

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 2 numero 23

Settembre 2006

Indice

Nuove Note AIFA: dall' Ente regolatorio figli e figliastri	Pag. 2	Mensile di informazione e varie attualita' Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004 Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
Recupero di somme da parte della P.A.: non e' valido senza chiarezza	Pag. 2	Versione registrata delle "PILLOLE" DI MEDICINA TELEMATICA" attive dal 1998 http://www.scienzaeprofessione.it
Diagnosi senza visita: il medico ne e' responsabile	Pag. 2	Patrocinate da O.M. della Provincia di Padova SIMG-Roma A. S. M. L. U. C. (Associazione Specialisti in Medicina Legale dell' Universita' Cattolica) Medico&Leggi
Effetti avversi a lungo termine della litotripsia	Pag. 3	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Giuseppe Ressa (redattore) Guido Zamperini (redattore) Daniele Zamperini (D.R.)
Trattamento della depressione resistente agli SSRI	Pag. 3	Per riceverla gratuitamente: Scrivere a d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
Il Tiotropio effettivamente utile nella BPCO	Pag. 4	Archivio completo: Oltre 4000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Rapporti sessuali a fine gravidanza per avviare il travaglio	Pag. 4	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it
L'amalgama dentario appare sicuro anche nei bambini	Pag. 5	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Inattesa relazione tra mammoplastica additiva e suicidio	Pag. 5	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Limitazioni alla guida di autoveicoli per patologia cervicale	Pag. 5	
Chirurgia endoscopica o a cielo aperto nella S. del tunnel carpale?	Pag. 6	
Tale il padre, tale i figlio? La genetica del comportamento sessuale	Pag. 7	
Mezzi di correzione illeciti a scuola: è reato di maltrattamenti	Pag. 7	
Il Garante per la Concorrenza boccia modifiche rapporto ottimale	Pag. 7	
La bugia: pratica da condannare o atto che contribuisce a salvare il mondo?	Pag. 8	
Omissione di soccorso se si abbandona troppo presto l' infortunato	Pag. 8	
L' anziano: difficile definizione tra il biologico e il sociale	Pag. 9	
Percezione della qualità di vita: definizioni e strumenti	Pag. 10	
Esenzione ticket senza diritto? E' truffa aggravata	Pag. 12	
Responsabilità' degli insegnanti nelle gite scolastiche	Pag. 12	
Novita' dalla Gazzetta Ufficiale (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	
News prescrittive dalla G.U.	Pag. 14	

Ultimissime:

- **A pag. 12** un chiarimento dell' Agenzia delle Entrate a proposito dei Conti Correnti professionali.
- **A pag. 13** (nella rubrica della G.U. e' riportato il testo dell' informativa semplificata per i medici di famiglia indicata dal Garante.

E' un' informativa molto semplice e di tono colloquiale, che puo' essere affissa in sala d'aspetto.

I colleghi che avessero usato dei testi diversi (come quello proposto sul nostro sito) possono stare assolutamente tranquilli, in quanto tale informativa resta assolutamente valida e addirittura piu' esaustiva rispetto a quest' ultima proposta.

Nuove Note AIFA: dall' Ente regolatorio figli e figliastri

In data 5/7/2006 l' AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) per mezzo del Presidente Nello Martini convocava per il 12/7/2006 "le associazioni dei Medici per una audizione circa le nuove Note AIFA".

Viene specificato che "obiettivo prioritario delle NOTE AIFA e' di provare una base di consenso con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta" nonche' "scorporare dalla attuale versione le cosiddette Note specialistiche".

Peccato che "le associazioni" si siano ridotte ad UN SOLO SINDACATO (la FIMMG, interessante oltretutto solo una parte della Medicina Generale) e a UNA SOLA SOCIETA' SCIENTIFICA (la SIMG, certamente non l' unica e forse

neppure la piu' rappresentativa). Anzi, no, e' stata invitata anche la FNOMCeO, ma questo strano apparentamento non fa altro che accrescere le nostre perplessita'.

Eppure le categorie interessate sono molteplici, come pure sono molteplici i Sindacati rappresentativi della Medicina Generale nonche' le Societa' Scientifiche ad essa afferenti.

Forse l' AIFA non e' al corrente della variegata composizione del panorama sindacale medico, e forse e' convinta che la FIMMG e la SIMG siano rappresentative dell' intera categoria dei Medici di Famiglia.

Dobbiamo, a questo proposito, smentirla. Riteniamo in realta' poco consono per un

Ente regolatorio pubblico invitare solo alcuni gruppi selezionati (in base a quale criterio?) a proporre pareri e correzioni e non gia' ascoltare e considerare, come logica e trasparenza imporrebbe, una pluralita' di Societa' dal momento che le note AIFA riguardano sia i medici dipendenti che quelli convenzionati con il SSN e persino, indirettamente, i medici libero professionisti.

Esistono Sindacati e soprattutto Societa' Scientifiche ad alta valenza e tradizione culturale. Ignorarle, come si e' fatto, assume il sapore di una manovra politica assai poco democratica, checche' se ne dica.

DZ- GZ

Recupero di somme da parte della P.A.: non e' valido se non e' chiaro

Il TAR Calabria, sez. II, con la sentenza n. 150/06 del 14/2/2006, ha annullato i provvedimenti di recupero, da parte di una Pubblica Amministrazione, di emolumenti pagati erroneamente a un dipendente.

" Se e' vero- afferma il TAR- che l'atto con cui l'amministrazione richiede al dipendente le somme indebitamente erogate deve essere qualificato quale atto dovuto, emanato nell'esercizio di un diritto nascente dall'art. 2033 del cod. civ. e privo di una valenza provvedimentale, nel quale e' sufficiente che siano chiarite le ragioni del recupero a prescindere dalla buona fede dell'accipiens (cfr. cons. Stato sez VI, 20 febbraio 2002), e' pur vero che lo stesso sottosta comunque ad un onere motivazionale che

non puo' ritenersi assolto laddove l'atto non espliciti in alcun modo le ragioni sostanziali in base alle quali il dipendente non ha diritto alla somme in precedenza corrisposte".

Infatti, continua la sentenza, il provvedimento non spiega in maniera esauriente i motivi del recupero delle somme e, nei conteggi allegati si limita, senza esplicitare alcunché, a individuare delle cifre indicate come correttamente dovute, delle cifre indicate come indebitamente percepite e a fare la differenza tra le somme così.

In un caso simile _ ricordano i Giudici- il Consiglio di Stato ha recentemente ritenuto che "... il dovere dell'Amministrazione di motivare i propri provvedimenti e' imposto per assicurare la trasparenza

dell'azione amministrativa, onde consentire al cittadino attraverso di essa di comprendere le ragioni della loro adozione e, in ultima analisi, di verificare se l'azione svolta sia stata coerente con il principio costituzionale del buon andamento (art. 97 Cost.).

L' atto impugnato, invece, era espressa in modo non comprensibile per il comune cittadino, con termini tecnici e riferimenti normativi di non immediata percezione per una persona specializzata in materie non giuridiche.

Per questi motivi il TAR annullava il provvedimento dell' Amministrazione (pur salvando la possibilita' di eventuali ulteriori provvedimenti).

Daniele Zamperini
Guido Zamperini

Diagnosi senza visita: il medico ne e' responsabile

E' apparso su molti media nazionali, con clamore una sentenza di Cassazione che, titolata sbrigativamente, diceva pressappoco "Il medico puo' essere denunciato se non ottempera la richiesta di visita del paziente".

La cosa in realta' e' abbastanza diversa: la Suprema Corte (Sez VI, sentenza n. 10933) ha annullato l' assoluzione di un medico ospedaliero, neurologo, che si era rifiutato di visitare un paziente che accusava un banale mal di testa in quanto trattata di patologia del tutto priva di pericolosità'.

Denunciato dal paziente (che ne frattempo era stato ricoverato) , il medico veni-

va condannato in primo grado per omissione di atti d' ufficio; veniva assolto in appello con formula piena (i giudici avevano ritenuta valida esimente il fatto che non vi fossero segni di pericolo imminente per la salute); in Cassazione invece l' assoluzione veniva annullata perche', affermava la Corte, rifiutare la visita non e' compatibile con la deontologia professionale in quanto "le condizioni del paziente avrebbero dovuto imporre al medico l'obbligo, non soltanto evidente, sotto il profilo di una accettabile deontologia professionale, ma giuridicamente incontestabile, di procedere, in ogni caso, ad una visita per opportuna, quanto intuibilmente necessa-

ria, prima valutazione della situazione clinico-diagnostica del paziente, salvo, poi a valutarne i necessari e opportuni sviluppi".

Ora il medico dovra' rispondere anche civilisticamente di un idoneo risarcimento al paziente non visitato. Va comunque sottolineato ancora una volta che il medico, se libero professionista, puo' effettuare una diagnosi anche senza visitare il paziente, assumendosi pero' l' intera responsabilita' penale e civile; quando si tratti di Pubblico Ufficiale (come nel caso in oggetto) l' obbligo d'ufficio diviene prevalente.

Daniele Zamperini—Guido Zamperini

Effetti avversi a lungo termine della litotripsia

Fin dal 1982, quando è stata introdotto in clinica, la litotripsia extracorporea è il trattamento preferito per la calcolosi renale non complicata e per quella ureterale prossimale. Sono stati riportati vari effetti collaterali a breve termine ma mancano fino ad ora studi nel lungo periodo.

In questa analisi sono stati valutati 630 pazienti trattati con litotripsia nel 1985. Dei questionari sono stati inviati a 578 di essi, ancora vivi nel 2004. La percentuale di risposte fu del 58,9%. Come paragone si è fatto ricorso ad una coorte di soggetti (simili per età, sesso ed anno di presentazione) affetti da nefrolitiasi trattata in modo non invasivo.

