

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 12

Dicembre 2010

Tra crisi economiche e istituzionali, trasmissioni telematiche, rivoluzioni normative, non ci resta che sperare e augurare

BUONE FESTE E BUON ANNO A TUTTI

Per l' indennità' di accompagnamento la patologia deve essere costante

Modificate dall' AIFA alcune note prescrittive

On line una difesa "ufficiale" dagli operatori telefonici truffaldini

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Certificazione preliminare della Patente di Guida

L'insulina puo' aumentare la mortalità?



I Premi Ignobel piu' divertenti degli anni 90

Nella foto: Dr. Elena Bodnar, vincitrice di un meritato Ignobel, mostra un reggiseno da lei inventato trasformabile in maschera antigas

Da riconsiderare il ruolo della Metformina nell' Acidosi lattica

Ipertensione Diastolica Isolata. E' da trattare? Forse no...

Sotto analisi la collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti

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

Sotto analisi la collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti	Pag. 3
Metformina diminuisce livelli di vitamina B12, aumenta l' omocisteinemia	Pag. 4
La certificazione preliminare della Patente di Guida	Pag. 5
Ipertensione Diastolica Isolata. E' da trattare?	Pag. 6
Da riconsiderare il ruolo della Metformina nell' Acidosi lattica	Pag. 7
Modificate dall' AIFA alcune note prescrittive	Pag. 8
L'insulina puo' aumentare la mortalità?	Pag. 8
I Premi Ignobel piu' divertenti degli anni 90	Pag. 9
Anche i "tempi morti" dei lavoratori vanno retribuiti	Pag. 10
L' ABI Test: sostituto casalingo utile per l' Arteriopatia Obliterante	Pag. 10
Nuove regole per le tabelle millesimali condominiali	Pag. 11
Per l' indennità' di accompagnamento la patologia deve essere costante	Pag. 12
Nulla la laurea se il diploma di maturità è falso	Pag. 12
Difesa "ufficiale" dagli operatori telefonici truffaldini	Pag. 12
Novita' in G.U. (a cura di Marco Venuti)	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

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/

Sotto analisi la collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti

Uno studio ha cercato di analizzare in dettaglio le conseguenze del rapporto tra medici di cure primarie e specialisti.

Pazienti ambulatoriali con malattie croniche ricevono cure sia da medici di cura primaria (MMG) sia da specialisti; tuttavia, la scarsa coordinazione tra MMG e specialisti contribuisce ad una morbilità e ad una mortalità che sono evitabili al paziente.

Le iniziative attuali di miglioramento della cura di malattie croniche, quali quelle domiciliari, centrate-sul-paziente, aiutano a migliorare la collaborazione attraverso un team clinico che assume la responsabilità della cura e fornisce supporto per la sua coordinazione.

Queste iniziative portano ad una cura di migliore qualità, riducono i costi e le disparità sociali.

Questa rinnovata attenzione alla cura primaria, tuttavia, non ha enfatizzato la potenziale importanza della collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti. Se la effettiva integrazione della cura in questi setting pratici verrà a mancare, il successo di queste iniziative sarà limitato, soprattutto dato l'ampio numero di specialisti con i quali un singolo MMG deve tipicamente interagire. Queste iniziative, inoltre, necessitano di evidenze su cosa rappresenti il meglio per supportare la collaborazione.

Gli autori (poiché precedenti revisioni sul tema collaborazione MMG-specialisti variavano negli schemi concettuali e nelle definizioni operative, nel riferimento alla cura collaborativa, alla cura condivisa, o al disease management, o erano focalizzate sulla collaborazione che comprendeva una interazione indiretta tra medici e personale-non-medico) hanno derivato una struttura concettuale per delineare le caratteristiche chiave della collaborazione MMG-specialisti.

Ovvero, hanno centrato l'attenzione sugli accordi collaborativi che hanno permesso ai MMG e agli specialisti di conversare attraverso vari mezzi e li hanno definiti comunicazione interattiva.

Ipotizzando che essa rappresenti il goal di qualità dei modelli di pratica attuali,

si sono chiesti se interventi che comprendevano pianificazione, comunicazione interattiva tra MMG e specialisti migliorassero gli esiti per il paziente e – attraverso studi con questo focus – se altre caratteristiche di collaborazione o di studio influenzassero l'efficacia. Hanno cercato in 3 specialità che, a loro dire, potenzialmente rappresentano una sorta di sfida collaborativa: psichiatria, endocrinologia e oncologia.

Caratteristiche Centrali e Associate di Collaborazione Pianificata tra Medici di Cura Primaria e Specialisti

Caratteristiche Centrali

Comunicazione Interattiva: I metodi o i sistemi consentono scambi opportuni e incorporazione di informazioni cliniche pertinenti condivise tra medici di cura primaria e specialisti (per esempio: attraverso faccia-a-faccia, videoconferenze, telefono o scambio di e-mail). Un meccanismo integrale deve promuovere la interazione tra medici collaborativi (la comunicazione non può essere ad una sola via).

Qualità dell'informazione: Gli interventi (quali forme strutturate, percorsi, o reports) migliorano la qualità dello scambio di informazioni tra medici di cura primaria e specialisti. Non inclusi interventi specificamente mirati alla comunicazione come parte di un processo iniziale di invio.

Valutazione dei bisogni: Gli interventi promuovono o assicurano che l'input del medico di cura primaria e degli specialisti per i pazienti sia basato sulla sistemica conferma della valutazione iniziale e sul rilevamento attivo dei nuovi bisogni.

Piano di cura condiviso: Gli interventi promuovono piani di cura condivisi tra medici di cura primaria e specialisti per assicurare che i pazienti ricevano la giusta gestione clinica da parte di medici adeguati, in setting idonei (per esempio: la introduzione di modelli strutturati). Tutto ciò deve essere applicato a livello di paziente individuale.

Caratteristiche associate

Gatekeeping: L'accesso alla cura specialistica è guidato o controllato attraverso

invii da parte dei medici di cura primaria.

Promozione dell'appropriatezza: Gli interventi promuovono l'appropriatezza degli invii allo specialista.

Misure di performance: Viene regolarmente misurata la qualità o l'economia della cura che una organizzazione di salute o un gruppo sta fornendo.

Parametri di performance: Vengono stabiliti definiti goals per la qualità o per l'economia fornite da una organizzazione di salute o da un gruppo.

Responsabilità condivisa: Medici di cura primaria e specialisti sono ritenuti responsabili dei parametri di performance.

Standardizzazione: Importanti processi di lavoro richiesti per la collaborazione sono stati standardizzati

nell'organizzazione usando procedure operative standard, quali un percorso di cura strutturato, un protocollo o linee guida che dimostrano i passi chiave o il processo di cura.

Supervisione condivisa del personale di supporto della collaborazione: I medici di cura primaria e gli specialisti supervisionano providers formati non-medici che facilitano il raggiungimento dei goals di collaborazione.

Rimborso della collaborazione: Viene stabilito un sistema di rimborso per la cura specialistica collaborativa.

Presenza di una rete basata-sulla-pratica: Strutture organizzative legano l'un l'altra pratiche cliniche di comunità.

Supporto educativo dei medici: Viene definito un sistema di supporto decisionale per insegnare, ricordare o guidare i pazienti e i medici circa la cura appropriata oltre che per l'educazione specifica sull'uso appropriato della specialistica e della cura primaria.

Supporto del care manager: Un care manager è responsabile della valutazione, del triage, della coordinazione o di assicurare l'implementazione dei piani di cura.

Attraverso una ricerca su PubMed, PsycInfo, EMBASE, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, e Web of Science dal giugno June 2008 e riferimenti secondari senza restrizioni di lingua, gli autori hanno

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/

selezionato studi che avevano valutato gli effetti della comunicazione interattiva tra MMG e specialisti sugli esiti dei pazienti con diabete, condizioni psichiatriche, o cancro.

Sono stati estratti interventi e dati di esito da 23 studi da uno dei revisori e controllati da un altro. La qualità degli studi è stata valutata con una checklist a-13-item. È stata usata la metanalisi per valutare l'efficacia e, poiché la cura collaborativa è sfaccettata, la meta regressione per capire i contributi relativi delle caratteristiche specifiche di collaborazione.

