

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 20 numero 9

Settembre 2023

Terapia chirurgica
nella sciatica

Xilazina, un farmaco
molto pericoloso

L' empatia

Emorragie
gastrointestinali
del tratto
inferiore



La mascherina
anticovid e'
un' aggravante
della rapina



Perche' i sanitari
fuggono dai loro
ruoli?

Il Digiuno
Intermittente
nel diabete

L' IA
non e' tutto!
Non disimparia-
mo a studiare

Insulina icodec:
basta una volta
alla settimana

Oltraggio a
pubblico ufficia-
le: vale solo
alla presenza di
"civili"



Nuove linee
guida europee
sull'ipertensione

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**

Il lato igNobile della scienza:
ridere o piangere

Allegato di questo mese
**"LA STRADA
GIUSTA"**
Da
"Al Bar dello Zozzo"

Dr. Daniele Zamperini

Specialista in Medicina legale, Igiene, Ematologia

Via Boves 21—Roma—tel 3335961678—daniele.zamperini@gmail.com
www.scienzaeprofessione.it

Indice

Il Digiuno Intermittente nel diabete	Pag. 3
Terapia chirurgica nella sciatica	Pag. 3
Emorragie gastrointestinali del tratto inferiore	Pag. 3
L' empatia	Pag. 4
Il lato igNobile della scienza: ridere o piangere	Pag. 5
La mascherina anticovid e' un' aggravante della rapina	Pag. 6
Il comparaggio, un problema antico	Pag. 6
Insulina icodec: una volta alla settimana	Pag. 7
Nuove linee guida europee sull'ipertensione	Pag. 7
Oltraggio a pubblico ufficiale: vale solo alla presenza di "civili"	Pag. 8
L' IA non e' tutto! Non disimpariamo a studiare	Pag. 9
Perche' i sanitari fuggono dai loro ruoli?	Pag. 9
Abitare nel camper? Serve il permesso di costruzione	Pag. 10
Narcolessia: questa curiosa sconosciuta	Pag. 11
La dieta migliore per ridurre gli eventi cardiovascolari	Pag. 12
Xilazina, un farmaco molto pericoloso	Pag. 12
Novita' in G.U. (luglio-agosto) - a cura di Marco Venuti	Pag. 12

Mensile di informazione e varie attualita' . Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**
O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
<http://www.scienzaeprofessione.it>

Patrocinate da
-O.M. della Provincia di Padova
-Soc. Scientifica "Promed-Galileo"
-SIMG-Roma
-SIAMEG
-ASMLUC (Ass. Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
-Medico&Leggi

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (agg. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Guido Zamperini (redattore)

Collaborano:

Riccardo De Gobbi,
Clementino Stefanetti,
Giampaolo Collecchia,

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:

daniele.zamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

Archivio completo (3000 articoli e varie risorse su <http://www.pillole.org/>)
Contenuti selezionati:

www.scienzaeprofessione.it

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

Passate a Roma?
Ricordatevi di Mondo Antico
B&B di qualita'.
Non ve ne pentirete
Giuseppe: 3923783536

(Pubblicita' gratuita e disinteressata)

Dr. Daniele Zamperini - Medico Legale

Via Boves 21—Roma—tel 3335961678—daniele.zamperini@gmail.com
www.scienzaeprofessione.it

Allegate e sui siti: le storie del Bar dello Zozzo
V. in ultima pagina

Il Digiuno Intermittente nel diabete

Il digiuno intermittente è possibile anche nei diabetici di tipo 2 trattati con insulina.

Il digiuno intermittente è una pratica che si sta sempre più diffondendo per perdere peso e secondo alcuni piccoli studi potrebbe essere utile anche a controllare meglio l'equilibrio metabolico nel diabete di tipo 2. Tuttavia nei casi trattati con insulina non è noto se si tratti di una pratica sicura per il rischio di episodi di ipoglicemia.

In questo studio sono stati arruolati 46 pazienti affetti da diabete di tipo 2 trattati con insulina. Il peso medio all'inizio dello studio era di 100 kg e la dose di insulina di 56 U/die.

I pazienti sono stati randomizzati o alla dieta usuale oppure a tre giorni non consecutivi di digiuno intermittente alla settimana.

Dopo 3 mesi la riduzione del peso corporeo è stata di circa 5 kg nel gruppo intervento e di 0,7 kg nel gruppo controllo. Inoltre nel gruppo controllo, grazie a un miglior controllo glicometabolico, si è potuto ridurre la dose di insulina in media di circa 11 U/die. Non si è verificato nessun episodio di ipoglicemia.

Si tratta di un piccolo studio, tuttavia suggerisce che la pratica del digiuno intermittente è fattibile anche nei diabetici di tipo 2 trattati con in-

sulina a patto che siano in grado di monitorare costantemente la glicemia e di adattare le dosi di insulina nei giorni in cui si pratica il digiuno. Studi con follow-up più prolungato e con una maggiore casistica potranno in futuro chiarire se i benefici di questa pratica sono costanti e si mantengono nel tempo.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Diabetes Care. 2023 Feb 1;46(2):463-468. doi: 10.2337/dc22-1622. PMID: 36508320; PMCID: PMC9887629.

Terapia chirurgica nella sciatica

Nella sciatica da ernia del disco la discectomia è utile nel ridurre il dolore e la disabilità nel breve periodo ma i benefici tendono a ridursi con il passare del tempo.

Lo scopo di questa revisione sistematica era di valutare l'utilità dell'intervento di discectomia nei pazienti con sciatalgia.

Sono stati selezionati solo studi randomizzati e controllati in cui il trattamento chirurgico veniva paragonato alla terapia non chirurgica, alla iniezione epidurale di steroidi, al placebo o alla chirurgia simulata in pazienti con sciatica di qualsiasi durata dovuta a un'ernia del disco lombare dimostrata radiologicamente.

In tutto sono stati inclusi 24 trials. In 12 studi veniva paragonata la discectomia alla terapia non chirurgica o all'iniezione epidurale di steroidi per un totale di poco più di 1700 pazienti arruolati. Evidenza di qualità da bassa a molto bassa suggerisce che la discectomia, rispetto al non trattamento, riduce moderatamente il dolore alla gamba nel breve periodo ma l'effetto è stato ritenuto piccolo nel medio termine.

Un effetto simile si è riscontrato quando la discectomia è stata paragonata all'iniezione epidurale di steroidi.

Il messaggio pratico è abbastanza chiaro: l'intervento chirurgico è utile soprattutto nel ridurre e disabilità nel breve periodo ma l'effetto tende a

ridursi con il passare del tempo. Pertanto la discectomia può essere proposta nei soggetti non responsivi dopo un adeguato periodo di terapia conservativa oppure in coloro che richiedono un rapido sollievo dal dolore ritenendo questo beneficio superiore ai rischi eventuali della chirurgia. Va da sé che il paziente deve essere informato che con il passare dei mesi i benefici rispetto alla scelta di non operarsi potranno ridursi.

Renato Rossi

Bibliografia

1. BMJ. 2023 Apr 19;381:e070730. doi: 10.1136/bmj-2022-070730. PMID: 37076169.

Emorragie gastrointestinali del tratto inferiore

Sono state aggiornate le linee guida sul trattamento delle emorragie gastrointestinali inferiori acute.

Le linee guida aggiornate dell'American College of Gastroenterology sul trattamento delle emorragie del tratto intestinale inferiore acute prevedono di stratificare il rischio del paziente con il punteggio di Oakland. Per i pazienti a basso rischio - punteggio inferiore

a 8 - in cui il sanguinamento si è fermato e che hanno ricevuto una colonscopia nell'ultimo anno per escludere la presenza di una neoplasia è possibile la dimissione seguita però da uno stretto follow-up. Nei pazienti emodinamicamente instabili si dovrebbe eseguire un'angio-TC entro 4 ore e, se si dimostra un'emorragia attiva si deve eseguire un'angiografia trans-catetere con embolizzazione

dei vasi sanguigni.

Una colonscopia deve essere eseguita in tutti i pazienti tuttavia con un timing personalizzato (durante il ricovero oppure in regime ambulatoriale) basandosi sui fattori di rischio del paziente. Se il paziente è in terapia anticoagulante questa può essere continuata se il punteggio di Oakland è inferiore a 8. Per i pazienti ricoverati l'anticoagulante dovrebbe

essere sospeso al momento del ricovero e ripreso entro 7 giorni. Nel caso di emorragia pericolosa per la vita il warfarin va rapidamente neutralizzato usando il concentrato di complesso protrombinico, i nuovi anticoagulanti orali devono essere neutralizzati con idarucizumab o andexanet. Nel caso di emorragia diverticolare il paziente, se li sta assumendo, dovrebbe sospendere gli antinfiammatori non steroidei e l'ASA.

Il Punteggio di Oakland considera le seguenti variabili:

età (1 punto per età compresa tra 40 e 69 anni, 2 punti > 69 anni), sesso (1 punto per sesso maschile), precedenti episodi di sanguinamento intestinale inferiore (1 punto se anamnesi positiva), l'esame rettale (1 punto se positiva per sangue),

i livelli di emoglobina (4 punti per 13-15,9 g; 8 punti per 11-12,9; 13 punti per 9-10,9; 17 punti per 7-8,9; 22 punti se inferiore a 7, la pressione arteriosa (2 punti per 130-159 mmHg; 3 punti per 120-129; 4 punti per 90-119; 5 punto se inferiore a 90), la frequenza cardiaca (1 punto se 70-89 bpm; 2 punti se 90-109; 3 punti se 110 o superiore).

