

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 3 numero 4

Aprile 2007

Indice

Il certificato rende poco? Facciamolo pagare due volte!	Pag. 2
Due farmaci approvati per ADHD (deficit di attenzione e iperattività)	Pag. 2
Rosiglitazone: aumento rischio di frattura nelle donne	Pag. 3
Sono giustificati i bassi livelli di colesterolo LDL consigliati dalle linee guida?	Pag. 3
Diagnosi presuntiva veloce di mononucleosi	Pag. 3
Quali sono le droghe più pericolose?	Pag. 4
Oseltamivir: effetti collaterali neuropsichici importanti	Pag. 4
Terapia medica negli aneurismi dell'aorta addominale?	Pag. 4
La sindrome della bocca secca	Pag. 5
Dormire di più, ingrassare di meno	Pag. 5
Inibizione acidità gastrica: aumenta rischio di cancro?	Pag. 6
Eventi avversi da statine	Pag. 6
Attenzione: gli antiossidanti possono essere dannosi!	Pag. 7
Alterazioni comportamentali in bambini trattati con steroidi inalatori	Pag. 8
Errori e iniquità nella definizione degli iperprescrittori	Pag. 8
Le recenti disposizioni per i cani pericolosi	Pag. 9
I figli delinquenti non indicano automaticamente responsabilità genitoriale	Pag. 9
Giusto licenziamento per le critiche troppo aspre	Pag. 9
Carisma a scopo seduttivo: nessuna attenuante al prof	Pag. 10
Rapporti con 13enne "intraprendente": qualche attenuante, ma non troppe	Pag. 10
Cintura di sicurezza: ne risponde il conducente	Pag. 10
NOVITA' DALLA G.U. (di Marco Venuti)	Pag. 11
News prescrittive	Pag. 11
Cabergolina: effetti collaterali e novità prescrittive	Pag. 13
Abolita la nota 58 per la prescrizione dell'ossigeno	Pag. 13
Abolito il piano terapeutico per il topiramato	Pag. 13
In USA ritirata la pergolide per valvulopatia	Pag. 13
Concluso il balletto sugli Omega3?	Pag. 13

Mensile di informazione e varie attualità
Reg. Trib. Roma n. 397/2004, 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.)

Collaborano:

Marco Grassi

Clementino Stefanetti

Per riceverla gratuitamente:

d.zamperini@fastwebnet.it

Cell. 333/5961678

Archivio completo e versione commentata degli articoli (oltre 3000 articoli e varie risorse:

su <http://www.pillole.org/>

Contenuti selezionati:

<http://www.scienzaeprofessione.it>

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

Alcuni articoli sono presenti in forma più lunga e commentata su

www.pillole.org

Il nostro portale ha ormai superato i 4 milioni di scaricamenti

Il certificato rende poco? Facciamolo pagare due volte!

Sembra che qualcuno (un medico di famiglia di cui in questa sede non facciamo il nome), con incredibile colpo di genio, abbia risolto l'annoso problema dei certificati INAIL e della loro discussa adeguatezza economica.

Il sistema (geniale!) e', a quanto pare, in uso da tempo, ed e' stato esposto in una lista di discussione medica su Internet (c.d. "mailing-list"); prevede un meccanismo semplicissimo: il doppio pagamento.

Funziona così: il collega, richiesto di un certificato per malattia professionale o per infortunio sul lavoro, non accetta la preintesa recentemente firmata con l'Ente (27,5 Euro), e preferisce farsi pagare direttamente dall'assistito: tariffa 50 Euro tondi.

Poi si dà il caso che l'INAIL, applicando appunto la convenzione, invii eventualmente a sua volta il pagamento della certificazione. A questo punto, perché stare a lambiccarsi il cervello e crearsi problemi per la restituzione dell'assegno? Si incassa, e via!

Ecco che il certificato viene a rendere, al medico, ben 77,5 Euro. Una cifra non disprezzabile, anche se uscita per la maggior parte dalle tasche dell'infortunato.

Ma è corretto, questo modo di fare?

Il collega afferma di seguire questo sistema da tempo, senza aver avuto alcun

problema, e si dice intenzionato a continuare così. Non ne abbiamo dubbi sulla soddisfazione economica di questa tecnica.

A chi ha espresso dubbi sulla liceità di tale comportamento, è stato risposto di andare tranquilli, perché l'avvocato fiduciario del Sindacato (che certamente, si sottolinea sarcasticamente, ne sa più dei poveri medici) lo ha assicurato a tale proposito.

Dal punto di vista deontologico, invero, il collega non afferma di difenderne la correttezza, tuttavia questo aspetto non è stato considerato tale da indurre a modificare questi suoi comportamenti, sempre col conforto del legale sindacale. Già, perché questo è il problema! Siccome il collega riveste (o rivestirebbe, a suo dire) una carica che gli dà un ruolo di portavoce ufficiale di un "grande" Sindacato medico, le sue affermazioni non sono le semplici opinioni personali di uno qualsiasi, le sue azioni non sono semplici fatti privati, ma vengono a costituire un esempio e una guida di comportamento; le opinioni dell'avvocato sindacale poi, pur rimanendo opinioni, verrebbero ad essere ben più significative di un semplice parere privato!

Ci chiediamo quindi se l'opinione e il suggerimento del collega rappresentino veramente la linea ufficiale del suo sindacato (che in quest'ultimo periodo non

sembra dimostrare una grande concordanza di opinioni al suo interno) o se rappresenti solo la sparata personale di uno che vuole attribuirsi un'importanza che non ha, millantando una rappresentatività e un'autorevolezza non molto fondate.

E ci chiediamo se questo comportamento verso gli assistiti INAIL sia effettivamente lecito e corretto: se così fosse, avremmo trovato un ottimo sistema (eventualmente esportabile ad altre situazioni) per arrotondare i nostri introiti. Non è possibile entrare nei dettagli del personaggio, in quanto invoca l'anonimato e il diritto di privacy (stranamente, se parla, come dice, a livello ufficiale davanti a un migliaio di medici); chi fosse interessato ai particolari, sia privato o rappresentante di qualche Autorità, può rivolgersi magari (seppure con poche speranze, in quanto particolarmente imprevedibili nelle proprie decisioni) ai Responsabili della mailing-list "MIR- Medicina-in-rete" reperibili all'indirizzo <http://mir.zadig.it/MIR-regolamento.html>

Noi, da parte nostra, preferiamo non seguire i consigli del collega: ci sentiremo un po' più poveri, ma con la coscienza pulita.

DZ

Approvati due farmaci per la sindrome ADHD (deficit di attenzione e iperattività)

L'AIFA ha approvato l'atomoxetina (Strattera) e il Metilfenidato cloridrato (Ritalin) indicate nel trattamento della sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) in integrazione al supporto psico-comportamentale.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco, ha approvato 3 nuove entità chimiche comprendenti due molecole, l'atomoxetina (Strattera) e il Metilfenidato cloridrato (Ritalin) indicate nel trattamento della sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) in integrazione al supporto psico-comportamentale.

In particolare, Strattera è stato registrato contemporaneamente in tutti i Paesi della Comunità Europea con procedura di mutuo riconoscimento che non consente alcuna discrezionalità

autorizzativa né parte dell'AIFA né di qualsiasi altro Paese Membro.

Al fine di garantire un uso appropriato, sicuro e controllato del Ritalin e dello Strattera e l'impiego esclusivo nei pazienti affetti da ADHD sono state individuate procedure che vincolano la prescrizione del farmaco ad una diagnosi differenziale e ad un Piano terapeutico (1) definiti da Centri di riferimento di neuropsichiatria infantile appositamente individuati dalle Regioni; impongono controlli periodici per la verifica dell'efficacia e della tollerabilità del farmaco; richiedono l'inserimento dei dati presenti nei Piani terapeutici in un Registro nazionale appositamente istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, con garanzia di anonimato, al fine di consentire il monitoraggio e il follow up della terapia farmacologica.

In questo modo è stata garantita la disponibilità del farmaco soltanto ai casi di reale necessità evitando gli usi impropri verificatisi in altri Paesi.

In ogni caso l'Agenzia Italiana del Farmaco elaborerà un Rapporto annuale, sulla base dei dati del monitoraggio e del Registro, finalizzato alla valutazione complessiva del problema e delle eventuali altre misure da adottare.

Fonte: AIFA

Referenze

- 1) http://www.agenziafarmaco.it/aifa/servlet/wscs_render_attachment_by_id/111.96010.1173360806139.pdf?id=111.96016.1173360807178

Rosigitazione associato ad aumento del rischio di frattura nelle donne

Nuove informazioni di sicurezza inerenti l'aumentata incidenza di fratture nelle pazienti di sesso femminile in seguito a trattamento a lungo termine con rosigitazione maleato.