Risultati: La metanalisi ha indicato effetti consistenti in 11 trials randomizzati di salute mentale (misura dell'effetto raggruppato, - 0.41 [95% IC, da - 0.73 a - 0.10]), in 7 studi non randomizzati di salute mentale (misura dell'effetto, - 0.47 [IC, da - 0.84 a - 0.09]), ed in 5 studi non randomizzati sul diabete (misura dell'effetto, - 0.64 [IC, da - 0.93 a - 0.34]).

Questi risultati sono rimasti significativi all'analisi di sensibilità. La meta-regressione ha indicato che gli studi che hanno incluso interventi per migliorare la qualità dell'informazione hanno avuto effetti più ampi sugli esiti del paziente rispetto a quelli che non l'avevano fatto (- 0.84 vs. - 0.27; P = 0.002).

Limiti: Poiché gli interventi collaborativi erano sfaccettati, non si è potuta stabilire l'efficacia della comunicazione interattiva di per sé. L'inclusione di disegni di

studio con più bassa validità interna ha aumentato il rischio di bias. Non sono stati compresi studi di oncologia.

Conclusioni: Effetti consistenti e clinicamente importanti suggeriscono un ruolo potenziale della comunicazione interattiva nel miglioramento dell'efficacia della collaborazione tra MMG e specialisti.

Fonte:

Foy R. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Ann Intern Med.* 2010;152:247-258.

Commento di Patrizia Iaccarino

Da anni ormai nel mondo occidentale la psichiatria ha delineato e variamente attuato programmi di collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti (per la necessità nata, da un lato dalla emergenza di patologie psichiatriche minori, dall'altra dal trattamento ambulatoriale di malattie psichiatriche maggiori, ma probabilmente anche dalla possibilità di condivisione che nasce spontanea tra due "specialità" che condividono, per loro assunto, la pratica di un tipo di medicina centrata sulla persona e non sulla malattia).

Purtroppo, nel tempo, essi, pur dimostrando la loro validità, hanno finito per soffrire della mancanza di supporto e di implementazione.

La crescente esigenza, per l'aumento di età delle popolazioni e il dilagare di pa-

tologie croniche, della cura sul territorio, spesso domiciliare (patologie gravi e oncologiche), ha acuito il bisogno di una condivisione della cura tra medici di cura primaria e specialisti.

Ma, ancor oggi, spesso, al di là di iniziative emergenti, ancora giovani e non diffuse egualmente, di cura domiciliare, la strutturazione di tale cura condivisa è lasciata ad iniziative personali, a rapporti di fiducia cercati e gestiti individualmente (percorsi "protetti" spesso inventati dai medici di cura primaria), laddove sarebbe necessaria una sua implementazione ben strutturata e finanziata.

Il presente lavoro, sottolineando un ruolo importante della cosiddetta comunicazione interattiva tra medici e specialisti, contribuisce a porre l'accento sul bisogno di implementazione di tali collaborazioni strutturate e, quindi, a sollecitarne l'applicazione.

Ma basterà imporre programmi strutturati, mettere insieme sul territorio medici e specialisti a realizzare tale cura condivisa?

Quanto della riuscita di questa collaborazione dipende dal fattore umano, dalla condivisione del tipo di approccio alla cura (centrato sul paziente o sulla malattia), dalla pratica della medicina basata sull'evidenza, dal tipo di rapporto che si ha con il sistema sanitario?

Forse, immaginando di iniziare oggi ci vorrà tempo per realizzare una reale comunicazione interattiva che porti ad una cura condivisa di qualità per il paziente.

Metformina diminuisce livelli di vitamina B12, aumenta l' omocisteinemia

Il trattamento a lungo termine con metformina aumenta il rischio di carenza di vitamina B-12, che porta ad un incremento delle concentrazioni di omocisteina.

La metformina è ritenuta un caposaldo nel trattamento del diabete ed è il farmaco più frequentemente prescritto come prima linea per soggetti con diabete di tipo 2.

Inoltre, è uno dei pochi farmaci ipoglicemizzanti associato a miglioramenti della morbilità e della mortalità cardio-

vascolare, che è la causa maggiore di morte in pazienti con diabete di tipo 2. Vi sono pochi svantaggi derivanti dall'uso della metformina, tra questi il malassorbimento di vitamina B-12, che può aumentare il rischio di sviluppare carenza di vitamina B-12, una condizione clinica importante e trattabile.

È stato anche riportato che il trattamento con metformina si associa alla riduzione delle concentrazioni di folati, sebbene il meccanismo di questo effetto non sia stato chiarito.

Infine, la riduzione sia delle concentra-

zioni dei folati sia di quelle della vitamina B-12 può, a sua volta, dar luogo ad un aumento delle concentrazioni di omocisteina, un fattore di rischio indipendente di malattia cardiovascolare, specialmente tra individui con diabete di tipo 2.

Partendo da queste premesse, gli autori di questo trial multicentrico randomizzato (parte dello studio HOME), controllato vs placebo, realizzato in Olanda su pazienti ambulatoriali di tre ospedali non universitari, hanno voluto studiare gli effetti della metformina sulla inci-

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/

denza di carenza di vitamina B-12 (<150 pmol/l), di basse concentrazioni di vitamina B-12 (150-220 pmol/l), e sulle concentrazioni di folati e di omocisteina in pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico.

Hanno partecipato 390 pazienti (tra i 30 e gli 80 anni) con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico. Ai pazienti è stata somministrata metformina, alla dose di 850 mg o placebo, tre volte al dì per 4.3 anni.

Misure di esito sono state le percentuali di modifica delle concentrazioni di vitamina B-12, di folati, e di omocisteina dalla linea basale a 4, 17, 30, 43, e 52 mesi.

Risultati

Rispetto a placebo, il trattamento con metformina era associato ad una riduzione media delle concentrazioni di vitamina B-12 del -19% e delle concentrazioni di folati del -5% e ad un incremento delle concentrazioni di omocisteina del 5%.

Dopo aggiustamento per body mass index e fumo, non è stato trovato un effetto significativo della metformina sulle concentrazioni di folati.

Il rischio assoluto della carenza di vitamina B-12 (<150 pmol/l) alla fine dello studio era 7.2 punti percentuali più alto nel gruppo metformina rispetto al gruppo placebo con un "number needed to harm" di 13.8 per 4.3 anni.

Il rischio assoluto di basse concentrazio-

ni di vitamina B-12 (150-220 pmol/l) alla fine dello studio era 11.2 punti percentuali più alto nel gruppo metformina, con un "number needed to harm" di 8.9 per 4.3 anni.

I pazienti con carenza di vitamina B-12 alla fine dello studio avevano un livello medio di omocisteina di 23.7 µmol/l rispetto ad un livello medio di omocisteina di 18.1 µmol/l dei pazienti con una bassa concentrazione di vitamina B-12 e di 14.9 µmol/l/l; P<0.001 rispetto a carenza di vitamina B-12; P=0.005 rispetto a bassi livelli di vitamina B-12) dei pazienti con una concentrazione normale di vitamina B-12 (>220 pmol/l).

Gli autori concludono che il trattamento a lungo termine con metformina aumenta il rischio di carenza di vitamina B-12, che porta ad un incremento delle concentrazioni di omocisteina.

Pertanto, poiché il deficit di vitamina B-12 è prevenibile, essi suggeriscono fortemente che sia presa in considerazione, durante un trattamento a lungo termine con metformina, la regolare misurazione delle concentrazioni di vitamina B-12.

Le conseguenze di un' importante riduzione delle concentrazioni di vitamina B-12, quali anemia macrocitica, neuropatia e modificazioni mentali, possono essere profonde.

Anche se non vi è consenso sul problema del trattamento della deficienza

"asintomatica" di vitamina B-12, gli studi dimostrano che alcuni sintomi della deficienza di vitamina B-12 sono difficili da diagnosticare e possono essere irreversibili, mentre il trattamento è relativamente facile, economico e sicuro. Inoltre, gli autori sostengono che, sebbene la necessità di trattare una deficienza "spontanea" di vitamina B-12 può essere discutibile, si dovrebbe essere più facilmente inclini a trattare la deficienza di vitamina B-12 farmaco-indotta, poiché il principio di ogni prescrizione farmacologica è quello di "non nuocere".

