

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 12

Dicembre 2009

I medici non devono denunciare i clandestini!

La parola fine ad una polemica troppo spesso pretestuosa

A pag. 12 i punti salienti della Circolare del Ministero dell' Interno

Impronte digitali per evitare errori trasfusionali



Novita' prescrittive farmaceutiche

Terapia medica per l'infertilità maschile

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA



La Cassazione sugli SMS troppo "pesanti"



Nuovo farmaco contro Eiaculazione Precoce

Percorso personalizzato del benessere al Parco Termale di Uliveto

Le diete vegetariane secondo l' American Dietetic Association

Influenza AH1N1: i fattori di rischio per decesso

La prevenzione cardiovascolare nel mondo reale



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"

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

La prevenzione cardiovascolare nel mondo reale	Pag. 3	Mensile di informazione e varie attualità
Il nuovo farmaco contro l' eiaculazione precoce	Pag. 3	Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998
Influenza AH1N1: i fattori di rischio per decesso	Pag. 4	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it
Il "Mediatore Professionista delle Controversie in Malasanita"	Pag. 4	Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi
Meglio Niacina che Ezetimibe in aggiunta alla statina?	Pag. 5	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)
Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro	Pag. 6	Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Nefrolitiasi: potassio citrato per prevenire le recidive	Pag. 7	Per riceverla gratuitamente: dzamperini@gmail.com Cell. 333/5961678
Terapia medica per l'infertilità maschile	Pag. 7	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Privacy: prendere la impronte digitali per evitare errori trasfusionali	Pag. 8	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it
Percorso personalizzato del benessere al Parco Termale di Uliveto	Pag. 8	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Praticare solo rapporti protetti puo' rendere nullo il matrimonio	Pag. 10	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Anche la satira politica, se volgare, e' diffamazione	Pag. 10	
SMS di derisione alla moglie tradita? Costituiscono reato	Pag. 10	
SMS al marito dell' amante? Violenza privata	Pag. 11	
Le diete vegetariane secondo l' American Dietetic Association	Pag. 11	
Vietato ai magistrati schierarsi politicamente	Pag. 11	
La Mediazione obbligatoria prima delle cause per malasanita'	Pag. 12	
Ultimissime: i medici non devono denunciare i clandestini!	Pag. 12	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE - News prescrittive (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	



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

La prevenzione cardiovascolare nel mondo reale

Lo studio EUROASPIRE III dimostra che sono necessari ulteriori sforzi per controllare i fattori di rischio cardiovascolare, investendo soprattutto in strategie atte a migliorare gli stili di vita.

Questo studio, denominato EUROASPIRE III, segue i due precedenti ed è stato effettuato negli anni 2006-2007 in 22 paesi europei. Lo scopo era di determinare se le raccomandazioni emanate dalle Società Europee di Cardiologia sono seguite nel mondo reale.

Tutti gli studi EUROASPIRE sono di tipo cross-sectional ed hanno arruolato pazienti >70 anni, identificati dopo un ricovero per by-pass coronarico o PCI oppure per infarto miocardico o ischemia miocardica.

Tutti i partecipanti sono stati esaminati a 6 mesi almeno di distanza dal ricovero.

Nell'EUROASPIRE I erano stati reclutati 3180 soggetti, nel II 2975 e nel III 2392. La percentuale di soggetti che continuava a fumare era la stessa nei tre studi (rispettivamente 20.3%, 21.2% e 18.2%) con un aumento, nell'ultimo studio, del numero di donne fumatrici con meno di 50 anni.

La percentuale di soggetti obesi (BMI >30 kg/m²) è passata dal 25% dell'EUROASPIRE I al 32,6% del II e al 38% del III.

La percentuale di pazienti ipertesi (PA >140/90 mmHg nei soggetti non diabetici e >130/80 mmHg nei diabetici) era del 58,1% nell'EUROASPIRE I, del 58,3% nel II e del 60,9% nel III.

La percentuale di soggetti con ipercolesterolemia (colesterolo totale >4.5 mmol/L) si è ridotta dal 94,5% dell'EUROASPIRE I al 76,7% del II fino al 46,2% del III.

La percentuale di diabetici è aumentata dal 17,4% dell'EUROASPIRE I al 20,1% del II al 28% del III.

Gli autori concludono che, a dispetto di un significativo incremento nell'uso di farmaci antipertensivi e antidislipidemi, il management della pressione è rimasto invariato e circa la metà dei soggetti resta sopra il target consigliato di colesterolemia totale.

Bisogna quindi investire nella prevenzione con un maggior controllo degli stili di vita.

Fonte:

Kotseva K et al. for the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries

Lancet 2009 Mar 14; 373:929-940.

Commento di Renato Rossi

Si possono fare almeno due considerazioni sui risultati deludenti di questo terzo studio EUROASPIRE. La prima è ormai nota: tradurre nella pratica le raccomandazioni delle linee guida è estremamente difficile.

Quando si passa dal constesto sterilizzato degli RCT al mondo reale si tocca con mano la distanza che corre tra le due realtà. Bisognerebbe forse prenderne atto e, invece di proporre sempre più target irrealistici e non raggiungibili, accontentarsi di obiettivi più modesti, ma in grado, se estesi a larghi strati di popolazione, di portare a benefici maggiori sulla salute. Si consideri che i soggetti arruolati negli studi EUROASPIRE erano pazienti con cardiopatia ischemica conclamata, quindi, teoricamente, pazienti motivati a seguire i consigli sullo stile di vita e le terapie prescritte dai medici.

Nonostante questo, la percentuale di fumatori è rimasta pressochè invariata nel corso degli anni, così come

è rimasta invariata la percentuale dei soggetti con pressione arteriosa non a target. Addirittura è aumentata rispetto al passato la percentuale dei diabetici e degli obesi. Unico dato per qualche verso consolante è quasi il dimezzamento dei pazienti con colesterolemia non ben controllata. Fatto verosimilmente associato ad un maggior uso di farmaci antidislipidemi. Questo ci dice che il mancato raggiungimento degli obiettivi proposti dalle linee guida dipende poco dai medici, i quali prescrivono i farmaci consigliati per lo più appropriatamente: le cause sono molto più profonde e complesse.

La seconda considerazione è questa: la via farmacologica si è dimostrata efficace solo in parte; in molti casi, e soprattutto in prevenzione primaria, è una soluzione parziale e falsamente rassicurante. Oltretutto è dimostrato che la compliance ai trattamenti cronici è deficitaria, tanto più in presenza di terapie complesse, aggravate da interazioni tra farmaci ed effetti collaterali. La tendenza a prescrivere regimi terapeutici sempre più complicati si può rivelare un boomerang pericoloso: un paziente che non assume correttamente i farmaci prescritti è un pericolo per sé e una spesa inutile per la comunità. Bisognerà quindi entrare nell'ordine di idee che le terapie vanno semplificate, limitandosi a usare solo i farmaci che effettivamente servono e si sono dimostrati utili. Ma quello che serve maggiormente non è aggiungere una nuova pillola, bensì incidere profondamente negli stili di vita: abolizione del fumo, praticare attività fisica, alimentazione corretta. Un compito che, al momento, appare titanico.

Il nuovo farmaco contro l' eiaculazione precoce

Dopo la guerra contro la disfunzione erettile e' arrivato nelle farmacie italiane quello che viene presentato come "il primo farmaco contro l' eiaculazione

precoce". La soluzione ad un vero bisogno o una ricerca di nuovi sbocchi di mercato?