In seguito ad una revisione dei dati di sicurezza provenienti dallo studio clinico ADOPT (A Diabetes Outcome and Progression Trial) e riguardanti le specialità

medicinali contenenti rosigitazione è emerso che le pazienti di sesso femminile trattate con tale principio attivo sono andate incontro ad un aumento significativo di fratture del piede, della mano e del braccio, rispetto alle pazienti trattate con metformina e glibenclamide. Il meccanismo relativo all'aumento di fratture è incerto. Il rischio di fratture deve essere tenuto sotto controllo nella gestione di

pazienti, specialmente di sesso femminile, che sono attualmente trattati o in quelli per i quali si sta valutando l'inizio di un trattamento con rosigitazione.

Recentemente la FDA ha evidenziato un'associazione con il rischio fratturativo anche per il pioglitazone <http://www.fda.gov/medwatch/safety/2007/safety07.htm#actos>.

Fonte: Aifa - 13/03/2007

Sono giustificati i bassi livelli di colesterolo LDL consigliati dalle linee guida?

Rimane ancora controverso se sia utile raggiungere le soglie di colesterolo LDL consigliate dalle linee guida per i pazienti a rischio cardiovascolare molto elevato.

E' noto che le linee guida consigliano di arrivare a valori target di colesterolo LDL sempre più bassi: nelle ultime versioni per i pazienti considerati a rischio cardiovascolare molto elevato si consiglia di arrivare ad un LDL inferiore a 70 mg/dL. Ma queste raccomandazioni sono basate su solidi studi clinici? Per stabilirlo alcuni ricercatori hanno passato al pettine fitto tutti i principali studi (RCT, studi di coorte e studi caso-controllo) citati dalle varie linee guida. Lo scopo era quello di determinare se i valori consigliati dalle linee guida tro-

vassero riscontro negli studi della letteratura.

Per quanto riguarda i pazienti con colesterolo LDL inferiore a 130 mg/dL non è stato possibile trovare analisi per sottogruppi nei trials clinici o analisi valide di studi di coorte o caso-controllo che dimostrassero che la misura alla quale il colesterolo LDL risponde ad una statina predica in modo indipendente la riduzione del rischio cardiovascolare. Quasi tutti gli studi usavano dosi fisse di statina.

Gli autori citano uno studio con dosi elevate o normali di simvastatina: gli eventi non erano meno frequenti nel gruppo che ricevette dosi elevate di statina, nonostante venissero raggiunti livelli più bassi di colesterolo LDL.

Un limite degli studi osservazionali, in

cui livelli più bassi di colesterolo LDL si associavano ad una riduzione degli eventi, è di non essere randomizzati e inoltre spesso non venivano neppure presi in considerazione i fattori confondenti.

Gli autori della revisione concordano che le statine vanno usate nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare (anche indipendentemente dal valore basale di colesterolo LDL) ma sottolineano il fatto che le attuali evidenze non giustificano una titolazione delle dosi per arrivare ai target consigliati dalle linee guida, oltre a non sapere se arrivare a tali livelli sia sicuro.

Fonte:

Annals of Internal Medicine 2006 Oct 3; 145:520-30

Diagnosi presuntiva veloce di mononucleosi

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

Esaminando i dati di 100 pazienti con tonsillite batterica e di 120 pazienti con tonsillite da mononucleosi alcuni ricercatori hanno proposto un metodo rapido per differenziare le due condizioni. Il metodo consiste nel calcolare il rapporto tra linfociti e numero totale dei globuli bianchi. Infatti questo rapporto era in media di 0,1 nel gruppo tonsillite batterica e di 0,54 nel gruppo mononucleosi. Gli autori consigliano un cut-off di 0,35. Per valori inferiori non vale la pena di chiedere un mono-test, mentre per valori superiori si ha una sensibilità per dia-

gnosi di mononucleosi del 90% e una specificità del 100%.

Fonte:

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

Commento di Renato Rossi

La diagnosi di tonsillite da mononucleosi può essere sospettata quando, insieme al quadro faringeo, si evidenziano una adenopatia non solo cervicale ma anche in altre sedi, splenoepatomegalia e formazioni petecchiali sul palato. Il sospetto è importante in quanto la somministrazione di una penicillina in caso si trattasse di mononucleosi esporrebbe il paziente al rischio di comparsa di rash cutaneo (il rischio è molto mi-

nore se si usa un macrolide). Il metodo proposto dagli autori dello studio recensito in questa pillola è interessante perché l'emocromo è un esame facilmente ottenibile in poco tempo.

Una specificità del 100% significa che nessun soggetto affetto da tonsillite batterica avrà un rapporto linfociti/globuli bianchi superiore a 0,35, mentre al contrario trovare un rapporto inferiore non permette di escludere con sicurezza una mononucleosi in quanto vi è un 10% di falsi negativi (in altre parole su 100 mononucleosi 10 hanno un rapporto inferiore a 0,35).

Bisognerà però vedere se studi ulteriori confermeranno questi numeri.

Quali sono le droghe più pericolose?

Uno studio pubblicato dal Lancet offre una classificazione delle varie droghe basata sulla loro capacità di provocare danni fisici, dipendenza e danni sociali.

Uno studio provocativo pubblicato dal Lancet ha cercato di rispondere alla domanda se sia possibile classificare in modo obiettivo la pericolosità delle droghe. I ricercatori sono partiti dalla classificazione attualmente esistente nel Regno Unito che divide le droghe in tre categorie: A, B e C, essendo quelle di categoria A le più pericolose e quelle di categoria C le meno dannose. A parere degli autori questa classificazione non è evidence based. I danni che le droghe possono

causare sono di tre tipi: danni fisici, danni dovuti alla dipendenza e danni causati alla società. Gli autori hanno chiesto ad un panel di esperti di classificare le varie droghe sulla base di questi tre tipi di danno. Tra i membri che hanno partecipato allo studio vi sono anche esperti che fanno parte del comitato governativo sulle droghe.

La classifica che ne è uscita riporta al primo posto come pericolosità l'eroina, al secondo la cocaina e al terzo i barbiturici. Seguono al quarto posto il metadone, al quinto posto l'alcol, al sesto la chetamina, al settimo le benzodiazepine, all'ottavo le anfetamine, al nono il tabacco e al decimo la cannabis. Al dodicesimo posto si classifica l'LSD e al sedicesimo

l'ecstasy. Gli autori, in una tabella allegata allo studio, fanno notare che alcol e tabacco attualmente non sono classificati in nessuna delle tre categorie ufficiali di droga mentre rendono conto per circa il 90% dei decessi causati ogni anno da abuso di sostanze. Gli studiosi, nelle loro conclusioni, auspicano che le autorità regolatorie tengano conto di queste nuove evidenze nella classificazione della pericolosità delle droghe.

Fonte:

Nutt D et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse.

Lancet 2007 Mar 24; 369:1047-1053

Commento di Renato Rossi su www.pillole.org

Effetti collaterali neuropsichici importanti dell' Oseltamivir

Sono state segnalate allucinazioni e alterazioni del comportamento, compreso autolesionismo, in pazienti che hanno assunto il farmaco antivirale oseltamivir, ma non è stata stabilita una relazione causale con l'assunzione del farmaco.

Il Ministero della Salute canadese ha informato i cittadini delle segnalazioni internazionali di allucinazioni e alterazioni del comportamento, compreso autolesionismo, in pazienti che hanno assunto il farmaco antivirale oseltamivir. Questi report riguardano bambini e adolescenti, soprattutto in Giappone. In questi casi non è stata tuttavia dimostrata la correlazione con il farmaco, la febbre elevata ed altre complicazioni dell'influenza possono infatti alterare lo stato mentale, il che può portare a disturbi del comportamento.

Il Ministero della Salute canadese non ha ricevuto segnalazioni di questo tipo e sta continuando a monitorare attivamente gli

eventi avversi associati ad oseltamivir.

Fino all'11 novembre 2006, ci sono state 84 segnalazioni di eventi avversi verificatisi in pazienti canadesi che hanno assunto oseltamivir tra cui 10 ad esito fatale. In questi casi non è stata confermata una relazione causale.

Ci sono state 7 segnalazioni canadesi di eventi avversi psichiatrici associati ad oseltamivir e la maggior parte riguardavano pazienti anziani. In Canada non ci sono state segnalazioni di alterazioni del comportamento o morte in bambini. Il Ministero della Salute canadese ha chiesto alla Hoffmann-La Roche Limited, ditta che produce l'oseltamivir, di aggiornare il foglietto illustrativo del prodotto includendo questa nuova informazione.

Fonte: www.farmacovigilanza.org

Nuove informazioni di sicurezza relative problemi neuropsichiatrici nei bambini e adolescenti associati alla somministra-

zione di oseltamivir.

Comunicato stampa dell'EMA su nuove informazioni di sicurezza relative problemi neuropsichiatrici nei bambini e adolescenti associati alla somministrazione di oseltamivir.

L'Oseltamivir è un farmaco antivirale capace di inibire la moltiplicazione e la virulenza dei virus influenzali A e B, ed è indicato per la prevenzione e il trattamento dei sintomi dell'influenza negli adulti e nei bambini.

Durante la riunione del CHMP dell'EMA del 17/02/07 sono state inserite nuove avvertenze nella scheda tecnica in merito a reazioni avverse di carattere neuropsichico quali: stato soporoso, allucinazioni, delirio che devono indurre ad uno stretto monitoraggio, specie nei bambini e negli adolescenti.

