

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 5 num. 8- 9/08

Agosto- Settembre 2008

Il 17-18-18 Ottobre 2008 a Cascina (Pi) il III Congresso Nazionale di "Ippocrate"

Si svolgera' a Cascina il III Congresso Nazionale facente capo alla mailing-list Ippocrate, gestita da Enzo Brizio, medico di famiglia a Fossano (CN). Caso quasi unico nel panorama dei congressi medici, tutto e' centrato sui "problemi clinici in medicina generale" presentati e discussi da medici di famiglia, tutti partecipanti alla Mailing-list di cui sopra.



Programmi pirati, false identita': rischi penali per gli sprovveduti!



Nessun indennizzo per un TSO illegittimo



Un buon bicchiere allunga la vita!

Il "Mediatore Familiare":

Una nuova figura in ambiente

giudiziario, pre o intra-processuale, ad es. nei casi di conflitto per affidi congiunti. Come arrivare dal giudice con le idee piu' chiare e accordi soddisfacenti



Lap-dance e ricerca scientifica sugli ormoni

Nuove linee-guida sul diabete mellito

Sindrome da Jet-lag

La celiachia inibisce la vaccinazione anti HBV



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>

Il “Mediatore Familiare”, nuova figura professionale in Tribunale e fuori (Roberta Floreani, dal IV Congresso Promed-Galileo, Uliveto Terme)	Pag. 3	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
Linee guida 2008 sul diabete mellito	Pag. 4	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it
Attivita' fisica e un buon bicchiere: elisir di lunga vita	Pag. 5	Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica “Promed-Galileo” -SIMG-Roma
Le ferie dice la scienza, devono essere lunghe!	Pag. 6	-ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
Studio antropologico su ciclo ormonale, attrazione sessuale e ballerine di lap-dance	Pag. 6	-Medico&Leggi
Il caffè fa bene anche al fegato	Pag. 7	<i>Redazione</i> Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)
Il PSA non è ancora morto...	Pag. 7	Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
La sindrome da jet lag	Pag. 8	Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
Sorveglianza attiva per il ca prostatico: indispensabile la rebiopsia	Pag. 9	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Software pirata in studio ? Si rischia condanna penale	Pag. 9	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it
Modificate (per fortuna) alcune norme fiscali per i professionisti	Pag. 10	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Deviare i pazienti in studi privati costituisce abuso d'ufficio	Pag. 10	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Non c'è risarcimento, in caso di ricovero forzato per TSO illegittimo	Pag. 11	
Disturbo quiete pubblica: danno alla salute e reato	Pag. 11	
Se il vaccino Anti-HBV non funziona, forse è colpa della celiachia	Pag. 11	
Farsi passare per un altro su Internet: può essere reato	Pag. 12	
La ricevuta di un fax ad una pubblica amministrazione fa fede	Pag. 12	
La stretta sulle malattie dei Pubblici Dipendenti	Pag. 13	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE e News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale) (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13- 14	
Utile il biancospino nell' insufficienza cardiaca	Pag. 15	



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

ULIVETO E ROCCHETTA, “ACQUE DELLA SALUTE “

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

Il “Mediatore Familiare”, nuova figura professionale in Tribunale e fuori

La Mediazione Familiare, pur se ancora poco conosciuta, risale in realtà al 1992, allorché un'équipe di mediatori redasse la “Charte européenne de la formation des médiateurs familiaux”, ripresa poi nel 1997 dal Forum Europeo di Formazione alla Mediazione Familiare. E' stato anche stilato un Codice Deontologico dei Mediatori Familiari; sono stati anche aperti degli Albi facenti capo ad Associazioni del settore, in attesa di un riconoscimento pubblico.

Non è una Psicoterapia, non è una Terapia Familiare!