Il farmaco si chiama Priligy, ed il principio attivo e' la Dapoxetina. Appartiene alla classe degli SSRI, farmaci utilizzati generalmente come anti-

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

depressivi.

Alcuni studi avevano già evidenziato come questi farmaci avessero un certo effetto di prolungamento sulla durata dell'atto sessuale; la ricerca si è quindi orientata (nella speranza forse di un boom analogo a quello del Viagra) sulla ricerca di una molecola specificatamente indirizzata a questo scopo.

In realtà i medici si sono serviti in passato (quasi sempre off-label) di numerosi altri farmaci capaci di ridurre il fenomeno dell'eiaculazione precoce: effetti simili sono stati documentati per gli alfa-litici, per antidepressivi triciclici della prima generazione (potente l'effetto, ad esempio, dell'imipramina - Tofranil - capace di bloccare, con effetto periferico, il riflesso eiaculatorio) e per altri SSRI. Nessuno di questi farmaci però era specificatamente indicato per questo disturbo, erano poco conosciuti e non erano esenti da effetti collaterali.

Ma entriamo nel dettaglio del nuovo farmaco: esso è indicato, un po' misteriosamente, solo per gli uomini di età compresa tra i 18 e i 64 anni. È rapidamente assorbito ed eliminato dall'organismo e va assunto on demand 1-3 ore prima del rapporto sessuale. Può essere assunto anche a stomaco pieno e non si conoscono interazioni con i farmaci utilizzati per la disfunzione erettile, ideale quindi per gli aspiranti Superman del sesso.

È possibile acquistare il farmaco dietro presentazione di ricetta medica ripetibile, a totale carico del paziente.

L'effetto più importante del nuovo farmaco sarebbe la capacità, dimostrata negli studi clinici, di aumentare il senso di controllo sull'eiaculazione da parte dell'uomo, migliorando conseguentemente la sua soddisfazione sessuale e quindi quella della partner.

Le compresse vanno deglutite intere con almeno 1 bicchiere pieno d'acqua; il

farmaco non deve essere assunto più di 1 volta al giorno.

Il farmaco viene messo in commercio in due formulazioni:

- Priligy 3 compresse 30 mg al prezzo di € 36.94 (costo per compressa da 30 mg circa Euro 12.30)

- Priligy 3 compresse 60 mg al prezzo di € 46.79 (costo per compressa da 60 mg circa Euro 15.60)

Di norma la dose iniziale è di 30 mg, in caso non si dimostrasse sufficiente e gli eventi avversi fossero accettabili il medico può aumentare la dose prescrivendo la confezione da 60 mg.

I più comuni effetti collaterali di Priligy sono: capogiri, cefalea, nausea, ipotensione ortostatica.

Evitare la contemporanea assunzione di alcolici, che potrebbero aumentare il rischio di svenimento ed altri effetti collaterali legati all'alcol.

Influenza AH1N1: i fattori di rischio per decesso

Un recentissimo studio americano ha analizzato l'epidemia di influenza A/H1N1 avvenuta alcuni mesi fa in California, per trarne indicazioni epidemiologiche.

In California i casi di ricovero o di decesso da influenza A/H1N1 durante le prime 16 settimane della pandemia hanno riguardato soprattutto bambini e giovani e soggetti con comorbidità per complicanze influenzali.

(da pillole.org)

Nell'aprile del 2009 si è verificata in California una vera e propria pandemia influenzale da virus A/H1N1. Rapporti preliminari suggerivano che questa nuova influenza, a differenza di quella stagionale, colpisce in maniera preponderante i giovani e provoca, generalmente, una malattia lieve.

Gli autori di questo studio si sono riproposti di descrivere i caratteri clinici ed epidemiologici della nuova influenza nei casi che richiedevano l'ospedalizzazione o che portavano al decesso.

Nelle prime 16 settimane della pandemia si sono registrati, in California, 108-8 casi di ospedalizzazione o di morte.

L'età media dei soggetti colpiti era di 27

anni (range da meno di 1 anno a 92 anni) e il 68% aveva fattori di rischio per complicanze da influenza stagionale. Il 66% dei soggetti nei quali venne eseguita una radiografia del torace mostravano un quadro di infiltrato e il 31% richiese un ricovero in reparto di terapie intensive.

Una infezione batterica secondaria si diagnosticò nel 4% dei casi. Il 21% dei soggetti non ricevette un trattamento antivirale.

La mortalità totale fu dell'11% (118 su 1088), essendo più elevata nelle persone con 50 anni o più anziane (18-20%). La causa più comune di decesso fu una polmonite virale e una sindrome da distress respiratorio acuto.

Fonte:

Louie JK et al. Factors Associated With Death or Hospitalization Due to Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Infection in California. JAMA. 2009 Nov 4;302:1896-1902

Commento di Renato Rossi

Questo studio è in accordo con quanto era già stato messo in evidenza da osservazioni preliminari:

1. la nuova influenza da virus A/H1N1 è

molto contagiosa

2. colpisce soprattutto bambini e giovani

3. nella maggior parte dei casi si manifesta in forma benigna

4. i soggetti che sono più a rischio di ospedalizzazione e di decesso sono pazienti con comorbidità. Purtroppo la mortalità, nei soggetti che richiedono un'ospedalizzazione, è particolarmente elevata (11%), ma lo è di più negli over 50 anni.

Si conferma quindi la bontà delle indicazioni emanate dai vari organismi per individuare i soggetti che prioritariamente dovrebbero essere vaccinati: chi è affetto da patologie che predispongono a complicanze (diabetici, cardiopatici, nefropatici, asmatici, etc.), donne in gravidanza al secondo e terzo trimestre, bambini e giovani.

Questi ultimi sono il bersaglio preferito del virus, verosimilmente perché sprovvisti di immunità, a differenza della popolazione più anziana che possiede un qualche ricordo immunitario essendo venuta in contatto, in passato, con virus antigenicamente simili.

Ne consegue che una vaccinazione di massa che si proponga l'obiettivo di ridurre la circolazione del virus dovrebbe

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

be procedere, in tempi rapidi, alla protezione dei bambini e dei giovani, anche senza patologie importanti, con lo scopo non tanto di ridurre in questi soggetti il

rischio di complicanze (visto che nella maggior parte dei casi le persone sane sviluppano una malattia lieve), quanto di fare terra bruciata attorno al virus.

Il "Mediatore Professionista delle Controversie in Malasanita"

In Francia (notizia di 24hsanita del 31-3/6-4 2009) e' stato istituito all' inizio del 2009 il "Polo sanita' e sicurazza delle cure" presso l' ufficio del Mediatore della Repubblica. E' ipotizzabile un meccanismo simile anche in Italia?

L' ufficio ha lo scopo di costituirsi come intermediario tra il paziente e le strutture sanitarie, sia in funzione preventiva (informazioni su medici o terapie, consigli ecc.) che in funzione " verificatrice", raccogliendo lamentele e segnalazioni dei pazienti. In questo caso il Mediatore si fa carico di interpretare e valutare la condotta medica, discriminando tra accidente inevitabile, colpa ed errore.

In Francia l' ufficio del Mediatore ha contribuito in numerosi casi a disinnescare procedure rivendicative da parte del paziente, in altri casi ha contribuito ad una soluzione "concordata" tra pazienti e istituto sanitario. Il paziente mantiene pero' il diritto ad

intraprendere un' azione legale giudiziaria.