Fonte: EMA

<http://www.emea.eu.int/pdfs/general/direct/pr/13456607en.pdf>

Possibile la terapia medica degli aneurismi dell'aorta addominale?

Gli aceinibitori potrebbero ridurre il rischio di rottura degli aneurismi dell'aorta addominale, effetto non riscontrato per gli altri antipertensivi.

Gli aneurismi dell'aorta addominale sono una patologia tipica degli anziani. In genere si considera il diametro di circa 5,5 cm la soglia decisionale per l'intervento chirurgico perchè oltre tale limite il rischio di rottura diviene molto elevato. Ma esistono farmaci in grado di pre-

venire o ritardare l'ingrandimento e la rottura degli aneurismi? Teoricamente i farmaci che agiscono riducendo la pressione arteriosa potrebbero essere utile a questo scopo. Uno studio caso-controllo su oltre 15.000 pazienti (età > 65 anni) ricoverati per aneurisma (in fase di rottura o non) ha cercato di far luce sulla questione. Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori confondenti gli autori hanno trovato che l'uso degli aceinibitori era associato ad una riduzione del ri-

schio di rottura del 18% (IC95% dal 10% al 26%). Al contrario questo effetto protettivo non era evidente per altri farmaci antipertensivi compresi tiazidici, alfa e beta - bloccanti, calcioantagonisti e sartani.

Ovviamente trattandosi di uno studio osservazionale questi risultati vanno interpretati con cautela. Si può ipotizzare che gli aceinibitori riducano il rischio di rottura di un aneurisma indipendentemente dall'effetto ipotensivo? Se fosse

così si potrebbe spiegare perchè gli stessi risultati non sono stati osservati con gli altri antipertensivi.

Una risposta dovrebbe venire da studi di tipo randomizzato e controllato progettati ad hoc.

Renato Rossi
Bibliografia Lancet 2006 Aug 19;
368:659-665

La sindrome della bocca secca

La xerostomia può essere dovuta a cause molteplici fra cui l'uso di vari farmaci e le sindromi ostruttive nasali. Una breve panoramica dall'etiologia alla terapia.

La sindrome della bocca secca (detta anche xerostomia) è caratterizzata da secchezza della mucosa orale e può provocare difficoltà alla deglutizione, perdita del senso del gusto, masticazione prolungata e difficoltà ad articolare le parole.

La prevalenza della sindrome non è nota. Secondo una revisione essa varia dallo 0,9% al 64,8% a seconda degli studi, che però, nella gran parte dei casi, sono stati eseguiti in Scandinavia e in popolazioni al di sopra dei 50 anni.

Le cause possono essere molteplici. Lo schema che segue mostra un possibile approccio diagnostico e terapeutico.

-Il paziente assume farmaci?

Vi sono numerose sostanze che possono provocare secchezza delle fauci: anticolinergici (ipratropio e tiotropio), antiparkinson, antipsicotici, atropina, antispastici (joscina, diclofenac), ossitropio e tolterodina, antistaminici, antidepressivi triciclici, oppiacei, diuretici, bupropione.

-Il paziente ha una sindrome ostruttiva nasale?

La bocca secca può essere la conseguenza di una sindrome ostruttiva nasale (riniti allergiche, poliposi nasale, marcata deviazione del setto, ecc.) che costringe il paziente a respirare con la bocca (soprattutto di notte) provocando secchezza delle labbra, della bocca e della gola.

-Il paziente è in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine?

Nei pazienti in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine l'inalazione di ossigeno non adeguatamente umidificato può

provocare xerostomia.

-Il paziente ha subito un trattamento radiante?

La xerostomia può essere la conseguenza di un trattamento radiante effettuato a livello del capo e/o del collo per una neoplasia.

-Il paziente è affetto da una sindrome ansiosa?

Le sindromi ansiose possono produrre un'iperattività autonoma e quindi causare indirettamente una sindrome della bocca secca.

-Cause rare da non dimenticare

Sarcoidosi, emocromatosi, sindrome di Sjogren.

Eseguire un esame obiettivo della bocca, del collo e delle guance

L'esame obiettivo deve focalizzarsi in prima istanza sulla bocca per escludere la presenza di una infezione da candida o una gengivite che in sé non sono responsabili della xerostomia ma la possono aggravare, e per valutare grossolanamente la quantità di saliva prodotta (per esempio si può invitare il paziente a sputare in un bicchiere di plastica). Inoltre è opportuno procedere alla palpazione del collo e delle guance per escludere la presenza di una massa che può bloccare l'escrezione della saliva da parte delle ghiandole salivari.

Quale terapia?

La terapia si basa, se possibile, sul trattamento della causa sottostante o sulla sua abolizione (per esempio sospensione di un farmaco incriminato, se possibile, e sua sostituzione con un medicinale alternativo).

Convieni consigliare di eliminare il caffè in quanto potenzialmente in grado di aggravare il sintomo così come il succo di limone.

Una eventuale infezione da candida va

trattata con terapia locale a base di antimicotici in sospensione.

Se la causa è una sindrome ostruttiva nasale si possono prescrivere per brevi periodi decongestionanti nasali topici, evitando gli antistaminici che aggravano la sensazione di secchezza. Nelle riniti allergiche possono essere utili gli steroidi per via nasale. Se l'ostruzione nasale è dovuta ad una causa anatomica è consigliabile l'invio ad uno specialista otorinolaringoiatra per l'eventuale correzione. L'ansia può richiedere un trattamento farmacologico e/o una terapia di supporto psicologico.

Di qualche utilità possono rivelarsi i trattamenti sintomatici, per esempio succhiare caramelle al gusto di pino o simili, spremute fredde d'arancia o succhi di frutta freddi, gomme da masticare (preferibilmente senza zucchero).

La saliva artificiale sotto forma di spray può essere utile, soprattutto prima dei pasti.

La pilocarpina in compresse da 5 mg produce una stimolazione della produzione di saliva e può essere prescritta dopo radioterapia o per trattare la xerostomia nella sindrome di Sjogren, ma non è esente da effetti collaterali (diarrea, dolori addominali, nausea, sudorazioni, offuscamenti visivi, ecc.) ed è controindicata in caso di sindromi ostruttive respiratorie, gravi cardiopatie, glaucoma, ecc. La prescrizione a carico del SSN è soggetta a limitazioni (classe H - OSP 2).

Renato Rossi

Bibliografia

1. J Am Dent Assoc 2003;134:61-9.
2. Gen Dent. 2006 Mar-Apr;54:99-101
3. J Oral Rehabil. 2005 Jun;32:392-6
4. Cancer. 2006 Dec 1;107:2525-34
5. J Public Health Dent. 2006 Spring;66:152-8.

Dormire di più, ingrassare di meno

Secondo lo "Studio delle infermiere" dormire poco la notte aumenta il rischio di obesità nelle donne.

Nello "studio delle infermiere" (NHS = Nurses' Health Study) erano state arruolate nel 1986 circa 60.000 donne sane, non obese, di età compresa tra 39 e 65 anni.

Dopo un follow-up medio di 12 anni si riscontrò che le donne che riferivano di dormire 5 ore a notte erano aumentate in media di 2,47 kg in più rispetto a quelle che riferivano di dormire mediamente 7 ore per notte. Durante la durata dello studio 9.509 donne divennero obese e il rischio di obesità aumentava in quelle che dormivano meno di 7 ore per notte.

Questi risultati si mantenevano dopo aggiustamento per vari fattori di confondimento come la dieta, l'attività fisica, l'età, il fumo, l'uso di alcol o caffeina, assunzione di farmaci che potevano influire sul sonno o sul peso, lo stato menopausale, ecc.

Fonte: Am J Epidemiol 2006 Nov 15; 164:947-54.

Commento di Renato Rossi
Perché chi dorme poco tende ad ingrassare? Forse chi dorme poco ha anche altri problemi di salute (per esempio depressione) che di per sé potrebbero spiegare l'aumento del peso. Forse chi dorme poco non ha una performance fisica tale da permettergli di praticare adeguata attività sportiva, per quanto gli autori abbiano cercato di annullare l'effetto di

questi fattori di confondimento. Infine potrebbe essere che chi dorme poco ha una qualche alterazione delle funzioni neurobiologiche o dei neurotrasmettitori che predispone all'aumento di peso. Vi è da considerare però che il dato sulla quantità di ore di sonno era autoriferito ed è stato dimostrato da studi eseguiti nei "laboratori del sonno" che spesso i soggetti che riferiscono di soffrire di inson-

nia o di dormire poco hanno una percezione alterata del tempo effettivamente trascorso dormendo.

I risultati dello studio vanno quindi interpretati con una certa prudenza. Infine non sappiamo se queste osservazioni possano essere trasferite anche nell'uomo.

La soppressione prolungata dell'acidità gastrica aumenta il rischio di cancro?

