridurre l'uricemia, tuttavia non garantisce una diminuzione più spiccata degli attacchi gottosi o dei tofi. Si conferma pertanto la possibile dicotomia tra andamento dell'uricemia e gotta clinica. In considerazione della scarsa tollerabilità della dose maggiore di febuxostat e delle morti la cui relazione con il trattamento deve essere chiarita in modo inequivocabile, ci pare di poter affermare che febuxostat, alla dose di 80 mg/die, rappresenta una valida alternativa nei casi in cui il paziente sia intollerante all'allopurinolo. Attualmente in presenza di intolleranza all'allopurinolo infatti il paziente, a parte rari casi in cui è possibile effettuare una sorta di desensibilizzazione, può solo essere trattato con uricosurici, alcalinizzanti urinari e dieta.

L'aborto chimico non è meno rischioso, anzi...

Rispetto all'aborto chirurgico, quello farmacologico espone la donna ad un tasso di complicazioni infettive mortali 10 volte maggiori.

Un editoriale di M. Greene, Harvard Medical School, Boston, direttore di ostetricia al Massachusetts General Hospital di Boston ed associate editor del New England Journal Medicine, chiarisce i recenti casi di complicazioni infettive dovute alla Ru486.

La Fda ha approvato mifepristone per uso abortivo il 28 settembre 2000 dopo un tempo di decisione lunghissimo, di ben 54 mesi contro i 16 mediamente necessari per le nuove molecole. Il 15 novembre 2004 FDA inserì in scheda tecnica un warning per possibili complicazioni fatali (rottura di gravidanza ectopica e shock settico).

Il 19 luglio seconda revisione del black box warning in 8 mesi: due (su 4 ?) donne morte per sepsi da *C. sordellii*, caratterizzata da: assenza di febbre, drammatica leucotitosi, versamento nelle sierose, emoconcentrazione, ipotensione refrattaria, morte rapida.

Bene allora viene logico chiedersi, ma qual'è il rischio?

Analizzando i dati complessivi il rischio di morte associato all'uso di RU486 nelle prime 8 settimane a scopo abortivo è di circa un caso per 100.000.

E' tanto, è poco?

Si può rispondere che è circa 8-10 volte inferiore al rischio di proseguire la gravidanza, oppure che è 10 volte superiore al rischio dell'interruzione chirurgica che, limitatamente alla ottava settimana, è appunto pari a 0,1 casi per centomila. Fonte: NEJM, 2005; 353:2317-2318

Commento di Luca Puccetti

Finalmente viene fuori la realtà dei dati che l'ideologia messa in campo ha letteralmente sovvertito. Lungi da quanto vuolsi far credere nei vari dibattiti televisivi da valenti pseudoesperti, l'aborto chimico non è più sicuro per la donna di quello chirurgico, anzi è vero l'esatto contrario.

Questi dati confermano recenti lavori pubblicati tra cui uno proveniente anche da un esperto della Cochrane cinese. Come è pensabile di non tenere la donna sotto stretto controllo medico con questi dati?

E' del tutto fuorviante e pericoloso quanto sta succedendo ossia la somministrazione di un prodotto che ha questi rischi

e la pratica semisistemica della dimissione "volontaria" della donna che così aggira la legge 194 che impone che l'aborto avvenga nella struttura ospedaliera. Vengono correttamente informate le donne dei rischi che corrono sia ad assumere il farmaco ed ancora di più a non rimanere in osservazione in ospedale?

Sono domande inquietanti quando pare che la quasi totalità delle donne, una volta assunto il trattamento farmacologico abortivo, abbia firmato per essere "volontariamente" dimessa.

Ancora, ci chiediamo quale sia la veridicità dei certificati rilasciati dai medici che, avendo in cura la donna hanno fatto richiesta di importazione del farmaco dall'estero in causa di mancanza di alternative "terapeutiche", la fanno poi abortire chirurgicamente se il farmaco non arriva in tempo. Ma allora l'alternativa "terapeutica", c'era!

Insomma probabile lavoro per procure e commissioni ordinistiche...

Tatuaggi all' henne': un rischio non trascurabile

I tatuaggi non permanenti all'Henné contenenti parafenildiammina possono provocare gravi reazioni cutanee da contatto e sensibilizzazioni crociate.

Il Dipartimento di Valutazione dei Prodotti Cosmetici francese sottolinea che, dal gennaio 2004 sono stati notificati all'Afssaps, l'agenzia francese del farmaco, numerosi casi di eczema da contatto ritardato, secondario all'applicazione di un tatuaggio non permanente all'henné (nero). Questo tipo di tatuaggio viene considerato un prodotto cosmetico ed è costituito da una preparazione a base di henné spesso addizionata di PPD, ingrediente che conferisce una colorazione scura (nera) al tatuaggio e gli permette di rimanere più a lungo sulla cute. La PPD è una sostanza di ristretto utilizzo nell'ambito dei prodotti cosmetici (annesso III della

Direttiva 76/768 CEE modificata), che può essere utilizzata solo nelle tinture per capelli ad una determinata concentrazione.

Tenuto conto del successo di questo tipo di tatuaggio, la comparsa di casi di eczema da contatto rappresenta quindi, secondo l'Afssaps, un problema di salute pubblica, anche in conseguenza del fatto che si instaura spesso una sensibilizzazione alla PPD con conseguenze spiacevoli sulla vita quotidiana e/o professionale delle persone da essa affette. Infatti la PPD può indurre reazioni allergiche gravi, che possono anche richiedere un intervento medico urgente e perfino ospedalizzazione. Si può inoltre instaurare una sensibilizzazione crociata (gomma e coloranti per l'abbigliamento) e, alcune volte, le persone sono costrette a cambiare professione (particolarmente i parrucchieri). L'Afssaps raccomanda di

intraprendere campagne di informazione relative ai rischi ed alle conseguenze a cui possono andare incontro le categorie di popolazione più esposte, come bambini, adolescenti ed adulti in età giovanile.

A tale scopo verranno utilizzate agenzie di viaggio, associazioni di consumatori e riviste specializzate.

Il problema è stato portato anche all'attenzione del Consiglio d'Europa ed è tuttora oggetto di studio.

Fonti: farmacovigilanza.org; Département d'évaluation des produits cosmétiques VIGILANCES- Bulletin 29, octobre 2005

L'alcol puo' essere dannoso anche in quantità moderata

Il vino riduce il rischio di alcune malattie, incluse quelle cardiovascolari, ma causa anche danni almeno equivalenti anche alle dosi che spesso si considerano "protettive".

A Vibo Valenzia dal 10 al 12 novembre 2005 si è svolto il XIX Congresso della Società italiana di alcologia. Il messaggio che ne è emerso è che i benefici cardiovascolari dell'alcol, apprezzabili solo se assunto regolarmente, in quantità molto contenuta, da soggetti maschi oltre i 60 anni, sono almeno controbilanciati da un aumento del rischio oncogenetico e degli eventi cerebroemorragici, con un saldo neutro, nel migliore dei casi.

La promozione del bere come comportamento collegato a vantaggi di salute individuali e collettivi, come spesso presentato dai media e dalla stessa società, è da ridimensionare alla luce delle evidenze che la quota di carico di malattia, disabilità e mortalità prematura registrabili nella popolazione presenta comunque un saldo svantaggioso già comprensivo dei possibili effetti positivi collegabili ai pochi risparmi di salute registrabili a fronte di un consumo moderato (10 grammi al giorno, meno di un bicchiere) di bevande alcoliche.

Appare indispensabile, in tal senso, sollecitare una maggiore attenzione e cautela da parte dei media alla interpretazione e diffusione dei risultati delle evidenze scientifiche ed una capacità di lettura che sappia evitare distorsioni nella comunicazione di informazioni estrapolate da studi i cui risultati vengono spesso generalizzati erroneamente all'intera popolazione, con un impatto negativo sulla salute

degli individui. E' il caso del consumo moderato di alcol che è stato dimostrato svolgere un ruolo protettivo nei confronti della mortalità per cardiopatia coronaria ma che allo stesso livello di consumo determina, contestualmente, un incremento di circa 60 condizioni patologiche individuate dall'OMS nel World Health Report. In realtà l'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce che tutto ciò che è plausibile comunicare alla popolazione, in particolare da parte delle istituzioni preposte alla tutela della salute, è che "gli unici benefici per la salute registrabili a livello di popolazione e consistenti in una riduzione del rischio di mortalità di alcune malattie cardiovascolari (cardiopatia ischemica) e di diabete si registrano a bassi o bassissimi livelli di consumo, al massimo una unità di alcol al giorno per gli uomini all'età di 70 anni, e meno di mezza unità alcolica al giorno per le donne della stessa età. Qualunque consumo superiore a questi livelli è associato ad un aumento del rischio. Al di sotto dei 40 anni non si registra alcun effetto benefico dell'alcol che non è mai verificato per i giovani. Bere fino all'intossicazione è sempre associato ad un aumento del rischio. Non vi sono limiti privi di rischio riguardo al consumo di alcol. D'altra parte, non ci sono ragioni per scoraggiare consumi a basso rischio nella popolazione adulta, a patto che le circostanze e le situazioni individuali vengano tenute in considerazione.