Uno schema di comportamento pratico potrebbe essere questo:

Paziente instabile

Si deve eseguire un'angio-TC:

a) se si individua la sede del sanguinamento è necessaria un'embolizzazione selettiva; se l'emorragia non si arresta è necessario valutare l'opportunità di un intervento chirurgico; se invece l'emorragia si arresta si deve

eseguire in seguito una colonscopia; b) se non si individua la sede dell'emorragia è consigliata una esofago-gastroduodenoscopia.

Paziente stabile:

a) score di Oakland < 8: dimissione e colonscopia entro 15 giorni;
b) score di Oakland >= 8: ricovero e colonscopia entro 24 ore previa preparazione intestinale e successivo trattamento endoscopico; se non si individua la sede dell'emorragia è consigliata un'endoscopia con videocapsula.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Am J Gastroenterol. 2023 Feb 1;118(2):208-231. doi: 10.14309/ajg.0000000000002130. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36735555.

L'empatia

È importante per il medico esercitare l'empatia, forse più delle abilità cliniche.

Il termine empatia deriva dal greco "empathos" che significa "sentire dentro". È una soft skill essenziale per poter costruire un rapporto interpersonale gratificante e proficuo. Grazie all'empatia riusciamo a capire meglio e a identificarci con l'altro, a non vederlo solo come paziente ma come una persona con le sue credenze, i propri valori di vita, le proprie speranze, i timori, le emozioni. Il malato si sentirà portato ad aprirsi con noi e ci permetterà di entrare, in qualche modo, nel suo mondo interiore. Potremo così essere in sintonia e comunicare meglio con lui.

L'empatia permette di non esprimere giudizi, di comprendere il punto di vista dell'altro senza rinunciare al proprio. Per esempio il paziente potrebbe riferire che ha notato che i suoi sintomi migliorano con l'assunzione di un rimedio omeopatico consigliatogli da un amico.

Rispondere che questo tipo di terapia è inutile non solo chiude in modo rigido la comunicazione, ma addirittura può far nascere il sospetto che lo

consideriamo un bugiardo o una persona facilmente suggestionabile. Più appropriate, per mantenere aperta la comunicazione, sono frasi del tipo: "Se le sembra di stare meglio con questo preparato non vedo perché non debba prenderlo" (sempre nell'ipotesi che il prodotto non comporti degli effetti collaterali, nel qual caso dovremo far presente il problema).

La professione di medico, continuamente a contatto con la sofferenza, rende necessario esercitare l'empatia. Essa, oltre che giovare alla relazione con il paziente, instaura un rapporto basato sulla fiducia, migliora la compliance ai trattamenti e la prognosi e riduce il rischio di ritorsioni di tipo legale in caso di errori. Si tratta di un fenomeno ben descritto in letteratura: i medici che si mostrano più attenti ai bisogni dei pazienti corrono un minor rischio di azioni legali.

È quindi necessario recuperare questa abilità che era una delle poche armi a disposizione dei medici dei secoli scorsi e che, con il progredire delle conoscenze, si è sempre più persa a favore di un approccio tecnico che potrà essere necessario dal

punto di vista scientifico ma che tende ad allontanare le persone. Alcuni medici sono portati all'empatia per inclinazione naturale mentre altri lo sono di meno. Ci si potrebbe domandare, perciò, se essa si possa in qualche modo acquisire. Può essere un percorso difficile ma con impegno e costanza alcune abilità si possono imparare. È possibile anche cercare di migliorare la propria indole, ad esempio, attraverso la frequentazione di corsi ad hoc: almeno si potranno, così, evitare atteggiamenti troppo freddi e distaccati che denotano disinteresse e scarsa considerazione per le sofferenze altrui.

Il problema principale è rendersi conto di una propria carenza e avere il desiderio di cambiare. È stato detto da qualcuno che un medico capisce veramente cosa prova un paziente quando si ammala a sua volta. C'è molto di vero in questa affermazione.

Nel film "Un medico, un uomo" (titolo originale The Doctor) Jack MacKee (interpretato da William Hurt) è un chirurgo sulla cresta dell'onda, molto sicuro di sé e poco comprensivo verso gli altri, compresi i pazienti. Non evita battute ironiche

ai suoi collaboratori ed è assorbito solo dall'interesse personale e dal desiderio di carriera. Tuttavia anche i medici si ammalano e a Jack viene diagnosticato un tumore della laringe per cui deve, suo malgrado, vestire i panni del paziente e subire l'indifferenza, se non la villania, dei suoi colleghi.

Solo allora comprende cosa significhi essere dall'altra parte della barricata e quanto sia importante che un medico sia in grado di instaurare dei buoni rapporti umani, che contano forse anche di più delle sue capacità tecniche.

Renato Rossi

Testo tratto da:

Rossi RL. Metodologia clinica. Le basi logiche del ragionamento diagnostico e terapeutico. Una guida pratica.

<http://ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/644007/metodologia-clinica/>

Il lato igNobile della scienza: ridere o piangere

Sopraffatti da eventi più importanti (guerre, epidemie) abbiamo colpevolmente interrotto di riportare, per qualche anno, le mitiche pubblicazioni scientifiche vincitrici dei Premi igNobel: le ricerche ritenute le più inutili, fantasiose e ridicole del mondo scientifico. Ricordiamo ai lettori che questi premi, sponsorizzati dalla rivista scientifica - umoristica statunitense *Annals of Improbable Research (AIR)* e co-patrocinata da varie Associazioni sono presentati al pubblico nel corso di una cerimonia di gala presso l'Università di Harvard e consegnati anche da vincitori di veri premi Nobel.

Riprendiamo ora con i premi del 2022 (limitandoci a quelli più strani o di qualche interesse medico), poi ne ripareremo e faremo le nostre considerazioni.

Qualcuno, più importante di noi, ha affermato che questi premi "prima fanno ridere, poi fanno pensare". Pensiamoci!

2022:

- Alessandro Pluchino, Alessio Emanuele Biondo e Andrea Rapisarda hanno spiegato matematicamente perché spesso sono le persone più fortunate, e non quelle più talentuose, ad avere successo nella vita. Insomma, e' tutta questione di C...lo. Dimostrato con formule matematiche!

- Eliska Prochazkova, Elio Sjak-Shie, Friederike Behrens, Daniel Lindh e Mariska Kret, hanno impegnato le loro risorse per dimostrare che quando due partner si incontrano per la prima volta, la loro attrazione reciproca viene svelata dal sincronizzarsi dei battiti cardiaci.

- Solimary García-Hernández e Glauco Machado, hanno invece studiato come la costipazione influenzi le prospettive di accoppiamento degli scorpioni.

- Ben 9 ricercatori (Marcin Jasiński, Martyna Maciejewska, Anna Brodziak, Michał Górka, Kamila Skwierawska, Wiesław Jędrzejczak, Agnieszka Tomaszewska, Grzegorz Basak ed Emilian

Snarski) ci sono voluti per evidenziare che i pazienti sottoposti ad alcuni tipi di chemioterapia soffrono meno gli effetti collaterali se vien fatto loro mangiare del gelato.

- Peter de Smet e Nicholas Hellmuth hanno pubblicato lo studio "Un approccio multidisciplinare alle scene di clisteri rituali sulle antiche ceramiche dei Maya".

- Frank Fish, Zhi-Ming Yuan, Minglu Chen, Laibing Jia, Chunyan Ji e Atilla Incecik, hanno cercato di capire come fanno gli anatroccoli a nuotare in formazione.

- Junhui Wu, Szabolcs Számadó, Pat Barclay, Bianca Beersma, Terence Dores Cruz, Sergio Lo Iacono, Annika Nieper, Kim Peters, Wojtek Przepiorka, Leo Tio-khin e Paul Van Lange, hanno sviluppato un algoritmo che aiuta i pettegoli a decidere quando dire la verità e quando mentire.

Poiche' lo sviluppo del discorso potrebbe non essere chiaro (e anche per far sorridere i lettori) inseriamo anche qualche caso degli anni precedenti, sottolineando il fatto che siano state tutte pubblicate su "autorevoli" riviste scientifiche:

1994

- Agenzia meteorologica giapponese, per i sette anni di studi dedicati ad appurare che non c'è correlazione tra pesci gatto che scuotono la coda e terremoti

1999:

- Len Fisher per il calcolo del modo ottimale per inzuppare un biscotto

- Jean-Marc Vanden-Broeck e Joseph Keller, per il calcolo di come far sì che il beccuccio di una teiera non coli.

2000:

- Chittaranjan Andrade and B.S. Srihari, per la scoperta medica che lo «scacolamento» è un'attività comune tra gli adolescenti.

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

2008:

- Sharee A. Umpierre, Joseph A. Hill e Deborah J. Anderson, per aver scoperto che la Coca-Cola è un efficace spermicida

- Chuang-Ye Hong per aver scoperto che non è vero.

2010:

- Libiao Zhang, Min Tan, Guangjian Zhu, Jianping Ye, Tiyu Hong, Shanyi Zhou, Shuyi Zhang, Gareth Jones, per aver documentato scientificamente la pratica della fellatio nei pipistrelli della frutta.

2011:

- Anna Wilkinson, e colleghi provenienti da diversi Paesi per il loro studio "Nessuna prova che lo sbadiglio della tartaruga dalle zampe rosse sia contagioso".

2013:

- Bert Tolcamp e coll. per due scoperte correlate.