Maggior frequenza di cancro nei soggetti con prolungata inibizione della secrezione acida, ma il rischio è legato alla sottostante patologia

Questo studio caso-controllo si proponeva di valutare se una prolungata inibizione della secrezione acida gastrica sia associata ad un aumento del rischio di cancro gastrico od esofageo.

A questo scopo sono stati analizzati i dati di pazienti (età 40-84 anni) registrati in un database di general practitioners inglesi durante il periodo 1994-2001. Il follow-up ha riguardato oltre 4.300.000 soggetti: sono stati registrati 287 casi di adenocarcinoma esofageo, 195 di adeno-

carcinoma cardiaco e 327 di adenocarcinoma gastrico non cardiaco, confrontati con un campione di 10.000 soggetti scelti a caso dal database. Quando vi era una indicazione "esofagea" alla terapia soppressiva gastrica (reflusso G-E, esofagite, esofago di Barrett o ernia jatale) il rischio di adenocarcinoma esofageo aumentava di circa 5 volte, mentre non vi era alcun aumento del rischio quando la terapia gastrica veniva prescritta per indicazioni diverse (ulcera peptica, sintomi gastroduodenali). Quando la terapia soppressiva veniva prescritta per l'ulcera peptica vi era un aumento del rischio di circa 4 volte di adenocarcinoma gastrico non cardiaco negli utilizzato-

ri long-term mentre non vi era alcun aumento del rischio se la terapia veniva prescritta per altre indicazioni come patologie esofagee o sintomi gastroduodenali.

Gli autori concludono che se è vero che la terapia soppressiva gastrica è un marker di aumentato rischio di adenocarcinoma gastrico od esofageo questo è dovuto, molto più probabilmente, alla sottostante patologia piuttosto che ad un effetto collaterale dei farmaci antisecretivi.

Fonte:

Gut 2006 Nov;55:1538-1544

Eventi avversi da statine

Una disamina dei vari eventi avversi in relazione alla terapia con statine.

Una revisione sistematica di studi di coorte, RCT e notificazioni volontarie ha mostrato che l'incidenza di casi di rabdomiolisi, esclusa la cerivastatina che è stata tolta dal commercio, era di 3,4 casi per 100.000 persone anno. I casi fatali erano il 10% e l'incidenza era 10 volte superiore quando la statina era associata a gemfibrozil. L'incidenza era più alta (4,2 per 100.000 persone anno con lovastatina, simvastatina e atorvastatina (che sono ossidate dal citocromo P450 – CYP3A4 ed è inibito da numerosi farmaci) rispetto a pravastatina e fluvastatina (che non sono ossidate dal citocromo P450). Il 60% dei casi in corso di terapia con simvastatina, lovastatina o atorvastatina era dovuto a concomitante uso di farmaci che inibiscono il citocromo P450 (eritromicina e antifungini azolici) e il 19% fibrati, specialmente gemfibrozil. L'incidenza di miopatia era di 11 per 100.000 persone anno.

La epatotossicità da statine era minore rispetto al placebo nei RCT e la notifica di insufficienza epatica era di 1 su 1.000.000 persone anno.

RCT non mostrano un eccesso di malattie renali, proteinuria o diminuzione del filtrato glomerulare. Le evidenze da 4 studi di coorte e case reports suggeriscono che le statine causano neuropatia periferica, ma il rischio è piccolo (12 per 100.000 persone anno).

La funzione cognitiva non sembra essere intaccata. (6)

Sul Cancro le statine hanno un effetto neutro. (16)

Miopatia da statine. Come comportarsi?

Il primo problema da affrontare è la corretta definizione di miopatia. Non esiste, infatti, una definizione precisa del termine di miopatia e mialgia in corso di terapia con statine.

Per venire incontro a questo problema un gruppo di esperti del National Lipid Association Statin Safety Task Force (5), recentemente, ha cercato di mettere ordine alla definizione del problema cercando di chiarire i punti più contro-

versi.

Miopatia è da intendersi come termine generico di problema muscolare.

Miopatia Sintomatica. Si intende una mialgia (dolore muscolare), debolezza muscolare e crampi.

Miopatia Asintomatica. Si intende una elevazione del CPK senza sintomi muscolari.

Rabdomiolisi. Presenza di danno muscolare con distruzione cellulare o liberazione di enzimi muscolari con aumento della creatinina (in genere mioglobiuria e urine scure). Il gruppo di esperti definisce il termine Rabdomiolisi in base al grado di aumento del CPK:

- **Lieve: aumento del CPK, ma inferiore alle 10 volte il valore normale**

- **Moderato: aumento del CPK superiore alle 10 volte, ma inferiore a 50 volte.**

- **Marcato: aumento del CPK > di 50 volte il valore normale.**

Questi valori, fa notare il gruppo di esperti, non necessariamente sono indice di problemi seri essendo riscontrato anche durante esercizio fisico.

Quali sono le evidenze che emergono

dagli studi?

Gli effetti muscolari sono associati all'aumentare della dose delle statine (1A), all'aumento dei livelli ematici (1A), ma non al grado di riduzione delle LDL (1A) e al metabolismo del Citocromo (2B)

Esistono, poi, tutta una serie di problematiche che il gruppo di esperti ha cercato di chiarire ma con livelli di evidenza inferiori e riguardano:

- Gli effetti sul muscolo sono un effetto di classe. Casi di miopatia sono stati riportati, raramente, anche per altri farmaci ipolipemizzanti, niacina, fibrati e ezetimibe. Questo fa pensare che la tossicità muscolare sia legata all'abbassamento dei lipidi nel muscolo. Anche la idrofilia delle statine non è da considerarsi una caratteristica di sicurezza. Questo è vero a livello teorico, ma casi di rabdomiolisi sono stati documentati anche per le due statine idrofile, pravastatina e rosuvastatina.

- Il rischio di miopatia è aumentato nelle seguenti condizioni: età > di 70 anni, IRC con clearance della Creatinina < a 30 ml/dl, terapia concomitante con farmaci inibitori del citocromo CYP3A4, proteinuria diabetica, livello basale del CPK 2-5 volte superiore al normale, le malattie acute o interventi chirurgici, esercizi muscolari vigorosi.

- L'associazione di farmaci quali, Gemfibrozil, Fibrati e Niacina aumentano il rischio di miopatia, mentre l'associazione con Omega-3, Fitosteroli, Colestiramina e Ezetimibe sembrano sicure. Il gruppo di esperti sottolinea che per quest'ultimo punto mancano dati provenienti da RCT e queste raccomandazioni provengono dalle segnalazioni postmarketing dell'Adverse Event Reporting System (AERS).

Raccomandazioni sulla gestione del paziente in terapia con Statine

Non è necessario il controllo generaliz-

zato del livello basale del CPK per sapere se l'aumento è dovuto alla statina o altre cause perché la stessa informazione può essere ottenuta con la sospensione della statina. L'aumento del CPK da statine è raro e non esiste evidenza che il monitoraggio con CPK sia efficace. Il controllo del CPK è raccomandato nei pazienti sintomatici per verificare la sua severità e decidere se continuare o sospendere la statina.

La determinazione del livello basale di CPK è fortemente raccomandato ai pazienti ad aumentato rischio come quelli con insufficienza epatica e renale e quei pazienti in terapia con farmaci che alterano il metabolismo delle statine.

La mialgia da statine insorge in qualsiasi momento, anche dopo anni, è normalmente simmetrica e interessa i grossi muscoli prossimali e si risolve entro 2 mesi dalla sospensione della statina.

In tutti i pazienti sintomatici si raccomanda il controllo della funzionalità tiroidea in quanto un ipotiroidismo può diminuire il catabolismo della statina e la ricerca di fattori, come concomitante uso di farmaci o alimenti come il succo di pompelmo, che possono rallentare il catabolismo della statina.

In assenza di fattori scatenanti e se il paziente è intollerante al dolore muscolare, il gruppo di esperti raccomanda di sospendere la statina, nonostante il livello ematico del CPK, fino alla scomparsa dei sintomi. Una volta che il paziente è asintomatico occorre reintrodurre la statina o altra statina a dose dimezzata per saggiare la riproducibilità dei sintomi. La ricomparsa dei sintomi dopo reintroduzione della stessa statina o altre richiede l'uso di altri agenti ipolipemizzanti.

Se il paziente tollera il disturbo muscolare e se il CPK è < di 10 volte il valore normale, la statina può essere mantenuta alla stessa dose o con dose inferiore e i sintomi possono essere la guida per sospendere o continuare la statina.

Se il paziente sintomatico tollera il disturbo, ma ha il CPK elevato da moderato a severo o rabdomiolisi con urine scure e aumento della creatinina la statina va sospesa.

Prevenzione del rischio di miopatia

Il gruppo di esperti non raccomanda l'uso preventivo del coenzima Q10.

Per la mancanza di studi comparativi tra statine non esistono evidenze che le statine idrofile siano meno tossiche sul muscolo rispetto alle altre.