Dopo 19 anni si notò che un'ipertensione era più frequente nel gruppo trattato con litotripsia (OR 1,47; IC95% 1,03-2,10; $p = 0,034$). L'ipertensione era legata soprattutto al trattamento bilaterale. Il diabete mellito, nella coorte di soggetti trattati con litotripsia, era presente nel 1-6,8% dei casi, con un notevole aumento del rischio rispetto a chi non era stato trattato con litotripsia (OR 3,23; IC95% 1,73-6,02; $p < 0,001$).

Il rischio di diabete era legato al numero

di trattamenti somministrati e alla sua intensità.

Gli autori concludono che, dopo 19 anni, la litotripsia extracorporea è associata ad un aumento del rischio di sviluppo di ipertensione e diabete rispetto a soggetti con nefrolitiasi trattati in maniera conservativa.

Ref:

Krambeck AE et al. Diabetes Mellitus and Hypertension Associated With Shock Wave Lithotripsy of Renal and Proximal Ureteral Stones at 19 Years of Followup. *J Urol* 2006 May; 175: 1742-1747

Commento di Renato Rossi

Non risulta chiaro il meccanismo con cui la litotripsia potrebbe aumentare il rischio di diabete e ipertensione. Un'ipotesi è che si tratti di un puro indicatore nel senso che i soggetti avviati a litotripsia sono quelli che hanno una forma di nefrolitiasi più impegnativa rispetto a chi invece viene trattato in modo conservativo e che sia questo, e non il trattamento in sé, la causa del successivo sviluppo di

ipertensione e diabete. O comunque si può pensare che chi soffre di una forma più grave di calcolosi renale sia anche più predisposto a sviluppare in seguito patologie metaboliche o cardiovascolari. Vi è da notare poi che lo studio si basa sulle risposte ricevute ad un questionario inviato ai pazienti, il che lascia supporre che vi possano essere numerosi errori basati proprio su questa metodica di rilevamento dei dati, che sono autoriferiti. Infine vi è stata una notevole percentuale di soggetti che non ha risposto al questionario. Si può presumere che costoro sono quelli che stanno meglio e che quindi non hanno ritenuto utile mantenere una qualsiasi forma di contatto con i medici che li avevano trattati, mentre quelli che sono affetti da diabete e ipertensione pensano possa essere in qualche modo utile per loro rispondere. Se questo è vero ovviamente i dati ricavati dallo studio possono essere stati del tutto o in parte falsati. Rimane comunque l'ipotesi che la litotripsia sia in qualche modo un marker di rischio per il futuro sviluppo di diabete e/o ipertensione, ma il dato richiede altre conferme

Trattamento della depressione resistente agli SSRI

Due studi hanno esplorato quali siano le strategie per trattare pazienti affetti da depressione maggiore non psicotica che non hanno risposto ad una terapia con SSRI.

Nel primo studio sono stati arruolati 727 adulti che non avevano risposto o tollerato il citalopram. I pazienti sono stati trattati con bupropione a rilascio prolungato, con sertralina oppure con venlafaxina. Circa un paziente su quattro ha risposto al cambiamento della terapia andando incontro ad una remissione dei sintomi depressivi. Tutti e tre i farmaci alternativi si sono dimostrati di efficacia simile e possono costituire una ragionevole linea di seconda scelta nei non responders agli SSRI.

Nel secondo studio sono stati invece reclutati 565 pazienti adulti che non avevano avuto una risposta durante trattamento con citalopram. Alla terapia di base è stato allora aggiunto bupropione a rilascio sostenuto oppure bupropione. In entrambi i casi si ebbe una risposta favorevole in circa un paziente su tre; il bu-

propione sembra più utile del bupropione nel ridurre il numero e la severità dei sintomi con una percentuale minore di effetti collaterali.

Ref:

1. *N Engl J Med* 2006 Mar 23; 354: 1231-1242
2. *N Engl J Med* 2006 Mar 23; 354: 1243-1252

Commento di Renato Rossi

Lo studio STAR D aveva arruolato oltre 4000 pazienti affetti da depressione maggiore non psicotica, trattati con citalopram. Una risposta si è avuta in circa il 30% dei soggetti. In una seconda fase lo studio ha valutato quali potrebbero essere le strategie alternative nei pazienti che non rispondono.

Osservando i due trials da una prospettiva ottimistica possiamo dire che ora ci sono le basi per poter scegliere con cognizione di causa una terapia alternativa (oppure un potenziamento della terapia già in atto) nei casi che non trovano beneficio da un SSRI.

D'altra parte si può vedere anche il bicchiere come mezzo vuoto: molti non rispondono neppure alla terapia di seconda linea e non sappiamo quale sia il farmaco migliore da usare nei non responders visto che all'incirca tutti i farmaci alternativi si sono dimostrati efficaci in una percentuale sovrapponibile.

Nei due studi mancava poi un gruppo in trattamento placebo che fungesse da controllo, anche se si potrebbe argomentare che tale scelta sarebbe stata poco accettabile eticamente considerando che oltre il 70% dei casi arruolati soffriva di depressione ricorrente da circa 16-17 anni. Infine un dato francamente impressionante: quasi la metà dei soggetti era senza lavoro e circa il 40% non aveva una assicurazione sanitaria e quindi mancava di una qualsiasi possibilità di accedere alle cure mediche. Questo conferma che le condizioni socio-economiche possono avere una importanza fondamentale nel favorire la cronicizzazione del disturbo depressivo.

Il Tiotropio effettivamente utile nella BPCO

Aggiunta tiotropio a terapia standard riduce riacutizzazioni e ricorso ad antibiotici nella BPCO.

In questo studio randomizzato e in doppio cieco sono stati arruolati 1829 pazienti affetti da BPCO (FEV1 basale medio 36%), assegnati a tiotropio (18 µg una volta al giorno) o placebo per sei mesi. I pazienti ricevevano inoltre la terapia usuale (esclusi altri anticolinergici). L'end-point primario dello studio era la percentuale di pazienti che andavano incontro a riacutizzazioni e la percentuale di pazienti che si dovevano ospedalizzare a causa della BPCO. Il tiotropio ha ridotto la percentuale di soggetti che avevano una o più riacutizzazioni (27,9% vs 32,3%) e di quelli ospedalizzati a causa delle esacerbazioni della malattia, ma in modo non statisticamente significativo (7% vs 9,5%). Tra gli end-point secondari misurati da ricordare la riduzione, nel gruppo tiotropio, delle visite mediche a causa delle riacutizzazioni e dell'uso di antibiotici. Gli autori concludono che il tiotropio riduce le riacutizzazioni e l'uso di risorse sanitarie rispetto al placebo, ma ricordano i limiti dello studio: la scarsissima presenza di donne (il 99% degli arruolati era di sesso maschile) e la breve durata del follow-up.

Fonte: *Ann Int. Med* 2005; 143:317-326

Commento di Renato Rossi

Il tiotropio è un anticolinergico a lunga durata d'azione proposto per il trattamento della BPCO. In studi precedenti è stato confrontato sia con placebo che con ipratropio e salmeterolo.

In uno studio su 470 pazienti trattati per 3 mesi (Casaburi R et al. *Chest* 2000; 118:1294-1302) ha migliorato, rispetto a placebo, i parametri respiratori, ma non ha ridotto il numero delle riacutizzazioni. In un altro lavoro su 921 pazienti trattati

per un anno, ha migliorato, sempre rispetto a placebo, i parametri respiratori e ridotto il numero di riacutizzazioni per paziente: una riacutizzazione evitata ogni 5 pazienti trattati per un anno (Casaburi R. et al. *Eur Respir J* 2002; 19:217).

In uno studio della durata di un anno su 535 pazienti, confrontato con ipratropio (un anticolinergico a breve durata d'azione), il tiotropio ha ridotto il numero di pazienti che manifestavano una riacutizzazione dal 46% al 35%. Lo studio è stato criticato perchè il dosaggio di ipratropio utilizzato era più basso di quello comunemente adoperato nella pratica clinica (*Drug and Therapeutics Bulletin Ed. Italiana* 2003; 15-16).

Confrontato con salmeterolo in due studi. Nel primo (623 pazienti, durata 6 mesi) il tiotropio ha migliorato il FEV1 e la dispnea più di salmeterolo, ma non la qualità di vita (Donohue JF et al. *Chest* 2002; 122:47-56). Nel secondo (1207 pazienti, durata 6 mesi) il tiotropio ha migliorato il FEV1 rispetto al salmeterolo mentre non c'era differenza statisticamente significativa tra i due farmaci per il numero delle riacutizzazioni (Brusasco V et al. *Thorax* 2003; 58:399).

Non esistendo farmaci che siano in grado di rallentare l'evoluzione della BPCO, la terapia si avvale di betastimolanti, di anticolinergici e di steroidi inalatori, tra loro variamente associati. Il tiotropio è un'opzione che si aggiunge alle altre disponibili col vantaggio di essere usato una sola volta al giorno, contro le quattro volte dell'ipratropio (importante, se si pensa alla scarsa compliance di questi pazienti). Sarebbe interessante valutarlo in studi di più lungo periodo e in confronto con oxitropio (un anticolinergico più economico che si usa due volte volte al giorno) e non solo verso placebo.

Commento di Luca Puccetti

Lasciando da parte, per una volta le linee guida e gli RCT, la sensazione clinica, che per il sottoscritto conta ancora e molto, è che siano individuabili due condizioni di impiego del tiotropio. La prima è rappresentata dai casi di BPCO lieve in alternativa ai beta 2 long acting. Il problema è che questi pazienti si vedono nella realtà solo nei clinical trials, o come "sottoprodotto" di qualche studio epidemiologico. Infatti occorre ricordare che nelle fasi iniziali la malattia è silente. L'altra condizione è quella, ben più frequente nella pratica clinica, del paziente con malattia avanzata nel quale sono necessari spesso sia i beta 2 long acting (LA), sia gli steroidi inalatori (SI) sia gli anticolinergici. La disponibilità di prodotti di associazione beta2 LA e SI ha reso maggiore la compliance e la disponibilità di un farmaco anticolinergico once day può ulteriormente migliorarla. L'esperienza clinica degli ultimi anni testimonia che la qualità di vita del paziente con BPCO grave è significativamente migliorata con l'avvento di questi farmaci. La cessazione del fumo, le vaccinazioni preventive antiinfluenzali e antipneumococciche e la terapia costante con i farmaci suddetti riducono le riacutizzazioni ed i ricoveri. Probabilmente i farmaci non influenzano significativamente l'evoluzione successiva della BPCO. Mancano studi convincenti a riguardo proprio per la difficoltà di individuare soggetti in fase iniziale da reclutare e monitorare per molti anni. Ultimo aspetto da sottolineare: si cominci a studiare le donne visto che un recente rapporto (*BMJ* 2005;331:189-191) sulle abitudini al fumo in Europa denuncia un preoccupante incremento delle donne fumatrici.