E' applicabile un meccanismo analogo al sistema italiano?

Potrebbe esserlo, ma solo se si uscisse da un meccanismo di tipo "conciliatorio". Questo perche' la "Mediazione" si presenta come meccanismo del tutto diverso e non dovrebbe costituire un passaggio solo formale o una implicita ammissione di responsabilita' da parte di alcuna delle parti. D'altronde altre esperienze hanno mostrato la propensione degli italiani al procedimento giudiziario piuttosto che a meccanismi extragiudiziari; in ambito di polizze infortunio private, ad esempio, e' frequente in tentativo di bypassare l' arbitrato (previsto dalle polizze) per finire davanti al Giudice, che viene percepito come maggiormente attento ai diritti del paziente/utente. In cio' sono spesso incoraggiati dagli avvocati, maggiormente interessati alle cause giudiziarie che ad una procedura conciliatoria.

I meccanismi "obbligator", poi, in Italia hanno portato sempre ad un aumento del contenzioso e delle spese per cui non troviamo opportuno imporre per legge un' assicurazione obbligatoria per i medici, che porterebbe ad una deresponsabilizzazione del paziente, che si sentirebbe giustificato a procedere anche in casi che altrimenti non sarebbero finiti in contenzioso ("mi conviene tentare, tanto non faccio causa al mio medico, ma all' assicurazione") analogamente ai sinistri stradali nei quali, essendoci copertura assicurativa obbligatoria, ogni minimo incidente da' origine ad un contenzioso.

E' quindi fondamentale selezionare una categoria di professionisti "ad hoc", finalizzati ad una vera "mediazione" tra le parti, e vincolati a rigidi requisiti professionali e procedure operative.

In altra parte del giornale si riporta il Decreto legislativo in corso di approvazione proprio su questa materia.

Meglio Niacina che Ezetimibe in aggiunta alla statina?

Nello studio ARBITER la niacina si è dimostrata superiore ad ezetimibe nel ridurre lo spessore mediointimale carotideo.

Lo studio ARBITER 6 - HALTS (Arterial Biology for the Investigation of the Treatment Effects of Reducing Cholesterol 6: HDL and LDL Treatment Strategies in Atherosclerosis) ha arruolato 279 pazienti con nota patologia coronarica, 38 pazienti con una malattia a rischio coronarico equivalente, compreso il diabete, 26 pazienti con un rischio coronarico secondo l'algoritmo di Framingham $\geq 20\%$ e 20 pazienti con uno score calcico coronarico superiore a 200 per le donne e a 400 per gli uomini. Tutti i partecipanti erano in terapia a lungo termine con una statina.

Dopo randomizzazione sono stati trattati con niacina a rilascio prolungato (2000 mg/die) oppure ezetimibe (10 mg/die). L'end point primario dello studio era la differenza rispetto al baseline, dopo 14 mesi di trattamento, dello spessore mediointimale carotideo. Il trial è stato interrotto anticipatamente, dopo che 208 pazienti hanno completato lo studio, per superiorità della niacina.

La niacina si è dimostrata superiore all'ezetimibe per quanto riguarda la riduzione dello spessore dell'intimamedia carotidea sia medio che massimo. Paradossalmente, in una analisi post hoc, si è visto che la maggior riduzione del colesterolo LDL nel gruppo ezetimibe risultava associata con un aumento dello spessore mediointimale. L'incidenza degli eventi cardiovascolari

maggiori fu minore nel gruppo niacina (1% versus 5%; $p = 0,04$).

Gli autori concludono che la niacina riduce maggiormente lo spessore mediointimale carotideo, in combinazione ad una statina, rispetto all'ezetimibe.

Fonte:

Taylor AJ, Villines TC, Stanck EJ, et al. Extended-release niacin or ezetimibe and carotid intima-media thickness. *N Engl J Med* 2009; DOI:10.1056/NEJMoA907569. Pubblicato anticipatamente online il 16 novembre 2009.

Commento di Renato Rossi

Lo studio è stato pubblicato anticipatamente online dal New England Journal

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

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

of Medicine e presentato in contemporanea al Congresso 2009 dell'American Heart Association (Orlando, Florida). Vari sono stati i commenti, soprattutto improntati a soddisfazione per la buona prova della niacina (un farmaco vecchio di circa 50 anni), che, secondo alcuni, dovrebbe essere il trattamento di scelta da associare alla statina quando è richiesta un'azione ipolipemizzante particolarmente pronunciata.

In un editoriale di accompagnamento [1] si legge che, nonostante l'interruzione anticipata, i risultati dell'ARBITER sono probabilmente corretti, anche se esagerati a favore della niacina che viene vista come farmaco favorito da associare ad una statina.

In un altro editoriale [2] si suggerisce che vi sono evidenze per l'uso della niacina, ma se un secondo farmaco è richiesto, la scelta può essere un fibrato, niacina, un sequestrante gli acidi biliari, omega 3 o ezetimibe. Questo secondo editoriale si chiede anche se sia stato corretto interrompere anticipatamente il trial. Dal canto nostro non vediamo particolari motivi nè per ritenere fondamentale lo studio nè per una sua pubblicazione an-

ticipata. Lo studio infatti ha avuto una durata troppo breve, ha arruolato pochi pazienti ed ha valutato come parametro principale un endpoint surrogato.

Come già abbiamo avuto occasione di ripetere più volte, non è prudente basare importanti decisioni cliniche su studi con queste caratteristiche. In questo caso poi l'interruzione anticipata del trial lo rende ancor meno interpretabile perchè sono disponibili i risultati di soli 208 pazienti dei 363 inizialmente arruolati. Tocca ripetere quindi quanto scrivemmo per lo studio ENHANCE [2]: è ancora presto per poter stabilire se ezetimibe sia o meno efficace su esiti clinici "hard".

La differenza di eventi cardiovascolari riscontrata nello studio ARBITER a favore di niacina ha un valore molto relativo sia per i limiti del trial stesso sia perchè si trattava di un endpoint secondario.

Anche se, in effetti, finora ezetimibe ha dato buone prove sul profilo lipido ma non altrettante su endpoint surrogati come lo spessore mediointimale carotideo, bisognerà attendere i risultati dello studio IMPROVE-IT che sta valutando ezetimibe su outcomes "hard". Giova infatti ricordare che lo spessore me-

diointimale è un parametro ritenuto indicativo di efficacia di un farmaco sull'aterosclerosi ma, in realtà, abbastanza controverso e non da tutti accettato. In ogni caso non può sostituirsi ad endpoint clinici forti valutati in un congruo follow up (anni!).

Nel frattempo i medici mancano di veri studi importanti che li possano indirizzare verso quale sia il farmaco di scelta come terapia di associazione ad una statina [4]

Referenze

1. Kastelein JJ, Bots ML. Statin therapy with ezetimibe or niacin in high-risk patients. *N Engl J Med* 2009; 361: 2180-2183.
2. Blumenthal RS, Michos ED. The HALTS trials--halting atherosclerosis or halted too early? *N Engl J Med* 2009; 361:2178-2180.
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3731>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4849>

Acido folico, vitamina B12 e rischio di cancro

Due trial norvegesi suggeriscono che il trattamento con acido folico e vitamina B12 possa essere associato ad un aumento del rischio oncologico e della mortalità totale.