Clementino Stefanetti

Bibliografia

- 1) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):89C-94C. Epub 2006 Feb 28.
- 2) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):86C-88C. Epub 2006 Feb 3.
- 3) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):82C-85C. Epub 2006 Feb 9.
- 4) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):77C-81C. Epub 2006 Feb 3.
- 5) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):69C-76C. Epub 2006 Feb 9.
- 6) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):52C-60C. Epub 2006 Feb 3.
- 7) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):44C-51C. Epub 2006 Feb 2.
- 8) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):32C-43C. Epub 2006 Feb 3.
- 9) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):3C-5C. Epub 2006 Jan 25.
- 10) Am J Cardiol. 2006 Apr 17;97(8A):27C-31C. Epub 2006 Jan 25.
- 11) Am J Cardiol. 2006 Mar 1;97(5):748-55. Epub 2006 Jan 11.
- 12) Am J Cardiol. 2006 Jan 15;97(2):223-8. Epub 2005 Nov 21.
- 13) Am J Cardiol. 2006 Jan 1;97(1):61-7. Epub 2005 Nov 15.
- 14) Am J Cardiol. 2005 Sep 5;96(5A):69F-75F.
- 15) Am J Cardiol. 2005 Aug 22;96(4A):60E-66E.
- 16) JAMA. 2006 Jan 4;295(1):74-80.
- 17) Journal of the American College of Cardiology Vol. 40, No. 3, 567-72, 2002
- 18) N Engl J Med. 2002;346:539-540

Attenzione agli alti antiossidanti: possono essere dannosi!

Alcuni supplementi antiossidanti possono aumentare la mortalità mentre l'effetto di selenio e vitamina C richiede ulteriori studi.

Questa revisione sistematica voleva esaminare gli effetti dei supplementi di antiossidanti sulla mortalità negli RCT di prevenzione sia primaria che secondaria. Sono stati inclusi nell'analisi 68 RCT con

232.606 partecipanti. Gli studi dovevano confrontare betacarotene, vitamina A, vitamina C, vitamina E e selenio (da soli o in combinazione) con placebo o non trattamento. L'end-point considerato è stato la mortalità totale e l'analisi è stata effettuata con la tecnica detta "random-effects".

Quando si considerano insieme tutti gli RCT, sia quelli di qualità sia quelli con

più elevato rischio di bias, non si nota nessun effetto sulla mortalità. Tuttavia i trials con basso rischio di bias e quelli con selenio erano associati a dati statisticamente significativi.

In 47 RCT con basso rischio di bias (per oltre 180.000 partecipanti) i supplementi di antiossidanti aumentavano in modo significativo la mortalità. Sempre negli RCT a basso rischio di bias dopo aver

escluso quelli con selenio, il betacarotene, la vitamina A e la vitamina E, da soli o in combinazione, aumentavano il rischio di morte. Vitamina C e selenio non

avevano un effetto significativo sulla mortalità.

Gli autori concludono che betacarotene, vitamina A e vitamina E possono aumen-

tare la mortalità totale mentre il ruolo potenziale di vitamina C e selenio necessita di ulteriori studi.

Fonte: JAMA 2007 Feb 28;297:842-857.

Segnalate alterazioni comportamentali in bambini trattati con steroidi inalatori

In base alle segnalazioni di farmacovigilanza olandesi gli steroidi inalatori possono associarsi nei bambini ad alterazioni comportamentali di iperattività ed agitazione.

Ricercatori olandesi hanno preso in esame le sospette reazioni avverse segnalate in Olanda con l'uso di corticosteroidi inalatori in pazienti pediatrici al fine di valutarne frequenza e gravità.

Sono state analizzate le reazioni avverse riguardanti i corticosteroidi per via inalatoria pervenute al centro di Lareb nell'arco di un trimestre e ne è stato stimato il nesso di causalità utilizzando l'odds ratio tra la frequenza della reazione considerata attribuibile ai corticosteroidi per via

inalatoria e la frequenza assoluta della stessa reazione nel registro di farmacovigilanza.

Delle 2.499 segnalazioni di reazioni avverse che riguardavano pazienti con meno di 17 anni, 89 vertevano sull'uso dei corticosteroidi per via inalatoria su pazienti la cui età media era di 6 anni. I farmaci sospettati erano fluticasone in 46 pazienti (52%), budesonide in 21 (24%) e beclometasone in 22 (24%). La maggior parte delle segnalazioni riguardava sintomi psichiatrici (19 casi, 21%) quali agitazione e iperattività (10 casi), aggressività (7) ed ansia (2), con odds ratio statisticamente significativo di 3,8 ed una maggiore incidenza nei bambini più piccoli. In 6 pazienti (7%) sono stati segna-

lati ritardo di crescita (odds ratio: 47,8) e in altri 4 (4%) alopecia (odds ratio: 4,2). Sono pervenute anche 7 segnalazioni di alterazioni dentali quali decolorazione e carie (8%, debole significatività e possibile interferenza con l'assunzione di altri farmaci), 6 di rash cutaneo e 3 di irsutismo e ipertricosi (dati entrambi non significativi). In un caso è stata segnalata un'insufficienza surrenalica. Non sono state descritte reazioni avverse fatali ed una sola (insufficienza surrenalica) ha messo in pericolo di vita il paziente.

Fonte: Eur J Clin Pharmacol 2006;62:343-6

Metodi errati ed iniqui per la definizione degli iperprescrittori

I metodi di analisi della spesa farmaceutica della medicina generale utilizzati fino ad ora non tengono conto della complessità clinica e sono errati ed iniqui ed è giunta l'ora di superare la stagione dei tetti di spesa.

Il lavoro (1) di Paolo Pergentili e Omar Paccagnella, della ASSL 10 Veneto orientale Carole (VE) e del dipartimento Scienze Economiche dell'Università di Padova, dimostra che gli approcci finora utilizzati nelle inchieste amministrative hanno fornito "risultati iniqui e fuorvianti", "sono metodologicamente errati e dimostratamente iniqui".

Solo approcci metodologici che tengano conto di appropriate e complesse analisi di risk adjustment possono avvicinare non solo la complessità e la gravità della casistica trattata da ciascun medico, ma anche tener conto del fatto che pure il miglior strumento di misura del casemix non riesce a spiegare più di una quota della variazione dovuta a condizioni inerenti al paziente.

Lo scopo del loro studio era quello di valutare l'equità degli addebiti che vengono mossi a singoli medici o gruppi di medici cosiddetti iperprescrittori.

Dalla loro complessa analisi risulta che "Il medico che era il maggior prescrittore spenditore in termini assoluti, era il secondo in spesa per assistito, il dodice-

simo in spesa aggiustata per età e sesso ed è diventato il quarantaquattresimo quando si è considerato il rapporto osservato/teorico" utilizzando il modello tobit".

Come riportato da un'ampia letteratura, "non è corretto emettere giudizi categorici sugli esiti o sui parametri di risultato di trattamenti sanitari senza un opportuno risk adjustment". Inoltre anche questo complesso approccio "non riesce a spiegare completamente la variabilità dovuta alle condizioni del paziente e alla loro gravità". Forse lo strumento più appropriato per rappresentare la complessità del casemix in Medicina Generale è probabilmente dato dal concetto di episodio di cura. Per misurare questo tipo di casemix sono disponibili strumenti già largamente impiegati negli USA, ma che in Italia trovano nelle estreme carenze del sistema informativo un ostacolo attualmente insormontabile. Gli unici che dispongono delle informazioni sulle prestazioni erogate e agganciate ad una o più diagnosi, appropriatamente codificate, che definiscono il problema per il quale detti trattamenti vengono erogati, sono proprio i MMG! In particolare quelli che lavorano con sistemi informativi professionali basati sulla logica problem oriented, con codifiche standard nazionali o internazionali, e

che routinariamente inseriscono i dati nel sistema informatico.

"Sono in pratica l'unica rilevazione che fornisce dati sanitari di popolazione". Il loro potenziale informativo in termini di valutazione sanitaria non è mai stato veramente esplorato, ma i risultati di questo lavoro sembrano dimostrare al contrario una loro promettente potenzialità.

Basta solo che i MMG lo vogliano o che gli Amministratori desiderino colmare il debito informativo verso le Aziende Sanitarie.

E' interesse di entrambi, infatti, sviluppare metodologie di analisi adatte a valutare in modo "appropriato" le prestazioni delle cure primarie, così centrali nel nostro sistema sanitario.

Luigi Milani

Fonte: 1) Stimare correttamente i costi dei farmaci in Medicina Generale, SIMG 6, 2006.

Vedi pure

1)

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2506>

2)

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2829>

3)

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2884>

Le recenti disposizioni per i cani pericolosi

E' in vigore l' ordinanza ministeriale che disciplina il possesso dei cani ritenuti pericolosi

E' ormai entrata in vigore dal 14/1/2007 l'Ordinanza del 12 dicembre 2006 del Ministero della Salute (G.U. n. 10 del 13.01.2007) "Tutela dell' incolumità pubblica dall'aggressione di cani."

Il provvedimento, la cui efficacia è stata limitata al termine di un anno, tra le altre cose stabilisce il divieto di addestramento all' aggressività, del taglio della coda e delle orecchie ai cani (e di qualsiasi intervento chirurgico finalizzato a scopi non curativi).

