

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 3

Marzo 2011

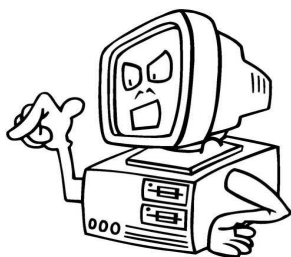


Problemi con l'uso di Dapoxetina nell' eiaculazione precoce

Mucolitici per prevenire le riacutizzazioni della BPCO



Il 17 Marzo Festa Nazionale (in cambio del 4 novembre)



Piu' rigorosa la prova del danno alla salute da computer



La Corte Costituzionale non giudica lecito il matrimonio omosessuale

Terapie complementari e alternative: l' Aglio

Quando usare gli antivirali per l'influenza

Terapie complementari e alternative: Ginko Biloba

Antidepressivi nei soggetti con malattie organiche



Timbrare il cartellino fuori sede può costituire reato!

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA

Certificati malattia da medici diversi dal Medico di Famiglia

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

Vitamina B e Omega 3 nelle malattie cardiovascolari	Pag. 3
Mucolitici per prevenire le riacutizzazioni della BPCO	Pag. 3
Stent medicati: quanto deve durare la doppia antiaggregazione?	Pag. 4
Terapie complementari e alternative: Aglio	Pag. 5
Terapie complementari e alternative: Ginko Biloba	Pag. 6
Antidepressivi per la depressione in persone con malattie organiche	Pag. 7
Quando usare gli antivirali per l'influenza	Pag. 8
Per le assunzioni degli invalidi, precedenza in base al grado di invalidita'	Pag. 9
Il cane disturba troppo? Si rischia condanna penale	Pag. 9
Timbrare il cartellino fuori sede può costituire reato	Pag. 10
La Corte Costituzionale non giudica lecito il matrimonio omosessuale	Pag. 10
Ricorso infondato? Si rischia multa maggiorata	Pag. 11
Piu' rigorosa la prova del danno alla salute da computer	Pag. 11
Attività libero professionale dei dirigenti medici	Pag. 12
Prevenzione fattori di rischio per allergie ed asma	Pag. 12
Problemi con l'uso di Dapoxetina nell' eiaculazione precoce	Pag. 12
Il 17 Marzo Festa Nazionale in cambio del 4 novembre	Pag. 12
Certificati malattia da medici diversi dal Medico di Famiglia	Pag. 13
PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE febbraio 2011	Pag. 13

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, Giuseppina Onotri

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:

dzamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

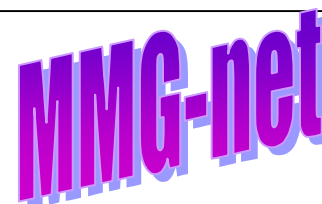
Archivio completo:

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/

Vitamina B e Omega 3 nelle 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.

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-metiltetraidrofolato (560 µg/die), vitamina B6 (3 mg/die) e vitamina B12 (20 µg/die) oppure placebo; i supplementi dietetici contenevano inoltre acidi grassi omega 3 (600 mg di acido eicosapentico 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 maggiori.

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, antilipidemici).

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 spie-

gazioni: 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>

Mucolitici per prevenire le riacutizzazioni della BPCO

I mucolitici per os riducono modestamente le riacutizzazioni nei pazienti con BPCO e bronchite cronica.

Questa revisione sistematica della letteratura si è proposta di determinare l'efficacia dei mucolitici somministrati per via orale nel ridurre le riacutizzazioni

della broncopneumopatia cronica ostruttiva o della bronchite cronica. Sono stati selezionati solo RCT in cui mucolitici per os venivano paragonati al placebo

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 almeno due mesi. Sono stati esclusi gli studi in cui venivano arruolati soggetti con asma o fibrosi cistica.

La ricerca ha permesso di ritrovare 28 RCT, per un totale di 7.042 partecipanti.

La somministrazione di mucolitici riduceva, rispetto al placebo, il numero di riacutizzazioni in maniera significativa: in media - 0,04 per mese (pari ad un riduzione del 21% per 2,4 anni).

Secondo uno studio il beneficio dei mucolitici era limitato solo ai pazienti non trattati con steroidi inalatori.

Il numero di pazienti liberi da riacutizzazioni era maggiore nel gruppo trattato con mucolitici (OR 1,93; 1,71-2,17).

Inoltre i pazienti trattati avevano meno probabilità di essere ricoverati per riacutizzazioni.

Non si sono trovate evidenze forti che il trattamento migliori la funzionalità respiratoria.

Non si è riscontrato un aumento degli effetti avversi.

Gli autori concludono che il trattamento profilattico con mucolitici orali porta ad una piccola riduzione delle riacutizzazioni ed a una riduzione del numero di giorni di disabilità. Il beneficio sembrerebbe maggiore nei pazienti che hanno riacutizzazioni frequenti o prolungate e in chi viene ricoverato frequentemente. Si dovrebbe considerare l'uso dei mucolitici

almeno durante i mesi invernali nei pazienti con BPCO moderata o severa nei quali non vengono prescritti steroidi inalatori.

Fonte:

Poole P, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17;2:CD001287.

Commento di Renato Rossi

I pazienti affetti da bronchite cronica o da BPCO possono andar incontro a riacutizzazioni più o meno frequenti, caratterizzate da aumento dell'escreato, da produzione di escreato purulento, da febbre e peggioramento della dispnea. Spesso tali episodi sono di origine virale più che batterica, ma il medico inizia ugualmente un trattamento antibiotico (anche per l'impossibilità pratica di determinare se si sono in gioco batteri o virus) e associa steroidi per via sistemica. Talora gli episodi sono di severità tale da richiedere il ricovero del paziente. Gli steroidi inalatori vengono spesso prescritti, durante le fasi di stabilità della malattia, con lo scopo non solo di migliorare la dispnea, ma anche di ridurre gli episodi acuti. Tuttavia una revisione sistemica degli RCT disponibili ha concluso che il beneficio di questa pratica è

modesto e non sembra dipendere dal livello di funzionalità respiratoria basale. Insomma, il beneficio degli steroidi inalatori nel ridurre gli episodi acuti nella BPCO sembrerebbe essere sovrastimato [1].

Ben venga quindi qualsiasi trattamento in grado di ridurre le riacutizzazioni ed i ricoveri. I mucolitici per os potrebbero essere utili, perlomeno in alcuni pazienti, tanto più che, per solito, si tratta di farmaci ben tollerati e con scarsi effetti collaterali.

Attualmente, però, questi farmaci sono a totale carico del paziente e questo potrebbe costituire una limitazione al loro utilizzo.

Alcuni punti, infine, meriterebbero ulteriori studi: i mucolitici sono effettivamente efficaci solo in chi non viene trattato contemporaneamente con steroidi inalatori? Esiste qualche mucolitico più efficace degli altri?

