

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 2

Febbraio 2011

## Cambiate le regole delle elezioni ordinistiche

Si possono votare anche singoli medici non raggruppati in liste, in quanto saranno valide anche le schede che non riportano tutte le preferenze previste



Antiinfiammatori  
nei bambini:  
allarme  
dell' AIFA



Nell' emicrania  
ASA efficace  
quasi quanto i  
triptani



Sulla sessualita' del  
minore i genitori  
non possono  
esigere di sapere

Clopidogrel e ini-  
bitori di pompa  
protonica: un  
documento di  
consenso

Certificato  
preliminare per la  
patente:  
esente IVA

La vitamina D  
utile nei disordini  
del pavimento  
pelvico

**INDICE  
GENERALE  
IN SECONDA  
PAGINA**

ABBONATA	PAZIENTE	DataNascita	N.	PRESTAZIONE	DATA	ORA
<input type="checkbox"/>	Sig. CAGNOLA FRANCO	08/11/1937	1	RM PIEDE SN	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CANTINI ISABELLA	18/02/1959	1	TC SPAZIO INTERSOMATICO ME	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>			4	TC RACHIDE CERVICALE		
<input type="checkbox"/>	Sig. CANTU PAOLO	26/02/1948	1	TC SPAZIO INTERSOMATICO ME	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CASIRAGHI EMANUELE	28/01/1991	1	RM GINOCCHIO SN	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CATONA GIOVANNI	18/01/1942	1	RM COLONNA CERVICALE	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CAZZANIGA EMANUELE	07/01/1968	1	TC CAPO	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CAZZANIGA GIOVANNA	07/05/1948	1	RM COLONNA LOMBOSACRALE	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CHIARINI ANNA	26/07/1959	1	RM CAVIGLIA DX	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CHIRICO GIUSEPPE	17/12/1973	1	TC AGGOME COMPLETO SIC COR.	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CICARDI DOMENICO	16/02/1931	1	RM GINOCCHIO SN	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. COPPE MONICA	15/01/1967	1	RM SFALLA SN	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CORTI MARTA EMMA	17/01/1967	1	TC RACHIDE LOMBO-SACRALE	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CRISPATICO GIANGIACOMO	23/04/1936	1	RM FEMORE SN	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. CUGOLA ADRIANO	24/06/1948	1	RM CERVELLO	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. DONDOLO GIUSEPPE	21/02/1945	2	TC RACHIDE LOMBO-SACRALE	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>			3	TC SPAZIO INTERSOMATICO ME		
<input type="checkbox"/>	Sig. DANI ANNA	23/12/1936	1	TC SPAZIO INTERSOMATICO ME	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. DE FILIPPIS VINCENZO	14/02/1991	1	RM COLONNA LOMBOSACRALE	25/03/2005	
<input type="checkbox"/>	Sig. DEGRADI ELENA	27/03/1971	1	RM COLONNA LOMBOSACRALE	25/03/2005	

Spetta alle ASL  
aggiornare gli elenchi  
degli assistiti!

**MMG-net**

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)**  
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)

## Indice

Le statine possono aumentare il rischio di diabete	Pag. 3
ASA molto efficace per l'emicrania	Pag. 4
La vitamina D utile nei disordini del pavimento pelvico	Pag. 5
Terapie complementari e alternative: Guggulipid (Guggulsterone)	Pag. 6
Sulla sessualita' del minore i genitori non possono esigere di sapere	Pag. 7
Spetta alle ASL aggiornare gli elenchi assistiti	Pag. 8
Il Medico di Famiglia e' incompatibile con qualsiasi lavoro dipendente	Pag. 8
Certificato preliminare per la patente: esente IVA	Pag. 8
Clopidogrel e inibitori di pompa protonica: un documento di consenso	Pag. 8
Cambiate le regole delle elezioni ordinistiche	Pag. 9
Antinfiammatori nei bambini: allarme dell'AIFA	Pag. 10
<b>PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE gennaio 2011</b>	Pag. 10
I premi IgNobel 2002-2003	Pag. 12

Mensile di informazione e varie attualita'. Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**  
O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422  
<http://www.scienzaeprofessione.it>

**Patrocinate da**  
-O.M. della Provincia di Padova  
-Soc. Scientifica "Promed-Galileo"  
-SIMG-Roma  
-SIAMEG  
-ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)  
-Medico&Leggi

### *Redazione*

**Luca Puccetti (webmaster)**  
**Marco Venuti (agg. legale)**  
**Renato Rossi (coordinatore)**  
**Guido Zamperini (redattore)**

Collaborano:

**Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onotri**

**Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:**

[dzamperini@gmail.com](mailto:dzamperini@gmail.com)  
Cell. 333/5961678

### **Archivio completo:**

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

### **Contenuti selezionati:**

[www.scienzaeprofessione.it](http://www.scienzaeprofessione.it)

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



**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)**  
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)

## Le statine possono aumentare il rischio di diabete

Una metanalisi di 13 RCT suggerisce che l'uso delle statine è associato ad un lieve aumento del rischio di diabete incidente, ma i benefici continuano a superare i rischi.

L'uso delle statine aumenta il rischio di sviluppare il diabete?

Per rispondere alla domanda è stata effettuata una metanalisi di studi pubblicati e non pubblicati fra il 1994 e il 2009.

La ricerca ha esaminato i seguenti databases: Medline, Embase, e Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Sono stati considerati solo RCT con più di 1.000 pazienti, con eguale follow up fra i due gruppi di confronto e della durata di almeno un anno.

Sono stati esclusi gli studi in cui erano arruolati pazienti trapiantati o in emodialisi.

Il rischio di diabete incidente è stato calcolato con la tecnica del random effect.

In totale sono stati considerati 13 RCT per 91.140 partecipanti ed il follow up mediano è stato di 4 anni.

**L'uso delle statine risultava associato ad un aumento del 9% di sviluppo di diabete (OR 1,09; 1,02-1,17), con poca eterogeneità tra i vari trials.**

Questo rischio era maggiore nei pazienti più anziani.

Il BMI al basale e le variazioni del colesterolo LDL non spiegavano le variazioni del rischio. **Il numero di pazienti da trattare perchè si abbia un nuovo caso di diabete (NNH = number needed to harm) è di 255.**

Gli autori comunque avvertono **che il rischio è basso in termini assoluti se paragonato alla riduzione degli eventi coronarici ottenuta con le statine:** la pratica nei pazienti a rischio cardiovascolare moderato o elevato o in prevenzione secondaria non deve cambiare per

Effetti della vitamina B e degli acidi grassi omega 3 sulle malattie cardiovascolari

Non sembra giustificata la supplementazione con vitamine del gruppo B o acidi grassi omega 3 in pazienti con storia di cardiopatia ischemica o ictus ischemico.

i risultati di questo studio.

Fonte:

Sattar N, Preiss D, Murray HM, et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. *Lancet*. 2010 Feb 27; 375:735-742.

Commento di Renato Rossi

Dunque le statine aumentano, peraltro in maniera blanda, il rischio di diabete incidente.