Per quanto riguarda l'obbligo d' uso di museruola o guinzaglio, la legge stabilisce:

- museruola e guinzaglio sono alternativi quando i cani circolano per le vie pubbliche;

- entrambe le protezioni vanno applicate per tutti i cani quando si trovano nei locali pubblici e sui mezzi pubblici di

trasporto.

- Vanno usati entrambi gli strumenti per i cani appartenenti alle razze "aggressive" indicate in calce allorché si trovino in qualsiasi luogo pubblico o aperto al pubblico.

- I proprietari di queste razze aggressive hanno obbligo di stipulare una apposita polizza di assicurazione per la responsabilità civile per danni contro terzi.

Fanno eccezione i cani dei non vedenti o non udenti, addestrati come guida e quelli in dotazione alle Forze armate, di Polizia, di Protezione Civile e dei Vigili del fuoco.

I servizi veterinari tengono aggiornato un archivio dei cani morsicatori e dei cani con aggressività non controllata (quelli che, non provocati lede o minaccia l' integrità fisica altrui) rilevati, nonché dei cani di cui all'elenco allegato al fine di predisporre i necessari interventi di controllo per la tutela della incolumità pubblica.

La proprietà di questi animali è vietata

ai delinquenti abituali o a chi abbia subito condanne penali o sia sottoposto a misure preventive.

Compiti di controllo sono affidati alle ASL.

Elenco delle razze canine e di incroci di razze a rischio di aggressività:

American Bulldog;

Cane da pastore di Charplanina;

Cane da pastore dell'Anatolia;

Cane da pastore dell'Asia centrale;

Cane da pastore del Caucaso;

Cane da Serra da Estrella;

Dogo Argentino;

Fila brasileiro;

Perro da canapo majorero;

Perro da presa canario;

Perro da presa Mallorquin;

Pit bull;

Pit bull mastiff;

Pit bull terrier;

Rafeiro do alentejo;

Rottweiler;

Tosa inu.

I figli delinquenti non indicano automaticamente responsabilità genitoriale

Se i figli hanno "inclinazioni delinquenti" non è lecito incolpare sempre e comunque i genitori.

Questo è il succo di una sentenza di Cassazione: non sempre dietro queste inclinazioni vi sono "colpevoli negligenze" da parte di mamma e papà, né sono indici di abbandono genitoriale.

La V sez. penale (sentenza 39.441) ha così accolto il ricorso di una mamma rom che era stata condannata dai giudici di merito a quattro mesi di reclusione per avere abbandonato il figlio sedicenne, sorpreso a commettere un furto in un appartamento di Roma, distante alcuni chilometri dal campo nomadi dove madre e figlio risiedevano.

Anche "se non può in astratto escludersi che dietro scellerate inclinazioni delinquenti dei figli vi siano colpevoli negligenze e omissioni di vigilanza da parte dei genitori, è pur vero che, ai fini

della configurazione del reato di cui all'art. 591 del c.p. occorre la prova che quelle omissioni integrino per ricorrenza e sistematicità violazioni dei doveri giuridici, tali da integrare abbandono".

Anzi, osservano i giudici, "individuare, retrospettivamente, nel retroterra di un reato una situazione di abbandono, oltre che inaccettabile giuridicamente (non ogni deficit educativo integra abbandono), sarebbe anche espressione di generalizzazione gratuita e arbitraria, per il solo fatto che quella situazione di base sarebbe, a sua volta, suscettiva non già di una, bensì di molteplici letture, non esclusa, in via di mera ipotesi, anche quella del concorso del genitore nel reato del minore, secondo schemi comportamentali tutt'altro che infrequenti nel mondo dei nomadi".

Quindi la Cassazione ha accolto il ricorso della mamma rom assolvendola

"perché il fatto non sussiste" specificando che è "sin troppo evidente l'elusione dell'obbligo motivazionale" della Corte d'Appello che "aveva ritenuto di poter ravvisare nella stessa commissione del furto aggravato in abitazione, commesso dal figlio dell'imputata, la prova dell'abbandono, sul rilievo che se la madre avesse opportunamente vigilato sul figlio, quest'ultimo non avrebbe posto in essere l'azione delittuosa"... "l'assunto secondo cui la commissione di un reato o anche l'attitudine di un minore a delinquere sia elemento, sempre e comunque, sintomatico di uno stato di abbandono è argomento che, per massimalistica generalizzazione, prova troppo, anche sul piano etico-sociale ed educativo". Non è quindi riscontrabile l' abbandono, pur non potendosi escludere la responsabilità dei genitori sotto configurazioni diverse.—DZ

Denigrare troppo aspramente il posto di lavoro provoca il licenziamento

Il diritto di critica verso il proprio datore di lavoro ha dei limiti che non possono essere travalicati

La Suprema Corte (Sez.Lavoro, Senten-

za 7.11.2006, n. 23726) ha esaminato il caso di una insegnante che esprimeva, nel corso di un consiglio di classe, pubblicamente, dichiarazioni molto "forti"

sulla conduzione dell' Istituto da cui dipendeva, ricevendone in cambio il licenziamento.

L' insegnante opponeva ricorso ma inva-

no, in quanto le affermazioni pubblicamente enunciate superavano il normale diritto di critica.

La Corte sottolineava che “ Per quanto ancora interessa ai fini di questo giudizio, vale a dire la legittimità del licenziamento, il giudice d'appello riteneva che il comportamento complessivo tenuto dalla

dipendente in occasione dell'affidamento di un nuovo incarico di insegnamento di informatica ed, in particolare, le dichiarazioni che aveva fatte pubblicamente al consiglio di classe, avessero superato i limiti del diritto di critica e sconfinassero nell'area dell'illecito comportando la denigrazione dell'istituzione da cui dipen-

deva.”

Da queste considerazioni derivava il provvedimento disciplinare ed il conseguente licenziamento, ritenuto pienamente legittimo.

DZ fonte:

LaPrevidenza.it

Non ha attenuanti il docente che usa il proprio carisma per sedurre allieva

Un docente di Liceo palermitano aveva compiuto atti sessuali, compreso un rapporto completo, con una sua allieva minorenni che non aveva ancora compiuto i 16 anni. La normativa in vigore prevede libertà sessuale ai minori di età compresa tra i 14 e i 16 anni tranne quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o

di custodia, il minore è affidato.

La giovane era libera quindi di avere rapporti sessuali con chiunque ma non col docente, che rientrava tra le categorie per le quali il rapporto sessuale con l'allieva costituiva violenza presunta. Condannato dai giudici di merito, il docente si era rivolto alla Suprema Corte chiedendo il riconoscimento delle attenuanti generiche. La Cassazione respin-

geva la richiesta e confermava la condanna a 3 anni e 4 mesi di reclusione per violenza sessuale. Secondo la Suprema Corte una condotta di questo tipo non solo non merita attenuanti ma va punita severamente per il "disvalore" insito nella condotta di chi utilizza il proprio carisma e si fa gioco della "fragilità psicologica" della 'vittima', "facile terreno di squallida conquista".

DZ

Fonte: ADNkronos

Rapporti con 13enne "intraprendente": qualche attenuante, ma non troppe

La tutela del minore comporta pesanti responsabilità per l'adulto che ne abusa, anche in certi casi alquanto discutibili

Seguendo l'impostazione di altre precedenti pronunce la Cassazione (sentenza 34120) riconosce le attenuanti generiche ad un adulto che ha avuto rapporti con una 13enne estremamente disinibita, ma non riconosce l'ipotesi di minore gravità del reato.

Un adulto 53enne ebbe diversi rapporti sessuali con una ragazzina che non aveva ancora compiuto 14 anni ma il comportamento della minore era così aperto da sembrare eufemistico definirlo “disinibito e disinvolto”.

L'adulto era stato condannato dai giudici di primo grado per violenza sessuale

senza che gli venissero riconosciute né le attenuanti generiche, né l'ipotesi di “minore gravità” del delitto commesso. La Terza Sezione Penale della Cassazione è stata invece di diverso avviso ed ha convalidato la sentenza d'appello, che aveva stabilito uno sconto di pena di un anno (dai 6 anni iniziali a 5 anni). La Corte ha motivato la sua decisione analizzando il comportamento della tredicenne: era lei stessa a “procurarsi addirittura il luogo più adatto per gli incontri amorosi e si allontanava dalla propria città anche per andare a casa dell'imputato”. “La ragazza” nota la Corte “aveva tenuto un comportamento che sembra eufemistico definire disinibito e disinvolto nonché una apparente maturità psicofisica ed una particolare disponibi-

lità e spigliatezza”. In base a queste considerazioni si poteva concludere che “la libertà sessuale personale della vittima” non è stata “compressa in maniera grave” pur trovandosi in ogni caso di fronte ad un “adulto” che ha fatto vivere “l'esperienza pur sempre traumatica della deflorazione” ad una ragazzina di soli 13 anni e 10 mesi.