Referenze

1. Agarwal R, Aggarwal AN, Gupta D, et al. Inhaled corticosteroids vs placebo for preventing COPD exacerbations: a systematic review and metaregression of randomized controlled trials. Chest. 2010 Feb;137:318-25.

Stent medicati: quanto deve durare la doppia antiaggregazione?

E'ancora incerto quanto debba durare la doppia antiaggregazione dopo l'impianto di uno stent medicato.

In due trials sono stati arruolati 2701 pazienti cui era stato impiantato uno stent eluente farmaci e che erano stati liberi per 12 mesi da eventi gravi cardiovascolari, cerebrovascolari ed emorragici. I partecipanti sono stati trattati con ASA oppure ASA associato a clopidogrel.

L'endpoint primario era di tipo composto: infarto miocardico e morte da cause cardiache.

La durata media del follow up è stata di 19,2 mesi. A due anni il rischio cumulativo di andar incontro all'endpoint primario fu dell'1,8% con la doppia antiaggregazione e dell'1,2% con ASA (HR 1,65; 0,80-3,36; p = 0,17).

Il rischio individuale di infarto miocardico, ictus, trombosi dello stent, necessità di ripetere la rivascolarizzazione, emorragie maggiori e morte da ogni causa non differiva tra i due gruppi.

Nel gruppo a doppia antiaggregazione si ebbe un rischio aumentato, anche se staticamente non significativo, di infarto miocardico, ictus, morte da ogni causa (HR 1,73; 0,99-3,00; p = 0,051) e del rischio di infarto, ictus, morte da cause cardiache (HR 1,84; 0,99-3,45; p = 0,06).

Gli autori concludono che protrarre la doppia antiaggregazione per un periodo superiore ai 12 mesi nei pazienti a cui sia stato impiantato uno stent medicato non riduce il rischio di infarto miocardico o morte da ogni causa. Questi risultati dovrebbero essere confermati da trials di maggiori dimensioni e con follow up

più lungo.

Fonte:

Park S-J et al. Duration of Dual Antiplatelet Therapy after Implantation of Drug-Eluting Stents
N Engl J Med Apr 15; 362:1374-1382

Commento di Renato Rossi

Dopo l'impianto di uno stent medicato viene consigliata la doppia antiaggregazione con ASA e clopidogrel per almeno 12 - 18 mesi, al fine di evitare la trombosi dello stent stesso. In alcuni casi ad alto rischio, come per esempio soggetti che sono andati incontro a infarto o restenosi durante la doppia antiaggregazione si consiglia di continuare con il clopidogrel per periodi prolungati, se non sine die.

In realtà la durata ottimale della doppia

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/

antiaggregazione non è nota ed un editoriale di commento [1] sottolinea che non sappiamo ancora per quanto tempo si debba protrarre questa pratica dopo l'impianto di uno dei "devices" più usati al mondo.

In effetti gli stent medicati hanno soppiantato quasi del tutto gli stent metallici che, ormai, vengono usati solo in casi selezionati. Gli stent metallici richiedono, in genere, una doppia antiaggregazione solo per i primi 3 mesi dopo l'impianto e, così, vengono preferiti nei pazienti che devono assumere warfarin (per esempio per la presenza di una fibrillazione atriale cronica o una protesi metallica di una valvola cardiaca) oppure in quelli ad alto rischio emorragico o che devono sottoporsi a breve ad un intervento chirurgico non procrastinabi-

le.

Lo studio recensito in questa pillola tenta di rispondere alla domanda sulla durata della doppia antiaggregazione nel caso di stent medicati. Tuttavia, come fa notare l'editoriale di accompagnamento, presenta molte limitazioni: anzitutto si tratta dell'analisi ad interim di due trial (REAL-LATE e ZEST-LATE) che hanno, comunque, una potenza statistica limitata. Gli eventi dell'endpoint primario che si sono verificati sono stati meno del 25% di quelli ipotizzati, sottolinea l'editoriale, i pazienti all'inizio dell'arruolamento erano tutti a basso rischio ed erano trattati anche con cilastazol nel primo anno e non è noto se questo farmaco possa aver influito sui risultati stessi. Infine, durante lo studio il 17% dei soggetti trattati con la doppia antiag-

gregazione smise di assumere il clopidogrel e il 6% del gruppo ASA, al contrario, lo iniziò.

Tutto questo impedisce di poter considerare come definitivi i risultati di Park e collaboratori.

Non resta che concludere con una chiusa che ormai sta diventando sempre più frequente negli studi pubblicati: sono necessari studi con maggiore casistica, con follow up prolungato e con disegno apposito per poter rispondere alla domanda del titolo di questa pillola.

Referenze

1. Berger PB. Optimal Duration of Clopidogrel Use after Implantation of Drug-Eluting Stents — Still in Doubt. *N Engl J Med* 2010 Apr 15; 362:1441-1443

Terapie complementari e alternative: Aglio

Recenti studi su Aglio e Dislipidemia

Dislipidemia

N.1

Gli studi sull'aglio (*Allium Sativum*) per i suoi effetti ipolipidemici sono molto contrastanti.

Il meccanismo attraverso il quale l'aglio abbassa il colesterolo è abbastanza sconosciuto, ma si è ipotizzato coinvolgere la ridotta ossidazione delle LDL e la inibizione della sintesi del colesterolo. L'obiettivo di questo studio-parallelo era di paragonare gli effetti dell'aglio crudo e di 2 supplementi commerciali a base di aglio di formulazioni varie sulle concentrazioni di lipidi plasmatici in 192 adulti con dislipidemia dopo 6 mesi di trattamento.

La misura dell'esito primario erano le concentrazioni di LDL. I partecipanti sono stati arruolati se le loro concentrazioni di LDL erano tra 130-190 mg/dL, i livelli dei loro trigliceridi inferiori a 250 mg/dL, e se il loro BMI era tra 19 e 30. I bracci dello studio comprendevano il placebo (4 o 6 tavolette), l'aglio crudo, (4 grammi miscelati e serviti in sandwich), 4 tavolette di aglio in polvere (Garlicin, Nature's Way: due volte la

dose raccomandata) e 6 tavolette di aglio stagionato in polvere (Kyolic-100 Wakunaga of America Co: 1-1/2-3 volte la dose raccomandata).

Le formulazioni di aglio crudo e di Garlicin avevano un contenuto di aglio secco lievemente inferiore rispetto al Kyolic.

Le dosi consumate di Garlicin erano considerevolmente più elevate di quelle usate in precedenti trial clinici.

Tutti i partecipanti hanno ricevuto gli identici sandwich, e per il gusto caratteristicamente forte dell'aglio, il gruppo randomizzato ad aglio crudo non era blindato.

Dopo 2 settimane di sandwich placebo, i partecipanti sono stati randomizzati per 26 settimane di trattamento.