Si tratta, come fu definita, di "Un processo che prevede la presenza di un terzo - il mediatore appunto - adeguatamente preparato e con competenze specifiche, che aiuta le parti ad affrontare tutte le questioni connesse alla riorganizzazione familiare in vista della separazione coniugale, nel pieno rispetto delle legislazioni vigenti nei vari paesi". In mediazione, quindi, i coniugi lavorano insieme con il mediatore per il raggiungimento di un obiettivo concreto: l'elaborazione di accordi di separazione condivisi ed equi per le parti in causa che saranno poi presentati agli avvocati per l'elaborazione legale e al giudice per ottenere la ratifica ufficiale definitiva. Mentre tale servizio è notevolmente diffuso all'estero, in Italia si è ancora ai primi passi, tuttavia i Tribunali di varie Regioni (Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Emilia Romagna, Umbria ecc) hanno iniziato a prendere in considerazione e a consigliare l'intervento del mediatore al fine di trovare facilitato l'eventuale successivo iter giudiziario. Il mediatore, in questi casi si affianca agli altri esperti eventualmente indicati dal giudice. Si tratta comunque di usi ancora in evoluzione, in quanto rimane da risolvere, qualora ci sia un invio del giudice, il conflitto tra la volontarietà irrinunciabile della mediazione e la ingiunzione giudiziaria.

Il percorso di mediazione rappresenta quindi una valida alternativa o una utile integrazione alla tradizionale via giudiziaria: il suo scopo è quello di consentire alle coppie in crisi di rapporto di raggiungere, in prima persona, degli accordi di separazione o di riconciliazione e di essere artefici della riorganizzazione

familiare che andrà a regolare la vita futura loro e dei loro figli.

Questo tipo di servizio offerto alla famiglia in crisi si basa su di un presupposto essenziale, che lo differenzia da ogni altro tipo di intervento volto a risolvere le dispute:

le persone, pur nel disordine emotivo/organizzativo che spesso accompagna una crisi coniugale, hanno la capacità di autodeterminarsi ed assumersi la responsabilità di decidere ciò che è meglio per loro, evitando di delegare ad un terzo, avvocato o giudice che sia, questo compito.

La mediazione familiare mira a creare un setting specifico, uno spazio e un tempo "neutro" dove i coniugi abbiano la possibilità di "ripensarsi" come coppia, o come coppia che si separa ma che rimane unita nell'esercizio della funzione genitoriale:

qualora la separazione dovesse essere l'opzione scelta, i coniugi durante il percorso di mediazione avranno l'opportunità di riorganizzare emotivamente e pragmaticamente la loro vita, in funzione dell'essere e rimanere comunque genitori (responsabili dei propri figli e del loro sviluppo psicofisico ed educativo).

Sono i coniugi stessi, con l'intervento facilitante e la guida del mediatore, che evidenzieranno i propri bisogni reali, i bisogni dei figli, le necessità imposte dalla nuova situazione familiare (due nuclei familiari anziché uno solo), e stabiliranno di quali aspetti della loro vita futura vogliono occuparsi nel percorso di mediazione: Mediazione Globale o Mediazione Parziale.

Come si struttura l'intervento di Mediazione?

LA PRE-MEDIAZIONE

Spesso il mediatore si trova di fronte a coppie indecise e dubbiose sul da farsi, a coniugi che data la situazione di alta crisi che stanno vivendo sono insicuri di sé e del proprio futuro: in questo caso, allora, prima di iniziare il processo di mediazione vero e proprio il mediatore struttura una serie di 3 incontri in cui la coppia viene stimolata a lavorare e a riflettere sul futuro, sulle opzioni disponibili e sulla via da seguire per "umanizzare il divorzio".

Da un punto di vista psicologico, infatti, la capacità di separarsi civilmente rappresenta il modo migliore per dirsi addio e per chiudere in positivo e dignitosamente un capitolo della propria vita. E per continuare entrambi ad essere protagonisti, anche se da lontano, della crescita dei propri figli: ci si può separare come coniugi, ma non ci si può mai separare dal proprio ruolo di genitori.

LA MEDIAZIONE

Superati i passi preliminari, vengono organizzati incontri (mediamente 10-12) in cui, in base ad un elenco di priorità precedentemente stabilito, si discutono le possibili soluzioni ai problemi più conflittuali. La discussione verrà guidata e incanalata dal Mediatore mediante tecniche diverse tarate sul grado di conflittualità e di comunicazione tra i "contendenti", chiarendo le posizioni, i desideri, le aspettative ed i diritti delle parti, aiutandole a trovare valide alternative ed a superare le impasse di un irrigidimento nella comunicazione e nella negoziazione.

Attraverso un percorso strutturato di negoziazione si giunge a degli accordi "ragionevoli e mutuamente soddisfacenti" su tutti gli aspetti inerenti il divorzio: modalità di affidamento dei figli, calendario delle visite per il genitore non affidatario, assegno di mantenimento, divisioni patrimoniali, spartizione dei beni. I dati sperimentali derivati dagli studi sulle conseguenze del divorzio condotti a livello mondiale confermano la reale utilità di questo meccanismo mettendo in luce un aspetto fondamentale: la durata del rispetto degli accordi è direttamente proporzionale al grado di soddisfazione che questi procurano ai diretti interessati.