Limitazioni ammesse dagli autori

1) Sono stati misurati soltanto i livelli totali di vitamina B-12 e non i livelli di olotranscobalamina II o di acido metilmalonico, che possono essere indicatori più precisi dello stato della vitamina B-12.

2) È probabile che sia stato sottostimato l'impatto del trattamento con metformina sul rischio di importante carenza di vitamina B-12. Tutti i partecipanti al trial hanno ricevuto frequenti consigli dietetici, che possono aver attenuato l'impatto del trattamento con metformina sullo stato vitaminico, consigli che non sono disponibili nella comune pratica clinica.

A cura di Patrizia Iaccarino
Riferimento bibliografico
BMJ 2010;340:c2181

La certificazione preliminare della Patente di Guida

Torna l' obbligo (per alcuni) della certificazione preliminare per la patente di guida.

La recente circolare applicativa del Ministero della Salute esprime un parere interpretativo dell' art. 119 del nuovo Codice della Strada (certificato medico attestante l' idoneità alla guida), ha creato i medici allarmi e scompigli che, a nostro parere, non appaiono giustificati.

Analizziamo i nuovi doveri e le nuove incombenze del medico curante.

Il testo della Circolare su www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/download/circolarepatenti.pdf

Dobbiamo tener presente alcuni aspetti fondamentali:

- Il medico è Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio, quindi ha dei doveri particolari verso lo Stato e verso la Società'.

- Il medico non può rifiutare una certificazione richiesta dall' assistito

(ovviamente certificando il vero, e non ciò che rientra nei desiderata del richiedente)

- Il cittadino-autista utilizza ciò che è, potenzialmente, un' arma letale, e ciò è quotidianamente ribadito dalle stragi che avvengono sulle strade. È dovere del medico proteggere, per quelle che sono le sue competenze, i cittadini-utenti da casi in cui quest' arma viene data in uso a persone non autonome.

- Il rispetto della Privacy non può essere invocato in questi casi

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/

Rifiutarsi (come alcuni vorrebbero) di svolgere questo compito di protezione sociale può equivalere, in certi casi, ad una complicità almeno morale negli eventi luttuosi che ne derivano. In qualche caso in cui risulti evidente l'incuria o la complicità del medico certificatore, riteniamo probabili anche conseguenze penali.

Alcuni aspetti connessi al problema dell'idoneità alla guida di autoveicoli erano stati già evidenziati:

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=3>

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=379>

Va considerato, inoltre, che nella maggior parte dei casi la certificazione di patologie non comporta il ritiro della patente, ma solo una più stretta sorveglianza sanitaria con controlli più frequenti.

Un controllo biennale può essere fastidioso, ma un incidente causato da idoneità alla guida sarebbe molto più grave.

I dettagli:

La legge 29/7/2010 n. 120 ha introdotto per alcune categorie di patenti l'obbligo di certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda.

Da quando vige l'obbligo del nuovo certificato anamnestico?

Dall'entrata in vigore della legge, quindi è già attuale.

Cosa deve essere indicato?

Il certificato rilasciato dal medico curante deve riportare esclusivamente gli stati morbosi che nell'attualità possano rappresentare un concreto rischio per la guida.

Tali stati morbosi devono essere stati

acquisiti dal medico attraverso la sua attività professionale, anche attraverso certificazioni di prestazioni specialistiche.

Chi è il medico curante a cui richiedere la certificazione?

Chi svolge attività continuativa di assistenza da un periodo di tempo congruo. Viene indicato in questo senso (non tassativamente, ma ragionevolmente) il termine di almeno un anno di "tenuta in cura" per evitare le situazioni in cui il paziente cambi medico in modo da aggiornare la norma, rivolgendosi ad un "nuovo" sanitario all'oscuro dell'anamnesi.

Vedremo in seguito come comportarsi di fronte a tali situazioni.

In primo luogo comunque viene considerato "curante" (ovviamente) il medico di famiglia, salvo eventuali rapporti fiduciari personali con altri medici che possano essere al corrente di eventuali patologie.

La circolare riporta un modulo "suggerito", quindi non obbligatorio ma utile per ricordare le patologie che il Codice della Strada considera rischiose per la guida, e che quindi possono essere oggetto di approfondimento da parte del medico o della Commissione addetti allo scopo.

Quali sono le patologie da tenere d'occhio?

Le patologie elencate nella circolare sono:

- Le patologie dell'apparato circolatorio (specificare la diagnosi)
- Il diabete mellito
- Altre malattie endocrine (specificare la diagnosi)
- Malattie del sistema neurologico (specificare)
- Patologie psichiche (specificare)
- Epilessia
- Dipendenza da alcol/ sostanze

stupefacenti e psicotrope

- App. Urogenitale (insuff. Renale grave)
- Sangue ed organi emopoietici: Sindromi emofiliche, linfomi, leucemie in trattamento (specificare)
- Apparato osteoarticolare (gravi alterazioni anatomiche o funzionali)
- Organi di senso: gravi patologie visive evolutive)

Si ribadisce: la certificazione di questi stati morbosi nella maggior parte dei casi non comporta il ritiro della patente, ma solo una più stretta sorveglianza sanitaria con controlli più frequenti.

Il certificato e' a pagamento?

Sì, si tratta di prestazione a tariffa libero-professionale.

Nel momento in cui si scrive non è ancora chiarito se, essendo certificazione medico-legale, sia soggetta ad IVA o no (per la sua funzione protettiva-sociale) ma è opportuno che i medici, nell'incertezza, applichino l'IVA.

Come stilare il certificato?

Qualora il medico non intenda servirsi del modulo predisposto, è lecito stilare un semplice certificato su carta intestata che dica pressappoco così:

"Certifico, essendo medico curante del signor XY da (Indicare il periodo approssimativo), che lo stesso non presenta patologie che possano costituire un rischio per la guida, e non presenta dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti o psicotrope (oppure: presenta le seguenti patologie)."

È importante indicare se si tratta di un vecchio paziente oppure no: qualora si tratti di un nuovo paziente è fondamentale che venga indicato, in modo tale da scoraggiare i furbi che cambiano medico appositamente e, nello stesso tempo, proteggere il medico che sia stato tenuto all'oscuro delle vecchie patologie.

Ipertensione Diastolica Isolata. E' da trattare?

Un paziente in cui venga riscontrata una lieve ipertensione diastolica isolata deve necessariamente essere subito trattato con farmaci?

Soggetto di 54 anni, apparentemente sano, sportivo, BMI 23, fumatore di 10 sigarette/die, donatore Avis, colesterolemia normale, da qualche settimana pre-

senta Ipertensione Diastolica Isolata, 135 di sistolica e 95-100 di diastolica. Va trattato o no?

Tradizionalmente la Ipertensione Dia-

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/

stolica è stata per lungo tempo considerata come la vera forma di Ipertensione essendo la Ipertensione Sistolica considerata come una normale conseguenza della ridotta elasticità della parete arteriosa con l'avanzare dell'età.

Questo scriveva il primo JNC (the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) del 1977.

Tuttavia gli studi successivi mostrarono che con l'aumentare dell'età la Diastolica diminuiva o si stabilizzava mentre la Sistolica aumentava portando all'Ipertensione Sistolica Isolata nel 0,8% a 50 anni, 5% a 60 anni, 12,6% a 70 anni fino ad arrivare a 26,6% a 80 anni.

In uno studio del 1995 (3) su 1560 pazienti seguiti per 4,5 anni gli eventi cardiovascolari furono zero nei pazienti affetti da Ipertensione Diastolica Isolata. In un altro studio condotto in Finlandia (4) su 3267 individui sani di 35-40 anni

seguiti per 32 anni l'Ipertensione Diastolica Isolata era molto più frequente (10%) rispetto alla Sistolica Isolata.

