

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 2

Febbraio 2009

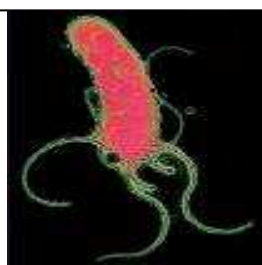
Prossima rivoluzione della Medicina Territoriale

*Obbligo di associarsi, di collegarsi in rete, di inviare report.
Obbligatoria, per TUTTI i medici, la posta elettronica certificata*

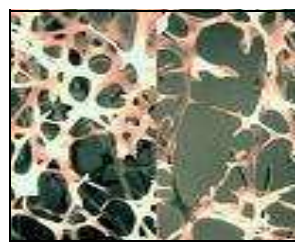
Mentre scriviamo ci informo che il Consiglio dei Ministri avrebbe approvato le disposizioni contenute nella cosiddetta "preintesa" della Medicina Generale. Verranno quindi rivoluzionate abitudini consolidate e ormai acquisite. Si prescrivono inoltre nuovi obblighi tecnologici (v. pag 13). Per facilitare i neo-informatizzati sono nati programmi che permettono l'inserimento nei gruppi senza obbligare la scelta del sw. Si veda su <http://www.mmg-net.it/>

Rapporto tra testosterone e cancro della prostata: un concetto da rivalutare

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA



**Helicobacter:
Eradicazione
(pag.6)
Tumori (pag. 9)**



La dieta dimagrante favorisce l'osteoporosi



**La Posta Elettronica
Attenzione alle leggi!**

Parte 2: La riservatezza delle email dirette e delle mailing—list

Sempre in busta chiusa le ricette del Medico di Famiglia?

Colon irritabile? Sfruttare l'effetto placebo!

Nell'Artrite Reumatoide il cortisone e' meglio di sera



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>

Posta elettronica: attenzione alle leggi! (parte II: la riservatezza)	Pag. 3	
La violenza domestica e' causa di veri danni alla salute, fisica o psichica	Pag. 5	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
La cura dimagrante, in menopausa, favorisce l' osteoporosi	Pag. 6	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it
Poco utile lo screening sistematico dell'Helicobacter Pylori	Pag. 6	
Sfruttare l' effetto placebo nel colon irritabile	Pag. 7	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
Le convulsioni febbrili infantili non aumentano la mortalita'	Pag. 7	
Testosterone e cancro alla prostata: una leggenda da sfatare?	Pag. 8	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore) Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Il rischio di recidiva di cancro gastrico si riduce dopo eradicazione dell' HP	Pag. 9	Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@gmail.com Cell. 333/5961678
Il cortisone funziona meglio di notte, nell' artrite reumatoide!	Pag. 9	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Alcune sentenze della Corte Costituzionale su libera professione degli ospedalieri e sulla nomina dell' Amministratore di sostegno.	Pag. 10	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Il medico non puo' arrogarsi scelte terapeutiche senza consenso	Pag. 11	
Obbligatorio: tutti i medici con la casella di posta elettronica certificata	Pag. 11	
Il medico DEVE informare il paziente delle sue malattie	Pag. 12	
Ricette e prescrizioni in busta chiusa?	Pag. 12	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	
News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)	Pag. 14	
Alte dosi di acqua minerale Rocchetta incrementano il potere depurativo renale	Pag. 14	



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>

Posta elettronica: attenzione alle leggi! (parte II: la riservatezza)

Violazione della riservatezza della posta elettronica.

La Posta elettronica (diretta o indiretta, tramite mailing list) non può essere "girata" senza consenso. Si concretizza un reato penale.

Come abbiamo accennato in precedenza, la tutela della riservatezza epistolare è costituzionalmente garantita dall' art. 15 della Costituzione e dall' Art. 616 del Codice Penale, che ne rappresenta lo strumento operativo, e che estende espressamente tale tutela alla posta elettronica.

Eppure molto spesso le regole di riservatezza vengono platealmente ignorate, specialmente nelle discussioni di gruppo, con comportamenti che potrebbero facilmente sconfinare nel codice penale. E' assolutamente necessario che gli utenti ne prendano coscienza.

La posta elettronica gode quindi di riservatezza al pari della comune posta cartacea?

Si'. La tutela della riservatezza epistolare è costituzionalmente garantita dall' art. 15 della Costituzione ("*La libertà e di ogni altra forma di comunicazione sono inviolabili*"); questo enunciato teorico è stato quindi "calato" nella concretezza dei Codici di legge, come diremo.

Quali sono i principi essenziali da rispettare?

La Posta Elettronica (P.E.) non deve essere trasmessa a terzi senza il consenso dell' autore, e non può essere alterata o modificata, né se ne può prendere conoscenza "abusivamente"...

I messaggi inviati a mailing-list con centinaia di iscritti, sono da considerare ugualmente rimanere riservati?

Si'. Per mailing-list chiusa si intende una comunità i cui appartenenti si sono sottoposti ad iscrizione ed hanno comunicato i propri dati personali, per cui si tratta di persone identificate o identificabili.

In questo caso godono della stessa tutela di riservatezza della posta normale (Tar Lazio, sez. I, 15.11.2001, n. 9425) (2)

Permane l' obbligo di riservatezza in quanto i destinatari, sebbene multipli,

sono esattamente individuati, e non si tratta di comunicazioni "erga omnes" (Trib. di Milano, sez. I civile, Sent.8037, 5 giugno 2007) (3)

Anche il Garante Privacy, come diremo, si è espresso negli stessi termini (4)

Ci sono eccezioni?

L' eccezione è costituita dalle email inviate a gruppi "aperti", senza selezione degli appartenenti. In questo caso l' email può essere assimilata ad una "lettera aperta", e può essere diffusa (ma non alterata) a terzi

Oltre al Codice Penale, viene violata anche la Legge Privacy (D.Legisl. 196/2003)?

Si'.

Il Garante ha stabilito (Comunicato n. 23 del 12/7/99) (4) che la corrispondenza intercorsa nelle mailing-list è da considerare personale. La violazione si verifica già per la semplice diffusione di dati personali, ma è più grave se vengono diffusi dati sensibili (5). Cio' è stato ribadito anche dalla Magistratura civile (6).

Può essere diffusa senza consenso posta elettronica "innocente", che non danneggi l' autore?

No.

Infatti non ha rilevanza il contenuto dei messaggi, in quanto il bene tutelato è la corrispondenza in se', considerata dalla legge per se' stessa segreta indipendentemente dalla segretezza o non segretezza del suo contenuto (Cass., 1.10.1997, Reali, CED 208613, Guida al diritto 1997, n. 41, pagg. 82 e ss.). Trattandosi però di un reato perseguibile a querela della persona offesa, difficilmente si incorrerà, se il contenuto è innocente, nei rigori della legge.

Può essere diffusa la posta elettronica appellandosi al diritto di critica e di cronaca, tutelati dalla legge?

No.

Le esimenti sopra citate, che proteggono la libertà di cronaca e di critica escludendo la punibilità degli autori, si applicano ad altre forme di reato (diffamazione) ma non al reato di violazione di segreto epistolare (Trib. Mila-

no, sent. citata)

Esistono casi in cui il diritto di riservatezza cede a fronte di altri diritti?

L' opinione dello scrivente è che sia lecito derogare solo in difesa di un diritto di rango superiore (es.: un iscritto ad una mailing list confessa di stare preparando un attentato).