La prima: tanto più a lungo una mucca sta sdraiata sull'erba, tanto più è probabile che si alzi a breve.

La seconda: una volta che la mucca si è alzata è difficile prevedere quanto tempo dovrà passare prima che si sdrai di nuovo.

2014:

- Vlastimil Hart e coll. hanno dimostrato che i cani, quando devono fare i loro bisogni, allineano il proprio corpo con le linee nord-sud del campo magnetico terrestre.

2019:

- Roger Mieusset e Bourras Bengoudifa hanno misurato l'asimmetria in temperatura dello scroto di postini nudi e vestiti in Francia.

- Iman Farahbakhsh, ha invece inventato un macchinario che cambia il pannolino ai bambini.

- Shigeru Watanabe, Mineko Ohnishi, Kaori Imai, Eiji Kawano e Seiji Igarashi, per aver stimato il volume di saliva totale prodotto in media ogni giorno da un bambino di cinque anni.

- Fritz Strack invece ha scoperto che tenere una penna in bocca non aumenta il grado di contentezza.

Nel 2020

- Metin Eren, Michelle Bebbler, James Norris, Alyssa Perrone, Ashley Rutkoski,

Michael Wilson, e Mary Ann Raghanti per aver dimostrato che **i coltelli prodotti con feci umane congelate non funzionano bene.**

-Richard Vetter ha studiato **la fobia verso i ragni negli entomologi che per mestiere, studiano gli insetti.** Va detto per onestà che i ragni, scientificamente, non sono considerati insetti.

-Nienke Vulink, Damiaan Denys e Arnaud van Loon **“hanno diagnosticato una condizione medica a lungo non riconosciuta: La misofonia da stress nel sentire il rumore di altre persone mentre masticano.**

2021

-Olcay Cem Bulut, Dare Oladokun, Burkard Lippert, e Ralph Hohenberger hanno dimostrato che **l'orgasmo può avere lo stesso effetto decongestionante di un medicinale specifico nel migliorare la respirazione nasale.**

-Ethan Beseris, Steven Naleway, e David Carrier avrebbero dimostrato che, **negli umani, la barba si sia evoluta per proteggersi dai pugni in faccia.**

-Alessandro Corbetta, Jasper Meeusen, Chung-min Lee, Roberto Benzi e Federico Toschi, hanno condotto **esperimenti per scoprire perché i pedoni non si scontrano continuamente con altri pedoni.**

-Hisashi Murakami, Claudio Feliciani, Yuta Nishiyama, e Katsuhiko Nishinari hanno invece condotto **esperimenti per**

scoprire perché, a volte, i pedoni si scontrano con altri pedoni.

Conclusioni

I casi sopra rappresentati (maggiori dettagli sono facilmente reperibili su Internet) fanno sorridere ma non vanno considerati come semplici curiosità in quanto pongono stringentemente l'obbligo di qualche domanda su cui i lettori meno superficiali potrebbero soffermarsi:

1) Chi sono gli autorevoli scienziati che stabiliscono quali siano gli argomenti davvero rilevanti, da porre in studio?

2) E, di conseguenza, chi paga questi ricercatori?

3) E' corretto che nel mondo si organizzino equippe di scienziati (che riteniamo siano adeguatamente retribuiti dalle loro Università) al fine di studiare argomenti di assai dubbia validità scientifica e utilità pratica o addirittura ridicoli?

4) Chi pubblica questi "lavori"? Chi ha interesse a diffonderli e a fornire loro una patina di autorevolezza?

E' certamente corretto che certi argomenti siano pubblicati su riviste di gossip o di curiosità, appare strano che trovino invece sede su pubblicazioni che si definiscono "serie" e "scientifiche"?

Le conseguenze non sono da poco: quanti sono i lettori inesperti che, traendo notizia da tali pubblicazioni vi costruiscono poi sopra teorie pseudoscientifiche

di non verificato valore ma di possibile impatto mediatico, costruendoci sopra campagne informative per i creduloni?

Ho recentemente assistito su un canale TV alle disquisizioni di un guru della medicina alternativa, che criticava le nozioni della "medicina ufficiale" basandosi sui dati scientifici della "vera medicina", reperita su pubblicazioni reputate, a suo insidabile giudizio, più attendibili di quelle ufficiali.

In altre parole diceva: gli studi citati da me sono quelli "veri", gli studi citati dagli altri (anche le Autorità Sanitarie) sono fasulli, e se c'è contraddizione è evidente che ho ragione io.

Si tratta di un noto meccanismo di "bias di ragionamento" e può spiegare, almeno in buona parte, il proliferare delle fake news e delle dottrine più controverse sui più vari argomenti.

Chi volesse approfondire i meccanismi dei bias di ragionamento può consultare gli articoli sull'argomento su pillole.org; chi volesse maggiori notizie su Premi Nobel del passato, può consultare scienzaeprofessione.it o wikipedia (da cui abbiamo preso la maggior parte delle nostre citazioni)

Daniele Zamperini

La mascherina anticovid e' un' aggravante della rapina

Chi non è aduso ad effettuare rapine forse ignora la differenza, in senso legale, tra effettuarla a viso aperto o celato da una maschera. Ma se la maschera è resa obbligatoria dalle norme antiepidemiche?

Ce lo eravamo già chiesto in un precedente articolo del 2021 (1).

Ora la Cassazione si pronuncia in un caso pratico (Cass. n. 22049/2023)

I fatti:

Un tossicodipendente era stato condannato dai giudici di merito per rapina aggravata e porto d'arma. Tra le aggravanti c'era quella del travisamento, essendo stato commesso il reato indossando una mascherina chirurgica anticovid. Il ricorrente contestava appunto questa aggravante in quanto l'uso della mascherina era, all'epoca, obbligatorio. In particolare sottolineava che "la circo-

stanza che la mascherina fosse obbligatoria all'epoca (novembre 2021) suggerisce che lo scopo del non era quello di travisarsi bensì semplicemente quello di non attirare l'attenzione generale, in un periodo in cui transitare in un luogo chiuso col volto scoperto sarebbe risultato inusuale e avrebbe suscitato l'attenzione delle persone circostanti".

Inoltre negava lo scopo di travisamento in quanto aveva sul collo vistosissimi tatuaggi che né la mascherina né il berretto erano in grado di coprire premettendo comunque il riconoscimento. Oltretutto, proteggeva i presenti da un eventuale contagio.

La Cassazione respingeva il ricorso.

"Si afferma condivisibilmente in giurisprudenza - affermano infatti i giudici - che, in tema di rapina, ricorrono gli

estremi dell'aggravante del travisamento ... nel caso in cui - come nella fattispecie - l'agente indossi una mascherina, non rilevando, in contrario, che l'uso della stessa sia prescritto dalla normativa di contrasto alla pandemia da Covid-19, atteso che la parziale copertura del volto mediante la mascherina è funzionale al compimento dell'azione delittuosa, rendendo difficoltoso il riconoscimento del responsabile"

Il ricorrente, oltre a vedere respinta la sua tesi, veniva anche condannato al pagamento delle spese processuali e a una ammenda di euro tremila in favore della Cassa delle ammende.

Daniele Zamperini

(1)<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=2138>

Il comparaggio, un problema antico

Leggiamo periodicamente sui giornali di questo o quel medico finito agli onori della cronaca per rapporti di affari e trasferimenti di denaro poco chiari con aziende farmaceutiche o altri Enti ope-

ranti nella sanità'.

Recentemente la pandemia da Covid ha fatto sorgere parecchi dubbi e qualche inchiesta: farmaci, mascherine, prodotti farmaceutici vari.

Per consolarci possiamo estrarre dai cassettei dei ricordi un articolo in materia risalente a quasi due secoli fa e proveniente addirittura dalla Francia, che in materia sembrava non aver molto da im-

parare e che, anzi, magari ci ha pure insegnato qualcosa. E' stato pubblicato sull'autorevole rivista dell'epoca "Il Morgagni", 1882. Ci sentiremo meno soli...

"Il comparativo medico.

Da gran tempo, ma sopra scala maggiore negli ultimi anni, vengono a ragione segnalati, a Parigi specialmente, degli abusi scandalosi fra medici e farmacisti, che dimenticano troppo facilmente i doveri imposti dalla dignità professionale.

Esistono in quella grande metropoli società anonime per azioni, magnificate da nomi pomposi e che hanno per scopo di coltivare un certo numero di prodotti farmaceutici specializzati. I sottoscrittori delle azioni sono da una parte dei medici che si obbligano a prescrivere questi farmaci e dall'altra dei farmacisti che ne tengono deposito.

Hanvi ancora altre società (che contano centinaia di medici aderenti) organizzate da farmacisti, i quali attirano, con

promesse e moine e sovente col 25% sugli utili, i giovani medici e quelli di recente stabiliti nelle città....

E' questa una nuova e vergognosissima piaga, che speriamo non avrà ancora attecchito e non attecchirà in Italia, e contro la quale è d'uopo, è urgente che una disposizione legislativa venga a porre freno e pronto riparo in qualunque paese si sviluppi."

Daniele Zamperini

Insulina icodec: basta una volta alla settimana

L'insulina icodec può essere somministrata una sola volta alla settimana e si propone come un avanzamento per migliorare la compliance al trattamento insulinico.

L'insulina icodec è un analogo dell'insulina che può essere somministrato solo una volta alla settimana e quindi presenta notevoli vantaggi rispetto alle formulazioni finora disponibili.