La mortalità era quasi tre volte aumentata nella Ipertensione combinata Sistolica Diastolica, ma non in quelli con Ipertensione Diastolica Isolata.

Nel Japanese Ohasama study (5) 1913 soggetti di di età > di 40anni (media 61 anni) la mortalità per Ipertensione Diastolica Isolata (0,26 per 100 persone/anno) era simile a quella dei normotesi (0,33 per 100 persone/anno).

La mortalità era, invece, aumentata per i soggetti con Ipertensione combinata (1,11) e nelle forme di Ipertensione Sistolica Isolata (2,04).

Nell'Honolulu Heart Program study (6) con 8006 uomini di 45-54 anni seguiti per 20 anni la Ipertensione Diastolica Isolata era definita come PAS < di 160 e PAD > di 90.

Il rischio relativo di Ictus associato a Ipertensione Diastolica Isolata era di 1,4

mentre per la Ipertensione Sistolica Isolata e la Ipertensione combinata era di 4,8 e 4,3 rispetto ai normotesi. Anche il piccolo studio di Lewis arrivava alle stesse conclusioni. (7)

Va fatto notare che esiste anche la possibilità di una sovrastima della Diastolica con la misurazione manuale e in questi casi occorre monitorare la PA a domicilio con un apparecchio digitale certificato (8,9)

Alla luce di questi studi possiamo dire al nostro paziente cinquantenne di limitarsi a monitorare la pressione arteriosa e di modificare gli stili di vita (abolizione del fumo e riduzione del consumo di sale).

Clementino Stefanetti
(Bibliografia su pillole.org o su scienzaeprofessione.it)

Da riconsiderare il ruolo della Metformina nell' Acidosi lattica

E' vero che l'uso della metformina può essere associato ad un aumento del rischio di acidosi lattica? Una revisione della letteratura dice di no.

Questa revisione Cochrane aveva lo scopo di valutare se l'uso della metformina sia effettivamente associato ad un aumento del rischio di acidosi lattica fatale e non fatale.

La ricerca della letteratura effettuata dai revisori ha permesso di ritrovare 347 studi (sia trials di paragone che studi osservazionali di coorte) per un totale di 70.490 pazienti/anni per la metformina e di 55.451 pazienti/anni per il gruppo di controllo (senza metformina).

Non si è riscontrato nessun caso di acidosi lattica fatale e non fatale associato all'uso della metformina.

Usando le statistiche degli avvelenamenti si è visto che l'incidenza reale di acidosi lattica è di 4,3 casi per 100.000 pazienti/anni in chi usa metformina e di 5,4 casi per 100.000 pazienti/anni in chi non la usa.

Non si è neppure riscontrata una differenza significativa nei livelli di lattato

fra il gruppo metformina e il gruppo senza metformina.

Gli autori concludono che non ci sono evidenze di letteratura che la metformina possa provocare acidosi lattica oppure un aumento dei livelli ematici di lattato rispetto agli altri farmaci antidiabetici.

Fonte:

Salpeter SR, Greyber E, Pasternak GA, et al. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD002967

Commento di Renato Rossi

La metformina, una biguanide, è il farmaco orale di prima scelta nel trattamento del diabete di tipo 2 essendo quello che ha prove di letteratura più convincenti circa la riduzione della mortalità.

Tuttavia si ritiene che se il farmaco viene usato in alcune condizioni caratterizzate da ipossiemia cronica (scompenso cardiaco, insufficienza renale, epatica e renale oppure età avanzata) possa porta-

re allo sviluppo di acidosi lattica, una condizione potenzialmente fatale.

La revisione Cochrane qui recensita, in questo senso, è tranquillizzante e suggerisce che in realtà il rischio di acidosi lattica non è più elevato con la metformina rispetto agli altri farmaci antidiabetici.

Per il vero giù studi precedenti erano arrivati a concludere che se c'è rischio, esso è comunque molto raro [1].

In ogni caso è utile raccomandare di usare la metformina rispettando le controindicazioni riportate in scheda tecnica [1], anche per motivi di tipo medico legale.

D'altra parte non è così per tutti i farmaci?

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3946>

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/

Modificate dall' AIFA alcune note prescrittive

L' Agenzia Italiana del Farmaco ha pubblicato in Gazzetta Ufficiale le modifiche ad alcune note prescrittive per farmaci già sottoposti a nota regolatoria: la nota 91, la nota 36, la nota 39 e la nota 75

Nuova nota AIFA 91

Modifiche, relativamente all'inserimento della Nota 91 del 2 novembre 2010, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 12.11.10

Con questo provvedimento viene introdotta la nota AIFA n. 91, relativa alla prescrivibilità del febuxostat che viene limitata al trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti. La nota è entrata in vigore il giorno 13 novembre 2010.

Nella stessa Gazzetta Ufficiale, viene pubblicato il provvedimento dell'AIFA con il quale vengono definiti il regime di rimborsabilità e il prezzo di vendita del medicinale Adenuric, a base appunto di febuxostat, autorizzato con procedura centralizzata europea dalla Commissione Europea.

Modificate le note AIFA n. 36 e n. 39

Determinazioni dell'Agenzia Italiana del

Farmaco del 29 luglio 2010, Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18.11.10

Due provvedimenti, ognuno dei quali apporta modifiche ad una nota.

Nota AIFA 36

Nella nuova versione riguarda solo il testosterone e non più in metiltestosterone; si applica ai soli ipogonadismi maschili primitivi e secondari (in presenza di ridotte concentrazioni di testosterone totale e di sintomi tipici) e non più alla pubertà ritardata. Viene aggiunto un commento.

Nota AIFA 39

- Nella nuova versione viene inserito il paragrafo "età neonatale", all'inizio della nota stessa, che fornisce ulteriori indicazioni sull'impiego della somatotropina in questo particolare periodo della vita. Praticamente invariato il commento alla nota stessa, con l'aggiunta di una voce bibliografica.

Per entrambe le note viene confermata la necessità di diagnosi e piano terapeutico; le modifiche sono entrate in vigore dal 19 novembre 2010.

Modificata la nota AIFA n.75

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 18 novembre 2010, Gazzetta Ufficiale n. 279 del 29.11.10

A seguito della sentenza del Tar Lazio, Sez. III quater, 23 novembre 2009 n. 11574, che ha annullato la determinazione AIFA 4 gennaio 2007 relativamente alla nota n. 75 in quanto è stata rilevata una disparità di trattamento relativamente alla prescrivibilità a carico del SSN dei farmaci per la disfunzione erettile nell'individuazione delle patologie da trattare, l'AIFA ha pubblicato il nuovo testo della nota n. 75, che entra in vigore dal 30 novembre 2010.

Il nuovo testo prevede che, in presenza di disfunzione erettile da lesioni del midollo spinale o del plesso pelvico, la prescrizione, a carico del SSN, di alprostadil sia limitata ai pazienti con disfunzione erettile da lesioni permanenti e complete mentre quella di sildenafil, tadalafil e vardenafil sia possibile in presenza di un danno transitorio o parziale.

Inoltre, per la prescrizione a carico del SSN di sildenafil, tadalafil e vardenafil, è necessario un piano terapeutico specialistico redatto da un andrologo, endocrinologo, neurologo o urologo. Modificato anche il testo del "Background" e delle "Evidenze disponibili", con conseguente modifica delle voci bibliografiche.

A cura di Marco Venuti
Medicoeleggi.it

L'insulina puo' aumentare la mortalità?

Uno studio osservazionale canadese evidenzia un aumento della mortalità associato all'uso di insulina in pazienti diabetici tipo 2. Ma il dato va interpretato con molta prudenza.

Usando un database canadese (Saskatchewan Health) sono stati identificati 12.271 pazienti "new users" di antidiabetici orali fra il 1991 e il 1996, successivamente raggruppati in base alla esposizione al trattamento con insulina. In pratica i pazienti sono stati suddivisi nei seguenti gruppi:

- 1) nessuna esposizione all'insulina

(gruppo di controllo)
 2) bassa esposizione all'insulina (da zero a 3 anni)
 3) media esposizione all'insulina (da 3 a 12 anni)
 4) elevata esposizione all'insulina (> 12 anni).