Più realisticamente, possibilità di deroga dall' obbligo di riservatezza si verifica allorché si debba difendere in Tribunale il proprio onore in caso di ingiuria o diffamazione effettuato con email private o in una mailing list. Tuttavia, attenzione: la trasmissione va fatta alle Autorità e con le regolari procedure e non, per esempio, a terze persone non legittimate.

Esistono altre normative a tutela della riservatezza della P.E.?

Si'.

Ad es. il dlgs 82/2005 ("segretezza della corrispondenza trasmessa per via telematica") (7).

Possono poi esistere norme private di tipo "contrattuale": ad esempio il server Yahoo, uno dei maggiori fornitori mondiali di questi servizi, stabilisce nel suo regolamento un obbligo di riservatezza sui contenuti non inseriti nelle aree pubbliche (8).

E' importante anche il parere espresso dal Consiglio Superiore della Magistratura [CSM, parere n°197/2002 del 3.6.2002 - Ufficio Studi e documentazione]: "*si ritiene che le comunicazioni inviate dagli aderenti ad una mailing list abbiano natura di comunicazioni private e siano soggette alle disposizioni di legge che tutelano la riservatezza*".

I Moderatori possono avere responsabilità?

Si', diverse da caso a caso.

In realtà non esistono ancora pareri univoci a proposito della responsabilità dei moderatori, essendosi occupata la giurisprudenza soprattutto della figura dei provider.

Va comunque sottolineato che parte della dottrina ritiene che il provider sia da considerarsi autore del reato di diffusione in rete di contenuti illeciti, *specie*

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>

per via informatica e telematica, c.d. posta elettronica, deve essere tutelata alla stregua della corrispondenza epistolare o telefonica ed è, quindi, caratterizzata dalla segretezza". (Tar Lazio, sez. I, 15.11.2001, n. 9425)

(3) *Nel caso di email aventi destinatari multipli (come per le mailing-list) non viene meno la tutela giuridica della segretezza in quanto la pluralità di destinatari non comporta l'indeterminatezza degli stessi. Solo gli iscritti, esattamente individuati, possono accedere alla lista; sussiste pertanto la personalità della comunicazione, che non si identifica con l'unicità, ma consiste nella predeterminazione dei destinatari, cui il mittente intende inviare il proprio messaggio di posta elettronica, quelli e non altri.* (Trib. di Milano, sez. I civile, Sent.8037, 5 giugno 2007).

(4) *"I messaggi che circolano, via Internet, nelle liste di posta elettronica e nei newsgroup ad accesso limitato devono essere considerati come corrispondenza privata e in quanto tali non posso-*

no essere violati" Garante Privacy, comunicato n. 23 del 12/07/1999)

(5) Secondo il Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003) per dato personale deve intendersi *qualsunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale; mentre dati sensibili sono quei dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.*

(6) essendo stati trasmessi anche dati personali dell'autore (nome, cognome, posizione lavorativa e sede) il Tribunale Civile di Milano (sentenza

Sent.8037 già citata) ha sentenziato che *"Sussiste pertanto la lamentata lesione del diritto alla riservatezza, che si affianca alla violazione del segreto epistolare"*.

(7) art. 49 - *"Gli addetti alle operazioni di trasmissione per via telematica di atti, dati e documenti formati con strumenti informatici non possono prendere cognizione della corrispondenza telematica, duplicare con qualsiasi mezzo o cedere a terzi a qualsiasi titolo informazioni anche in forma sintetica o per estratto sull'esistenza o sul contenuto di corrispondenza, comunicazioni o messaggi trasmessi per via telematica, salvo che si tratti di informazioni per loro natura o per espresa indicazione del mittente destinate ad essere rese pubbliche"*.

(8) "Norme Generali di Uso" del server Yahoo, vincolanti per tutti gli utenti, reperibili all'indirizzo <http://it.docs.yahoo.com/info/utos.html>

Danni alla salute da violenze domestiche

Secondo uno studio effettuato sotto l'egida dell'OMS la violenza domestica, intima e/o fisica, comporta una serie di sequele importanti che influiscono negativamente sulla salute della vittima.

In questo studio di tipo osservazionale, effettuato sotto l'egida dell'OMS, sono state intervistate 24.097 donne (età 15-49 anni). L'intervista verteva sulle esperienze di violenza fisica e/o sessuale subita da parte di un partner maschile (attuale o pregresso); inoltre venivano chieste alle donne informazioni circa la presenza di sintomi mentali e fisici. Infine, alle donne che riferivano di aver subito violenza fisica, si chiedeva anche quale tipo di lesioni fosse risultato da tale atto.

Si è trovata una associazione significativa tra l'aver subito violenza e il riferire un cattivo stato di salute (OR 1,6; 1,5-1,8). Inoltre l'aver subito violenza risultava associato a problemi specifici comparsi nelle precedenti 4 settimane: difficoltà a deambulare, difficoltà a svolgere le normali attività quotidiane, dolore, perdita di memoria, vertigini, perdite vaginali. Le donne che avevano subito almeno un episodio di violenza nella vita riportavano più spesso stress emotivo, pensieri suicidi, tentativi di suicidio. Tra il 19% e il 55% delle donne che avevano subito un abuso fisico da parte del partner avevano riportato un qualche tipo di lesione.

Gli autori concludono che la violenza intima da parte del partner, oltre ad esse-

re una palese violazione dei diritti umani, risulta associata a conseguenze gravi sulla salute.

Fonte:

Lancet 2008; 371:1165-1172

Commento di Renato Rossi

Uno studio che deve far riflettere. Purtroppo la violenza domestica è spesso misconosciuta e per questo anche sottovalutata. Secondo dati americani un abuso di tipo fisico, sessuale o psicologico in famiglia riguarderebbe circa quattro milioni di donne ogni anno con un rischio da 7 a 14 volte maggiore di subire violenza in famiglia rispetto all'uomo [1]. Secondo alcune ricerche la violenza domestica riguarderebbe addirittura due donne su cinque [2] e si calcola che, in molte popolazioni, colpisca dal 20% al 50% delle donne, e che dal 3% al 50% dei casi si sia verificata recentemente, nell'ultimo anno [3]. Secondo dati dell'organizzazione NONDASOLA [4], nei 10 Centri Antiviolenza della regione Emilia-Romagna, sono stati registrati, nel corso del 2000, ben 1119 casi di donne che hanno subito violenza. Nel 79% dei casi gli autori della violenza erano partner o ex-partner mentre nel 7% dei casi si trattava di parenti. Per quanto riguarda il tipo di violenza subita, nel 57% dei casi è di tipo fisico (schiaffi, pugni, calci, ecc.) e nel 26% di tipo sessuale.