Rapporti sessuali a fine gravidanza per avviare il travaglio

Una nuova prospettiva molto interessante, per i mariti, si profila sulla rivista *Obstetrics & Gynecology*, dove il gruppo del dottor Peng Tan della University of Malaysia ha riscontrato che le donne che hanno avuto rapporti sessuali fino alla fine della gestazione hanno avuto una probabilità più alta di concludere naturalmente il parto. Lo studio è stato condotto su 200 donne sane con gravidanze prive di complicazioni, che hanno tenuto un diario dell'attività sessuale dalla 36esima settimana fino al parto, oltre ad aver risposto, alla fine, ad un breve questionario. I risultati: le donne

che hanno avuto rapporti sessuali fino alla fine (con una media di quattro volte dalla 36esima settimana) hanno avuto più parti naturali (in genere tra la 39esima e la 41esima settimana) e un numero minore di parti indotti dopo la 41esima. A questo punto, sembrano cambiare le raccomandazioni da dare alle donne: se prima si consigliava di camminare e di fare qualche piano di scale a piedi, oggi si potrebbe consigliare di fare anche più sesso. L'attività sessuale sembra abbia la funzione di stimolare il travaglio senza l'utilizzo dell'induzione farmacologica ed evitando il rischio di un cesareo.

Ovviamente tutto questo riguarda gravidanze prive di complicazioni e al termine.

Come spiegare il risultato? Il fatto è che molte delle attività associate al coito (stimolazione dei capezzoli, orgasmo, penetrazione e il contatto con il liquido seminale) stimolano l'attività uterina. A tutto ciò si aggiunge il fatto che il liquido seminale contiene prostaglandine, un naturale stimolatore per le contrazioni uterine.

Guido Zamperini

Fonte: *Obstet Gynecol.* 2006; 108: 134-140.

L'amalgama dentario appare sicuro anche nei bambini

L'amalgama usato per le otturazioni dentali contiene per circa il 50% mercurio.

Due studi pubblicati contemporaneamente da JAMA hanno valutato gli effetti neurologici dell'amalgama nei bambini. Si tratta di due RCT in cui i bambini (età 6-10 anni) sono stati randomizzati ad amalgama dentario oppure ad otturazioni con resine prive di mercurio.

Il primo studio [1] ha avuto un follow-up di 5 anni ed ha preso in esame sia disturbi di tipo neuropsicologico che eventuali alterazioni della funzionalità renale e non ha trovato differenze tra i due gruppi.

Nel secondo studio [2], che ha avuto un follow-up di 7 anni, sono stati valutati la memoria, la concentrazione, l'attenzione, le funzioni motorie e oculomotorie e la velocità di conduzione nervosa; anche in questo caso non si registrarono differenze tra i bambini sottoposti ad otturazioni con amalgama e quelli con resine.

Ref:

- JAMA. 2006 Apr 19;295:1775-1783.

- JAMA. 2006 Apr 19;295:1784-1792

Commento di Renato Rossi

Il mercurio è una neurotossina i cui effetti sono noti. L'inalazione di vapori di mercurio può provocare depositi del metallo soprattutto a livello cerebrale e renale dando origine ad una serie di disturbi come mancanza di coordinazione, eccitabilità, tremori, disturbi visivi e talora deficit cognitivi, insufficienza renale.

Per anni si è discusso se l'uso dell'amalgama dentale per le otturazioni potesse portare ad intossicazione. I due studi pubblicati da JAMA sono i primi di tipo randomizzato e controllato e sembrano tranquillizzanti. Tuttavia vi sono alcuni punti ancora da chiarire, come fa notare un editorialista. Anzitutto gli studi hanno

arruolato pochi pazienti (534 nel primo studio e 507 nel secondo) e potrebbero non avere la potenza necessaria per evidenziare disturbi neuropsicologici poco frequenti. Tenendo conto che nel mondo vengono trattati con amalgama contenente mercurio milioni di bambini, gli effetti negativi potrebbero colpire centinaia di migliaia di piccoli pazienti. Inoltre il follow-up è stato relativamente breve e non si può escludere che eventi avversi da intossicazione cronica di mercurio richiedano tempi molto più lunghi per manifestarsi. Da notare infine che in tutte e due gli studi la concentrazione urinaria di mercurio era più elevata nei gruppi trattati con amalgama.

L'editoriale conclude che è troppo prematuro dichiarare chiuso il dibattito sulla sicurezza dell'amalgama dentale e che studi ulteriori sono i benvenuti.

Inattesa relazione tra mammoplastica additiva e suicidio

Le donne che ricorrono alla chirurgia plastica additiva al seno, hanno una percentuale di suicidio più alta rispetto a quelle che ricorrono ad altri interventi di chirurgia plastica.

Lo studio, sviluppato dai ricercatori del National Cancer Institute di Bethesda e pubblicato su *Epidemiology*, analizza un gruppo di 12.144 donne sottoposte a mammoplastica additiva e lo confronta con un gruppo di 3.614 donne sottoposte ad altri tipi di chirurgia plastica, nel periodo che va dal 1960 al 1988.

I ricercatori, hanno comparato i tassi di mortalità fra i due gruppi per un periodo di circa 20 anni, e hanno inoltre confrontato il risultato con i tassi di mortalità medi nella popolazione femminile per lo stesso periodo.

Il risultato è sconcertante: le donne che hanno subito una plastica al seno hanno un tasso di mortalità ridotto per tutte le patologie (compreso il cancro al seno), escluso per il suicidio.

Il tasso di suicidio, infatti, delle donne con protesi mammaria è quasi doppio

rispetto alle altre categorie. Il motivo di questo scarto è da ricercarsi, affermano molti scienziati, nella depressione, nello stress e nella marcata non autoaccettazione di cui soffrono le donne che optano per una mammoplastica additiva.

Guido Zamperini

Fonte: Brinton LA, Lubin JH, Cay MM et al. Mortality Rates Among Augmentation Mammoplasty Patients: An Update. *Epidemiology* 2006; 17(2):162-69.

Limitazioni alla guida di autoveicoli per patologia cervicale

In data 3/3/2006 il Comitato Tecnico del Dipartimento per i Trasporti Terrestri (Direzione Generale per la Motorizzazione) ha inviato, con Prot.

n.1252/M334, una circolare che disciplina rigidamente, con molta precisione, i requisiti necessari (e gli eventuali accorgimenti tecnici da adottarsi) per i guidatori che soffrono di patologia cervicale di una certa entità, tale da causare una limitazione funzionale evidente.

Il provvedimento è troppo lungo e articolato per produrlo in questa sede. Accenniamo al fatto che tale limitazione deve essere valutata congiuntamente ad eventuali deficit visivi che limitino la

visione periferica; in mancanza di tali problemi è necessaria (mantenendo il busto in posizione ortomorica) una rotazione bilaterale di almeno 35-40 gradi (tale da consentire la visione in occasione di incroci ad angolo retto) ma una rotazione maggiore per le manovre di parcheggio o sorpasso, che andrà valutata con una prova pratica.

Il testo completo della circolare verrà pubblicata su www.scienzaeprofessione.it/requisiti_guida_patologia_cervicale_circolare.htm

Ci chiediamo quale potrà essere, in futuro, l'ambito di applicazione di que-

ste norme; se, in altre parole, tutti coloro che avanzano richieste di risarcimento per i postumi di un "colpo di frusta cervicale" potranno essere chiamati a riconsiderare la propria idoneità alla guida. Vi sono diversi risvolti, da prendere in considerazione:

Questa possibilità potrebbe ridurre il numero delle richieste di risarcimento legate a questa patologia

L'entità delle richieste, proprio per gli oneri e problemi aggiuntivi, potrebbe però aumentare

Chi vivrà, vedrà...

DZ - GZ

Chirurgia endoscopica o a cielo aperto nella sindrome del tunnel carpale?

Il trattamento con metodica chirurgica endoscopica della sindrome del tunnel carpale potrebbe essere associato a minor dolore post-operatorio rispetto alla chirurgia tradizionale

Sono stati arruolati 128 pazienti (età 25-60 anni) con diagnosi clinica di sindrome del tunnel carpale confermata da esame elettromiografico. L'end-point primario dello studio era la gravità del dolore post-operatorio a livello della ferita chirurgica o al palmo della mano e il grado di limitazione delle attività. Tra gli end-point secondari misurati vi erano la durata del periodo di astensione dal lavoro dopo l'intervento, la severità dei sintomi della sindrome del tunnel carpale e la qualità di vita. Il follow-up fu a 3 e 6 settimane e a 3 e 12 mesi.

Il dolore a livello della ferita o al palmo della mano fu meno frequente nel gruppo randomizzato a intervento endoscopico ma la differenza era piccola: a 3 mesi veniva riportato dal 52% del gruppo endoscopico e dall'82% del gruppo chirurgia a cielo aperto.

Anche l'intensità del dolore e la limitazione delle attività era minore nel gruppo endoscopico. Nessuna differenza tra i due gruppi venne riscontrata per gli altri end-point. In entrambi i gruppi l'astensione dal lavoro in media fu di 28 giorni.

Gli autori concludono che il trattamento con metodica endoscopica della sindrome del tunnel carpale è associato a minor dolore post-operatorio ma l'entità del beneficio è piccola e il rapporto costo/efficacia incerto dato che gli altri outcomes non differiscono rispetto alla chirurgia tradizionale.