Dopo aggiustamento per vari fattori di confondimento (fattori demografici, farmaci assunti, comorbidità) sono stati valutati i seguenti esiti: mortalità totale e mortalità cardiovascolare. L'età media dei pazienti era di 65 anni, 45% di sesso femminile. Il follow up medio è stato di 5,1 anni.

In totale 1.443 (12%) soggetti hanno iniziato la terapia insulinica e si sono verificati, sempre nell'intero campione esaminato, 2.681 decessi (22%)
 La mortalità maggiore si è registrata nel gruppo ad elevata esposizione all'insulina: 95 decessi/1000 persone-anni rispetto a 40 decessi/1000 persone-anni nel gruppo di controllo (HR non aggiustata: 2,32; 1,96-2,73).
 Dopo aggiustamento per i fattori di confondimento si è registrato un aumento della mortalità che cresceva con l'esposizione all'insulina:
 1) gruppo a bassa esposizione: HR 1.75 (1,24-2,47)

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) gruppo a media esposizione: HR 2,18 (1,82-2,60)

3) gruppo ad elevata esposizione: HR 2,79 (2,36-3,30)

Limitando l'analisi ai decessi da cause cardiovascolari e non cardiovascolari si sono evidenziati risultati pressochè analoghi.

Gli autori concludono che l'esposizione all'insulina è associata ad un aumento della mortalità che cresce con il livello di esposizione stesso e che persiste anche dopo aggiustamento per vari fattori confondenti.

Fonte:

Gamble JM, Simpson SH, Eurich DT, et al. Insulin use and increased risk of mortality in type 2 diabetes: a cohort study.

Diabetes Obes Metab. 2010 Jan;12(1):47-53. Epub 2009 Sep 24

Commento di Renato Rossi

I dati di questo studio osservazionale vanno interpretati considerando i punti deboli di questo tipo di lavori.

Non essendoci stata una randomizzazione dei vari gruppi è logico pensare che i pazienti più esposti all'insulina fossero anche quelli affetti da diabete più grave. In pratica si tratta del solito bias di selezione per cui non è l'insulina che aumenta la mortalità, ma sono i pazienti più gravi (e quindi più soggetti ad esiti peggiori) a dover essere trattati con l'insulina.

Gli autori, per correggere questo tipo di distorsione, hanno operato una correzio-

ne per vari fattori di confondimento come le variabili demografiche, i farmaci assunti, le varie patologie coesistenti. Tuttavia anche con questi mezzi non si è mai sicuri di aver preso in considerazione i molteplici fattori che possono influenzare parametri come la mortalità e gli eventi cardiovascolari.

Solo uno studio clinico randomizzato e controllato è in grado di creare gruppi ragionevolmente paragonabili in cui fattori di rischio noti e non sono equamente distribuiti.

Pertanto occorre molta prudenza nel valutare i risultati dello studio di Gamble e collaboratori.

I Premi Ignobel piu' divertenti degli anni 90

In vista del Natale, per adeguarci al clima delle feste, ci e' sembrato utile ripescare alcuni dei premi IgNobel (i premi assegnati alle ricerche piu' stupide pubblicate su riviste scientifiche) piu' spassosi e divertenti. Riportiamo una rassegna degli anni 90. Buon divertimento

1991

RICERCHE INTERDISCIPLINARI:

Josiah Carberry della Brown University per il suo lavoro nel campo della PsicoCeramica, lo studio dei vasi rotti

1992

CHIMICA: F. Kanda, E. Yagi, M. Fukuda, K. Nakajima, T. Ohta e O. Nakata dello Shisedo Research Center in Yokohama, per il pionieristico studio «Delucidazioni sui composti chimici responsabili del cattivo odore dei piedi» e specialmente per le loro conclusioni, secondo cui la gente che pensa di avere i piedi che puzzano, li ha, e quelli che pensano di no, non li hanno.

1993

TECNOLOGIA: congiuntamente a Jay Schiffman di Farminton Hills, Michigan, inventore di «AutoVision», un proiettore che rende possibile guidare un'auto e guardare la tv allo stesso

tempo, e allo stato del Michigan per aver reso legale una tale pratica

MATEMATICA: Robert Faid di of Greenville, Carolina del Sud, per aver calcolato esattamente (8.606.091.751.882:1) la possibilità che Gorbaciov fosse l'Anticristo

MEDICINA: James F. Nolan, Thomas J. Stillwell e John P. Sands Jr, per la loro ricerca sulla sopportazione del dolore nei casi di membro maschile pizzicato dalla zip dei pantaloni

1994

FISICA: all'agenzia meteorologica giapponese, per i sette anni di studi dedicati a verificare le correlazioni (risultate negative) tra terremoti e l'agitazione della coda dei pesci gatto.

MATEMATICA: alla chiesa Battista dell'Alabama, per le misure matematiche della moralità, le cui stime servono ad accertare quanti cittadini dell'Alabama andranno all'inferno se non si pentono

1995

NUTRIZIONE: John Martinez della J. Martinez Company di Atlanta, per il Luak Coffee, il caffè più costoso del mondo, fatto con chicchi di caffè ingeriti ed espulsi dal luak, un felino

dell'Indonesia

1996

FISICA: Robert Matthews della Aston University (Inghilterra), per i suoi studi sulle Leggi di Murphy e specialmente per aver dimostrato che la tartina imburrata cade piu' spesso sul lato col burro

CHIMICA: George Goble della Purdue University, per il suo stupefacente record nell'accensione di un barbecue: tre secondi grazie a carbonella e ossigeno liquido

1997

METEOROLOGIA: Bernard Vonnegut dell'Università di Albany, per la sua ricerca «Lo spennamento dei polli come misura della velocità dei tornado»

ECONOMIA: Akihiro Yokoi della Wiz Company in Chiba, Japan and Aki Maita della Bandai Company in Tokyo, padre e madre dei Tamagotchi, per aver distolto milioni di persone dal lavoro trasformandole in baby-sitter dei pulcini virtuali

1998

INGEGNERIA: Troy Hurtubise, di North Bay, Ontario (Canada) per aver sviluppato e personalmente testato

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/

un'armatura resistente agli assalti degli orsi grizzly.

STATISTICA: Jerald Bain del Mt. Sinai Hospital di Toronto e Kerry Siminoski dell'Università dell'Alberta per i loro accurati calcoli nella ricerca «Relazioni tra altezza, lunghezza del pene e misura di scarpe

1999

FISICA: Dr. Len Fisher di Sydney (Australia) per aver calcolato il modo migliore per inzuppare un biscotto

PACE: Charl Fourie and Michelle Wong di Johannesburg (Sudafrica) per l'invenzione di un antifurto da

macchina consistente in un sensore e in un lanciafiamme

Anche i "tempi morti" dei lavoratori vanno retribuiti

Due recenti sentenze della Cassazione hanno stabilito che nel computo dell'orario lavorativo va considerato anche quello necessario per recarsi al lavoro, a cui si aggiunge quello necessario per indossare gli indumenti di lavoro.

Ma queste norme non valgono per tutti i casi

Quando il lavoratore e' obbligato a spostamenti "funzionali alla prestazione" (ovvero resi necessari per lo svolgimento dell' attivita' lavorativa), va considerato lavorativo anche il tempo dello spostamento.

La sentenza 17511/2010 della sezione Lavoro della Cassazione ha preso in esame il caso di un dipendente (obbligato a presentarsi presso la sede dell'azienda) destinato di volta in volta in diverse località per svolgere la sua attività lavorativa. Questi spostamenti prolungano di fatto l' orario di lavoro, e

di questo si dovra' tener conto sia sotto l' aspetto retributivo, sia per quanto riguarda i limiti di durata giornaliera e settimanale della prestazione di lavoro imposti dall'art. 2107 del codice civile.

La seconda sentenza (la n. 19358/2010) e' intervenuta dopo un lungo procedimento giudiziario che aveva visto i lavoratori soccombenti in primo grado, poi vittoriosi in appello, finiti poi in Cassazione per il ricorso dell' Azienda.

