

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 11

Novembre 2011

APERTE LE ISCRIZIONI AL MASTER IN MEDICINA GENERALE!

Sono aperte le iscrizioni al "MASTER DI SECONDO LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO" presso l' Università degli studi La Sapienza di Roma in collaborazione con S.I.A.M.E.G.

Vedi a pag. 15 e su www.scienzaeprofessione.it

I Fluorchinoloni
possono
provocare
alterazioni
elettrocardiogra-
fiche

Efficacia della
terapia desensibi-
lizzante
sublinguale

Importanti
precisazioni
AIFA sulla
prescrivibilita'
di Omega3

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Vietata
ai minorenni
la sigaretta
elettronica



Da metà ottobre la
visita specialistica
si prenota
in farmacia.



Potenziali interazioni negati-
ve da farmaci erboristici in
malati cardiaci

La scelta dei far-
maci nel diabete
tipo 2

Effetti sulla
salute della
Dieta
Mediterranea

Non abbassare
la pressione
arteriosa minima
nei diabetici
anziani

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/

Indice

La scelta dei farmaci nel diabete tipo 2	Pag. 3
I Fluorochinoloni possono provocare alterazione elettrocardiografiche	Pag. 3
Dannoso abbassare la pressione arteriosa minima nei diabetici anziani	Pag. 4
Confermata l'efficacia della terapia desensibilizzante sublinguale	Pag. 5
Sottostimata l'incidenza di tosse da ACE-inibitori	Pag. 6
Effetti sulla salute della Dieta Mediterranea	Pag. 7
Potenziali interazioni negative da farmaci erboristici in malati cardiaci	Pag. 8
Importanti precisazioni AIFA sulla prescrivibilità di Omega3	Pag. 12
Da metà ottobre la visita specialistica si prenota in farmacia.	Pag. 13
Informative AIFA su Citalopram e Terpeni	Pag. 13
Ferie negate? Si' al risarcimento ma no all'astensione dal lavoro	Pag. 13
Vietata ai minorenni la sigaretta elettronica	Pag. 14
PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE—ottobre 2011 (A cura di Marco Venuti)	Pag. 14

Mensile di informazione e varie attualità'. 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, Patrizia Iaccarino

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:

dzamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

Archivio completo:

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

Contenuti selezionati:

www.scienzaeprofessione.it

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



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/

La scelta dei farmaci nel diabete tipo 2

Una revisione sistematica ha fatto il punto sull'efficacia sul controllo glicemico e sugli effetti collaterali dei vari antidiabetici orali.

Questa revisione effettuata per conto dell' Agency for Healthcare Research and Quality è un aggiornamento della precedente, che risaliva al 2007. Si tratta di una rivisitazione dell'efficacia e della sicurezza comparata dei vari farmaci ipoglicemizzanti orali.

E' stata effettuata una ricerca su MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials per ritrovare studi su pazienti non in gravidanza maggiori di 18 anni con diabete tipo 2. Gli studi dovevano valutare benefici e rischi dei farmaci paragonati tra loro testa a testa. I farmaci compresi nella revisione sono: metformina, sulfoniluree di seconda generazione, glitazoni, meglitinidi, inibitori della dipeptidil peptidasi 4, agonisti del recettore glucagon-like peptide 1, usati sia da soli che in associazione.

Per quanto riguarda l'efficacia sul controllo glicidico si è visto che quasi tutti i farmaci considerati riducono i livelli di glicemoglobina di circa un punto percentuale, tuttavia la metformina risulta più efficace dei DDP-4 inibitori.

Tutti i farmaci risultavano associati ad un aumento del peso, esclusa la met-

formina che aveva un effetto neutro oppure risultava associata ad una significativa riduzione del peso.

Le sulfoniluree erano associate ad un rischio di ipoglicemia aumentato di quattro volte rispetto alla metformina. Se associate alla metformina l'aumento del rischio di ipoglicemia delle sulfoniluree risultava aumentato di cinque volte rispetto alla associazione metformina/glitazoni.

A loro volta i glitazoni erano associati ad un aumento del rischio di scompenso cardiaco rispetto alle sulfoniluree e di fratture rispetto alla metformina.

La metformina risultava associata ad un aumento degli effetti gastrointestinali (soprattutto diarrea) rispetto ai glitazoni. L'associazione metformina/glitazoni aveva un effetto additivo sia per quanto riguarda il controllo glicemico che il rischio di effetti avversi.

Limiti della revisione: molti studi avevano un numero basso di pazienti arruolati ed un follow up relativamente breve; inclusi nella revisione solo studi in lingua inglese.

Fonte:

Bennet LW et al. Comparative Effectiveness and Safety of Medications for Type 2 Diabetes: An Update Including New Drugs and 2-Drug Combinations. *Ann Intern Med*. Published online

March 14, 2011.

<http://goo.gl/FnE9E>

Commento di Renato Rossi

Questa revisione sistematica dimostra che l'efficacia dei vari antidiabetici orali sul controllo glicemico è simile. Diversi sono invece gli effetti collaterali associati all'uso dei vari farmaci: soprattutto di tipo gastrointestinale per la metformina, ipoglicemia per le sulfoniluree, scompenso cardiaco e fratture per i glitazoni.

In realtà nulla che già non fosse noto. La conclusione ci sembra questa: viene confermato quanto consigliato dalle varie linee guida [1] circa la scelta della metformina come farmaco di primo impiego nel diabete tipo 2. Nei casi in cui sia necessario usare più farmaci la scelta dovrà basarsi sulla presenza di controindicazioni, tollerabilità e costo. Per esempio le sulfoniluree dovrebbero essere evitate nei pazienti a rischio di ipoglicemia, i glitazoni nei pazienti con scompenso cardiaco o con condizioni che possono predisporre allo scompenso, etc.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4308>

I Fluorchinoloni possono provocare alterazione elettrocardiografiche

Secondo una revisione dell'EMA alcuni chilonici possono indurre ad un prolungamento dell'intervallo QT all'elettrocardiogramma, soprattutto in presenza di altri fattori favorenti.

La PhVWP (Pharmacovigilance Working Party dell'EMA) ha operato una revisione dei fluorochinoloni rispetto al rischio di prolungamento dell'intervallo QT, stimolata dalle discrepanze esistenti per alcuni prodotti tra gli attuali riassunti delle caratteristiche del prodotto e le raccomandazioni rilasciate dalla PhVWP nell'aprile 2003 in relazione a questo rischio per quanto riguarda le precauzioni d'uso. Le sostan-

ze attive incluse in questa revisione sono enoxacina, gemifloxacina, levofloxacina, moxifloxacina, norfloxacina, ofloxacina, pefloxacina, prulifloxacina e rufloxacina.

Il prolungamento dell'intervallo QT è una irregolarità dell'attività elettrica del cuore che pone i pazienti a rischio di aritmie ventricolari. La identificazione dei pazienti a rischio di prolungamento dell'intervallo QT indotta da un farmaco può aiutare a prevenire questi eventi.

La PhVWP ha revisionato, per ciascuna sostanza, tutti i dati disponibili e le informazioni derivanti dagli studi clinici e non clinici ed i dati di studi post-autorizzazione al commercio e i report

spontanei che hanno coperto il periodo dal 1 Dicembre 1999 al 31 Dicembre 2008.

Conclusioni

La PhVWP ha concluso che, rispetto al potenziale di indurre prolungamento dell'intervallo QT, i chinoloni possono essere divisi in tre gruppi basandosi sui dati clinici e sui risultati degli studi elettrofisiologici in vivo e in vitro:

1. Fluorchinoloni con un potenziale di indurre prolungamento dell'intervallo QT.

Le sostanze attive classificate in questo gruppo sono gemifloxacina e moxifloxacina

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/

2. Fluorchinoloni con un basso potenziale di indurre prolungamento dell'intervallo QT.

Le sostanze attive classificate in questo gruppo sono levofloxacin, norfloxacin e ofloxacin

3. Fluorchinoloni con un potenziale molto basso di indurre prolungamento dell'intervallo QT o per i quali sono disponibili dati insufficienti per valutare completamente il loro potenziale, per la mancanza di studi elettrofisiologici in vitro. Le sostanze attive classificate in questo gruppo sono enoxacin, pefloxacin, prulifloxacin e rufloxacin

La PhVWP ha anche notato che alcuni fluorchinoloni (specialmente quelli nel gruppo 1) hanno il potenziale di indurre torsioni-di-punta minacciose per la vita, specialmente in condizioni favorevoli lo sviluppo di prolungamento dell'intervallo QT (ipokaliemia, ipomagnesiemia, bradicardia, prolungamenti congeniti o acquisiti dell'intervallo QT).

Raccomandazioni

La PhVWP ha, pertanto, raccomandato di revisionare le indicazioni in scheda tecnica come segue.