In uno studio sono stati reclutati 984 soggetti affetti da diabete di tipo 2 (emoglobina glicata da 7% a 11%) che non avevano mai ricevuto insulina. I partecipanti sono stati trattati con insulina icodec una volta alla settimana oppure con insulina glargina (100 U una volta al giorno).

A distanza di 52 settimane la emoglobina glicata era scesa dall'8,5% (in media)

al 6,93% nel gruppo icodec e dall'8,44% al 7,12% nel gruppo glargina.

È stato valutato anche il tempo in cui i pazienti erano in range glicemico (definito come valori di glicemia compresi tra 70 e 180 mg/dl): 71,9% nel gruppo icodec e 66,9% nel gruppo controllo.

Ipoglicemia grave o clinicamente significativa si verificò maggiormente nel gruppo icodec: 0,30% per persona/anno versus 0,16 eventi per persona/anno alle settimane 52 e 83.

L'incidenza di altri eventi avversi gravi era simile nei due gruppi.

Risultati simili sono stati evidenziati da uno studio [2] in cui erano stati reclutati 588 pazienti con diabete di tipo 2 mai trattati con insulina e in cui l'insulina icodec era stata paragonata all'insulina degludec placebo. In questo studio i partecipanti sono stati trattati con icodec una volta alla settimana, degludec una

volta al giorno e placebo.

In particolare alla 26° settimana l'emoglobina glicata passò dall'8,6% al 7% nel gruppo icodec e dall'8,5% al 7,2% nel gruppo degludec.

Se i risultati di questi studi preliminari saranno confermati in futuro l'insulina icodec potrà entrare nell'armamentario terapeutico del diabete con miglioramento della compliance.

Renato Rossi

Bibliografia

1. N Engl J Med 2023 June 24. DOI: 10.1056/NEJMoa2303208
2. JAMA. 2023 Jun 24. doi: 10.1001/jama.2023.11313. Epub ahead of print. PMID: 37354562.

Nuove linee guida europee sull'ipertensione

Sono state pubblicate le nuove linee guida europee sull'ipertensione.

Sono state appena pubblicate le nuove linee guida europee sull'ipertensione da parte dell'European Society of Hypertension con la collaborazione dell'European Renal Association e dell'International Society of Hypertension. Di seguito ne diamo un breve sunto.

Definizione e misurazione di ipertensione

La definizione è la stessa di quella prevista nelle LG precedenti: PA \geq 140 mmHg e/o PAD \geq 90 mmHg. La pressione arteriosa deve essere misurata in modo standardizzato e corretto, il metodo preferito è quello automatizzato. Viene data importanza alla misurazione domiciliare, purché effettuata in modo corretto, utile soprattutto per il follow up a lungo termine. In questo senso in futuro

sarà utile anche il controllo da remoto, reso possibile grazie alla tecnologia.

Quando iniziare il trattamento

Nella maggior parte dei casi la terapia va iniziata per valori \geq 140/90 mmHg. Questa raccomandazione vale anche per i pazienti con ipertensione di gradi 1 (compresa tra 140-159 e 90-99 mmHg).

Tuttavia per coloro che hanno valori appena al di sopra della soglia di definizione, rischio cardiovascolare basso e assenza di danni d'organo, la prima misura terapeutica è rappresentata dal cambiamento dello stile di vita e i farmaci vanno prescritti solo se questo, dopo alcuni mesi, si rivela inefficace.

Per i soggetti \geq 80 anni viene consigliato di iniziare il trattamento per valori \geq 160 mmHg anche se in alcuni casi lo si può prendere in considerazione per valori compresi tra 140 e 160 mmHg.

Target del trattamento antipertensivo
Nella maggior parte dei casi si consiglia un target $<$ 140/90 mmHg, come nelle versioni precedenti delle linee guida. Si può ottenere un piccolo beneficio in più arrivando a valori di 120-129 mmHg e di 70-79 mmHg. Questo obiettivo va considerato solo se il soggetto tollera la terapia senza effetti collaterali. In sostanza il target per molti pazienti può essere attorno a 130 mmHg, soprattutto per quelli ad alto rischio cardiovascolare. I benefici che si possono ottenere con questa ulteriore riduzione dei valori pressori sono piccoli e bisogna bilanciarli con il rischio di una ridotta compliance. Nei pazienti più giovani si può arrivare anche a 120 mmHg, ma non a valori inferiori. Nei pazienti più anziani e/o fragili il target può essere anche leggermente superiore a 140/90 mmHg.

Farmaci

Importante è soprattutto ridurre la pressione piuttosto che privilegiare un farmaco specifico. Le cinque classi di farmaci antipertensivi disponibili sono tutte raccomandate.

Di solito conviene iniziare con due farmaci, per esempio un aceinibitore o un sartano associati a un calcioantagonista o un tiazidico, preferibilmente in una combinazione preconstituita in modo da favorire la compliance. Se la pressione non si riduce pur con le massime dosi dei due farmaci si deve passare a una triplice associazione.

Una novità delle linee guida riguarda i betabloccanti. Mentre nelle versioni precedenti essi erano considerati farmaci di seconda scelta da usare in presenza di alcune condizioni (per esempio scompenso cardiaco, aritmie ipercinetiche, ecc.) ora vien preso atto che questi farmaci in realtà vengono spesso usati anche all'inizio del trattamento o perché vi sono delle indicazioni al loro uso o perché li si ritieni utili. Ora, quindi, i betabloccanti possono venire usati anche come prima scelta.

Si consiglia di somministrare i farmaci antipertensivi al mattino per favorire la compliance anche se non vi sono differenze di esito se somministrati alla sera.

Iperensione resistente

L'ipertensione resistente viene definita quella in cui non si ottiene la riduzione voluta dei valori pressori con la triplice terapia alle massime dosi tollerate. Lo scarso controllo deve essere confermato dalla misurazione pressione 24/ore o, almeno, dal monitoraggio pressorio domiciliare.

Per parlare di ipertensione resistente si devono escludere sia la scarsa compliance al trattamento che le cause secondarie di ipertensione.

Nel caso di vera ipertensione resistente viene consigliata la denervazione renale se la velocità di filtrazione glomerulare è > 40 ml/min. Nel caso di VFG inferiore si può associare il clortalidone con un diuretico dell'ansa.

Conclusioni

Questa nuova versione delle linee guida non contiene novità clamorose rispetto

alla precedente. Viene confermato un target del trattamento per la maggior parte dei pazienti < 140/90 mmHg, con la possibilità di arrivare a valori attorno a 130 mmHg se la terapia è ben tollerata (ma non inferiore a 120/70 mmHg). Negli anziani e nei pazienti fragili si consiglia un target più elevato. Novità invece per i betabloccanti che ora vengono promossi a farmaci di prima linea per molti pazienti.

La denervazione renale è una procedura mininvasiva che prevede la denervazione selettiva delle terminazioni nervose localizzate lungo le pareti esterne delle arterie renali; essa è in grado di produrre una riduzione dei valori pressori che si mantiene nel tempo ed è raccomandata come procedura di classe 2 nei pazienti resistenti alla terapia medica.

Renato Rossi

Bibliografia

Journal of Hypertension, June 21, 2023.
DOI: 10.1097.00000000000003480

Oltraggio a pubblico ufficiale: vale solo alla presenza di "civili"

L'offesa all'onore ed al prestigio del pubblico ufficiale, per essere perseguibile, deve avvenire alla presenza di almeno due persone estranee alla PA (Cass. n. 18834/2023)

I Fatti:

Un uomo era stato condannato dalle Corti di merito per il reato di oltraggio a Pubblico Ufficiale. Va ricordato che il reato deve avvenire alla presenza di almeno due persone; questa pluralità non deve comprendere soggetti presenti per lo svolgimento del Pubblico Ufficio.

L'uomo ricorreva in Cassazione sostenendo l'insussistenza del reato essendo il fatto avvenuto alla presenza di soli pubblici ufficiali.

La Cassazione ha accolto il ricorso annullando la condanna.

Infatti, sottolinea la Corte, *"in tema di oltraggio, l'offesa all'onore ed al prestigio del pubblico ufficiale deve avvenire alla presenza di almeno due persone, tra le quali non posso-*

no computarsi quei soggetti che, pur non direttamente attinti dall'offesa, assistano alla stessa nello svolgimento delle loro funzioni, essendo integrato il requisito della pluralità di persone unicamente da persone estranee alla pubblica amministrazione (ossia dai "civili"), ovvero da persone che, pur rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale, siano presenti in quel determinato contesto spazio-temporale non per lo stesso motivo d'ufficio in relazione al quale la condotta oltraggiosa sia posta in essere dall'agente"

In altre parole, non possono contarsi coloro che siano presenti e assistano all'offesa nello svolgimento delle loro funzioni, essendo necessario che siano estranee alla pubblica amministrazione (ossia "civili"), oppure che, pur trattandosi di P.U. non siano presenti al fatto in quanto coinvolti nello stesso motivo d'ufficio ma per motivi indipendenti.

Commento personale:

pur avendo il sottoscritto prestatato opera professionale in diversi organismi collegiali, di cui facevano parte diversi e talora numerosi professionisti (come ad esempio diverse Commissioni Mediche), devo ammettere di non aver mai puntualizzato questo aspetto.

Pensavo che, in caso di offese o oltraggi da parte di utenti o di estranei, la numerosità dei presenti fornisse una sufficiente garanzia di veridicità testimoniale, ma ora devo tener conto che ciò non basta: è necessario poter disporre, a portata di voce, di soggetti "esterni", altrimenti l'utente sarà libero di offendere, verbalmente, senza timore di conseguenze.