Per la verità questo dato era già noto da studi precedenti, l'ultimo lo studio JUPITER: 3% furono i casi di diabete nel gruppo rosuvastatina e 2,4% nel gruppo placebo [1].

Nella metanalisi, in termini assoluti, nuovi casi di diabete si sono avuti nel 4,89% dei pazienti trattati con statine e nel 4,5% dei pazienti di controllo, con un aumento del rischio assoluto in 4 anni dello 0,39%.

Tra l'altro la metanalisi non ci dice quanto pericoloso possa essere in termini di eventi cardiovascolari il diabete incidente associato all'uso delle statine. Potrebbe essere anche un semplice effetto cosmetico sulla glicemia, senza che si verifichi un importante aumento degli eventi cardiovascolari. Un po' quello che succede con i tiazidici: anche in questo caso è stato visto che con questa classe di farmaci aumenta il rischio di sviluppare un diabete incidente rispetto alle altre classi di antipertensivi, ma questo non sembra tradursi in un aumento degli eventi cardiovascolari e cerebrovascolari.

Un editoriale di accompagnamento [2] si dice d'accordo con le conclusioni degli autori e consiglia soltanto, nei pazienti in trattamento con statine, un più attento monitoraggio dell'equilibrio glicemico. Il beneficio globale delle statine è netto,

In questo RCT sono stati reclutati 2.501 pazienti con una storia di cardiopatia ischemica o ictus.

I pazienti sono stati trattati con supplementi dietetici contenenti 5-metil-

sottolinea l'editoriale: negli stessi 4 anni la terapia con statine evita circa 9 tra infarti, ictus e interventi di rivascolarizzazione.

C'è anche da dire che una metanalisi precedente [3], che aveva preso in considerazione gli studi WOSCOPS, HPS, LIPID, ASCOT, JUPITER e CORONA, per un totale di quasi 58.000 pazienti, aveva concluso che il rischio diabetogeno delle statine rimane incerto: includendo lo studio WOSCOPS il rischio era del 13% (da 3% a 23%), escludendo lo studio scozzese il rischio scendeva al 6% e non era più statisticamente significativo. Lo studio del Lancet ha preso in considerazione un maggior numero di trials e questo, probabilmente giustifica, i risultati diversi.

In ogni caso, almeno per il momento, la ragione dell'aumento del rischio diabetogeno legato

alle statine non è chiara. Potrebbe trattarsi di qualche effetto metabolico ancillare non noto. Qualche commentatore ha anche avanzato l'ipotesi che i pazienti in terapia con statine accusano più frequentemente disturbi di tipo muscolare e questo potrebbe portare a ridurre la loro attività fisica. Studi futuri potranno chiarire meglio le questioni aperte dalla metanalisi del Lancet.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4336>
2. Cannon CP. Balancing the benefits of statins versus a new risk-diabetes. *Lancet* 2010 Feb 27; 375:700-701.
3. Rajpathaj SN et al. Statin therapy and risk of developing type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009 Oct;32:1924-9.

etraidrofolato (560 mug/die), vitamina B6 (3 mg/die) e vitamina B12 (20 mug/die) oppure placebo; i supplementi dietetici contenevano inoltre acidi grassi omega 3 (600 mg di acido eicosapentoi-

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

co e docosaesanoico) oppure placebo. La durata media del trattamento è stata di 4,7 anni.

L'end point primario era composto da infarto miocardico non fatale, ictus o decesso da causa cardiovascolare.

**I pazienti trattati con vitamine del gruppo B mostravano una riduzione dell'omocisteina plasmatica del 19% rispetto al gruppo placebo, ma nessuna differenza per quanto riguarda l'end point primario (HR 0,90; 0,66-1,23).**

Anche per i pazienti trattati con acidi grassi omega 3 non si è notata alcuna differenza per quanto riguarda l'incidenza dell'end point primario (HR 1,08; 0,79-1,47).

Gli autori concludono che **il loro studio non giustifica la supplementazione con vitamine del gruppo B o acidi grassi omega 3 in pazienti con storia di cardiopatia ischemica** o ictus ischemico, almeno quando la supplementazione viene introdotta subito dopo la fase acuta.

Fonte:

Galan P et al. Effects of B vitamins and omega 3 fatty acids on cardiovascular diseases: a randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2010;341:c6273. doi: 10.1136/bmj.c6273.

Commento di Renato Rossi

I risultati negativi ottenuti con supplementi di vitamine del gruppo B non stupiscono perchè già molti altri studi hanno dimostrato che si riesce ad ottenere una riduzione dell'omocisteina plasmatica, ma a questo non corrisponde una diminuzione degli eventi cardiovascolari mag-

giori.

Diverso è il discorso per gli acidi grassi omega 3. In questo caso studi precedenti hanno ottenuto risultati contrastanti. Per esempio nello studio GISSI-Prevenzione [1] gli omega 3 somministrati a pazienti con pregresso infarto miocardico hanno ridotto i decessi dovuti ad eventi aritmici.

In uno studio giapponese su oltre 18.000 pazienti con ipercolesterolemia [2] gli acidi grassi omega 3 hanno ridotto gli episodi di angina instabile e gli eventi cardiovascolari non fatali (ma non quelli fatali).

Secondo una revisione sistematica gli omega polienolici ridurrebbero i decessi da cause cardiache, ma non le aritmie e i decessi totali [3].

In altri studi questi effetti favorevoli non sono stati dimostrati [4,5,6].

Anche il recentissimo Alpha Omega Trial (effettuato su quasi 5.000 pazienti con pregresso infarto miocardico) non è riuscito a dimostrare un effetto favorevole di basse dosi di acidi grassi omega 3 [7]. In questo caso i pazienti erano già trattati con terapia ottimale (antipertensivi, antitrombotici, antidiuretici).

Una revisione sull'utilità degli omega 3 è già stata pubblicata da questa testata [8].

Come si spiegano questi risultati contrastanti?

E' possibile che gli acidi grassi omega 3 perdano parte o tutta la loro efficacia se i pazienti sono ben trattati?

Gli autori dello studio recensito in questa pillola avanzano anche altre spiegazioni: i risultati contrastanti ottenuti con gli omega 3 nei diversi studi potrebbero dipendere dalle dosi differenti adoperate e/o dalla diversa lunghezza del follow

up.

Si rimane in attesa dello studio *Rischio e Prevenzione*, effettuato con Medici di Medicina Generale italiani sotto la supervisione dell'Istituto Mario Negri. Forse potrà chiarire la questione quando ne saranno pubblicati i risultati.

Referenze

1. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione Trial. *Lancet* 1999;354:447-55.

2.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3257>

3.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4445>

4. Hooper L. et al. Omega 3 fatty acids for prevention and treatment of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*2004;18:CD003177.