Per sostanze con un potenziale per prolungamento dell'intervallo QT, **devono essere incluse controindicazioni in pa-**

zienti con alcuni fattori di rischio e terapie, dettagliati avvisi sulle precauzioni che si devono prendere che dovrebbero includere il prolungamento dell'intervallo QT, la tachiaritmia ventricolare, la sincope, la torsione di punta e l'arresto cardiaco come reazioni avverse.

Si dovrebbero fornire **avvisi circa la sospensione del trattamento e praticare un ECG se si presentano segni cardiaci di aritmia durante il trattamento**, nonché avvisi circa la overdose.

La scheda tecnica dovrebbe indicare le controindicazioni, i farmaci la cui somministrazione contemporanea è controindicata, fornire avvisi su altri fattori di rischio e chiedere ai pazienti di informare i loro medici, prima di assumere il farmaco, se hanno una storia di anormale ritmo cardiaco o stanno assumendo farmaci che abbassano i livelli sierici di potassio e di contattare immediatamente i loro medici se sperimentano un ritmo cardiaco irregolare

Per sostanze con un basso potenziale di prolungamento dell'intervallo QT, si dovrebbero fornire avvisi sulla cautela e sulle interazioni con altri farmaci noti per prolungare l'intervallo QT.

La scheda tecnica dovrebbe includere come reazioni avverse l'aritmia ventricolare, la torsione di punta e il prolungamento dell'intervallo QT, e avvisare i pazienti circa il trattamento della overdose.

La scheda tecnica dovrebbe indicare le

reazioni avverse, fornire avvisi sui fattori di rischio e chiedere ai pazienti di informare i loro medici, prima di assumere il farmaco, se hanno una storia di anormale ritmo cardiaco o stanno assumendo altri farmaci che prolungano l'intervallo QT.

Per sostanze con un potenziale di prolungamento dell'intervallo QT molto basso per le quali sono disponibili dati insufficienti per valutare in maniera completa il loro potenziale, si dovrebbe comunque menzionare il potenziale e nella sezione delle reazioni avverse menzionare i casi riportati per ciascuna rispettiva sostanza. La scheda tecnica dovrebbe riportare le reazioni avverse e chiedere ai pazienti di informare i loro medici, prima di assumere il farmaco, se hanno una storia di anormale ritmo cardiaco.

Per queste sostanze attive per le quali vi sono attualmente dati insufficienti (quali enoxacin, pefloxacin e rufloxacin), si raccomanda che le autorità competenti degli Stati Membri incoraggino appropriati studi.

A cura di Patrizia Iaccarino

Riferimento

Pharmacovigilance Working Party (PhVWP) December 2010 EMA/CHMP/PhVWP/810358/2010 Page 4/5
Disponibile al sito: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/01/WC500100459.pdf

Dannoso abbassare la pressione arteriosa minima nei diabetici anziani

Nei diabetici anziani una riduzione marcata della pressione arteriosa diastolica può essere pericolosa.

Non essendo ancora ben chiara l'associazione tra range di pressione arteriosa ed eventi cardiovascolari in pazienti con diabete di tipo 2, gli autori di questo trial, collaboratori del VADT (Veterans affairs diabetes trial), hanno voluto determinare se i valori di pressione arteriosa sistolica (PAS), di pressione arteriosa diastolica (PAD) e di PAS/PAD combinate fossero predittori di eventi cardiovascolari. Pertanto, hanno compiuto un'analisi su 1791 partecipanti

dello studio VADT con ipertensione, sottoposti ad un trattamento graduale teso a mantenere i valori di pressione al di sotto del target di 130/80 mmHg, rilevando i valori pressori al basale e durante il trattamento (follow-up). L'outcome primario era il tempo trascorso dalla randomizzazione al primo episodio di infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco congestizio, chirurgia per malattia vascolare, malattia coronarica inoperabile, amputazione per gangrena ischemica, o morte per malattia cardiovascolare.

Risultati: Livelli isolati di PAS \geq 140

mmHg avevano un rischio significativo al basale e durante-lo-studio.

Livelli di PAD $<$ 70 mmHg aumentavano gli eventi CV al basale e durante-lo-studio.

La suddivisione dei pazienti in categorie in base alle combinazioni dei valori pressori ha indicato:

alto rischio di eventi CV per PAS \geq 140 con PAD $<$ 70 mmHg al basale e durante-lo-studio, e in quasi tutti i valori sistolici con diastolica $<$ 70 mmHg.

Conclusioni: L'aumentato rischio di

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/

eventi CV con valori di PAS \geq 140 mmHg sottolinea l'urgenza del trattamento della pressione arteriosa sistolica.

L'aumento del rischio con valori di pressione arteriosa diastolica $<$ 70 mmHg, anche quando combinata con PAS ai range target raccomandati dalle linee guida, costituisce un nuovo dato preliminare in pazienti con diabete di tipo 2.

I risultati sottolineano che valori di PAD $<$ 70 mmHg in questi pazienti sono associati ad elevato rischio CV e, pertanto, devono essere evitati.

Gli autori riconoscono come punti di forza del lavoro l'ampia popolazione con diabete di tipo 2 con frequente monitoraggio della PA e gli aggiustamenti rispetto i controlli, nonché il follow-up longitudinale di più di 7 anni.

Punti di debolezza : la mancata randomizzazione rispetto ai gruppi di control-

lo; il fatto che i risultati derivanti da una popolazione di maschi anziani non possono essere applicabili a soggetti più giovani o di sesso femminile.

Fonte:

Blood Pressure and Cardiovascular Disease Risk in the Veterans Affairs Diabetes Trial

R.J. Anderson; G.D. Bahn
Diabetes Care 34:34-38, 2011

Commento di Patrizia Iaccarino

Già una revisione Cochrane del 2009, già recensita (<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4736>), aveva evidenziato che non vi sono prove che valori di pressione arteriosa inferiori a 140/90 mmHg comportino una riduzione della mortalità e della morbilità, neppure nei diabetici e nei nefropatici.

Il presente lavoro suggerisce che, in

pazienti maschi, anziani, con diabete di tipo 2, siano utili valori di PAS $<$ 140 mmHg, ma dannosi valori di PAD $<$ 70 mmHg.

In definitiva, sembra utile raggiungere una pressione differenziale bassa con valori pressori contenuti (130/80 mmHg).

Recentemente, sia lo studio INVEST [1] che il più significativo studio ACCORD [2] avevano evidenziato l'inutilità di un controllo intensivo della pressione arteriosa sistolica (inferiore a 120 mmHg), la novità del lavoro attuale è, invece, il danno di una pressione minima $<$ 70: ulteriore conferma indiretta del rischio di fare "troppo"!

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5098>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4992>

Confermata l'efficacia della terapia desensibilizzante sublinguale

Secondo una revisione Cochrane l'immunoterapia sublinguale per le riniti allergiche è efficace e sicura.

L'immunoterapia per le riniti allergiche è vecchia di decenni.

La somministrazione dell'allergene per via iniettiva sottocutanea si è dimostrata efficace, ma può essere gravata da effetti collaterali anche molto gravi (reazioni anafilattiche).

Questo ne limita l'impiego, tanto che molti ritengono che essa possa essere somministrata solo in ambiente protetto, che rende possibile un pronto intervento (rianimazione) in caso di necessità.

E' comprensibile quindi come la terapia desensibilizzante per via sublinguale sia stata ritenuta più interessante, anche perchè può essere assunta a domicilio dal paziente.

Tuttavia è necessario dimostrare che essa è efficace e sicura.

Una revisione Cochrane ha analizzato 60 studi clinici randomizzati e controllati, in doppio cieco, effettuati sia in adulti che in bambini, ed in cui l'immunoterapia

sublinguale veniva confrontata con il placebo.

Sono stati considerati idonei per la meta-analisi 45 studi (per un totale di 2333 pazienti trattati con immunoterapia sublinguale e 2256 con placebo).

L'analisi ha dimostrato che l'immunoterapia sublinguale riduce in modo significativo i sintomi e il fabbisogno di farmaci rispetto al placebo.

In nessuno studio sono stati riportati effetti collaterali gravi come reazioni sistemiche severe o anafilassi; inoltre in nessuna delle reazioni sistemiche segnalate è stato necessario usare l'adrenalina.

Come concludere?

Questa revisione sistematica, che in realtà è un aggiornamento di una precedente revisione Cochrane del 2003, conferma che l'immunoterapia desensibilizzante per via sublinguale è una scelta efficace e sicura per il trattamento della rinite allergica.

Ovviamente sarebbero necessari studi di paragone con l'immunoterapia somministrata per via sottocutanea.

Il vantaggio della via sublinguale è la

minor incidenza di effetti collaterali gravi e la possibilità di essere autosomministrata.

Gli effetti collaterali più spesso riscontrati sono prurito e bruciore a livello della mucosa orale.

Sono stati riportati anche disturbi intestinali (diarrea, epigastralgie) e, molto raramente, asma e orticaria.

Vi sono però degli svantaggi: il costo più elevato e il fatto che la via sublinguale prevede la somministrazione di un solo allergene (diversamente dalla via sottocutanea) mentre i pazienti spesso sono poliallergici.