Se da un lato non esistono evidenze per scoraggiare la moderazione non vi sono, parallelamente, evidenze che possa essere vantaggioso per la salute sollecitare al

consumo chi non beve o di incoraggiare i pazienti a usare l'alcol come un mezzo per ridurre i rischi di queste malattie. Il consumo di alcol non può essere raccomandato come un farmaco preventivo" (Fonte: Framework on Alcohol Policies in the European Region; WHO; 2005)

Ai livelli moderati di consumo per i quali viene riportato un effetto protettivo sul rischio di mortalità cardiovascolare (in media 1-2 bicchieri al giorno di una qualsiasi bevanda alcolica pari a circa 10-20 grammi di alcol) si registrano contemporaneamente incrementi del rischio di numerosi tumori (incluso quello della mammella), di alcune patologie gastrointestinali (pancreatite ad esempio), di incidenti domestici e stradali, rischi che si incrementano in funzione delle quantità consumate (effetto dose-risposta).

Le Linee guida per una sana alimentazione italiana a tale riguardo segnalano testualmente: "Anche quantità moderate di alcol sono coinvolte nell'aumento del rischio di insorgenza di vari tipi di tumori in diversi organi (soprattutto mammella, cavo orale, faringe prime vie aeree e stomaco".

Lo stesso vale per gli incidenti cerebrovascolari emorragici o la sindrome fetale alcolica.

Fonte: Documento conclusivo del XIX Congresso della Società Italiana di Alcologia

Plasmodium Falciparum: un pericoloso ingannatore

Il plasmodium falciparum abile trasformista inganna il sistema immunitario

Il plasmodium falciparum, è in grado di ingannare il sistema immunitario producendo molte varianti di una proteina polimorfica che riveste le cellule infettate.

Il plasmodium falciparum, sfruttando una mini-sequenza chiave nascosta nel suo Dna, può attivare o inibire una famiglia di ben 60 geni che producono la proteina PfEMP1 (P. falciparum erythrocyte membrane protein 1) con cui vengo-

no ricoperte le cellule umane infettate dal parassita. La PfEMP1 è una proteina altamente polimorfica che costituisce un elemento critico per la virulenza in quanto permette al parassita di eludere le difese immunitarie e favorisce il sequestro intracellulare del plasmodio. Se il sistema immunitario impara a riconoscere una versione, il PF la cambia con un'altra: una nuova proteina che gli permette di camuffarsi e di depistare le difese dell'organismo. Secondo gli Autori al sistema immunitario servirebbero ben cinque anni di costante esposizione al PF per

individuare tutte le possibili varianti della proteina PfEMP1. La prospettiva è ora di disattivare la sequenza all'origine del trasformismo.

Fonte: Nature 2005, advance online publication; pubblicato online il 28 Dicembre

I livelli di leptina implicati nella sclerosi multipla?

In topi con sclerosi multipla sperimentale il calo della leptina induceva una diminuzione della progressione della malattia che riprende con l'aggiunta di leptina.

I ricercatori del Cnr di Napoli sono riusciti ad arrestare la progressione della encefalomielite autoimmune, un modello sperimentale simile alla sclerosi multipla, in alcuni topi agendo sulla leptina, ormone implicato nella regolazione del peso corporeo, del metabolismo e delle funzioni riproduttive.

La ricerca, coordinata da Giuseppe Matarese, Istituto di Endocrinologia e Oncologia Sperimentale, Consiglio Nazionale delle Ricerche (IEOS-CNR) and Cattedra di Immunologia, Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare, Università di Napoli "Federico II," Napoli, è partita da una constatazione iniziale relativa alla leptina, che, oltre ad essere in grado di regolare la sensazione di sazietà, aveva un' influenza sulla fun-

zione dei linfociti T.

I topi affetti da un difetto genetico che comporta la non produzione di leptina, oltre ad essere obesi presentano anche immunodepressione, con un numero di linfociti T molto più basso rispetto ai topi normali. Somministrando leptina, i topi, oltre a ristabilire le funzioni normali del sistema immunitario, riacquistavano peso.

Nel presente studio si è notato che quando i topi geneticamente predisposti alla encefalomielite avevano un calo della leptina sierica, la progressione della malattia veniva ritardata e i sintomi si attenuavano, nel momento in cui si riprendeva la produzione di leptina invece la malattia si riaccendeva e progrediva.

Un ulteriore importante risultato dello studio è che mediante tecniche immunostologiche è stato evidenziato che la leptina viene prodotta da cellule T attivate che si moltiplicano proprio mediante la produzione di leptina in una sorta di au-

tostimolazione paracrina.

Gli Autori, trasferendo i risultati ottenuti in laboratorio nell'uomo, ipotizzano che il sovrappeso possa esercitare un ruolo importante nella comparsa delle malattie autoimmuni. A conferma di ciò c'è anche un recente studio condotto dall'Istituto Ieos del Cnr su alcuni pazienti affetti da sclerosi multipla dove le donne, che a parità di peso corporeo producono maggiore quantità di leptina, sono maggiormente colpite dalla malattia.

Secondo i ricercatori del Cnr, i dati raccolti con questo studio forniscono delle buone basi per poter sviluppare nuovi trattamenti in grado di regolare la produzione di leptina mediante un approccio nutrizionale e farmacologico per curare malattie autoimmunitarie come la sclerosi multipla.

Fonte:

- 1) J. Clin. Invest. 2003, 111:241-250
- 2) Universonline.it
- 3) J. Clin. Invest., 10.1172/JCI26523

Terapia con warfarin aumenta il rischio di fratture, ma solo nel maschio

Una terapia prolungata oltre un anno per fibrillazione atriale aumenta il rischio di frattura ma solo negli uomini.

La vitamina K è un cofattore della osteocalcina e la sua inibizione può comportare una modifica della struttura e della resistenza ossea. Allo scopo di valutare se la terapia con warfarin incrementi il rischio di frattura sono stati considerati i pazienti con fibrillazione atriale ricoverati presso 50 ospedali statunitensi dal marzo 1998 all'aprile 1999. End point dello studio era la comparsa di frattura del polso, della colonna o del femore.

Rispetto ai 7587 pazienti non in trattamento con warfarin, l'adjusted odds ratio (OR) di frattura è stato di 1,25 (95% CI: 1,06-1,48) nei 4461 pazienti cui era stato prescritto warfarin per 1 anno. L'associazione tra utilizzo a lungo termine del warfarin e fratture è risultata statisticamente significativa negli uomini (OR: 1,63; 95% CI: 1,26-2,10), ma non nelle donne (OR: 1,05; 95% CI: 0,88-1,26). Nei 1833 pazienti in cui il warfarin era stato prescritto per meno di un anno, il rischio di frattura osteoporotica non è risultato aumentato significativamente (OR: 1,03). I principali fattori predittivi di frattura sono risultati: età avanzata, (OR: 1,63; 1,47-1,80 per decade), elevato rischio di cadute, (OR: 1,78; 1,42-

2,21), ipertiroidismo (OR: 1,77; 1,16-2,70), comorbidità neuropsichiatrica (OR: 1,51; 1,28-1,78) ed alcolismo (OR: 1,50; 1,01-2,24). I fattori associati in modo negativo con il rischio di frattura sono risultati: l'appartenenza alla razza nera (OR: 0,30 0,18-0,51), il sesso maschile (OR: 0,54 0,46-0,62), e l'uso di bloccanti adrenergici, (OR: 0,84; 0,70-1,00).

Fonte: Arch Intern Med. 2006;166:241-246.

Commento di Luca Puccetti

Si tratta del solito studio retrospettivo che ovviamente si presta ad una quantità di bias. Perché ad una consistente parte di pazienti fibrillanti non era stato dato il warfarin? Quali erano i criteri seguiti per trattare o non trattare il paziente? Ovviamente non essendo uno studio prospettico è ipotizzabile che le scelte siano state fatte in base a linee guida e dunque non certamente in modo cogente. E' forse per questo che così molti pazienti non erano stati messi in terapia. Gli Autori hanno cercato di ovviare correggendo per i fattori confondenti, ma è risaputo che tale metodo si presta a possibili errori di pesatura e non si è mai sicuri di poter considerare tutti i possibili fattori confondenti, oppure di molti di essi non ci sono dati. Comunque esiste una plau-

sibilità biologica e lo studio la conferma, in parte. Le motivazioni del perché l'effetto sia significativo solo negli uomini potrebbe essere legato al fatto che nella donna altri fattori di rischio pesano in modo molto più rilevante, oppure perché l'effetto dell'inibizione della vitamina K rappresenta un'ulteriore scadimento della resistenza ossea ma di minima entità nelle donne in cui esiste già una fragilità legata all'osteoporosi postmenopausale potendo essere la relazione tra diminuzione della massa ossea e rischio di frattura non lineare al di sotto di certi livelli di BMD. E' possibile che un prolungamento del follow-up avrebbe potuto documentare un aumento significativo del rischio anche nelle donne. Tuttavia vale la pena di osservare che nonostante questi risultati la scelta di somministrare warfarin nella fibrillazione atriale rimane di gran lunga la migliore. In pazienti con fibrillazione atriale ad elevato rischio di cadute il warfarin ha dato luogo a 12,90 QALY (quality-adjusted life-years= per paziente; l'aspirina 11,17 QALY; e nessuna terapia antitrombotica 10,15 QALY.