Le concentrazioni lipidiche sono state misurate all'inizio, prima della randomizzazione, e poi mensilmente per 5 mesi, e alla fine della fase di trattamento. A tutti i pazienti è stata data la stessa dieta controllata.

Dopo 26 settimane di trattamento, non vi erano differenze significative in nessuna delle concentrazioni lipidiche nel gruppo trattamento.

Le concentrazioni di LDL non si erano ridotte significativamente rispetto a

quelle basali in nessun braccio di trattamento (Valore di p 0.54).

Non sono state rilevate differenze tra gruppi di attività fisica, peso o introito dietetico di acidi grassi saturi, fibre o calorie.

L'aderenza alle tavolette era stata del 91-94% nei bracci trattamento e del 96-97% ai sandwich.

Questo lavoro, ben condotto, è stato tarato per rilevare modeste differenze delle concentrazioni di LDL, che non sono state trovate. Inoltre, sono state usate dosi più elevate di quelle raccomandate per due prodotti commerciali. Probabilmente i risultati discordanti di studi precedenti sono dovuti ai differenti disegni di studio.

- Gardner CD, Lawson LD, Block E, et al. Effect of raw garlic vs commercial garlic supplements on plasma lipid concentrations in adults with moderate hypercholesterolemia. *Arch Intern Med* 2007;167:346-353.

N.2

La proposta di questo studio era di valutare gli effetti di una nuova formulazione di polvere di aglio a rilascio prolungato in uomini mediamente iperlipidemici.

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/

Questo trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo, ha incluso 42 uomini di età 35–70 con colesterolo totale tra 224–270 mg/dL, LDL 135–178 mg/dL, e HDL 25–75 mg/dL.

Prima della randomizzazione, i partecipanti sono stati sottoposti a 4 settimane di trattamento con dieta ipolipidica, seguite da una fase di 4-settimane di dieta ipolipidica in aggiunta al placebo (una tavoletta due volte al dì).

Successivamente sono stati randomizzati a tavolette di polvere d'aglio a rilascio prolungato (Allicor) 600 mg due volte al dì o placebo per 12 settimane.

Entrambi i tipi di tavolette sono stati confezionati in modo da avere la stessa forma, lo stesso gusto e lo stesso odore.

La randomizzazione è stata stratificata per età, colesterolo totale ed LDL, valori di glicemia, pressione sistolica e diastolica, storia di fumo e storia familiare, BMI, consumo di alcool, e storia cardiovascolare.

I livelli di lipidi sono stati misurati all'inizio, dopo 4 settimane di dieta, alla

randomizzazione, e dopo 4, 8, e 12 settimane di studio.

Dopo 8 settimane di fase run, la media dei valori di LDL si era mediamente ridotta (P=NS). Dopo 12 settimane di trattamento, l'aglio aveva ridotto significativamente i valori di LDL rispetto a placebo (169 ± 8 mg/dL vs 196 ± 6 mg/dL, p<0.05).

Le concentrazioni di HDL si erano ridotte significativamente nel gruppo aglio rispetto al valore basale, ma non rispetto a placebo.

I valori di colesterolo totale si erano ridotti del 7.6 ± 2.4% nel gruppo aglio rispetto al momento della randomizzazione (95% IC 2.7–12.5, p=0.004), ed erano dell'11.5% più bassi rispetto al gruppo placebo (p=0.003) alla fine dello studio.

L'uso di un supplemento di aglio a lunga durata di azione in questo studio è notevole, considerati i noti problemi di assorbimento con *Allium Sativum*, l'ingrediente attivo dell'aglio.

Come in precedenti studi con supple-

menti di aglio, non è noto se questi effetti ipolipidemici rimarrebbero tali dopo trattamenti a lungo termine.

Soprattutto, le discrepanze esistenti tra gli studi sull'aglio si potrebbero spiegare con la inconsistenza dei dosaggi, le varie preparazioni di aglio con farmacocinetiche imprevedibili, e le differenti popolazioni in studio.

Sobenin IA, Andrianova IV, Demidova ON, Gorchakova TV, Orekhov AN. Lipid-lowering effects of time-released garlic powder tablets in double-blinded placebo-controlled randomized study. J Atheroscler Thromb 2008;15:334–338.

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

Terapie complementari e alternative: Ginkgo Biloba

Una revisione sull'efficacia della Ginkgo Biloba nell'arteriopatia periferica

Malattia Vascolare Periferica

Questa metanalisi ha valutato l'efficacia del Ginkgo biloba per la claudicatio intermittens, includendo trial clinici randomizzati ricercati su MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, AMED, CISCOM, e sulla Cochrane Library.

I dati sono stati ricavati anche da bibliografie di studi e articoli di revisione, così come da produttori di prodotti commerciali di Ginkgo.

Sono state ricercate informazioni aggiuntive dagli autori delle pubblicazioni. Gli studi sono stati inclusi se erano randomizzati, in doppio cieco e controllati vs placebo.

Gli studi che hanno utilizzato il Ginkgo in combinazione con altri farmaci o che non valutavano la distanza di marcia sono stati esclusi.

La misura di esito comune era la distanza di cammino libera da dolore.

IL cambiamento medio rispetto al basale

veniva usato per determinare la differenza tra il Ginkgo e il placebo.

Sono stati inclusi per l'analisi 8 trial.

Sette dei quali davano favorito il Ginkgo biloba rispetto al placebo per la distanza di cammino libera da dolore, sebbene soltanto 4 avessero notato differenze statisticamente significative tra i gruppi.

Nondimeno, l'insieme statistico ha mostrato una differenza significativa della distanza di cammino libera da dolore con il Ginkgo (differenza media pesata: 34 metri, 95% IC 26–43 metri).

Tre trials, che comprendevano il 51% dei pazienti studiati in questa metanalisi, avevano metodologie simili nel dosaggio di Ginkgo biloba e nella durata dello studio (24 settimane).

Anche l'insieme di questi studi ha mostrato differenze significative con il Ginkgo per la distanza di cammino libera da dolore (differenza media pesata 33 metri, 95% IC 22–43 metri).

Dei 7 studi che hanno riportato la distanza massima di cammino, sei hanno trovato differenze significative in favore del Ginkgo; il range di miglioramento

era ampio, da 36 a 189 metri.

Vi erano troppo pochi studi per determinare se i publication bias avessero influenzato i risultati complessivi di questa analisi.

Da notare che soltanto 1 trial aveva riportato procedure di randomizzazione. Inoltre, nessuno degli studi crossover ha riportato un periodo di washout. Complessivamente, questa analisi ha mostrato che il cammino libero da dolore è statisticamente aumentato con il Ginkgo, sebbene non sia chiaro se questi miglioramenti siano clinicamente significativi.

Pittler MH, Ernst E. Ginkgo Biloba extract for the treatment of intermittent claudication: a meta-analysis of randomized trials. Am J Med 2000;108:276–281.

