

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 5 numero 7

Luglio 2008

Grande successo del IV Congresso Nazionale della Società scientifica Multidisciplinare Promed Galileo

Presso le Terme di Uliveto centinaia di congressisti hanno seguito le numerose sessioni

Particolare interesse per la sessione di Medicina Legale finalizzata ad una migliore integrazione Specialisti-Medici del Territorio, con importante tavola rotonda sulla Responsabilità Medica. *In questo numero: Relazione tenuta da Marcello Valdini sul Ruolo dei Medici di Famiglia nella Certificazione Assicurativa per Responsabilità Civile (a pag. 11)*

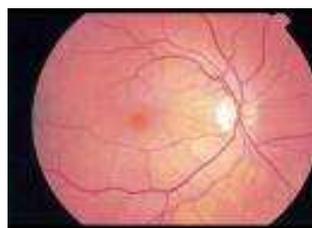


Residui di coscienza nel coma (pag. 4)

INDICE GENERALE
(con molto altro)
A PAGINA 2



Gioie e dolori dei farmaci per obesità (pag. 4)



I fibrati utili per la retinopatia diabetica? (pag. 7)



Alcune utilità della terapia idropinica: come e quanto (pag.3)

Ma insomma, serve la tonsillectomia? (pag. 6)

Il suicidio nei giovani: ruolo ambiguo degli antidepressivi SSRI (pag. 8)

Valori piu' elastici per l' Hb Glicata nei diabetici (pag. 10)

Rimborso IRAP: ulteriori chiarimenti (pag. 13)



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

“ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE “

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Quanta e quale tipo d'acqua si deve bere?	Pag. 3	Mensile di informazione e varie attualita'
Gioie e dolori dei farmaci anti-obesita'	Pag. 4	Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998
Residui di coscienza nello stato vegetativo apparentemente irreversibile	Pag. 4	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
Ma insomma, serve la tonsillectomia?	Pag. 6	http://www.scienzaeprofessione.it
Screening del K polmonare mediante TC spirale: smentita l' utilita'	Pag. 7	Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo"
I fibrati rallentano la retinopatia diabetica	Pag. 7	-SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
Epatite da HCV: "risposta virologica sostenuta" e miglioramenti clinici	Pag. 8	-Medico&Leggi
Giovani e suicidio: il ruolo complicato degli SSRI	Pag. 8	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore)
La sindrome da fatica cronica: il punto e le linee-guida	Pag. 9	Guido Zamperini (redattore) Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Trattare l' Herpes puo' ridurre l' infezione da HIV?	Pag. 10	Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
Livelli ottimali di Emoglobina Glicata nel diabete tipo 2	Pag. 10	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Certificati assicurativi per Responsabilità civile: ruolo del MMG	Pag. 11	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it
Criticare pungentemente i medici non e' reato se le critiche sono motivate	Pag. 12	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Criteri per la liquidazione del danno morale e del danno biologico	Pag. 13	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Risarcimento dopo decesso per cause naturali	Pag. 13	
L' Agenzia delle Entrate chiarisce i criteri del rimborso IRAP	Pag. 13	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 14	
News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)	Pag. 15	



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da
ULIVETO E ROCCHETTA, "ACQUE DELLA SALUTE"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Quanta e quale tipo d'acqua si deve bere?

Alcuni Autori americani hanno pubblicato un editoriale nella rivista *Journal American Society of Nephrology* (JASN 2008; 10, 1681--3) e riportato dal *Corriere della Sera*, in cui viene affermata l'inesistenza, nella letteratura internazionale, di evidenze cliniche a favore di un effetto terapeutico delle terapie idropiniche, con l'eccezione della calcolosi renale.

Tale conclusione è stata vivacemente contestata da autori italiani che da molto tempo si dedicano allo studio di tale settore, anche per il fatto che tali studi, pur pubblicati su importanti riviste di settore, non sono stati neppure presi in considerazione.

Le contestazioni vertevano essenzialmente su alcuni punti:

- Non vanno confuse le acque "minerali" da quelle degli acquedotti cittadini, trattate con prodotti chimici.
- Si rileva, ad esempio, una diversa composizione radioisotopica delle varie acque, di cui è ancora ignoto un eventuale effetto biologico.
- Esistono chiare evidenze empiriche (tali da non richiedere conferma sperimentale) dell'effetto biologico di alcune acque: l'acqua minerale di Epsom (Inghilterra) ha ad esempio un noto e indiscutibile potere lassativo. Lo stesso vale per l'attività delle acque italiane di Montecatini e Chianciano sul fegato e per l'acqua di Fiuggi sui calcoli renali, come noto già ai tempi di Leonardo da Vinci. E' quindi giusta la richiesta di sperimentazioni cliniche probatorie, ma non possono essere ignorate le evidenze empiriche quando siano palesi. Ne' l'assenza di prove sperimentali può indurre a negare a priori un effetto clinico: diceva Carl Sagan, astrofisico, "L'assenza di prove non è prova di assenza". Non si può tuttavia non riconoscere che molte acque minerali vantano pro-

prietà terapeutiche senza averle dimostrate. Un esempio classico è la dizione "acqua diuretica", comunemente usata, che presupporrebbe una capacità di stimolare la diuresi in quantità superiore al liquido introdotto. Poiché ciò non avviene, il termine utilizzato è improprio e può indurre ad errori potenzialmente dannosi.

Interessante è l'aspetto fisico-matematico della dinamica dei fluidi applicata alle vie urinarie e sottolineato dalle ricerche degli autori italiani (Di Paolo e coll.).

E' stato documentato in fisica (legge di Hopkins) che la forza di trasporto dell'acqua di un fiume o di una condotta chiusa aumenta di 64 volte ogni volta che raddoppia la portata, ossia la quantità d'acqua che vi scorre. Trasferendo tale concetto nelle vie urinarie si osserva che in un soggetto che urina 1000 ml/die il flusso per ciascun uretere è di 0.347 ml/m', che, portando la diuresi a 2000 ml/die aumenta di poco (0.694 ml/m').

Nelle vie urinarie si ravvisano inoltre alcuni fattori biologici interferenti:

l'elasticità della parete ureterale che tende a limitare la forza di trasporto,

la peristalsi che invece aumenta tale forza di trasporto.

Un terzo fattore, evidenziato con una certa sorpresa, è che la forza di trasporto nell'uretere dell'animale si inizia a evidenziare solo quando la portata raggiunge 1 ml/m'. Se poi sale a oltre 2 ml/m' la forza diverrebbe tale da essere paragonata ad un piccolo "tsunami" (3). Per raggiungere tali valori bisognerebbe però far bere ad una persona adulta 5-6 litri nell'arco della giornata, modalità discutibile e poco realisti-

camente applicabile nella realtà quotidiana. Se però l'introduzione di liquidi avviene rapidamente (1,5-2 litri d'acqua in 30m') questi vengono eliminati normalmente nei 90 minuti successivi ottenendo per quel periodo di tempo flussi di 8-11 ml/m' per ciascun uretere, generando una forza di trasporto migliaia di volte più elevata di quella virtualmente presente in condizioni basali. Un modello matematico applicabile all'uomo è stato formulato con l'aiuto di esperti di dinamica dei liquidi (2). E' risultato che bevendo a digiuno 25 ml di acqua/kg di peso corporeo in un arco di tempo di 30m', si ottiene a livello ureterale una forza di trasporto molto elevata che spiega fra l'altro l'effetto positivo della terapia termale. Ulteriori analisi effettuate in collaborazione con l'Istituto di Statistica hanno permesso di rilevare che probabilmente l'aumento della forza di trasporto è anche presente a livello del nefrone aumentando anche la clearance della creatinina e dell'urea misurate nelle 24 ore (4).

In base a tali studi si dedurrebbe che l'acqua, bevuta in tempi ristretti, oltre ad esplicare un effetto wash-out sulle vie urinarie, utilissimo e già sfruttato nei pazienti affetti da calcolosi e da infezione delle vie urinarie, potrebbe svolgere anche un effetto depurativo.

Occorre naturalmente un'acqua con buone caratteristiche organolettiche e sottoposta a specifici studi in materia (gli autori hanno effettuato i loro studi con l'acqua Rocchetta) tenendo sempre presenti le eventuali controindicazioni (cardiopatie scompenstate, ipertrofia prostatica ecc.).

Bibliografia

1. Di Paolo N, Sacchi G, Gentile F, Lombardi M, Sansoni E Gaggiotti E.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Experimental

evaluation of transport foree in the ureter . Inter. J. Art. Org. 2005, 28: 190-6

2. Francesco Calomino, Nicola Di Paolo, Giulio Palma, Enzo Gaggiotti. A mathematical approach to the evaluation of sedi-

ment transport capacity in the human urinary tract. Inter. J. Artif. Org. 2005; 28: 197-206 3.