Fonte: Arch Intern Med. 1999;159:677-685.

Necrosi epatica massiva da telitromicina

L'FDA informa di aver ricevuto 3 segnalazioni di epatotossicità grave da telitromicina e sta valutando i provvedimenti da prendere.

La telitromicina è un antibiotico ad ampio spettro che appartiene alla classe dei ketolidi (1), farmaci impiegati nel trattamento dei patogeni del tratto respiratorio resistenti ai macrolidi. Lo spettro di attività include patogeni quali gli pneumococchi resistenti all'eritromicina ed alla penicillina.

La telitromicina è attiva contro i batteri intracellulari e atipici. La telitromicina viene metabolizzata dal citocromo P450, in particolare dal CYP3A4, di cui è un inibitore competitivo e pertanto presenta numerose interazioni con farmaci metabolizzati dallo stesso isoenzima. Di particolare importanza gli effetti della concomitante assunzione con warfarin in quanto pur non essendo citate interazioni in scheda tecnica sono stati segnalati, in modo particolare in Canada, numerosi casi di alterazione dell'INR probabilmente anche per soppressione della flora

intestinale produttrice di vit. K.

Il Ministero della Salute ha pubblicato in data 23 Aprile 2003 delle "Note informative importanti" relative al trattamento con telitromicina in pazienti affetti da miastenia grave e al possibile aggravamento di tale patologia.

La sintomatologia si manifesterebbe entro poche ore dalla somministrazione di telitromicina, con esacerbazione della debolezza muscolare, dispnea o grave insufficienza respiratoria.

Oltre a questi problemi sono stati recentemente segnalati alla FDA 3 casi di epatotossicità da telitromicina(2,3). Nei casi segnalati, i pazienti hanno sviluppato ittero e la funzionalità epatica risultava alterata. Un paziente è guarito, uno è stato sottoposto a trapianto ed uno è morto.

Nel caso degli ultimi due pazienti, il fegato esaminato in laboratorio mostrava necrosi tissutale massiva. I due pazienti erano bevitori di alcool. Tutti e 3 i pazienti in precedenza erano in buona salute

e non stavano utilizzando altri farmaci da prescrizione.

Durante i trial clinici pre-marketing, compresi un ampio studio di safety e dati provenienti da altri Paesi, l'insorgenza di problemi epatici è risultata rara e di solito a carattere reversibile.

In base ai dati dei trial pre-marketing il rischio di epatopatia associata a telitromicina risulta simile agli altri antibiotici già in commercio ed il foglietto illustrativo del farmaco riporta la possibile insorgenza di eventi avversi a livello epatico.

Fonte:

- 1) www.farmacovigilanza.org
- 2) Ann Int Med 21 2006; 144 Issue 6
- 3) FDA Public Health Advisory

L' utilita' dell' aspirina supera i rischi, in certi casi

La somministrazione di aspirina dopo un'emorragia cerebrale in soggetti a rischio di lesioni ischemiche non aumenta il rischio di recidive emorragiche.

Poichè molti fattori di rischio di emorragia cerebrale sono condivisi con quelli di ischemia non è chiaro se sia opportuno somministrare antiaggreganti in pazienti che abbiano subito una emorragia cerebrale, ma siano a rischio anche di insorgenza di ischemia.

Allo scopo di chiarire se la somministra-

zione di aspirina esponesse ad un maggior rischio di recidiva emorragica pazienti con pregressa emorragia cerebrale a rischio di ischemia alcuni ricercatori del Massachusetts General Hospital (MGH) hanno seguito dal 1994 al 2004 207 pazienti sopravvissuti ad un'emorragia cerebrale. Il monitoraggio è stato effettuato per telefono. Il 18 % dei partecipanti ha presentato recidive emorragiche durante un follow-up di 20 mesi, ma il rischio non è risultato più elevato nei 46 pazienti che avevano riferito di

assumere aspirina rispetto ai 161 che non avevano riportato di assumerla. L'unico fattore predittivo di recidiva è stato la sede della primitiva emorragia, con un rischio maggiore per quelle della corteccia rispetto a quelle delle strutture profonde.

Fonte: Neurology 2006; 66: 206

Il futuro dei cardiopatici e' nella terapia genica?

Una proteina embrionale che porta il nome di un porcospino virtuale è efficace nel proteggere il cuore dall'ischemia.

Un porcospino virtuale, Sonic the Hedgehog (Shh), è una proteina embrionale che in modelli animali promuove la rivascolarizzazione del miocardio ischemico attraverso la sua capacità angiogenica e mobilita le cellule staminali dal midollo osseo al tessuto miocardico.

Lo studio è stato realizzato da ricercatori della Tuft University e ha visto la parte-

cipazione anche di Roberto Pola, ricercatore presso l'Istituto di Medicina Interna dell'università Cattolica di Roma.

Il Dna codificante per la proteina Shh è stato iniettato, senza l'ausilio di vettori virali, direttamente nel miocardio ischemico di alcuni animali (ratti, maiali), cui erano stati indotti modelli di cardiopatie ischemiche, acute e croniche. Dopo l'introduzione del gene della proteina si è assistito ad un aumento della neoangiogenesi e ad una rivascolarizzazione del tessuto ischemico, ad una diminuzione

della fibrosi e dell'apoptosi, con conseguente riduzione dell'area infartuata, e significativo miglioramento della funzione cardiaca.

Inoltre si è verificata la migrazione dal midollo osseo di cellule progenitrici endoteliali verso il miocardio che ne hanno favorito la rivascolarizzazione.

Fonte: Nature Medicine 2005; 11, 1197 - 1204

Mangia pesce, fa bene al cervello del feto!

Se le madri consumano pochi omega 3, i figli sarebbero meno intelligenti, socievoli e coordinati.

Una ricerca su 9000 bambini del distretto britannico di AVON (presentata ad un meeting dell'Inst. of Brain Chemistry and Human Nutrition, Londra, 17/1/2006) ha posto in relazione il consumo di omega 3 materno con le caratteristiche psichiche, fisiche e di socializzazione del figlio. I risultati sono stati estrapolati da un più ampio studio l'Avon Longitudinal Study of Parents and Children, iniziato 15 anni fa dall'Università di Bristol allo scopo di svelare i fattori genetici ed ambientali che predispongono i bambini alle malattie, contenente i dati di 14000 gestanti e dei loro figli. Il dato più significativo è che i figli delle gestanti che avevano assunto la minor quantità di acidi omega 3 presentavano il più basso QI, di 6 punti sotto la media. Questa scoperta è cruciale in quanto sovverte alle basi la raccomandazione, spesso fatta oggi in USA alle gestanti, di non mangiare troppo spesso pesce durante la gravidanza, per evitare i

danni dovuti all'azione del metilmercurio sul feto. I dati indicano invece che proprio le donne che hanno fatto un basso uso di pesce hanno dato alla luce bambini con basso quoziente intellettivo. Inoltre i bambini di 3 anni e mezzo con le migliori capacità di coordinazione motoria fine erano quelli nati da gestanti che avevano assunto elevate quantità di omega 3. A 7 anni il 14% dei bambini con problemi di socializzazione era nato da madri che avevano assunto pochi omega 3 contro l'8% dei nati da madri che avevano assunto elevate quantità di O. 3. Fonte: Economist 19 gennaio 2006

Commento di Luca Puccetti

Questi studi vanno sempre presi con le molle, perché basati su evidenze associative, con possibilità di cofattori confondenti. Tuttavia anche alcuni esperimenti animali hanno mostrato che la somministrazione di omega 3 aumenta i livelli intracorticali di serotonina e dopamina. Inoltre il fatto che esista una relazione dose-risposta rinforza la forza del-

l'evidenza. Secondo questo studio i vantaggi degli O-3 superano i rischi legati al mercurio e pertanto le raccomandazioni alle gravide circa l'assunzione di pesce durante la gestazione dovrebbe essere rivista. Occorre anche tener conto anche della possibilità che l'inquinamento da mercurio continui ad aumentare, variando i fattori in gioco. Inoltre non è solo il livello di omega 3 assunti che conta, ma il rapporto tra omega 3 ed omega 6 che sono in competizione. Un'elevata assunzione di omega 6 (contenuti ad esempio negli oli di mais e di soia) conduce ad una ripartizione tra lipidi a base di omega 3 e lipidi basati su omega 6 in un rapporto di 1:4 a livello delle membrane cellulari. Nei giapponesi questo rapporto è invece di 2:3. L'alternativa all'assunzione di pesce grasso, quale salmone e sardine, sarebbe l'assunzione quotidiana di almeno due cucchiaini di semi di zucca. (studi precedenti hanno inoltre evidenziato la diminuzione di quantità di elementi nutritivi nel pesce di allevamento rispetto a quello "naturale". DZ)

Si svelano i misteriosi meccanismi della memoria

Un microRNA, miR-134, inibendo la traslazione del RNAm che codifica per una proteina chinasi, Limk1, regola lo sviluppo delle spine dendritiche influenzando sulla fissazione dei ricordi.