Questo studio ha assemblato i dati di due RCT norvegesi (il Norwegian Vitamin Trial e il Western Norway B Vitamin Intervention Trial) in cui un totale di 6837 pazienti con cardiopatia ischemica sono stati trattati con vitamine o placebo dal 1998 al 2005 e seguiti poi fino al 31 dicembre 2007.

Di seguito i trattamenti nei vari gruppi: 1708 pazienti trattati con acido folico (0,8 mg/die) + vitamina B12 (0,4 mg/die) + vitamina B6 (40 mg/die) 1703 pazienti trattati con acido folico + vitamina B12

1705 pazienti trattati con vitamina B6 1721 pazienti trattati con placebo Dopo un follow up mediano di 39 mesi e 38 mesi di osservazione post inter-

vento avevano avuto una diagnosi di cancro 341 pazienti trattati con acido folico + vitamina B12 (10,0%) contro 288 partecipanti (8,4%) che non avevano ricevuto tale trattamento (HR 1,21; 1,03-1,41; p = 0,02).

Morirono di cancro 136 pazienti (4,0%) trattati con acido folico + vitamina B12 contro 100 (2,9%) non trattati con tale associazione (HR 1,38; 1,07-1,79; p = 0,01).

In totale morirono 548 pazienti (16,1%) trattati con acido folico + vitamina B12 contro 473 (13,8%) non trattati con tale associazione (HR 1,18; 1,04-1,33; p = 0,01).

Questi risultati erano dovuti essenzialmente ad un' aumentata incidenza di cancro polmonare nei trattati con acido folico + vitamina B12.

La vitamina B6 non risultò associata ad effetti significativi

Gli autori concludono che il trattamento con acido folico + vitamina B12 risulta

associato ad un' aumentata incidenza di cancro e ad un aumento della mortalità totale in pazienti con cardiopatia ischemica.

Fonte:

Ebbing M et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. *JAMA* 2009 Nov 18; 302:2119.

Commento di Renato Rossi

L'acido folico e la vitamina B12 potrebbero aumentare il rischio oncologico sia perchè riducono la capacità immunitaria di aggredire le cellule neoplastiche sia perchè facilitano l'accrescimento cellulare in genere. In un altro studio recente [1] si è evidenziato che la supplementazione di acido folico potrebbe aumentare il rischio di cancro prostatico.

Altri studi hanno evidenziato l'ineffica-

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

cia delle vitamine nella prevenzione del cancro [2,3,4].

Anche sul versante cardiovascolare le vitamine e gli antiossidanti hanno finora fornito prove deludenti.

La conclusione pratica viene da sè: non ci sono, al momento, motivi basati su solide evidenze scientifiche per prescrivere questo tipo di trattamenti.

Referenze

1. Figueiredo JC et al. Folic acid and risk of prostate cancer: Results from a randomized clinical trial. *J Natl Cancer Inst* 2009 Mar 18; 101:432.
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/n>

[ews.asp?id=4422](http://www.pillole.org/public/aspnuke/n)

3.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/n>
[ews.asp?id=4324](http://www.pillole.org/public/aspnuke/n)

4.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/n>
[ews.asp?id=4388](http://www.pillole.org/public/aspnuke/n)

Nefrolitiasi: potassio citrato per prevenire le recidive

In uno studio retrospettivo la somministrazione a lungo termine di potassio citrato ha ridotto il rischio di recidiva nella nefrolitiasi ricorrente.

In questo studio di tipo retrospettivo è stata valutata una coorte di 503 pazienti che avevano sofferto di nefrolitiasi ricorrente e che erano stati trattati con potassio citrato. Molti pazienti presentavano riduzione della concentrazione di citrato nelle urine, ipercalciuria e gotta. Il trattamento ha avuto una durata, in media, di 41 mesi (da 6 a 168). La frequenza di calcolosi passò da un valore baseline medio di 1,89 per anno ad un valore di 0,46 per anno ($p < 0,0001$). La percentuale di remissione fu del 68% e quella di diminuzione dei calcoli uri-

nari del 93%.

Gli autori concludono che la somministrazione a lungo termine di potassio citrato riduce in modo significativo il rischio di recidiva di calcoli urinari, confermandosi utile nella nefrolitiasi ricorrente.

Fonte:

Robinson MR et al. Impact of long-term potassium citrate therapy on urinary profiles and recurrent stone formation. *J Urol* 2009 Mar; 181:1145.

Commento di Renato Rossi

La somministrazione di potassio citrato, oltre ad alcalinizzare le urine, aumenta la concentrazione urinaria di citrato che

agisce a sua volta facilitando la soluzione dei sali che aggregandosi formano i calcoli. È noto che la nefrolitiasi ha un'elevata tendenza a recidivare, pertanto avere a disposizione una terapia che riduce tale rischio è sicuramente interessante. Lo studio recensito in questa pillola non ha la stessa forza di un trial clinico randomizzato e controllato, essendo di tipo osservazionale, retrospettivo e, per di più, mancando di un gruppo di controllo.

Tuttavia nei pazienti con nefrolitiasi recidivante una terapia di prevenzione secondaria con potassio citrato dovrebbe essere presa in considerazione.

Terapia medica per l'infertilità maschile

In un piccolo studio la somministrazione di clomifene e vitamina E hanno aumentato il numero di gravidanze rispetto al placebo in uomini affetti da infertilità idiopatica.

In questo trial randomizzato sono stati reclutati 60 uomini egiziani affetti da infertilità idiopatica, trattati con clomifene citrato (25 mg/die) e vitamina E (400 mg/die) oppure placebo.

Il trattamento ha avuto una durata di sei mesi. Gli outcomes misurati erano il numero di gravidanze e i parametri dello spermogramma.

La percentuale di gravidanze risultò significativamente più elevata nel gruppo trattato

(36,7% pari a 11 su 30 trattati) che nel gruppo placebo (13,3% pari a 4 su 30): OR 3,76; CI95% 1,03-13,64.

Il trattamento migliorò in maniera significativa anche alcuni parametri dello

spermogramma come la conta degli spermatozoi e la loro motilità.

Fonte:

Ghanem H et al. Combination clomiphene citrate and antioxidant therapy for idiopathic male infertility: A randomized controlled trial. *Fertil Steril* 2009. Pubblicato anticipatamente online il 5 marzo 2009.

Commento di Renato Rossi

Si ritiene che l'infertilità di coppia sia di origine maschile in circa la metà dei casi.

Il trattamento in questi casi è empirico. Tra i vari farmaci usati vi è la gonadotropina, ma una revisione Cochrane [1], che ha valutato 4 RCT per un totale di 278 partecipanti, conclude che, sebbene il trattamento comporti un aumento del tasso di gravidanze, il numero dei trials

e la pochezza del campione arruolato non permettono di trarre conclusioni affidabili.

Altrettanto si può affermare per lo studio recensito in questa pillola: anche se il trattamento con clomifene e vitamina E ha aumentato il numero di gravidanze, il campione arruolato di appena 60 pazienti è troppo piccolo per qualsiasi conclusione definitiva. Sono necessari studi di maggior potenza statistica per valutare appieno l'efficacia di queste terapie.