I componenti attivi del Ginkgo biloba, i flavonoidi e i terpeni, hanno potenziali effetti vasodilatatori che possono essere di beneficio nella malattia arteriosa periferica (PAD).

La proposta di questo studio era di valu-

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/

tare la formulazione EGb 761, che contiene il 24% di flavonoidi e il 6% di terpeni, sulla massima distanza di cammino al tappeto libera da dolore in pazienti con PAD.

L'endpoint primario era il tempo Massimo di cammino al tappeto; I ricercatori hanno stimato che fossero necessary 30 partecipanti per gruppo.

Questo trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo, ha arruolato 62 adulti con un indice cavaglia/braccio (ABI) < 0.9.

Inoltre, i soggetti arruolati erano in grado di camminare al tappeto a 2 mph e ad un grado del 10% per almeno un minuto e meno di 10 minuti, con almeno un 25% di calo dell'ABI in 1 minuto dopo il test al tappeto e meno del 25% di variabilità tra 2 test al tappeto.

I partecipanti sono stati istruiti ad assumere 3 tavolette di EGb761 (60 mg ciascuna) o placebo cn la prima colazione, e 2 con il pranzo, ogni giorno, per 4 mesi.

All'inizio e a 4 mesi, veniva fatto il test al tappeto, supervisionato da un infermiere professionale.

Ai partecipanti veniva detto di camminare finchè non potevano più continuare, e veniva chiesto di stimare il loro dolore alle gambe ogni 30 secondi durante l'esercizio utilizzando una scala a 4 punti.

La vasodilatazione mediata di flusso (FMVD) era misurata con ultrasuoni

all'inizio e alla fine dello studio.

Veniva prelevato del sangue all'inizio e alla fine dello studio per misurare l'LDL.

Dai partecipanti veniva completato un questionario Walking Impairment, che stimava il grado di difficoltà al cammino, e la qualità di vita veniva valutata utilizzando il questionario SF-36.

L'aderenza complessiva era del 94% e del 92% nel placebo e nei gruppi Ginkgo, rispettivamente.

Il tempo di inizio del dolore aumentava di 15 ± 31 secondi nel gruppo placebo e di 21 ± 43 secondi nel gruppo Ginkgo ($p=0.28$).

L'aumento medio del tempo di cammino fino al dolore massimo era aumentato del 40% nel gruppo Ginkgo e del 10% nel gruppo placebo ($p=0.12$).

Le modifiche del FMVD dalla linea basale avevano favorito il gruppo Ginkgo ma la differenza di significato statistico era piccola ($p=0.24$).

In maniera simile, non si sono notate modifiche significative dell'IDL o del questionario Walking Impairment. Tuttavia, per uno dei componenti dell'SF-36, definito "ruolo fisico", le modifiche del score tra 4 mesi e linea basale erano più alte nel gruppo Ginkgo rispetto a placebo (17 ± 29 vs. -6 ± 35 ; $p=0.009$, aggiustato $p=0.03$).

Sebbene I risultati dell'endpoint primario non raggiungessero la significatività statistica, il trend era in favore del Gin-

kgo.

Ancora degno di nota, vi era un piccolo numero di individui in entrambi i gruppi, Ginkgo e placebo (N=6 e 5, rispettivamente) con tempi di cammino basali ai livelli aliti dei criteri di inclusione, tra 5 e 10 minuti.

Dopo il trattamento, quelli del gruppo Ginkgo avevano aumentato drammaticamente i loro tempi di cammino, mentre quelli del gruppo placebo no.

E' plausibile, pertanto, che individui con PAD più grave e tempi di cammino più brevi potrebbero essere meno responsivi alla terapia.

Inoltre, i ricercatori non hanno riportato gli eventi avversi, che avrebbero potuto essere utili per determinare l'utilità clinica delle formulazioni di Ginkgo.

Gardner CD, Taylor-Piliae RE, Kiazand A, et al. Effect of Ginkgo biloba on treadmill walking time among adults with peripheral artery disease. J Cardiopulm Rehab Prev 2008;28:28-265.

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

Antidepressivi per la depressione in persone con malattie organiche

Gli antidepressivi sembrano essere utili nel trattamento della depressione e dovrebbero essere presi in considerazione per soggetti con malattie organiche anche se l'entità del beneficio potrebbe essere esagerata a causa di bias di pubblicazione e di reporting.

Esiste un rischio aumentato di depressione in persone con una malattia fisica. La depressione è associata a ridotta aderenza al trattamento, prognosi peggiore, aumentata disabilità e più elevata mortalità in molte malattie fisiche. Gli antidepressivi sono efficaci nel trattamento della depressione in popolazioni fisica-

mente sane, ma vi è meno chiarezza riguardo l'appropriatezza d'uso in pazienti con malattie organiche.

Questa revisione aggiorna la revisione Cochrane di Gill (2000), che aveva trovato che gli antidepressivi erano efficaci per la depressione in malattie organiche. Dalla revisione di Gill vi sono stati ampi trial che hanno valutato l'efficacia degli antidepressivi in questo contesto.

Gli autori hanno usato i metodi standard raccomandati dalla Cochrane per identificare e selezionare studi e per raccogliere ed analizzare l'informazione.

Hanno effettuato ricerche su Electronic searches of the Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group

(CCDAN) trial registers e sul Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) e sui database bibliografici standard, quali MEDLINE, EMBASE e PsycINFO.

Sono stati selezionati trial che paragonavano l'efficacia degli antidepressivi rispetto al placebo nel trattamento della depressione in adulti con malattie organiche; la depressione ha incluso le diagnosi di depressione maggiore, di disturbi dell'adattamento e di distimia.

L'outcome primario era l'efficacia dopo 6-8 settimane dalla randomizzazione. La tollerabilità è stata valutata paragonando il numero di sospensioni e di eventi avversi.

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/

Risultati

Sono stati inclusi nella revisione 51 studi con 3603 partecipanti. I dati di efficacia per l'outcome primario hanno fornito una OR di 2.33, CI 1.80-3.00, $p < 0.00001$ (25 studi, 1674 pazienti) a favore degli antidepressivi. Entrambe le classi di antidepressivi, gli antidepressivi triciclici (TCAs) e gli inibitori del reuptake della serotonina (SSRIs), hanno dimostrato di essere più efficaci del placebo.

Gli antidepressivi hanno migliorato i sintomi depressivi in 4-5 settimane di trattamento ed il loro beneficio persisteva dopo 18 settimane.

Tuttavia, i pazienti che assumevano un antidepressivo avevano maggiori probabilità di sperimentare disfunzione ses-

suale e secchezza delle fauci, e di sospendere i farmaci dopo 6-8 settimane di trattamento.

Sulla base di questa revisione non esistono fondamenti per raccomandare un antidepressivo piuttosto di un altro.