I microRNA sono piccole porzioni di RNA che non codificano alcuna proteina, ma regolano la traslazione degli RNA messaggeri, condizionando la produzione postnucleare delle proteine. Ricercatori del Children's hospital di Boston hanno scoperto che un microRNA, denominato miR-134, inibisce la produzione di una proteina chinasi denominata Limk1. In pratica Limk1 aumenta la produzione delle spine dendritiche neuronali e dunque miR-134, inibendone la produzione, ha un effetto opposto, ossia inibisce la

produzione delle spine dendritiche. Questi esperimenti sono stati effettuati su cellule nervose di ippocampo di ratti. Esponendo i neuroni a fattori di crescita quali il brain-derived neurotrophic factor (BDNF), l'inibizione esercitata da miR-134 viene superata e Limk1 torna ad essere attivo, riaumentando la produzione di spine dendritiche.

Fonte: Nature. 2006; 439:283-9.

Commento di Luca Puccetti

M. Greenberg, il coordinatore della ricerca, ha dato un'interpretazione interessante di tali risultati. Ogni giorno nel cervello gli accadimenti della vita indurrebbero i neuroni a formare sinapsi per fissare i ricordi. Tuttavia esisterebbero 2 tipi di ricordi, quelli labili e quelli più stabili. Secondo Greenberg potrebbe essere pro-

prio miR-134 a regolare quali sinapsi debbano formarsi, fissando nella memoria i ricordi e quali invece debbano essere inibite in quanto relative ad eventi non meritevoli di memorizzazione. Insomma si tratterebbe di un sistema per aumentare l'efficienza del cervello impedendo lo spreco di risorse inutili.

Greenberg inoltre ritiene che miR-134 sia implicato nel ritardo mentale e nell'autismo. Infatti la perdita di Limk1 per una delezione cromosomica è associata con la sindrome di Williams, e che il pattern metabolico che attiva Limk1 include proteine che sono non funzionanti o inibite nella sclerosi tuberosa e nella sindrome X fragile, disordini genetici che causano ritardo mentale e condotte simil-autistiche.

Anche alla casalinga deve essere risarcito il danno patrimoniale

La casalinga presenta un danno patrimoniale risarcibile per riduzione della capacità lavorativa domestica. La Corte di Cassazione (n. 20324 del 20/10/05) si è pronunciata in seguito al ricorso proposto da una casalinga vittima di un incidente stradale in seguito al quale riportò una serie di lesioni colpose. La casalinga ricorreva alla Corte lamentando il mancato riconoscimento del danno specifico derivante dal fatto di non poter più svol-

gere attività di casalinga. La Corte riconosceva le ragioni della ricorrente in quanto l'attività domestica è comunque suscettibile di valutazione economica. Quindi il danno subito in conseguenza della riduzione della propria capacità lavorativa, se provato, va legittimamente inquadrato nella categoria del danno patrimoniale, e come tale risarcibile, autonomamente rispetto al danno biologico. Il fondamento di tale diritto, afferma la

Corte, è di natura Costituzionale e si fonda sui principi che tutelano la scelta di qualsiasi forma di lavoro e conseguentemente i diritti del lavoratore e della donna lavoratrice. La Corte ha riconosciuto anche un danno non patrimoniale per il coniuge, derivante dallo sconvolgimento delle abitudini di vita conseguite all'esigenza di provvedere agli straordinari bisogni del coniuge, sopravvissuto a lesioni seriamente invalidanti. (DZ-GZ)

Sindromi coronariche acute: strategia invasiva solo per l'alto rischio

Per stabilire quale sia la terapia ottimale nelle sindromi coronariche acute (angina instabile o infarto miocardico senza sopraslivellamento di ST) gli autori hanno effettuato una meta-analisi di RCT in cui la terapia invasiva di routine veniva paragonata con una strategia invasiva di tipo selettivo. La strategia invasiva di routine prevedeva un' immediata coronarografia seguita da rivascolarizzazione se necessaria, quella selettiva considerava all'inizio un trattamento farmacologico seguito da coronarografia e rivascolarizzazione solo in caso di persistenza dei sintomi o di comparsa di ischemia. La ricerca è stata effettuata non solo in Medline e nel Cochrane Registry of Controlled Trials ma anche esaminando gli abstracts dei maggiori congressi cardiologici e la bibliografia di articoli originali ed ha permesso di ritrovare 84 studi, ma solo 7 (per un totale di 9208 pazienti) soddisfacevano i criteri prestabiliti di inclusione. Il follow-up medio degli studi era di 17 mesi. La mortalità risultava più elevata, durante l'ospedalizzazione, nel gruppo

trattato con strategia invasiva di routine (1,8% vs 1,1%), ma dopo la dimissione questo approccio era associato ad una riduzione della mortalità (3,8% vs 4,9%). Anche l'end-point composto di morte e infarto miocardico era più basso nel gruppo strategia invasiva di routine (12,2% vs 14,4%). I pazienti che sembrano avvantaggiarsi di più da una terapia aggressiva sono quelli a rischio più elevato per avere aumentati valori di troponina e CK mentre non ne traggono beneficio quelli in cui i markers di danno cardiaco sono negativi.

Ref: Mehta SR et al. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndrome. A collaborative meta-analysis of randomized trials. JAMA 2005 May 15;293: 2908-17

Commento di Renato Rossi

La scelta della terapia ideale nelle sindromi coronariche acute rimane controversa. Secondo questa meta-analisi l'approccio aggressivo con coronarografia

immediata e rivascolarizzazione sono da riservarsi ai pazienti a rischio più elevato mentre quelli nei quali i markers cardiaci sono negativi possono essere trattati con terapia conservativa e avviati alla coronarografia solo se non migliorano.

Di poco posteriore a questa meta-analisi è la pubblicazione dei risultati dello studio RITA 3 (Lancet 2005 Sept 10; 366:914-920) da cui risulta la superiorità della terapia aggressiva e di cui abbiamo riferito in una pillola recente.

Gli stessi autori del RITA 3 suggeriscono comunque la necessità di ulteriori studi per meglio identificare i soggetti a rischio da avviare subito a coronarografia e rivascolarizzazione.

Le conclusioni del lavoro di Mehta e Coll. sembrano condivisibili anche perché permettono una scelta diversificata che deve tener conto delle varie realtà locali in quanto molti ospedali (soprattutto quelli decentrati) mancano di reparti di emodinamica e di cardiocirurgia.

Analgesici e rischio ipertensione: risultati discordanti. Ma allora?

Due studi prospettici di coorte [1], il Nurses' Health Study I su 1903 donne di età compresa tra i 51 e i 77 anni e il Nurses' Health Study II su 3220 donne di 34-53 anni, suggeriscono che l'uso di analgesici e antinfiammatori non steroidei (FANS) sia associato ad un aumento del rischio di sviluppare un'ipertensione arteriosa, mentre l'uso dell'aspirina non comporta rischi particolari. Il rischio relativo di ipertensione per chi assume più di 500 mg di paracetamolo al giorno è di 1,93 fra le donne anziane e di 1,99 fra quelle più giovani. Per i FANS il rischio relativo è rispettivamente di 1,78 e di 1,60. I risultati sono indipendenti dalla presenza di cefalea come causa di assunzione del farmaco; l'aspirina non mostrava alcuna associazione positiva con il rischio di sviluppare ipertensione.

Risultati opposti arrivano invece dal Physicians' Health Study [2], studio prospettico di coorte su 8229 medici di sesso maschile. Dopo un follow-up medio di 5,8 anni non si notò alcuna associazione positiva tra l'uso di paracetamolo, FANS o aspirina e comparsa di ipertensione, con rischio relativo, rispetto a chi

non usava analgesici, di 1,05 per i FANS, di 1,16 per l'aspirina e di 1,08 per il paracetamolo.

1. Hypertension 2005; 46:500-507
2. Men Arch Intern Med. 2005 Sept 12;165:1903-1909.

Commento di Renato Rossi

Già studi precedenti avevano suggerito un legame tra uso di analgesici e rischio ipertensivo. Ma come si possono spiegare risultati così diversi in due lavori dal disegno simile? E' ipotizzabile che esista una diversa sensibilità agli analgesici legata al sesso, con maggiore esposizione al rischio per le donne rispetto agli uomini..