Referenze

1. Attia AM, Al-Inany HG. Gonadotrophins for idiopathic male factor subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005071. DOI: 1-0.1002/14651858.CD005071.pub3

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

Privacy: rilevazione impronte digitali anche per le trasfusioni

Consentito il prelievo delle impronte digitali ai ricoverati al fine di evitare errori o scambi di persona, soprattutto nel caso di trasfusioni di sangue

Il Garante per la protezione dei dati personali (Newsletter n. 310/2008) ha reso noto che, al fine di prevenire errori di identificazione dei malati o delle sacche di sangue, ha autorizzato un'azienda ospedaliera a utilizzare un sistema di

sicurezza trasfusionale basato sulla rilevazione delle impronte digitali di operatori sanitari e pazienti. L'Autorità ha quindi chiarito che con l'introduzione di tale sistema (cd. biometrico) si anche vuole garantire maggiormente la reale e costante presenza del personale sanitario sin già nella prima (e più delicata) fase della trasfusione.

Tra questi evidenziamo il fatto che i dati dei pazienti non potranno essere conser-

vati per più di sette giorni, che l'azienda dovrà individuare preventivamente i casi in cui ritenga necessario protrarre i tempi di conservazione fino a trenta giorni. Per quanto non vogliano sottoporsi alla rilevazione biometria, l'azienda ha previsto modalità di identificazione alternative (es. assegnazione di codici personali, braccialetti con codici a barre).

PERCORSO PERSONALIZZATO DEL BENESSERE AL PARCO TERMALE DI ULIVETO



La parte prevalente della medicina moderna non sono più le "acuzie", ma la "cronicità". Ciò consegue al prolungamento della vita che espone alle disabilità croniche dell'anziano e ai nuovi bisogni di salute, generati dalle nuove tecniche diagnostiche che permettono di evidenziare alterazioni prima dei sintomi di malattia. Tali alterazioni anatomiche, genetiche o funzionali rappresentano fattori di rischio che non si traducono in malattia se si segue un opportuno stile di vita. Le "nuove cronicità" impongono nuove attenzioni, canoni e paradigmi per la personalizzazione della cura, uno tra gli obiettivi primari dell'organizzazione mondiale della sanità per il 3° millennio (1-3). Per il progetto di cura o "project management" del singolo individuo è indispensabile coordinare il lavoro di squadra di più specialisti in collaborazione e sinergia con i medici di base e gli altri operatori della salute del territorio. Ciò richiede un'organizzazione diversa dalla "catena di montaggio" adatta invece alla cura della malattia acuta. Un esempio concre-

to è l'innovativo modello gestionale della cura dei pazienti epatopatici presintomatici in regime esclusivamente ambulatoriale o di day hospital presso l'Unità di Epatologia dell'AOUP di Cisanello (Pi). Ci siamo ispirati agli stessi principi organizzativi per la personalizzazione della cura della salute nel modello denominato "DNA della Salute", che significa accertamento della salute diurna e notturna (daily and nightly assessments of health). Il DNA, custode dell'identità genetica e sinonimo di personalizzazione significa nel nuovo marchio l'analisi attenta e scientifica dei comportamenti biologici e modi di essere personali durante sia la veglia che il sonno. Riteniamo che una presa di coscienza scientifica a 360° della salute sia indispensabile per decifrare lo stile di vita personale. Una personalizzazione autosostenibile dello stile di vita permette, infatti, di ottenere risultati migliori delle prescrizioni generiche dei salutismi di massa. Nel libro omonimo (4) assieme al Prof. Luigi Murri e suoi collaboratori abbiamo proposto alcuni esempi di ricerche e progetti concreti per la personalizzazione della cura delle malattie e della salute.

Su questi principi è stato attivato il Master di II° livello dell'Università di Pisa "Benessere, Alimentazione, Sonno e Medicina Termale" per laureati di ogni disciplina, interessati a lavorare nel settore del benessere. Il Master fornisce gli strumenti culturali per produrre ricerche e protocolli operativi direttamente sul posto di lavoro realizzando progetti concreti, elaborati secondo la più moderna

cultura scientifica. La frequenza del Master prevede un'attività presso centri termali e benessere che ogni allievo concorda nell'ambito di uno specifico progetto di ricerca. Ciò costituisce una sorta di "apprendistato" guidato dall'Università, volto a favorire l'inserimento (o il miglioramento della posizione) nel mondo del lavoro, attraverso l'acquisizione di una concreta specifica professionalità e metodologia di ricerca.

Dalla collaborazione tra il Master e il Parco Termale di Uliveto è nato un concreto esempio di personalizzazione della cura della salute: il Percorso Personalizzato del Ben-essere, coordinato dalla Psicologa Ilaria Genovesi.

All'interno del Parco Termale di Uliveto, ambiente naturale, unico in cui l'armonia della natura si unisce ai benefici delle acque termali, nasce e si inserisce il "Percorso personalizzato del Ben-essere", un progetto che vede all'opera un'équipe multidisciplinare coordinata dalla dottoressa Ilaria Genovesi che, in stretta collaborazione, offre a chiunque voglia intraprendere questo percorso, i mezzi e gli strumenti che l'individuo mette in atto per ritrovare il proprio equilibrio psicofisico.

Tutte le persone (bambini, adolescenti, adulti, anziani), i gruppi, le famiglie, tutti coloro che vogliono stare meglio con se stessi e con gli altri, sia di giorno che di notte, possono affidarsi al Tutor del Ben-essere, una nuova figura professionale pronta ad accogliere e valutare la reale situazione psicofisica della persona, progettando un percorso personaliz-

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

zato che si bilancia ed integra secondo le specifiche esigenze.

Nel concreto, l'intervento si sviluppa partendo da un incontro preliminare e propedeutico con lo psicologo-Tutor, finalizzato ad individuare le risorse e le caratteristiche personali dell'utente attraverso la compilazione del Questionario Dinamico Multidisciplinare Integrato del Benessere (QDMI), caratterizzato da domande riguardanti diverse dimensioni dell'essere umano: dalla sfera emotiva a quella relazionale, le caratteristiche fisiche e comportamentali, lo stile alimentare, il ritmo sonno/veglia e gli aspetti legati alla motricità.

Dalla compilazione del QDMI emergono punti di forza e punti di debolezza della persona, al fine di co-costruire un percorso personalizzato (5), ad hoc, in cui le diverse professionalità si integrano tra loro per consentire all'utente di ritrovare l'equilibrio psicofisico attraverso una sana alimentazione, una corretta idratazione dell'organismo e della pelle, una adeguata attività motoria, la ricerca dell'armonia dei ritmi sonno/veglia, una migliore consapevolezza di sé.

Lo scopo principale del Percorso personalizzato del Benessere è quello di coinvolgere la persona nel suo insieme, agire sui disagi più profondi, prevenire i rischi per la salute, promuovere stili di vita sani, risvegliare e rigenerare la persona rendendola più consapevole del proprio stato di salute con una rinnovata armonia interiore. L'individuo diventa così non solo partecipe, ma bensì protagonista del percorso, in modo da entrare in possesso di un controllo attivo della propria salute e saper quindi affrontare con maggiore efficacia le implicazioni socio-emotive della vita lavorativa, relazionale ed affettiva.

Il lavoro dello Psicologo Tutor è quello di creare nuove opportunità per stare bene e promuovere una qualità della vita che permetta all'individuo di sentirsi soddisfatto e realizzato, supportandolo nella guida e nella conquista di un benessere a lungo termine. Questo è un punto importante del percorso: il benessere a lungo termine. Non basta infatti recarsi in una palestra, in un centro benessere, in una beauty farm o altro, se non portiamo con noi, oltre agli effetti

immediati dei trattamenti, quegli strumenti che ci consentono di ritrovare e mantenere una dimensione di riequilibrio ed armonia psicofisica. Si rischia, se limitati all'immediato, di rendere inutile il trattamento, in quanto vissuto passivamente e senza la giusta volontà della persona ad acquisire quegli strumenti e strategie di intervento sulla realtà che, una volta terminato il percorso, la rendano capace di controllare da sola, autonomamente, la sua nuova dimensione.