5. Raitt MH et al. Fish oil supplementation and risk of ventricular tachycardia and ventricular fibrillation in patients with implantable defibrillators: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:2884-91

6.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2397>

7. Kromhout K et al. for the Alpha Omega Trial Group. n-3 Fatty Acids and Cardiovascular Events after Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2010 Nov 18; 363:2015-2026

8.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5007>

## ASA molto efficace per l'emicrania

L' Acido Acetil Salicilico alla dose di 1000 mg si dimostra efficace come il sumatriptan per il trattamento dell'emicrania acuta negli adulti.

La revisione sistematica oggetto di questa pillola aveva lo scopo di determinare l'efficacia e la tollerabilità dell'ASA (da solo o in combinazione con un antiemetico) nel trattamento della crisi

emicranica negli adulti.

Sono stati cercati RCT in cui l'ASA veniva paragonato al placebo oppure ad un altro trattamento attivo. Gli studi dovevano avere almeno 10 partecipanti per braccio.

Sono stati trovati 13 RCT (per un totale di 4.222 partecipanti). L'ASA veniva

usata a 900 o 1000 mg, da solo o associato a metoclopramide 10 mg. Il farmaco di paragone più usato era il sumatriptan (50 o 100 mg).

**Tutti i trattamenti attivi si sono dimostrati superiori al placebo.**

Per l'ASA da solo contro placebo si aveva un NNT di 8,1 per quanto riguarda la libertà dal dolore a 2 ore, di 4,9

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

per quanto riguarda la riduzione del dolore a 2 ore e di 6,6 per quanto riguarda il sollievo dal dolore a 24 ore.

Per l'ASA associato a metoclopramide (sempre contro placebo) i valori degli NNT erano rispettivamente: 8,8, 3,3 e 6,2.

**Il sumatriptan a 50 mg non risultava più efficace dell'ASA da solo, mentre al dosaggio di 100 mg risultava più efficace dell'ASA associato a metoclopramide per la libertà dal dolore a 2 ore**, ma non per il sollievo dal dolore a 24 ore (non c'erano dati per l'altro outcome, il sollievo dal dolore a 24 ore).

L'ASA da solo riduceva, rispetto al placebo, i sintomi associati all'emicrania (nausea, vomito, fotofobia e fonofobia).

**L'associazione di ASA + metoclorami-**

**de riduceva, rispetto al solo ASA, in maniera significativa, la nausea e il vomito.**

Gli eventi avversi registrati furono lievi e transitori, un po' più frequenti con l'ASA rispetto al placebo, ma meno comuni con ASA che con sumatriptano 100 mg. Gli autori concludono che l'ASA alla dose di 100 mg possiede un'efficacia simile a quella del sumatriptan. L'aggiunta di metoclopramide riduce la nausea ed il vomito.

Fonte:

Kirthi V et al. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Apr 14;4:CD008041.

Commento di Renato Rossi

Attualmente la maggior parte dei pa-

zienti con emicrania viene trattata, per la crisi acuta, con una terapia specifica a base di triptani. Tuttavia questa revisione sistematica ci ricorda che il vecchio ASA ha ancora qualche freccia al suo arco e può essere un'alternativa efficace e poco costosa.

Questo è particolarmente interessante in quanto l'ASA è un farmaco OTC che il paziente può facilmente procurarsi quando non voglia o non sia nella possibilità di contattare un medico.

Ovviamente vi potrà far ricorso chi non presenta controindicazioni all'ASA (documentata allergia, pregressa ulcera da FANS o sanguinamento gastrointestinale).

Utile ricordare al paziente che la dose dimostratasi efficace è di 100 mg.

## La vitamina D utile nei disordini del pavimento pelvico

Si può migliorare l'incontinenza urinaria femminile con supplementi di vitamina D?

Un totale di 1 donna su 4 in USA ha disordini del pavimento pelvico, inclusa la incontinenza urinaria e fecale con aumento di frequenza con l'età. I disordini del pavimento pelvico sono stati legati alla osteoporosi e alla bassa densità minerale ossea e restano una delle cause più frequenti di chirurgia ginecologica, con un tasso di insuccesso del 30%.

Pertanto, la prevenzione dovrebbe rappresentare un obiettivo importante. Oltre la pluriparità, l'obesità e l'età poco si conosce circa altri fattori predisponenti. Partendo dalla premessa che la deficienza di vitamina D è stata clinicamente associata alla ridotta forza muscolare e alla perdita di massa muscolare, e ritenendo che, poichè i recettori della vitamina D sono presenti nel tessuto muscolare umano, un effetto diretto della vitamina D sul muscolo fisiologico sia biologicamente plausibile, gli autori hanno ipotizzato che ridotti livelli di vitamina

D possano contribuire allo sviluppo di ridotta forza muscolare e possano portare a differenti disordini del pavimento pelvico quali la incontinenza urinaria/fecale e al POP (prolasso degli organi pelvici).

Obiettivo dello studio era determinare il tasso di deficienza di vitamina D in donne con disordini del pavimento pelvico ed esaminare possibili relazioni tra livelli di vitamina D e disordini del pavimento pelvico. Questa analisi cross-sectional dei dati 2005-2006 dello studio NHANES ha incluso 1881 donne non gravide di età superiore ai 20 anni nelle quali fossero disponibili i dati sui disordini del pavimento pelvico e le misurazioni di vitamina D.

Sono stati analizzati i dati riguardanti fattori demografici, disordini del pavimento pelvico e livelli di vitamina D. Dopo aver controllato per fattori di rischio noti, i ricercatori hanno calcolato le odds ratios (OR) e gli intervalli di confidenza 95% (IC) per determinare le associazioni tra livelli di vitamina D e disordini del pavimento pelvico.

L'indagine NHANES esamina ogni anno un sottoinsieme di 5000 persone negli USA di differenti province ed è costituita da dettagliate interviste domestiche, esami fisici e studi di laboratorio condotti in un centro mobile.

Questo studio cross-sectional ha utilizzato persone derivanti dalle indagini NHANES 2005-2006, che comprendevano persone di varia provenienza razziale, quali Africani Americani, Messicani Americani e bianchi a basso reddito.

Vi erano 3440 donne, delle quali il 7-2,4% aveva completato le interviste domestiche, e 1881 avevano i dati sia sui livelli di vitamina D sia sui disordini del pavimento pelvico.

Sono stati usati i criteri del Pelvic Floor Disorders Network per definire la incontinenza urinaria e fecale con l'uso dell'indice di gravità di incontinenza.

L'incidenza dei disordini del pavimento pelvico è stata determinata dalla risposta "sì" ad un'unica domanda riguardante il prolasso vaginale.

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

La deficienza di vitamina D è stata definita come livelli di 25-idrossivitamina D [25(OH)D] inferiori a 10 ng/mL, l'insufficienza come livelli da 10 a 30 ng/mL, e il range normale come livelli di 25(OH)D tra 30 e 80 ng/mL.

E' stato usato il metodo radioimmunologico Diasorin per misurare i livelli di vitamina D.

L'età media dei partecipanti era di 47.9 anni e approssimativamente il 72% era di razza non-ispánica.