A cura di Renato Rossi

Referenze

Radulovic S, Calderon MA, Wilson D, et al. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec 8;12:CD002893

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/

Sottostimata l'incidenza di tosse da ACE-inibitori

Secondo uno studio l'incidenza della tosse da ACE-inibitori sarebbe poco segnalata e più frequente di quanto ritenuto finora. Si confronta tale incidenza con quella di altre categorie di antiipertensivi

Gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori) sono ampiamente prescritti nel mondo intero: attualmente circa 30 milioni di pazienti assumono questi farmaci.

Gli ACE-inibitori migliorano la mortalità e la morbilità in pazienti con scompenso cardiaco e sono ben tollerati da un'alta percentuale di pazienti.

Tuttavia, la tosse secca è un evento avverso di tutti gli ACE-inibitori, talvolta talmente grave da richiedere la sospensione del farmaco.

Questo studio ha voluto paragonare il tasso di tosse riportato in letteratura con i tassi riportati nel foglietto illustrativo (Physicians' Desk Reference o PDR). Gli autori hanno cercato su PUBMED/EMBASE/CENTRAL gli articoli pubblicati dal 1990 ad oggi circa trials randomizzati (RCTs) di ACE-inibitori con un campione di almeno 100 pazienti nel braccio ACE-inibitori e con follow-up di almeno 3 mesi, che riportassero l'incidenza o il tasso di sospensione dovuto alla tosse. Sono state estratte le caratteristiche basali, la coorte arruolata, i parametri usati per valutare la tosse, l'incidenza e i tassi di sospensione per tosse.

Risultati

Centocinquante studi che soddisfacevano i criteri di inclusione avevano arruolato complessivamente 198.130 pazienti. 111,798 (56%) randomizzati ad ACE inibitori e 86,437 (44%) ad altro trattamento (compreso il placebo).

Dei 159 bracci di paragone, soltanto 27 avevano arruolato pazienti (17%) con scompenso cardiaco, mentre la maggioranza dei pazienti arruolati (132 bracci; 83%) non avevano scompenso cardiaco, ma ipertensione.

Dei 125 trials, soltanto 13 erano ad alto

rischio di bias, mentre il resto aveva un rischio basso-intermedio di bias.

Non vi erano evidenti bias di pubblicazione in nessuno dei trials analizzati.

L'incidenza complessiva della tosse per l'enalapril era 11.48% , nove volte maggiore rispetto al tasso riportato nel foglietto illustrativo/PDR (1.3%).

La incidenza di tosse era aumentata progressivamente negli ultimi 2 decenni con i dati accumulati, ma era stata riportata ogni volta in maniera molto inferiore nel PDR rispetto ai trials clinici.

I risultati erano simili per la maggior parte degli altri ACE-inibitori.

Il tasso complessivo di abbandono dovuto alla tosse per l'enalapril era 3.08% (95% IC, da 2.23% a 3.93%).

Lo stesso accadeva per gli altri ACE-inibitori.

Nel testa a testa con calcio-antagonisti, diuretici, ARBs, placebo e beta-bloccanti, i tassi di tosse erano significativamente inferiori, come da tabella

Ca-antagonisti

Incidenza della tosse 2.72 (da 1.15 a 4.29) Tasso di sospensione per tosse 1.08% (da 0.09 a 2.06)

Diuretici

Incidenza della tosse 3.25% (da 1.93 a 4.57) Tasso di sospensione per tosse 0.35% (da 0.06 a 1.04)

ARBs

Incidenza della tosse 3.50% (da 2.35 a 4.65) Tasso di sospensione per tosse 0.35% (da 0.18 a 0.52)

Placebo

Incidenza della tosse 5.33% (da 2.79 a 7.87) Tasso di sospensione per tosse 0.64% (da 0.40 a 0.88)

Beta-bloccanti

Incidenza della tosse 5.86% (da 1.82 a 9.90) Tasso di sospensione per tosse 0%

ACE-inibitori

Incidenza della tosse 10.60% (da 9.14 a 12.07) Tasso di sospensione per tosse

2.54% (da 2.10 a 2.99)

Conclusioni

La incidenza di tosse associata ad ACE-inibitori e il tasso di sospensione (il metro più obiettivo) sono significativamente maggiori nella letteratura rispetto a quanto riportato nel foglietto illustrativo/PDR ed entrambi sono, probabilmente, ancora maggiori nel mondo reale quando paragonati ai dati ricavati dai RCTs.

Esiste un gap tra i dati disponibili in letteratura e quelli presentati ai consumatori (medici prescrittori e pazienti). Gli autori analizzano i vari motivi di questo gap, sottolineando la sottosegnalazione dell'evento avverso "tosse", il mancato adeguamento dei tassi di incidenza nel foglietto illustrativo (soprattutto per i "vecchi ACE"), ed auspicando che, invece, si operi sistematicamente una valutazione dei tassi di incidenza degli eventi avversi dei farmaci (tosse ed angioedema da ACE, edema periferico da Ca-antagonisti, miopatia da statine, ad es.) e sulla base di questa si operi un costante aggiornamento del foglietto illustrativo.

Limitazioni ammesse dagli autori

Mancano aggiustamenti delle analisi per dosaggio di farmaco, concomitante uso di altri farmaci, condizione di fumatore/non fumatore, o presenza di altre condizioni polmonari o cardiache che possano aver contribuito alla tosse. Sono possibili, nei paragoni, limitazioni relative alla eterogeneità dei pazienti nei vari studi, le taglie di campioni, la durata dei follow-up, ed il metro usato per misurare la tosse.

Fonte:

Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor Associated Cough: Deceptive Information from the Physicians' Desk Reference

Sripal Bangalore, MD, MHA, a Sunil Kumar, MD, b Franz H. Messerli, MD b The American Journal of Medicine, 2010, 123, 969-1070.

Commento di Patrizia Iaccarino

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/

Per quanto riguarda la sottosegnalazione dell'evento avverso "tosse", c'è da dire che in Italia è richiesta la segnalazione di tutti gli eventi avversi (gravi o non gravi) dei farmaci di nuova commercializzazione, di cui viene regolarmente fornito un elenco dall'AIFA, ed esclusi-

vamente quella di eventi avversi gravi relativi ai farmaci di più vecchia commercializzazione. Non viene, pertanto, richiesta la segnalazione della tosse da ACE. Pertanto, per valutazioni del genere (incidenza di eventi avversi), non è pos-

sibile utilizzare la segnalazione, ma andrebbero valutate altre possibili modalità. Ricerche sui data base della Medicina Generale, ad esempio, potrebbero rappresentare una di queste modalità.

Effetti sulla salute della Dieta Mediterranea

I cardini della vera prevenzione sono la dieta mediterranea e l'attività fisica. Un miliardo investito in prevenzione triplica i risparmi in 10 anni. (<http://fwd4.me/Xt2>)

La dieta mediterranea è un modello nutrizionale ispirato ai modelli alimentari tradizionali dei paesi europei del bacino mediterraneo, in particolare Italia, Grecia e Spagna.

Questa dieta è stata abbandonata nel periodo del boom economico degli anni sessanta e settanta, specialmente al Nord Italia, mentre è ancora diffusa in molte regioni del Sud Italia.

Si deve al medico nutrizionista italiano Lorenzo Pirodda, 1939, ad aver intuito la stretta connessione tra alimentazione e l'insorgenza di obesità e diabete e pertanto è considerato il padre della dieta mediterranea.

Qualche anno dopo lo scienziato americano Ancel Keys (1904-2004) notò una bassissima incidenza di malattie delle coronarie presso gli abitanti del Cilento e dell'isola di Creta, nonostante l'elevato consumo di olio d'oliva ed avanzò l'ipotesi che ciò fosse da attribuire al tipo di alimentazione caratteristico di quell'area geografica.

In seguito a questa osservazione prese l'avvio la famosa ricerca "Seven Countries Study" (1), basata sul confronto dei regimi alimentari di 12.000 persone, di età compresa tra 40 e 59 anni, sparse in sette Paesi del mondo (Finlandia, Giappone, Grecia, Italia, Olanda, Stati Uniti e Jugoslavia).

I risultati dell'indagine non lasciarono dubbi: la mortalità per cardiopatia ischemica è molto più bassa presso le popolazioni mediterranee rispetto a Paesi, come la Finlandia, dove la dieta è ricca di grassi saturi (burro, strutto, latte e suoi derivati, carni rosse).

Ancel Keys, e altri scienziati che presero parte al "Seven Countries Study", proseguirono i loro studi a Pioppi, nel Cilento, dove Keys continuò a vivere per oltre 40 anni.

Morì a 100 anni.

Questi modelli hanno in comune un elevato consumo di pane, frutta, verdura, erbe aromatiche, cereali, olio d'oliva, pesce e vino (in quantità moderate) e sono basati su un paradosso: i popoli che vivono nelle nazioni del Mediterraneo consumano quantità relativamente elevate di grassi, ma, ciò nonostante, hanno minori tassi di malattie cardiovascolari rispetto alla popolazione statunitense, nella cui alimentazione sono presenti livelli simili di grassi animali.