Una seconda spiegazione potrebbe essere che, essendo studi osservazionali, senza randomizzazione, potrebbero esserci dei fattori confondenti non noti che creano dei bias di selezione: si potrebbe magari ipotizzare (un po' artatamente) che nel Nurses' Health Study sono le donne a maggior rischio di ipertensione che assumono analgesici, mentre nel Physicians' Health Study i medici a maggior rischio si guardano bene dal pren-

dere questi farmaci. In ogni caso dei risultati così discordanti vanno presi con estrema prudenza.

A confondere ancor più le acque ci si mette pure una meta-analisi sui coxib (Arch Intern Med 2005;165:490-496) che ha preso in esame 19 RCT, pubblicati prima del maggio 2004, per un totale di 45.451 partecipanti: i coxib erano associati ad un aumento non significativo del rischio di ipertensione (RR 1,61) e così i FANS non selettivi (RR 1,25); solo per il rofecoxib l'aumento della pressione sistolica sfiorava, senza raggiungerla, la significatività statistica (RR 1,50; p = 0,05).

Al di là comunque dei parametri statistici, da tutti gli studi emerge una "tendenza" degli analgesici in generale ad aumentare i valori pressori, tendenza che acquista importanza clinica maggiore negli ipertesi e nei cardiopatici, per cui in tali pazienti questi farmaci dovrebbero sempre essere usati con parsimonia. Cosa più semplice a scriversi che ad attuarsi nella pratica di tutti i giorni, considerato che i maggiori utilizzatori di FANS e analgesici sono gli anziani, spesso anche cardiopatici e ipertesi.

Tabella riassuntiva nuove norme prescrizione stupefacenti

Tabella	Farmaci compresi	Ricettario da usare	Note sulla prescrizione
- Tabella I	stupefacenti veri e propri, e "ogni altra pianta i cui principi attivi possono provocare allucinazioni o gravi distorsioni sensoriali e tutte le sostanze ottenute per estrazione o per sintesi chimica che provocano la stessa tipologia di effetti a carico del sistema nervoso centrale"	Nessuno	non prescrivibili
Tabella II A	Farmaci oppiacei, barbiturici, antiodorifici inclusi nella Tab. III B della legge 12/01, e altri farmaci fortemente induttori di dipendenza. E' stato incluso in questa tabella anche il Flunitrazepam (Roipnol, Darke-ne, Valsera)	E' previsto un nuovo ricettario a ricalco. Temporaneamente possono usarsi sia il ricettario "giallo" distribuito dagli Ordini, sia l'attuale ricettario a ricalco.	Farmaci dell' all. III Bis: 2 farmaci o 2 confezioni, fino a 30 giorni di terapia. Gli altri: 1 solo farmaco, fino a 30 giorni di terapia. Flunitrazepam: una sola scatola per ricetta. Le ricette vanno in 2 copie se in regime privato, 3 per il SSN. Una copia va conservata dal paziente
Tabella II B	Alcuni barbiturici (antiepilettici e a breve azione), benzodiazepine e altri ansiolitici a rischio concreto di dipendenza fisica o psichica, di intensita' e gravita' minori rispetto alla Tabella A	Normale ricetta medica non ripetibile da trattarsi dal farmacista.	
Tabella II C	medicinali contenenti le sostanze elencate nella tabella II B, sole o in associazione con altri principi attivi.	Ricetta medica non ripetibile da trattarsi dal farmacista	
Tabella II D	medicinali con le sostanze delle sezioni precedenti, da sole o in associazione, se la composizione e modalita' d' uso presenta rischi di abuso o dipendenza inferiori, per cui non sono assoggettate alla disciplina specifica dei loro componenti.	Ricetta medica non ripetibile da trattarsi dal farmacista	
Tabella II E	Farmaci con alcuni dei principi attivi delle tabelle precedenti (anche derivati morfiniti, molte benzodiazepine e ansilitici di uso comune) ma in quantita' molto ridotta e/o in forme che ne impediscano l' abuso o l' estrazione dello stupefacente	Ricetta medica ripetibile, non trattenuta dal farmacista	

Note:

- Le vecchie Tabelle Stupefacenti sono state sostituite dalle nuove tabelle, riportate sopra
- Lo stesso principio attivo e' spesso riportato in piu' di una tabella, perche' l' inclusione nelle varie tabelle puo' dipendere, oltre che dal principio attivo, anche dalla concentrazione, dalla via di introduzione, dalla confezione farmaceutica; il Ministero indichera' per ciascun farmaco e per ciascuna confezione, la tabella di appartenenza. Fino al momento ci si dovra' regolare "ad occhio", in base alle vecchie abitudini
- La ricetta per i farmaci della Tab. II-A deve riportare: cognome e nome dell'assistito; la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione (non si e' ancora specificato se si possano usare abbreviazioni e numeri, ma e' presumibile di si'); indirizzo e il numero telefonico professionali del medico; la data; firma e timbro personale del medico.
- I medici possono approvvigionarsi e trasportare i farmaci compresi nell' allegato III-bis mediante autoricettazione, per uso professionale urgente, utilizzando il nuovo ricettario a ricalco o, nelle more, uno dei ricettari attualmente in uso. Deve conservare una copia della ricetta, e deve riportare in un registro le prestazioni effettuate e le movimentazioni, in entrata ed uscita, dei medicinali. Questo registro non e' di modello ufficiale e deve essere conservato per due anni dopo l'ultima registrazione effettuata, insieme alle copie delle autoricettazioni come giustificativo.
- La prescrizione per la disassuefazione dei tossicodipendenti andra' effettuata solo in base a Piano Terapeutico di strutture autorizzate.

Necrosi cutanea da warfarin

L'Autorità regolatoria australiana (Adverse Drug Reactions Advisory Committee - ADRAC) ha ricevuto 9 segnalazioni di necrosi cutanea da warfarin, di cui 3 hanno provocato esito fatale. In 4 casi il tempo d'esordio non superava i 7 giorni dall'inizio della terapia, mentre in 3 casi i primi sintomi si sono verificati dopo 3-8 settimane. La necrosi si verifica in seguito ad infarto emorragico o trombotosi nel tessuto cutaneo. I primi sintomi possono essere rappresentati da parestesia o senso di pressione, con eritema. Improvvisamente compaiono lesioni dolorose e nell'arco di 24 ore si possono sviluppare petecchie e bolle emorragiche che portano a necrosi cutanea a pieno spessore. In taluni casi è necessario ricorrere alla rimozione del tessuto necrotico e al trapianto di cute.

L'introduzione graduale di warfarin, iniziando alla dose di 1-2 mg/die per raggiungere il livello terapeutico desiderato dopo 10 giorni, riduce il rischio di necrosi cutanea. Utilizzando tale approccio, l'uso concomitante di eparina può fornire inizialmente un adeguato effetto anticoagulante. Quando viene iniziata una terapia con warfarin, bisogna porre particolare attenzione nei pazienti con fattori di rischio, inclusi i deficit ereditari o acquisiti di proteina C o S.

Nel caso di insorgenza della sindrome il warfarin va interrotto immediatamente e sostituito con eparina. Sarebbe pertanto utile avvisare i pazienti di segnalare prontamente qualsiasi malessere o comparsa di lividi evidenti, specialmente

nelle prime settimane di assunzione del warfarin. La necrosi cutanea associata a warfarin è rara (0.01-0.1%), è più probabile che si verifichi nelle donne piuttosto che negli uomini (rapporto di 9 a 1), di solito con un tempo di esordio variabile da 1 a 10 giorni dall'inizio del trattamento, quando si utilizzano dosi da carico per aumentare l'INR rapidamente in seguito a pregresso tromboembolismo venoso. Sono tuttavia stati documentati casi in cui il tempo di esordio arrivava fino a 15 anni di distanza dall'inizio della terapia.

Fonte

1) www.farmacovigilanza.org

2) Australian Adverse Drug Reactions Bulletin, 2005; 24 (6)

La sindrome delle gambe senza riposo

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS = Restless Leg Syndrome) è spesso associata a sintomi psichiatrici come ansia e depressione.

E' quanto riportano alcuni ricercatori al 71° meeting dell'American College of Chest Physicians, tenutosi a Montreal nell'ottobre 2005.

E' stata condotta una intervista telefonica su adulti (>= 18 anni) scelti in maniera randomizzata (1506 soggetti intervistati, di cui 775 donne, età media 49 anni).

I sintomi della sindrome sono stati riferiti dal 9,7% dei soggetti (8% uomini e 11% donne). I fattori di rischio più importanti associati alla sindrome erano: fumo, disoccupazione, reflusso gastroesofageo, patologia articolare, diabete, depressione e ansia.

Altri fattori di rischio sono l'apnea notturna e l'insonnia, difficoltà all'addormentamento, guidare quando si è molto stanchi ed eccessivo affaticamento durante la giornata.

I soggetti con RLS hanno più probabilità di arrivare tardi al lavoro, di perdere il lavoro stesso o di compiere errori durante le loro mansioni.

La sindrome presenta un ritmo circadiano e peggiora di notte. I pazienti descrivono il loro disturbo non tanto come dolore quanto come necessità di muovere le gambe.