Gli autori concludono che gli antidepressivi sembrano essere utili nel trattamento della depressione e dovrebbero essere presi in considerazione per soggetti con malattie organiche. E' probabile che i bias di pubblicazione e di reporting abbiano esagerato l'ampiezza dell'effetto ottenuto, per cui sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'efficacia comparativa e la tollerabilità di particolari antidepressivi in questa popolazione.

Fonte:

Rayner L et al. Antidepressants for depression in physically ill people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, Issue 3. Art. No.: CD0075-03 DOI

Commento di Patrizia Iaccarino

Ovviamente, la decisione di prescrivere antidepressivi da parte del medico va presa valutando caso per caso la patologia cronica, l'entità della sintomatologia depressiva e il suo impatto sulla qualità di vita, ma anche, le preferenze dei pazienti e le possibili controindicazioni o le possibili interazioni con altri farmaci assunti dal paziente.

Quando usare gli antivirali per l'influenza

Linee guida dei CDC americani per la prescrizione degli antivirali nell'influenza.

Sono state licenziate dagli US Centers for Disease Control and Prevention Advisory Committee on Immunization Practices le linee guida per l'uso degli antivirali nell'influenza.

Le linee guida osservano che sono attualmente autorizzati quattro antivirali (oseltamivir, zanamivir, amantadina, rimantadina), tuttavia il trattamento è influenzato dalla comparsa negli anni scorsi di ceppi virali resistenti.

Le principali raccomandazioni sono riassunte nella scheda sottostante.

1. Gli antivirali dovrebbero essere iniziati appena possibile nei casi di influenza grave, complicata o progressiva o che necessitano di ricovero ospedaliero.

2. Per confermare la presenza di influenza si possono usare vari test: test rapidi, immunofluorescenza, reverse transcription-polymerase chain reaction, cultura virale.

3. Gli antivirali dovrebbero essere prescritti nei casi con diagnosi certa o sospetta se il paziente ha meno di 5 anni o

più di 65 anni oppure se vi sono condizioni di comorbidità: pneumopatie croniche (inclusa l'asma), malattie cardiovascolari (eccettuata l'ipertensione isolata), malattie epatiche, renali o ematologiche (compresa la falcemia) e disordini metabolici (incluso il diabete), malattie neurologiche (paralisi cerebrale, epilessia, ictus, ritardo mentale, ritardo dello sviluppo moderato-grave, distrofia muscolare, lesioni spinali), immunosoppressione, gravidanza (fino a due settimane dopo il parto), obesità grave.

Altri soggetti ritenuti a rischio di complicanze e quindi meritevoli di trattamento sono pazienti fino a 18 anni in trattamento cronico con ASA e soggetti in case di riposo.

In tutti i casi un ruolo decisivo nel decidere chi sottoporre al trattamento è rivestito dal giudizio clinico del medico.

4. I farmaci consigliati sono oseltamivir e zanamivir; la durata del trattamento deve essere di 5 giorni, tuttavia la terapia può protrarsi per periodi maggiori nei pazienti gravi ospedalizzati o negli immunosoppressi.

Oseltamivir e zanamivir possono essere usati sia nel caso di influenza da virus 2009 H1N1, sia da virus A (H3N2), sia da virus B oppure quando il tipo di virus influenzale non è noto.

5. Per il trattamento o la chemioprolifassi di bambini di meno di un anno il farmaco di scelta è l'oseltamivir.

6. Possono essere trattati anche pazienti ambulatoriali con influenza confermata o sospetta senza fattori di rischio purché il farmaco sia prescritto entro 48 ore dall'inizio dei sintomi.

7. La scelta se usare la chemioprolifassi post esposizione dipende da vari fattori: tipologia del paziente, tipo e durata del contatto, raccomandazioni delle locali autorità sanitarie, giudizio clinico. Le linee guida sottolineano che una chemioprolifassi indiscriminata può aumentare il numero degli effetti collaterali dei farmaci (di solito, peraltro, lievi e autolimitati) senza corrispondenti benefici, oltre a facilitare l'emergere di ceppi virali resistenti.

La chemioprolifassi, con oseltamivir o zanamivir, deve essere iniziata entro 48 ore dalla esposizione e deve durare circa 10 giorni.

8. La profilassi pre esposizione deve essere usata solo nei pazienti a rischio molto elevato di complicanze (per esempio gravi immunodepressi) che non possono essere protetti in altro modo dalla esposizione. La durata di questo tipo 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/

profilassi dovrebbe teoricamente coprire tutto il periodo dell'attività influenzale, tuttavia, al momento, non esisitono studi al riguardo per una durata superiore alle sei settimane.

Fonte:

Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Recommendations and Reports

Morbidity and Mortality Weekly Report January 21, 2011 / 0(RR01);1-24. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6001a1.htm?s_cid=rr6001a1_w

Commento di Renato Rossi

Quale potrà essere l'impatto di queste linee guida sul comportamento dei medici? Difficile da prevedere. Il punto critico è quello che prevede che il trattamento può essere preso in considerazi-

one anche in soggetti ambulatoriali senza fattori di rischio per complicanze, purchè iniziato entro 48 ore dai sintomi. Non vorremmo che preoccupazioni di tipo meidco legale (medicina difensiva) portasse ad un uso indiscriminato degli antivirali con il duplice rischio di far emergere in futuro ceppi virali resistenti e di portare ad una carenza di farmaci per i soggetti che più ne avrebbero bisogno.

Per le assunzioni degli invalidi, precedenza in base al grado di invalidità'

I corretti criteri su cui basare la scelta in merito all' assunzione di soggetti compresi nelle categorie protette aventi diritto al collocamento obbligatorio sono stati chiariti dal Consiglio di Stato: conta il grado di invalidità'.

I fatti:

Una invalida, respinta in un concorso presso un Comune per la copertura di un posto di esecutore dattilografo riservato alle categorie protette ex L. n. 482/1968, proponeva ricorso al TAR ha sostenendo l' illegittimità' del concorso contestando l' omessa predeterminazione nel bando dei criteri di valutazione nonché l' omessa valutazione del suo titolo di studio. Il TAR aveva respinto il suo ricorso, per cui si era rivolta al Consiglio di Stato.

Il Consiglio di Stato con sentenza n.

7626 del 26 ottobre 2010 ha respinto il ricorso confermando la sentenza del TAR e affermato che la selezione fa effettuata in base al dettato della legge 11.3.1988, n. 67 la quale, nell'art. 24, comma 3, ult. periodo, dispone che "... La scelta in ordine alle assunzioni obbligatorie di cui all'art. 12, L. 2 aprile 1968, n. 482, deve essere effettuata sulla base del maggior grado di mutilazione o invalidità del soggetto, dell'idoneità del soggetto allo svolgimento delle mansioni relative al posto da ricoprire e del possesso dei requisiti richiesti per l'accesso al pubblico impiego, salvo quello dell'idoneità fisica...".