Fonte: BMJ 2006 Jun 24; 332: 1473

Commento di Renato Rossi e Luca Puccetti:

La STC può essere trattata con metodica decompressiva chirurgica o con terapia conservativa. Non vi è consenso su quale trattamento sia più efficace.

Per esempio in uno studio randomizzato e controllato [1] furono arruolati 176 pazienti con una STC diagnosticata clinicamente e confermata dall'elettromiografia. Furono esclusi pazienti con diabete, tireopatia, precedenti traumi del polso. I soggetti furono randomizzati a ricevere un trattamento conservativo

(immobilizzazione del polso con stecca durante la notte per almeno 6 settimane) oppure a decompressione chirurgica del

nervo. La chirurgia si dimostrò molto più efficace dell'immobilizzazione nel migliorare il quadro clinico: dopo 3 mesi erano migliorati l'80% del gruppo chirurgia e il 54% del gruppo immobilizzazione (differenza del 26% con IC95% 12-40%). Dopo 18 mesi risultavano migliorati il 90% del gruppo chirurgia e il 75% del gruppo immobilizzazione (differenza 15% IC95% 3-27%). Tuttavia bisogna notare che al 18° mese, a causa del persistere dei disturbi, ben il 41% dei pazienti che erano stati originariamente inseriti nel gruppo immobilizzazione erano stati operati. Quindi l'immobilizzazione potrebbe essere una buona scelta nelle forme lievi e iniziali ma inefficace nelle forme più avanzate o che durano da più mesi. In questi casi la chirurgia diviene la scelta di elezione.

In un altro studio [2] gli autori hanno paragonato intervento chirurgico a infiltrazioni locali di steroidi. Furono trattati 101 pazienti per un totale di 163 polsi. Dopo un follow-up di 3 mesi mostravano un miglioramento della sintomatologia il 94% dei polsi infiltrati e il 75% dei polsi operati (P= 0.001). A sei mesi la percentuale risultò rispettivamente 85.5% vs 76.3% (P=0.16) e a 12 mesi 69.9% vs 75% (P=0.49).

Secondo questi risultati perciò nel breve termine l'infiltrazione locale di steroidi dà risultati migliori dell'intervento chirurgico mentre a 6 e 12 mesi non c'è differenza tra le due metodiche. Tuttavia bisogna notare che lo studio era in aperto (per ovvi motivi), che il numero di pazienti arruolati è appena un centinaio e soprattutto che il follow-up si è limitato ad un anno per cui non è noto se il trend mostrato dall'intervento chirurgico (migliori risultati a lungo piuttosto che a breve termine) non diventi più evidente per periodi più prolungati. Se così fosse vorrebbe dire che l'infiltrazione di steroidi comporta benefici immediati che però si perdono col tempo mentre l'intervento chirurgico comporta risultati migliori long-term. Inoltre è stato obiettato che i casi arruolati erano di gravità lieve-media perché nelle forme gravi l'intervento si impone per il pericolo di paralisi e deficit neurologici anche permanenti (rari).

Una revisione sistematica [3] dei trattamenti non chirurgici della STC suggerisce che gli steroidi (infiltrati ma anche somministrati per via orale) possono dare un sollievo temporaneo alla sintomatologia

del paziente e che la risoluzione spontanea è frequente: quasi il 50% dei soggetti trattati con placebo migliora. Tuttavia mancano dati a lungo termine: nei pochi studi che hanno esaminato cosa succede nel lungo periodo si è visto che circa la metà dei pazienti si sottopone all'intervento entro un anno dall'arruolamento.

In ogni caso se si rende necessario l'intervento chirurgico è preferibile quello tradizionale a cielo aperto oppure quello con metodica endoscopica? Lo studio recensito in questa pillola e altri precedenti [4,5,6] suggeriscono che non vi sono differenze fondamentali tra le due scelte. Un editorialista pone l'accento soprattutto sul fatto che mancano criteri standardizzati per la diagnosi di sindrome del tunnel carpale, che dovrebbe derivare dalla integrazione dei dati clinici con quelli di laboratorio, e questo probabilmente spiega in parte i differenti risultati dei vari studi.

Quali sono le implicazioni per il medico pratico? Nelle forme di gravità lieve-moderata e senza deficit motori, oppure in coloro che, per età o per scelta personale, non possono o non vogliono sottoporsi all'intervento, si può ricorrere alla infiltrazione locale di steroidi, con un ciclo al massimo di 3 iniezioni da ripetere non prima di 12 mesi. L'immobilizzazione appare invece una opzione poco praticabile. Nei casi più impegnativi o con interessamento motorio o con frequenti recidive si impone l'intervento; sugli esiti a lungo termine probabilmente importa poco la tecnica scelta dal chirurgo, se tradizionale o endoscopica.

Bibliografia

1. JAMA 2002 Sept 11; 288: 1245-1251
2. Arthritis Rheumat. 2005;52:612-619
3. Ann Fam Med May-June 2004;2:267-73
4. J Bone Joint Surg Am 1993;75: 1265-75
5. J Hand Surg [Am] 2003;28: 475-80
6. J Hand Surg [Br] 2003;28: 444-9.

Tale il padre, tale il figlio? La genetica del comportamento sessuale

Tale padre tale figlio, recita un noto proverbio, che ora si può ritenere vero anche per le abitudini sessuali. Infatti, da una ricerca condotta nella Hebrew University di Gerusalemme risulterebbe che il desiderio, l'eccitazione e le funzioni sessuali siano strettamente dipendenti da un gene specifico, denominato DRD4, che codificherebbe il recettore per la dopamina. I ricercatori, nello studio pubblicato su *Molecular Psychiatry*, hanno dimostrato che forme alternative del gene corrisponderebbero a fenotipi sessuali. Lo studio è stato condotto su 148 studenti, ai quali è stata somministrata inizialmente una batteria di test psicologici mirata a definire il più possibile il loro

comportamento sessuale, associandolo a categorie predefinite.

In seconda battuta gli studenti sono stati sottoposti ad uno screening genetico mirato a determinare i polimorfismi del gene DRD4.

I ricercatori hanno scoperto che vi è una diretta associazione fra alcune varianti del gene, posizionate in determinate regioni cromosomiche e il comportamento sessuale. Più nel dettaglio, sembra che al loco 5 sia associato il desiderio e l'eccitazione. Se lo studio fosse confermato, si potrebbe affermare il comportamento sessuale sia un carattere geneticamente trasmissibile.

Va considerato, però, che, come è stato

ampiamente dimostrato, il comportamento (in tutti i settori, personali e sociali) è la risultante di differenti fattori, non ultimo l'influsso educativo e relazionale-sociale.

È quindi lecito voler attribuire un comportamento complesso, come quello sessuale, ad una azione esclusivamente (o quasi) genetica, come se un gene possa predeterminare i comportamenti, o è necessario considerare la genetica come una componente importante, ma non esaustiva, lasciando uno spazio adeguato al libero arbitrio?

Guido Zamperini

Fonte: *Molecular Psychiatry* 2006;doi: 10.1038/sj.mp.4001832.

Mezzi di correzione illeciti a scuola: è reato di maltrattamenti

Il caso riguarda maltrattamenti effettuati da un insegnante elementare nei confronti di alunni, di tipo verbale e fisico. Denunciata, l'insegnante sosteneva trattarsi di un reato meno grave, quello di "abuso dei mezzi di correzione" (art. 571 C.P.) anziché quello più grave di maltrattamenti in famiglia previsto dall'art. 572 C.P.

Il Tribunale di Milano non è stato di questo avviso, specificando nell'ordinanza dell'11/1/2006 le caratteristiche dei due delitti.

Il delitto di "abuso dei mezzi di correzione", ha stabilito il Tribunale, è rav-

visabile allorché l'abuso riguardi mezzi di correzione "leciti".

Ben diverso è il caso allorché si tratti invece di mezzi educativi "illeciti", cioè se si tratta di mezzi contrari o contrastanti con lo scopo disciplinare; l'uso e abuso di questi mezzi illeciti concretano il delitto di maltrattamenti in famiglia.

Nel caso di specie, il tribunale ha ritenuto che le condotte tenute dall'imputato, insegnante di inglese presso una scuola elementare rivestissero questo secondo aspetto: in base alle testimonianze l'insegnante si era servito di mezzi quali:

il rovesciare in testa di un alunno un cestino pieno di cartacce, il negare il permesso di andare ai servizi ad altro alunno, che non riusciva a contenersi, il rivolgersi agli alunni con epiteti del tipo "cretino, cafone, demente, handicappato", il rompere i righe e le matite degli alunni.

Per questo motivo, in base anche a precedenti pronunce della Cassazione (per es. sez. VI dell'8/10/02) l'insegnante è stato condannato in base all'art. 572 C.P.

DZ-GZ

Il Garante per la Concorrenza bocchia l'innalzamento del rapporto ottimale

Una comunicazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (Bollettino n° 26 del 17 luglio u.s. pag. 195 e 196), bocchia l'innalzamento del rapporto ottimale legiferato in Toscana.

Le critiche vertono soprattutto sul fatto che l'incremento del rapporto ottimale (stabilito a 1 medico ogni 1000 assistiti dall'ACN e portato a 1/1200 dalla Regione) limita l'accesso alla professione di medico di base, determina la riduzione del numero di medici di base attivi in un dato ambito territoriale e limita, quindi, la scelta del medico di base da parte dei cittadini. Tale limitazione, secondo il parere dell'Autorità, non risulta indispensabile alla realizzazione della finalità di creare la figura di medico di base a tempo pieno, da realizzarsi con altri mezzi.

Inoltre, sottolinea l'Autorità, l'esistenza

di una concorrenza effettiva e potenziale tra medici di base, perseguibile mediante un numero più ampio possibile di sanitari disponibili ad acquisire assistiti, costituisce il più importante incentivo per la fornitura di una maggiore qualità del servizio pubblico sanitario.