Ref: CHEST 2005: 71st Annual Meeting of the American College of Chest
Commento di Renato Rossi

La sindrome delle gambe senza riposo è un disturbo molto comune, ma la sua prevalenza nella medicina di famiglia non è nota. Alcuni autori americani [1] hanno esaminato 2099 adulti (età media 46 anni, 98% bianchi) afferenti ad un primary care practice durante un intero anno. La diagnosi della sindrome veniva posta in presenza di tutti e quattro i seguenti criteri:

- 1) necessità di muovere le gambe, di solito accompagnata da sensazioni sgradevoli alle gambe stesse (che il paziente trova difficoltà a descrivere)
- 2) aggravamento dei sintomi col riposo
- 3) i sintomi migliorano se il paziente cammina
- 4) peggioramento dei sintomi durante la notte

Il 24% dei soggetti esaminati presentava una positività a tutti i criteri. I più colpiti sono gli anziani e le donne. Circa metà dei pazienti riferiva comparsa dei sintomi diverse volte alla settimana e trovava il disturbo molto fastidioso.

La prevalenza della RLS secondo lo studio recensito in questa pillola è invece molto più bassa e in linea con quella di altri studi precedenti (9%-15%). Viene confermato inoltre che la malattia può contribuire ad aggravare altri disturbi come la depressione o l'ansia.

La causa non è nota: nelle forme primarie si invoca una alterazione dei recettori dopaminergici e/o una base genetica; vi sono anche forme secondarie a deficit di ferro o ad insufficienza renale cronica.

La terapia prevede l'uso di agonisti dopaminergici (pergolide, pramipexolo, ropirinolo) come farmaci di primo impiego [2]. L'alternativa è rappresentata dal gabapentin oppure dagli ipnotici-sedativi o dagli oppiacei (una scelta che in Italia appare difficile). L'American Academy of Sleep Medicine consiglia l'ossicodone e il propofene, anche se non ci sono studi diretti di paragone tra i vari farmaci. Secondo autori americani la tolleranza si sviluppa velocemente quando si usano ipnotici sedativi (come il clonazepam) mentre la maggior parte dei pazienti può continuare per anni con la stessa dose di oppiacei. Se i sintomi sono occasionali si può ricorrere anche alla levodopa (50-100 mg) da assumere prima di coricarsi. Se la sindrome comporta anche dolore si può ricorrere al gabapentin oppure agli oppiacei. Se la sindrome si associa un deficit di ferro è necessario somministrare sali di ferro fino a che i livelli di ferritina diventano adeguati. Dopo la correzione del deficit marziale in molti pazienti si assiste ad un miglioramento del quadro clinico tale per cui non è più necessaria la terapia con agonisti dopaminergici.

Fonti: 1. Arch Intern Med 2003 Oct 27; 163:2323-9.

2. N Engl J Med 2003 May 22; 348: 2103-2109

NOVITA' DALLA GAZZETTA UFFICIALE (di Marco Venuti)

Il testo integrale dei documenti citati è fornita da "Medico & Leggi" di Marco Venuti: essa è libera fino al giorno 23.04.2006. Per consultarli, cliccare [qui](#)

Legge n. 49 del 21 febbraio 2006 (Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 2006, Supplemento Ordinario n. 45)

CONVERS. CON MODIFICHE DEL DL 30/12/05, N. 272 (MIS. URGENTI OLIMPIADI INVERNALI, FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE DELL'INTERNO. DISPOSIZIONI PER RECUPERO TOSSICODIPENDENTI RECIDIVI
Questa legge, che apporta numerose modifiche dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990, introduce alcune novità per quanto riguarda le modalità di prescrizione dei farmaci analgesici/stupefacenti. Le novità più significative riguardano la prescrizione di questi farmaci per indicazioni diverse dalla terapia del dolore severo in corso di malattie neoplastiche o degenerative. Scompare, infatti, il vecchio ricettario distribuito dagli ordini dei medici che viene sostituito da uno nuovo, a ricalco, le cui caratteristiche tecniche verranno definite a breve con decreto del Ministero della salute (in attesa si continuerà ad utilizzare quello vecchio, distribuito dall'ordine). Il fatto che il nuovo ricettario sarà a ricalco eviterà al medico l'incombenza di scrivere tre volte le stesse cose. Inoltre, già da ora sul vecchio ricettario: si potrà prescrivere una quantità di farmaco per coprire fino a 30 giorni di terapia; sarà necessario scrivere solo cognome e nome dell'assistito (e quindi non il suo indirizzo); per quanto alla dose, alla posologia ed al modo di somministrazione, non è specificato più l'obbligo di scrivere in tutte lettere. In entrambe le situazioni (quindi anche nel caso di prescrizione per la terapia del dolore severo in corso di malattie neoplastiche o degenerative) bisognerà rilasciare la prescrizione in triplice copia in caso di prescrizione a carico del SSN ed in duplice copia nel caso che il medicinale venga pagato dal paziente: copia della prescrizione dovrà essere conservata dal paziente. Non viene fatta più menzione dell'obbligo, da parte del medico, di conservare copia della prescrizione (nel caso di prescrizione per la terapia del dolore severo in corso di malattie neoplastiche o degenerative, tale obbligo era già stato abolito in precedenza): a nostro avviso ciò comporterà, per il medico, la necessità di dover comunque attivarsi per conservare copia della prescrizione in modo da poter risalire a cosa, quanto e quando ha prescritto (se non altro per un minimo di autotutela). Una sintesi di quanto sopra è reso disponibile al link segnalato, nella relativa sezione (la corretta prescrizione dei farmaci).

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 8 marzo 2006 (Gazzetta Ufficiale n. 58 del 10 marzo 2006)

MODIFICHE ALLA DETERMINAZIONE 29 OTTOBRE 2004 «NOTE AIFA 2004 (REVISIONE DELLE NOTE CUF)»

Con questo provvedimento l'Agenzia Italiana del Farmaco modifica la nota n. 32: vengono separate le condizioni d'impiego dell'interferone alfa-2a peghialto e alfa-2b peghialto, che nella precedente stesura della nota erano comuni.

Condizioni d'impiego dell'interferone alfa-2a peghialto: epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con ipertransaminasemia; in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina: epatite cronica C, in pazienti mai trattati in precedenza con interferone o trattati con risposta solo temporanea e successiva recidiva; in combinazione con ribavirina in pazienti senza risposta sostenuta a monoterapia con Interferone con malattia avanzata (presenza di ponti porto-centrali alla biopsia epatica e/o diagnosi clinica di cirrosi epatica) o infezione da genotipo HCV 2 o 3; in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina: epatite cronica C in pazienti con infezione da HIV.

Condizioni d'impiego dell'interferone alfa-2b peghialto: in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina: epatite cronica C, con ipertransaminasemia in pazienti mai trattati in precedenza con interferone o trattati con risposta solo temporanea e successiva recidiva; in combinazione con ribavirina in pazienti senza risposta sostenuta a monoterapia con Interferone con malattia avanzata (presenza di ponti porto-centrali alla biopsia epatica e/o diagnosi clinica di cirrosi epatica) o infezione da genotipo HCV 2 o 3.

Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2006 (Gazzetta Ufficiale n. 60 del 13 marzo 2006)

PRINCIPI FOND. PER DISCIPLINA UNITARIA SU FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Con questo decreto vengono definite le linee generali che le singole regioni dovranno seguire nella organizzazione dei corsi di formazione in medicina generali, corsi indispensabili nella creazioni dei nuovi medici che dovranno entrare nel Sistema Sanitario Nazionale come Medici di Medicina generale.

Viene definito quando e dove debbano essere emanati i bandi (tutti devono contemplare le medesime disposizioni concordate tra le regioni e le province autonome), quando e come debbano essere stabiliti i contingenti numerici da ammettere annualmente ai corsi, come debba essere svolta la prova di esame e come essa debba essere valutata, come debba essere costituita la commissione d'esame, i requisiti che devono essere posseduti per essere ammessi al concorso, quando e come debba essere fatta la domanda di partecipazione al concorso, i compiti del presidente e della commissione di esame, come debba essere stilata la graduatoria per l'ammissione al corso, la durata del corso, le incompatibilità dei partecipanti al corso, la possibilità di organizzare corsi a tempo parziale, quando debbano essere attivati i corsi e come debbano essere organizzati.

Decreto del Ministero della Salute del 23 febbraio 2006 (Gazzetta Ufficiale n. 68 del 22 marzo 2006)

INDIVIDUAZIONE DEI PROGRAMMI STRATEGICI, RIPARTIZIONE DELLE RISORSE E INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI CAPOFILO CUI E' DESTINATO LO STANZIAMENTO DI 100 MILIONI DI EURO PREVISTO PER IL MINISTERO DELLA SALUTE

Con questo decreto il Ministero della Salute stanziava 100 milioni di euro per finanziare la ricerca biomedica oncologica su progetti inerenti la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione, l'innovazione tecnologica e le collaborazioni internazionali. I progetti avranno durata triennale e saranno monitorati da una commissione di esperti, nominati dal direttore generale della ricerca scientifica e tecnologica del Ministero della salute, che dovrà vigilare sulla rispondenza dei progetti di ricerca al programma originale e che dovrà riferire annualmente, al Ministero, sul loro stato di attuazione.