I Fatti: prima di iniziare l' attivita' lavorativa i lavoratori dell' azienda in oggetto dovevano usare un tesserino magnetico per entrare in azienda, poi percorrevano un tratto di circa cento metri per accedere allo spogliatoio, li' dovevano indossare la tuta ed effettuare una seconda timbratura del tesserino prima dell'inizio del lavoro. In questo modo i lavoratori mettevano a disposizione dell' azienda del tempo aggiuntivo, e ne chie-

devano la retribuzione.

La Cassazione, respingendo il ricorso dell' azienda, ha stabilito che anche cambiarsi d'abito comporta una "spesa di energie messe a disposizione del datore di lavoro" e che "nel rapporto di lavoro deve distinguersi una fase finale, che soddisfa direttamente l'interesse del datore di lavoro, e una fase preparatoria, relativa a prestazioni o attivita' accessorie e strumentali, da eseguire nell'ambito della disciplina d'impresa ed autonomamente esigibili dal datore di lavoro, il quale ad esempio puo' rifiutare la prestazione finale in difetto di quella preparatoria".

Di conseguenza "al tempo impiegato dal lavoratore per indossare gli abiti da lavoro deve corrispondere una retribuzione aggiuntiva".

Daniele Zamperini

L' ABI Test: sostituto casalingo utile per l' Arteriopatia obliterante

Ankle-brachial index o Indice Caviglia Braccio (ABI Test)

L'ABI è un test semplicissimo e non costoso per confermare il sospetto clinico di Arteriopatia ostruttiva periferica misurando a riposo, e in certi caso dopo sforzo, il rapporto tra la Pressione Sistolica alla caviglia e quella del braccio ai quattro arti.

PROCEDURA (2,3,4)

- Far distendere il paziente in posizione supina e ben rilassato.
- Posizionare un manicotto per la misurazione della pressione alla caviglia poco sopra la zona

malleolare.

- Utilizzare una sonda doppler CW da 8 MHz individuando l'arteria tibiale anteriore sul dorso piede e l'arteria tibiale posteriore in zona malleolare interna. La sonda deve essere inclinata di 45° e non deve comprimere l'arteria.

Occorre usare una giusta quantità di gel per ultrasuoni in modo che la sonda e la cute siano a contatto senza soluzione di continuità.

- Dopo avere individuato bene l'arteria, gonfiare il manicotto sino a valore sopra la sistolica, cioè sino a quando il segnale arterioso scompare;
- Sgonfiare il manicotto e registrare la pressione alla ricomparsa del segnale arterioso. I rilievi pressori alla caviglia

vanno rilevati su entrambi gli arti inferiori.

- Misurare la pressione arteriosa sistolica omerale, a entrambi i bracci, ma rilevando il segnale arterioso con la sonda doppler.
- Calcolare il rapporto tra la pressione sistolica più alta rilevata alle due caviglie e la pressione sistolica più alta alle due braccia con la formula:

$ABI = \frac{PAS \text{ CAVIGLIA}}{PAS \text{ BRACCIO}}$

La PAS alla caviglia è sempre più alta, nella normalità, di quella del braccio. Normale si intende un indice che va da 1 a 1,3. Un valore > di 1,3 suggerisce 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/

presenza di vasi non comprimibili per calcificazioni vascolari come avviene nel diabetico. (5)

Un ABI < di 0,9 ha un 95% di sensibilità e un 100% di specificità di Malattia Ostruttiva Vascolare ed è associato ad una probabilità > 50% di stenosi di almeno un vaso maggiore.

Quindi se positivo siamo sicuri al 100% di essere in presenza di Malattia Vascolare Ostruttiva.

Un ABI di 0,4 – 0,6 un grado di ostruzione arteriosa spesso associato a claudicatio.

Un ABI < di 0,4 rappresenta una ostruzione avanzata.

Se un ABI è normale a riposo ma i sintomi sono suggestivi di claudicatio (specialmente nella forma intermittente) occorre ripeterlo dopo esercizio fatto su tapis roulant a 2 mph per 5 minuti con inclinazione del 12%, (6) impossibile a farsi in un ambulatorio di MG.

In aiuto ci viene un semplicissimo test di flessione plantare dei piedi, su e giù sulla punta delle dita, (Fig. 1) che ha dimostrato una buona correlazione con la prova classica su tapis roulant. (7)



Una metodica alternativa al Doppler, molto più semplice e rapida, consiste nel rilevare la PAS con uno sfigmomanometro digitale certificato (si veda <http://www.pressionearteriosa.net> , sezione “validazioni”).

La metodica presenta una buona correlazione con quella classica. (8,9,10)

Un basso ABI è correlato ad un aumen-

tato rischio di Cardiopatia Ischemica, Stroke e TIA, insufficienza renale e Morte per tutte le cause, ma anche un alto ABI si associa ad un aumentato rischio di eventi cardiovascolari. Per una esauriente spiegazione si veda queste due review. (2-11)

Nella pratica cosa deve fare il medico di medicina generale?

Come già spiegato l'ABI è un test semplicissimo, o riproducibile, molto sensibile e specifico che andrebbe effettuato in tutti i pazienti a rischio di malattie cardiovascolari come si fa per la pressione arteriosa e il colesterolo.

In caso di ABI patologico il medico di medicina generale dovrebbe indagare per la presenza di stenosi vascolari ed utilizzare tutte quelle misure per evitare la progressione del danno, dal cambiamento degli stili di vita alla terapia farmacologica con statine (Nota 13) e aspirina

Clementino Stefanetti

Voci bibliografiche su pillole.org o su scienzaeprofessione.it

Nuove regole per le tabelle millesimali condominiali

Condominio: Cassazione, non serve unanimità per la modifica delle tabelle millesimali

Come già pubblicato da vari mezzi di informazione, e' stata modificata dalla Cassazione la prassi consueta che richiedeva l' unanimità dei condomini per la modifica delle tabelle millesimali.

La Corte di Cassazione (Sez. Unite, sent. N. 18477/2010) ha stabilito che non occorre piu' il consenso unanime di tutti i condomini per la modifica delle tabelle millesimali.

La Corte ha chiarito che è sufficiente la maggioranza qualificata indicata nell'

art. 1138 del Codice Civile.

La prassi precedente in realta' era stata sorretta proprio dalla Cassazione, che aveva ritenuto che per l'approvazione o la revisione delle tabelle millesimali fosse necessario il consenso unanime di tutti i condomini; come e' noto in mancanza di questo l' unica via era ricorrere al Tribunale, che avrebbe dovuto provvedere su istanza degli interessati.

Le ragioni addotte a sostegno di tale prassi, pero', secondo le Sezioni Unite, non sono convincenti.

Le tabelle millesimali, spiega la Corte, in base all'art. 68 att. codice civile, sono

allegate al regolamento di condominio (che a sua volta è approvato a maggioranza a norma dell'art. 1138).

Considerato che dette Tabelle non accertano il diritto dei singoli condomini sulle unità immobiliari ma si limitano ad accertare il solo valore delle stesse rispetto all'intero edificio, ai soli fini della gestione del condominio, si deve ritenere che per la loro approvazione sia sufficiente la stessa maggioranza prevista per il regolamento del condominio cui sono allegate.

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 l' indennità' di accompagnamento la patologia deve essere costante

Indennità di accompagnamento: per la Cassazione sono irrilevanti gli episodi temporanei

La Cassazione ribadisce: per la concessione dell' indennità' di accompagnamento i requisiti devono essere costanti, e non contano eventuali deficit di carattere episodico (n. 21281 del 15/10/2010)

I fatti:

Un invalido aveva presentato ricorso in Cassazione contro la decisione della Corte d' Appello a lui sfavorevole, nel senso che era stato riconosciuto il suo diritto all' indennità' di accompagnamento, ma con una decorrenza da data posteriore a quella da lui richiesta.

I giudici di merito avevano basato la loro decisione sul fatto che i disturbi lamentati dall'assistibile in epoca prece-

dente non avevano particolare incidenza sulla sua autosufficienza e che l'invalidità complessiva e la necessità di assistenza non potevano considerarsi persistenti anche per il periodo anteriore alla data fissata.