La spiegazione è che la gran quantità di olio d'oliva usata nella cucina mediterranea controbilancia almeno in parte i grassi animali. (2)

Caratteristiche della dieta mediterranea

Elevato consumo di frutta, verdura, patate, fagioli, noci, semi, pane e cereali
Uso dell'olio di oliva per cucinare e per condire

Moderate quantità di pesce, ma pochissima carne

Moderate quantità di formaggio grasso e yogurt intero

Consumo moderato di vino, di solito ai pasti

Alimentazione basata su prodotti locali, stagionali e freschi

Stile di vita attivo

Cosa dicono gli studi?

Una revisione sistematica del 2008 di autori italiani (3) ha considerato 12 studi prospettici che valutavano l'aderenza della dieta mediterranea attraverso uno score che andava da 0 a 9.

Mortalità per tutte le cause, mortalità per malattie cardiovascolari, incidenza e

mortalità per cancro, incidenza di Parkinson e Alzheimer furono gli out come considerati.

La popolazione degli studi variava da 161 a 214.284 per un totale di 1.574.299 e con un follow up da 3,7 a 18 anni.

Solamente 6 dei 12 studi erano fatti in popolazioni mediterranee.

Usando un effetto random fu notato che un incremento di 2 punti dell'aderenza alla dieta vi era una riduzione del rischio di mortalità per tutte le cause (RR 0,91, IC 0,89-0,95, p<0,0001).

Era presente una significativa eterogeneità degli studi. Escludendo, però, lo studio di Trichopoulou si aveva la stessa **riduzione della mortalità per tutte le cause** (RR 0,92, IC 0,91-0,94, p<0,0001) senza eterogeneità.

Anche la **mortalità per cause cardiovascolari era ridotta** (RR 0,91, IC 0,87-0,95, p<0,0001) senza eterogeneità tra gli studi.

Inoltre **una grande aderenza alla dieta mediterranea riduceva significativamente l'incidenza e la mortalità per cause neoplastiche** (RR 0,94, IC 0,92-0,96, p<0,0001) e una significativa riduzione dell'incidenza di malattia di Parkinson e Alzheimer (RR 0,87, IC 0,80-0,96, p=0,004) senza eterogeneità.

La stessa revisione sistematica è stata aggiornata nel 2010 (4) confermando risultati analoghi.

I benefici della dieta mediterranea si sono visti anche nel diabete mellito con un'incidenza di 0,41 (IC 0,19-0,87) per quelli con moderata aderenza alla dieta e 0,17 (IC 0,04-0,75) per quelli con la più alta aderenza alla dieta.

Un incremento di 2 punti nell'aderenza alla dieta mediterranea era associata una riduzione del 35% (IC 5%-66%) dell'incidenza di diabete. (5)

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/

Una recente revisione sistematica di autori italiani (6) ha dimostrato che la dieta mediterranea è in grado di migliorare non solo il controllo glicemico e la HbA1c ma anche una diminuzione dell'incidenza di diabete in persone sane e nel post-infarto con la più alta aderenza alla dieta.

Clementino Stefanetti

Bibliografia

1. The Seven Countries Study. <http://fwd4.me/Z2s>
2. I.N.D.I.M. (Istituto Nazionale per la Dieta Mediterranea e la Nutrigenomica)

- <http://www.indim.it>
3. Sofi F. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 2008 Sep 11;337:a1344. doi: 10.1136/bmj.a1344. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533524/pdf/bmj.a1344.pdf>
 4. Sofi F. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010 Nov;92(5):1189-96. Epub 2010 Sep 1.
 5. Martínez-González MA. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort

- study. *BMJ* 2008, 336: 1348–51. <http://www.bmj.com/content/336/7657/1348.full.pdf>
6. Esposito K. Prevention and control of type 2 diabetes by Mediterranean diet: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Aug;89(2):97-102. Epub 2010 May 23.
 7. World Cancer Research Fund International (WCRF). Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. The Second Expert Report <http://www.dietandcancerreport.org>

Potenziali interazioni negative da farmaci erboristici in malati cardiaci

I supplementi a base di erbe possono provocare interazioni con i farmaci cardiovascolari. Il problema è molto importante dato il diffondersi delle Terapie Complementari o Alternative (CAM) a base di erbe

I supplementi a base di erbe sono stati usati per migliaia di anni in Oriente ed hanno avuto una recente rinascita nella popolarità tra i consumatori dell'Occidente. Più di 15 milioni di persone in USA consumano rimedi a base di erbe o alte dosi di vitamine. E il numero totale delle visite presso medici che curano con Medicine Complementari o Alternative (CAM) supera di molto quello delle visite presso i medici di medicina generale, ammontando a più di 34 miliardi di dollari il costo annuale per CAM. Dei 37.1 miliardi di dollari spesi per prodotti per la perdita di peso nel 2001, 17.7 miliardi erano per supplementi dietetici ed erbe per la perdita di peso, un numero proiettato ad incrementarsi dal 6% al 7% per anno. Molteplici fattori contribuiscono all'uso incrementato di CAM, incluse l'epidemia di obesità, la prevalenza di malattie croniche e di sindromi dolorose, l'ansia e la depressione, il desiderio generalizzato di salute e di benessere, la prevenzione delle malattie, l'aumento dei costi dei farmaci convenzionali e la credenza tradizionale che la CAM sia più sicura e più efficace dei farmaci prescritti, che hanno comunemente ef-

fetti avversi. Le erbe, generalmente definite come qualunque forma di pianta o di prodotto di pianta, costituiscono la più ampia proporzione di CAM utilizzata negli USA.

Poiché le erbe sono viste come prodotti alimentari, non sono soggette agli stessi esami e alla stesse regolamentazioni dei farmaci tradizionali. Come risultato, i produttori sono esentati dal testare sicurezza ed efficacia pre-market, prima di immettere in commercio un prodotto a base di erbe ed anche da qualsiasi tipo di sorveglianza post-marketing. **Sebbene i prodotti a base di erbe siano percepiti come naturali e, quindi, sicuri, molti hanno effetti avversi che possono talora produrre conseguenze minacciose per la vita.**

Malgrado la scarsità di evidenze scientifiche che supportino la sicurezza o l'efficacia di prodotti a base di erbe, la promozione della CAM da parte dei media popolari sembra guidare la loro domanda e forzare anche i medici che praticano cure convenzionali a incorporare nella loro pratica le terapie CAM. In 2 revisioni condotte nel 1990 e nel 1997, Eisenberg et coll. hanno trovato un incremento del numero di visite a fornitori di CAM da 427 milioni a 629 milioni, mentre il numero di visite presso i medici di medicina generale era rimasto sostanzialmente immutato.

Milioni di persone sono, quindi, esposte al rischio di queste potenziali interazioni avverse, specialmente con prodotti che contengono alcune erbe.

L'uso di supplementi a base di erbe è prevalente tra pazienti che assumono molti farmaci, in particolare anziani. La maggior parte dei pazienti non rivela facilmente il proprio uso di CAM ai medici curanti, ed i medici con chiedono routinariamente del loro uso. Come risultato, si possono verificare pericolose interazioni erbe-farmaci. Tuttavia, conseguenze potenzialmente gravi possono essere evitate con una più accurata anamnesi circa l'uso di CAM.

In questa revisione, vengono trattati i prodotti a base di erbe più comunemente utilizzati, i loro effetti avversi cardiovascolari e le loro interazioni con i farmaci cardiovascolari. Vengono discussi anche i problemi relativi alla salute dei prodotti a base di erbe e suggeriti modi per migliorare la loro sicurezza per proteggere meglio il pubblico da effetti indesiderati.

Gli autori hanno condotto una ricerca sui database di PubMed e di Medline dal 1966 al 2008 per identificare citazioni, abstract, e articoli su erbe e malattie cardiovascolari.

Effetti Avversi Cardiovascolari e Rimedi a base di Erbe

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/

Alcuni prodotti hanno un effetto diretto sul sistema cardiovascolare e coagulativo, mentre altri hanno effetti indiretti attraverso interazioni con farmaci che possono portare a gravi conseguenze. I più comuni rimedi a base di erbe che possono produrre effetti avversi sul sistema cardiovascolare comprendono l'erba di St. John, il motherwort, il ginseng, il ginkgo biloba, l'aglio, il succo di pompelmo, il biancospino, il saw palmetto, il danshen, l'echinacea, tetrandrine, aconite, la ioimbina, gynura, la liquirizia, and black cohosh.

Erba di San Giovanni

Viene usata in genere per trattare la depressione, l'ansia, i disturbi del sonno, le malattie da raffreddamento, l'herpes, e il virus da immunodeficienza umano.