Un notevole contributo al percorso personalizzato del Ben-essere è offerto dalla splendida cornice del Parco Termale di Uliveto, risorsa importante che mette la persona nelle condizioni ideali per ascoltarsi e ritrovarsi, prendere consapevolezza di sé, del proprio corpo e della propria mente, delle più piccole sensazioni, così come delle emozioni più nascoste.

Il Parco offre importanti opportunità al Percorso, mettendo a disposizione le sue risorse e i suoi valori come ad esempio la terapia idroponica, in quanto l'acqua di Uliveto - acqua della salute - è un'acqua microbiologicamente pura, effervescente naturale, bicarbonato calcica, che aiuta l'attività digestiva perché ricca di preziosi minerali sciolti in forma ionica.

Altro contributo è offerto dalla piscina, che vanta di una collocazione unica ed originale: incastonata nel verde tra piante secolari, ai piedi del Monte Pisano costellato dal verde argenteo degli ulivi e dove, quasi a bordo piscina, sorge l'incantevole Chiesa romanica di S. Martino al Bagno Antico. Il tutto protetto da magnifici e maestosi alberi secolari, che offrono l'opportunità di passeggiare serenamente sotto le loro fronde, negli ampi spazi e nei graziosi giardini e viali del Parco, ammirando lo scorrere delle acque del fiume Arno che lo costeggiano.

Ancora, al Parco Termale di Uliveto si promuove il benessere anche attraverso la salute alimentare, con i prodotti della filiera corta: "Il Paniere del Benessere". Nel mese di Maggio si sono svolti due laboratori destinati a bambini e ragazzi delle scuole presenti sul territorio. I temi sono stati: "La Pasta al germoglio di grano e l'Olio" a cura dell' Antico Pasti-

ficio Morelli e del Frantoio di Vicopisano e "Fare il Formaggio" a cura dell' Azienda Agricola Strido Fattoria Lydia Riparbella. Durante i laboratori, esperti della comunicazione, agronomi e alimentaristi, assieme agli insegnanti e responsabili delle aziende promotrici, hanno istruito e coinvolto i ragazzi nella conoscenza e preparazione degli alimenti.



Infine, il Parco Termale di Uliveto permette ai suoi ospiti di essere *attori-autori* del proprio ben-essere, quello più vicino alle proprie potenzialità e necessità, promuovendo il "Percorso Vita", ovvero uno spazio "circolare" dove vengono strutturati dei punti di lavoro in stazioni, predisponendo esercizi motori che prendano in considerazione tutte le abilità dell'individuo, i limiti e le aspettative, integrandole con una proposta vivace che porti anche divertimento e che stimoli il graduale cambiamento dello stile di vita e favorisca l'autodeterminazione della persona.

Riferimenti Bibliografici

- 1) Von Korff M., Tiemens B. (2000). Individualized stepped care for chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172:133-137.
- 2) Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva WHO, 2002.
- 3) Preparing a health care workforce for the 21st century The challenge of the chronic conditions. Geneva WHO, 2005.
- 4) Bonino F., Murri L. (2008). DNA della Salute. Torino: Edizioni Medico Scientifiche.
- 5) Genovesi I. (2008). Un Tutor per personalizzare il Ben-essere. Pisa: Edizioni Plus, in press.

Per informazioni ed appuntamenti:
Sig.ra Nicoletta Frandi 3 4 0 - /9235488

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

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

Praticare solo rapporti protetti puo' rendere nullo il matrimonio

Se la coppia non concepisce figli in quanto pratica solo rapporti protetti, sia pure per motivi di salute, le nozze sono nulle, e questo anche se non sono previsti, dalla legge italiana, obblighi connessi a doveri di procreazione. E cio' deriva dalla legislazione concordataria, non incompatibile con l'ordinamento civile.

Questo principio e' stato affermato dalla Corte di Cassazione (Sentenza n. 814/2009) che ha ratificato l'annullamento di un matrimonio concordatario per esclusione del 'bonum prolis' stabilito dal Tribunale ecclesiastico. La decisione del Tribunale ecclesiastico "non trova ostacolo nella circostanza che la legge statale" non consideri i figli "essenziali allo sviluppo dell'unione coniugale".

La coppia interessata, al momento delle nozze, era al corrente del fatto che lui da una malattia grave che attraverso i rapporti sessuali si sarebbe potuta trasmettere sia alla moglie sia all'eventuale feto, per cui aveva deciso di avere solo rapporti protetti. Il Tribunale Ecclesiastico del Lazio, aveva annullato le nozze e la

sentenza era stata ratificata dalla Sacra Rota.

Il Tribunale italiano aveva successivamente convalidata la sentenza ma la donna eccepiva un presunto contrasto con l'art. 32 della Costituzione per cui si rivolgeva alla Cassazione.

La Suprema Corte respingevano il ricorso, in quanto "la dichiarazione di efficacia nella Repubblica della sentenza ecclesiastica che dichiara la nullità di un matrimonio concordatario per esclusione del 'bonum prolis' nell'ipotesi in cui questa intenzione sia stata manifestata da un coniuge e accettata dall'altro, non trova ostacolo, sotto il profilo dell'ordine pubblico, nella circostanza che la legge statale non include la procreazione fra i doveri scaturenti dal vincolo matrimoniale, vertendosi in tema di diversità di disciplina dell'ordinamento canonico rispetto all'ordinamento interno, che non incide sui principi essenziali di quest'ultimo, né sulle regole fondamentali che in esso definiscono l'istituto del matrimonio".

La "non menzione della procreazione tra i doveri nascenti dal matrimonio non significa che, se un diverso ordinamento

valorizzi tale circostanza, si verifichi un radicale contrasto con qualche principio fondamentale dell'ordinamento statale, che non solo non prevede alcun principio essenziale di non procreazione, ma configura il matrimonio come fondamento della famiglia, finalizzato cioè alla formazione di quella società naturale comprendente anche i figli, quale normale, anche se non essenziale sviluppo dell'unione coniugale, come e' evidenziato dall'ampia normativa che disciplina e tutela la procreazione e la prole in una precisa analisi di diritti e doveri". Concludeva la Corte: "la nullità del matrimonio concordatario è stata dichiarata per la concorde esclusione del 'bonum prolis' da parte di entrambi i coniugi e, quindi, per una causa che la giurisprudenza di questa Corte, per quel margine di maggiore disponibilità che lo Stato si è imposto, in materia matrimoniale, nei confronti dell'ordinamento canonico rispetto agli altri ordinamenti stranieri, ha costantemente riconosciuto non essere incompatibile con l'ordine pubblico italiano".

Anche la satira politica, se volgare, e' diffamazione

La Cassazione conferma che si rischia una condanna per diffamazione allorché gli esponenti politici vengano raffigurati con simboli volgari. (sentenza 6740/2009)

Chi protesta contro le autorità facendo ricorso ad una simbologia palesemente volgare non può essere giustificato dal diritto di critica allorché il simbolo volgare supera la soglia della continenza ed espone alla derisione.