3. Ronco C : Oral water and the Internal Tsunami. Inter J Art O 2005; 28: 189-90

4. N. Di Paolo, G.A. Nicolai, M.

Lombardi, F. Maccari, G. Garosi. High doses of water increase the purifing capacity of the kidneys. Int J Artif Organs 2007; 30: 1109
DZ- PO

Gioie e dolori dei farmaci anti-obesita'

Una revisione sistematica di 30 RCT ha valutato efficacia ed effetti collaterali a lungo termine dei farmaci usati nel trattamento dell'obesità.

Si tratta di una revisione sistematica di 30 RCT per un totale di oltre 16.000 pazienti. Per essere inclusi nella revisione gli studi dovevano aver testato un farmaco anti-obesità versus placebo per almeno un anno. In particolare: 16 studi in cui è stato provato l'orlistat, 10 in cui è stata usata la sibutramina e 4 con il rimonabant. Il follow-up degli studi andava da un minimo di un anno ad un massimo di quattro.

I farmaci, rispetto al placebo, portano ad una riduzione del peso corporeo che è quantificabile, in media, in 2,9 kg per orlistat, in 4,2 kg per sibutramina e in 4,7 kg per rimonabant.

Inoltre sia rimonabant che orlistat riducevano il rischio di comparsa di diabete, miglioravano la glicemia e la glicemoglobina nei pazienti già diabetici, riducevano i valori di colesterolo totale e di pressione arteriosa.

Fra gli effetti collaterali segnalati dalla revisione spiccano quelli di tipo gastrointestinale per orlistat, quelli psichia-

trici (depressione) per il rimonabant e quelli cardiovascolari (aumento della pressione e frequenza cardiaca) per la sibutramina.

Gli autori concludono che orlistat, sibutramina e rimonabant riducono modestamente il peso corporeo ma hanno effetti differenti sul rischio cardiovascolare e specifici effetti collaterali.

Fonte:

Rucker D, Padwal R, Li SK et al. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight updated metanalysis. BMJ 2007 Dec 8; 335:1194-1199.

Commento di Renato Rossi

In realtà quanto emerge dalla revisione sistematica qui recensita non è una novità [1]. La revisione, in effetti, è un aggiornamento di un'analisi precedente (in cui erano stati considerati 16 RCT) con l'aggiunta di 14 RCT nuovi. Nonostante i tre farmaci testati agiscano in maniera diversa (orlistat inibisce la lipasi pancreatica, sibutramina antagonizza la ricaptazione di noradrenalina e serotonina, rimonabant agisce sui recettori di tipo 1 per i cannabinoidi) la loro efficacia clinica sul peso corporeo è abbastanza si-

mile, forse lievemente maggiore per sibutramina e rimonabant. In ogni caso si tratta di perdite di peso relativamente modeste, anche se indubbiamente utili. Ne consegue che i farmaci possono essere un ausilio ma non si devono sostituire alla dieta ed alla attività fisica.

Va considerato inoltre che, nel valutare il profilo beneficio/rischio, si devono mettere sul piatto della bilancia gli effetti collaterali a lungo termine del trattamento, specifici per ogni farmaco. Non è un aspetto da trascurare in quanto tali effetti possono rivestire una notevole importanza clinica e, anche recentemente, è stata richiamata l'attenzione su questi aspetti [2].

Infine va detto che non ci sono studi che abbiano valutato l'impatto dei farmaci per l'obesità su end-point clinici "hard" come la mortalità o la morbilità cardiovascolari.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3105>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3622>

Residui di coscienza nello stato vegetativo apparentemente irreversibile

La persistenza di alcune funzioni cognitive nello stato vegetativo pone ulteriori dubbi sul testamento biologico che appare molto problematico fare e soprattutto fare quando si è sani.

La corte di Cassazione ha disposto un nuovo processo circa la richiesta di sospensione della Nutrizione e Idratazione Artificiale (NIA) presentata dal padre di

Eluana Englaro, la ragazza in stato vegetativo dopo un incidente stradale verificatosi nel 1992. Il nuovo processo si dovrà tenere presso una diversa sezione della corte di Appello di Milano (1).

In una nota il Primo Presidente della Corte, Vincenzo Carbone, riporta che: La Corte di Cassazione ha escluso che l'idratazione e l'alimentazione artificiali

con sondino nasogastrico costituiscano, in sé, oggettivamente, una forma di accanimento terapeutico, pur essendo indubbiamente un trattamento sanitario può, su istanza del tutore, autorizzarne l'interruzione soltanto, dovendo altrimenti prevalere il diritto alla vita, in presenza di due circostanze concorrenti: 1) la condizione di stato vegetativo del paziente sia apprezzata clinicamente

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

come irreversibile, senza alcuna sia pur minima possibilità, secondo standard scientifici internazionalmente riconosciuti, di recupero della coscienza e delle capacità di percezione;

2) sia univocamente accertato, sulla base di elementi tratti dal vissuto del paziente, dalla sua personalità e dai convincimenti etici, religiosi, culturali e filosofici che ne orientavano i comportamenti e le decisioni, che questi, se cosciente, non avrebbe prestato il suo consenso alla continuazione del trattamento.

Cerchiamo di affrontare le questioni in modo separato attingendo alle conoscenze espresse dalla letteratura medico-scientifica.

Il gruppo di lavoro che ha riunito esperti di diverse specialità mediche ha prodotto un documento pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 1994 (2).

In esso gli esperti pongono una prima distinzione terminologica circa lo stato vegetativo: "persistente" è un termine che esprime una diagnosi, "permanente" si riferisce invece alla prognosi.

Ogni medico conosce la fallibilità intrinseca del giudizio prognostico, eppure il gruppo in questione afferma: "Noi crediamo che ci siano sufficienti dati sulla prognosi del recupero neurologico da permetterci di distinguere tra stati vegetativi persistenti e permanenti", tanto che "un medico può dire ai familiari del paziente con un alto grado di certezza medica che non c'è più speranza per il recupero della coscienza".

Sempre secondo il gruppo di esperti "errori nella diagnosi sono accaduti a causa della confusione sulla terminologia per descrivere i pazienti in queste condizioni, l'inesperienza dell'esaminatore, o un'insufficiente periodo di osservazione."

Insomma, si potrebbe stare tranquilli ed applicare anche al caso di Eluana Englaro "con un alto grado di certezza" che la sua condizione è irreversibile.

Quanto questo criterio probabilistico soddisfi la richiesta della Suprema Corte circa l'assenza di una pur minima possibilità di recupero per poter autorizzare la sospensione della NIA è materia per

adesso non ponderabile. Da quando però il documento è stato stilato sappiamo che, nonostante la migliore assistenza, errori diagnostici e soprattutto prognostici nel campo dello stato vegetativo continuano ad avvenire.

Ad esempio, in una casistica di 40 pazienti ricoverati con diagnosi di Stato Vegetativo Persistente (SVP) in una unità specializzata per il recupero di soggetti con grave danno neurologico ad almeno 6 mesi di distanza dall'evento acuto, 10 pazienti sono rimasti vegetativi (25%), 13 sono usciti dallo stato vegetativo (33%), per altri 17 si è trattato di un errore diagnostico (43%) durato fino a 7 anni (3).

Il dottor Guizzetti, responsabile del centro per la terapia dello stato vegetativo di Bergamo, forniva una casistica personale in cui, tra 69 soggetti in stato vegetativo, 12 hanno ripreso stabilmente le relazioni con l'ambiente, 6 hanno ripreso l'eloquio, 8 hanno ripreso l'alimentazione orale, 11 non hanno più avuto bisogno della tracheocannula (4).

Nel 2007, dopo una prima iniziale segnalazione (5), si è cominciato a studiare tecniche di neuroimaging funzionale per verificare la persistenza di isole di coscienza non rilevabile clinicamente, né con i mezzi ordinari. Tali studi, seppure preliminari, offrono conferma che "alcuni pazienti che soddisfano i criteri comportamentali per Stato vegetativo mantengono isole preservate di funzione cognitive" (6; 7; . La questione potrebbe essere assimilata al miocardio "stordito" ed "ibernato", punto di partenza fisiopatologico per migliorare le pratiche cliniche volte al recupero della funzione contrattile dopo un infarto.

La scoperta di "isole di coscienza" in alcuni pazienti in stato vegetativo apre la grande sfida dell'implementazione di esse. Decretare la soppressione di una persona ancora vivente è in netto contrasto con quel principio di speranza continuamente evocato per la ricerca sulle cellule staminali ottenute con distruzione di embrioni, fino ad ora inconcludente, almeno sotto il profilo delle applicazioni cliniche.

È davvero paradossale che alcuni sog-

getti, una volta cadaveri, siano trattati come pazienti, ibernandoli in attesa di future terapie, mentre veri pazienti li si voglia trattare come cadaveri. Smentite alla pretesa d'infalibilità prognostica nel giudizio sullo Stato Vegetativo giungono anche dall'Italia in uno case report dal titolo significativo: "Un inatteso recupero dallo Stato vegetativo permanente" (9).