E' usato come analgesico topico, ed anche per la colite ulcerativa. L'uso dell'erba di St. John potrebbe potenzialmente dar luogo a gravi reazioni avverse per i suoi effetti sul metabolismo dei farmaci; essa induce il sistema epatico del citocromo P450, in particolare il CYP3A4, un enzima coinvolto nel metabolismo ossidativo di più del 50% di tutti i farmaci prescritti.

Pertanto, **la somministrazione contemporanea di quest'erba e di farmaci metabolizzati dal CYP3A4 dovrebbe essere evitata**, poiché può dar luogo a riduzione della biodisponibilità e dell'efficacia con conseguente verificarsi di aritmia, ipertensione, o altri effetti indesiderati.

Ridotti livelli di estradiolo, di indinavir e di ciclosporina sono stati riportati in pazienti che usavano l'erba di St. John. In 1 studio di pazienti con trapianto d'organo, l'erba di St. John ha causato una riduzione di almeno il 50% delle concentrazioni di ciclosporina.

Un'esperienza simile era stata riportata in pazienti con trapianto cardiaco e renale che avevano avuto una riduzione dell'efficacia degli immunosoppressori prendendo l'erba di St. John, con conseguente rigetto del trapianto.

L'uso concomitante di warfarin con l'erba di St. John riduce il tempo di protrombina.

Le persone che assumono warfarin e

che hanno una storia di stroke, trombosi e fibrillazione atriale o protesi valvolari cardiache dovrebbero evitare l'uso dell'erba di St. John.

Ridotte concentrazioni di statine possono aumentare il rischio di eventi cardiovascolari. L'erba di St. John's può indurre la resistenza a farmaci attraverso il gene che produce P-glicoproteina, che può ridurre i livelli ematici e l'efficacia di farmaci quali la digossina, che è normalmente escreta da questa glicoproteina.

Può verificarsi ipoglicemia con l'uso concomitante di farmaci antidiabetici. E' stata anche riportata la *sindrome serotoninergica*, una reazione avversa a farmaci potenzialmente pericolosa per la vita, causata da un eccesso di attività serotoninergica nel sistema nervoso centrale e periferico, con l'uso concomitante di farmaci antidepressivi.

Motherwort

La motherwort ha una lunga storia d'uso sia nella medicina tradizionale Europea sia in quella Asiatica, per le proprietà antispastiche e sedative.

Tradizionalmente, è stata usata per la "astenia cardiaca", per la tachicardia, per l'ansia, per l'insonnia e per l'amenorrea. E' stata anche usata come ipotensivo e come diuretico.

Quando somministrata in vena, la motherwort riduce l'aggregazione piastrinica e i livelli di fibrinogeno, il che potenzia gli effetti antitrombotici ed antiplatestrinici ed aumenta il rischio di sanguinamento.

Assunta insieme a benzodiazepine, l'erba può avere un effetto sinergico sedativo ed esitare in coma.

Ginseng

L'origine del ginseng e dei suoi modi di estrazione può produrre ampie variazioni nei prodotti a base di ginseng. Il ginseng è ritenuto essere un sistema immunostimolante che aumenta la forza, la potenza sessuale e la longevità e viene usato come farmaco antidiabetico. Il ginseng ha effetti sia ipertensivi sia ipotensivi, questi ultimi causati dalla aumentata sintesi di ossido nitrico. Nella medicina Cinese, il ginseng viene usato

per l'infarto miocardico, per lo scompenso cardiaco e per l'angina pectoris; tuttavia, l'evidenza attuale non supporta il suo uso per condizioni cardiovascolari. La sindrome da abuso di ginseng causa ipertensione, modifiche del comportamento e diarrea. Un contaminante nefrotossico, il germanio, può danneggiare le cellule del tratto ascendente dell'ansa di Henle, e pertanto ridurre la risposta ai diuretici dell'ansa. Quando somministrato con il warfarin, il ginseng dà luogo a riduzione del tempo di protrombina. La inconsistenza del ginseng nell'abbassare il glucosio ematico può essere relativa al tipo di preparazione. Il ginseng può produrre effetti simili a quelli degli estrogeni per i suoi componenti attivi, i ginsenosidi, ha una struttura simile a quella del testosterone, degli estrogeni e dei glicocorticoidi. Non dovrebbe essere usato in donne incinta o in donne che assumono terapia ormonale sostitutiva. Morti neonatali sono state correlate all'uso materno di ginseng. Aumentati livelli di digossina sono stati associati al ginseng Siberiano, che interferisce con il metabolismo della digossina.

Ginkgo

Il ginkgo biloba è uno delle tre specie più antiche del mondo, risalendo al periodo Permiano. Indicazioni supportate comprendono condizioni cardiovascolari quali la malattia cardiovascolare, l'insufficienza cerebrovascolare o vascolare periferica, l'impotenza, la disfunzione dell'orecchio interno, la retinopatia, la sindrome premenstruale, lo stress, la depressione, e la demenza. Il ginkgo è uno dei rimedi più utilizzati in USA per il declino cognitivo.

Tuttavia, recenti trial randomizzati che hanno dimostrato effetti benefici sulla cognizione erano limitati da metodi inadeguati, piccolo numero di pazienti, assenza di endpoint forti, e publication bias.

Recenti trial randomizzati non hanno mostrato differenze tra ginkgo e placebo.

Un ampio trial clinico per la prevenzione della demenza, supportato dal National Center for Complementary and Al-

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/

ternative Medicine, è in corso.

L'uso concomitante di ginkgo e farmaci antitrombotici aumenta il rischio di sanguinamento. Sono stati riportati ifema (sanguinamento nella camera anteriore dell'occhio), ematoma sub frenico ed emorragia intracranica. **In trial clinici il ginkgo ha mostrato anche di ridurre l'efficacia della nicardipina** attraverso l'interazione con il sistema del citocromo P450.

Aglio

L'aglio è stato menzionato nei testi di medicina sin dai tempi del papiro di Erbers (circa 1550 DC). E' stato usato per il trattamento di condizioni infettive per le sue presunte proprietà antimicrobiche ed immuno-stimolanti. Si ritiene che l'aglio abbia effetti ipocolesterolemizzanti ed altri effetti antiarteriosclerotici ed antipertensivi ed è stato usato per la prevenzione della malattia cardiovascolare.

Nonostante questo clamore, uno studio recente ha concluso che crudo, in polvere o l'estratto d'aglio vecchio vs placebo per 6 mesi non ha effetto significativo sul colesterolo lipoproteico a bassa densità né su altri lipidi plasmatici in adulti con moderata ipercolesterolemia.

La componente attiva dell'aglio inibisce l'aggregazione piastrinica collagene-indotta e l'aglio è usato per i suoi effetti antiplastrinici e fibrinolitici in pazienti con malattia cardiovascolare.

Tuttavia, il rischio di sanguinamento in persone che usano farmaci anticoagulanti o antiplastrinici aumenta, per cui il suo uso concomitante dovrebbe essere evitato.

I supplementi di aglio dovrebbero essere sospesi circa 10 giorni prima di procedure chirurgiche elettive, specialmente in pazienti che assumono aspirina o warfarin.

Succo di pompelmo

Il pompelmo è usato come intervento dietetico per perdere peso e per migliorare la salute cardiovascolare. I suoi costituenti, naringenina e bergamottina, inibiscono l'enzima CYP3A4 negli enterociti del piccolo intestino, il che aumenta i livelli plasmatici di farmaci substrati del CYP3A4, inclusi calcio-antagonisti, ciclosporina, statine, mida-

zolam, estrogeni, e terazosina. L'azione di questi farmaci è potenziata dalla loro aumentata biodisponibilità, che potenzialmente può esitare in pericolosa ipotensione, miopatia, o tossicità epatica. Nelle donne in post-menopausa che assumono estrogeni, il succo di pompelmo può aumentare il rischio di cancro al seno inibendo il metabolismo degli estrogeni da parte del CYP3A4. Queste potenziali interazioni dovrebbero essere discusse con i pazienti che assumono farmaci metabolizzati dal sistema CYP3A4 ed essi dovrebbero essere avvisati di evitare il consumo di succo di pompelmo.

Biancospino

L'estratto di biancospino è comunemente usato dagli erboristi per il trattamento dell'angina, della bradiaritmia, e della insufficienza cerebrale. Il biancospino ha effetti inotropi positivi vasodilatatori ed è ritenuto che migliori la perfusione miocardica e riduca il post-carico. Come trattamento aggiuntivo dello scompenso cardiaco cronico, il biancospino è stato riportato per avere effetti benefici sul controllo dei sintomi e sugli esiti fisiologici, ma l'efficacia e la sicurezza di queste supposte attività inotrope e dell'effetto sulla morbilità e mortalità non sono state sistematicamente valutate. Il biancospino aumenta l'attività della digitale ed il suo uso concomitante dovrebbe essere attentamente monitorato per potenziali effetti tossici. Il biancospino inibisce anche la sintesi del trombossano A2, e potrebbe potenzialmente aumentare il rischio di sanguinamento in pazienti che assumono antiaggreganti piastrinici o anticoagulanti. Senza dati aggiuntivi sulla efficacia e sulla sicurezza, i medici dovrebbero scoraggiare un uso non controllato di biancospino in pazienti con scompenso cardiaco che assumono farmaci per tale problema.