Alcune situazioni che dovrebbero far pensare alla possibile esistenza di vio-

lenza familiare sono: presenza di disturbi psichiatrici nel paziente o nel partner, storia di numerose, pregresse lesioni traumatiche, storia di alcolismo, abuso di sostanze o farmaci nella paziente e/o nel partner. Il rischio aumenta se presenti, associati, i seguenti fattori: basso stato economico, giovane età della donna, prole numerosa, razza nera, bassa scolarità, storia di ansia e/o depressione nella paziente o di numerose consultazioni per disturbi mal inquadrabili (come per esempio dolori muscolo-scheletrici cronici). Lo studio recensito in questa pillola conferma che la violenza subita nelle mura domestiche non passa senza lasciare il segno: a parte lesioni di tipo fisico direttamente dovute ai traumatismi dell'atto, le donne che riferiscono di aver subito violenza fisica e/o sessuale lamentano tutta una serie di disturbi di tipo fisico e psichico, fino ad arrivare a veri e propri tentativi di suicidio. Sullo screening routinario della violenza in famiglia le varie linee guida danno raccomandazioni divergenti, in quanto mancano studi adeguati che ne abbiano valutato l'impatto sulla salute. La United Preventive Services Task Force ammette di non aver trovato prove a favore o contro lo screening routinario [5]. Al contrario l'American College of Obstetricians and Gynecologists consiglia di chiedere direttamente a tutte le donne, durante la visita, se sono sottoposte a violenza fisica o sessuale dal partner [6]. La Canadian Task Force on Preventive Health Care ha una posi-

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>

zione simile a quella della USPSTF ma sottolinea che comunque i medici siano all'erta per evidenziare eventuali segni di

abuso fisico o sessuale [7]. Quest'ultima posizione sembra la più ragionevole ed adatta al setting della Medicina Genera-

le.

Referenze su www.pillole.org

La cura dimagrante, in menopausa, favorisce l'osteoporosi

In uno studio randomizzato e controllato la perdita di peso ottenuta con un programma di modificazioni dello stile di vita ha portato ad una riduzione della massa ossea in donne in perimenopausa.

In questo RCT sono state reclutate 373 donne bianche in premenopausa (età: 44-50 anni), successivamente suddivise in modo randomizzato in due bracci: un gruppo venne sottoposto ad un programma quinquennale di modificazioni dello stile di vita (dieta a basso contenuto in grassi, esercizio e interventi per perdere peso) mentre l'altro gruppo funzionava da controllo. Dopo 54 mesi nel gruppo trattato si registrò una perdita media di peso di 0,4 kg mentre nel gruppo di controllo il peso era aumentato in media di 2,6 kg. Durante lo studio la densità minerale ossea (BMD) femorale si ridusse significativamente nel gruppo trattato rispetto al gruppo controllo, dopo aggiu-

stamento per età e BMD basale. Tuttavia dopo altri 12 mesi si riduceva tra i due gruppi sia la differenza riscontrata per il peso sia quella della BMD.

Fonte:

Park HA et al. Effects of weight control during the menopausal transition on bone mineral density. *J Clin Endocrinol Metab* 2007 Oct; 92:3809.

Commento di Renato Rossi

Che cosa si dovrebbe concludere sulla base dei risultati di questo studio? Che le raccomandazioni universalmente accettate di un sano stile di vita non sono da estendere alle donne in perimenopausa?

E' noto che in questo periodo della vita la donna è soggetta ad un rischio maggiore di aumento del peso e nello stesso

tempo di eventi cardiovascolari. Tuttavia nel gruppo che veniva trattato con un programma finalizzato alla perdita del peso in eccesso si verificò una diminuzione della BMD e questo potrebbe portare a temere un effetto negativo sull'osso, con conseguente aumento del rischio di fratture osteoporotiche. Vi è da dire, però, che la BMD è un end-point surrogato e non è noto se alla riduzione della massa ossea osservata possa corrispondere in futuro un aumento delle fratture di femore. D'altra parte i benefici della perdita di peso e di un sano stile di vita sono ampiamente dimostrati ed è improbabile che comportino, nelle donne in perimenopausa, un bilancio globale negativo sulla salute. Infine l'esiguità del campione arruolato può far ipotizzare che i risultati siano puramente casuali.

Poco utile lo screening sistematico dell'Helicobacter Pylori

In una popolazione a bassa prevalenza di infezione da *Helicobacter Pylori* lo screening generalizzato e l'eradicazione comportano benefici clinici marginali.

In questo studio danese sono stati reclutati nel 1998-1999 oltre 12.500 soggetti (età 40-65 anni), randomizzati a screening per l'*Helicobacter Pylori* (ed eradicati se positivi) oppure a gruppo di controllo.

Il gruppo eradicato rappresentava il 17,5% dei soggetti sottoposti a screening. Ad un anno dallo screening la riduzione della dispepsia risultò essere, in valori assoluti, del 4% nel gruppo screenato, mentre nessuna riduzione si ebbe nel gruppo controllo. Nei successivi 4 anni questa riduzione si mantenne costante. La qualità di vita non mostrò alcuna differenza tra i due gruppi. Lo screening ridusse, in piccola percentuale, la frequenza delle consultazioni per dispepsia e i giorni lavorativi persi, ma non la quantità di prescrizioni di farmaci anti-ulcera. L'incidenza di ulcera si

ridusse nel gruppo screenato (107 vs 148, 1% vs 1,4%, riduzione del 33%), così come l'incidenza di ulcere complicate (0,2% vs 0,3%). Il cancro gastrico si verificò in pochi casi, senza differenza tra i due gruppi.

Gli autori concludono che, in un'area a bassa prevalenza di infezione da *Helicobacter Pylori*, lo screening (associato ad eradicazione in caso di positività) ha un effetto modesto, clinicamente insignificante, nel ridurre la dispepsia, ma porta ad una riduzione dell'incidenza delle ulcere. Tuttavia lo screening comporta anche un aumento dei costi sanitari.

Fonte:

Hansen JM et al. Effect of a community screening for *Helicobacter pylori*: A 5-year follow-up study. *American Journal of Gastroenterology* 2008 May; 103:1106

Commento di Renato Rossi

E' noto che l'*Helicobacter Pylori* è associato ad un aumento del rischio di ulcera

peptica e di cancro gastrico. Si può ipotizzare quindi che uno screening di popolazione (con eradicazione se necessario) possa ridurre l'incidenza. In uno studio precedente [1] si era visto che, in realtà, lo screening ed il trattamento portavano ad una riduzione della dispepsia solamente del 5% e non avevano nessun effetto sulla qualità di vita. Ora questo nuovo studio conferma questi dati: lo screening porta a benefici probabilmente insignificanti dal punto di vista clinico su dispepsia e qualità di vita dei pazienti; anche la riduzione delle ulcere (soprattutto di quelle complicate) è limitata. Nello studio non è riscontrata una diminuzione dei casi di cancro gastrico, ma bisogna considerare che la popolazione presentava una bassa incidenza di infezione da *Helicobacter Pylori* ed una altrettanto bassa incidenza di cancro dello stomaco. Diverso è invece il discorso per quanto riguarda popolazioni in cui questa patologia neoplastica è molto più frequente: in questi casi screening e trattamento potrebbero

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>

essere efficaci. All'argomento sono già sette dedicate alcune pillole alle quali si rimanda [2,3,4].

Referenze

1. Moayyedi P et al. Effect of population screening and treatment for Helicobacter

pylori on dyspepsia and quality of life in the community: a randomised controlled trial. Leeds HELP Study Group Lancet 2000 May 13;355:1665-1669.
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2719>

3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3499>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4145>

Sfruttare l'effetto placebo nel colon irritabile

Uno studio dimostra che nel colon irritabile l'effetto placebo ottiene buoni risultati, soprattutto se associato ad una buona relazione medico-paziente.