"l'omessa valutazione del titolo di studio posseduto dalla ricorrente - specifica la Corte - non dipende da alcuna illegittimità, ma dal fatto che l'assenza di criteri fissati nel bando ha determinato l'appli-

cazione del citato art. 24, comma 3, che non fa riferimento al titolo di studio." "In assenza di una posizione di parità con riguardo al criterio dell'idoneità alle mansioni da svolgere non era, quindi, possibile utilizzare i residuali criteri, invocati dall'appellante, della anzianità anagrafica e di iscrizione nelle liste di collocamento."

In altre parole, se il bando di concorso non indica criteri specifici a cui attenersi, vale la regola generale che dispone che la graduatoria debba essere fatta in base al grado di invalidità', e non può interessare il fatto che altri concorrenti con un grado inferiore di invalidità' possano vantare titoli più' specifici o di grado superiore.

Il cane disturba troppo? Si rischia condanna penale

Gia' in un precedente articolo abbiamo riferito della condanna al risarcimento danni emessa dalla Cassazione Civile (http://www.scienzaeprofessione.it/notti_insonni_cane.htm) nei confronti del proprietario di un cane troppo chiasoso. Ora anche la Cassazione Penale dice la sua

Il caso che ha dato origine alla questione e' quello di una coppia proprietaria di due cani pastori che nelle ore notturne, dal cortile di casa, abbaivano sistemati-

camente in modo assai molesto per i vicini, causando una denuncia da parte di questi.

La Corte (I Sez Penale, n. 715/2010) ha ribadito il principio che il proprietario di un cane deve evitare che sia arrecato disturbo ai vicini di casa, incorrendo, in caso contrario, nel reato di "Disturbo delle occupazioni o del riposo delle persone" previsto dall'art. 659 c.p.. Si tratta, spiega la Corte, di un reato in cui "l'elemento psicologico dell'illecito è

costituito dalla mera volontarietà della condotta".

Non e' necessari nemmeno provare l' intenzione dell' agente di disturbare la quiete pubblica.

Ma sono sufficienti le oggettive circostanze di fatto.

Il reato si concretizza quando il fatto di per se' risulta idoneo ad "arrecare fastidio a un numero indeterminato di persone" anche a prescindere dal fatto che sia provato l'effettivo disturbo arrecato.

Va quindi condannato - conclude la Cor-

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/

te - chi nonostante le proteste ripetute dei vicini non impedisce al proprio cane di abbaire durante le ore di riposo.

Timbrare il cartellino fuori sede puo' costituire reato

A causa del clima di rigore instaurato nel pubblico impiego occorre fare molta attenzione al rispetto anche formale delle regole e dei tempi lavorativi: commette illecito non solo chi timbra fraudolentemente il cartellino marcatempo (vedi http://www.scienzaeprofessione.it/publico_dipendente_non_timbra.htm oppure <http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=4&mode=thread&order=0&thold=0>)

ma anche chi lo timbra fuori sede senza autorizzazione

(Cass. Penale sez II n. 38/2011)

Il caso in oggetto vede implicata un'impiegata ASL accusata di truffa per aver timbrato il cartellino in luogo diverso da quello di lavoro senza preventiva auto-

rizzazione.

Il Giudice di primo grado dichiarava non luogo a procedere perché il fatto non sussiste, ritenendo non provato che l'imputata non fosse stata autorizzata a recarsi fuori sede per ragioni di lavoro, e ritenendo che non sussistessero gli artifici o raggiri che concretizzassero la truffa.

Avverso tale sentenza la ASL ricorreva in Cassazione precisando la sussistenza di un ingiusto profitto a danno dell'Azienda, in quanto le registrazioni fuori sede avrebbero consentito all'impiegata di beneficiare di compenso straordinario.

La Suprema Corte, con la sentenza n. 38 del 4 gennaio 2011, riteneva fondato il ricorso, ribadendo il principio di diritto secondo cui "la falsa attestazione del pubblico dipendente, circa la presenza in

ufficio riportata sui cartellini marcatempo o nei fogli di presenza, è condotta fraudolenta, idonea oggettivamente ad indurre in errore l'amministrazione di appartenenza circa la presenza sul luogo di lavoro, e integra il reato di truffa aggravata, ove il pubblico dipendente si allontani senza far risultare, mediante timbratura del cartellino o della scheda magnetica, i periodi di assenza, sempre che siano da considerare economicamente apprezzabili".

Inoltre veniva evidenziato come tale condotta impedisse un controllo sulla circostanza che l'impiegata continuasse effettivamente l'attività lavorativa, per cui la sentenza di assoluzione e' stata annullata con rinvio al Tribunale per un nuovo esame.

La Corte Costituzionale non giudica lecito il matrimonio omosessuale

Il Tribunale di Ferrara ha investito, con articolate motivazioni, la Corte Costituzionale sull'argomento dei matrimoni omosessuali; la Corte ha respinto la questione perché inammissibile e manifestamente infondata. (Ordinanza n. 4 del 2011)

Il Giudice di merito aveva eccepito l'illegittimità degli articoli del Codice Civile a che ha sollevato la questione di legittimità costituzione di alcuni articoli del codice civile nella parte in cui non consentono che le persone dello stesso sesso possano contrarre matrimonio (artt. 93, 96, 98, 107, 108, 143, 143-bis, 156-bis e 231).

Tali norme, non consentendo matrimonio omosessuali avrebbero violato i principi contenuti negli artt. 2, 3 e 29, comma 1 della Costituzione.

Era stato fatto riferimento, a sostegno della tesi di illegittimità, alla legge 164 del 1982, (legge sulla rettificazione dell'attribuzione sessuale).

Era stato rilevato come, mentre il transgender, che subisce un'operazione e dopo la sentenza di rettificazione di sesso sui registri anagrafici, può contrarre matrimonio, l'omosessuale non può ancora farlo.

Per questo "non appare giustificata la discriminazione tra coloro che hanno un naturale orientamento psichico che li spinge ad una unione omosessuale, e non vogliono effettuare alcun intervento chirurgico di adattamento, né ottenere la rettificazione anagrafica per conseguire un'attribuzione di sesso contraria al sesso biologico, ai quali è precluso il matrimonio, e i transessuali, che sono ammessi al matrimonio pur appartenendo allo stesso sesso biologico ed essendo incapaci di procreare. (...).

Secondo i giudici costituzionali non sarebbe invece possibile celebrare matrimoni tra soggetti dello stesso sesso.

La parità di diritti per i cittadini omoses-

suali potrà dirsi realizzata soltanto regolando la propria vita e i propri rapporti giuridici e patrimoniali optando fra le stesse alternative che sono a disposizione dei cittadini transessuali ed eterosessuali".