Al di là quindi della impossibilità di stabilire nel singolo soggetto la condizione d'irreversibilità la sentenza della corte costituzionale stabilisce comunque un principio: si può uccidere se non vi sono probabilità di recupero della coscienza. È intuibile che il prossimo fronte per erodere la vita si giocherà su due campi: l'assenza di probabilità di recupero che, c'è da temere, piano piano, da certa, diventerà altamente probabile e poi ragionevolmente probabile, e quello del grado di compromissione della coscienza di sé e del mondo circostante. Mi chiedo quanto la cosa farà piacere ai pazienti affetti da Demenza.

Il secondo criterio per definire la praticabilità della soppressione mediante inedia del paziente in stato vegetativo si fonda sulla presenza di desideri espressi in vita. Di nuovo una lettura della realtà che sembra completamente sorda alle conoscenze che giungono dalla ricerca medico-scientifica. Vi sono evidenze infatti che quei trattamenti che i pazienti in un primo momento dichiarano di rifiutare, col progredire della patologia divengono maggiormente accettati (10). Quanto sia frequente cambiare idea sulle decisioni di fine vita è uscito dal ristretto ambito di conoscenza degli addetti ai lavori grazie alla testimonianza della dottoressa Sylvie Menard, capo del dipartimento di oncologia all'Istituto nazionale dei tumori di Milano, che ha cambiato radicalmente idea su testamento biologico ed eutanasia dopo l'insorgenza della malattia:

"Da medico, da oncologa, ero favorevole: oggi rivendico il mio diritto a vivere. [...] Il testamento biologico non si può fare da sani, perché in questo caso la morte è qualcosa di astratto; quando ti ammali la prospettiva cambia e oggi io troverei uno scopo anche costretta a letto" (11).

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Affermare che la propria vita possa essere stabilita sulla base di una dichiarazione orale resa in un contesto completamente diverso significa oggettivamente tutelare giuridicamente in minor misura le disposizioni circa la propria vita di quanto non si faccia per i beni materiali; si tratta di un'osservazione svolta da medici (12) e da giuristi (13).

Una nota a margine. Nel caso di un via libera stabilito dalle corti alla sospensione della NIA si proporrebbe anche in Italia un caso Terry Schiavo, la giovane donna deceduta dopo 12 giorni di agonia dopo la decisione di rimuovere l'alimentazione artificiale. Un'agonia che renderebbe più umano, e quindi più prossimo ad essere legalizzato, l'intervento eutanasi mediante iniezione letale. Sono state già pubblicate dichiarazioni di medici dichiaratisi pronti

ad eseguire la rimozione del supporto vitale alla Englaro. Sarebbe interessante che fornissero la loro personale definizione del concetto di cura, giacché credevamo che curare significasse migliorare la speranza di vita e/o attutire le sofferenze. Difficile pensare che una paziente incosciente, come loro dicono, soffra, almeno fino a quando la rimozione del sondino per l'alimentazione realizza una serie di sintomi insorti proprio a causa del loro gesto che saranno costretti comunque ad intervenire per limitare e tamponare.

Vorrei sommessamente far presente ai colleghi che l'orizzonte dell'uomo si situa interamente in un arco di curabilità, non di guaribilità.

Renzo Puccetti

Bibliografia:

1. <http://www.corriere.it/>

[cronache/07_ottobre_16/cassazione_eutanasia.shtml](http://cassazione_eutanasia.shtml)

2. The Multi-Society Task Force on PVS. NEJM Volume 330:1499-1508 May 26, 1994 Number 21

3. BMJ 1996;313:13-16 (6 July)

4. Fonte: Avvenire, 20 ottobre 2003

5. Science. 2006 Sep 8;313(5792):1402.

6. Brain. 2007 Oct;130(Pt 10):2494-507.

7. Neurology. 2007 Mar 20;68(12):895-

8. Arch Neurol. 2007 Aug;64(8):1098-102.

9. Brain Inj. 2007 Jan;21(1):101-3.

10. Arch Intern Med. 2006 April 24; 166(8): 890-895.

11. <http://www.ilgiornale.it/a.pic1?ID=213632>

12. <http://www.pillole.org/public/pnuke/news.asp?id=3562>

13. http://newrassegna.camera.it/chiosco_new/pagweb/

Ma insomma, serve la tonsillectomia?

Un'analisi costo efficacia di un RCT olandese suggerisce che la tonsillectomia aumenta i costi senza portare a benefici clinici rilevanti.

In questo studio multicentrico olandese sono stati arruolati 300 bambini (età 2-8 anni) selezionati per essere sottoposti ad adenotonsillectomia in accordo con i criteri comunemente usati nella pratica clinica. Sono stati esclusi i bambini con infezioni frequenti della gola e quelli con sospetta apnea ostruttiva. I bambini sono stati randomizzati a tonsillectomia oppure semplice osservazione. Il follow-up è stato di 22 mesi. L'end-point primario era il numero di episodi febbrili per anno/persona; gli end-point secondari erano gli episodi di flogosi faringea e delle vie respiratorie. La tonsillectomia ridusse gli episodi di febbre e faringite di 0,21 per anno/persona e quelli di infezione delle vie respiratorie di 0,53. E' stato anche valutato il costo annuo che era di 803 euro nel gruppo chirurgico e di 551 euro nel gruppo di controllo. Gli autori concludono che nei bambini con sintomi di infezione lieve-moderata della gola o ipertrofia adeno-tonsillare la chirurgia aumenta i costi senza portare a benefici clinici significativi. Ulteriori ricerche dovranno identificare sottogruppi di bambini in cui la chirurgia potrebbe essere maggiormente utile.

Fonte:

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2007 Nov;133 (11):1083-8.

Commento di Renato Rossi

L'asportazione delle tonsille adenoidee e faringee era, in passato, l'intervento chirurgico più frequente nei bambini. Non di rado si aveva il sospetto che venisse effettuato più per venir incontro ai desideri dei genitori che per vera necessità clinica. Oggi l'operazione viene effettuata molto meno.

Due revisioni sistematiche [1,2] hanno trovato entrambe solo due RCT che paragonassero chirurgia e terapia medica nei bambini, ma non sono state in grado di determinare quale sia l'opzione preferibile per la povertà e i limiti degli studi disponibili. Un RCT pubblicato dopo le due revisioni [3] ha trovato che la tonsillectomia è superiore al trattamento medico a 3 anni perchè riduce gli episodi di tonsillite.

Un altro RCT [4] suggerisce che l'intervento comporta benefici clinici trascurabili che, comunque, non sono più presenti dopo sei mesi. Lo studio recensito in questa pillola è un'analisi costo/efficacia di quest'ultimo RCT e conferma come la tonsillectomia sia gravata da costi più elevati senza comportare una riduzione rilevante degli episodi febbrili e di infezione della gola e delle prime vie respiratorie.

Un limite di questo RCT è che ha escluso bambini con forme gravi ricorrenti e quelli con apnea ostruttiva notturna, il che ne limita, in parte, la trasferibilità. Che indicazioni dare? Gli autori di uno degli studi citati [3] fanno notare che la tonsillectomia risultava associata a complicazioni: dei 203 bambini operati 16 andarono incontro a qualche complicanza, incluse 3 emorragie intraoperatorie, 7 emorragie post-operatorie e un possibile caso di ipertermia maligna incipiente. Essi consigliavano l'intervento dopo almeno 7 episodi infettivi nell'anno precedente o 5 all'anno nei due anni precedenti. Anche in questi casi comunque suggerivano un approccio individualizzato informando la famiglia che, anche se non si fa nulla, molti di questi bambini migliorano con il tempo. E' importante tener conto anche della capacità della famiglia di tollerare le malattie del bambino piuttosto che il rischio dell'intervento.

Una posizione che sembra del tutto condivisibile. Si può aggiungere che, oltre ai casi di infezioni molto frequenti nonostante adeguata terapia medica, l'intervento può essere preso in considerazione quando esiste una spiccata ipertrofia adeno-tonsillare con associata apnea ostruttiva notturna. Non sembra invece che l'adenoidectomia sia in grado di ridurre le otiti medie recidivanti nei

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

bambini più piccoli [5].
 Referenze 1. Marshall T. A review of tonsillectomy for recurrent throat infection. Br J Gen Pract 1998;48:1331-1335. Search date 1997; primary sources Cochrane Library; Medline.
 2. Burton MJ et al. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane

Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001802
 3. Paradise JL et al. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. Pediatrics 2002;110:7-15.
 4. Van Staaik BK, Van den Akker EH, Rovers MM et al. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild

symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open randomised controlled trial. BMJ 2004;329:651-654.
 5. Koivunen P et al. Adenoidectomy versus chemoprophylaxis and placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years: randomised controlled trial. BMJ 2004; Feb 28; 328:487

Screening del K polmonare mediante TC spirale: smentita l' utilita'

Lo studio ELCAP non è idoneo a rispondere alla domanda se lo screening del cancro polmonare mediante TAC toracica abbia un profilo beneficio/rischio favorevole.