In questo studio sono stati reclutati 262 pazienti adulti (76% donne, età media 39 anni) affetti da colon irritabile diagnosticato secondo i criteri Roma II. I partecipanti sono stati randomizzati a tre diversi tipi di trattamento:

- 1) osservazione
 - 2) agopuntura simulata
 - 3) agopuntura simulata e rafforzamento della relazione medico-paziente caratterizzata soprattutto da attenzione e ascolto, calore umano, confidenza.
- Al termine del follow-up, durato tre settimane, riferivano un miglioramento dei sintomi consistente il 28% dei pazienti del gruppo 1, il 44% del gruppo 2 e il 62% del gruppo 3. La valutazione a sei settimane ha dimostrato risultati sovrapponibili.

Gli autori concludono che le componenti dell'effetto placebo sono varie e possono tra loro essere combinate in modo da ottenere un risultato migliore. Una buona relazione medico-paziente sembra essere la componente principale.

Fonte:

Kaptchuk TJ et al. Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ 2008 Apr 3;336:999-1003

Commento di Renato Rossi

Si potrebbe quasi dire che questo studio ha scoperto l'acqua calda, nel senso che già i vecchi maestri insegnavano che la prima medicina è lo stesso medico. Tuttavia a Kaptchuk e collaboratori va il merito di aver dimostrato questo assioma nell'era della "evidence based medicine". D'altra parte che le componenti dell'effetto placebo siano più d'una è cosa che si tocca con mano ogni giorno.

Un altro studio, per esempio, suggerisce che un placebo funziona tanto più quanto più elevata è l'aspettativa del paziente circa l'efficacia del trattamento a cui sta per sottoporsi [1]. E' confortante comunque osservare che nell'epoca della medicina supertecnologica e miracolistica una buona relazione con il paziente conserva ancora la sua importanza. E' probabile che questo sia essenziale non solo per la soddisfazione del paziente che si sente maggiormente "preso in carico", ma anche per gli outcomes di patologie in cui l'effetto placebo sembrerebbe ininfluenza. Pensiamo per esempio a tutte le terapie croniche in cui è necessaria una adeguata compliance ai trattamenti: è probabile che l'aderenza del paziente sia migliore se il suo rapporto col medico è soddisfacente.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=3561>

Le convulsioni febbrili infantili non aumentano la mortalità

Uno studio osservazionale conclude che la mortalità a lungo termine nei bambini con convulsioni febbrili semplici non è molto diversa da quella della popolazione generale.

Gli autori di questo lavoro sono partiti dalla constatazione che non vi erano studi di ampiezza sufficiente per poter stimare la mortalità nei bambini che avevano presentato convulsioni febbrili. Per far luce sulla questione sono stati seguiti a partire dall'età di 3 mesi fino alla fine di agosto 2005 1.675.643 bambini danesi nati fra il gennaio 1977 e il dicembre 2004. Durante il periodo di follow-up si sono verificate 8.172 morti, compresi 232 decessi in 55.215 soggetti con un'anamnesi positiva per convulsio-

ni febbrili. La mortalità risultò più elevata nel primo anno dopo l'episodio convulsivo (rate ratio aggiustata 1,80; 1,31-2,40) e nel secondo anno (rate ratio aggiustata 1,89; 1,27-2,70). Negli anni successivi invece la mortalità in chi aveva avuto una convulsione febbrile era simile a quella della popolazione generale.

Nei primi due anni ogni 100.000 bambini con pregressa convulsione febbrile si verificano 132 decessi mentre in chi non ha una storia di convulsioni febbrili i decessi sono 67 ogni 100.000. Sfruttando i dati della coorte presa in esame gli autori hanno eseguito anche uno studio caso-controllo trovando che i bambini con convulsioni semplici (durata inferiore a 15 minuti e non reci-

diva entro 24 ore) la mortalità era simile a quella della popolazione generale (rate ratio aggiustata 1,09; 0,72-1,64), mentre nei bambini con convulsioni complesse (durata superiore a 15 minuti o recidiva entro 24 ore) risultava aumentata (rate ratio aggiustata 1,99; 1,24-3,21). Questi risultati si possono spiegare, almeno in parte, con l'esistenza di anomalie neurologiche e conseguente epilessia.

Gli autori concludono che nelle convulsioni semplici la mortalità a lungo termine non risulta aumentata, mentre vi è un piccolo eccesso di mortalità nei primi due anni dopo una convulsione complessa. I genitori pertanto possono sentirsi rassicurati che il rischio di morte è molto basso, anche in bambini ad alto rischio.

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>

Fonte:

Vestergaard M et al. Death in children with febrile seizures: a population-based cohort study
Lancet 2008 Aug 9; 372:457-463

Commento di Renato Rossi

Per convulsione febbrile si intende una convulsione associata alla febbre che compare in un bambino in assenza di anomalie cerebrali o alterazioni elettrolitiche in grado di provocare convulsioni. Si calcola che ne sia colpito il 3-8% dei bambini fino ai 7 anni d'età. Nella maggior parte dei casi l'età più colpita va da 1 a 3 anni. In circa un bambino su 4 vi è una storia familiare di convulsioni febbrili, mentre casi di epilessia in famiglia sono molto meno frequenti (circa in un bambino ogni 20-25). Non sempre la convulsione compare durante la febbre, in alcuni casi può precederla. Non è neppure necessario che la temperatura sia molto elevata in quanto la convulsione può comparire anche a 38°C.

La causa non è nota ma è probabile entrino in gioco sia una predisposizione genetica che fattori ambientali.

Le convulsioni febbrili tendono a recidivare in circa il 30% dei casi; fattori di rischio per recidive sono la comparsa di

un primo episodio prima dei 18 mesi, la comparsa della convulsione per temperature attorno a 38° oppure per febbre che dura da meno di un'ora o, infine, un'anamnesi familiare positiva per tale condizione.

In generale le convulsioni febbrili sono di tipo benigno e solo raramente vi è una sottostante patologia cerebrale. Questa va sospettata se la convulsione dura più di 15 minuti, se recidiva entro 24 ore, se vi sono segni e sintomi che fanno sospettare una meningite o un'encefalite, o ancora se vi sono disturbi dello sviluppo neurologico e mentale, e, infine, in caso di convulsioni ricorrenti.

Ovviamente per i genitori vedere il figlio in preda ad una convulsione febbrile costituisce un evento drammatico. E' importante quindi rassicurarsi che nella maggior parte dei casi si tratta di una patologia benigna, che non vi è una patologia neurologica sottostante, che il rischio di sviluppare un'epilessia è basso e che gli esiti a lungo termine (risultati scolastici, intelligenza, comportamento) non differiranno da quelli dei coetanei. Il rischio di andar incontro ad epilessia è di circa il 2,4% in 25 anni (contro un rischio del 1,4% nella popolazione generale), ma aumenta considerevolmente

(10% circa) in caso di storia familiare di epilessia, anomalie neurologiche sottostanti, convulsioni di tipo complesso. Nel caso di convulsioni prolungate il rischio di futura epilessia è particolarmente elevato (circa 20%).

Lo studio recensito in questa pillola ha esaminato la questione sotto un altro aspetto, valutando a lungo termine il rischio di morte e i dati sono molto tranquillizzanti: nel caso di convulsioni semplici il rischio di morte è praticamente sovrapponibile a quello di bambini senza storia di convulsioni febbrili ed anche nei bambini ad alto rischio per aver avuto forme complesse l'aumento del rischio appare basso. In questi casi comunque, osserva un editorialista, è opportuno un follow-up attento e costante.