Il 35% aveva un body mass index di 30 kg/m<sup>2</sup> o più elevato.

Le donne oltre i cinquant'anni hanno riportato di avere più figli di quelle tra i 20 e i 49 anni.

L'82% delle donne aveva livelli di 25(OH)D inferiori a 30 ng/mL, con un livello medio complessivo di 21.6 ng/mL.

Le donne più anziane e le donne con un più alto body mass index avevano livelli più bassi di 25(OH)D.

L'incidenza di disordini del pavimento pelvico era aumentata con l'età, con il 14% delle donne più giovani di 50 anni che riportavano disordini del pavimento pelvico vs 34% di quelle di 50 anni o più.

Queste donne con livelli di 25(OH)D al di sotto del range normale avevano più probabilità di avere disordini del pavimento pelvico e incontinenza urinaria. Per le donne di 20 anni e più, la OR aggiustata era di 0.94 per disordini del pavimento pelvico per ogni 5-ng/mL di aumento del livello di 25(OH)D (P = .043), riflettendo una riduzione del 6% del rischio di disordini del pavimento pelvico ad ogni incremento.

Per le donne di 50 anni e più, la OR era 0.92 (P = .039), indicando un 8% di riduzione di rischio con livelli aumenta-

ti.

La associazione tra livello di 25(OH)D e incontinenza fecale non era significativa.

L'aumento di età e di body mass index erano associati ad un aumento del rischio di disordini del pavimento pelvico e di incontinenza urinaria, ma parità, educazione e razza non erano fattori significativi.

Vi era una significativa associazione tra livello di vitamina D e rischio di incontinenza urinaria in donne di età superiore a 50 anni (OR, 0.55; P = .022), che indica una riduzione del 45% del rischio per livelli normali di 25(OH)D vs livelli anormali.

L'aumento di parità era associato ad un aumento del rischio di incontinenza urinaria.

Quasi un quarto (23%) delle donne aveva riportato 1 o più disordini del pavimento pelvico. Senza guardare all'età, le donne che avevano riportato almeno 1 disordine del pavimento pelvico e quelle con incontinenza urinaria, avevano livelli medi significativamente più bassi di vitamina D.

Con l'aumentare dei livelli di vitamina D il rischio per 1 o più disordini del pavimento pelvico si era ridotto significativamente in tutte le donne di almeno 20 anni di età (OR, 0.94; 95% IC, 0.88 - 0.99) e nel sottogruppo di donne di 50 anni di età o più (OR, 0.92; 95% IC, 0.85 - 0.99), basandosi su modelli aggiustati di regressione logistica.

Nelle donne di almeno 50 anni con livelli di vitamina D di 30 ng/mL o più elevati (OR, 0.55; 95% IC, 0.34 - 0.91), la probabilità di incontinenza urinaria si era significativamente ridotta.

**Gli autori concludono che la deficienza o l'insufficienza di vitamina D sono**

**comuni fra le donne e che l'aumento di insufficienza è associato ad un aumento di probabilità di disordini del pavimento pelvico.**

**Essi concludono pure che livelli più bassi di vitamina D sono associati ad un rischio maggiore di incontinenza urinaria in donne di età superiore a 50 anni.**

Infine, sostengono che, dato l'incremento del numero di pazienti con disordini del pavimento pelvico, siano necessarie ulteriori valutazioni del ruolo della vitamina D, in particolare ricerche future per valutare la relazione tra livelli di vitamina D e forza muscolare pelvica nelle donne di tutte le età e di tutti i gruppi razziali/etnici.

I loro risultati suggeriscono che il trattamento della insufficienza e della deficienza di vitamina D in donne sia in pre che in post menopausa, potrebbe migliorare la forza del pavimento pelvico, con una possibile riduzione della prevalenza dei disordini del pavimento pelvico, inclusa l'incontinenza urinaria.

Le limitazioni di questo studio includono variazioni della performance dei livelli di vitamina D, potere limitato delle analisi di sottotipi, e mancanza di esami ginecologici per valutare la gravità del prolasso degli organi pelvici.

Gli autori dello studio hanno dichiarato di non avere rilevanti relazioni finanziarie.

Fonte:

Badalian SS et al. Vitamin D and Pelvic Floor Disorders in Women. Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. *Obstet Gynecol.* 2010;115:795-803.

A cura di Patrizia Iaccarino

## Terapie complementari e alternative: Guggulipid (Guggulsterone)

E' efficace il guggulipid nella dislipidemia?

Il Guggulipid è un estratto di resina di albero che contiene steroli purportedly attivi ed è stato usato in India per abbassare il colesterolo. Recenti ricerche suggeriscono che i suoi costituenti attivi possono essere coinvolti nella regolazio-

ne degli acidi biliari e nel metabolismo del colesterolo.

Questo studio è stato disegnato per valutare se il guggulipid potesse ridurre il colesterolo lipoproteico a bassa densità (LDL-C) in una popolazione dell'Ovest con iperlipidemia.

Si tratta di un trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo che

paragona la tollerabilità e l'efficacia a brevet ermine(8 settimane) di 2 dosi (1000 mg e 2000 mg) di un estratt standard di guggul (guggulipid, contenente il 2.5% di guggulsterone) con placebo.

E' stato arruolato un totale di 103 adulti sani ambulatoriali con iperlipidemia, che seguiva una dieta tipicadell'Ovest con

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

un 17% di tasso di drop-out. L'endpoint primario era la modifica percentuale dalla line abasale dell'LDL-C misurato ad 8 settimane, attraverso l'analisi intention to treat.

Rispetto al gruppo placebo, nel quale i livelli di LDL-C si riducevano del 5%, sia con la dose standard di guggulipid sia con dosi elevate l'LDL-C aumentava del 4% (p=0.01) e del 5% (p=0.006), rispettivamente.

Oltre all'aumento dell'LDL-C osservato in entrambi i gruppi con guggulipid, vi era anche la preoccupazione riguardante lo sviluppo di un rash da ipersensibilità in 6 partecipanti (9%) trattati con guggulipid, mentre non ve ne era nessuno nel gruppo placebo.

Nonostante il fatto che molti studi precedentemente pubblicati nella letteratura medica indiana abbiano supportato l'uso del guggulipid, questo più ampio trial clinico randomizzato non ha trovato beneficio sul profilo del colesterolo ma piuttosto un peggioramento, oltre a pre-

occupazioni per le reazioni da ipersensibilità.

**Basandosi su questi risultati, l'uso del guggulipid per l'ipercolesterolemia è sconsigliato.**

Szapary PO, Wolfe ML, Bloedon LT, et al. Guggulipid for the treatment of hypercholesterolemia. A randomized controlled trial. JAMA 2003;290:765-72

Questo articolo è una revisione sistematica ed una valutazione dell'evidenza scientifica sul guggul per l'iperlipidemia, che comprende opinioni di esperti, storia, farmacologia, farmacocinetica, farmacodinamica, interazioni, eventi avversi, tossicologia e dosaggi.