Ne posso capire la ragione, tuttavia...

Daniele Zamperini

L' IA non e' tutto! Non disimpariamo a studiare

Il computer, il Web e ora l' Intelligenza Artificiale (IA) hanno rivoluzionato le tecniche di studio e di apprendimento. L' aspetto piu' appariscente e' quello che, attualmente, gli studenti rifuggono dall' apprendimento mnemonico in quanto, ritengono, le informazioni utili sono facilmente e senza sforzo reperibili su web con le piu' banali attrezzature.

Questa opinione non e' del tutto peregrina perche' e' palese come la parte nozionistica dell' apprendimento costituisca la prima parte (e spesso la fondamentale) di ogni processo intellettuale, specialmente se finalizzato a situazioni pratiche. Di conseguenza avere a disposizione tutti i dati di base consente agli studenti poco studiosi di ritenere di poter risolvere ogni problema.

Va tenuto conto pero' di un aspetto che differenzia nettamente e profondamente l' apprendimento ottenuto tramite nozioni ottenute, rapidissimamente, dal web, da quello ottenuto invece dai libri: mentre il primo fornisce per la maggior parte informazioni "brutali", non filtrate ne' interpretate, il secondo metodo (quello classico) fornisce dati sottoposti al vaglio preventivo dell' autore del testo, favorendone l' assimilazione e la rielaborazione.

Si apre un vastissimo capitolo: e' ovvio che parlando di libri ci si riferisce all' opera di autori "seri" per libri di intento didattico, non di libricoli pubblicati tanto per pubblicare, per guadagno o per sete di notorieta'. Ne riparleremo...

Diversi studi hanno evidenziato gia' da molti anni alcuni aspetti importanti del meccanismo dell' apprendimento: studi effettuati sugli studenti italiani evi-

denziarono ad esempio come la memoria non sia direttamente collegata ai risultati scolastici, in quanto studenti meno dotati dal punto di vista mnemonico ottenevano risultati in genere migliori utilizzando aspetti diversi della loro capacita' e relegando alle mnemotecniche un generico ruolo ausiliario, che aiutano a ricordare date e nomi ma non per individuare e memorizzare i punti salienti di un testo o di un problema, imparati con ragionamenti e collegamenti.

Non sembrava utile riassumere per iscritto il contenuto di un testo durante la lettura o la fine del capitolo basandosi solo sulla memoria, se non si riesce invece a formarsi un'immagine mentale di quanto studiato.

Non sembrava efficace neppure leggere ad alta voce o insieme ad altre persone; puo' essere utile magari farlo in un secondo momento, per rielaborare e casomai discutere.

Date le premesse, le tecniche piu' efficaci sembravano basate essenzialmente sulla rielaborazione ragionata di quanto studiato, puntualizzando i concetti salienti ripetendoli mentalmente alla fine dello studio, fissando le idee guida con annotazioni o diagrammi lungo il testo o richiamando alla mente il materiale con trucchi mnemonici: Portare con se' i testi anche in occasioni in cui si sa gia' che non verranno consultati: il solo fatto di averli sempre con se' obbliga un piccolo angolo della mente a tornarci sopra e a ragionarci un po'.

In sintesi, comunque, resta valido il principio che il ragionamento si basa sulla rielaborazione delle nozioni apprese, per cui delegare totalmente la memoria a

meccanismi esterni, che forniscono dati senza permetterne la rielaborazione, appare potenzialmente dannosissimo.

Questo aspetto si mostra ancora piu' preoccupante quando viene delegata alla macchina, oltre alla memoria, anche la rielaborazione "ragionata" delle nozioni. E' evidente che una persona istruita sull' argomento delegato alla macchina potra' essere in grado di sfruttarne le capacita' e le opportunita', ma lo stesso procedimento affidato ad un controllore profano rischia di essere usato in modo "acritico", potenzialmente assai dannoso.

Ad esempio sappiamo che una delle conseguenze piu' preoccupanti dell' uso estensivo di Internet e' la cosiddetta Cybercondria: decine, forse centinaia di migliaia di persone che vivono semplici disagi psico-fisici vengono trasformati da Internet in malati.

La sottile linea d'ombra e' proprio nella creazione di nuove malattie: Internet deve essere un nostro strumento non il nostro padrone...

Le nuove tecniche, quindi, non devono essere utilizzate ne' per esimersi dalle necessita' e dalle fatiche dell' apprendimento, ne' per delegare alla macchina decisioni che non le competono. Dobbiamo imparare a dominare la tecnica, o questa ci schiaccerà'.

Daniele Zamperini

<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/cyberchondriac>
Psicologia contemporanea n.159-2000.

Perche' i sanitari fuggono dai loro ruoli?

E' tornato il problema della fuga dei sanitari dai posti di responsabilita', che sta mettendo in crisi il Sistema Sanitario. La motivazione espressa piu' frequentemente e' quella del carico burocratico, della scarsa retribuzione, delle incombenze sempre maggiori e, infine, quella dell' insofferenza dei pazienti e la loro aggressivita' per futili motivi verso gli operatrici sanitari.

Per migliorare la situazione si parla di attivare meccanismi che, senza poter attingere alle finanze pubbliche, possano dare la sensazione di alleggerimento del carico lavorativo e contemporaneamente fornire una certa gratificazione economi-

ca. Queste idee vengono pero' giudicate dagli interessati non come una "vera" soluzione al problema quanto piuttosto come semplici trucchi contabili, una sorta di gioco delle tre carte in cui oneri e onori vengono spostati e rimescolati senza cambiamenti veri, molta apparenza e poca sostanza.

E' probabile che questo stato d'animo possa avere una causa ben precisa: la modificazione forzata di un contratto " in corso d' opera".

Il problema si era gia' posto parecchi anni fa, e ne parlammo ma senza grandi risultati.

Ricapitoliamo: diversi studiosi hanno

avanzato la teoria che ogni persona, quando effettua il suo ingresso in una attivita' lavorativa, firmi in realta' DUE contratti: il contratto lavorativo vero e proprio (cartaceo) e un "contratto emotivo", interiore, che dice piu' o meno "Io, nel lavoro, faro' questa e quest' altra cosa e ne ricevero' questo compenso, sia economico economico che morale".

Quando le condizioni lavorative (la prima parte del contratto: "io faro' questo e quello") subiscono drastici cambiamenti oppure quando il lavoro perde le caratteristiche iniziali diventando inadeguato e non piu' gratificante (seconda parte del contratto), il rapporto lavorativo viene a non coincidere piu' col contratto

"emotivo" stipulato all' inizio, e l' interesse viene a trovarsi in una situazione di profondo disagio, fuori posto, frustrato.

Di qui l' insofferenza, la voglia di fuga verso il pensionamento da parte degli anziani, e la deresponsabilizzazione dei soggetti maturi con la voglia di fare solo il minimo.

Possono sfuggire a questo meccanismo i soggetti piu' giovani, perche' il loro "contratto emotivo" e' invece piu' recente e quindi piu' aderente alle situazioni vigenti. Ma sono sufficienti?

Tale situazione viene vissuta in modo particolarmente intenso da alcune categorie professionali che hanno visto il loro ruolo sociale fortemente mutato e spesso penalizzato, come e' avvenuto per la categoria medica, che sente di aver ormai perso il rispetto degli utenti, che vedono i sanitari solo come servitori a disposizione.

Per evitare questi contraccolpi emotivi, occorre che i cambiamenti siano progressivi, mediati e condivisi, in modo da permettere una riformulazione e un riadattamento del contratto emotivo piu' aderente al momento vigente.

Si riusci' a superare questo scoglio negli anni '70, allorché la Riforma Sanitaria ridisegnò tutto il ruolo della Sanità Pubblica e dei suoi componenti, con una totale rivoluzione della situazione: massima di assistiti, passaggio dalla notula alla quota capitaria, e così via.

Ci fu la fuga dei piu' anziani ma nel complesso la situazione tenne perche' il cambiamento era stato lungamente preparato a livello sindacale e politico e la transizione venne calibrata offrendo anche un beneficio economico e orga-

nizzativo (guardia medica, con possibilita' di riposo settimanale) ecc.

I cambiamenti intervenuti in questi ultimi tempi invece sono stati eccessivamente rapidi, piovuti dall' alto e non mediati a livello delle componenti di base, motivati essenzialmente da criteri puramente economici: la chiusura di innumerevoli ospedali, la riduzione delle prestazioni concesse, la burocratizzazione, utilizzata spesso come tecnica di scoraggiamento verso chi volesse "piu' del minimo indispensabile".

La pandemia da Covid, totalmente inaspettata, ha drammaticamente evidenziato l' inadeguatezza del sistema come si era venuto a creare: ospedali, medici, infermieri insufficienti e obbligati a colmare, col sacrificio personale, i buchi del sistema.

Uno dei problemi e' che l' attuale inadeguatezza del sistema viene gestita da politici con criteri "politici" o, peggio viene gestita da economisti con criteri soltanto economici.

Scarsa o quasi nulla importanza viene data al malessere delle categorie interessate e alle loro istanze: basti vedere alcune delle idee presentate attualmente: mancano infermieri? E' sufficiente aumentare l' orario di lavoro! Mancano medici? Basta obbligarli a sostituzioni reciproche o abolire i turni di riposo! "Tanto - pensa il politico di turno - se non accettano, potro' sostituire medici e infermieri con elementi provenienti magari dal Terzo Mondo, per di piu' con pretese economiche inferiori; tanto la gente si abituerà".