La Quinta sezione penale della Corte ha confermato una condanna inflitta ad un barista che aveva esposto un cartello che

riproduceva un pene, sulla cui cima figuravano i nomi del sindaco e sotto i nomi del vicesindaco e del capogruppo nel consiglio comunale.

Gli esponenti così rappresentati si erano sentiti diffamati ed avevano per questo sporto querela che aveva portato ad una condanna per diffamazione.

Il commerciante si era rivolto alla Cassazione rivendicando il suo diritto di critica e sostenendo che la sua iniziativa fosse da ricondurre nell'ambito di una normale satira politica.

La Corte respingeva il ricorso ricordando che sussiste "l'esimente del diritto di

satira, rappresentazione che mira all'ironia sino al sarcasmo e all'irrisione di chi esercita un pubblico potere, esasperando la polemica intorno alle opinioni e ai comportamenti del soggetto preso di mira" a patto che non "prescinda dal canone della verità" e che non si "sottragga al limite della continenza". Nel caso in oggetto, spiega però la Corte, il barista ha utilizzato una "volgarità grafica simbolica" superando "la soglia della continenza, in quanto si rivelava irrispettosa dei valori dell'individuo ed esponeva i soggetti passivi al ludibrio della loro immagine".

SMS di derisione alla moglie tradita? Reato di molestia

E' episodio frequente (benche' spesso solo anedddotico) che l'amante "scaricata" o anche solo desiderosa di forzare la situazione si faccia carico dell'impegno di comunicare dettagliati

resoconti alla moglie del fedifrago. Ora la Cassazione e' intervenuta stabilendo che queste comunicazioni costituiscono molestia penalmente perseguibile in quanto chi riceve messaggi del genere

viene leso nella sua dignità e a nulla rileva il fatto che il tradimento fosse noto (Cassaz. I pen. sentenza 28852/2009)

Una donna calabrese aveva spedito 5

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

sms alla moglie del suo ex amante per rivelarle il tradimento del marito. In questi sms, oltre a far riferimento alla relazione sentimentale clandestina dell'uomo, la donna riportava delle "asserite espressioni dell'uomo in termini sprezzanti nei confronti della compagna". Citata in Tribunale, l'amante vendicativa veniva condannata in primo grado in quanto i giudici consideravano tale com-

portamento inammissibile e lesivo "della dignità oltre che del decoro e dell'onore della persona offesa" anche se i messaggi erano stati pochi.

La donna presentava ricorso, facendo presente che la relazione clandestina era già stata scoperta e che non si può parlare di molestia a fronte di un numero irrisorio di sms, ma questa linea non ha trovato l'appoggio della Cassazione che

(I Sez Penale, sent. 28852/2009) confermava la condanna della donna, la multa di 300 euro inflitta in primo grado, mettendo inoltre a suo carico le spese processuali per altri 1000 euro. Nel respingere il ricorso la Corte ha sottolineato che non sia rilevante la lunghezza dei messaggi in quanto la molestia "può essere arrecata anche mediante l'invio di brevi messaggi di testo". .

SMS al marito dell'amante? Violenza privata

Un'altra sezione della Cassazione (la V) ha adottato un criterio perfino più severo in un caso opposto al precedente: qui un uomo che inviava sms al coniuge della sua amante per indurlo a recedere da ogni riconciliazione, è stato condannato per violenza privata (sentenza 31758).

La Corte ha sottolineato che un messaggio inviato a un coniuge tradito per indurlo a rinunciare alla riconciliazione con la moglie sia qualcosa di più di una semplice molestia, bensì una vera e propria "violenza morale" condannabile

in base al reato punito dall'art. 61 c.p.

Così è stato condannato Carmine S., di Napoli, per avere inviato sms al marito della sua amante per indurlo a non riconciliarsi, e minacciando altresì la donna di diffondere materiale audiovisivo con i loro rapporti sessuali se non avesse ripreso la relazione con lui.

Carmine era stato condannato sia in primo che in secondo grado, ed era ricorso in Cassazione sostenendo che i messaggi spediti al marito della sua amante non potevano essere considerati violenza privata. La Cassazione ha però re-

spinto il ricorso rilevando che "i messaggi inviati al marito adombrano chiaramente una condotta di violenza privata ai danni del marito di Ester C. e denotano la conferma solare della violenza morale attuata nei confronti della donna". Si tratta di una condotta dolosa, in quanto "il dolo dell'illecito contestato che consiste nella finalità di costringere la donna a riprendere la relazione extracongiugale". Il ricorso di Carmine S. è stato respinto, con condanna al pagamento delle spese processuali e di un'ammenda aggiuntiva.

Le diete vegetariane secondo l'American Dietetic Association

L'American Dietetic Association (ADA) si è espressa circa le diete vegetariane affermando che esse, se accuratamente pianificate, sono sane, nutrizionalmente adeguate e possono garantire alcuni benefici nella prevenzione e nel trattamento di determinate malattie. Questo giudizio complessivo comprende anche le diete totalmente vegetariane.

L'ADA ha espresso un giudizio di adeguatezza in tutte le condizioni di vita, anche quelle considerate più "difficili" (come la gravidanza e l'allattamento) e in tutte le età e fasi della vita, età neonatale e infantile e adolescenza,

senza tralasciare gli atleti.

A giudizio dell'ADA anche le diete totalmente vegetariane rispondono a tutti i criteri circa i contenuti di nutrienti essenziali quali proteine, acidi grassi n-3, ferro, zinco, iodio, calcio e vitamine D e B12 con un basso contenuto in grassi saturi e colesterolo e un contenuto elevato in frutta, verdura, granaglie integrali, frutta a guscio, derivati della soia, fibre e sostanze fitochimiche. Per questi motivi sono associate a un basso tasso di mortalità per cardiopatia ischemica, nonché a minori livelli di colesterolo LDL, ipertensione e diabete di tipo 2,

con minore BMI e minori tassi tumorali complessivi. Un problema è però costituito dall'estrema variabilità delle pratiche dietetiche fra i vegetariani, per cui i giusti criteri vengono frequentemente non rispettati e le diete risultano spesso, nella pratica, inadeguate e carenti di alcuni componenti essenziali. Per questo motivi l'ADA sottolinea il ruolo dei nutrizionisti nell'educazione alimentare dei pazienti vegetariani.

J Am Diet Assoc 2009; 109: 1266-82

Vietato ai magistrati schierarsi politicamente

La Corte Costituzionale limita l'impegno politico dei Magistrati: vietato schierarsi politicamente anche se fuori ruolo.

Secondo la sezione disciplinare del

CSM, il divieto di iscriversi a partiti politici contrasterebbe con la Costituzione che riconosce a ogni cittadino di associarsi liberamente in partiti e la possibilità per un magistrato, purché fuori

ruolo, di candidarsi alle elezioni.

La Corte Costituzionale è stata pro di diverso avviso.

È inalienabile la libertà di avere una propria idea politica, tuttavia la Corte con-

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

ferma il divieto per i giudici di iscriversi a partiti politici e movimenti.

Il divieto è stato riaffermato da una sentenza della Consulta in cui si ricorda che nell'assumere degli incarichi i magistrati, anche se fuori ruolo, non devono apparire "organicamente schierati", mentre di fatto attualmente molte toghe fuori ruolo ricoprono funzioni certamente non apolitiche.