Gli autori hanno notato che prima dell'articolo di JAMA del 2003, su menzionato, la maggior parte dell'evidenza scientifica suggeriva che il guggulipid riducesse il colesterolo totale, l'LDL-C, i trigliceridi ed aumentasse il colesterolo lipoproteico ad alta densità (HDL-C). Tuttavia, due case reports hanno mostrato risultati simili a quelli dello studio di

Szapary.

Essi concludono che **non vi è abbastanza evidenza per supportare l'uso del guggul per qualsiasi condizione medica** e che esso può causare discomfort gastrico, rash allergico, altri effetti collaterali e potenziali interazioni, quali il ridotto assorbimento di propranololo e di diltiazem.

Ulbricht C, Basch E, Szapary P, et al. Guggul for hyperlipidemia: a review by the Natural Standard Research Collaboration. Complement Ther Med 2005;13:279-90.

A cura di Patrizia Iaccarino

Referenze

Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 1  
Sheryl L. Chow et al. Pharmacotherapy. 2010;30:109

## Sulla sessualità del minore i genitori non possono esigere di sapere

In seguito ad una richiesta di parere, il Garante Privacy ha stabilito che anche il minore ha diritto a mantenere la riservatezza sulla propria vita sessuale, anche in confronto dei genitori.

Tale principio è stato espresso nel Bollettino n. 121 di novembre 2010.

I Fatti: un genitore, avendo rinvenuto prodotti contraccettivi nella stanza della figlia minore, (dodicenne) ha richiesto alla ASL, nella veste di genitore, di accedere a qualunque documentazione sanitaria riguardante la figlia, allo scopo di verificare se tale farmaco fosse stato prescritto da un medico (e forse anche per individuare il sanitario in questione).

Il Garante ha negato questo accesso, non permettendolo neppure col consenso della minore, per la probabilità che tale consenso possa venire estorto.

Il Garante ha sottolineato come la possibilità di rivolgersi a consultori al fine di una procreazione responsabile è consentita anche ai minori, anche senza che i genitori ne vengano informati (L. 194

del 22/5/78 art. 2); lo scopo di questa norma sarebbe quella di evitare che i minori ricorrano a pratiche clandestine.

Alcune considerazioni:

Questa decisione del Garante può tranquillizzare i medici dei Consultori nei casi, non infrequenti, in cui i genitori dei minori intendano far valere (contra legem) il loro potere di tutela per conoscere le eventuali prestazioni effettuate sui figli.

D'altra parte questa norma (come forse anche altre concernenti la sfera della sessualità) sembrerebbe confliggere con la normativa generale che affida ai genitori (o ad altre figure tutelari) il potere di conoscere e di decidere al posto del soggetto non "maturo", ovviamente nel suo interesse.

Non appare chiaro il motivo per cui, nella sfera sessuale, si presuma una maturità ed una autonomia più precoce che in altri settori, e perché l'eventuale volontà dei genitori debba essere considerata presuntivamente contraria o nociva per i minori, al punto di rifiutarne l'

intromissione senza deroga alcuna, perfino nei casi in cui esista il consenso degli stessi minori.

Eppure un genitore avrebbe il dovere (oltre che il diritto) di istruire ed educare il minore e proteggerlo da eventi dannosi e non voluti, cose che certo non può fare se la legge stessa gli impedisce di conoscere se ciò sia necessario, ed in quale misura.

Perché, ci chiediamo, il sesso e gli argomenti ad esso attinenti devono costituire materia di norme "eccezionali" che derogano e magari sembrano perfino contrastare con le normative generali? Una questione di importanza? Eppure altri settori ugualmente importanti (come ad esempio la salute) non godono di altrettante deroghe.

Non sta certo a noi rispondere a tali domande, ma sulle leggi "speciali" pensiamo che occorra sempre essere diffidenti...

Daniele Zamperini

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

## Spetta alle ASL aggiornare gli elenchi assistiti

E' del Direttore Generale della ASL la responsabilita' di gestire gli elenchi degli assistiti, e a suo carico ricade l' eventuale danno erariale conseguente (Corte dei Conti Calabria n. 426 del 20-/07/2010)

In seguito ad una inchiesta della GdF, si accerto' che nella ASL di Locri si era verificata una grave irregolarita' gestionale (mancato aggiornamento e gestione degli elenchi assistiti) la cui responsabilita' era attribuibile al Direttore Genera-

le e, in misura minore al Direttore Amministrativo.

Questo perche' il DG, in base alla giurisprudenza, e' direttamente responsabile della regolarita' delle spettanze ai medici convenzionati, mentre il Direttore Amministrativo (art. 3 DLgs 502/2002) partecipa alla direzione dell' Azienda coadiuvando il DG. Tali mansioni erano state svolte con "inammissibile trascuratezza e negligenza ... coniugata alla prevedibilita' delle conseguenze danno-

se..." di tali comportamenti.

La sentenza sottolinea che l' onere di aggiornamento delle liste degli assistiti spetta alle ASL e non ai medici, e questa precisazione assume un carattere generale, per cui potrebbero tenerne conto i medici soggetti a recuperi forzosi di somme riscosse indebitamente per negligenze altrui, e su cui sono stati pagati i dovuti oneri fiscali.

## Il Medico di Famiglia e' incompatibile con qualsiasi lavoro dipendente

La Cassazione applica rigidamente l' art. 4 della legge 412/1991 (incompatibilita' con qualsiasi rapporto dipendente, pubblico o privato, anche precario) e sancisce l' incompatibilita' anche col lavoro di ricercatore universitario in settori non convenzionati col SSN (Cass. Lavoro n. 15789/2010)

Un ricercatore universitario aveva chiesto che venisse riconosciuta la compatibilita' del suo contratto di universitario puro in settore non convenzionato, con l' attivita' del Medico di Famiglia.

La Cassazione respingeva la richiesta in base alle norme contrattuali nazionali dei medici di famiglia e alle leggi vigenti che permettono tale possibilita' solo ai

medici penitenziari.

I medici di famiglia convenzionati col SSN, ribadisce la Cassazione, possono effettuare solo attivita' autonome, gestite comunque in base alle normative contrattuali.

## Certificato preliminare per la patente: esente IVA

L' Agenzia delle Entrate ha fornito il suo parere in materia di IVA per i certificati preliminari per la patente di guida.

Questo parere e' stato ripreso e diffuso dalla FNOMCeO.

Per scaricare il testo completo vai su

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=462>

Vengono sciolte finalmente le riserve espresse in nostri precedenti articoli, in cui si attendevano pronunce delle Autorita' competenti: il certificato prelimina-

re per la patente, essendo finalizzato alla tutela della salute del richiedente (e, aggiungiamo, a quella degli altri utenti della strada) non e' soggetto ad IVA.

Daniele Zamperini

## Clopidogrel e inibitori di pompa protonica: un documento di consenso

Le societ  americane di cardiologia e di gastroenterologia hanno elaborato un documento di consenso sulla questione clopidogrel-inibitori di pompa protonica.