La Suprema Corte, investita del problema, ha rigettato il ricorso (basandosi peraltro su una interpretazione giurisprudenziale costante) sottolineando che le condizioni di non autosufficienza, richieste ai fini dell'attribuzione dell'indennità di accompagnamento consistono, alternativamente, "nell'impossibilità di deambulazione senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" oppure "nell'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza continua assistenza". Su questa base viene precisato che "ai fini della valutazione non rilevano episodici contesti, ma è richiesta la veri-

fica della loro inerenza costante al soggetto, non in rapporto ad una soltanto delle possibili esplicazioni del vivere quotidiano, ovvero della necessità di assistenza determinata da patologie particolari e finalizzata al compimento di alcuni, specifici, atti della vita quotidiana, rilevando, quindi, requisiti diversi e più rigorosi della semplice difficoltà di deambulazione o di compimento degli atti della vita quotidiana e configuranti impossibilità."

In conclusione, quindi, la Corte ha stabilito che le condizioni di non autosufficienza, richieste ai fini dell'attribuzione dell'indennità di accompagnamento devono essere costantemente riferibili al soggetto assistibile, non rilevando i deficit a carattere episodico.

Daniele Zamperini

Nulla la laurea se il diploma di maturità è falso

Se il diploma di maturità' e' falso, il titolo di laurea, pur ottenuto regolarmente, e' nullo.

(Consiglio di Stato, sentenza 7299 del 5/10/2010)

I giudici del Consiglio di Stato hanno ritenuto legittimo l' annullamento del diploma di Laurea deciso dalle autorità accademiche una volta che queste abbiano verificato che il diploma di maturità' e' falso.

I fatti:

un giovane studente aveva presentato ricorso, sostenendo di essere vittima di un' illegittima revoca della laurea essendosi visto annullare il diploma di laurea in seguito all' accertamento della falsità del titolo di studio fornito al momento dell' iscrizione (condicio sine qua non

per l' iscrizione all' università).

Aveva anche sostenuto l' illegittimità' del fatto in quanto, a suo dire, l' annullamento del diploma di laurea non poteva prescindere dal previo annullamento dell' immatricolazione (al quale non si era invece provveduto).

I giudici di legittimità hanno respinto il ricorso spiegando che "quanto al provvedimento impugnato, non si tratta di un' illegittima revoca della laurea, come sostenuto dall' appellante, bensì di un provvedimento adottato a seguito del normale procedimento di accertamento dei titoli e dei presupposti legali per l' ammissione all' esame di laurea e per il conseguimento del relativo titolo universitario".

Quanto all' altro aspetto, i giudici hanno

aggiunto che "è del tutto pleonastica l' osservazione dell' appellante, secondo cui la caducazione del diploma di laurea non poteva prescindere dal previo annullamento dell' immatricolazione, perché trattasi di un mero formalismo privo di autentica rilevanza, dovendosi ritenere che nel provvedimento finale lesivo è compreso il provvedimento ad esso presupposto".

Insomma, i cavilli non contano: per avere una laurea valida occorre aver seguito regolarmente l' intero iter scolastico, non basta aver superato i soli corsi universitari.

Daniele Zamperini

Difesa "ufficiale" dagli operatori telefonici truffaldini

Il collega Giorgio Lazzari ci ha segnalato che sul sito dell' AGCOM (Autorità Garante per le Comunicazioni) e' stato messo on line e offerto agli utenti un software idoneo a rilevare in modo uff-

ficiale le effettive prestazioni degli operatori telefonici, onde poter verificare se vengono rispettati gli impegni contrattuali.

Dal sito dell' AGCOM misurainter-

net.it :

" Il Progetto Italiano per misurare e valutare la qualità della connessione Internet

Nel 2008 l' Autorità per le Garanzie nelle

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/

Comunicazioni, con l'approvazione della Delibera n. 244/08/CSP ha avviato il progetto italiano di monitoraggio della qualità degli accessi ad internet da postazione fissa. Gli obiettivi che l'Autorità attraverso questo progetto intende perseguire sono due: effettuare misure certificate al fine di comparare la qualità delle prestazioni offerte da ogni operatore, relativamente ai profili/piani tariffari ADSL più venduti; mettere in condizione l'utente/consumatore attraverso uno specifico software gratuito di valutare autonomamente la qualità del proprio accesso ad Internet dalla propria

postazione fissa.

Le misure delle prestazioni delle reti dei singoli operatori, rilevate dal progetto su tutto il territorio nazionale e pubblicate sui siti web di ciascun operatore, costituiscono i valori di riferimento su cui confrontare le diverse offerte presenti sul mercato.

Il software Ne.Me.Sys. (Network Measurement System) invece consente di verificare che i valori misurati sulla singola linea telefonica siano rispondenti a

quelli dichiarati e promessi dagli operatori nell'offerta contrattuale da loro sottoscritta.

Nel caso in cui l'utente rilevi valori peggiori rispetto a quanto garantito dall'operatore, il risultato di tale misura costituisce prova di inadempienza contrattuale e può essere utilizzato, come strumento di tutela al fine proporre un reclamo per richiedere il ripristino degli standard minimi garantiti e ove non vengano ristabiliti i livelli di qualità contrattuali, il recesso senza penali.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE novembre 2010

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

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 261 del 08.11.10)

RICLASSIFICAZIONE DEL REGIME DI RIMBORSABILITÀ - PHT

Con questo provvedimento vengono riclassificati in fascia A alcuni medicinali di uso prevalentemente (ma non esclusivo) ospedaliero.

La prescrizione di questi medicinali, che vengono inseriti nell'elenco dei prodotti PHT - Prontuario della distribuzione diretta, da parte dei centri ospedalieri non necessita di ulteriori specifiche se non quelle stabilite da ciascuna regione nell'ambito della propria competenza.

I medicinali di cui all'allegato elenco vanno dispensati attraverso le strutture individuate dalle regioni per una continuità assistenziale tra soggetto prescrittore ed unità dispensatrice del farmaco.

Ai fini del monitoraggio della spesa territoriale sottoposta al rispetto del tetto di spesa annuo e in accordo con le disposizioni vigenti concernenti le modalità di calcolo dei budget aziendali, la spesa per i medicinali dell'elenco è imputata alle singole aziende titolari di AIC a partire dal 1° novembre 2010.

Legge n. 183 del 4 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 262 del 09.11.10, Supplemento ordinario n. 243)

DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI LAVORI USURANTI, DI RIORGANIZZAZIONE DI ENTI, DI CONGEDI, ASPETTATIVE E PERMESSI, DI AMMORTIZZATORI SOCIALI, DI SERVIZI PER L'IMPIEGO, DI INCENTIVI ALL'OCCUPAZIONE, DI APPRENDISTATO, DI OCCUPAZIONE FEMMINILE, NONCHÈ MISURE CONTRO IL LAVORO SOMMERSO E DISPOSIZIONI IN TEMA DI LAVORO PUBBLICO E DI CONTROVERSIE DI LAVORO

Provvedimento che affronta molti aspetti normativi, anche di interesse sanitario, tra i quali segnaliamo:

articolo 3: commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive;

articolo 6: disposizioni riguardanti i medici ed altri professionisti sanitari extracomunitari;

articolo 22: età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale;

articolo 25: certificati di malattia.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 265 del 12.11.10)

MODIFICHE, RELATIVAMENTE ALL'INSERIMENTO DELLA NOTA 91, ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

Con questo provvedimento viene introdotta la nota AIFA n. 91, relativa alla prescrivibilità del febusostat che viene limitata al trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti.

La nota è entrata in vigore il giorno 13 novembre 2010.

Nella stessa Gazzetta Ufficiale, viene pubblicato il provvedimento dell'AIFA con il quale vengono definiti il regime di rimborsabilità e il prezzo di vendita del medicinale Adenuric, a base appunto di febusostat, autorizzato con procedura centralizzata europea dalla Commissione Europea.

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/

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 29 luglio 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18.11.10)

MODIFICA ALLA NOTA AIFA 36 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DEL 4 GENNAIO 2007

Nella nuova versione riguarda solo il testosterone e non più in metiltestosterone; si applica ai soli ipogonadismi maschili primitivi e secondari (in presenza di ridotte concentrazioni di testosterone totale e di sintomi tipici) e non più alla pubertà ritardata. Viene aggiunto un commento.