La Regione aveva anche sospeso i bandi per le zone carenti negli ambiti territoriali con meno di 40.000 abitanti in presenza di un medico con meno di 300 pazienti e almeno altri due medici in grado di acquisire nuovi pazienti fino al numero massimo di 1.500 cittadini.

L'Autorità ha criticato anche questa disposizione in quanto in grado di ridurre ingiustificatamente il numero di medici di base convenzionati in un determinato ambito territoriale, costringendo i cittadini a rivolgersi a medici con un numero elevato di assistiti in luogo di medici con un numero minore di assi-

stiti. Auspica quindi una modifica di tutte le disposizioni esaminate, onde consentire il più ampio accesso possibile alla libera professione di medico di medicina generale in Toscana e di garantire agli utenti del servizio sanitario nazionale un numero più ampio possibile di medici di base disponibili ad acquisire assistiti.

L'Autorità, sembrerebbe, non ha mai sentito parlare di "plethora medica" oppure ritiene che tale plethora vada risolta con ipotetici mezzi diversi. Mentre la "torta" del finanziamento del SSN viene sempre più ristretta, l'Autorità ne auspica la divisione in frazioni sempre più numerose e sempre minori.

Siamo sicuri che questa situazione di disagio e sofferenza economica dei Medici di Base porti ad un miglioramento di qualità assistenziale?

Guido Zamperini

La bugia: pratica da condannare o atto che contribuisce a salvare il mondo?

La domanda è difficile, e la risposta lo è ancora di più. Per poter rispondere, dobbiamo prima definire la bugia e considerare cosa implica e come si sviluppa.

La definizione di bugia, secondo il Garzanti online, è la seguente:

“affermazione intenzionalmente contraria alla verità; menzogna: dire bugie ... pietosa bugia, quella che si dice per nascondere qualcosa di increscioso...”.

L'area semantica del termine, da come si può vedere, investe due aree differenti. La prima, riguarda il semplice discostarsi dalla realtà in maniera volontaria (sono escluse, quindi, le informazioni errate date in buona fede), la seconda riguarda invece il nascondere qualcosa di increscioso agli altri.

La bugia avrebbe quindi una utilità pratica per il bugiardo: soprattutto nella seconda accezione la bugia ha lo scopo di nascondere alla società aspetti di noi stessi che giudichiamo contrastanti con la “pubblica morale”.

Ma come si sviluppa il senso della menzogna?

Da un punto di vista psicodinamico, il bambino fino a 5 anni ha un senso di realtà molto confuso. Non è in grado di discernere pienamente quello che è vero da quello che è immaginato, e la bugia non ha quindi senso. Il bambino mente non per coprire qualcosa di increscioso, ma semplicemente perché non in grado pienamente di distinguere il vero dal falso; non si tratta quindi di una “vera” bugia ma di errore in buona fede.

In seguito il bambino affina il senso di realtà, e a questo punto si può cominciare a parlare di bugie dette in piena coscienza. Intorno ai 6/7 anni, il bambino comincia ad andare a scuola, ed è in grado di distinguere il vero da falso: il bambino che mente, a questa età, lo fa consapevolmente e per fini ben precisi. Sutter individua differenti motivazioni alla base della bugia: la menzogna gene-

rosa, finalizzata a non causare un dolore al prossimo; quella per timidezza e timore, legata a dinamiche evitanti verso situazioni ansio-gene; quella per scherzo, finalizzata al divertimento spicciolo e quindi poco articolata e presto scoperta; quella per liberarsi da un sentimento penoso, anche questa legata all'evitamento di sensazioni come la vergogna e l'umiliazione; la menzogna nevrotica, legata ad una situazione conflittuale.

Ma mentono solo i bambini? Ovviamente no. E qual'è, allora, il significato della menzogna “adulta”?

Dobbiamo tenere conto che la bugia è una distorsione della verità all'interno di una comunicazione, dove per verità si intende l'esatto succedersi degli eventi nella realtà.

Per comprendere meglio il sistema comunicativo, possiamo utilizzare la formalizzazione di Shannon che per primo ha ideato “un sistema per la generazione e trasmissione delle informazioni in forma di modello, che comprende una sorgente dell'informazione, un codificatore, un canale di trasmissione, un decodificatore e un osservatore, il quale, rilevando, interpretando e utilizzando l'informazione per fini propri, interagisce con essa, contribuendo in parte a determinarne il contenuto trasferito.” Che senso ha comunicare una versione alternativa alla verità?

Può sembrare strano, ma gli scopi sono gli stessi dei bambini; cambiano solo gli oggetti delle informazioni.

Ottenere vantaggi, escludere gli svantaggi, dare una buona immagine di sé, sono alla base delle menzogne adulte. Una situazione che porta più svantaggi che vantaggi viene cambiata in modo da minimizzare gli aspetti negativi. Svolgiamo quindi un lavoro migliore del vero, nascondiamo una relazione pericolosa, creiamo insomma un mondo ideale

e cerchiamo di spacciarlo come reale al prossimo. Ovviamente questo non influenza direttamente la realtà, quanto semplicemente la percezione che il ricevente del messaggio alterato ha della realtà stessa. A questo punto, per la fortuna (o la sfortuna) del mentitore entrano in gioco altri aspetti, quali le fonti alternative di controllo degli eventi a disposizione del ricevente.

Dobbiamo però dire che il processo di alterazione volontaria della realtà, ovvero il “dire bugie”, non è necessariamente un aspetto immorale, o non etico, tutt'altro! Spesso infatti le menzogne possono essere espresse al fine di migliorare le condizioni del soggetto, senza con ciò recare danno diretto o indiretto ad altri soggetti; a volte la bugia è addirittura “benefica”, come quando contribuisce a salvare certe importanti convenzioni sociali. Se si dicesse sempre tutto ciò che si pensa degli altri la società si disgregherebbe, con ogni probabilità, in una miriade di faide personali. E' il buon senso inteso come custode delle convenzioni sociali a suggerire, con cautela a solo nei casi indispensabili, quando è il momento di dire una bugia. La cautela è un aspetto fondamentale, perché se anche la verità non è sempre utile e necessaria, certamente una bugia può essere ancor più pericolosa.

Guido Zamperini

Bibliografia

J. Piaget, *Lo sviluppo mentale del bambino*, Einaudi, 1967

J. Sutter, *Le mensonge chez l'enfant*, PUF, Parigi, 1956

Shannon, *teoria dell'informazione*:

http://it.encyclopedia.msn.com/encyclopedia_761577650/

Teoria dell'informazione.html

http://www.garzantilinguistica.it/inter_na_ita.html

Omissione di soccorso se si abbandona troppo presto l'infornato

Il dovere di prestare assistenza all'infornato, imposto dal Codice Penale, obbliga ad attendere in loco l'arrivo dei soccorsi

La Corte di Cassazione (sez. V penale, sentenza n. 3397 del 2/2/2005) ha confermato la condanna per Omissione di Soccorso (art. 593 C.P.) ai danni di un soccorritore che, essendo stato testimone di un incidente stradale, aveva chiamato

prontamente la polizia ed il pronto intervento sanitario ma si era poi allontanato dal luogo dell'incidente senza attendere l'arrivo. L'infornato era poi deceduto malgrado i successivi soccorsi.

La Cassazione ha specificato che l'obbligo di prestare assistenza non si limita all'immediato intervento ma deve comprendere, successivamente, l'adozione delle cautele atte a limitare il danno riportato dalla persona offesa ed a scon-

giurare la sua ulteriore esposizione a pericolo.

Era indispensabile, quindi che il primo soccorritore attendesse la “presa in carico” dell'infornato da parte dei successivi intervenuti

Guido Zamperini

Daniele Zamperini

L'anziano: difficile definizione tra il biologico e il sociale

L'Italia invecchia. Ormai lo dicono tutti, lo si trova scritto nei giornali, le organizzazioni preposte al monitoraggio della popolazione lanciano allarmi, il telegiornale ciclicamente manda in onda un servizio su quanto stiamo invecchiando.

L'allarme che suona sempre più spesso riguarda l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale.

Un vecchio necessita sempre più di medicinali, ha la salute sempre più fragile, e non sa badare a se stesso.

Ma, in effetti, quanto stiamo invecchiando? Ma, soprattutto, cosa è un anziano?

In cosa differisce una persona anziana da una giovane?

Quali sono i fattori che portano all'invecchiamento, e cosa comporta l'essere vecchi in confronto all'essere giovani? Esistono differenti gradi o diversi tipi di vecchiaia? La risposta a questi quesiti non è semplice, e da molti anni si cerca di dare loro una risposta. Dewey, nel 1939, parla del paradosso che si viene a formare fra l'invecchiamento fisico, che porta alla morte, e la maturazione psicologica, che porta ad una maggiore "pienezza" dei processi psichici.

È utile, infatti, distinguere tra almeno tre tipi di vecchiaia: una vecchiaia fisico-biologica, che comporta il deterioramento dei processi fisiologici immunitari, con la conseguente predisposizione a incidenti e malattie; una vecchiaia psicologica, che comporta una maturazione dei processi psichici e un incremento dell'esperienza, con in alcuni casi una perdita di facoltà intellettive; una vecchiaia sociale, che comporta un evolversi di ruoli durante tutta la vita: da studente, a lavoratore, a pensionato, da figlio a padre a nonno.

Ognuna di queste tre "vecchiaie" ha la sua particolarità.

-L'invecchiamento fisico-biologico ha un decorso più o meno standard, che può variare nei tempi ma non nei modi. Si può perdere la prestanza fisica in tempi differenti, ad una età cronologica più o meno avanzata, ma il procedere della decadimento fisico avanza più o meno allo stesso modo per tutti. La stessa cosa riguarda le malattie, che tendono ad essere tipiche di una certa età, dalla giovinezza alla vecchiaia. Inoltre il tempo biologico ha le sue misure che cambiano durante l'arco della vita. Le due principali misure sono il ritmo circadiano (che scandisce il tempo fra il sonno e la veglia) e il ritmo metabolico. Secondo Bir-

ren [Birren e Cunningham 1985] con l'avanzare dell'età può avvenire una desincronizzazione tra i vari "orologi biologici". L'invecchiamento biologico si può quindi definire come una progressiva destrutturazione delle regolazioni ritmiche del nostro organismo.