I punti salienti del consenso sono riassunti nella tabella che segue.

Sia l'ASA che il clopidogrel, da soli o in associazione, aumentano il rischio di sanguinamenti gastrointestinali.

I pazienti a maggior rischio sono quelli che hanno avuto un precedente sanguinamento gastrointestinale, quelli di et  avanzata, l'uso contemporaneo di anticoagulanti, steroidi, FANS, l'infezione da Helicobacter Pylori.

Gli inibitori di pompa protonica (PPI) e gli H2 antagonisti riducono il rischio di emorragia gastrointestinale; i PPI sono pi  efficaci degli h2 antagonisti

L'uso di PPI o di H2 antagonisti, in associazione agli antiaggreganti,   raccomandato in pazienti con precedente emorragia gastrointestinale e in quelli con multipli fattori di rischio, mentre non   consigliato nei pazienti a basso rischio

L'identificazione dei pazienti a cui prescrivere un PPI o un H2 bloccante   demandata al giudizio clinico del singolo medico

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

Il documento di consenso è stato elaborato tenendo conto degli studi di farmacologia che suggeriscono che i PPI possono ridurre l'attività antiaggregante del clopidogrel. Tuttavia non è noto se questi dati, dimostrati "in vitro", abbiano rilevanza clinica pratica.

Gli studi osservazionali hanno fornito risultati contrastanti mentre l'unico RCT attualmente disponibile (studio COGENT) ha dimostrato un effetto neutro dell'omeprazolo sul clopidogrel per quanto riguarda gli eventi cardiovascolari.

Un'interazione importante, comunque, non può essere esclusa, soprattutto in alcuni sottogruppi di pazienti, come per esempio i cattivi metabolizzatori del clopidogrel, ma, per il momento, non è chiaro il ruolo che potrebbero avere i test di farmacogenomica e quelli di funzionalità piastrinica.

Come si vede il documento è in accordo con quanto scrivemmo qualche tempo fa: se si ritiene necessaria una gastroprotezione nei soggetti che assumono clopidogrel probabilmente è ragionevole sia

la scelta di un H2 bloccante a dosi piene che di un PPI [2].

Renato Rossi

Bibliografia

1. <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/j.jacc.2010.09.010>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5123>

## Cambiate le regole delle elezioni ordinistiche

La Cassazione, contraddicendo apertamente alcune sue precedenti pronunce, riformula le regole per le elezioni degli ordini professionali.

Sono valide anche le schede che non riportino un numero di preferenze pari al numero degli eleggibili. Ed e' un principio generale, valido per tutti gli Ordini (Cass. Sez. Unite n. 18047 del 4-/8/2010).

(Daniele Zamperini)

Alle elezioni ordinistiche del 2007 presso l' Ordine dei Farmacisti, era stato contestato l' annullamento delle schede che non riportassero un numero di preferenze pari al numero degli eleggibili. Questa procedura era stata sancita proprio dalla Cassazione con la sentenza n. 13714 del 1991 in cui, pronunciandosi sulle elezioni ordinistiche degli Ingegneri aveva invece affermato che, sulla base della legislazione vigente, e in particolare del Dl 382 del 1944, il voto per l'elezione del Consiglio predetto dovesse esprimersi mediante una scheda indicante un numero di preferenze uguale a quello dei consiglieri da eleggere.

Lo scopo della sentenza poteva essere quello di garantire che fossero coperti tutti i posti liberi nei Consigli dei vari Ordini.

Ma la situazione attuale e' molto diversa

da quella considerata dal legislatore degli anni '40, c'e' una ben diversa partecipazione democratica alla vita degli Ordini per cui certamente tale rischio non esiste piu'.

La Cassazione ha quindi ritenuto di dover interpretare diversamente la norma, tenendo conto appunto "del diritto vivente che s'è andato via via formando nelle realtà del tutto nuove vissute dalle comunità professionali. Mutamento reso necessario dalla individuazione di un diverso scopo normativo e che soccorra alle nuove esigenze degli Ordini ben diversi da quelli tenuti presenti dal legislatore degli anni Quaranta dello scorso secolo".

Percio' occorre superare le questioni di forma privilegiando invece la sostanza, per cui che "la manifestazione della volontà, per come emerge dal corpo della scheda elettorale, deve essere il più possibile conservata".

Percio' la sentenza conclude enunciando il principio di diritto::

**"In tema di elezioni vige il generale principio del favor voti, il quale impone che la manifestazione della volontà, per come emerge dal corpo della scheda elettorale, debba essere il più possibile conservata, a meno che non sia violato l'indispensabile requisito di**

**segretezza del voto, oppure specifiche norme disciplinanti lo scrutinio prevedano la nullità del voto espresso in maniera difforme da quella prevista. Ne consegue che il D.Lgs.Lgt. 23 novembre 1944, n. 382, art. 2 (Norme sui Consigli degli Ordini e Collegi e sulle Commissioni Centrali Professionali), a norma del quale "i componenti del Consiglio sono eletti dall'assemblea degli iscritti nell'Albo a maggioranza assoluta di voti segreti per mezzo di schede contenenti un numero di nomi uguale a quello dei componenti da eleggersi", deve essere interpretato nel senso che la scheda conserva la sua validità anche nel caso in cui contenga un numero di nomi inferiore a quello dei componenti da eleggere."**

E' evidente come la nuova interpretazione favorisca i candidati di minoranza, ovvero quelli che presentino candidature avulse alla formazione di cordate elettorali.

Il sistema finora in uso obbligava invece i candidati a riunirsi in liste chiuse con un numero di componenti pari a quello degli eleggibili. In questo modo si aveva la vittoria di una lista, indipendentemente dal valore e dal consenso dei singoli candidati.

Chiunque non riuscisse a far parte di queste liste chiuse rimaneva inesorabilmente escluso dalla competizione eletto-

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

rale.

Ora invece il medico sarà libero di votare anche un solo candidato, quello che raccoglie la sua fiducia, e non sarà ob-

bligato ad includere altri nominativi a lui sgraditi ma necessari per riempire tutte le preferenze.

## Antinfiammatori nei bambini: allarme dell'AIFA

L'AIFA lancia l'allarme circa l'uso degli antiinfiammatori (FANS) nei bambini. (segnalato da pillole.org)

L'AIFA, notando che sono in aumento le segnalazioni di effetti avversi da uso di FANS nei bambini, raccomanda di usare in questi pazienti, come antipiretici, solo

paracetamolo o ibuprofene (però non in associazione o alternati tra loro).

L'ibuprofene è controindicato nel caso di varicella o di disidratazione.

Si consiglia cautela nei pazienti con grave insufficienza renale o epatica.

Inoltre i FANS non vanno usati a scopo curativo per abbreviare il decorso di infezioni respiratorie acute, di solito di natura autolimitata.