La Consulta ha sottolineato che ai magi-

strati non solo è fatto divieto di iscriversi formalmente ai partiti ma è anche precluso l'organico schieramento con una delle parti politiche. In entrambi i casi si rischia di condizionare l'esercizio indipendente ed imparziale delle funzioni della magistratura compromettendone l'immagine.

In sostanza i Magistrati "per dettato costituzionale (artt. 101, secondo comma, e 104, primo comma, Cost.), debbono

essere imparziali e indipendenti e tali valori vanno tutelati non solo con specifico riferimento al concreto esercizio delle funzioni giudiziarie, ma anche come regola deontologica da osservarsi in ogni comportamento al fine di evitare che possa fondatamente dubitarsi della loro indipendenza ed imparzialità".

Vedremo cosa succederà ...

Fonte: studiocataldi.it

Procede l' iter sulla Mediazione obbligatoria per la malasanità'

Sta per diventare obbligatoria, dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri del decreto legislativo di attuazione della delega della legge per la riforma del processo civile (l. del 18 giugno 2009, n.69) l' istituto, abbastanza nuovo per l' Italia ma ampiamente sperimentato all' estero, della "Mediazione". Di tale istituto abbiamo già parlato in precedenti articoli. Lo scopo è quello di alleggerire il carico del processo civile e di attuare le direttive comunitarie in

materia (dir. del 21 maggio 2008, 2008-/52/Ce).

Le nuove disposizioni dispongono che la mediazione sarà obbligatoria in materia di liti in materia di condominio, locazione, responsabilità medica e contratti bancari, finanziari e assicurativi. e costituirà requisito indispensabile prima di procedere ad un procedimento giudiziario.

Va sottolineato che la Mediazione è procedura diversa dalla Conciliazione e

non costituisce implicita ammissione di responsabilità'.

In altri settori la mediazione può essere attivata facoltativamente in alternativa al giudizio, e viene incoraggiata mediante agevolazioni fiscali. Il decreto dovrà compiere ancora alcuni passaggi prima di essere definitivo. Può costituire, se ben applicato, un buon meccanismo disincentivante per le cause di rivendicazione contro i medici. Ne riparleremo dopo approvazione definitiva

Ultimissime: i medici non devono denunciare i clandestini!

Lo dice il Ministero dell' interno con la circolare n. 12/2009, che chiarisce e conferma: il reato di clandestinità non è perseguibile d' ufficio (come già sostenuto anche da chi scrive), quindi l' obbligo di denuncia non esiste; restano in vigore le norme precedenti. Inoltre, si chiarisce, l' extracomunitario non è tenuto, in occasione di prestazioni sanitarie, a presentare il permesso di soggiorno. Cade così una polemica che, in modo alquanto strumentale, aveva agitato la categoria. A presto ulteriori informazioni.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE—novembre 2009

La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti—Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Decreto legislativo n. 150 del 27.10.09 (Gazzetta Ufficiale n. 254 del 31.10.09 - Supplemento ordinario n. 197)

ATTUAZIONE DELLA LEGGE 4 MARZO 2009, N. 15, IN MATERIA DI OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO PUBBLICO E DI EFFICIENZA E TRASPARENZA DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
L'articolo 69 di questo provvedimento, che ulteriormente modifica l'articolo 55 del decreto legislativo n. 165/91, puntualizza nuovamente le problematiche inerenti le assenze per malattia dei pubblici dipendenti e ribadisce i doveri e le responsabilità dei medici nel rilasciare le certificazioni di malattia.

In particolare:

- articolo 55 quinquies: affronta l'aspetto legato alla falsa certificazione medica
- articolo 55 septies: si riparla di invio per via telematica della certificazione medica di malattia
- articolo 55 octies: affronta la problematica della permanente inidoneità psicofisica del lavoratore.

Decreto legislativo n. 153 del 03.10.09 (Gazzetta Ufficiale n. 257 del 04.11.09)

INDIVIDUAZIONE DI NUOVI SERVIZI EROGATI DALLE FARMACIE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, NONCHÈ DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INDENNITÀ DI RESIDENZA PER I TITOLARI DI FARMACIE RURALI, A NORMA DELL'ARTICOLO 11 DELLA LEGGE 18 GIUGNO 2009, N. 69

Questo provvedimento prevede che le farmacie possano erogare nuovi servizi, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale,

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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

che vanno dalla partecipazione, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, al servizio di assistenza domiciliare integrata (dispensazione e consegna domiciliare di farmaci, dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta, messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti), alla collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali, alla erogazione di servizi di primo e secondo livello (ad esempio: effettuazione di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo), alla prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e al ritiro dei relativi referti.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 15.10.09 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17.11.09)

MODIFICA ALLA NOTA AIFA 56, DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

Non sono state apportate modifiche sostanziali a questa nota; sono state in minima parte modificate le sezioni "background" ed "evidenze disponibili"

Il provvedimento entra in vigore dal 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, e quindi dal 02.12.2009.

Legge n. 172 del 13.11.09 (Gazzetta Ufficiale n. 278 del 28.11.09)

ISTITUZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE E INCREMENTO DEL NUMERO COMPLESSIVO DEI SOTTOSEGRETARI DI STATO

Con questa legge rivede la luce il Ministero della salute.

Il provvedimento modifica precedenti norme legislative in modo da rendere possibile l'istituzione del 13° ministero.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Lansoprazolo Arrow - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:
malattia da reflusso gastroesofageo sintomatica.

Metformina Hexal - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:
nei bambini di età superiore ai 10 anni e negli adolescenti, metformina cloridrata può essere utilizzata come monoterapia o in combinazione con insulina.

Zeldox - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica per le capsule rigide:
trattamento di episodi maniacali o misti di gravità moderata associati al disturbo bipolare negli adulti e nei bambini ed adolescenti di età compresa tra 10 e 17 anni.

Neo-Lotan - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:
trattamento dell'ipertensione essenziale in bambini e adolescenti di età compresa tra i 6 e 16 anni.

Depakin - Modificata la posologia:
Nel trattamento della mania correlata ai disturbi bipolari la dose iniziale consigliata è 20 mg/kg/die. La dose deve essere incrementata il più rapidamente possibile in modo da raggiungere la dose terapeutica più bassa con cui si ottiene l'effetto clinico desiderato. Il dosaggio di mantenimento consigliato per il trattamento dei disturbi bipolari è compreso tra 1000 e 2000 mg al giorno. In casi eccezionali la dose può essere aumentata fino, e non oltre, a 3000 mg al giorno. Le dosi devono essere aggiustate in accordo alla risposta clinica individuale. La profilassi deve essere stabilita su base individuale, alla dose efficace più bassa.

Copaxone - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:
trattamento di pazienti che hanno manifestato un primo episodio clinico ben definito e che sono considerati essere ad alto rischio di sviluppare sclerosi multipla clinicamente definita.

Xolair - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica relativamente alla somministrazione a bambini di 6-12 anni:
come terapia aggiuntiva, per migliorare il controllo dell'asma in pazienti con asma allergico grave persistente che al test cutaneo o di reattività in vitro sono risultati positivi ad un aeroallergene perenne e hanno frequenti sintomi diurni o risvegli notturni e in pazienti con documentate esacerbazioni asmatiche gravi ripetute, nonostante l'assunzione quotidiana di alte dosi di corticosteroidi per via inalatoria, più un beta2-agonista a lunga durata d'azione per via inalatoria.

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

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

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