-L'invecchiamento sociale ha la proprietà di non essere per forza lineare. La sequenza figlio-padre-nonno non deve per forza essere attuata, o non deve essere attuata per intero. La stessa cosa riguarda l'aspetto sociale del lavoro: la sequenza studio-lavoro-pensione può essere distorta o spezzata a seconda della vita della vita del soggetto. Poco studio, molto lavoro e assenza di pensione caratterizza una frangia di lavoratori autonomi di basso livello, mentre all'opposto molto studio, lavoro e pensione caratterizzava, fino a qualche anno fa il tipico lavoro pubblico.

-L'invecchiamento psicologico è spesso suddiviso in due aspetti differenti: l'esperienza e i processi mentali. Questa suddivisione sottintende che queste due differenti funzioni siano almeno parzialmente indipendenti, e che questi aspetti possano, l'uno indipendentemente dall'altro, restare attivi, aumentare o diminuire di prestazione. Il tempo psicologico, come quello biologico, non è in funzione lineare con il tempo obiettivo, anche se vi è una certa correlazione. È possibile definirlo come il tempo necessario a completare una funzione biologica.

"L'invecchiamento psicologico si commisura sul tempo percepito che si dipana da un presente consapevole, vissuto come un hic et nunc privilegiato. Attraverso il passare del tempo, l'individuo legge il suo passato, e quindi l'inizio di questo "ora", e un futuro che costituirà anche la fine della sua storia. Se tale lettura sia più incentrata sul passato o sul futuro, tenendo conto del presente, dipende non solo da come uno si rappresenta il proprio invecchiamento attuale, e, quindi, le proprie potenzialità funzionali, ma da come percepisce anche gli eventi di vita che hanno contrassegnato il suo passato e definiscono il suo presente" [Laicardi]

Bisogna dire, inoltre, che non tutte questi aspetti dell'invecchiamento evolvono di pari passo; spesso una persona cronologicamente anziana ma ancora attiva so-

cialmente avverte disagio a seguito del pensionamento, o ancora una persona può non essere autonoma psicologicamente pur non essendo cronologicamente avanti con gli anni.

Questa suddivisione dell'invecchiamento in tre componenti porta a dei vantaggi e degli svantaggi. Tra i vantaggi possiamo annoverare la maggiore semplicità nello studio della vecchiaia, potendo concentrarsi in uno solo dei tre aspetti. Uno degli svantaggi è invece la complicazione della definizione globale di vecchiaia, che viene data dall'integrazione dei tre aspetti sopra espressi.

Per questo motivo, in ambito scientifico le ricerche hanno per la maggior parte usato definizioni che dessero ampio spazio all'ambito fisico-biologico, a scapito di quello psicosociale. [Laicardi 2000] In generale la definizione data dai biologi dell'invecchiamento è in alcuni aspetti differente da quella data dagli psicologi. Secondo la visione biologica si invecchia secondo un processo involutivo e cumulativo, età-determinato. Questo comporta la focalizzazione dell'attenzione su un solo vettore, con la conseguente semplificazione ulteriore degli strumenti di indagine.

Una definizione di Handler, del 1960, definisce l'invecchiamento come "un deterioramento dell'organismo maturo, un cambiamento tempo dipendente, essenzialmente irreversibile, intrinseco a tutti i membri della specie, cosicché con il passare dell'età, essi diventano sempre più incapaci di far fronte allo stress ambientale, concomitantemente al crescere della probabilità di morire."

Questa visione della vecchiaia pone l'accento sull'aspetto fisico e biologico. Il passare del tempo debilita il fisico in un modo che dipende dalla specie, fino a che non è più in grado di far fronte all'ambiente, e muore.

Le definizioni sopra espresse sono definizioni che cercano di specificare cosa è il processo di invecchiamento. Molti studi e molte metafore sono state create per cercare di chiarire come possa essere rappresentato il processo dell'invecchiamento. Una delle prime immagini dell'invecchiamento ci viene da Stanley Hall, che nel 1922 [Hall, 1922] ha paragonato l'avanzare dell'età come la china della collina, e la vecchiaia in particolare come la parte discendente della collina stessa. (segue pag. 10)

Percezione della qualità di vita: definizioni e strumenti

Sempre più frequentemente si fa riferimento, nella pratica clinica come nella vita reale, al concetto di qualità della vita (QOL). L'innalzamento della QOL del cittadino è, ormai da anni, il target finale di tutta una serie di interventi sociali e tecnici in molti dei campi della pubblica amministrazione: in questa direzione si muove anche il sistema sanitario, sia esso medico o psicologico. Ma cosa si intende per qualità della vita?

Differenti punti di vista, all'interno dell'ambito scientifico, hanno creato definizioni operative che molto spesso sono molto distanti fra di loro. Il significato di qualità della vita differisce molto, infatti, se confrontiamo le definizioni date da medici e da psicologi. Si passa da una definizione operativa atta a misurare la qualità della vita in funzione della salute oggettiva, a misurazioni della stessa qualità della vita che invece passano per percezioni completamente soggettive. Ma esiste un punto di incontro? Possiamo trovare la definizione completa di qualità della vita? La risposta a queste domande per ora è molto difficile. Lo stesso atto di definire, porta automaticamente ad un processo di inclusione/ esclusione di idee, di concetti e di attributi. Nel momento in cui definisco, in altri termini, creo un insieme di elementi, lasciando fuori da quell'insieme tutto

quello che non rispecchia certi canoni da me stabiliti. La questione, che di per sé non sarebbe problematica, lo diventa nel momento in cui queste differenti definizioni devono diventare operative. Operazionalizzare una definizione significa rendere la suddetta definizione applicabile sul campo di sperimentazione. In termini pratici, significa identificare i costrutti di riferimento, identificare gli indicatori relativi ai costrutti, e quindi gli items che a livello pratico indagano quello che viene richiesto. È palese come, a questo punto, definizioni differenti portano invariabilmente alla creazione di costrutti, di indicatori e di strumenti di rilevazione differenti.

Una analisi approfondita della letteratura contemporanea alla ricerca di una definizione di qualità della vita mostra che in effetti il concetto è operativamente molto sfuggente. Diverse visioni della qualità della vita, differenti obiettivi e target di applicazione dello strumento, hanno dato adito alla formazione di definizioni che potremmo definire "locali". Questo stato delle cose genera una tale confusione che ne all'interno della comunità scientifica ne nel linguaggio comune possa venirsi formare una idea unitaria di "qualità della vita".

Ma bisogna anche dire che queste definizioni, seppure differenti, sono nate per ovviare a dei problemi pratici. Sono defi-

nizioni che nascono dalle considerazioni di studiosi che hanno affrontato il problema della misurazione della qualità della vita. Molte definizioni e molti strumenti sono stati generati in funzione di rilevazioni verso target particolari, come ad esempio soggetti con patologie mentali, o soggetti non in grado di comunicare con il rilevatore. È quindi possibile cercare di creare una definizione comune, tale che possa comprendere tutto l'universo dei casi possibili?

Bisogna dire anche che la formulazione della definizione definitiva e comunemente accettata è molto difficile se non impossibile fintanto che i ricercatori intendono diversamente il concetto stesso: "non può essere accettato uniformemente il contenuto di un concetto che non è uniformemente inteso" [D'andrea 1999]

Due delle definizioni fondamentali della QOL partono da due concetti operativi differenti. Mentre l'OMS ha cercato di definire la qualità della vita partendo dalle sue esperienze operative, nel campo dell'implementazione e del monitoraggio della salute a livello mondiale, l'ISQOLS, con Bob Cummins, è invece partito dalla direzione opposta, ovvero cercare il tratto di unione delle differenti definizioni presenti nella letteratura. Nel 1998, Bob Cummins ha analizzato 107 definizioni di qol (pag.11)

L'anziano (segue da pag. 9)

È una metafora ancora usata per spiegare i tassi di mortalità e morbilità nella popolazione: alti agli estremi della vita, calano intorno all'età adulta.

Nel 1988 Schroots [Schroots 1988] propone una visione della vita molto più complessa rispetto a quella di Hall.

Schroots vede la vita come un albero, o più dinamicamente come un fiume.

Questo fiume ha una nascita, e una morte (nel mare), ma tra questi due estremi compie un percorso complesso, rafforzato da affluenti o indebolito da rami collaterali. Rispetto a quella della collina, la metafora del fiume è adatta per sottolineare la non linearità della vita, la complessità biologica e psicologica, e la diversità di ogni vita.

Nel 1996 Birren e Schroots [Birren e Schroots 1996] definiscono la teoria "integrata ed ecologica dell'invecchiamento".

Questa teoria ipotizza che l'evoluzione e l'invecchiamento siano strettamente

legati e che avvengano in contemporanea: "l'occorrenza congiunta, sincronica, di guadagni e perdite, sviluppo e invecchiamento è condivisa da Birren e Schroots [1996] che sostengono che i due processi sono paralleli, sia se visti diacronicamente, lungo l'arco della vita, sia se valutati sincronicamente" [Laicardi]

Tutte queste visioni della vecchiaia e del processo di invecchiamento mirano a descrivere in modo globale il processo. Cercano di definire una istantanea di un processo, dicendo che l'invecchiamento consiste in un determinato processo, o in un determinato percorso. Ma esistono due domande, alle quali è ancora difficile dare una risposta certa: in cosa differisce un vecchio da un giovane? Quando si è vecchi?

E, soprattutto, è male invecchiare?

Guido Zamperini

Fonti:

-Dewey, J. 1939 Introduction, in E.V. Cowdry (a cura di), Problems of Aging, Bal-

timore, Md., Williams and Wilkins.

-Birren, J.E. e Cunningham, W.R.