I nostri sanitari avvertono queste tendenze e si sentono, perciò, economicamen-

te e legalmente, "fragili".

Di qui la frustrazione di molti anziani, che fuggono dall' attivita' assistenziale per riciclarsi in altre attivita' secondarie (estetiche o perfino esoteriche) che guarda caso, si stanno moltiplicando a dismisura e che talvolta di sanitario vero e proprio hanno poco.

La rigidità delle norme lavorative nel nostro Paese non permette, nella maggioranza dei casi, un cambio di attivita' che consenta una riformulazione dei contratti emotivi adeguandosi alla mutata situazione. E le conseguenze si riveleranno appieno nel prossimo futuro.

Quanto descritto non e' una prerogativa della sola classe medica, molte altre categorie avvertono una sensazione di straniamento da loro ruolo ufficiale; le categorie sanitarie, pero', in quanto piu' impegnate emotivamente nel rapporto con i pazienti-utenti, sono maggiormente soggetti alla frustrazione e alla sofferenza derivanti dal logoramento di questo rapporto.

Anche chi scrive, pur rifiutando offerte prestigiose, ha preferito la fuga verso la pensione.

Non si vive solo per i soldi.

Decine di anni di studio, di aggiornamento e di esperienza chiusi in un cassetto.

Daniele Zamperini <http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=196>

Abitare nel camper? Serve il permesso di costruzione

Un camper posto su un terreno agricolo e abitato stabilmente necessita di permesso di costruzione, altrimenti operano le norme sulla demolizione (Consiglio di Stato n. 3669/2023)

Un soggetto, in attesa di assegnazione di casa popolare per se' e per il nucleo familiare, aveva adibito ad abitazione un camper parcheggiato in un terreno agricolo.

In assenza di titolo edilizio completava inoltre la sua sistemazione mediante un allacciamento elettrico, uno scarico in vasca interrata e un collegamento per approvvigionamento idrico. Installava inoltre dei

servizi accessori come un barbecue e un gazebo, ecc.

L'amministrazione comunale contestava tale sistemazione ingiungendo la demolizione delle opere abusive.

Finita dinanzi al TAR, la vicenda si risolveva dapprima con una sentenza favorevole al Comune. L' interessato ricorreva allora al Consiglio di Stato sostenendo che il TAR non avesse tenuto conto della natura precaria e amovibile dei manufatti dallo stesso installati, peraltro caratterizzati da limitata consistenza volumetrica.

Il Consiglio di Stato respingeva l'

appello.

Secondo il CDS costituiscono interventi di nuova costruzione, soggetti a permesso di costruire, "l'installazione di manufatti leggeri, anche prefabbricati, e di strutture di qualsiasi genere, quali roulotte, campers, case mobili, imbarcazioni, che siano utilizzati come abitazioni, ambienti di lavoro, oppure come depositi, magazzini e simili, e che non siano diretti a soddisfare esigenze meramente temporanee".

"Per opera di carattere precario - specifica il Giudice amministrativo - deve intendersi quella, agevol-

mente rimovibile, funzionale a esaudire un'esigenza fisiologica e oggettivamente temporanea (es. baracca o pista di cantiere, manufatto per una manifestazione, ecc.), destinata a cessare dopo il tempo, normalmente breve, entro cui si realizza l'interesse finale che la medesima era destinata a soddisfare (cfr., tra le altre, Cons. Stato, n. 7792/2019; n. 150/2018)".

Il carattere di temporaneità, chiariscono i giudici "deve essere escluso allorché vi sia un'oggettiva idoneità del manufatto a

incidere stabilmente sullo stato dei luoghi, essendo l'opera destinata a dare un'utilità prolungata nel tempo, ancorché a termine, in relazione all'obiettiva e intrinseca natura della stessa (Cons. Stato, n. 5762/2017)".

Va fatto riferimento, inoltre, non tanto alla temporaneità soggettivamente attribuitagli dal costruttore, ma piuttosto alla sua oggettiva idoneità a soddisfare un bisogno non provvisorio attraverso la perpetuità della funzione (Cass. Pen., n. 5350/2007).

Nel caso di specie, conclude il

CDS, "non sono ravvisabili elementi atti a comprovare che i camper e l'ulteriore manufatto soddisfino il requisito della precarietà come sopra descritto, anzi - dalle affermazioni del ricorrente - risulta come egli abbia utilizzato gli stessi per stabilirvi la residenza al fine di fronteggiare le necessità abitative primarie del proprio nucleo familiare in attesa di assegnazione di un alloggio popolare".

L'appello, quindi, veniva respinto.

Daniele Zamperini

Narcolessia: questa curiosa sconosciuta

La narcolessia è una malattia caratterizzata da marcata sonnolenza, spesso improvvisa, non giustificabile da prolungate veglie, con rapida e talora immediata transizione al sonno Rem, alla quale si possono associare sogni vivaci e realistici e transitorie paralisi motorie (sgradevoli sensazioni di non poter muovere volontariamente gli arti).

Nella narcolessia tipo 1 possono verificarsi fenomeni di catalessi di solito scatenati da forti emozioni o da accessi di riso (nella catalessi si verifica una perdita improvvisa della forza muscolare con possibili cadute a terra ma senza perdita di coscienza).

Sono state identificate due forme di narcolessia: il tipo 1 nel quale è documentato un deficit di orexina, ormone ipotalamico che mantiene lo stato di veglia cosciente e che regola le fasi REM del sonno, ed il tipo 2 nel quale non è documentato il deficit di orexina e le cui cause sono ignote.

La narcolessia è presente in tutto il mondo ma non è molto frequente: si stimano tra le due e le cinque persone ogni 10.000 abitanti: I primi sintomi si manifestano in età giovanile, di solito prima dei 25 anni, ma le forme lievi sono probabilmente misconosciute o diagnosticate molti anni dopo la insorgenza.

La narcolessia causa rilevanti problemi lavorativi e sociali in quanto le persone affette sono colte da accessi di sonno improvviso e con modalità incontrollabili, ad esempio nel posto di lavoro, o pochi minuti dopo che siedono alla guida di un'auto. A volte i pazienti si risvegliano dopo pochi minuti, ma anche se sembrano riposati dopo poche ore si

verifica un altro attacco.

Una caratteristica tipica della narcolessia è che il sonno REM compare poco dopo l'addormentamento anche durante il giorno, dura più a lungo ed è accompagnato da sogni molto realistici e vivaci con possibile rialzo della pressione e tachicardia.

I frequenti pisolini diurni non migliorano la qualità del sonno, nè riducono gli episodi di narcolessia. La diagnosi è talora possibile mediante una semplice registrazione EEG durante il sonno ma viene più accuratamente formulata dal MSLT (multiple sleep latency test).

Nel MSLT il paziente viene invitato a dormire più volte durante il giorno, (cosa che il narcolettico compie generalmente con facilità): in condizioni ottimali vengono monitorati cinque pisolini di 20 minuti ciascuno a circa due ore di distanza l'uno dall'altro. Il paziente narcolettico si addormenta generalmente facilmente ed entra velocemente nella fase REM del sonno, mentre il paziente normale si addormenta con difficoltà e non entra mai in fase REM prima di trenta minuti o più. Per confermare le diagnosi è sufficiente documentare due episodi di addormentamento con fase REM precoci nell'arco di cinque pisolini.

La terapia della narcolessia si avvale di vari farmaci i quali curiosamente hanno meccanismi d'azione molto diversi tra loro: uno dei farmaci più recenti è il pitolisant (antistaminico dei recettori H3) un altro farmaco efficace è il modafinil (farmaco simpatico-mimetico). Anche le amfetamine hanno dimostrato una certa efficacia nella sonnolenza mentre gli antidepressivi fluoxetina e venlafaxina sono risultati efficaci in

alcune forme di catalessia associata alla narcolessia ed anche nella regolazione della fase REM.

Una terapia cognitivo comportamentale mirante ad aiutare il paziente a convivere con un livello accettabile di malattia può essere di grande aiuto nel trattamento di questa affezione, ancora in larga parte sconosciuta e pertanto non sempre correttamente diagnosticata né trattata.

Riccardo De Gobbi

Bibliografia

Jama Published Online: May 5, 2023.
doi:10.1001/jama.2023.5149

Nota della Redazione:

E' evidente, da quanto detto sopra, che questa condizione puo' manifestarsi con diversi gradi di gravita' e, conseguentemente, con diverso interessamento della vita sociale, come ad esempio nella guida delle autovetture.

Per ottenere la patente di guida in Italia questi pazienti necessitano perciò di approfondimenti clinici e devono seguire un iter particolare: il soggetto deve sottoporsi a visita presso la Commissione Patenti, ove, sulla base della documentazione specialistica, vengono valutati i fondamentali parametri.

Si tiene conto ad esempio della presenza effettiva di attacchi improvvisi di sonno, della loro intensità e dei risultati ottenuti a seguito della terapia psicologica e farmacologica.

In base alla valutazione complessiva dei vari parametri la patente potrebbe essere negata (nei casi gravi) o frequente-

mente (casi lievi e dominabili), concessa seppure per periodo temporale ridotto con conseguenti controlli periodici.

Lo scopo primario delle procedure, ricordiamolo sempre, e' quello di proteggere dai rischi sia il paziente che gli

altri utenti della strada.

Daniele Zamperini

La dieta migliore per ridurre gli eventi cardiovascolari

La dieta mediterranea e quella a basso contenuto di grassi si confermano efficaci nel ridurre gli eventi cardiovascolari.