Il documento è consultabile a questo link: <http://tinyurl.com/32bw2cy>

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE gennaio 2011

*La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti*

*Per consultarli: [www.medicoeleggi.com](http://www.medicoeleggi.com)*

### Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 6 del 10.01.11)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULL'ACCESSO AI FARMACI INNOVATIVI. (REPERTORIO ATTI N. 197/CSR)

Con questo provvedimento si tenta di evitare che in taluni ambiti regionali i farmaci innovativi siano messi a disposizione degli assistiti con un certo ritardo rispetto alle determinazioni di autorizzazione l'immissione in commercio e loro inserimento fra i farmaci erogabili dal Servizio sanitario nazionale.

Sono interessati medicinali ad «innovatività» riconosciuta o potenziale che, in considerazione della delicatezza del loro impiego, sono classificati come di uso ospedaliero ed il cui ritardato impiego potrebbe incidere negativamente sull'uniformità dei livelli essenziali di assistenza.

L'accordo individua procedure condivise per l'aggiornamento dei prontuari terapeutici ospedalieri regionali e per le modalità di entrata in vigore delle determinazioni regionali sulla messa a disposizione degli assistiti di questi farmaci, senza comportare effetti peggiorativi sugli equilibri di bilancio.

### Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 6 del 10.01.11)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE L'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE DEI DIRIGENTI MEDICI, SANITARI E VETERINARI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. (REPERTORIO ATTI N. 198/CSR)

Questo provvedimento affronta il problema della gestione dell'attività libero-professionale intramuraria dei dirigenti medici del SSN con il fine di assicurarne il corretto esercizio secondo quanto stabilito dalla legge n. 120/2007, anche mediante la realizzazione di un adeguato coordinamento tra Stato, Regioni e Province autonome.

Regioni e province autonome sono chiamate a disciplinare la modalità di esercizio dell'attività libero-professionale dei dirigenti medici anche con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

Sono previsti:

- specifici piani di attività della programmazione regionale e aziendale,
- il monitoraggio ed il controllo dell'attività libero professionale,

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

- la verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale mediante l'istituzione di organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

**Accordo della Conferenza Unificata del 18 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13.01.11)**

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 9 DEL DECRETO LEGISLATIVO 27 AGOSTO 1997, N. 281, TRA GOVERNO, REGIONI, PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, PROVINCE, COMUNI E COMUNITÀ MONTANE CONCERNENTE «LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE NELLE SCUOLE DEI FATTORI DI RISCHIO INDOOR PER ALLERGIE ED ASMA»

Il piano nazionale della prevenzione 2010-2012 prevede, tra i suoi obiettivi generali, la riduzione dell'incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici e propone la definizione di linee strategiche per migliorare gli aspetti igienico sanitari negli ambienti di vita indoor, con particolare attenzione a scuole e altri ambienti frequentati dai bambini.

Le indicazioni mirano a valorizzare le attività di promozione della salute e di prevenzione svolte dal servizio sanitario nazionale e sono volte, in particolare, al miglioramento della salubrità e della sicurezza degli ambienti scolastici, privilegiando la riduzione dei principali fattori di rischio ambientali per asma e allergia al fine di contrastare l'incidenza di tali patologie dell'infanzia e dell'adolescenza e diminuire il loro impatto socio-sanitario ed economico.

Il documento (33 pagine) è essenzialmente costituito da una:

- prima parte, nella quale viene condotta una analisi a) dei fattori di rischio indoor per asma e allergie (acari, animali domestici, funghi e muffe, scarafaggi), b) dei fattori di rischio per allergia alimentare, c) degli inquinanti indoor e d) della problematica dell'allergia al lattice;
- seconda parte, in cui vengono forniti indirizzi generali per la realizzazione di un programma specifico di prevenzione ambientale nelle scuole per le allergie e l'asma.

**Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18.01.11)**

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLE LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE, LO SVILUPPO E IL COORDINAMENTO DEGLI INTERVENTI REGIONALI NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE E DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE. (REP. ATTI N. 239/CSR)

Viene approvato il documento concernente le «Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore» in modo tale da garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il paese.

Per quanto riguarda la rete delle cure palliative regionale, il provvedimento prevede l'istituzione di strutture di coordinamento a livello regionale ed aziendale con funzioni diverse e ben specificate.

Simili indicazioni per la rete della terapia del dolore, con la prevista istituzione di strutture di coordinamento a livello regionale ed aziendale con funzioni diverse e ben specificate.

Viene ribadito il ruolo fondamentale del medico di medicina generale quale parte integrante di queste reti.

**Accordo della Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18.01.11)**

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 9 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, LE PROVINCE, I COMUNI E LE COMUNITÀ MONTANE SUL DOCUMENTO CONCERNENTE «LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE ED IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, DELLA SICUREZZA E DELL'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI NEL PERCORSO NASCITA E PER LA RIDUZIONE DEL TAGLIO CESAREO». (REP. ATTI N. 137/CU)

Con questo provvedimento viene definito un Programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

Esso si articola in 10 linee di azione, complementari e sinergiche, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale e da realizzarsi progressivamente nel quadro della rispettiva programmazione assistenziale e nel rispetto della connessa programmazione economico finanziaria in riferimento alle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente:

- Misure di politica sanitaria e di accreditamento;
- Carta dei Servizi per il percorso nascita;
- Integrazione territorio-ospedale;

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

- Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS;
- Programma di implementazione delle linee guida;
- Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- Formazione degli operatori;
- Monitoraggio e verifica delle attività;
- Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

**Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 18 gennaio 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 20 del 26.01.11)**

AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI MEDICINALI, ISTITUITO CON IL PROVVEDIMENTO DELLA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO (CUF) DATATO 20 LUGLIO 2000, EROGABILI A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, AI SENSI DELLA LEGGE 648/96

Con questo provvedimento viene integrato ed aggiornato l'elenco dei farmaci erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, predisposto in attuazione dell'art. 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, con l'inserimento in un nuovo e distinto allegato riportante i farmaci con uso consolidato nel trattamento di patologie infettive pediatriche per indicazioni anche differenti da quelle previste dal relativo provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio.

Per ogni principio attivo vengono riportate l'indicazione pediatrica autorizzata, la posologia pediatrica autorizzata, l'uso off-label che si vuole autorizzare, le evidenze al sostegno del bisogno terapeutico, la presenza o meno di almeno 1 RCT con la referenza, il BNF for Children 2009 - Guida all'Uso dei Farmaci nei Bambini 2003, le note.

L'allegato P1, relativo a gennaio 2010, comprende i seguenti principi attivi: adenosina, adrenalina, amiodarone, amlodipina, atrovastatina, bosentan, captopril, carvedilolo, dobutamina, dopamina, enalapril, esmololo, flecainide, furosemide, idroclorotiazide, labetalolo, lidocaina, lisinopril, losartan, metoprololo, nifedipina, nitroglicerina, noradrenalina, pravastatina, propranololo, sildenafil, simvastatina e spironolattone.