1985 Research in the psychology of aging, in J.E. Birren e W.K. Schaie (a cura di), Handbook of psychology of aging, New York, Van Nostrand-Reinhold

-Laicardi C. e Pezzuti L.

2000 Teorie psicologiche dell'invecchiamento umano, in Laicardi -C. e Pezzuti L., Psicologia dell'invecchiamento e della longevità, Bologna, Il mulino

- Handler, P. 1960 Radiation and aging, in N.W.Shock (a cura di), Aging, Washington, D.C., American Association for the Advancement of Science

-Hall, G.S. 1922 Senescence: the second half of life, New York, Appleton

- Schroots, J.F. e Birren, J.E.

1988 The nature of time: Implications for research in aging, in "Comprehensive Gerontology", 2, pp 1-29

-Birren, J.E. e Schroots, J.F.

1996 History, Concept and theory in the Psychology of Aging, in J.E. Birren e K.W.Schiaie (a cura di), Handbook of the psychology of aging, San Diego, California, Academic press

Qualità' della vita (segue da pag. 10)

presenti nella letteratura. Da queste, con una opera di sintesi, ha tratto la seguente definizione: "La qualità della vita include sia l'oggettivo che il soggettivo, ed ogni asse è l'aggregazione di sette ambiti: benessere materiale, salute, produttività, affettività, sicurezza, società e benessere interiore. L'ambito oggettivo include misure rilevanti di benessere oggettivo. L'ambito soggettivo include la soddisfazione ponderata con l'importanza assegnata dall'individuo". Il pregio di un lavoro di questo tipo è quello di aver cercato i punti in comune tra le varie definizioni. Infatti, i sette ambiti definiti sono presenti, anche se non necessariamente insieme, nella maggior parte degli strumenti in uso. Si potrebbe dire che questa definizione si fa forse dell'esperienza di tutte quelle create precedentemente, con tutti i vantaggi che ne derivano. Come si nota subito, questa definizione definisce sette ambiti fondamentali. Questi sette ambiti fondamentali racchiudono tutta una serie di indicatori, che allargano il concetto di qualità della vita. Ciascuno di questi sette ambiti, o costrutti generali, viene considerato tre volte. Inizialmente viene considerata la situazione oggettiva. Quello che conta in questa parte è quello che oggettivamente si ha, la realtà dei fatti. Nella seconda analisi, invece, viene considerata la parte soggettiva che il soggetto ha di ogni campo. La parte soggettiva consiste nel come ogni aspetto viene vissuto dal soggetto. Questo aspetto è molto importante, in quanto viene ormai considerato il punto cardine di ogni definizione di qualità della vita (in alcuni questionari è presente solo la parte soggettiva...).

Una particolarità di questa definizione si nota nella terza analisi. Questi sette ambiti sono pesati per l'importanza che il soggetto da loro. In altri termini, al soggetto si chiede in primo luogo di definire la propria realtà oggettiva, suddivisa nei sette ambiti. In seguito, per ogni ambito, viene chiesto quanta soddisfazione ne ricava, ed ancora una volta quanto questa soddisfazione influisca nella propria visione della qualità della vita. Questi tre aspetti, non sono molto correlati fra di loro. Può, infatti, succedere che la soddisfazione e l'importanza siano scarsamente correlati fra di loro, come, d'altronde, capita spesso anche per quanto riguarda il lato oggettivo e il lato

soggettivo dei vari costrutti. La definizione, inoltre, è connotata da uno stampo operativo molto pronunciato: la qualità della vita non viene definita mediante una serie di parametri, o di indicatori, o di idee, ma mediante costrutti operativi ben definiti. Quello che si nota, è che la definizione generale di qualità della vita e quella operativa presente nel questionario che da questa si è sviluppata, coincidono perfettamente: questo comporta che il questionario è esattamente aderente alla definizione generale, e che non vi possono essere altri strumenti che si adattano allo stesso modo alla definizione.

Una definizione differente invece ci viene dalla OMS, che mediante il lavoro di un gruppo di specialisti (WHOQOL group), ha creato la definizione seguente:

"...le percezioni degli individui della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono e in rapporto ai propri scopi, aspettative, criteri ed interessi. Si tratta di un concetto ampio che abbraccia in modo complesso la salute fisica della persona, lo stato psicologico, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e i loro rapporti con le caratteristiche salienti dell'ambiente". Questa definizione differisce dalla precedente per diversi aspetti. In primo luogo, i costrutti non sono definiti precisamente, ma in senso generale. La qualità della vita passa, secondo questa definizione, attraverso lo "stato psicologico", o attraverso le "relazioni sociali": questi sono due aspetti generali, all'interno dei quali è possibile identificare molti altri costrutti. In altri termini, l'OMS da dei criteri generali, affermando che quello della qualità della vita è un concetto ampio, che abbraccia molte cose.

Dovendo confrontare questa definizione con quella precedente, possiamo affermare diverse cose: in primo luogo, contrariamente alla definizione della ISQOLS, questa non definisce i singoli costrutti. Definisce invece dei campi generali all'interno dei quali muoversi per definire cosa sia la qualità della vita. In altri termini, potremmo dire che cerca di suggerire la direzione in cui muoversi, senza limitare la capacità di "esplorazione" dei ricercatori. È una posizione molto differente rispetto a

quella che occupava la definizione dell'ISQOLS.

Un punto in comune fra le due definizioni è dato dall'importanza che il lato soggettivo investe nella determinazione della qualità della vita. Per entrambe è molto importante sapere cosa ne pensa il soggetto della sua situazione, anche più della situazione oggettiva dello stesso soggetto. Per l'OMS sembrerebbe l'unico lato importante, in quanto si parla delle "percezioni degli individui", e non del loro stato oggettivo. È un aspetto particolare, in quanto la stessa salute fisica e psicologica non viene analizzata per quello che è in realtà, ma per come il soggetto la vive. Questo aspetto viene sottolineato anche dallo strumento (WHOQOL-100 e varianti), dove, nella variante, ad esempio, per i malati di HIV, non viene chiesto altro che come la malattia viene vissuta dal rispondente.

Inoltre, gli altri campi considerati sono gli scopi, le aspettative i criteri e gli interessi. Tutti questi campi sono campi prettamente psicologici, e come tali soggettivi. La definizione non tiene conto dei lati economici della vita, se non, nuovamente, in maniera soggettiva. In realtà la parte soggettiva non è del tutto assente, ma anche quella incide per quanto il soggetto la vive, e quindi perde di significato come indicatore a se stante.

A livello operativo, come già espresso in precedenza, questa definizione si connota come una "direzione da seguire", e non già come una definizione prettamente operativa. Se notiamo infatti lo strumento associato, creato dalla stessa OMS, notiamo come i costrutti di riferimento siano in realtà molti di più e molto più particolari di quelli identificati dalla definizione teorica. Questa vaghezza, però, non è per forza uno svantaggio. Una definizione troppo costrittiva, seppur utile e comoda a livello pratico, ha lo svantaggio di limitare le possibili ricerche, in quanto, adottata la definizione, la strada è già tracciata. Una definizione, invece, che potremmo definire "vaga", ha il difetto di guidare poco chi deve costruire sistemi di rilevazione e di misura basati sulla stessa, ma ha il pregio di poter lasciare spazio all'introduzione di concetti nuovi, seppur limitati all'interno di un campo definito.

(Segue pag. 12)

Qualità' della vita (segue da pag. 11)

Entrambe le definizioni, nella loro diversità, identificano un aspetto del problema generale. Se la prima pone l'accento su sette ben definiti aspetti della qualità della vita, rendendo, come già detto, più semplice lo sviluppo di strumenti di rilevazione, la seconda ha il pregio di lasciare molta più libertà di azione e di ricerca, a scapito di una maggiore difficoltà nel generare strumenti che sottendono agli stessi costrutti. Cercare di determinare quale delle due definizioni possa essere la migliore, è una azione priva di senso, in quanto non vi è un primato o una definizione migliore, ma solo definizioni che indagano più o meno campi, più o meno profondamente. A seconda del compito pratico che ci si prefigge, o dell'idea generale che guida la ricerca, si sceglie una definizione, o se ne crea una personale.

Guido Zamperini

Fonti:

- Patrick, D. 2001 La qualità della vita in medicina: aspetti concettuali e metodologici, in G.de Girolamo, M.A. Becchi, F.S. Coppola, D. De Leo, G. Neri, P. Rucci e P. Scocco (a cura di), Salute e qualità della vita, Torino, Centro Scientifico Editore
- D'Andrea, S.S.—1999 Qualità della vita: Misure, Teoria, Modelli, in E. Aureli, F. Buratto, L.C. Sardi, A. Franci, A. Ponti Sgargi, S.S. D'andrea: Contesti di qualità della vita, Problemi e misure
- Cantril, H.—1965 -The pattern of Human Concerns, Rutgers University Press, new Brunswick, N.J.
- Veenhoven, R.—1995—The cross-national pattern of heppiness, in "social Indicators Research", 34
- Cummins, R.A—1998—The second approximation to an international stan-

- dard for Life Satisfaction, in "Social Indicators Research", 43
- WHOQOL—1995—The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization, in "Social Science and Medicine", 41
- Sartorius, N.—2001- La valutazione della QOL nei servizi sanitari e di salute mentale, in G.de Girolamo, M.A. Becchi, F.S. Coppola, D. De Leo, G. Neri, P. Rucci e P. Scocco (a cura di), Salute e qualità della vita, Torino, Centro Scientifico Editore
- Power, M.—2001—Il progetto internazionale dell'OMS sulla qualità della vita (WHOQOL): Obiettivi, metodi e risultati , in G.de Girolamo, M.A. Becchi, F.S. Coppola, D. De Leo, G. Neri, P. Rucci e P. Scocco (a cura di), Salute e qualità della vita, Torino, Centro Scientifico Editore

Esenzione ticket senza diritto? E' truffa aggravata

La falsa autocertificazione del reddito per usufruire di prestazioni sanitarie in regime di esenzione integra il delitto di Truffa Aggravata (art. 640 del Codice Penale).