Gli Archives of Internal Medicine hanno pubblicato un articolo molto critico riguardante lo studio ELCAP che era stato dato alle stampe l'anno scorso dal New England Journal of Medicine. In questo studio, già recensito da questa testata, veniva riferito che lo screening del cancro polmonare mediante TAC spirale portava ad una diagnosi precoce

e ad una sopravvivenza a 10 anni del 90%.

Questi dati erano stati ampiamente ripresi dalla stampa profana e qualcuno aveva prontamente suggerito di iniziare ad implementare su vasta scala lo screening.

Gli autori si dicono in profondo disaccordo, sostanzialmente per quattro ragioni:

- 1) lo studio non aveva un gruppo di controllo
- 2) manca un end-point privo di bias
- 3) non si tiene in considerazione quanto già dimostrato da studi precedenti
- 4) non vengono valutati i pericoli dello

screening

Gli autori concludono affermando che la sopravvivenza risulta sempre prolungata dalla diagnosi precoce, anche quando non si ottiene una riduzione della mortalità; solo studi randomizzati e controllati (RCT) sono in grado di definire i rischi e i benefici di uno screening.

Fonte:

Welch GH et al. Overstating the Evidence for Lung Cancer Screening. The International Early Lung Cancer Action Program (I-ELCAP) Study. Arch Intern Med. 2007 Nov 26;167(21):2289-2295.

I fibrati rallentano la retinopatia diabetica

Secondo un' analisi dei dati dello studio FIELD il fenofibrato è utile nella retinopatia diabetica, ma il dato va interpretato con cautela.

Lo studio FIELD (Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes) aveva arruolato 9.795 pazienti con diabete tipo 2 (età 50-75 anni), randomizzati a ricevere fenofibrato (200 mg/die) oppure placebo.

Un end-point terziario, ma prespecificato, dello studio principale era la necessità di trattamento laser della retinopatia deciso da uno specialista, in cieco rispetto al trattamento effettuato.

Il trattamento laser si rese necessario maggiormente nei soggetti con cattivo controllo della glicemia e della pressione ma non sembrava influenzato dalla concentrazione dei lipidi plasmatici.

La necessità di un primo trattamento laser fu significativamente ridotto nel gruppo trattato con fenofibrato. In un sottogruppo dello studio di poco più di

1.000 pazienti, in cui veniva effettuata una fotografia retinica per graduare la gravità della retinopatia, la progressione di 2 gradi della retinopatia oppure la comparsa di retinopatia in chi non ce l'aveva non differiva tra chi assumeva fenofibrato e chi assumeva placebo. Solo in chi aveva già una retinopatia il fenofibrato ne ridusse la progressione rispetto al placebo.

Gli autori concludono che il trattamento con fenofibrato nel diabete tipo 2 riduce la necessità di trattamento laser della retinopatia, anche se il meccanismo d'azione non sembra collegato alla riduzione della concentrazione plasmatica dei lipidi.

Fonte:

Lancet 2007 Nov 17; 370:1687-1697

Commento di Renato Rossi

Lo studio FIELD era già stato pubblicato nel 2005 [1]: l'end-point primario era costituito da eventi coronarici che com-

prendevano la morte coronarica e l'infarto non fatale e il follow-up fu di 5 anni.

Si ottenne una riduzione statisticamente significativa del 24% dell'infarto non fatale e una riduzione non significativa dell'11% di ogni evento coronarico, inclusi gli eventi fatali, rispetto al placebo. La terapia con fibrato non comportò nessun miglioramento della sopravvivenza totale. Un altro risultato del fenofibrato fu la riduzione degli eventi legati alla microangiopatia diabetica, una riduzione del 24% degli interventi di rivascolarizzazione, una riduzione della progressione della microalbuminuria e una minor necessità di ricorrere al trattamento laser per retinopatia.

Come fa notare un editoriale di commento, per la prevenzione e il trattamento della retinopatia diabetica sono utili soprattutto il controllo della glicemia e della pressione arteriosa e il trat-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

tamento laser.

Si potrebbe discutere se il controllo intensivo della glicemia sia in grado di ridurre l'incidenza di retinopatia diabetica.

Questa affermazione si basa essenzialmente sullo studio UKPDS, però l'unico end-point che il controllo intensivo della glicemia ridusse fu la necessità del trattamento laser, ma si trattava di un esito "aggiunto in itinere" al maxi-endpoint primario a 12 voci pre-specificato nel disegno iniziale.

Dal punto di vista metodologico questa strategia rimane discutibile. Comunque viene dato per accettato che nella retinopatia diabetica sia utile soprattutto trattare bene iperglicemia e ipertensione e non è il caso di guardare sempre contro luce l'uovo alla ricerca del famoso pelo.

L'editoriale di commento conclude che, per il momento, non è il caso di usare i fibrati allo scopo di ridurre o trattare la retinopatia diabetica.

Un problema che si pone, inoltre, è che il diabetico di solito viene posto in terapia con una statina, soprattutto se oltre al diabete ha un altro fattore di rischio cardiovascolare, cosa che è quasi la regola. L'eventuale associazione con il fenofibrato, magari a dosi dimezzate, è ammessa, ma, a parere di chi scrive, andrebbe comunque effettuata con cautela e in casi selezionati, per il possibile aumento del rischio di rabdomiolisi. In questi casi, come da scheda tecnica, è necessario monitorare strettamente il paziente dal punto di vista clinico e laboratoristico per diagnosticare precocemente eventuali segni di tossicità mu-

scolare e/o renale.

E' invece controindicata l'associazione con statine (e anche con repaglinide) dell'altro fibrato, il gemfibrozil.

Ovviamente i fibrati sono un'alternativa nei casi di intolleranza alle statine. La nota 13 dell'AIFA prevede la rimborsabilità dei fibrati solo in caso di dislipidemie familiari oppure di dislipidemie iatrogene (immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori dell'aromatasi) o in corso di insufficienza renale. Tuttavia riteniamo che nel paziente diabetico che non tollera una statina e nel quale, spesso, all'ipercolesterolemia si associa un aumento dei trigliceridi, un fibrato sia una scelta ragionevole.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2115>

Epatite da HCV: “risposta virologica sostenuta” e miglioramenti clinici

Secondo uno studio retrospettivo ad una “risposta virologica sostenuta” (scomparsa dell' RNA virale) corrisponde una riduzione degli esiti clinici gravi, soprattutto insufficienza epatica.

In questo studio retrospettivo di coorte sono stati reclutati 479 pazienti afferenti a 5 cliniche specializzate nel trattamento dell'epatite cronica C europee e canadesi. Tutti i pazienti avevano una fibrosi avanzata oppure una cirrosi all'esame istologico. Lo studio si riprometteva di valutare se una risposta virologica sostenuta sia o meno associata ad un miglioramento degli esiti clinici. Per risposta

virologica sostenuta si intendeva la scomparsa di HCV-RNA all'esame sierologico alla 24^a settimana, cioè alla fine del trattamento. Una risposta di questo tipo si ebbe nel 29,6% dei pazienti mentre il follow-up medio fu di 2,1 anni (da 0,8 a 4,9). Gli eventi clinici valutati furono la comparsa di insufficienza epatica, la morte e il carcinoma epatocellulare.

La risposta virologica sostenuta risultava associata ad una riduzione statisticamente significativa degli eventi presi in esame soprattutto grazie ad una riduzione dell'insufficienza epatica che si verificò in nessun paziente del gruppo rispo-

sta virologica sostenuta e in 42 pazienti non responders.

Gli autori sottolineano i limiti del loro studio: essendo di tipo retrospettivo i risultati possono essere stati influenzati da bias di selezione e di sopravvivenza. Concludono tuttavia che una risposta virologica sostenuta risulta associata ad un miglioramento degli esiti clinici, soprattutto insufficienza epatica, nei pazienti con epatite cronica C ed avanzata fibrosi o cirrosi.

Fonte:

Ann Intern Med 2007 Nov 20; 147:677-684

Giovani e suicidio: il ruolo complicato degli SSRI

Negli USA e in Danimarca la riduzione delle prescrizioni di SSRI (conseguente ad un sospetto aumento di suicidi negli utilizzatori) risulterebbe associata, al contrario, ad un contemporaneo aumento dei suicidi giovanili. Il peggioramento della depressione sembra più grave dei possibili effetti negativi dei farmaci.

Lo scopo di questo studio, effettuato da autori danesi, era di stabilire se, dopo le avvertenze circa il possibile rischio di suicidio nei giovani in trattamento con SSRI, la diminuita prescrizione di questi

farmaci potesse essere associata ad un aumento dei suicidi a causa del mancato trattamento della depressione.

La ricerca, in effetti, ha evidenziato che subito dopo che venne reso pubblico il "warning" della FDA la prescrizione degli SSRI è diminuita, sia negli USA che in Danimarca, del 22%.