Per questi motivi (e per soli due mesi dalla soglia della libertà sessuale) la pena inflitta all'uomo veniva abbassata per il riconoscimento delle attenuanti generiche, ma senza l'ulteriore abbassamento che avrebbe avuto qualora fosse stata riconosciuta l'ipotesi del fatto di minore gravità’.

DZ

La cintura di sicurezza e' obbligatoria, ne risponde il conducente

Il conducente è responsabile se il passeggero o non indossa la cintura di sicurezza e viene lesa in un incidente stradale

Prime pronunce su alcuni aspetti del nuovo Codice della Strada, dagli importanti risvolti assicurativi e risarcitori. La Corte di Cassazione (IV Penale, Sent. 30065/06) ha stabilito che, qualora il passeggero di una vettura non indossi la cintura di sicurezza, il conducente ne

risponderà in caso di incidente stradale, avendo egli l'obbligo di obbligare a sua volta i propri passeggeri al rispetto dei dettami del Codice. I Giudici della Suprema Corte hanno infatti precisato che la sicurezza della propria auto è sempre a carico del conducente il quale, nel caso che trasporti terze persone, non può limitarsi ad invitare i passeggeri ad allacciare le cinture di sicurezza, ma deve anche assicurarsi che lo abbiano realmente fatto. In mancanza egli potrà

essere chiamato a rispondere, anche penalmente, (nel caso si verifichi un incidente) del reato di lesioni colpose. Ma allora, ci chiediamo, come comportarsi nei casi di passeggeri negligenti, o che rifiutino le cinture adducendo motivi più o meno autentici di intolleranza? Non ci sono vie d'uscita: a meno che il conducente non possa dimostrare di essere stato ingannato, egli dovrà rifiutare il trasporto di questi passeggeri, pena il rischio di una condanna.

NOVITA' DALLA GAZZETTA UFFICIALE (di Marco Venuti) marzo 2007

Il testo integrale dei documenti citati è fornita da "Medico & Leggi" di Marco Venuti: essa è libera fino al giorno 2-6.03.2007. Per consultarli: www.medicoeleggi.it/pillole/mensili/pilloleaprile07.htm

Decreto del Ministero della Salute del 24 gennaio 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 50 del 01.03.07 - Supplemento Ordinario n. 52) - REVISIONE DELLA LISTA DEI FARMACI, DELLE SOSTANZE BIOLOGICAMENTE O FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE E DELLE PRATICHE MEDICHE, IL CUI IMPIEGO E' CONSIDERATO DOPING, AI SENSI DELLA LEGGE 14 DICEMBRE 2000, N. 376

Pubblicata la revisione annuale dei farmaci, delle sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping. Il provvedimento sostituisce i decreti precedenti apportando modifiche ai 3 allegati.

Decreto del Ministero della Salute del 5 dicembre 2006 (Gazzetta Ufficiale n. 57 del 09.03.07)

UTILIZZAZIONE DI MEDICINALI PER TERAPIA GENICA E PER TERAPIA CELLULARE SOMATICA AL DI FUORI DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE E NORME TRANSITORIE PER LA PRODUZIONE DI DETTI MEDICINALI

Con questo provvedimento, oltre a quanto previsto dal DMS 02.03.04, viene consentito l'impiego di preparazioni:

- a) per terapia cellulare somatica, per le quali non sia stata rilasciata l'autorizzazione, previo provvedimento che dovrà essere emanato dall'AIFA (nel quale verranno elencati gli impieghi considerati clinicamente e scientificamente consolidati) oppure, in assenza o in deroga a tale provvedimento, su singoli pazienti in mancanza di valida alternativa terapeutica (nei casi di urgenza ed emergenza che pongono il paziente in pericolo di vita o di grave danno alla salute nonchè nei casi di grave patologia a rapida progressione, e sotto la responsabilità del medico prescrittore);
- b) per terapia genica, anche su singoli pazienti in mancanza di valida alternativa terapeutica (nei casi di urgenza ed emergenza che pongono il paziente in pericolo di vita o di grave danno alla salute nonchè nei casi di grave patologia a rapida progressione, e sotto la responsabilità del medico prescrittore).

Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 22 febbraio 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19.03.07)
AUTORIZZAZIONE GENERALE AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI

Il Garante autorizza il trattamento dei dati genetici da parte a) degli esercenti le professioni sanitarie, b) degli organismi sanitari pubblici e privati, c) dei laboratori di genetica medica, d) delle persone fisiche o giuridiche, enti o istituti di ricerca, associazioni e altri organismi pubblici e privati aventi finalità di ricerca, e) degli psicologi, dei consulenti tecnici e dei loro assistenti, f) dei farmacisti, g) dei difensori, anche a mezzo di sostituti, consulenti tecnici e investigatori privati autorizzati, h) degli organismi internazionali ritenuti idonei dal Ministero degli affari esteri e delle rappresentanze diplomatiche o consolari.

Dopo aver illustrato le varie definizioni utilizzate nel documento, vengono affrontate le finalità e le modalità del trattamento, le problematiche inerenti l'informativa, il consenso, i trattamenti in settori particolari, la conservazione dei dati e dei campioni, la comunicazione e la diffusione dei dati, le richieste di autorizzazione.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Mirena - modificate le seguenti sezioni:

4.2 Posologia e metodo di somministrazione - Inserimento e rimozione. Dopo un parto poichè il rischio di perforazione può aumentare l'inserimento dovrà essere rinviato fino alla completa involuzione dell'utero... dovrebbe essere considerata la possibilità di rinviare l'inserimento a 12 settimane dopo il parto e comunque di non effettuarla prima di sei settimane.

4.3 Controind. - Neoplasie per le quali sia nota o si sospetti un'influenza degli ormoni sessuali. (es. cancro del seno).

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso -(...) Nelle utilizzatrici di Mirena il rischio di una gravidanza ectopica, pur essendo basso in assoluto, è relativamente aumentato (...). Il rischio di cancro del seno nelle donne che utilizzano contraccettivi contenenti soltanto progesterone è probabilmente simile a quello associato ai contraccettivi orali combinati (COC). ... Una metanalisi che ha considerato i dati di 54 studi epidemiologici ha mostrato un lieve aumento del rischio relativo di cancro del seno in corso di trattamento con COC, principalmente per le donne che utilizzano preparazioni estro-progestiniche (...).

Se durante l'utilizzazione di Mirena viene diagnosticata una neoplasia maligna influenzata dagli ormoni sessuali (es cancro del seno), deve essere presa in considerazione la rimozione del dispositivo....Perforazioni uterine (Poichè il rischio di perforazione uterina può aumentare nel periodo postpartum, dopo un parto l'inserimento dovrà essere rinviato fino alla completa involuzione dell'utero, comunque non prima di sei settimane e possibilmente 12 settimane dopo il parto)

4.8 Effetti indesiderati - Quando una donna diventa gravida con Mirena in situ, il rischio relativo di gravidanza ectopica è aumentato. Inoltre sono stati riportati casi di cancro alla mammella.

Desmopressina - Tra le indicazioni terapeutiche è stata eliminata l'enuresi notturna.

Tamsulosin - Viene segnalata la comparsa, in corso di intervento di cataratta in soggetti trattati con Tamsulosin, di «iride a bandiera», che può aumentare le complicanze chirurgiche. Pertanto viene raccomandato di non iniziare un trattamento con tamsulosin nei pazienti in attesa di un intervento di cataratta; l'interruzione del trattamento 1 o 2 settimane prima dell'intervento può essere di aiuto.

Ketorolac - Sono state modificate le sezioni sulla sicurezza gastrointestinale e cardiovascolare, ponendo l'accento sull'aumen-

tato rischio di complicanze gastrointestinali se associato ad altri FANS e nelle persone anziane. Inoltre, viene controindicato nella severa insufficienza cardiaca.

Farmaci conteneti Aloperidolo, amisulpride, bromperidolo, clorpromazina, clotiapina, clozapina, dixirazina, droperidolo, flufenazina, levomepromazina, levosulpiride, perfenazina, periciazina, pimozide, proclorperazina, promazina, quetiapina, risperidone, sulpiride, tiapride, trifluoperazina, veralipride e zuclopentixolo - sono state aggiornate le notizie concernenti la loro sicurezza cardiovascolare:

ALOPERIDOLO, DROPERIDOLO E PIMOZIDE

Sez. 4.3 *Controindicazioni* - [.....], malattie cardiache clinicamente significative (ad es: recente infarto acuto del miocardio, insufficienza cardiaca scompensata, aritmie trattate con medicinali antiaritmici appartenenti alle classi Ia e III), prolungamento intervallo QTc, soggetti con storia familiare di aritmia o torsione di punta, ipopotassemia non corretta, concomitante uso di farmaci che prolungano il QTc, [.....].

Sez. 4.4 *Avvertenze speciali e precauzioni per l'uso* - [.....], usare con cautela nei pazienti con malattie cardiovascolari o con una storia familiare di prolungamento QT, effettuare un ECG di base prima di iniziare il trattamento, effettuare un monitoraggio dell'ECG nel corso della terapia, sulla base delle condizioni cliniche del paziente, nel corso della terapia, ridurre il dosaggio se si osserva un prolungamento del QT e interrompere se il QTc è > 500ms, si raccomanda un controllo periodico degli elettroliti, Evitare una terapia concomitante con altri neurolettici, [.....].