Ne deriva che soltanto un accordo "conciliativo", che rispetti gli interessi di entrambi i coniugi avrà la possibilità di resistere nel tempo.

Gli accordi imposti dal giudice in sede giudiziaria, confermano gli studi condotti negli Stati Uniti, in Canada e in altre nazioni europee, presentano un numero considerevolmente maggiore di infrazioni o ricorsi giudiziari rispetto a quelli raggiunti dopo un'opera di Mediazione Familiare.

Va sottolineato che in Mediazione non

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>

ci si occupa del passato e dei motivi che hanno condotto la coppia alla decisione di separarsi (a meno che questi aspetti non siano effettivamente utili dal punto di vista operativo, al fine di costruire quel “tavolo delle mediazioni” che farà da base all'attività negoziale): l'attenzione dei protagonisti si soffermerà soprattutto sui ruoli presenti e futuri e su tutti gli aspetti di gestione del nuovo assetto familiare. Soprattutto il mediatore non esprime giudizi di colpa a danno dell' uno o dell' altro!

I DIRITTI DEI MINORI

La mediazione rappresenta anche il modo migliore per i minori di vedere tutelati i loro diritti, bisogni ed interessi. Generalmente, e' vero, il mediatore non impone nulla in merito al contenuto degli accordi (sui quali soltanto i coniugi hanno diritto di parola) egli ha comunque il dovere di opporsi a quelle decisioni che con evidenza minacciano l'interesse dei bambini. *Sono allora i figli, "i terzi assenti nel processo di mediazione", i beneficiari privilegiati di questo tipo di intervento.* Anche se non detto esplicita-

mente, infatti, le problematiche legate ai figli minori (scuola, amicizie, affetti, rapporti mantenuti con i genitori biologici) sono sempre preponderanti rispetto agli altri aspetti (economici, organizzativi) che si presentano nel corso di una crisi familiare.

CONCLUSIONI

La mediazione familiare e', in senso generale, un servizio di aiuto in caso di conflittualità familiare.

Non e' quindi rivolta necessariamente solo alle coppie in via di separazione: possono utilmente fruirne tutti coloro che vivono una situazione di conflitto in famiglia e che sentono il bisogno di trovare uno spazio neutro in cui confrontarsi per chiarire la propria posizione, le proprie idee, o ritrovare un proprio ruolo coniugale, genitoriale o parentale corroso dal tempo o da situazioni conflittuali.

La mediazione familiare si presenta quindi anche come un aiuto concreto ai padri e alle madri che intendono ripensare in maniera intelligente e costruttiva la riorganizzazione del ménage familiare, eventualmente destrutturato dalla crisi

coniugale, anche senza intenzione reale di separazione.

Roberta Floreani, Psicologa, Mediattrice Familiare– *Abstract della relazione al IV Congresso Nazionale Promed-Galileo, Uliveto Terme, - www.mediarelacrisi.it— roberta.floreani@email.it*

Fonti e riferimenti:

- Affidato condiviso: legge n. 54 dell'08/02/06
- Comitato dei Ministri del Consiglio di Europa, risoluzione n° 616 del 21/01/98
- Tribunale di Bari- 1° sezione civile-decreto del 21/11/2000 di invio in mediazione di una coppia genitoriale
- Altri tribunali in varie regioni italiane: Sicilia, Campania, Umbria, Romagna, Lombardia, Piemonte...
- Centri regionali di formazione e associazioni private nazionali e internazionali
- E' in Parlamento l' iter di formazione dell' Albo specifico

Linee guida 2008 sul diabete mellito

Pubbligate le linee guida 2008 dell'American Diabetes Association, ma mancano reali novità rispetto alla versione precedente.

L'American Diabetes Association ha pubblicato le sue linee guida sulla gestione del diabete per il 2008.

Per la verità non sembra ci siano novità eclatanti rispetto a quelle precedenti.