In Danimarca i suicidi nei giovani aumentarono, tra il 2003 e il 2005, del 49% e i dati mostrano una significativa associazione inversa con la prescrizione di SSRI.

Negli USA, negli anni 2003 e 2004, i suicidi nei giovani sono aumentati del

14%: si tratta della maggior variazione verificatasi fin da quando, nel 1979, i CDC americani decisero di registrare sistematicamente tutti i suicidi che avvenivano nel paese.

Gli autori concludono che sia negli USA che in Danimarca, dopo che le agenzie regolatorie hanno pubblicato l'avvertimento di un possibile rischio di suicidi nei bambini e nei giovani trattati con SSRI, la prescrizione di questi farmaci si è ridotta e tale diminuzione risulta associata con un aumento dei suicidi nei giovani.

Fonte:

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “Acque della Salute”
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Am J Psychiatry 2007 Sept; 164:1356-1363.

Commento di Renato Rossi

Nel 2003-2004 le autorità regolatorie (FDA ed EMEA) sottolinearono che vi era un possibile rischio di suicidio associato all'uso degli SSRI, soprattutto nei bambini e nei giovani [1,2]. Tuttavia alcuni studi avevano suggerito che in realtà il tasso di suicidi, dopo la commercializzazione degli SSRI, era diminuito, perlomeno negli USA [3]. Secondo dati recenti [4] il trattamento con antidepressivi non solo non comporterebbe un aumento del rischio di suicidio, anzi dopo l'inizio della terapia il rischio si ridurrebbe. Ora questo nuovo studio osservazionale, che ha comparato la riduzione delle prescrizioni di SSRI avvenuta dopo le avvertenze delle autorità regolatorie e la frequenza dei suicidi nei giovani, insinua il dubbio che il mancato trattamento della depressione

che ne può derivare possa portare a danni ancora maggiori. Gli autori dello studio si dicono preoccupati.

Il direttore della sezione psichiatrica della FDA, Thomas Laughren, ha affermato che l'agenzia sta studiando attentamente la questione e prenderà tutte le azioni che si renderanno necessarie non appena nuovi dati saranno disponibili. David Healy, uno dei primi a suggerire l'associazione tra uso di SSRI e rischio suicidiario nei giovani, ha contestato i risultati dello studio ritenendo che l'apparente cambiamento nella frequenza dei suicidi può riflettere solamente un cambiamento nel verdetto dei coroners. Un'ipotesi che, a parere di chi scrive, è abbastanza difficile da sostenere e da provare.

Altri ancora hanno contestato i dati dello studio con argomenti differenti, sottolineando che la lettera di avvertimento della FDA è stata emanata verso la fine del 2004 per cui bisogna aspettare i dati

del 2005 prima di poter dire qualcosa in merito [5].

Rimangono comunque ancora ampie zone di incertezza: l'unico consiglio che si può fornire è quello di monitorare con attenzione i pazienti che vengono posti in trattamento con SSRI, soprattutto durante i primi mesi, quelli più a rischio, come già detto in altre occasioni. Per un approfondimento si consiglia di consultare le pillole già pubblicate sull'argomento [1,2,3,4].

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1640>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1709>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2525>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3456>
5. The New York Times. 14 settembre 2007

La sindrome da fatica cronica: il punto e le linee-guida

Le linee guida del NICE sulla sindrome da fatica cronica.

Il NICE britannico (National Institute of Clinical Excellence) ha pubblicato le linee guida sulla sindrome da fatica cronica (<http://www.nice.org.uk/CG053>). È l'occasione per fare il punto sullo stato dell'arte di questa patologia oscura.

I sintomi

La sindrome da fatica cronica (nota anche come encefalomielite mialgica) è caratterizzata da malessere e/o affaticamento che compaiono dopo uno sforzo o un'attività fisica. Tipicamente la fatica è ritardata rispetto allo sforzo (di solito compare dopo 24 ore) ed ha la tendenza a risolversi lentamente.

Tuttavia la fatica non è un sintomo sufficiente per sospettare la diagnosi. Deve essere presente almeno un altro dei seguenti: alterazioni del sonno (insonnia, ipersonnia, sonno non riposante, ecc.), dolore muscolare o articolare senza segni obiettivi di flogosi, cefalea, disfunzioni cognitive (difficoltà a concentrarsi, deficit della memoria a breve termine, difficoltà a trovare le parole o a organizzare piani di comportamento e a proces-

sare le informazioni), malessere generale o sintomi simil-influenzali, mal di gola, dolore ai linfonodi senza adenomegalia, vertigini e/o nausea, palpitazioni in assenza di patologia cardiaca, peggioramento dei sintomi durante esercizio fisico o mentale.

Ovviamente ognuno dei sintomi menzionati, di per sé, non è specifico della sindrome e potrebbe essere dovuto ad altre patologie potenzialmente gravi. È consigliabile quindi porre attenzione all'eventuale presenza di sintomi di allarme che potrebbero indicare patologie gravi: perdita di peso, anemia, linfadenomegalia, segni neurologici, segni di flogosi articolare, apnea del sonno, segni di malattie cardiache o respiratorie o intestinali.

La diagnosi

Non esistono test specifici per la sindrome, che rimane quindi una diagnosi di esclusione.

Una batteria di test utili ad escludere altre malattie può essere la seguente: esame completo delle urine, VES, emocromocitometrico, proteina C reattiva, azotemia, creatinina, calcemia, elettroliti, glicemia, CPK, test di funzione epati-

ca compresi quelli per epatite virale, funzionalità tiroidea, test per celiachia, ferritina. Le linee guida del NICE non consigliano test sierologici per determinare se vi siano infezioni virali o batteriche a meno che la storia o alcuni sintomi non indirizzino in questo senso. A mio avviso comunque la ricerca di virus epatitici e un test HIV potrebbero essere utili. Aggiungo anche che talora, per l'esclusione di alcune patologie, è necessario ricorrere ad accertamenti strumentali di imaging radiologica.

La sindrome da fatica cronica dovrebbe essere diagnosticata in assenza di altre condizioni che possono spiegare i sintomi e solo se questi persistono da almeno quattro mesi.

La terapia

Purtroppo non esiste una terapia specifica. I farmaci (antidepressivi, steroidi, tiroxina, ecc.) non sono raccomandati, in assenza di evidenze sulla loro efficacia. Le linee guida richiamano invece l'attenzione sul mantenimento di una dieta bilanciata, tuttavia le vitamine, i minerali e in genere gli integratori non sono consigliati. Però è esperienza di tutti i giorni che tali interventi sono quasi sem-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

pre richiesti dai pazienti e le linee guida che queste terapie potrebbero essere accettabili come parte del self-management. Importanti sono l'igiene del sonno ed adeguati periodi di riposo. Durante le ricadute sarebbe utile se il paziente potesse mantenere qualche tipo di attività fisica. Se i sintomi sono così gravi da impedirlo il paziente, quando migliora, dovrebbe ritornare gradualmente alle performance precedenti. L'invio allo specialista dedicato è consigliato se il paziente lo desidera oppure

se i sintomi lo richiedono. Comunque una consulenza specialistica è raccomandata entro i sei mesi anche se i sintomi sono lievi. Lo specialista dovrebbe elaborare un programma personalizzato che comprenda anche sedute di terapia comportamentale e di esercizi gradualmente. Importanti anche la corretta informazione del paziente e il counselling. Nelle forme più gravi, che impediscono al paziente di esplicare le normali attività lavorative quando addirittura non lo costringono a

letto per periodi più o meno lunghi, si dovrebbero prevedere servizi domiciliari riabilitativi ad hoc.

Le linee guida riconoscono da una parte la mancanza di servizi e di personale specializzato nella cura di questa patologia e dall'altra la necessità di ulteriori studi in quanto molte delle raccomandazioni sono basate sul consenso più che sul risultato di trials clinici.

Renato Rossi

Trattare l' Herpes puo' ridurre l' infezione da HIV?

Il trattamento con valaciclovir per l'HSV-2 (HerpesVirus 2) riduce le concentrazioni di HIV-1 (Virus dell' Immunodeficienza acquisita) nel sangue e nei genitali di donne affetta da entrambe le patologie.

In questo studio randomizzato e controllato effettuato in Burkina Faso sono state arruolate 136 donne (età media 32 anni) che erano risultate sieropositive sia per HIV-1 che per herpes simplex (HSV-2).

Dopo randomizzazione le donne sono state trattate con valaciclovir (500 mgx 2/die) o placebo. Come end-point primario venivano valutati i livelli di HIV-1 nel sangue e a livello delle mucose genitali.

A 12 settimane si osservò che la terapia

con valaciclovir portava ad una riduzione dell'RNA virale dell'HIV-1 a livello genitale nonché della concentrazione di copie virali e di RNA virale nel sangue. Gli autori concludono che la terapia soppressiva anti herpes simplex riduce i livelli di HIV sia nel sangue che nei genitali in donne con duplice infezione e questi dati potrebbero avere importanti implicazioni nel controllo dell'AIDS.