La Corte ha citato altre due precedenti sentenze in materia, la n. 138/2010 e 276/2010, (dalle quali ha ritenuto di non doversi discostare) ed ha respinto l'istanza ritenendo la questione manifestamente infondata e inammissibile. Infatti, sottolinea la Corte, "l'art. 29 Cost. si riferisce alla nozione di matrimonio definita dal codice civile come unione tra persone di sesso diverso, e questo significato del precetto costituzionale non può essere superato per via ermeneutica, sia perché (in ordine all'art. 3 Cost.) le unioni omosessuali non possono essere ritenute omogenee al matrimonio".

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/

Ricorso infondato? Si rischia multa maggiorata

Il Giudice investito del ricorso da un automobilista che abbia torto, può aumentare la cifra dell'ammenda (Cass. Sez. Unite N. 2534/2010)

La Cassazione ha stabilito che, qualora un automobilista presenti opposizione

ad una sanzione irrogata per una violazione al codice della strada, qualora l'automobilista abbia torto, rischia non solo di perdere la causa e di pagare le spese legali ma anche di vedersi aumentata la sanzione.

Infatti, dice la Corte, in caso di opposi-

zione a verbale, "il giudice può applicare, anche d'ufficio, una sanzione superiore a quella prevista in caso di mancato ricorso, sempre secondo il suo libero convincimento e, ovviamente, nei limiti edittali".

Più rigorosa la prova del danno alla salute da computer

Troppo lavoro al computer? Il danno alla salute deve essere provato, non solo presunto

TAR Lazio (Sent. 35028 del 2/12/2010): Non può essere accolta la pretesa al risarcimento del danno alla salute, derivante dall'espletare la propria attività lavorativa tutti i giorni usando i computer per più di quattro ore al giorno, in posizioni posturali e di luminosità precarie, qualora sia carente la dimostrazione del pregiudizio subito ed in assenza anche di un qualsiasi principio di prova.

I Fatti: Alcuni dipendenti pubblici avevano presentato richiesta di risarcimento per danno da stress per l'eccessivo uso dei videoterminali. I lavoratori sostenevano di aver subito un'esposizione diret-

ta e continua, comunque superiore alle quattro ore al giorno, ad onde elettromagnetiche in grado di produrre danni irreversibili sulla vista e sul sistema nervoso, provocando alterazioni anche psicosomatiche.

I ricorrenti, tenendo conto che in occasione precedente (Sentenza n. 29465 del 31 luglio 2010) in un caso analogo la richiesta risarcitoria era stata respinta a causa della mancanza di prove relative al danno subito, presentavano circolari, studi ed opuscoli relativi alle problematiche e alle conseguenze dell'esposizione ai video terminali.

I Magistrati hanno respinto il ricorso dei dipendenti affermando che "ancorché tale corposo apparato documentale possa tornare utile ad un aggiornamento

sulle problematiche in questione, esso non appare sufficiente a provare il danno che ciascun ricorrente possa avere tratto dalla adibizione a videoterminali e PC, dal momento che affronta la problematica in generale, laddove la prova del danno passa, secondo i principi civilistici in materia, per la dimostrazione anzitutto dell'evento causativo, del nesso di causa e dell'elemento soggettivo presente in chi tale danno avrebbe prodotto." In altre parole, non basta dimostrare in termini generali che una certa situazione è idonea a provocare un danno alla salute, bisogna che questo danno sia concreto e specificamente dimostrato caso per caso.

Attività libero professionale dei dirigenti medici

Publicato l'Accordo Stato-Regioni concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio sanitario nazionale. (Repertorio atti n. 198/CSR). 18 novembre 2010, Gazzetta Ufficiale n. 6 del 10.01.11

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,
- la verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale mediante l'istituzione di organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rap-

presentative della dirigenza medica e anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

E' possibile scaricare il provvedimento integrale su www.medicoeleggi.it

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/

Prevenzione dei fattori di rischio per allergie ed asma

Publicato l' Accordo Stato-Regioni «Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie ed asma». 18 novembre 2010, Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13.01.11

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 fre-

quentati 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.

Il testo completo e' scaricabile da www.medicoeleggi.it

Problemi con l' uso di Dapoxetina nell' eiaculazione precoce

L' esame degli studi effettuati sulla Dapoxetina nel trattamento dell' eiaculazione precoce evidenziano alcuni dubbi sulla sua effettiva utilita'.

Nel nostro mensile (dicembre 2009) avevamo annunciato l' arrivo della Dapoxetina (Priligy), il primo farmaco con specifica indicazione per l' eiaculazione precoce, immaginando che si stesse quanto meno tentando un nuovo boom simile a quello del Viagra. Ora pero' sembra che si stiano evidenziando alcuni problemi non previsti.

Riassumiamo: la Dapoxetina e' un inibitore del riassorbimento della serotonina a breve durata d'azione, autorizzato in Europa per l'eiaculazione prematura.

Xagena riporta un articolo pubblicato su Prescrire International in cui si eviden-

zierebbe che i quattro studi clinici controllati con placebo sulla Dapoxetina hanno mostrato che il vantato effetto sul tempo di eiaculazione e il conseguente miglioramento soggettivo della vita sessuale vengono avvertiti solo da una minoranza di coppie.

Si tratta di 4 studi randomizzati, controllati con placebo, in doppio cieco per un totale di 4.414 uomini.

In un terzo dei partecipanti (sia uomini che donne) e' stato evidenziato un sostanziale effetto placebo, mentre solo 1 uomo su 3 e 1 donna su 5 hanno percepito almeno un moderato miglioramento della soddisfazione sessuale.

Gli effetti avversi di Dapoxetina sarebbero quelli tipici degli inibitori della ricaptazione della serotonina, alcuni dei quali possono essere gravi, come autole-

sionismo, comportamento aggressivo e sindrome da serotonina. Possono anche presentarsi ipotensione posturale e sincope.

Si fa presente pure che la Dapoxetina è fortemente metabolizzata dagli isoenzimi CYP3A4 e CYP2D6 del citocromo P450, e pertanto si presenta un elevato rischio di interazioni farmacocinetiche. L' articolo conclude che non c'è alcuna giustificazione per esporre gli uomini a reazioni avverse potenzialmente gravi solamente per un moderato miglioramento sintomatico in un disturbo scarsamente definito, e che la terapia di riferimento deve rimanere quella comportamentale.

Daniele Zamperini

Fonte:

Xagena

Prescrire International, 2010

Il 17 Marzo Festa Nazionale in cambio del 4 novembre

Il D.L. 22/02/2011, n. 5, G.U. 23-/02/2011, n. 44 ha stabilito che sara' una festa nazionale a costo zero. Si superano in questo modo le polemiche insorte negli ultimi giorni.