Vari tipi di dieta sono stati proposti per ridurre il rischio cardiovascolare. Una nuova revisione sistematica seguita da una metanalisi a rete ha assemblato i dati di studi clinici randomizzati per determinare quale sia più efficace. Sono stati studiati gli effetti di sette tipi di dieta sulla mortalità e sugli effetti cardiovascolari mentre gli studi presi in considerazione erano 40 per un totale di 35.548 partecipanti e un follow-up medio di 3 anni.

La metanalisi ha evidenziato che la dieta mediterranea ogni 1000 persone trattate per 10 anni comporta 17 decessi in meno, 13 decessi da cause cardiovascolari in meno, 7 ictus in meno e 17 infarti del

miocardio non fatali. La dieta a basso contenuto di grassi (sempre ogni 1000 persone trattate per 5 anni) 5 comporta 9 decessi in meno e 7 infarti in meno.

La differenza non era tale da dimostrare una superiorità della dieta mediterranea per quanto riguarda i decessi totali e gli infarti non fatali, però solo la dieta mediterranea comportava una riduzione degli ictus.

Se questi sono stati gli effetti in generale, il beneficio risultava molto più evidente negli adulti a rischio cardiovascolare elevato. Per esempio con la dieta mediterranea c'erano ogni 1000 persone trattate per 5 anni, 36 decessi in meno 39 decessi in meno per cause cardiovascolari.

Gli autori sottolineano però che i benefici evidenziati dai due tipi di dieta potrebbe-

ro essere dovuti ad altri fattori come l'uso di farmaci e la sospensione del fumo.

Le conclusioni che si possono trarre sono semplici: se si vuole ridurre il rischio cardiovascolare, soprattutto nei pazienti ad alto rischio, bisogna consigliare una dieta povera di grassi saturi e ricca in vegetali (verdura e frutta, compresa quella a guscio) e pesce, privilegiare carboidrati complessi e olio di oliva come condimento.

Renato Rossi

Bibliografia

1. BMJ. 2023 Mar 29;380:e072003. doi: 10.1136/bmj-2022-072003. PMID: 36990505; PMCID: PMC10053756.

Xilazina, un farmaco molto pericoloso

La xylazina è un farmaco analgesico e sedativo usato da vari anni in medicina veterinaria, specie nei cavalli, in quanto efficace come analgesico, ben tollerato e soprattutto poco costoso.

Tuttavia negli ultimi anni in USA e recentemente anche in Europa è utilizzato (impropriamente ma con crescente frequenza dato il basso costo) in cocktail di oppioidi, in particolare con il fentanyl, in quanto ne potenzia e prolunga l'azione aggiungendo anche sensazioni di euforia e di benessere.

La azione farmacologica della xylazina è legata alla sua capacità di stimolare i recettori alfa 2 adrenergici il che tuttavia può comportare importanti effetti collaterali in particolare cardiovascolari (ipotensione, aritmie, ischemie diffuse in particolare agli arti).

I gravi effetti collaterali dei cocktail avrebbero causato la morte per problemi cardiocircolatori di decine di persone negli USA ed hanno procurato gravi lesioni ischemiche gli arti portando talora alla amputazione parziale o totale.

La utilizzazione spesso inconsapevole di cocktail di oppioidi e xylazina si sta diffondendo in Europa: nel 2022 è stato accertato in Gran Bretagna il primo decesso da xylazina.

Gli esperti tuttavia sono preoccupati in quanto vari fattori favorirebbero una diffusione nell'uso di questa sostanza: il basso costo, gli effetti psichici che sembrano potenziare e migliorare quelli degli oppioidi, il diffondersi del fentanyl quale sostitutivo dell'eroina (che scarseggia nel mercato mondiale in quanto la produzione di oppio in Afghanistan è vietata dai talebani), la facilità di procurarsi questo farmaco acquistandolo liberamente in internet, la mancanza di controlli (conseguente al mancato inserimento di questo farmaco nella lista dei farmaci soggetti ad abuso e quindi monitorati a livello europeo), la rarità dei laboratori in grado di dosarlo nel sangue e nei liquidi biologici.

In conclusione: la xylazina è una seria minaccia alla salute ed alla vita di chi la usa, magari inconsapevolmente: al momento non si

ha notizia che alcun paese europeo abbia assunto provvedimenti atti a limitarne l'uso e la diffusione al di fuori dell'ambito veterinario ed in particolare la vendita clandestina on-line.

Preoccupa la mancanza di una rete europea di rilevazione e monitoraggio di questa sostanza (e di varie altre) usate da mesi o da anni nel mercato clandestino dei farmaci stupefacenti.

Con queste premesse è inevitabile che anche in Europa nei prossimi mesi un numero crescente di consumatori di sostanze stupefacenti rimangano vittime di questo pericoloso farmaco.

Riccardo De Gobbi

Bibliografia

1) <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2023.102542> Received 14 December 2022; Received in revised
2) <https://www.dea.gov/alert/dea-reports-widespread-threat-fentanyl-mixed-xylazine>

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE—Luglio e agosto 2023

La consultazione del testo integrale dei documenti citati è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Gazzetta Ufficiale n. 152 del 01.07.23

Aggiornamento della Nota AIFA 95 di cui alla determina n. DG/528/2022 del 14 novembre 2022. (Determina n. DG/261/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Gazzetta Ufficiale n. 154 del 04.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di rivaroxaban, «Rivaroxaban Accord». (Determina n. 79/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di tremelimumab, «Imjudo». (Determina n. 80/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di tremelimumab, «Tremelimumab Astrazeneca». (Determina n. 81/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Gazzetta Ufficiale n. 155 del 05.07.23

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 maggio 2023, n. 51, recante disposizioni urgenti in materia di amministrazione di enti pubblici, di termini legislativi e di iniziative di solidarietà sociale

LEGGE N. 87 DEL 03.07.23

Finanziamento di interventi infrastrutturali a favore di presidi ospedalieri e strutture sanitarie pubbliche delle Province di Latina e Frosinone

DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 26.05.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di etranacogene dezaparvovec, «Hemgenix». (Determina n. 82/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Rettifica della determina n. 62/2023 di classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di Imatinib, «Imatinib Accord». (Determina n. 83/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di lipegfilgrastim, «Lonquex». (Determina n. 85/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Gazzetta Ufficiale n. 156 del 06.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di vaccino anti COVID-19 (ricombinante adiuvato), «Nuvaxovid». (Determina n. 86/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di ruxolitinib, «Opzelura». (Determina n. 87/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di vadadustat, «Vafseo». (Determina n. 88/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di niraparib / abiraterone acetato, «Akeega». (Determina n. 89/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.06.23

Gazzetta Ufficiale n. 157 del 07.07.23

Introduzione della scheda cartacea per la prescrizione dei farmaci per l'alopecia areata. (Determina n. DG/266/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 03.07.23

Aggiornamento della scheda di prescrizione cartacea dei farmaci JAKi (abrocitinib, upadacitinib, baricitinib) nel trattamento della dermatite atopica. (Determina n. DG/267/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 03.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo del medicinale per uso umano «Bekemv». (Determina n. 455/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 03.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Olumiant». (Determina n. 456/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 03.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 160 del 11.07.23

Disposizioni relative alla registrazione e alla conservazione dell'identificativo unico del dispositivo (UDI) dei dispositivi medico-diagnostici in vitro da parte delle istituzioni sanitarie e degli operatori sanitari
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 11.05.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Voxzogo».
(Determina n. 453/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 03.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 162 del 13.07.23

Modifica delle condizioni e modalità di monitoraggio nell'ambito dei registri AIFA del medicinale per uso umano «Tabrecta».
(Determina n. 6/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 04.07.23

Modifica delle condizioni e modalità di monitoraggio nell'ambito dei registri AIFA del medicinale per uso umano «Calquence».
(Determina n. 7/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 04.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 163 del 14.07.23

Approvazione dello statuto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
COMUNICATO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Gazzetta Ufficiale n. 164 del 15.07.23

Aggiornamento della scheda di prescrizione cartacea dei farmaci per la colite ulcerosa. (Determina n. DG/282/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche e riclassificazione del medicinale per uso umano «Rinvoq», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537. (Determina n. 485/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 165 del 17.07.23

Modifica delle condizioni e modalità di monitoraggio nell'ambito dei registri AIFA del medicinale per uso umano «Calquence».
(Determina n. 8/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 07.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 166 del 18.07.23

Disposizioni relative alla registrazione e alla conservazione dell'identificativo unico del dispositivo (UDI) da parte delle istituzioni sanitarie e degli operatori sanitari
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 11.05.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Keytruda».
(Determina n. 476/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Lenvima».
(Determina n. 486/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 167 del 19.07.23

Sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 23.03.23

Modifica della ripartizione delle risorse per il finanziamento delle borse aggiuntive in formazione di medicina generale previste dal PNRR - Cicli formativi 2021/2024 e 2022/2025
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 08.06.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche di medicinali ed a seguito di nuovo schema posologico, del medicinale per uso umano «Tecentriq». (Determina n. 484/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Noxafil».
(Determina n. 473/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23

Aggiornamento della scheda di prescrizione cartacea per la prescrizione dei farmaci disease modifying per la sclerosi multipla per linee di trattamento successive alla prima o per forme gravi ad evoluzione rapida. (Determina n. DG/283/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 10.07.23 Gazzetta Ufficiale n. 168 del 20.07.23