Così si è espressa la Corte di Cassazione (Sez. I civile) nella sentenza n. 10231 del 23/3/2006), nel caso in realtà as-

sai poco frequente, di un assistito che aveva ottenuto prestazioni sanitarie mediante la consueta firma autocertificatoria in cui si assume di avere un reddito inferiore ai minimi di legge.

Che tale comportamento configuri un illecito e' nozione comune, ribadita con forza anche nelle stesse autocertificazio-

ni, e non ci sarebbe nulla di strano; ciò che desta interesse e' proprio la rarità (per non dire l' eccezionalità) della contestazione verso una figura generalmente esentata da ogni colpa, quale il paziente.

Daniele Zamperini—Guido Zamperini

Responsabilità' degli insegnanti nelle gite scolastiche

La responsabilità per danni causati dal comportamento degli alunni durante le gite scolastiche e' una responsabilità extracontrattuale. Ne risponde il Ministero, salvo eventuale rivalsa.

La Cassazione (sez. III civile, sentenza n. 9752 del 10/5/2005, ha stabilito che gli insegnanti statali, limitatamente ai casi di "culpa in vigilando" non sono legittimati passivamente verso terzi (non rispondono cioè direttamente, ne' possono essere direttamente chiamati in giudizio) per cui gli eventuali illeciti ad

essi ascrivibili per inadeguato espletamento della vigilanza sugli allievi ad essi affidati sono direttamente riferibili al Ministero della Pubblica Istruzione. Nei confronti dei danneggiati risponde quindi l' amministrazione statale, sulla quale gravano in via diretta le responsabilità civili derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi.

Residua tuttavia il diritto di rivalsa dello Stato sugli insegnanti nelle ipotesi in cui il difetto di vigilanza sia ascrivibile a dolo o colpa grave.

E' opportuno quindi che, per eventi nei quali gli insegnanti siano esposti a rischi particolari, questi (o per essi l' amministrazione scolastica) provvedano a stipulare una polizza assicurativa personale che, per somme molto limitate, può proteggere da eventuali azioni di rivalsa.

DZ—GZ

Ultimissime: L' Agenzia delle Entrate avrebbe chiarito con una circolare che, a proposito dell' obbligo di tenere un Conto Corrente dedicato alla gestione economica professionale, questo NON DEVE NECESSARIAMENTE essere separato dall' eventuale c/c destinato alle spese personali o familiari. Siccome il DPF consente al Fisco di prendere in esame anche i prelevamenti al fine delle rettifiche fiscali, e' necessario pero' che i prelevamenti siano congrui con una normale gestione familiare. A chi non si sentisse tranquillo converrà quindi gestire due c/c separati; non e' chiaro se le spese correlate alla gestione di questo c/c possano essere incluse tra le spese di gestione professionale. Segneremo prossimamente gli esremi della circolare.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE

mesi di giugno-luglio-agosto 2006

Il testo integrale dei documenti citati è fornita da "Medico & Leggi" di Marco Venuti: essa è libera fino al giorno 2-7.09.2006. Per consultarli: www.medicoeleggi.it/pillole/mensili/pillolesetteembre06.htm

Decreto del Ministero della salute del 19.06.06 (Gazzetta Ufficiale n. 147 del 27.06.06)

AGGIORNAMENTO DELLE TABELLE CONTENENTI L'INDICAZIONE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E RELATIVE COMPOSIZIONI MEDICINALI... ESCLUSIONE DEL TRAMADOLO DALLA TAB. II, SEZ. B E DEI MEDICINALI CONTENENTI TRAMADOLO DALLA TAB. II, SEZ. D

Con questo decreto il Ministero della salute prende atto che studi clinici nel lungo periodo non hanno evidenziato, per il tramadolo, segni di tolleranza o dipendenza e che specifici programmi di monitoraggio attivo post-marketing hanno confermato un basso rischio di abuso. Conseguentemente, viene disposta: 1) l'esclusione del tramadolo dalla tabella II, sezione B e, 2) l'esclusione delle composizioni medicinali a base di tramadolo dalla tabella II, sezione D di cui all'art. 14 del testo unico.

Decreto-legge n. 223 del 04.07.06 (Gazzetta Ufficiale n. 153 del 04.07.06)

DISPOSIZIONI URGENTI PER IL RILANCIO ECONOMICO E SOCIALE...CONTENIMENTO E LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA PUBBLICA ...INTERVENTI IN MATERIA DI ENTRATE E DI CONTRASTO ALL'EVASIONE FISCALE

Molteplici sono le disposizioni emanate con questo provvedimento: quelle di peculiare interesse anche sanitario sono contenute nell'articolo 2 (Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali: tariffe, pubblicità, servizi professionali di tipo interdisciplinare), nell'articolo 5 (Interventi urgenti nel campo della distribuzione di farmaci) e nell'articolo 35 comma 12 (problematica dei conti correnti bancari dedicati all'attività professionale e dei compensi in denaro per l'esercizio di arti e professioni: assegni non trasferibili o bonifici ovvero altre modalità di pagamento bancario o postale nonché mediante sistemi di pagamento elettronico, salvo per importi unitari inferiori a 100 euro).

Il provvedimento è attualmente in discussione per la sua conversione in legge,

che è prevista con varie modifiche anche alle norme di interesse sanitario.

Determinazione dell'Agenzia italiana del Farmaco del 03.07.06 (Gazzetta Ufficiale n. 156 del 07.07.06, Suppl. Ordinario n. 161)

ELENCO DEI MEDICINALI DI CLASSE A)... (PRONTUARIO FARMACEUTICO NAZIONALE 2006)

Comunicato dell'Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni (Gazzetta Ufficiale n. 161 del 13.07.06, Suppl. Ordinario n. 164)

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - II BIENNIO 2004-2005

Deliberazione del Senato della Repubblica del 19.07.06 (Gazzetta Ufficiale n. 170 del 24.07.06)

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SU EFFICACIA ED EFFICIENZA DEL SSN

E' stata istituita una commissione parlamentare con il compito di verificare lo stato di attuazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie sull'intero territorio nazionale, controllando la qualità dell'offerta di servizi ai cittadini utenti e lo standard delle condizioni di accesso, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza (LEA).

La Commissione, la cui durata è fissata per l'intera legislatura, dovrà presentare relazioni specifiche sulle risultanze emerse, al termine dei suoi lavori.

Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 19.07.06 (Gazzetta Ufficiale n. 183 del 08.08.06)

INFORMATIVA SEMPLIFICATA PER MEDICI DI BASE

Con questo provvedimento il Garante per la Protezione dei Dati Personali, recependo osservazioni formulate, su sua richiesta, da parte di associazioni rappresentative delle categorie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, indica

gli elementi essenziali che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono includere nell'informativa da fornire all'interessato relativamente al trattamento dei dati personali.

Riportiamo, di seguito il testo, che deve essere eventualmente adattato alla specifiche necessità del singolo medico.

"Gentili signori, desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici. Anche in caso di uso di computer, adottato misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso."

Decreto del Ministero della Salute del 17.06.06 (Gazzetta Ufficiale n. 189 del 16.08.06)

SISTEMA NAZIONALE DI VERIFICA E CONTROLLO SULL'ASSISTENZA SANITARIA (SIVEAS)

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze ed in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, istituisce il Sistema nazionale di verifica e controllo (pag. seguente)

(G.U. dalla pag precedente) sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), con compiti di verifica a) che ai finanziamenti erogati corrispondano servizi per i cittadini e, b) che nella erogazione dei servizi vengano rispettati criteri di efficienza e appropriatezza.

Afferiranno al SiVeAS le seguenti attività: a) potere di accesso, da parte del Ministero della salute, presso le AUSL e aziende ospedaliere, a tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (anche se trasformati in fondazioni), ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie; b) verifica, da parte del Ministero della salute, presso le AUSL e aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carat-

tere scientifico (anche se trasformati in fondazioni), i policlinici universitari e le aziende ospedaliere universitarie dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza (compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa); c) verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale; d) monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere; e) verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a

disposizione; f) monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA; g) attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, inerenti il supporto al Ministero della salute ed alle regioni in materia di verifica dei LEA; h) attività della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni; i) attività del Sistema nazionale linee guida; l) attività del Nuovo sistema informativo sanitario rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria; m) attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei livelli essenziali di assistenza.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale) a cura di Marco Venuti

Lymphoglobuline - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

"a) immunosoppressione nei trapianti: prevenzione e trattamento delle crisi di rigetto d'organo; b) ematologia: trattamento dell'anemia aplastica".

Entact, Ciprallex - Estese le indicazioni terapeutiche a:

"Trattamento del disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) ed al trattamento del disturbo d'ansia generalizzato"

Climara, Zerella - Estese le indicazioni terapeutiche a:

"Prevenzione dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa ad alto rischio di future fratture che presentano intolleranze o controindicazioni specifiche ad altri medicinali autorizzati per la prevenzione dell'osteoporosi"

Coversyl - Modificate le indicazioni terapeutiche relativamente a:

"ipertensione: trattamento dell'ipertensione; insufficienza cardiaca: trattamento dell'insufficienza

cardiaca congestizia; coronaropatia stabile: riduzione del rischio di eventi cardiaci in pazienti con una anamnesi di infarto miocardico e/o rivascolarizzazione."

Anzemet - Modificate le controindicazioni:

"a seguito di una seria rivalutazione del profilo di sicurezza il prodotto viene controindicato nei bambini e negli adolescenti a causa di un grave rischio cardiovascolare."

Visita i nostri siti!

www.pillole.org : migliaia di articoli e di recensioni liberamente utilizzabili. Casi clinici, manuali di Medicina Pratica, utilità professionali.

www.scienzaeprofessione.it : la voce dei medici italiani; una selezione di utilità professionali, schede, promemoria, commenti e prese di posizione sulla Sanita' in Italia.

Inviaci i tuoi contributi!