Referenze

1. Sadleir Lg and Scheffer IE. Febrile Seizure. BMJ 2007; 334:307-311
2. Tejani NR et al. Febrile seizures. <http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC376.HTM> (visitato in data 8 agosto 2008)
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=583>

Testosterone e cancro alla prostata: una leggenda da sfatare?

Esiste realmente una associazione tra livelli di testosterone e incidenza di Cancro alla prostata?
Non sembrerebbe...

Il concetto che gli ormoni sessuali abbiano un ruolo nella patogenesi del cancro alla prostata deriva da numerosi studi di biologia di base ma soprattutto dall'evidenza clinica.

Infatti, come è noto a tutti, la deprivazione androgenica è in grado di "congelare" la malattia per un periodo più o meno prolungato.

Più recentemente, il PCPT ha posto in essere l'ipotesi che addirittura la finasteride, un farmaco che di fatto ha un blando effetto ormonale, possa ridurre l'incidenza di cancro alla prostata.

Su queste basi sono stati condotti numerosi tentativi di evidenziare una associazione tra cancro alla prostata e livello

degli ormoni sessuali nel sangue mediante studi di epidemiologia.

Attualmente 18 studi, pubblicati tra il 1988 e il 2007, non hanno portato a risultati consistenti, dimostrando solo in alcuni casi un modesto contributo degli ormoni sessuale sull'incidenza del cancro.

A quest'uopo, The Endogenous Hormones and Prostate Cancer Collaborative Group ha avuto il compito di effettuare un'analisi "pooled" sull'insieme dei dati originali dei 18 studi. Si tratta di 3886 uomini con cancro alla prostata e 6438 controlli.

Il rischio relativo di cancro alla prostata in relazione ai livelli sierici di 5 ormoni è stato stimato mediante la regressione logistica stratificando i soggetti per studio di appartenenza ed età e anno di reclutamento.

Non è stata trovata alcuna associazione

tra rischio di tumore alla prostata e concentrazione sierica del testosterone libero, del diidrotestosterone, del deidroepiandrosterone, del androstenedione e dell'estradiolo anche dopo aver "aggiustato" per i possibili fattori di confondimento.

Esiste soltanto una associazione inversa, ma debole, con la concentrazione della molecola a cui si legano gli ormoni sessuali nel sangue, la sex hormone - binding globuline (rischio relativo 0.86, intervallo di confidenza al 95% 0.75 - 0.98; p = .01).

In conclusione non è affatto sicuro che i livelli degli ormoni sessuali possano influenzare l'incidenza di cancro alla prostata ma è anche possibile che i singoli studi finora pubblicati siano sotto dimensionati per dimostrare un effetto che potrebbe essere determinato da differenze di concentrazioni ormonali an-

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 molto piccole.

Da: Rocchetta Uromagazine, 13 gennaio 2009

Fonte:

Roddam AW, Allen NE, Appleby P, Key TJ. Endogenous sex hormones and prostate cancer: a collaborative analysis of 18 prospective studies. *Endogenous*

Hormones and Prostate Cancer Collaborative Group. *J Natl Cancer Inst.* 2008 Feb 6;100(3):170-83

Recidiva di cancro gastrico si riduce dopo eradicazione dell' HP

L'eradicazione di *Helicobacter Pylori* in pazienti con pregressa resezione per "early gastric cancer" riduce la comparsa di nuovi carcinomi gastrici metacroni.

Lo scopo di questo studio multicentrico, randomizzato, in aperto, era di valutare se l'eradicazione di *Helicobacter Pylori* in pazienti sottoposti a resezione endoscopica per "early gastric cancer" fosse in grado di prevenire lo sviluppo di un cancro gastrico metacrono.

Nello studio sono stati arruolati 544 pazienti con "early gastric cancer". Si trattava sia di pazienti di nuova diagnosi nei quali era programmata una resezione endoscopica sia di pazienti in follow-up che erano già stati sottoposti alla procedura.

Dopo randomizzazione i partecipanti sono stati trattati con regime eradicante (n = 272) oppure no (n = 272). Il trattamento eradicante consisteva in lansoprazolo 30 mg x2/die, amoxicillina 750 mg x 2/die e claritromicina 200 mg x2/die per una settimana.

Un' endoscopia venne eseguita a 6, 12, 24 e 36 mesi. L'end-point primario era lo sviluppo di un cancro gastrico in una zona diversa da quella resecata. L'analisi dei dati è stata effettuata secondo l'intenzione a trattare.

A 3 anni un cancro gastrico si era sviluppato in 9 pazienti del gruppo eradicazione e in 24 del gruppo controllo (OR 0,353; 0,161-0,775; p = 0,009).

Gli effetti collaterali più comuni associati al trattamento eradicante furono la diarrea (7%) e l'emissione di feci molli (12%).

Gli autori concludono che l'eradicazione

profilattica di *Helicobacter Pylori* dopo resezione endoscopica per "early gastric cancer" dovrebbe essere usata per prevenire lo sviluppo di un carcinoma gastrico metacrono.

Fonte:

Fukase K et al. for the Japan Gast Study Group. Effect of eradication of *Helicobacter pylori* on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2008 Aug 2; 372: 392-397

Commento di Renato Rossi

Come fanno notare gli autori del trial, numerosi dati di tipo epidemiologico hanno evidenziato che l'infezione da *Helicobacter Pylori* è associata ad un aumento del rischio di cancro gastrico. Tuttavia per il momento le linee guida non raccomandano il trattamento eradicante in prevenzione primaria del carcinoma gastrico. Il trattamento sembra in grado di ridurre la progressione delle lesioni istologiche gastriche, ma non di ridurre l'incidenza di cancro [1]. E' anche vero però che gli studi finora disponibili potrebbero aver avuto un follow-up troppo breve e i benefici potrebbero rendersi evidenti solo dopo molti anni dall' eradicazione.

L'eradicazione in prevenzione primaria potrebbe essere quindi utile in popolazioni ad alto rischio di sviluppare un carcinoma gastrico.

Così almeno conclude un documento di consenso elaborato con il metodo Delphi da un comitato di esperti: lo screening e l'eradicazione in popolazioni ad alto

rischio probabilmente ridurrebbero l'incidenza di cancro gastrico, mentre in popolazioni a basso rischio questa pratica non è raccomandata [2].

Del tutto diverso ovviamente è il caso di pazienti che siano stati sottoposti a resezione per cancro gastrico.

In questi casi le linee guida prevedono l'eradicazione [3] e lo studio recensito in questa pillola suffraga questa pratica. Anche se il gruppo di controllo non ha ricevuto placebo e quindi mancava la cecità è improbabile che questo abbia portato a sovrastimare l'efficacia del trattamento, che è stata indubbiamente impressionante: dopo 3 anni si aveva una riduzione del rischio del 65% circa di sviluppo di un cancro gastrico in una sede diversa da quella in cui era stata effettuata la resezione endoscopica. Pur non avendo dimostrato una riduzione della mortalità (nè probabilmente lo studio aveva la durata e la potenza statistica necessarie) l'obiettivo raggiunto è senza dubbio importante: è sufficiente trattare per una settimana 18 pazienti per prevenire a 3 anni un nuovo cancro gastrico.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/n_ewsall.asp?id=2719
2. Fock KM et al. Asia Pacific Consensus Guideline on gastric cancer prevention. *J Gastroenterol Hepatol* 2008 Mar; 23: 351-365.
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/n_ewsall.asp?id=3499

Cortisone di notte, nell' artrite reumatoide!