Sez. 4.5 *Interazioni* - [.....], non somministrare in concomitanza con farmaci che prolungano il QT come ad esempio alcuni antiaritmici della classe Ia (es. chinidina, disopiramide e procainamide) e della classe III (es. amiodarone, sotalolo), alcuni antistaminici, altri antipsicotici e alcuni antimalarici (es. chinina e meflochina) ed inoltre la moxifloxacina (questa lista è da considerarsi solo indicativa e non esaustiva), non somministrare in concomitanza con farmaci che determinano alterazioni degli elettroliti, dovrebbe essere evitato l'uso concomitante di diuretici, in particolare di quelli che possono causare ipopotassemia, [.....].

Sez. 4.8 *Effetti indesiderati* - [.....], sono stati osservati con (nome specialità medicinale) e altri farmaci della stessa classe casi rari di prolungamento del QT, aritmie ventricolari come torsione di punta, tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare ed arresto cardiaco; Casi molto rari di morte improvvisa, [.....].

AMISULPRIDE, BROMPERIDOLO, CLORPROMAZINA, CLOTIAPINA, CLOZAPINA, FLUFENAZINA, LEVOMEPROMAZINA, QUETIAPINA, RISPERIDONE, SULPIRIDE, TRIFLUOPERAZINA, VERALIPRIDE, ZUCLOPENTIXOLO

Sez. 4.4 *Avvertenze speciali e precauzioni per l'uso* - [.....], usare con cautela nei pazienti con malattie cardiovascolari o con una storia familiare di prolungamento QT, Evitare una terapia concomitante con altri neurolettici, [.....].

Sez. 4.5 *Interazioni* - [.....], quando i neurolettici sono somministrati in concomitanza con farmaci che prolungano il QT il rischio di insorgenza di aritmie cardiache aumenta, non somministrare in concomitanza con farmaci che determinano alterazioni degli elettroliti, descrivere le interazioni del farmaco con gli inibitori metabolici (CYP...) se conosciuti, [.....].

Sez. 4.8 *Effetti indesiderati* - [.....], sono stati osservati con (nome specialità medicinale) e altri farmaci della stessa classe casi rari di prolungamento del QT, aritmie ventricolari come torsione di punta, tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare ed arresto cardiaco, casi molto rari di morte improvvisa, [.....].

DIXIRAZINA, LEVOSULPIRIDE, PERFENAZINA, PERICIAZINA, PROCLORPERAZINA, PROMAZINA, TIAPRIDE

Sez. 4.4 *Avvertenze speciali e precauzioni per l'uso* - [.....], usare con cautela nei pazienti con malattie cardiovascolari o con una storia familiare di prolungamento QT, evitare una terapia concomitante con altri neurolettici, [.....].

Sez. 4.5 *Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazioni* - [.....], quando i neurolettici sono somministrati in concomitanza con farmaci che prolungano il QT il rischio di insorgenza di aritmie cardiache aumenta, non somministrare in concomitanza con farmaci che determinano alterazioni degli elettroliti, descrivere le interazioni del farmaco con gli inibitori metabolici (CYP...) se conosciuti, [.....].

Sez. 4.8 *Effetti indesiderati* - [.....], i seguenti effetti indesiderati sono stati osservati con altri farmaci della stessa classe: casi rari di prolungamento del QT, aritmie ventricolari come torsione di punta, tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare ed arresto cardiaco, casi molto rari di morte improvvisa, [.....].

Clexane T - Modificata l'indicazione terapeutica.

Modifica consistente nell'aggiunta della frase "con o senza embolia polmonare" per quanto al trattamento delle trombosi venose profonde.

Estalis - Sono state estese le indicazioni terapeutiche. E' stata aggiunta la seguente indicazione:

"prevenzione dell'osteoporosi in donne in postmenopausa ad alto rischio di future fratture che presentano intolleranze o controindicazioni specifiche ad altri farmaci autorizzati per la prevenzione dell'osteoporosi."

Cabergolina: effetti collaterali e nuove modalità prescrittive

Modifica degli stampati di specialità medicinali contenenti cabergolina.
Det. AIFA del 28 febbraio 2007, Gazzetta Ufficiale n. 53 del 05.03.07

Modificata la scheda tecnica delle specialità medicinali contenenti cabergolina (Dostinex, Cabaser, Actualene), con la

segnalazione di gravi effetti indesiderati: fibrosi e valvulopatia cardiaca.

Il provvedimento stabilisce anche che le specialità medicinali a base di cabergolina **devono essere dispensate, dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta, su prescrizione del medico specialista in neurologia.**

Sulla base della predetta prescrizione specialistica, della durata di validità massima di mesi sei, possono essere effettuate prescrizioni anche dal medico curante o da un medico del Servizio sanitario nazionale, alle quali va sempre allegata la prescrizione specialistica.

Abolita la nota 58 per la prescrizione dell'ossigeno

L'AIFA nella seduta del 13 febbraio 2007 ha abolito la nota 58

Nella Seduta del 13 Febbraio 2007 la Commissione Tecnico Scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco ha stabilito

che la Nota 58 è da ritenersi ABOLITA.

Per quanto concerne le modalità di dispensazione si sottolinea che sia l'ossigeno liquido sia quello gassoso sono inseriti nel prontuario della distribuzione

diretta (PHT) e quindi possono essere erogati direttamente ai pazienti in dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale ospedaliero-territoriale.

Fonte AIFA: comunicazione a Giofil Prot. 25501/I.8.f.e del 09/03/2007

Abolito il piano terapeutico per il topiramato

Dopo una serie di provvedimenti contraddittori è stato abolito l'obbligo del piano terapeutico per la prescrizione del topiramato sia per l'indicazione epilessia che per l'emicrania.

La prescrizione del topiramato a carico del SSN è stata al centro di un vero e proprio balletto normativo. Sul numero 265 della Gazzetta Ufficiale (14 Novembre 2006) è stata pubblicata la modifica delle modalità di prescrizione della specialità medicinale a base di topiramato, farmaco antiepilettico le cui indicazioni all'uso erano state recentemente estese

alla profilassi dell'emicrania per la sola confezione in compresse da 25 e 50 milligrammi, con l'obbligo di redazione del piano terapeutico per questa indicazione (1). Il Topiramato era stato classificato prescrivibile dietro compilazione della sola ricetta ripetibile per tutte le indicazioni approvate.

A distanza di un mese sono cambiate nuovamente le condizioni di prescrivibilità del farmaco topiramato a carico del SSN. La modifica, pubblicata nel n. 294 (19-12-2007) della Gazzetta Ufficiale, prevede ora la compilazione del Piano Terapeutico per entrambe le patologie in

cui trova indicazione il farmaco: epilessia ed emicrania.

Una nuova determinazione dell'AIFA, datata 25 gennaio 2007 e pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 7 di febbraio, abolisce nuovamente l'obbligo di piano terapeutico, per la prescrivibilità secondo SSN del topiramato, per entrambe le patologie in cui trova indicazione il farmaco: epilessia ed emicrania.

Fonte: AIFA

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2445>

In USA ritirata la pergolide per valvulopatia

La ditta produttrice in USA della pergolide ha sospeso la commercializzazione del farmaco per effetti collaterali a carico delle valvole cardiache.

La FDA ha notificato la decisione della ditta produttrice della pergolide di sospendere la commercializzazione del

farmaco per le segnalazioni sempre più numerose e documentate sugli effetti a carico delle valvole cardiache correlati all'uso del farmaco.

FDA raccomanda di non sospendere bruscamente l'assunzione del farmaco, ma di ridurlo gradualmente e di rivolgersi al proprio medico per le alternative

terapeutiche.

Fonte: FDA <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/pergolide.htm>

P.S.: si ricorda che le decisioni dell'FDA non hanno effetto diretto sulle norme prescrittive europee, e possono servire solo come utili indicazioni

Omega 3 nel post infarto prescrivibili anche senza l'ipertrigliceridemia

L'AIFA ha variato la nota 13 eliminando il riferimento alla ipertrigliceridemia non corretta da sola dieta e da altre misure farmacologiche in merito alla prescrizione degli acidi omega 3 nel post infarto. Dopo le richieste della Società Scientifica Promed Galileo, la cui nota è riportata in calce, l'AIFA ha ritenuto di

emanare in data 15 marzo un comunicato di rettifica in merito al testo della nota 13.

Comunicato di rettifica alla determinazione 23 febbraio 2007 concernente modifiche alla determinazione 4 gennaio 2007 "Note Aifa 2006-2007 per l'uso appropriato dei farmaci": nel corpo della

nota 13, di cui all'allegato 1 alla determinazione, sono eliminate le parole "ipertrigliceridemia non corretta da sola dieta e da altre misure farmacologiche".

Fonte: AIFA

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3232>