Approvato il nuovo ricettario (il quarto!) per la prescrizione degli stupefacenti

Decreto del Ministero della Salute del 10.03.06, Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31.03.06

Viene approvato il nuovo ricettario per la prescrizione dei farmaci analgesici-stupefacenti, compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, come modificato dal decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49.

Le ricette, in triplice copia autocopiante, saranno confezionate in blocchetti da trenta e saranno numerate progressiva-

mente; i ricettari saranno consegnati, a cura dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, ai centri di riferimento regionali che provvederanno alla distribuzione alle aziende sanitarie locali; le aziende sanitarie locali provvederanno alla distribuzione delle ricette ai medici ed ai veterinari operanti nel territorio di competenza (consegnate al medico o al veterinario oppure ad una persona da essi delegata). Nel periodo di tempo necessario alla stampa e alla distribuzione dei nuovi ricettari i medici e i veterinari sono autorizzati ad usare i

ricettari approvati con decreto del Mini-

stro della sanità del 24 maggio 2001 (ricettari "autocopianti" distribuiti dalle ASS) fino ad

esaurimento delle scorte.

Dall'entrata in vigore di questo provvedimento (quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale) non sarà più utilizzabile il ricettario a madre-figlia di tipo unico (quello distribuito dagli Ordini dei medici): coloro che fossero in possesso di questi ricettari dovranno consegnarli ai rispettivi ordini professionali.

MV

Ortoressia Nervosa

L'ortoressia è una patologia nervosa, descritta inizialmente nel 1994 da Steven Bratman, a sua volta ortoressico.

La patologia si configura come una ossessione, da parte della persona, di mangiare sano. L'ossessione si spinge, a volte, fino al punto di condizionare pesantemente la vita del soggetto: spesso, infatti, le persone che soffrono di ortoressia arrivano ad un livello ossessivo di controllo della purezza del cibo che mangiano. Ma l'ortorexia è limitatamente una patologia legata alla cattiva educazione alimentare? Bratman giunse, dopo diversi studi longitudinali su ortoressici, alla conclusione che la patologia nascondeva qualcosa di più che cattiva educazione alimentare. In maniera simile a patologia analoghe, come l'anoressia o la bulimia, il cibo non era semplicemente cibo, ma era piuttosto investito di un valore simbolico che andava ben oltre il semplice valore pratico. Scegliere il cibo sano, sceglierlo sempre più sano, fino ad arri-

vare ad una discriminazione anche in base alla confezione con cui veniva trasportato, diventava la risposta alle angosce intrapsichiche e ai conflitti della persona. Il controllo del cibo diventa il controllo dell'ansia: conoscere tutte le etichette dei cibi in vendita, poteva sublimare la perdita di controllo sul proprio corpo. Uno dei tratti comuni dell'ortoressico, inoltre, è la sua convinzione, dovuta al vissuto interno del cibo, di essere superiori agli altri. Se è vero che "siamo quello che mangiamo", un ortoressico mangia eccellentemente, e quindi è a sua volta eccellente. Questa semplice equazione porta, però, a sgradevoli conseguenze nella vita sociale. Come può, infatti, un ortoressico accettare di mangiare un cibo non "puro"? e nel contempo come può frequentare amicizie e conoscenze, dove spesso è giudicato scortese non condividere del cibo (sia esso anche un semplice caffè, o una fetta di torta ad un compleanno)? Ma quanto è diffusa questa patologia non ancora ulti-

male? Come gli altri disturbi alimentari, l'ortoressia nervosa colpisce prevalentemente la media borghesia dei paesi industrializzati. L'area sociale di diffusione è in gran parte sovrapponibile a quella che viene colpita dalle varie psicosi alimentari: mucca pazza, OGM, aviaria, ecc.

Un'indagine Swg, nel Novembre 2004 ha mostrato come il 71% degli italiani fosse molto attento alla propria alimentazione. Una ulteriore ricerca di Astra-Demoskopea è emerso che il 37,3% legge ossessivamente le etichette. A questi dati si aggiungono quelli ricavati da uno studio dell'università La Sapienza di Roma, condotto su un campione di 404 soggetti a rischio di ortoressia nervosa, dei quali 28 (con forte prevalenza maschile) sono risultati effettivamente colpiti da sindrome ossessivo-compulsiva per i cibi sani.

Guido Zamperini

Fonte: <http://www.orthorexia.com/>
<http://www.consorzioaliment.it/ossicibologiaall.asp#>

Ultimissime sull' IVA e sui certificati INAIL

La Direzione Centrale Normativa e Confezionamento dell' Agenzia delle Entrate ha fatto definitivamente chiarezza sull' argomento. L' UNAMEF-Roma, in particolare, ha posto dei precisi quesiti, argomentando in favore dell' esenzione dall' imposta, in quanto la prestazione sanitaria è diretta primariamente alla tutela della salute dell' infortunato.

La risoluzione n. 36 E del 13/3/2006 l' Agenzia ha confermato tali tesi. Pertanto i medici di famiglia che compilano i certificati di infortuni sul lavoro per INAIL non devono applicare l' IVA all' importo eventualmente (nel momento in cui si

scrive e' ancora vacante la convenzione INAIL-Medici) pagato dal paziente.

La risoluzione :

http://www.scienzaeprofessione.it/risoluzione_IVA_36.pdf

Aggiornamento dell' ultima ora:

E' stato raggiunto il 30/3/06 un nuovo accordo tra l' INAIL e i sindacati medici per le certificazioni agli infortunati sul lavoro.

E' stata recepita la Risoluzione dell' Agenzia delle Entrate, per cui questi certificati non verranno soggetti ad IVA. Parte di quanto risparmiato e' stato riversato sulle tariffe dei certificati.

E' stata concordata una tariffa di 27,5 Euro per ciascun certificato stilato dai medici di famiglia, per un massimo di tre certificati per ogni infortunio. A questo si aggiungono ulteriori 5 Euro per i certificati inviati telematicamente.

Le tariffe, seppure non esaltanti, vanno oltre il semplice recupero dell' inflazione (calcolato intorno ai 23,5 Euro).

Lo SNAMI non ha ritenuto di associarsi agli altri sindacati, e non ha ratificato l' accordo.

GZ

A quando Cicciolina Direttore di ASL?

La politica tenta la colonizzazione delle aree professionali

La Federazione degli Ordini dei medici ha preso posizione con forza contro una norma, passata quasi inosservata, inserita nella legge n. 43 del 1 febbraio 2006 sulle professioni sanitarie.

In questa legge sono stati inseriti (a larga maggioranza trasversale) due commi che mutano sostanzialmente le precedenti disposizioni: mentre finora per essere nominato Direttore di ASL o di Azienda Ospedaliera erano necessari dei

precisi requisiti professionali e di esperienza, ora è sufficiente essere stato ex senatore, ex deputato o anche solo ex consigliere regionale. E se si tratta di un medico, sarà esonerato dalla formazione continua.

Appare evidente la creazione di un incarico 'di riserva' per i politici eventualmente non rieletti.

Il Presidente FNOMCeO Aristide Paci ha contestato con forza la commistione tra politica e incarichi gestionali, che dovrebbero essere affidati solo a sogget-

ti realmente competenti.

A questo punto non è assurdo porsi la domanda del titolo: Quando la signora Staller, ex deputato, potrà fare il suo debutto come Direttore di ASL? E quale Azienda avrà questo privilegio?

In effetti, di fronte alla pittoresca folla di politici anch'essi "trombati" (absit iniuria verbis!) alla ricerca di nuovi incarichi, non è assolutamente detto che non sia una scelta benemerita...

DZ 13/3/06

Denunciati oltre 500 "iperprescrittori" lombardi

Basta, essere il capro espiatorio del deficit della sanità!!

È iniziata con grande clamore l'ennesima crociata contro i medici di famiglia "iperprescrittori", quei medici, cioè, che hanno prescritto farmaci per una somma superiore alla media della Regione.

Ci vengono in mente episodi analoghi del passato, con denunce di un gran numero di medici, accusati di ogni nefandezza prescrittiva, concluse poi con la condanna di qualche singolo furbastro. La classica montagna che partorisce il topolino. Ma per gli altri, quelli innocenti e sottoposti alla gogna mediatica, come si potrà riparare il danno, economico e morale, inferto dallo stesso Stato che essi servivano?

L'aspetto più grave consiste nel fatto

che i dati di base delle denunce sono stati sottoposti ad una verifica esclusivamente statistica, anche se operata con strumenti perfezionati; poi, a seguito dei risultati di tale elaborazione, la valutazione di merito dei vari casi non è stata sottoposta alla decisione di organismi professionali ed aziendali, ma direttamente alla Corte dei Conti, che sull'appropriatezza delle prescrizioni mediche certamente non ha titolo né esperienza. Concordiamo, ovviamente, sul fatto che i disonesti vadano sanzionati. Non è possibile però tacciare di disonestà intere folle sulla base di generici elementi matematici o per asserite

"inappropriatezze" tutte da verificare.