Data l'alterazione dei ritmi circadiani dell'increzione ormonale, nell'AR la

rigidità mattutina sarebbe migliorata dalla somministrazione serale dei corti-

sonici retard piuttosto che dosi equivalenti convenzionali al mattino.

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>

Al fine di saggiare l'ipotesi che la somministrazione di prednisone notturna sia più efficace di quella mattutina sulla rigidità articolare nei pazienti con artrite reumatoide (AR), 288 pazienti con AR in fase attiva sono stati randomizzati a ricevere una formulazione modificata di prednisone alla sera, che raggiunge il picco plasmatico dopo 4 ore dall'assunzione, o al trattamento con dosi equivalenti di prednisone standard somministrato al primo mattino. End point predefinito principale era la riduzione della rigidità articolare mattutina a 12 settimane.

La riduzione dell'intensità della rigidità mattutina è risultata significativamente maggiore nel gruppo prednisone serale (-22.7%) vs quello mattutino (-0.4%) ($p = 0.045$).

In termini di durata entrambi i trattamenti hanno ridotto la rigidità mattutina significativamente rispetto al basale, ma la riduzione media è stata più pronunciata con una differenza di 29 minuti ($p = 0.072$) nel gruppo prednisone ritardo serale.

Il profilo di sicurezza è stato simile nei due gruppi

Gli Autori concludono che nei pazienti con AR in fase attiva una formulazione ritardo di prednisone somministrata alla sera è più efficace sulla riduzione della rigidità articolare mattutina rispetto ad una formulazione dose-equivalente standard somministrata al mattino.

Fonte: Buttgereit F, Doering G, Schaeffler A, Witte S, Sierakowski S, Gromnica-Ihle E, et al. Efficacy of modified-release versus standard prednisone to reduce morning stiffness of the joints in rheumatoid arthritis (CAPRA-1): a double blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 205-14.

Commento di Luca Puccetti

Per anni il caposaldo della cronoterapia con steroidi è stata la somministrazione mattutina poichè nei soggetti sani l'incremento di cortisolo raggiunge il picco alle prime ore del mattino.

Somministrando lo steroide in concomitanza di tale picco più che all'effetto terapeutico si bada alla tollerabilità nel senso di una minore alterazione dell'incremento ipotalamo-ipofisario.

Nell'AR uno dei sintomi cardine, che ben si correla anche con l'attività di malattia, è la rigidità articolare al risveglio mattutino. È stato proposto che la rigidità mattutina nell'AR correli con l'attività di malattia, intesa come dolore e disabilità funzionale, meglio della PCR e della VES (1).

Studi di incremento dei fattori proinfiammatori hanno dimostrato che la produzione di IL-6 è quasi del tutto concentrata nelle prime ore del mattino ed è quindi verosimilmente fortemente implicata nella genesi della rigidità agendo a cascata su altre citochine quali il TNF e le interleuchine 1, 8, 12 e 17.

Nell'AR il ritmo circadiano dell'incremento ormonale del cortisolo è alterato ed è stato osservato che tale alterazione conduce ad una non ottimale somministrazione del farmaco corticosteroideo allorché sia somministrato al mattino poichè quando inizia ad agire oramai è tardi e si è già instaurato il picco dei fattori flogistici.

Ci sarebbe dunque uno sfasamento tra la massima attività circadiana dei fattori pro-flogistici citochinici e l'entrata in funzione del farmaco corticosteroideo allorché somministrato al mattino.

Sulla base di tale ipotesi uno studio pilota ha randomizzato pazienti con AR in fase attiva ad essere svegliati alle 2 di notte per assumere prednisone, mentre il gruppo di controllo lo assumeva al mattino, come al solito.

Nel gruppo che assunto lo steroide alle 2 i sintomi mattutini sono risultati meglio

controllati rispetto al gruppo che aveva assunto le stesse dosi al mattino. (2)

Tuttavia una tale modalità di somministrazione non può, alla lunga, essere praticata e può condurre a causa del risveglio ad un'alterazione del ritmo di incremento dell'asse ipotalamo-ipofisi (3).

Per tali motivi è stata sviluppata una formulazione modificata di prednisone che assunta alla sera esplica la sua azione massima con ritardo di circa 4 ore e dunque agisce proprio quando è massima l'azione circadiana dei fattori flogistici.

Il risultato, in base allo studio recensito, è un miglior controllo della rigidità mattutina, uno dei sintomi più importanti, che correla bene anche con l'attività globale di malattia. (4)

Tuttavia lo studio ha una breve durata e dunque rimangono del tutto inesplorati i potenziali eventi avversi a lungo termine. Permangono dunque immutate le cautele circa la tollerabilità long term che questa modalità di somministrazione degli steroidi può avere sugli effetti collaterali ritardati degli steroidi medesimi.

Riferimenti bibliografici

1) Yazici Y, Pincus T, Kautiainen H, Sokka T. Morning stiffness in patients with early rheumatoid arthritis is associated more strongly with functional disability than with joint swelling and erythrocyte sedimentation rate. *J Rheumatol* 2004; 31: 1723-6

2) Arvidson NG, Gudbjörnsson B, Elfman L, Rydén AC, Tötterman TH, Hällgren R. Circadian rhythm of serum interleukin-6 in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1994; 53: 521-4

3) Bijlsma JW, Jacobs J. Innovative use of glucocorticoids in patients with rheumatoid arthritis. *Lancet* 2008; 371: 183-4

4) Cutolo M, et al. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:905-908

Quando si pronuncia la Corte Costituzionale: qualche sentenza

Anche se non recentissime, le sentenze della C. Costituzionale costituiscono sempre dei punti fermi fondamentali.

Illegittimo limitare la libera professione del medico ospeda-

liero

Più spazio all'esercizio della libera professione medica. Una norma regionale non può precludere al sanitario la possibilità di aprirsi uno studio e, allo stesso tempo, lavorare in ospedale.

È quanto affermato dalla Corte Costituzionale che, con la sentenza n. 50 del 24/2/2007 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, lett. i), della legge della Provincia autonoma di Bolzano n. 16 del 1995, "nella

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>

parte in cui, escludendo per i dirigenti sanitari il diritto di opzione, si pone in contrasto con il principio fondamentale di cui all'art. 2 septies del d.l. n. 81 del 2004".

Ma rinuncerà la politica al tentativo, spesso reiterato, di limitare la libera professione?

Dopo anni di blocchi e di leggi più o meno restrittive, e' intervenuta la Corte Costituzionale a porre quella che dovrebbe essere una parola definitiva sulla questione. Tuttavia e' ben nota la procedura usata in più occasioni e consisten-

te nel modificare in modo modesto la norma cassata, e riproporla successivamente.

Fonte:
Cass.net

E' legittimo nominare un amministratore di sostegno anche senza consenso dell'interessato

Questo, e' stato, in sostanza, il contenuto della sentenza della Corte costituzionale n. 4 del 19 gennaio 2007, con la quale è stata dichiarata manifestamente

infondata la questione di legittimità costituzionale sollevata dal giudice tutelare del Tribunale di Venezia in relazione agli articoli 407 e 410 c.c. nel testo introdotto dalla legge n. 6 del 2004, nella parte in cui "non subordinano al consenso dell'interessato l'attivazione della misura e il compimento dei singoli atti gestionali, o comunque non attribuiscono efficacia paralizzante al suo dissenso in ordine a tale attivazione".