Saw palmetto

Il saw palmetto è usato da più di 2 milioni di uomini per il trattamento della ipertrofia prostatica benigna (IPB). È anche utilizzato come un diuretico e come un antisettico urinario. L'esatto meccanismo d'azione biologico del saw palmetto non è chiaro. In vitro, esso inibisce in maniera potente i recet-

tori alfa-adrenergici. Nonostante il clamore circa il suo aiuto nella risoluzione dei sintomi della IPB, recenti trial clinici non hanno dimostrato alcun beneficio sui sintomi della IPB o sul volume vescicale residuo post-minzionale.

Sono necessari studi prospettici aggiuntivi per stabilire il ruolo degli estratti di erbe per alleviare i sintomi della IPB.

Il saw palmetto inibisce la ciclossigenasi ed aumenta il sanguinamento con warfarin.

Inoltre, il suo uso incontrollato può esitare in epatite colestatica, pancreatite acuta e sindrome intraoperatoria di "iride molle" durante rimozione di cataratta per la perdita del tono dell'iride.

Gli oculisti dovrebbero temere questa importante associazione in modo da prendere le misure precauzionali necessarie per prevenire le complicanze chirurgiche.

Danshen (Salvia miltiorrhiza)

Il danshen è usato nella medicina tradizionale cinese per il trattamento della malattia arteriosa coronarica e per le irregolarità mestruali. Il danshen riduce l'eliminazione del warfarin e inibisce la fosfodiesterasi AMP ciclico, il che determina effetti additivi antiplastrinici e rischio di sanguinamento. **L'uso concomitante con il warfarin aumenta il tempo di protrombina. Il danshen può interferire anche con il metabolismo della digossina;** in assenza di segni o sintomi di tossicità digossinica, la possibilità di una falsa elevazione delle concentrazioni di digossina dovrebbe essere esplorata.

Echinacea

L'echinacea è ritenuta popolarmente stimolare il sistema immunitario e prevenire le infezioni. L'evidenza è ancora insufficiente per supportare tali raccomandazioni terapeutiche. I risultati di un trial clinico in doppio cieco hanno indicato che l'echinacea non ha effetti significativi sulle infezioni da rinovirus. Il suo uso persistente può dar luogo a **potenziamento degli effetti epatotossici di altri farmaci (ad es., statine, fibrati, niacina o amiodarone).** Effetti collaterali includono nausea, vertigini, dispnea, rash e dermatite. I flavonoidi derivanti

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/

dall'echinacea possono inibire o indurre gli enzimi del citocromo P450.

Tetrandrina

La tetrandrina è un alcaloide vasoattivo usato nella medicina cinese per trattare ipertensione e angina. I suoi effetti vasodilatativi sono dovuti alla inibizione dei canali del calcio tipo-L e alla possibile competizione con altri bloccanti dei canali del calcio. La tetrandrina abbassa il glucosio plasmatico e causa tossicità epatica e renale.

Aconito

I medici tradizionali cinesi usano l'aconito per sedare il dolore causato dalla nevralgia del trigemino e da quella intercostale, per il reumatismo, l'emicrania e l'astenia. L'aconito inizialmente stimola e poi paralizza i nervi che portano il dolore, il tatto, la temperatura, producendo anestesia mediata da numerosi differenti alcaloidi che bloccano i canali del sodio. E' anche usato come medio diaforetico e per rallentare la frequenza cardiaca attraverso i suoi effetti nervosi centrali. Tuttavia, **si può verificare fibrillazione atriale o ventricolare per effetto diretto dell'aconito sul miocardio**. Si verificano effetti avversi anche con il contatto con leaves or sap delle piante di Aconitum (or monkshood), che variano dalla bradicardia all'ipotesione, fino alla fatale aritmia ventricolare indotta da attività triggered.

Yohimbina

La yohimbina è commercializzata per il trattamento dei disordini sessuali e per l'astenia. Molti di questi effetti sono stati attribuiti alla sua attività antagonista dei recettori alfa2-adrenergici. La yohimbina aumenta il rilascio di norepinefrina, dando luogo ad un inadeguato controllo della pressione arteriosa in persone che usano farmaci antipertensivi e diuretici. **L'uso di yohimbina è controindicato in pazienti con ipertensione, angina, e insufficienza renale.**

Ginura

Ampiamente usata nella medicina cinese, la ginura, a quanto si dice, migliora la microcircolazione e allevia il dolore; tuttavia, è stata associata con **tossicità**

epatica. La condizione che ne deriva è la malattia epatica veno-occlusiva, che è caratterizzata da epatomegalia dolente, avidità di liquidi, aumento di peso, e ittero. Negli animali, la ginura ha dimostrato di inibire l'attività dell'enzima che converte l'angiotensina, con conseguente ipotensione.

Liquirizia

La liquirizia è usata come un espettorante, I moderni sciroppi per la tosse spesso comprendono estratto di liquirizia. Questo può dar luogo a **pseudoiperaldosteronismo con concomitante ipokaliemia, ipertensione, ed edema** e può ridurre l'efficacia dei farmaci antipertensivi. La ipokaliemia indotta dalla liquirizia può portare ad aumentato rischio di aritmia ventricolare, specie a torsione di punta. Essa potenzia pure gli effetti dello spironolattone e della digossina, e **può causare iperglicemia**, rendendo i farmaci antidiabetici meno efficaci. La sua capacità di inibire la trombina e l'aggregazione piastrinica **aumenta il rischio di sanguinamento** con farmaci antiplastrinici e anticoagulanti.

Black cohosh (Cimicifuga racemosa)

Il black cohosh contiene glicosidi triterpenici ed è stato usato come rimedio per il sollievo da sintomi menopausali, tensione premestruale, ed altri problemi ginecologici.

Il meccanismo d'azione non è chiaro. Può legarsi ai recettori estrogenici e serotoninergici. Dopo che la terapia sostitutiva estrogenica ha dimostrato di aumentare il rischio di eventi trombotici e cardiovascolari e di cancro mammario, le vendite di supplementi di black cohosh sono salite rapidamente (79 milioni di dollari nel 2003). Nel 2006, un trial clinico supportato dal National Center for Complementary and Alternative Medicine non ha dimostrato che i trattamenti a base di black cohosh migliorassero i sintomi associati alla menopausa.

I supplementi dietetici commercialmente disponibili a base di black cohosh inibiscono il CYP3A4 e potenzialmente aumentano il rischio di effetti avversi di alcuni farmaci.

E' stata riportata **epatotossicità**, e il

black cohosh non dovrebbe essere usato in gravidanza e in allattamento.

Problemi Relativi all'Uso di Prodotti a Base di Erbe

L'uso di prodotti di erboristeria in USA è diffuso ed in drammatico aumento, le leggi attuali consentono la commercializzazione di questi prodotti come supplementi dietetici, non soggetti agli stessi regolamenti richiesti per la prescrizione dei farmaci.

Pertanto, la purezza, l'efficacia e la sicurezza dei prodotti di erboristeria sono spesso ignote e prodotti singoli possono non contenere la quantità di ingredienti attivi descritta nell'etichetta. Inoltre, i produttori raramente riportano eventi avversi alla FDA.

Ai produttori dovrebbe essere richiesto di registrarsi alla FDA e fornire evidenze di buona pratica di manifattura (ad es., standardizzazione, immagazzinamento, preparazioni tecniche, e siti di manifattura).

Si dovrebbe ottenere evidenza di sicurezza ed efficacia dei prodotti a base di erbe con trial clinici ben disegnati, con approvazione pre-marketing riguardante la sicurezza, e con stretta sorveglianza post-marketing.

Le interazioni erbe-farmaco sono in particolar modo rilevanti quando farmaci cardiovascolari, con un basso indice terapeutico, quali digossina e warfarin, vengono cosomministrati con erbe che possono ridurre o potenziare gli effetti farmacologici.

Pertanto, i professionisti di salute dovrebbero attentamente chiedere ai pazienti del loro eventuale uso di prodotti di erboristeria.

Spesso i medici non conoscono l'uso che i pazienti fanno di tali prodotti perché non chiedono loro in maniera routinaria.

Raccogliere questa informazione è importante, particolarmente nei pazienti anziani ad alto rischio di eventi avversi. I medici dovrebbero anche avere una buona conoscenza di base dei prodotti a base di erbe e indagare circa il loro uso, discutere degli eventi avversi e monitorare ed identificare possibili interazioni erbe-farmaci. Inoltre, sono necessari trial clinici ben disegnati per valutare

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/

sicurezza ed efficacia dei prodotti a base di erbe, incluse potenziali interazioni con farmaci usati in concomitanza. Vi è un chiaro bisogno di una migliore comprensione da parte del pubblico e dei medici dei prodotti erboristici attraverso educazione alla salute, diagnosi precoce e gestione della tossicità delle erbe, esame scientifico del loro uso e ricerca sulla loro sicurezza ed efficacia. È necessario che le autorità regolatorie proteggano la gente da effetti avversi sulla propria salute e sulle proprie finanze. I principi e gli standard di evidenza per la sicurezza e l'efficacia dei farmaci usati nella medicina convenzionale dovrebbero essere applicati anche ai prodotti a base di erbe e ad altri CAM, con decisioni sul loro uso basate sui risultati della ricerca scientifica piuttosto che su sistemi di credenze non dimostrate o su tradizioni.