Fonte:

Nagot N et al. Reduction of HIV-1 RNA levels with therapy to suppress herpes simplex virus. N Engl J Med 2007 Feb 22;356:790-9.

Commento di Renato Rossi

Gli autori citano studi epidemiologici

precedenti che avevano evidenziato un legame tra infezione da virus herpes simplex e HIV-1. Con questo lavoro essi dimostrano che una terapia soppressiva anti-herpes è in grado di ridurre la concentrazione del virus dell'immunodeficienza acquisita sia nel sangue che a livello delle mucose genitali. Tuttavia lo studio ha avuto una durata di soli 3 mesi, le donne arruolate erano poche e non vi è una dimostrazione formale che tutto questo si traduca in una riduzione della trasmissione dell'HIV, anche se è ragionevole supporlo. Studi futuri con un follow-up più prolungato e con un maggior numero di pazienti potranno determinare l'effetto di valaciclovir long-term.

Livelli ottimali di Emoglobina Glicata nel diabete tipo 2

L'American College of Physicians consiglia di personalizzare il valore di emoglobina glicata da raggiungere nel diabete tipo 2.

L'American College of Physicians (ACP) ha pubblicato delle linee guida che cercano di determinare quali dovrebbero essere i livelli ottimali di glicemoglobina da raggiungere nel diabete tipo 2.

Gli autori hanno valutato la qualità di varie linee guida sull'argomento, adottando il sistema AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation in Europe).

La maggior parte delle linee guida esistenti raccomanda di arrivare a valori di

emoglobina A1c attorno al 7% (alcune a valori un po' inferiori), ma in molte si consiglia di personalizzare il target sulla base delle caratteristiche del singolo paziente (rischio di complicanze vascolari, aspettativa di vita, comorbidità).

L'ACP ha sintetizzato le sue raccomandazioni come segue:

l'obiettivo del controllo glicemico dovrebbe essere il più basso possibile al fine di prevenire le complicanze microvascolari, evitando però rischi di effetti avversi;

per molti il valore ottimale è inferiore al 7%, ma non per tutti (anziani, pazienti fragili, oppure pazienti a rischi di gravi crisi ipoglicemiche, pazienti con poca aspettativa di vita).

In ogni caso l'ACP raccomanda ulteriori studi per valutare quale dovrebbe essere il livello desiderabile di glicemoglobina, soprattutto nei soggetti con comorbidità.

E' essenziale inoltre, nel diabetico, oltre al controllo glicemico, trattare l'ipertensione e la dislipidemia.

Fonte:

Qaseem A et al. for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Glycemic Control and Type 2 Diabetes Mellitus: The Optimal Hemoglobin A1c Targets. A Guidance Statement from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2007 Sept 18; 147:417-422

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Certificati assicurativi per Responsabilità civile: ruolo del MMG

Relazione tenuta da Marcello Valdini al IV Congresso Promed-Galilei, Uliveto Terme, 7/6/2008

In caso di lesione somato-psichica da evento antiggiuridico, al Medico di Medicina Generale (MMG) convenzionato col SSN è costantemente richiesta, da parte del suo assistito, certificazione attestante sia l'evoluzione della malattia traumatica che la sua stabilizzazione, questa con o senza postumi.

Detta certificazione, poi, può essere rilasciata con finalità lavorativa o assicurativa o per entrambi gli scopi, quindi redatta su modulistica SSN o privata.

In quanto stilata in regime libero-professionale si configura come certificato rilasciato da Persona esercente servizio di pubblica necessità, quando con finalità lavorativa concretizza atto pubblico rilasciato da Pubblico ufficiale o da Persona incaricata di pubblico servizio; il distinguo non è di poco conto se si pensa ai risvolti giuridici in caso di falsità.

Infatti: la qualifica di Pubblico ufficiale, Persona incaricata di pubblico servizio e Persona esercente servizio di pubblica necessità non ha valore di titolo onorifico ma solo quello di inquadrare quel soggetto nel contesto della legge penale, cioè ai fini della pena da comminargli, in caso di reato, a seconda che la sua azione sia stata compiuta rivestendo l'uno o l'altro ruolo.

Per esempio: lo stesso MMG che a un suo assistito in regime di convenzione col SSN, passivo per es. di una cervico-distorsione da tamponamento automobilistico, rilascia certificato malattia su modulistica INPS a fine lavorativo e, il medesimo giorno, nella stessa seduta, rilascia altro certificato, ora in regime libero professionale (cioè redatto su ricettario privato), con finalità assicurativa, giuridicamente è qualificabile in modi differenti: Pubblico ufficiale o Persona incaricata di pubblico servizio nel primo caso, Persona esercente servizio di pubblica necessità nel secondo caso. E, in ipotesi di falso, si vedrà com-

minare pene differenti: da mesi ad anni di reclusione.

La falsità, poi, può essere materiale o ideologica: materiale quando si altera il documento già redatto, ideologica quando si attesta il non vero; e anche qui, a seconda che si tratti di falsità materiale o ideologica la pena muta.

Prima s'è detto che il medico convenzionato col SSN è qualificabile come Pubblico Ufficiale o Persona incaricata di pubblico servizio: detto titolo non è categorico, cioè sempre uguale nel tempo e per tutti, in quanto discende dalla interpretazione che quel magistrato fa di quel preciso atto che quel soggetto compie in quel contesto; la giurisprudenza prevalente della Corte di Cassazione, comunque, tende a privilegiare la figura del Pubblico Ufficiale.

Quindi, attenzione ai certificati così detti compiacenti! Perché non esistono certificati compiacenti. Esistono certificati veri e certificati falsi.

Al riguardo, si evidenzia come prognosi differenti, emesse lo stesso giorno, per la medesima malattia e all'identico paziente, ma su moduli differenti – INPS e privato, cioè pro datore di lavoro e pro assicurazione – possano ingenerare dubbi sulla loro attendibilità, l'una in pratica sconfessando l'altra. Il riscontro è quotidiano. Spesso, infatti, si leggono certificati secondo i quali quell'assistito è guarito per il lavoro ed è ancora ammalato per l'assicurazione! Ora, se in alcuni casi e se per certe attività lavorative è ammissibile la ripresa occupazionale pure in costanza di patologia non ancora stabilizzata (si pensi a una ferita a una gamba di un impiegato o alla necessità di riabilitazione effettuabile extralavoro), per altre il conflitto è manifesto (per es. la distorsione della tibio-tarsica in fase acuta o sub-acuta in muratore). Se non altrimenti fattibile, e per evitare sospetti, è consigliabile giustificare la prognosi con la necessità di cure possibili anche in attualità di lavoro o che il lavoro è compatibile con la patologia in atto. Questo darà attendibilità al certificato e costituirà parametro di riferimen-

to cronologico per il medico-legale, sulla cui base egli meglio saprà modulare la durata del danno biologico temporaneo.

Come debba essere stilato un certificato è cosa tanto nota quanto disattesa, specie se a finalità assicurativa, cioè medico-legale.

E' disattesa perché si crede che l'unico dato che interessi è la prognosi; invece, al medico-legale che poi dovrà basare la sua stima anche su quel certificato, la prognosi è l'ultimo degli elementi che catturano la sua attenzione. L'attenzione del medico-legale, infatti, è diretta verso il quadro morboso che quel certificato documenta essere presente in quel preciso momento della storia post-traumatica del soggetto in esame; in sintesi: l'attenzione è tutta sulla evoluzione della malattia traumatica.

L'evoluitività, infatti, è l'unico concreto elemento che rende ragione del rapporto di causalità materiale tra l'evento antiggiuridico e i suoi allegati effetti, non che del perdurare dello stato di inabilità temporanea.

Certificare "non è ancora guarito" nulla dice al medico-legale. Il medico-legale, infatti, valuta ex post; e per valutare necessita non di giudizi ma di elementi obiettivi, che gli consentano, ex post, di stabilire se lo stato del paziente in quel momento configurasse malattia o postumo, e, se malattia, in quale misura la stessa incidesse sulla sua capacità di attendere alle ordinarie sue occupazioni.

Un esempio può servire a meglio chiarire il quadro: il perdurare di uno stato doloroso post-fratturativo può essere sintomo sia di malattia in atto che di postumo stabilizzato; solo il contesto nel quale il dolore è inserito o del quale è manifestazione, cioè l'obiettività clinica, permette di scriminare tra malattia ed esito. Se malattia, se ne avrà dilatazione della temporanea, se esito lo si peserà come danno. Poi, per quanto attiene alla incapacità di attendere alle proprie ordinarie occupazioni, si ricorda che queste

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

non sono solo quelle lavorative, dovendosi comprendere tutto il ventaglio degli atti quotidiani, come andare al cinema, giocare a tennis, leggere, passeggiare ecc. Ora, se il lesa ha una ricca vita sportiva e in conseguenza di un infortunio ha riportato una distorsione della tibio-tarsica, che, perdurando edema bimalleolare, calore locale, deambulazione antalgicamente disarmonica, fatica a guarire, il reale ricorrere del grado di inabilità temporanea sarà testimoniato unicamente da una fedele e puntuale descrizione dello stato di quella caviglia. Il corretto certificato, quindi, consentirà il corretto risarcimento.