DZ- OP

Fonte:
Cass.net

Il medico non puo' arrogarsi scelte terapeutiche senza consenso

Al medico "non è attribuibile un generale diritto di curare", e non puo' prescindere dalla volontà del paziente.

Infatti, sottolinea la Cassazione (IV Penale, sentenza n. 45126) se si prescindesse da questa considerazione "non avrebbe alcun rilievo la volontà dell'ammalato, che si troverebbe in una posizione di soggezione su cui il medico potrebbe ad libitum intervenire, con il solo limite della propria coscienza".

I fatti: Un chirurgo aveva nel 2001 sottoposto ad intervento un paziente il quale, successivamente, aveva accusato postumi invalidanti costituiti essenzialmente da lombosciatalgia ribelle. Il paziente aveva in effetti dato il 'consenso informato' all'intervento chiru-

gico ma non vi era traccia di una adeguata informazione circa gli eventuali rischi operatori.

Querelato dal paziente, il chirurgo era stato condannato dai giudici di merito per lesioni colpose.

Presentava quindi ricorso in Cassazione sostenendo che il paziente, "se debitamente e completamente informato, avrebbe scelto di rivolgersi ad un altro specialista, optando per un diverso metodo operatorio".

Ma i Magistrati hanno respinto il ricorso sottolineando che "il consenso informato ha come contenuto concreto la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in

quella terminale".

La mancanza (o l'invalidità) del consenso stesso determinano l'arbitrarietà del trattamento medico chirurgico in quanto compiuto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo.

Il medico ha quindi, in realtà, "la facoltà o la potestà di curare, situazioni soggettive, queste, derivanti dall'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria, le quali, tuttavia, per potersi estrinsecare abbisognano, di regola, del consenso della persona che al trattamento sanitario deve sottoporsi".

Daniele Zamperini - Pina Onotri

Obbligatorio: tutti i medici con la casella di posta elettronica certificata

I professionisti, entro un anno, dovranno dotarsi di casella di posta elettronica certificata da comunicare all'Ordine e da utilizzare per una serie di adempimenti. Tale obbligo riguarda TUTTI i professionisti iscritti agli Albi.

Tale strumento puo' essere utile in quanto puo' facilitare le comunicazioni tra professionisti, aziende e strutture pubbliche. Prevede tuttavia una informatizzazione obbligatoria, anche per medici anziani o non più attivi (pensionati, ad esempio) e per liberi-professionisti "puri".

Per costoro scatterà in ogni caso l'onere dell'informatizzazione, del manteni-

mento di un collegamento telematico, della casella certificata.

Anche i medici neolaureati dovranno, per ottenere l'iscrizione all'Ordine, dotarsi di attrezzatura informatica, collegamento e casella elettronica di legge. Tempi difficili per i medici allergici al computer e che finora, per qualsivoglia motivo, hanno rifiutato di servirsi del mezzo informatico!

Daniele Zamperini—Pina Onotri

L'obbligo, anche per i medici, di dotarsi di un indirizzo e-mail certificato e' diventato legge.

Infatti, sulla GU n. 22 del 28.01.09, sup-

plemento ordinario n. 14, è stata pubblicata la legge n. 2 del 28.01.09

(Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale).

L'articolo 16 del decreto legge, come modificato appunto dalla citata legge, riporta testualmente:

“.....

6. Le imprese costituite in forma societaria sono tenute a indicare il proprio

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>

indirizzo di posta elettronica certificata nella domanda di iscrizione al registro delle imprese o analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali. Entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto tutte le imprese, già costituite in forma societaria alla medesima data di entrata in vigore, comunicano al registro delle imprese l'indirizzo di posta elettronica certificata. L'iscrizione dell'indirizzo di posta elettronica certificata nel registro delle imprese e le sue successive eventuali variazioni sono esenti dall'imposta di bollo e dai diritti di segreteria.

7. I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi

pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

8. Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, qualora non abbiano provveduto ai sensi dell'articolo 47, comma 3, lettera a), del Codice dell'Amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, istituiscono una casella di posta elettronica di cui al comma 6 per ciascun registro di protocollo e ne danno comunicazione al Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione, che provvede alla pubblicazione di tali caselle in un elenco consultabile per via telematica. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e si deve provvedere nell'ambito delle risorse disponibili.

9. Salvo quanto stabilito dall'articolo 47, commi 1 e 2, del codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, le comunicazioni tra i soggetti di cui ai commi 6, 7 e 8 del presente articolo, che abbiano provveduto agli adempimenti ivi previsti, possono essere inviate attraverso la posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6, senza che il destinatario debba dichiarare la propria disponibilità ad accettarne l'utilizzo.

10. La consultazione per via telematica dei singoli indirizzi di posta elettronica certificata o analoghi indirizzi di posta elettronica di cui al comma 6, nel registro delle imprese o negli albi o elenchi costituiti ai sensi del presente articolo avviene liberamente e senza oneri. L'estrazione di elenchi di indirizzi è consentita alle sole pubbliche amministrazioni per le comunicazioni relative agli adempimenti amministrativi di loro competenza.
(Segnalato da Marco Venuti)

Il medico DEVE informare il paziente delle sue malattie

Il medico non può derogare dai suoi doveri di assistenza, né delegare ad altri i suoi compiti specifici. Il paziente ha diritto di essere messo al corrente, anche per iniziativa diretta dei sanitari.

Un paziente, viene ricoverato in ospedale e sottoposto ad intervento chirurgico per una massa ad una gamba che si rivelava, all'esame istologico, essere un tumore altamente maligno.

Forse per un erroneo sentimento di "protezione", forse per un ritardo dell'esame istologico, i medici non rivelano al paziente la vera natura della sua malattia.

Il paziente apprende la verità solo alcuni mesi dopo, in occasione di un secondo ricovero, in cui si riscontra la comparsa delle prevedibili metastasi.

L'uomo muore dopo circa un anno, ma fa in tempo a denunciare i medici per averlo tenuto all'oscuro, e chiede un risarcimento.

I giudici di merito gli danno ragione ma i medici propongono ricorso in Cassazione, sostenendo che spettava al paziente attivarsi per essere tenuto al corrente dell'esito dell'esame istologico, e non spettava ai medici comunicarlo tempestivamente.

La Cassazione dà torto ai medici (sent.

39609 del 26/X/2007), valutando che la negligenza dei medici (per non aver comunicato tempestivamente l'esito dell'esame istologico) e quella del paziente (per non essersi attivato) prevalesse la prima, che aveva una maggiore rilevanza giuridica per il fatto che sul sanitario ricade l'obbligo di garanzia connesso all'esercizio della professione sanitaria, nonché la salvaguardia del bene primario della salute, obbligo totalmente non delegabile.

Daniele Zamperini—Pina Onotri

Ricette in busta chiusa? Serve modalità semplificata per il MdF!

Il Garante della Privacy è tornato a ribadire un aspetto già più volte sottolineato ma per alcuni aspetti ancora ambiguo, quello della consegna di referti o ricette a persona diversa dal diretto interessato.

Si rivela indispensabile individuare una modalità semplificata per lo studio del Medico di Famiglia.

Già in epoca precedente (9/11/2005) il Garante si era soffermato sulla necessi-

ta', da parte dei medici e delle strutture sanitarie, di rispettare al massimo il diritto di privacy dei pazienti e, in particolare, aveva disposto che "In riferimento alle numerose segnalazioni pervenute, va rilevato che le certificazioni rilasciate

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>

dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari possono essere ritirate anche da persone diverse dai diretti interessati, purché sulla base di una delega scritta e mediante la consegna delle stesse in busta chiusa.”.