Fonte:

Use of Herbal Products and Potential Interactions in Patients With Cardiovascular Diseases Ara Tachjian, MD,* Viqar Maria, MBBS,* Arshad Jahangir, MD† Rochester, Minnesota; and Scottdale, Arizona

Commento di Patrizia Iaccarino

Attualmente il Ministero della Sanità Italiano si avvale di un sistema di liste (composto da due tabelle A e B) per distinguere tra erbe medicinali ed altri prodotti erboristici. La Tabella A elenca circa 400 piante medicinali con specifica attività farmacologica e/o riconosciuta tossicità, la cui vendita è limitata alle farmacie. La Tabella B elenca circa 900 piante che potrebbero essere utilizzate come prodotti erboristici con vendita teoricamente limitata a farmacie o erboristerie qualificate. Nella pratica, comunque, i prodotti erboristici non medicinali sono liberamente disponibili. Erbe sono anche usate come ingredienti in alimenti per particolari usi nutrizionali. In definitiva, anche da noi esistono problemi simili a quelli USA.

Nel febbraio 2010, per l'esigenza di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari e dei cittadini sia sui possibili rischi associati all'utilizzo di prodotti che, in quanto naturali, sono considerati sicuri, sia sulla necessità di limitare l'automedicazione e di rivolgersi a personale sanitario informato sui possibili benefici e sui rischi dei prodotti della medicina naturale, l'ISS (Epicentro), in collaborazione con la Società italiana

di farmacologia, con il Centro di medicina naturale della Asl 11 di Empoli e con il Centro Antiveleni dell'ospedale Niguarda Ca'Granda di Milano ha messo a punto una locandina di informazione ai cittadini sulla sicurezza delle medicine complementari e non convenzionali. Nella locandina, accanto a una parte di informazione generale sulle medicine complementari e non convenzionali, sono stati elencati dieci consigli e precauzioni da tenere in considerazione. La locandina è stata condivisa e sottoscritta da numerose società di medicina non convenzionale.

Il messaggio principale che si intende trasmettere è di non sottovalutare il potenziale terapeutico e, quindi, il profilo di rischio dei prodotti naturali e di rivolgersi sempre a personale sanitario esperto quando si intenda utilizzare questi prodotti. Il consiglio per il MMG è quello di stamparla e di esporla nella sala d'aspetto. Sarà più facile ricevere informazioni dai propri pazienti.

La locandina è disponibile al: <http://www.epicentro.iss.it/focus/erbe/pdf/locandina.pdf>

Bibliografia completa su pillole.org

Importanti precisazioni AIFA sulla prescrivibilità di Omega3

In seguito alle numerose osservazioni sulle recenti modifiche della Nota Aifa 13, ed in particolare sulla prescrivibilità degli Omega 3, riportate anche su questo Bollettino e sul sito scienzaeprofessione.it l'AIFA ha emesso una nota che chiarisce il problema e tranquillizza gli utilizzatori di tali farmaci in prevenzione secondaria cardiovascolare.

“A seguito dell'emanazione della nuova versione della Nota 13 sono pervenuti all'Aifa quesiti riguardanti la prescrivibilità e rimborsabilità dei farmaci a base di Omega-3.

Si precisa che la Nota 13 disciplina le sole “indicazioni” riguardanti le Dislipidemie, e nello specifico:

- Ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo 1 (della Nota stessa)
- Dislipidemie familiari secondo i criteri specificati al relativo paragrafo 2 (della Nota stessa)
- Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica IRC secondo i

criteri esplicativi specificati al relativo paragrafo 3 (della Nota stessa)

- Iperlipidemie indotte da farmaci non corrette dalla sola dieta secondo i criteri esplicativi specificati al relativo paragrafo (della Nota stessa).

Di conseguenza, per quanto riguarda gli Omega 3, che presentano due indicazioni per patologie non direttamente assimilabili, si precisa che la prescrizione per l'indicazione circa la IPERTRIGLICERIDEMIA. “riduzione dei livelli elevati di trigliceridi quando la risposta alle diete e ad altre misure non farmacologiche da sole si sia dimostrata insufficiente (il trattamento deve essere sempre associato ad adeguato regime dietetico)” è regolamentata dalla Nota 13, negli ambiti patologici previsti.

Mentre la prescrizione per l'indicazione PREVENZIONE SECONDARIA NEL PAZIENTE CON PREGRESSO INFARTO MIOCARDICO “Nei pazienti con pregresso infarto miocardico, in associazione ad altre misure terapeutiche

quando appropriate, è indicato per ridurre il rischio di mortalità” è in questo specifico caso soggetta alla valutazione della situazione clinica da parte del medico prescrittore e quindi rimborsata alla luce di tale evidenza clinica, salvo successive rivalutazione del profilo beneficio-rischio a cui tutti i farmaci sono costantemente sottoposti dall'AIFA.” <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/precisazioni-aifa-su-nota-13>

Quindi, “interpretando le interpretazioni” dell'AIFA, sembra di intendere che occorre apporre la nota 13 per le indicazioni riguardanti la dislipidemia, NON occorre indicare alcuna nota nelle prescrizioni per prevenzione secondaria post-infartuale.

Confidiamo, per il benessere dei pazienti, che anche le farmacie ne vengano opportunamente informate.

Daniele Zamperini

Da metà ottobre la visita specialistica si prenota in farmacia.

E' entrato in vigore il 15 ottobre 2011 il Decreto Min. Salute pubblicato sulla G.U. n. 220 del 1/10/2011 che rende attuative le Linee Guida del Sistema Nazionale CUP, finalizzate a ridurre i tempi di attesa del cittadino.

Dal 16 ottobre 2011 nelle farmacie pubbliche e private sarà possibile prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da effettuarsi presso le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate. Si può effettuare in farmacia anche il pagamento del ticket e ritirare il referto.

Il cittadino deve presentare in farmacia la richiesta della prestazione (sul ricettario "rosso" del SSN) firmata dal medico curante o da altra struttura sanitaria, la

Tessera Sanitaria e un documento di identità'.

L'operatore addetto (collegato al CUP e opportunamente formato) verificherà la disponibilità per la prestazione richiesta tenendo conto della zona di residenza del cittadino, anche se e' possibile prendere in considerazione anche disponibilità' locate in zone diverse.

Una volta effettuata la prenotazione il cittadino può pagare la sua quota di partecipazione alla spesa sanitaria in contanti o anche tramite carte elettroniche.

Può anche ritirare il referto in farmacia, personalmente o tramite un delegato munito di delega scritta e documento di identità'.

Nell' attesa della generalizzazione del

servizio, le Regioni renderanno pubblici gli elenchi delle farmacie ove e' possibile prenotare.

Dal servizio sono esclusi:

- le prestazioni prescritte su ricettario che non sia del Servizio sanitario nazionale;
- gli esami di laboratorio ad accesso diretto;
- le urgenze di primo e secondo livello;
- le prestazioni per cui sia chiaramente indicata sull'applicazione collegata al sistema Cup, una diversa modalità di prenotazione.

Le farmacie espongono l' elenco delle prestazioni prenotabili.

Daniele Zamperini

Informative AIFA su Citalopram e Terpeni

Segnaliamo due nuove note informative dell' AIFA del mese di ottobre 2011. La prima riguarda il Citalopram e i suoi effetti cardiaci.

La seconda riguarda i terpeni e i loro potenziali effetti negativi in bambini piccoli con precedenti neurologici

La prima nota riguarda il citalopram e il prolungamento dell' intervallo QT.

Nella nota si sottolinea che:

• il citalopram è associato ad un prolungamento dose dipendente dell' intervallo QT

- La dose massima di citalopram è ora di 40 mg al giorno
- Per i pazienti anziani e per i pazienti con ridotta funzionalità epatica la dose massima viene ridotta a 20 mg al giorno
- Citalopram è controindicato per i pazienti affetti da un noto prolungamento

dell' intervallo QT o da una sindrome congenita del QT lungo

• L' utilizzo di Citalopram è controindicato in associazione ad altri farmaci noti per prolungare l' intervallo QT

• Si raccomanda cautela con i pazienti a più alto rischio di sviluppare Torsione di Punta, per esempio quelli affetti da insufficienza cardiaca congestizia, recente infarto del miocardio, bradiaritmie o predisposti all' ipopotassemia o all' ipomagnesemia a causa di patologie o terapie concomitanti.