L'allegato P2, relativo a dicembre 2010, comprende i seguenti principi attivi: amantadine, caspofungina, etambutolo, famciclovir, flucitosina, foscarnet, ganciclovir, interferon alfa 2a, interferon alfa 2b, itraconazolo, lamivudine, levofloxacina, minociclina, peginterferon alfa 2a, peginterferon alfa 2b, pirazinamide, ribavirina, tenofovir, valaciclovir

L'utilizzo di questi medicinali non comporta l'obbligo di trasmissione dei dati individuati dall'art. 4 (monitoraggio clinico) e dall'art. 6 (spesa farmaceutica) del provvedimento CUF datato 20 luglio 2000.

## I premi IgNobel 2002-2003

Proseguendo nell'excursus degli studi piu' inutili e raccapriccianti della storia, riportiamo i vincitori del famoso premio assegnato dagli studenti di Harvard negli anni 2002-2003

2002

### BIOLOGIA

Norma E. Bubier, Charles G.M. Paxton, Phil Bowers, and D. Charles Deeming del Regno Unito, per il loro rapporto "Il comportamento di corteggiamento degli struzzi verso gli umani in condizione di allevamento in Gran Bretagna."

### FISICA

Arnd Leike dell'Università di Munich, per aver dimostrato che la schiuma della birra obbedisce alla legge matematica del decadimento esponenziale.

### RICERCA INTERDISCIPLINARE

Karl Kruszelnicki dell'University of Sydney, per l'effettuazione di una com-

pleta ricerca sui residui di stoffa nell'ombelico umano -- chi li trattiene, quando, che colore, e quale quantità.

### CHIMICA

Theo Gray della Wolfram Research, in Champaign, Illinois, per aver riunito molti elementi della tavola periodica ed averne fatto un tavolo-tavola periodico a quattro gambe.

### MATEMATICA

K.P. Sreekumar e lo scomparso G. Nirmalan of Kerala Agricultural University, India, per il loro rapporto "Stima della superficie totale negli elefanti indiani"

### LETTERATURA

Vicki L. Silvers dell'Università del Nevada-Reno e David S. Kreiner della Missouri State University, per il loro colorato rapporto "Gli effetti di una persistente sottolineatura (evidenziatura) inappropriata sulla comprensione della

lettura"

### PACE

Keita Sato, President della Takara Co., Dr. Matsumi Suzuki, Presidente della Japan Acoustic Lab, and Dr. Norio Kogure, Executive Director, Kogure Veterinary Hospital, per aver promosso la pace e l'armonia fra le speci inventando il Bow-lingual (bau-lingua), un dispositivo automatico computerizzato per la traduzione del linguaggio cane-uomo.

### IGIENE

Eduardo Segura, of Lavakan de Aste, in Tarragona, Spain, per aver inventato una lavatrice per cani e gatti.

### ECONOMIA

I dirigenti, amministratori e revisori dei conti di Enron, Lernaut & Hausbie [Belgium], Adelphia, Bank of Commerce and Credit International [Pakistan], Cendant, CMS Energy, Duke Energy,

## MMG-net "La" Medicina in rete...

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

Dynergy, Gazprom [Russia], Global Crossing, HIH Insurance [Australia], Informix, Kmart, Maxwell Communications [UK], McKessonHBOC, Merrill Lynch, Merck, Peregrine Systems, Qwest Communications, Reliant Resources, Rent-Way, Rite Aid, Sunbeam, Tyco, Waste Management, WorldCom, Xerox, and Arthur Andersen, per l'adattamento del concetto matematico di numero immaginario nel campo degli affari.

[NOTE: le società suddette sono tutte statunitensi se non diversamente specificato.]

#### MEDICINA

Chris McManus dell' University College London, per il suo studio atrocemente equilibrato "Asimmetria scrotale nell'uomo e nella scultura antica".

### 2003

#### INGEGNERIA

A John Paul Stapp (alla memoria), Edward A. Murphy, Jr. (alla memoria) e George Nichols, per aver formulato nel 1949 la Legge di Murphy, il fondamentale principio ingegneristico in base al quale «Se ci sono due o più modi di fare una cosa, e uno di questi modi può portare alla catastrofe, allora qualcuno lo farà» (ovvero: «Se qualcosa può andare storto, lo farà».

#### FISICA

Jack Harvey, John Culvenor, Warren Payne, Steve Cowley, Michael Lawrance, David Stuart e Robyn Williams (Australia), per il loro irresistibile studio "Un' analisi delle forze necessarie per trascinare una pecora sui diversi terreni"

#### MEDICINA

Eleanor Maguire, David Gadian, Ingrid Johnsrude, Catriona Good, John Ashburner, Richard Frackowiak e Christopher Frith (University College London), per aver dimostrato che il cervello dei tassisti londinesi è più sviluppato di quello dei loro concittadini

#### PSICOLOGIA

Gian Vittorio Caprara e Claudio Barbaranelli (Università di Roma La Sapienza) e Philip Zimbardo (Stanford University), per il loro auto saggio «Le personalità eccezionalmente semplici degli uomini politici»

#### CHIMICA

Yukio Hirose (Kanazawa University), per la sua analisi chimica di una statua di bronzo collocata nella città di Kanazawa, che non attira i piccioni.

#### LETTERATURA

John Trinkaus (Zicklin School of Business, New York City), per la meticolosa raccolta di dati e per la pubblicazione di oltre 80 articoli assai dettagliati che illustrano le curiosità e le anomalie della vita quotidiana, per esempio qual è la percentuale dei ragazzini che indossano i cappellini da baseball con la visiera all'indietro, qual è la percentuale di pedoni che indossano scarpe sportive bianche rispetto a quelli che le hanno colorate, qual è la percentuale di nuotatori che stanno nella parte più profonda delle piscine, qual è la percentuale di automobilisti che rallentano fin quasi a fermarsi, ma senza fermarsi, a un determinato segnale di «Stop», qual è la percentuale di clienti che in un supermercato sceglie la cassa rapida pur avendo messo nel carrello un numero di oggetti superiore al numero massimo consentito, qual è la

percentuale di pendolari che porta con sé una valigetta ventiquattrore, qual è la percentuale di studenti che non mangia i cavolini di Bruxelles.

#### ECONOMIA

Karl Schwärzler e lo Stato del Liechtenstein, per aver reso disponibile un'intera nazione per convention aziendali, matrimoni, baz mitzvah e altre celebrazioni.

#### RICERCA INTERDISCIPLINARE

Stefano Ghirlanda, Liselotte Jansson e Magnus Enquist (Stockholm University), per il loro imprescindibile studio «I polli preferiscono gli esseri umani belli».

#### PACE

Lal Bihari, dell'Uttar Pradesh (India), per aver condotto un'esistenza attiva e operosa, pur essendo stato dichiarato ufficialmente defunto; per aver scatenato una vivace campagna postuma contro l'inerzia della burocrazia e l'avidità dei parenti; per aver fondato l'Associazione delle Persone Morte.

#### BIOLOGIA

C.W. Moeliker (Natuurmuseum Rotterdam, Paesi Bassi), per aver documentato il primo caso ufficiale di necrofilia omosessuale nei paperi

(fonti varie)

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**