Il Decreto infatti stabilisce che tutti gli effetti economici, nonche' gli istituti giuridici e contrattuali previsti per la

festività soppressa del 4 novembre non si applicano a tale ricorrenza ma, in sostituzione, alla festa nazionale per il 150° anniversario dell'Unita' d'Italia proclamata per il 17 marzo 2011.

In sostanza limitatamente all'anno 2011, il giorno 17 marzo e' considerato giorno festivo ai sensi degli articoli 2 e 4 della

legge 27 maggio 1949, n. 260.

Per evitare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e delle imprese private il DL prevede che per il solo anno 2011 gli effetti economici e gli istituti giuridici e contrattuali previsti per la festività soppressa del 4 novembre si applicano alla festa nazionale per il 150° anniversario dell'Unita' d'Italia.

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/

Quindi chi ha personale di studio non dovrà applicare, per quest' anno, le regole della festività' soppressa per il 4 novembre; questo giorno non andrà

recuperato ne' pagato a parte perche' il lavoratore godrà', in cambio, di una festività' piena. Questo puo' interessare naturalmente

anche i medici che lavorano a rapporto d' impiego.

Certificati malattia da medici diversi dal Medico di Famiglia

In questo periodo di confusione molti chiedono chiarimenti sui problemi dei Certificati malattia rilasciati da medici diversi dal MMG, lamentando in particolare il fatto che i datori di lavoro non li accettino.

Sperando di fare cosa utile riporto quindi il testo del riepilogo (lunghissimo ma utilissimo) riportato dall' INPS sul suo sito, scaricato il 20 febbraio, con il link che consente di leggerlo nella sua interezza.

" La certificazione sanitaria può essere rilasciata, in caso di necessità, dai medici di (guardia medica limitatamente ai turni di guardia festivi e prefestivi e per una prognosi massima di 3 giorni. circ. 176/1982 ultimo capoverso)

La certificazione stessa può essere rilasciata anche da medici specialisti, da

medici di pronto soccorso, da medici ospedalieri, all'atto della dimissione del lavoratore, da medici liberi professionisti o da medici diversi ai quali l'assicurato si sia rivolto per motivi di urgenza o per esigenze correlate alla specificità della patologia sofferta. E' considerata valida solo se contiene tutti i dati sopra indicati (circ. 99/1996).

Per i periodi di ricovero in luogo di cura i certificati rilasciati dalla amministrazione del luogo di cura sostituiscono, a tutti gli effetti, la certificazione rilasciata dal medico curante. circ 14/1981 punto 8.1

La certificazione rilasciata da medici di pronto soccorso, o da medici ospedalieri all'atto della dimissione del lavoratore dovrà contenere tra l'altro il giudizio prognostico con esplicito riferimento ad uno stato di incapacità lavorativa e non

alla mera prognosi clinica "salvo complicazioni" (circ. 136/2003, punto 6.1). Le attestazioni di ricovero e della giornata di pronto soccorso carenti di diagnosi non sono ritenute certificative. Per essere considerate certificative dovranno contenere le generalità dell'interessato, la data del rilascio, la firma leggibile del medico e l'indicazione della diagnosi comportante incapacità lavorativa e non la mera prognosi clinica "salvo complicazioni" (circ. 136/2003, punto 6.1). Certificati attestanti periodi di ricovero e/o di dimissioni presso ospedali o case di cura possono essere spediti o recapitati all'Inps e al datore di lavoro anche oltre il 2° giorno dal rilascio, purché entro il termine prescrizione di 1 anno.

" <http://www.inps.it/portal/default.aspx?itemdir=5975>

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE febbraio 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 n. 268 del 29 luglio 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 35 del 12.02.11)

REGOLAMENTO AI SENSI DELL'ARTICOLO 24 DEL DECRETO LEGISLATIVO 9 NOVEMBRE 2007, N. 206, RIGUARDANTE DISCIPLINA DELLE MISURE COMPENSATIVE PER IL RICONOSCIMENTO DEI TITOLI PROFESSIONALI CONSEGUITI NEI PAESI COMUNITARI ED EXTRACOMUNITARI AI FINI DELL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI MEDICO CHIRURGO, MEDICO SPECIALISTA, MEDICO VETERINARIO, FARMACISTA, ODONTOIATRA, PSICOLOGO, OSTETRICA, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, INFERMIERE. Con questo decreto vengono definite le procedure relative all'esecuzione delle misure compensative (articolo 24 del decreto legislativo n. 206 del 9 novembre 2007) necessarie per riconoscimento del titolo professionale abilitante all'esercizio dell'attività professionale di medico chirurgo e medico specialista (ed altre), conseguito in uno Stato membro dell'Unione europea o anche in uno Stato extraeuropeo.

Il regolamento, dopo aver definito i termini (articolo 1), stabilisce come debba essere avviata la procedura (articolo 2), stabilisce la procedura amministrativa che deve essere adottata per il riconoscimento della qualifica professionale (articolo 3), stabilisce l'oggetto e lo svolgimento della prova attitudinale (articolo 4) che deve essere valutata (articolo 6) da una commissione d'esame (articolo 5), stabilisce l'oggetto e lo svolgimento del tirocinio di adattamento (articolo 7) con i relativi obblighi del tirocinante (articolo 8). L'articolo 9 contiene disposizioni specifiche per i cittadini extracomunitari.

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/

Legge n. 10 del 26 febbraio 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26.02.11, Supplemento ordinario n. 53)

CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 29 DICEMBRE 2010, N. 225, RECANTE PROROGA DI TERMINI PREVISTI DA DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E DI INTERVENTI URGENTI IN MATERIA TRIBUTARIA E DI SOSTEGNO ALLE IMPRESE E ALLE FAMIGLIE

Legge di conversione che tocca vari aspetti della vita di ogni giorno.

Per quanto concerne le problematiche sanitarie, nell'articolo 2 segnaliamo i seguenti commi ed i relativi argomenti:

- comma 1-quinquies: procreazione medicalmente assistita;
- comma 1-sexies e 1-septies: servizi trasfusionali e unità di raccolta sangue;
- comma 1-octies: comitato per la verifica delle cause di servizio;
- comma 2-duodecies: alleanza degli ospedali italiani nel mondo;
- comma 6-quinquiesdecies: modifiche all'articolo 11 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;
- comma 12-septies: farmaci, Sistema sanitario nazionale, farmacie, aziende farmaceutiche e grossisti della distribuzione;
- comma 12-octies: finanziamento di investimenti in ambito sanitario;
- comma 16-sexies: risorse per le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici;
- comma 35: accreditamento di strutture sanitarie, socio-sanitarie e stabilimenti termali
- comma 36: farmaci, Sistema sanitario nazionale, farmacie, aziende farmaceutiche e grossisti della distribuzione;
- comma 38: accertamenti medico-legali disposti dalle amministrazioni pubbliche per i dipendenti assenti dal servizio per malattia
- comma 51: tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.