Regolamento in materia di sospensione delle attività della struttura che esercita attività odontoiatrica, ai sensi dell'articolo 1,

comma 156 della legge 4 agosto 2017, n. 124
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE N. 91 DEL 03.03.23

Conferma del carattere scientifico dell'IRCCS «Istituto delle scienze neurologiche» dell'Azienda USL di Bologna
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE N. 91 DEL 03.03.23

Gazzetta Ufficiale n. 169 del 21.07.23

Modifiche al decreto 8 aprile 2015 e al decreto 30 luglio 2021 di individuazione delle funzioni dirigenziali di seconda fascia del Ministero della salute
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 30.05.23

Modifica del decreto 22 settembre 2022, recante: «Definizione del tetto di spesa farmaceutica per gli acquisti diretti»
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 05.06.23

Gazzetta Ufficiale n. 171 del 24.07.23

Definizione dei criteri e delle modalità per l'installazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 4 agosto 2021, n. 116
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 16.03.23

Gazzetta Ufficiale n. 172 del 25.07.23

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze HHC, HHC acetato e HHC-P
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 13.07.23

Rettifica della determina n. DG262/2023 del 27 giugno 2023 concernente procedura pay-back 5% - Anno 2023. (Determina n. DG/289/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 17.07.23

Nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Lucen» non rimborsate dal Servizio sanitario nazionale. (Determina n. 508/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 17.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 174 del 27.07.23

Tempi di conservazione dei dati personali eventualmente forniti contestualmente alle comunicazioni di incidenti con i dispositivi medici
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 09.06.23

Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28.07.23

Specifiche tecniche e modalità operative inerenti alla trasmissione telematica dei dati relativi alle spese sanitarie al Sistema tessera sanitaria
DECRETO DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE DEL 18.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di ublituximab, «Briumvi». (Determina n. 90/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di emtricitabina tenofovir disoproxil, «Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil Mylan». (Determina n. 91/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, delle nuove confezioni del medicinale per uso umano, a base di sacubitril/valsartan, «Entresto». (Determina n. 92/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 176 del 29.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, delle nuove confezioni del medicinale per uso umano, a base di sacubitril/valsartan, «Neparvis». (Determina n. 93/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, delle nuove confezioni del medicinale per uso umano, a base di daridorexant, «Quviviq». (Determina n. 94/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di ravulizumab, «Ultomiris». (Determina n. 95/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, delle nuove confezioni del medicinale per uso umano, a base di patiromer, «Veltassa». (Determina n. 96/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 177 del 31.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di lacosamide, «Lacosamide Adroiq». (Determina n. 97/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di sugammadex, «Sugammadex Adroiq». (Determina n. 98/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di sirolimus, «Hyftor». (Determina n. 99/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di mirikizumab, «Omvoh». (Determina n. 100/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche e rinegoziazione del medicinale per uso umano «Hizentra», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537. (Determina n. 517/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 24.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 178 del 01.08.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di tiosolfato di sodio, «Pedmarqsi». (Determina n. 101/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di spironolattone, «Qaialdo». (Determina n. 102/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 19.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 179 del 02.08.23

Determinazione del riparto delle spese per la conduzione degli studi delle prestazioni relativi ai dispositivi medico-diagnostici in vitro

DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 05.06.23

Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Ospedale San Raffaele S.r.l.», in Milano, nella disciplina di «medicina molecolare»

DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 03.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 181 del 04.08.23

Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica

DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 23.06.23

Elenco dei medicinali che non possono essere sottratti alla distribuzione e alla vendita per il territorio nazionale al fine di prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità. (Determina n. DG/310/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 01.08.23

Gazzetta Ufficiale n. 184 del 08.08.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Kymriah». (Determina n. 519/2023)

DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 24.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 185 del 09.08.23

Requisiti specifici richiesti da taluni soggetti privati e pubblici ai candidati del concorso SSM 2022-2023 per la fruizione dei contratti aggiuntivi di formazione medica specialistica che saranno da essi finanziati

COMUNICATO DEL MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10.08.23

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 giugno 2023, n. 69, recante disposizioni urgenti per l'attuazione di obblighi derivanti da atti dell'Unione europea e da procedure di infrazione e pre-infrazione pendenti nei confronti dello Stato italiano

LEGGE N. 103 DEL 10.08.23

Disposizioni urgenti in materia di processo penale, di processo civile, di contrasto agli incendi boschivi, di recupero dalle tossicodipendenze, di salute e di cultura, nonché in materia di personale della magistratura e della pubblica amministrazione

DECRETO-LEGGE N. 105 DEL 10.08.23

Indicazioni sull'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) da parte di società sportive che usufruiscono di impianti sportivi pubblici
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 07.04.23

Nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Opdivo», non rimborsate dal servizio sanitario nazionale.
(Determina n. 534/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 31.07.23

Nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Yervoy» non rimborsate dal Servizio sanitario nazionale.
(Determina n. 547/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 31.07.23

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Opdivo».
(Determina n. 551/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 31.07.23

Esclusione dall'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, del medicinale Treosulfano in associazione con fludarabina, nell'ambito di un regime di condizionamento, prima del trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (alloHSCT), in pazienti pediatriche di età superiore a un mese con patologie non maligne. (Determina n. 99158/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 02.08.23

Inserimento dei medicinali Vemurafenib e Rituximab (originator e biosimilare) nell'elenco istituito ai sensi della legge n. 648/1996 per il trattamento della leucemia a cellule capellute. (Determina n. 99165/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 02.08.23

Inserimento del medicinale Somatropina nell'elenco istituito ai sensi della legge n. 648/1996 per il trattamento del deficit strutturale dovuto a Sindrome di Noonan. (Determina n. 99173/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 02.08.23

Inserimento del medicinale Trametinib nell'elenco istituito, ai sensi della legge n. 648/1996, per il trattamento del carcinoma ovarico sieroso di basso grado recidivato. (Determina n. 99176/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 02.08.23

Inserimento del medicinale Regorafenib nell'elenco istituito, ai sensi della legge n. 648/1996, per il trattamento dell'osteosarcoma in fase avanzata (metastatico e/o localmente avanzato) pretrattato con chemioterapia, dalla seconda linea in poi. (Determina n. 99180/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 02.08.23

Inserimento del medicinale Etuvetidigene autotemcel/Telethon 003 nell'elenco istituito, ai sensi della legge n. 648/1996, per il trattamento di pazienti, di età pari o superiore a sei mesi di vita, affetti dalla forma severa della sindrome di Wiskott-Aldrich, aventi una mutazione a carico del gene WAS e per i quali non è disponibile un idoneo donatore familiare HLA-identico di cellule staminali ematopoietiche. (Determina n. 99184/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 02.08.23

Gazzetta Ufficiale n. 189 del 14.08.23

Tempi di conservazione dei dati personali eventualmente forniti contestualmente alle comunicazioni di incidenti con i dispositivi medico-diagnostici in vitro
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 26.06.23

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I della specifica indicazione delle sostanze: 2'-fluoro-2-fluoro-3-metilfentanil; N-cicloesil butilone; ADMB-3TMS-PRINACA
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 01.08.23

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I e nella tabella IV di nuove sostanze psicoattive
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 02.08.23

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I di nuove sostanze psicoattive
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 03.08.23

Elenco dei medicinali che non possono essere sottratti alla distribuzione e alla vendita per il territorio nazionale al fine di prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità. (Determina n. DG 332/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 09.08.23

Gazzetta Ufficiale n. 190 del 16.08.23

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 giugno 2023, n. 75, recante disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa cattolica per l'anno 2025
LEGGE N. 112 DEL 10.08.23

Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS)
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 30.05.23

Regime di rimborsabilità e prezzo del medicinale per uso umano «Epysqli». (Determina n. 555/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 31.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 194 del 21.08.23

Revoca del decreto 28 ottobre 2020 di «Sospensione dell'entrata in vigore del decreto 1° ottobre 2020, recante: "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella Tabella dei medicinali, sezione B, delle composizioni per somministrazione ad uso orale di cannabidiolo ottenuto da estratti di Cannabis"»
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 07.08.23

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante «Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale». (Rep. atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023)
INTESA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO DEL 02.08.23

Gazzetta Ufficiale n. 198 del 25.08.23

Fondo sanitario nazionale 2022 - Riparto tra le regioni delle risorse vincolate alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale - Articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153. (Delibera n. 19/2023)
DELIBERA DEL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE DEL 20.07.23

Gazzetta Ufficiale n. 201 del 29.08.23

Elenco dei medicinali che non possono essere sottratti alla distribuzione e alla vendita per il territorio nazionale al fine di prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità. (Determina n. DG/341/2023)
DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 23.08.23

Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31.08.23

Registro nazionale tumori
DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 01.08.23

IL BAR DELLO ZOZZO

			
Ebook: Amazon.it , Kobo.com	Ebook: Amazon.it , Lulu.com	Ebook: Amazon.it , Lulu.com	Ebook: Amazon.it , Lulu.com
Cartaceo: Lulu.com ISBN:9780244270971	Cartaceo: Lulu.com ISBN:9781716860416	Cartaceo: Lulu.com ISBN:9781716864643	Cartaceo: Lulu.com ISBN:9781470936488

Publicati sia in versione cartacea che in quella, molto piu' economica, in e-book
Reperibili su Amazon, sui siti delle case editrici (riportati sotto) e, su ordinazione, nelle principali librerie italiane.
I singoli racconti sono leggibili gratuitamente sui siti web: www.pillole.org - www.scienzaeprofessione.it

BUON DIVERTIMENTO!