Quindi, una dettagliata, anche se sintetica, rappresentazione dell'obiettività clinica non potrà che rendere un utile servizio al proprio paziente, fissando nel tempo il suo stato patologico; oltre a rendere un utile servizio anche al suo estensore, che vedrà gratificato il proprio lavoro con la considerazione e il rispetto che si hanno per le cose ben fatte.

Quello del corretto risarcimento solleva un altro problema: il problema della responsabilità civilistica del certificante in certificato. Se, infatti, al paziente del MMG giungesse un risarcimento inadeguato perché il medico-legale non ha potuto, in carenza di quei dati di cui s'è

detto, formulare una stima aderente alla realtà, il paziente, informato del perché di quella sottostima, potrebbe rivalersi sul certificante, pretendendo da lui quei soldi negati dalla assicurazione. E un certificato contenente solo prognosi, con se va bene, la dizione, "*non è ancora guarito*", non reggerebbe all'eventuale contestazione di negligenza che l'assistito potrebbe muovere al curante. Negligenza che, in rapida successione, recluterebbe l'imperizia (il medico dimostrerebbe di fatto di non sapere come si fa un certificato) e l'imprudenza (per avere esposto il paziente a un rischio, poi verificatosi, di un danno economico). In definitiva: manifesta colpa professionale, che poi potrebbe estendere la sua ombra sulla corretta tenuta della scheda sanitaria individuale, cui il MMG è tenuto per convenzione ex art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Si potrebbe, in tal caso, obiettare che così s'è fatto per una questione di riservatezza?

Non credo: perché il certificato a uso assicurativo è richiesto dal paziente con precisa finalità "a futura memoria" (e la memoria è tanto più utile quanto più estesa), perché il paziente deve essere informato degli atti che da tale certificato discendono, perché se quel certificato è monco dell'obiettività di cui s'è detto

perde il senso per il quale è richiesto e redatto. Solo nel caso, previa esaustiva informazione, il paziente neghi il consenso alla riproduzione della obiettività o alla diagnosi, ci si può rifugiare nel laconico "*non è ancora guarito*", avendo però cura di precisare che a tale dizione si è dovuti ricorrere per rispettare la volontà di riservatezza del paziente. Se, in conseguenza di questo, il medico-legale non potrà meglio esprimersi sulla temporanea, nulla il paziente potrà protestare col suo MMG.

Sulle conseguenze economiche, infine, merita un cenno il fatto che già ora, a quanto mi risulta, in certe sedi, dalla compagnia assicuratrice non venga rimborsato il costo del certificato rilasciato dal MMG se privo dei dati identificanti l'evoluitività. Di qui, alle rimostranze nei confronti del curante il passo è breve.

Un certificato ben redatto, quindi, risulterà di vantaggio al paziente e di onore al suo estensore.

Anche perché le parole scritte rimangono e a volte sono motivo di involontaria comicità, come accadde a quel collega che, certamente tradito dalla stanchezza e annebbiato dalla routine, certificò: "*Il signor C.A. è affetto da guarigione clinica con postumi di distorsione del rachide cervicale secondaria ad incidente stradale ...*"

Criticare pungentemente i medici non è reato se le critiche sono motivate

Il giornalista che critica con linguaggio colorito, pungente e mordace non commette reato, perché questo fa parte del legittimo diritto di critica, specialmente se il contenuto rispecchia la verità.

Un noto ginecologo querelava il Direttore ed un giornalista di un noto quotidiano, a suo dire, di averlo diffamato definendolo, tra l'altro, "pigro di penna avendo pubblicato lo stretto necessario e mai su riviste scientifiche quotate".

In primo grado i giudici di merito avevano condannato per diffamazione a mezzo stampa gli imputati; il giudizio era stato poi ribaltato in appello, con assoluzione piena.

La Cassazione (V sez. penale, sentenza 10724/2008) ha confermato la sentenza di assoluzione: veniva innanzitutto con-

fermata la verità di quanto riportato nell'articolo: "la notizia offerta dal quotidiano e' vera, dal momento che come chiarito dalla corte di merito, la produzione scientifica del dottor [...] non e' copiosa e che i suoi contributi pubblicati sull'autorevole 'The Lancet' sono due e risalgono al 1990 e al 1992".

Secondo la Corte la critica del giornalista non costituisce altro che l'esercizio del legittimo diritto di critica e non viola nemmeno "il limite della continenza poiche' lo scritto rispecchia il metodo pungente e mordace dell'informazione giornalistica, che per colpire l'attenzione dei lettori non puo' adoperare il linguaggio incolore della Gazzetta Ufficiale".

Infatti il reato di diffamazione si concretizza allorché venga lesa la reputazione

di un soggetto, ma "la reputazione non si identifica con la considerazione (talvolta ombrosa) che ciascuno ha di se' con il mero amor proprio, ma con il senso di dignità personale in conformita' all'opinione del gruppo sociale, secondo il particolare contesto storico".

Pretendere che esista una costante corrispondenza tra la narrazione di un fatto e l'opinione che l'interessato ha di se' stesso e del proprio io verrebbe a precludere la possibilità di esercizio del legittimo diritto di critica.

Non è reato, quindi, secondo la Cassazione, smontare l'opinione troppo alta che alcuni professionisti hanno di se' stessi.

DZ - CP

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Criteria per la liquidazione del danno morale e del danno biologico

Non e' corretta l' abitudine di alcuni Tribunali di valutare il risarcimento per danno morale in quota fissa (generalmente la meta') rispetto al danno fisico. Esso va effettuato in senso satisfattivo e non solo simbolico, tenendo conto dell' effettiva lesione dell' integrita' morale (Cassazione n. 5795-/2008)

La Corte di Cassazione, in una recente sentenza, pronunciandosi sul ricorso promosso da un pedone che anni prima era stato investito da un furgone riportando lesioni personali grave entita', ha precisato che il danno morale non sempre va liquidato in misura pari alla meta' di quello biologico.

"Nel caso di accertamento di un danno biologico di rilevante entita' e di durata permanente, il danno morale, come lesione dell'integrita' morale della persona (art. 2 e 3 della Costituzione in relazione al valore della dignita' anche sociale, ed in correlazione alla salute co-

me valore della identita' biologica e genetica) non puo' essere liquidato in automatico e pro quota come una lesione di minor conto. Il danno morale e' ingiusto cosı' come il danno biologico e nessuna norma costituzionale consente al giudice di stabilire che l'integrita' morale valga la meta' di quella fisica. Il danno morale ha una propria fisionomia, e precisi referenti costituzionali, attenendo alla dignita' della persona umana, e dunque il suo ristoro deve essere tendenzialmente satisfattivo e non simbolico".

Con l'occasione la Corte ha altresı' precisato i compiti del Consulente medico-legale, che dovra' fornire al Giudice tutti gli elementi utili a stabilire la precisa entita' del risarcimento. All' atto della liquidazione, poi, occorrera' tener conto di tutti i meccanismi che conservino il reale valore del risarcimento:

"Nella valutazione del danno biologico, come lesione della salute, il medico

legale deve considerare, con valutazione scientifica, la gravita' del danno, tenendo conto di tutte le componenti fisiche, psichiche, interrelazionali, estetiche, dinamiche e di perdita della capacita' lavorativa generica, avvalendosi eventualmente di elaborati scientifici, e considerando tutte le circostanze dedotte o esaminate in relazione alla stabile invalidita' ed al mutamento delle condizioni biologiche di vita della parte lesa; il giudice, a sua volta, applicando alla caratura del ed danno biologico le tabelle attuariali vigenti nel tribunale o nella Corte, ovvero le tabelle maggiormente testate a livello nazionale (e tali sono le tabelle milanesi, per comune opinione degli esperti in materia) dovra' liquidare il danno reale ai valori attuali, tenendo conto del momento della liquidazione, ed applicando rivalutazione e interessi ed, compensativi o da ritardo, secondo i noti criteri indicati da questa Corte a SS.UU. civili il 17 febbraio 1995 nella sentenza n. 1712".
DZ - CP

Risarcimento dopo decesso per cause naturali

Va commisurato alla sopravvivenza il risarcimento dopo decesso per cause naturali

La Corte di Cassazione si e' recentemente pronunciata nel caso di un soggetto che, leso in seguito ad un sinistro stradale, era poi deceduto per cause naturali dopo cinque anni.

Essendo ancora in corso la causa per il risarcimento, si e' posto il quesito se questo dovesse essere calcolato in base alle tabelle comunemente usate (basate su una stima statistica della sopravvi-

venza presumibile) o in base al periodo di vita effettivamente trascorso.