La seconda nota informativa si riferisce alla controindicazione all' uso di supposte contenenti derivati terpenici (inclusi canfora, cineolo, niaouli, timo selvatico, terpineolo, terpinina, citrale, mentolo ed oli essenziali di aghi di pino, eucalipto e trementina) in bambini di età

inferiore ai 30 mesi o con storia pregressa o recente di convulsioni febbrili o epilessia, a causa del potenziale rischio di disturbi neurologici, principalmente rappresentati da convulsioni.

Ad oggi, l' unico medicinale in commercio in Italia nella formulazione in supposte, contenente derivati terpenici (prodotto di ossidazione della trementina + pino essenza), è OZOPULMIN, disponibile, nelle confezioni pediatriche: 40 mg + 50 mg supposte prima infanzia e 80 mg + 100 mg supposte bambini.

A cura di Patrizia Iaccarino

Fonte:

1. <http://goo.gl/9CEJh>
2. <http://goo.gl/VZxMI>

Ferie negate? Si' al risarcimento ma no all' astensione dal lavoro

Se la ASL nega il consenso alle ferie, non e' possibile, per il medico, agire in autotutela e prenderle di autorità', deve restare in servizio, tuttavia ha diritto al risarcimento dei danni (Cass. n. 1285-/2011).

La Corte, sentenziando sul caso di un

medico che aveva chiesto un periodo di ferie (richiesta respinta dalla ASL per motivi di copertura del servizio), ha stabilito l' illegittimità' di ogni azione autoritaria unilaterale e quindi il diritto del lavoratore ad un risarcimento dei danni; non può essere invece ricono-

sciuto il diritto, da parte del lavoratore, di decidere unilateralmente sulla fruizione del riposo.

"Secondo la disciplina di cui al DPR n. 270 del 2000, accordo collettivo per i medici di medicina generale - dice la

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/

Corte - dei 21 giorni di ferie complessivi spettanti, compete al medico la scelta di 11, mentre i residui 10 si usufruiscono su indicazione dell'azienda. Al medico compete dunque di scegliere, ma non può poi prescindere dal previo consenso

della ASL (...)"

Tuttavia, si aggiunge, deve esistere la necessità di un equo temperamento tra le esigenze dei medici e quelle della ASL, e quindi la illegittimità di ogni forma di iniziativa unilaterale; in con-

clusione l'illegittimità del rifiuto datoriale di concessione delle ferie può essere causativo di risarcimento danni, ma non autorizza a decidere unilateralmente la fruizione del riposo.

Vietata ai minorenni la sigaretta elettronica

Il Ministero della Salute ha pubblicato sulla G.U. del 5/10/2011 n. 32 un' Ordinanza che vieta la vendita delle sigarette elettroniche ai minori di 16 anni.

La sigaretta elettronica, in cui non si verifica combustione e di conseguenza non si ha rilascio di sostanze cancerogene prodotte nelle comuni sigarette, e' stata finora considerata sia una valida alternativa per i fumatori, ma anche un efficace metodo per disassuefarsi dal fumo di tabacco.

Tuttavia (e questa e' la motivazione dell'Ordinanza) la quantità di nicotina che queste sigarette contengono, pur minima e in concentrazioni diversificate, potrebbe indurre dipendenza ed assuefazione nell' utilizzatore, e di conseguenza un possibile passaggio alle sigarette tradizionali da parte dei minori, ottenendo alla fine uno scopo contrario a quello che si era proposto.

Secondo un parere del Consiglio Superiore di Sanità' oltre al problema dell'assenza di una regolamentazione sulla produzione delle sigarette elettroniche, mancano anche sufficienti conoscenze a proposito dei suoi possibili effetti sulla salute; infatti, dice il CSS, gli studi effettuati finora non dimostrano in modo certo che questi dispositivi possano portare ad una eliminazione della dipendenza da fumo, ne' ci sono evidenze che dimostrino il contrario.

Percio' e' stato deciso, a tutela della salute dei minori, di estendere per 12 mesi il divieto di vendita delle sigarette elettroniche ai minori, analogamente alle sigarette tradizionali.

In questo periodo si provvederà' ad un monitoraggio della situazione e si attenderà' il risultato di altri eventuali studi scientifici, dopodiché' si provvederà a

realizzare una regolamentazione vera e propria della materia.

In realtà' la motivazione addotta non appare del tutto plausibile, perché' non sembra ragionevole che dei minori non fumatori possano acquisire la dipendenza usando d' abitudine per chissà' quali motivi la sigaretta elettronica.

E' possibile invece che lo facciano dei minori già' fumatori, ed in questo caso varrebbero le ragioni che ne giustificano la libera vendita.

A meno quindi di sospetti su usi impropri della sigaretta elettronica, i 12 mesi di moratoria possono apparire piuttosto ingiustificati.

Daniele Zamperini

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE—ottobre 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

Decreto del Ministero della Salute del 08.07.11 (Gazzetta Ufficiale n. 229 del 01.10.11)

EROGAZIONE DA PARTE DELLE FARMACIE, DI ATTIVITÀ DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, PAGAMENTO DELLE RELATIVE QUOTE DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA A CARICO DEL CITTADINO E RITIRO DEI REFERTI RELATIVI A PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Con questo provvedimento vengono fornite più precise indicazioni sui servizi al cittadino che le farmacie possono implementare, alla luce della precedente legislazione sull'argomento ed alle ulteriori indicazioni fornite dal Garante per il trattamento dei dati personali

I servizi di cui trattasi sono: prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e il ritiro i relativi referti.

Sono esclusi dai servizi le prestazioni prescritte su ricettario non del Servizio sanitario nazionale, gli esami di laboratorio ad accesso diretto, le urgenze di primo e secondo livello e le prestazioni per cui sia chiaramente indicata sull'applicazione collegata al sistema CUP, una diversa modalità di prenotazione.

E' previsto che le farmacie forniscano i servizi citati secondo procedure ben definite, nel totale rispetto della privacy del paziente, la cui responsabilità è demandata al farmacista titolare della farmacia o al direttore responsabile.

La contrattazione nazionale e regionale fisserà i principi ed i criteri per la determinazione della remunerazione di questi nuovi servizi da parte del servizio sanitario, che non potrà comunque comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica.

L'accordo nazionale definirà altresì i principi ed i criteri in base ai quali i correlati accordi regionali stabiliranno i requisiti minimi di idoneità dei locali della farmacia nel cui ambito le prestazioni saranno erogate.

Fino all'entrata in vigore degli accordi regionali di cui sopra, i requisiti minimi dei locali saranno quelli previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

APERTE LE ISCRIZIONI AL MASTER IN MEDICINA GENERALE!

Sono aperte le iscrizioni al "MASTER DI SECONDO LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO" presso l' Università degli studi La Sapienza di Roma in collaborazione con S.I.A.ME.G, Società Italiana per l' Aggiornamento del Medico di Medicina Generale.

Ricordiamo che si tratta del **massimo titolo accademico raggiungibile nella Medicina Generale** e del Territorio; come e' stato dichiarato nel corso della presentazione avvenuta al Senato della Repubblica, e' in corso di studio presso le Autorita' l' attribuzione di uno specifico punteggio di carriera a tali iniziative.

In effetti e' facile verificare come sia SUL SITO DELLA FEDERAZIONE DEGLI ORDINI che sulla SCHEDA DI CENSIMENTO, il possesso di un Master e' ufficialmente segnalato, al pari di eventuali specializzazioni.

E' possibile scaricare il Bando di Concorso, il regolamento, i moduli per l' iscrizione e altre informazioni su www.scienzaeprofessione.it - Per ulteriori informazioni contattare la Segreteria SIAMEG (064746344 - siameg@tin.it)

PICCOLI ANNUNCI (PERSONALI E NON)

In questa pagina vengono riportati annunci di varie utilita'.

Sulla Home Page di www.scienzaeprofessione.it , cliccando sui link si entra nelle pagine specifiche con ulteriori dettagli, foto e filmati

Per contatti: 333.5961678 o dzamperini@gmail.com

- IL "CERCAMEDICO": elenco di medici che cercano sostituti, o cercano sostituzioni da effettuare.
- STUDIO PROFESSIONALE DISPONIBILE: a Piazza Irnerio, Roma, in studio medico avviato, sono disponibili stanze per medici di famiglia, medici specialisti, psicologi o altri professionisti. Apri per vedere la mappa e altri particolari.
- MULTIPROPRIETA' A PORTO CERVO: In vendita o in affitto. In posizione incantevole sulla spiaggia del Piccolo Pevero, Disponibile le prime due settimane di settembre, a prezzi molto vantaggiosi rispetto ai prezzi praticati dalle agenzie. All' interno foto e filmati per valutarlo.
- MMG-NET: programma di interconnessione che permette di collegare tra loro medici di famiglia che usano gestionali diversi e che consente al singolo medico di accedere ai propri archivi da postazioni diverse o addirittura da un palmare, anche quando il computer di studio e' spento. Allo stesso costo dei programmi di collegamento dei singoli gestionali.