Recentemente, nella newsletter n. 317 del 19 dicembre 2008 il Garante ribadisce con termini molto simili: ” In più di un' occasione, il Garante è intervenuto poi presso medici di base ricordando la necessità di adottare cautele durante i colloqui con i pazienti per evitare che informazioni sullo stato di salute possano essere conosciute da terzi presenti in sala d'attesa. L'Autorità ha anche ribadito che le prescrizioni mediche devono essere consegnate solo al paziente o ritirate anche da persone diverse sulla base di una delega scritta mediante la consegna in busta chiusa”.

Quindi, stabilisce il Garante, la consegna a terzi di una prescrizione o di un referto prevede:

- 1) Una delega scritta
- 2) Una “consegna in busta chiusa”.

Sul primo punto, (necessità di delega)

non ci possono essere discussioni, in quanto una consegna a terzi effettuata senza il consenso o l' indicazione dell' interessato costituirebbe certamente una violazione delle norme. Ma deve essere assolutamente “scritta”?

Il punto 2, invece, può provocare notevoli perplessità e difficoltà nello svolgimento di attività particolari, come quella del Medico di Famiglia.

Il termine “consegna” sembrerebbe indicare la necessità di un passaggio di mano in mano di tale documentazione, e non piuttosto l' eventuale messa a disposizione in un sistema di prelievo “self-service” dentro o fuori la struttura sanitaria.

Ma l' inclusione in busta chiusa non proteggerebbe già a sufficienza la privacy?

La “busta chiusa”, poi, stride notevolmente con la prassi usuale: è assolutamente normale che i soggetti anziani o i malati che non siano in grado di uscire dal proprio domicilio inviino un familiare per ritirare le necessarie prescrizioni.

Cio' viene effettuato usualmente in base ad una delega verbale, magari tele-

fonica, con immediato e informale ritiro della ricetta (senza busta chiusa) e immediata consegna in farmacia da parte del familiare stesso. La busta chiusa, dato che la ricetta non passerebbe in ogni caso per le mani dell' interessato ma verrebbe aperta da un terzo, non avrebbe nessun senso.

In effetti il MdF gode già, per la gestione dei dati dei pazienti, di una serie di semplificazioni legate al suo particolarissimo “modus operandi” per cui è stato previsto un consenso “una tantum” e un' informativa estremamente semplificata, anche orale o semplicemente affissa in sala d'aspetto. E' necessario che tali modalità semplificate vengano applicate anche alla distribuzione delle prescrizioni e delle ricette.

Dato che il Garante ha mostrato più volte una particolare sensibilità ai problemi della medicina di famiglia, nutriamo la speranza che anche in questo caso si possa individuare una modalità semplificata, pur sempre attenta ai diritti di privacy degli utenti.

Daniele Zamperini—Pina Onofri

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE gennaio 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

Determinazione dell'Agenda Italiana del Farmaco del 09.12.08 (Gazzetta Ufficiale n. 1 del 02.01.09 - Supplemento ordinario n. 1)

AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI MEDICINALI, ISTITUITO CON IL PROVVEDIMENTO DELLA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO 20 LUGLIO 2000, EROGABILI A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMA 4, DEL DECRETO-LEGGE 21 OTTOBRE 1996, N. 536, CONVERTITO DALLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, N. 648

Viene aggiornato l'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale per nuove indicazioni terapeutiche relative ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura.

I medicinali sono suddivisi in 5 elenchi:

- medicinali per il trattamento dei tumori solidi nell'adulto,
- medicinali per il trattamento dei tumori pediatrici,
- medicinali per il trattamento delle neoplasie e delle patologie ematologiche,
- medicinali per il trattamento di patologie neurologiche,
- medicinali impiegati nel trattamento correlato ai trapianti.

Per ogni medicinale viene indicato il nome del composto, le indicazioni già autorizzate in scheda tecnica, l'estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura (non indicata in scheda tecnica).

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 17.12.08 (Gazzetta Ufficiale n. 6 del 09.01.09, pag. 14)

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>

ISTITUZIONE DELLA BANCA DATI FINALIZZATA ALLA RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Il provvedimento impartisce precise indicazioni sulle modalità di rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, intendendosi il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee unità d'offerta accreditate.

Il provvedimento è accompagnato dal relativo disciplinare tecnico e stabilisce modalità, tipo di dati e tempistica di attivazione.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 17.12.08 (Gazzetta Ufficiale n. 6 del 09.01.09, pag. 30)

ISTITUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il provvedimento si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Esso riguarda il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio.

Il provvedimento è accompagnato dal relativo disciplinare tecnico e stabilisce modalità, tipo di dati e tempistica di attivazione.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 17.12.08 (Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13.01.09, pag. 14)

ISTITUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI EROGATE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN EMERGENZA-URGENZA

Il provvedimento impartisce precise indicazioni sulle modalità di rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 e sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività del Pronto Soccorso.

Il provvedimento è accompagnato dal relativo disciplinare tecnico e stabilisce modalità, tipo di dati e tempistica di attivazione.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Apidra - Nuova indicazione terapeutica: trattamento di pazienti adulti, adolescenti e bambini a partire dai 6 anni di età affetti da diabete mellito, laddove sia richiesto un trattamento con insulina.

Alte dosi di acqua minerale Rocchetta incrementano il potere depurativo renale

Premessa: in studi precedenti, gli Autori hanno dimostrato in un modello sperimentale dell'urettere nel coniglio che, aumentando il volume urinario da 0.3 ml/min a 10 ml/min, si incrementa enormemente la capacità di trasporto.

Ciò potrebbe spiegare l'effetto della terapia idropinica negli impianti termali, dove vengono somministrati 1- 2 litri di acqua minerale nell'arco di 30-60 minuti.

Lo scopo di questo studio è quello di verificare se l'aumento della capacità di trasporto può agire anche nell'apparato tubulare renale riuscendo a modificare l'escrezione di alcune sostanze endogene.

E' stata perciò valutata la clearance

renale giornaliera di alcune sostanze endogene in dieci soggetti in condizioni basali, durante la somministrazione supplementare di 25 ml/kg di acqua minerale Rocchetta nell'arco di 24 ore e durante la somministrazione della stessa quantità d'acqua nell'arco di 30 minuti.

Risultati: I soggetti che hanno assunto un carico idrico di 25 ml/Kg in 30 minuti hanno mostrato nelle 24 ore una maggiore diuresi rispetto a quella osservata nei soggetti che hanno assunto la stessa quantità di acqua nell'arco dell'intera giornata.

La clearance della creatinina e dell'urea delle 24 ore erano significativamente più elevate nei soggetti che hanno assunto il carico idrico in 30 minuti. I livelli serici

di magnesio e i livelli di acido folico erano significativamente maggiori nei soggetti che hanno assunto il carico idrico in 30 minuti.

Conclusioni: la somministrazione di acqua Rocchetta in un lasso di tempo breve sembra modificare l'escrezione giornaliera di alcuni metaboliti endogeni.

N. Di Paolo, G. Nicolai, E. Gaggiotti, G. Garosi

UOC di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Azienda Ospedalera Universitaria Senese, Siena

Giornale degli ospedali - Novembre 2007

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>