Nella sentenza n. 2106/2008 i giudici hanno seguito questa seconda linea di condotta sentenziando che "In tema di risarcimento del danno non patrimoniale da fatto illecito, qualora, al momento della liquidazione del danno biologico, la persona offesa sia deceduta per una causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, alla valutazione probabilistica connessa con l'ipotetica durata della vita del soggetto danneggiato va sostituita quella del

concreto danno effettivamente prodotto".

Ma non e' un calcolo strettamente aritmetico perche', ha precisato la Corte, "l'ammontare del danno biologico che gli eredi del defunto richiedono va calcolato non con riferimento alla durata probabile della vita del defunto, ma alla sua durata effettiva, per quanto tenendo conto del fatto che nei primi tempi il patema d'animo e' piú intenso rispetto ai periodi successivi".

DZ- PO

L' Agenzia delle Entrate chiarisce i criteri del rimborso IRAP

L' Agenzia delle Entrate, con Circolare 45/E del 13 giugno 2008, ha pubblicato una serie di istruzioni operative (basate sulla giurisprudenza della Corte di Cassazione) finalizzate a chiarire il quadro normativo e a fornire indicazioni utili in merito.

Vengono fornite indicazioni specifiche sulle caratteristiche necessarie all' attivi-

ta' autonoma perche' sia soggetta al tributo, nonche' delle condizioni che rendono il soggetto esente.

Le condizioni sono, in linea generale, gia' note: mancanza di personale dipendente e mancanza di attrezzature eccedenti il minimo indispensabile.

Ricordiamo che l' onere della prova e' a carico del richiedente.

Nella circolare queste informazioni sono riportate in dettaglio, e sono aggiunte anche utili indicazioni per eventuale ricorso e per richiesta di rimborso.

Il testo della circolare e' scaricabile dal sito dell' Agenzia oppure da:
http://www.smi-lazio.org/downloads/CIRCOLARE_IRAP.pdf

DZ- PO

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA " Acque della Salute "

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE mese di maggio-giugno 2008

*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 Presidente del Consiglio dei Ministri del 26.03.08 (Gazzetta Ufficiale n. 124 del 28.05.08)

ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMA 810, LETTERA C), DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2006, N. 296, IN MATERIA DI REGOLE TECNICHE E TRASMISSIONE DATI DI NATURA SANITARIA, NELL'AMBITO DEL SISTEMA PUBBLICO DI CONNETTIVITÀ

Il provvedimento stabilisce le modalità di trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'I.N.P.S..

Per quanto riguarda le ricette mediche, esso contempla i seguenti punti: principi generali relativi alle modalità di trasmissione, trattamento dei dati e obbligo di riservatezza, infrastrutture regionali, programma di applicazione per la trasmissione delle ricette, definizioni dei dati delle ricette mediche.

Per quanto riguarda i certificati INPS, esso prevede: finalità e oggetto, definizioni, dati del certificato di malattia telematico.

Decreto del Ministero della Salute del 11.04.08 (Gazzetta Ufficiale n. 136 del 12.06.08)

AGGIORNAMENTO DEL DECRETO 22 AGOSTO 1994, N. 582 RELATIVO AL: «REGOLAMENTO RECANTE LE MODALITÀ PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE»

Il provvedimento revisiona e aggiorna il decreto ministeriale n. 582 del 22 agosto 1994.

Esso fornisce indicazioni sull'accertamento della morte e dell'arresto cardiaco, sui requisiti clinico-strumentali necessari per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio, sull'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio, sul periodo di osservazione, sull'arresto cardiaco irreversibile durante il periodo di osservazione e sulla certificazione di morte.

E' riportato anche un allegato tecnico concernente le modalità di esecuzione dell'elettroencefalogramma.

Decreti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 23.05.08 (Gazzetta Ufficiale n. 145 del 23.06.08)

DELEGA DI ATTRIBUZIONI DEL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, PER TALUNI ATTI DI COMPETENZA DELL'AMMINISTRAZIONE, AL SOTTOSEGRETARIO DI STATO ON. EUGENIA MARIA ROCCELLA

DELEGA DI ATTRIBUZIONI DEL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, PER TALUNI ATTI DI COMPETENZA DELL'AMMINISTRAZIONE, AL SOTTOSEGRETARIO DI STATO PROF. FERRUCCIO FAZIO

DELEGA DI ATTRIBUZIONI DEL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, PER TALUNI ATTI DI COMPETENZA DELL'AMMINISTRAZIONE, AL SOTTOSEGRETARIO DI STATO ON. FRANCESCA MARTINI

Con questi 3 provvedimenti vengono delegati ai tre Sottosegretari di Stato le seguenti funzioni inerenti la sanità italiana:

On. Eugenia Maria Roccella: salute delle donne con particolare riferimento alle politiche per la maternità, dal periodo pre-concezionale (prevenzione, infertilità e sterilità, contraccezione), alla gravidanza (diagnostica prenatale e genetica, parto e puerperio) e al periodo post-nascita (allattamento, depressione post-parto, ecc.), incluse l'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 e successive modificazioni ed integrazioni e la legge 19 febbraio 2004, n. 40; ricerca scientifica in materia di procreazione assistita, di embriologia (gameti e embrioni umani) nonché di materiale biologico derivato da embrioni umani; politiche di tutela della dignità delle persone nella fase conclusiva del ciclo vitale; donazione, approvvigionamento, controllo, lavorazione, conservazione, stoccaggio e distribuzione di tessuti e cellule, con particolare riferimento all'utilizzazione e conservazione di cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale; rapporti con l'Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA, l'Istituto superiore di Sanità e il Consiglio superiore di Sanità nelle materie delegate, secondo quanto disposto nelle lettere precedenti; attività di contenzioso nelle materie di cui ai punti precedenti.

Prof. Ferruccio Fazio: materie afferenti la programmazione sanitaria, sentito il Sottosegretario di Stato On. Francesca Martini per le materie a lei delegate; materie afferenti le professioni sanitarie, ad eccezione dei Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante (SASN), ivi compresa la formazione specialistica dei medici, nonché i rapporti istituzionali con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca; Servizio Informativo Sanitario; ricerca scientifica, con particolare riferimento all'Istituto Superiore di Sanità, all'Istituto per la sicurezza e la prevenzione sui luoghi di lavoro e agli altri Enti vigilati; farmaco e dispositivi medici, ivi compresa la vigilanza sull'Agenzia Italiana del Farmaco; prevenzione e comunicazione, emergenza sanitaria, Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), relazioni con le Amministrazioni preposte alla tutela ambientale; Consiglio superiore di sanità; personale, organizzazione e bilancio; personale dipendente e

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

convenzionato con il Servizio sanitario nazionale; attività di contenzioso nelle materie di cui ai punti precedenti.
On. Francesca Martini: relazioni con la Commissione salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano e alla gestione dei profili relativi al Fondo sanitario nazionale, con particolare riferimento ai piani di rientro delle regioni interessate, al contenimento della spesa, al riparto del Fondo sanitario nazionale, sentito il Sottosegretario di Stato prof. Ferruccio Fazio per le materie a Lui delegate; materie della sanità pubblica veterinaria, degli alimenti e della nutrizione; materie della disabilità, riabilitazione e nomenclatore tariffario dell'assistenza protesica; assistenza sanitaria e medico-legale del personale navigante (Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante - SASN); supporto delle funzioni della commissione medica di appello avverso i giudizi di inidoneità permanente al volo; corresponsione di indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, ai ricorsi e ai risarcimenti in materia; tenuta dei rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e le relative associazioni sindacali per le cure primarie; Croce Rossa Italiana; attività di contenzioso nelle materie di cui ai punti precedenti.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Humatrope - Aggiornata indicazione terapeutica:

Trattamento del disturbo di crescita (altezza attuale SDS < -2.5 ed altezza corretta in base alla statura dei genitori SDS < -1) in bambini di bassa statura nati piccoli per l'età gestazionale (SGA), con peso e/o lunghezza alla nascita inferiore a -2 SD, che non hanno presentato un recupero della crescita (velocità di crescita SDS < 0 durante l'ultimo anno) entro l'età di 4 anni od oltre.

Nexavar - Aggiunta indicazione terapeutica:

Trattamento dell'epatocarcinoma.

Avastin - Aggiunte le seguenti indicazioni terapeutiche:

- carcinoma metastatico del colon e del retto in combinazione con chemioterapia a base di fluoropirimidine;
- carcinoma mammario metastatico in combinazione con paclitaxel (trattamento di prima linea);
- carcinoma polmonare non a piccole cellule, non resecabile, avanzato, metastatico o in ricaduta, con istologia a predominanza non squamocellulare in aggiunta a chemioterapia a base di platino (trattamento di prima linea);
- carcinoma renale avanzato e/o metastatico in combinazione con interferone alfa 2a (trattamento di prima linea).

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>