La denuncia "all'ingrosso", quindi, appare francamente strumentale, tesa piut-

tosto ad intimidire i prescrittori.

Se questa intimidazione funzionerà, il livello dell'assistenza ai cittadini scenderà certamente, perché si vedranno negare, per timore, anche prescrizioni necessarie. Se si considera poi che l'eventuale diminuzione delle prescrizioni (così ottenuta) abbasserebbe ulteriormente la media di riferimento, si capisce come si tratti di un meccanismo perverso tendente a comprimere indefinitamente la spesa sanitaria, a tutto danno dei cittadini.

È necessaria una risposta "forte", che pur rinunciando alla difesa dei singoli disonesti, possa ridare dignità e tranquillità a chi opera in scienza e coscienza.

Daniele Zamperini

Mi fido di te...

La fiducia: secondo il dizionario italiano "Garzanti" la fiducia può essere intesa come un "sentimento di sicurezza che deriva dal confidare in qualcuno o in qualcosa". Avere fiducia in qualcuno implica la possibilità di prestargli soldi, affidargli un incarico, farlo partecipe di un segreto, ecc. ecc.

Chiaramente la fiducia dovrebbe scaturire da un ragionamento logico, oculato, sulla persona oggetto della fiducia stessa. Ma è sempre così?

Jennifer Dunn e Maurice Schweitzer, della Pennsylvania University, la pensano diversamente.

Attraverso colloqui individuali, i due ricercatori hanno evocato nei loro soggetti sperimentali sensazioni di odio, felicità, tristezza, colpa, rabbia, gratitudine e orgoglio.

Poi ai soggetti veniva sottoposto un questionario concernente 10 domande relative a comportamenti di fiducia.

Le domande erano del tipo "Lei presterebbe 100 dollari ad un collega appena conosciuto, ma di cui si dice un gran bene?", oppure "Gli confiderebbe i suoi malumori nei confronti del capoufficio?", "Se la sentirebbe di affidargli una lettera importante da spedire?".

Dunn e Schweitzer hanno notato che le risposte alle domande del questionario variavano a seconda dello stato d'animo precedentemente indotto dagli stessi ricercatori.

Più nello specifico, vi è un continuum che va dalla sensazione di allegria, che agevola al massimo i comportamenti di fiducia, fino alla rabbia e alla tristezza, che invece contrastano la fiducia. Grati-

tudine e senso di colpa sono meno positivi dell'allegria, mentre l'orgoglio riduceva i comportamenti di fiducia.

Dai risultati della ricerca, seppure ancora grossolani, si evince come la fiducia e i comportamenti ad essa associati non dipendano completamente da ragionamenti logici. Variabili pesantemente intervenienti sono le emozioni, e lo stato emotivo del momento.

Bisogna tenerne conto, quindi, nel momento in cui si devono prendere decisioni, ma anche nel momento in cui vogliamo conquistare la fiducia di qualcuno.

Guido Zamperini

Fonte: Psicologia Contemporanea, 194, pag. 56.

La vita in fumo a soli 40 anni...

Secondo una ricerca norvegese, la vita dei fumatori è a rischio già intorno ai 40 anni.

È il risultato del primo studio nel settore del fumo sia per grandezza del campione che per numero di donne considerate, in precedenza scarsamente considerate, e sulle quali si avevano, di conseguenza, pochissimi dati a disposizione. Il lavoro, è uscito sugli *Annals of Internal Medicine*, pubblicato sia nell'editoriale che come sommario divulgativo per i pazienti.

Lo studio, diretto da Hakon Gjessing, dell'università di Bergen in Norvegia, ha coinvolto 24.505 donne e 25.034 uomini tra i 40 e i 70 anni.

Lo studio è particolare per l'enorme campione, equidiviso fra i sessi, che è stato utilizzato.

Lo studio è stato organizzato longitudinalmente, con un tempo di osservazione di 25 anni, nel corso dei quali i parteci-

panti hanno riferito periodicamente le loro abitudini in fatto di fumo.

Durante il follow-up si sono registrati 2333 e 4680 decessi rispettivamente di donne e uomini di mezza età.

È stato stimato che il 41 per cento degli uomini di mezza età pesanti fumatori (intendendo per pesante fumatore chi fuma 20 o più sigarette al dì) è morto contro solo il 14 per cento dei coetanei non fumatori, il 26 per cento delle donne di mezza età pesanti fumatrici è morto contro solo il 9 per cento delle coetanee non fumatrici. Si è stimato che fumatori e fumatrici hanno perso in media 2,7 e 1,4 anni di vita rispettivamente.

È inoltre emerso un altro dato importante: più tardi si inizia a fumare minore è il rischio di morire per gli adulti di mezza età. Inoltre prima si smette di fumare più diminuisce il rischio di morire per

gli adulti di mezza età.

Lo studio mostra che vi è una forte interrelazione fra il fumo e l'aspettativa di vita, e che è anche forte correlato il periodo in cui si comincia e si finisce di fumare.

Guido Zamperini

Fonte:

Vollset SE et al. Smoking and deaths between 40 and 70 years of age in women and men. Measuring the health impact of smoking and health care providers' performance in addressing the problem. *Annals of Internal Medicine* March 21, 2006.

Editorial. Summary for the patients, the relationship between smoking behaviour and death in persons 40 to 70 years old. *Annals of Internal Medicine* March 21, 2006.

Tv Spazzatura? Forse si...

La televisione, ancora una volta, fa da padrona nelle ricerche sociopsicologiche. Uno studio di Eta Meta Research realizzato per il programma 'Strega e Madonna' in onda su Radio24 tutte le domeniche alle 14, punta il dito per l'ennesima volta sulla televisione italiana, e più precisamente sui contenuti sociali che essa veicola.

Talk show, reality, programmi di costume, che ormai coprono i palinsesti televisivi di qualsiasi ora in qualsiasi canale, sono ormai troppo rissosi e pieni di "crisi".

Si salvano in parte le pubblicità, in stile "mulino bianco", che ancora utilizzano un modello abusato, quanto rassicurante, di famiglia.

La distribuzione di "piccoli disastri" è inquietante: nelle reti nazionali ogni 23 minuti si vede una famiglia in crisi o distrutta, ogni 26 un litigio tra figli e genitori. Ogni 34 una rissa tra partner. Ipotizzando un paio di ore di normale televisione, abbiamo una media di 4 famiglie in crisi, 5 litigate generazionali e 4 risse fra partner. Una bella media...

I 130 intervistati (sono stati intervistati esperti, psicologi e pubblicitari) non hanno il minimo dubbio sulla negatività del prodotto trasmesso

"Che i modelli tradizionali di famiglia siano in crisi non è certo un segreto - sottolinea la psicologa Vera Slepj - ma il modello dei rapporti e dei valori legati ad essa che emerge dal piccolo schermo è assolutamente distorto. I mezzi di comunicazione hanno le loro regole, ma programmi come 'Cambio Moglie' o quelli dove protagonisti sono membri della stessa famiglia che si attaccano, spesso con toni di incredibile durezza, rappresentano un grande pericolo, distruggendo i ruoli e offrendo una visione negativa e ansiogena della famiglia che, e' bene ricordarlo, rappresenta il fondamento della nostra società e della stessa civiltà".

Ma, di preciso, cosa fanno le "telefamiglie"?

Litigano, al 54%, tradiscono al 47%, e non parlano (ma si insultano) per il 44%.

E come non commentare le contrapposizioni fra i vari membri della famiglia, che arrivano spesso all'isteria (39%)?

Ma chi è più a rischio? Chiaramente i bambini (39%) e gli adolescenti (32%).

Ma non solo loro... è molto probabile che il continuo passaggio di informazioni relative al fallimento del modello "famiglia" renda le stesse famiglie meno fiduciose in se stesse.

Del resto non è nuovo il problema degli impliciti nei format televisivi.

Da tempo vengono lanciati allarmi, solitamente disattesi, verso alcune problematiche che si sviluppano intorno ai modelli televisivi.

Per citarne due, potremmo ricordare l'allarme "wrestling" di qualche mese fa, dove il bambino recepisce il modello di lotta del wrestling come reale e come applicabile con i coetanei, e il problema molto più pervasivo relativo all'anoressia, che sebbene non causata solamente dalla televisione, viene comunque agevolata moltissimo dai modelli da essa proposti.

Anche con la crisi della famiglia siamo allo stesso punto: se è certo che non è la televisione a mandare in crisi la famiglia, è altrettanto certo che se il modello dominante che viene trasmesso è quello di una famiglia fallimentare, non ci si può poi lamentare se i membri della stessa non cerchino di farla funzionare.

Guido Zamperini

Fonte:

<http://www.opsonline.it/?m=show&id=5265>