Viene confermata la necessità di diagnosi e piano terapeutico; le modifiche sono entrate in vigore dal 19 novembre 2010.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 29 luglio 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18.11.10)

MODIFICA ALLA NOTA AIFA 39 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DEL 26 NOVEMBRE 2009

Nella nuova versione viene inserito il paragrafo "età neonatale", all'inizio della nota stessa, che fornisce ulteriori indicazioni sull'impiego della somatotropina in questo particolare periodo della vita. Praticamente invariato il commento alla nota stessa, con l'aggiunta di una voce bibliografica.

Viene confermata la necessità di diagnosi e piano terapeutico; le modifiche sono entrate in vigore dal 19 novembre 2010.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18.11.10)

AGGIORNAMENTO DEL PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DI ERITROPOIETINE (EX NOTA 12) DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 18 MARZO 2009

Vengono diversamente presentate le condizioni cliniche per le quali è concessa la prescrizione delle eritropoietine; il nuovo piano terapeutico è entrato in vigore dal 19 novembre 2010.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18.11.10)

AGGIORNAMENTO DEL «PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI (EX NOTA 30 E 30 BIS)»

Viene introdotta la menzione ai fattori di crescita sia originatori che biosimilari, ed eliminata la bibliografia; il nuovo piano terapeutico è entrato in vigore dal 19 novembre 2010.

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 20 ottobre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23.11.10, Supplemento ordinario n. 259)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE, CONCERNENTE LA DEFINIZIONE DEGLI INDIRIZZI PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI FARMACOVIGILANZA ATTIVA, ATTRAVERSO LA STIPULA DI CONVENZIONI TRA L'AIFA E LE SINGOLE REGIONI PER L'UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE DI CUI ALL'ARTICOLO 36, COMMA 14, DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 1997, N. 449, PER GLI ANNI 2008-2009. (REPERTORIO ATTI N. 187/CSR DEL 28 OTTOBRE 2010)

Vengono stabilite le linee di indirizzo per la stipula di apposite convenzioni, tra l'AIFA e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per la realizzazione di iniziative di farmacovigilanza e di informazione degli operatori sanitari sulle proprietà, sull'impiego e sugli effetti indesiderati dei medicinali nonché sulle reazioni avverse da fitoterapici e integratori alimentari.

Il programma contempla: l'istituzione e manutenzione dei Centri Regionali di Farmacovigilanza, lo studio delle reazioni avverse ai farmaci, la valutazione dell'uso dei farmaci sia in ambito territoriale che ospedaliero, l'informazione e la formazione, il potenziamento dell'attività di farmacovigilanza dei Comitati Etici nelle sperimentazioni cliniche.

Il provvedimento stabilisce quali siano i progetti finanziabili (progetti a valenza nazionale o multiregionale, progetti esclusivamente regionali), come le regioni debbano presentare i piani di attività o i progetti, le modalità di erogazione dei fondi disponibili e come avverrà il monitoraggio dei progetti.

Sono allegati due documenti:

- Linee di indirizzo per l'utilizzo dei fondi regionali per la farmacovigilanza attiva e modalità di erogazione dei fondi per gli anni 2008 e 2009.

- Requisiti minimi di un centro regionale di FV (CRFV).

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 20 ottobre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23.11.10, Supplemento ordinario n. 259)

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6 DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012, DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 280, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2005, N. 266. (REPERTORIO ATTI N. 189/CSR DEL 28 OTTOBRE 2010)

Il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012:

- aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;

- individua le aree cardiovascolare ed oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici e fissa i relativi tempi massimi di attesa;

- prevede che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa, si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel piano;

- prevede l'utilizzo di una quota delle risorse da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali secondo le indicazioni delle linee guida nazionali del Ministero della Salute;

- promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;

- individua gli strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa;
 - individua, a garanzia della trasparenza, la necessità di procedere in via sistematica al monitoraggio sui siti web;
 - promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'azienda e ne prevede il monitoraggio;
 - ridefinisce le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi.
-

MMG-NET: domande frequenti

1. [Cosa occorre per usare MMG-net? Ci sono delle caratteristiche minime che un computer deve avere?](#)
 2. [In caso di sostituzione il computer dello studio del medico che viene sostituito deve rimanere acceso?](#)
 3. [Quale tipo di abbonamento internet è consigliato per usare al meglio MMG-net?](#)
 4. [I costi del collegamento a internet e \(più in generale\) i costi di gestione del computer cambieranno usando MMG-net?](#)
 5. [MMG-net va usato solo per la medicina in rete, o può essere utile per sostituire singoli colleghi, anche al di fuori di una medicina in rete istituzionalizzata?](#)
 6. [Usando MMG-net, ci sono rischi che i dati dei propri pazienti siano visti da persone estranee?](#)
 7. [Il personale che gestisce il server di MMG-net può accedere ai dati dei pazienti?](#)
 8. [Si deve comprare una stampante specifica per usare MMG-net?](#)
 9. [A quale tipologia di medici è consigliato MMG-net?](#)
 10. [I collaboratori o le segretarie possono usare MMG-net per continuare ad aiutare nel suo lavoro il medico titolare anche in caso di sostituzioni?](#)
 11. [Mentre si usa MMG-net, si possono usare anche altri programmi? Si può usare in contemporanea il proprio software di gestione ambulatorio ed MMG-net?](#)
 12. [Cosa serve per attivare il servizio?](#)
-

1. Per usare MMG-net è sufficiente qualsiasi computer dotato di sistema operativo Windows XP o Vista e di un collegamento a internet.
2. Assolutamente no! Tutte le operazioni avvengono esclusivamente su servers dedicati e non sul PC del collega da sostituire.
3. Più veloce è il collegamento a internet, migliori sono le prestazioni in termini di velocità, tuttavia MMG-net funziona anche se il collegamento avviene tramite una linea ISDN o tramite una normale linea analogica.
4. Il costo di gestione del PC non risente minimamente dell'uso di MMG-net. Per quanto riguarda i costi del collegamento a internet, dipende: in caso di abbonamento "flat" non si avrà alcun aumento di spesa mentre, ovviamente, in caso di abbonamento "a tempo", il costo del collegamento dipenderà anche dall'uso - più o meno intensivo - che si farà di MMG-net. Per questo motivo è comunque raccomandabile un abbonamento di tipo "flat".
5. MMG-net trova il massimo della sua applicabilità per i medici che lavorano in associazione in rete, ma ciò non toglie che possa essere usato da medici che si sostituiscono tra di loro, anche al di fuori di una medicina in rete istituzionalizzata.
6. Assolutamente no! Il collegamento è criptato (VPN) e solo chi ha un account composto da username e password può accedere al sistema.
7. No. Solo il medico titolare e i suoi associati possono accedere agli archivi, ogni medico può decidere liberamente di cambiare la password in qualsiasi momento. Il personale che gestisce il sistema non ha alcun modo di visionare i dati dei pazienti.
8. No, è assolutamente ininfluente: qualsiasi stampante va bene.
9. MMG-net nasce per rispondere alle esigenze di diverse tipologie di medici di medicina generale:
 - medici che fanno parte di medicine in rete, a maggior ragione se nell'ambito del gruppo di medici vengono usati software differenti.
 - medici che, pur al di fuori di una medicina in rete, desiderino sostituirsi con altri colleghi.
 - medici che lavorano in più ambulatori.
 - medici che lavorano, oltre che in ambulatorio, anche presso il proprio domicilio, per poter avere sempre i dati dei pazienti allineati tra di loro.
10. Sì.
11. Certo, è una delle evenienze più frequenti. E' assolutamente possibile continuare a usare il proprio gestionale e simultaneamente, collegati al server, visitare i pazienti dei colleghi da sostituire. Allo stesso modo è assolutamente possibile stampare sulla propria stampante sia le ricette per i propri assistiti che quelle per i pazienti dei colleghi sostituiti.
12. Contattare la MAS informatica srl.