In sintesi le principali raccomandazioni:

- 1) La glicemia a digiuno rimane il modo preferito per diagnosticare la malattia sia negli adulti non gravidi che nei bambini
- 2) Usare i livelli di glicemoglobina a scopo diagnostico non è raccomandato
- 3) Lo screening del diabete e del prediabete deve essere preso in considerazione se vi è sovrappeso od obesità con almeno un altro fattore di rischio associato; altrimenti lo screening dovrebbe iniziare a 45 anni e se il test è normale essere ripetuto ogni 3 anni

4) Sia la glicemia a digiuno che l'OGTT (carico di 75 grammi) sono esami appropriati per diagnosticare diabete e prediabete; l'OGTT può essere richiesto per meglio definire il rischio di diabete in chi ha valori di glicemia a digiuno alterati ma non diagnostici per diabete (IFG = Impaired Fasting Glucose)

5) Se si riscontra un IFG oppure un IGT (Impaired Glucose Tolerance, vale a dire un OGTT alterato ma non diagnostico per diabete), vanno valutati i fattori di rischio cardiovascolare e trattati se necessario; in questi soggetti è utile il calo di peso di almeno il 5-10% se in sovrappeso e un'attività fisica di almeno 150 minuti alla settimana (per esempio camminare a passo spedito).

6) Nei pazienti con elevato rischio di evoluzione verso il diabete (per esempio IFG o IGT e altri fattori associati) si può considerare l'uso della metformina, così come per i soggetti obesi con meno di

60 anni.

7) L'emoglobina glicata dovrebbe essere ridotta a valori medi inferiori al 7%, in casi selezionati può essere indicato arrivare a valori vicini al 6% se questo non comporta un eccessivo pericolo di ipoglicemie; per i bambini, per i pazienti con storia di ipoglicemie, se l'aspettativa di vita è limitata, se vi sono gravi comorbidità e per i pazienti con diabete di lunga durata o complicanze microvascolari stabili l'obiettivo della glicemoglobina può essere meno rigido.

8) La dieta dovrebbe limitare l'introito di grassi animali, dei carboidrati raffinati ed aumentare l'introito di fibre e cereali. Il calcolo dell'indice glicemico degli alimenti e del carico glicemico può aiutare a controllare l'equilibrio metabolico. L'attività fisica dovrebbe prevedere almeno 150 minuti alla settimana di esercizio aerobico, suddiviso in almeno 3 volte alla settimana.

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>

9) Si dovrebbe istruire il paziente al self-management della malattia

10) Altri punti toccati dalle linee guida sono: la cessazione del fumo, l'uso di antiaggreganti, lo screening ed il trattamento dell'ipertensione, dell'ipercolesterolemia, della cardiopatia ischemica, della nefropatia, della retinopatia, della neuropatia e la cura del piede.

Fonte:

Diabetes Care 2008 Jan; Vol 31; Suppl 1.

Commento di Renato Rossi

Come si vede da queste note sommarie le nuove linee guida dell'ADA non aggiungono nulla di sostanzialmente nuovo a quanto già non si sapesse sul management del diabete. In altri termini nulla di tanto trascendentale da portare

ad un radicale cambiamento della pratica corrente. Viene da chiedersi se sia davvero necessario un tale sforzo per pubblicare ogni anno una revisione delle linee guida che porta solo innovazioni marginali e di scarsa importanza clinica. Più interessante l'articolo di revisione della terapia farmacologica, pubblicato sempre su Diabetes Care di gennaio 2008, in cui vengono recepiti alcuni nuovi dati sui glitazoni [1].

Nel precedente algoritmo sulla terapia farmacologica [2] la metformina (associata ai cambiamenti dello stile di vita) veniva considerata l'intervento di prima linea a cui si potevano aggiungere glitazoni, insulina e sulfaniluree se non si riusciva ad arrivare al controllo metabolico desiderato. La rivisitazione dell'algoritmo richiama alla cautela circa i glitazoni, soprattutto nei pazienti cardio-

patici, anche se si sottolinea che le evidenze disponibili non sono conclusive circa l'associazione tra rosiglitazone e infarto miocardico. I lettori di questa testata sono ben al corrente della problematica e dei contrasti che hanno animato il 2007 dopo una contestata metanalisi pubblicata dal New England Journal of Medicine, con contro-metanalisi e critiche anche aspre. Le autorità regolatorie hanno preso ultimamente una posizione in merito: l'EMA ha sentenziato che i benefici dei glitazoni superano i rischi, purchè siano usati nelle indicazioni approvate [3].

Referenze

1. Diabetes Care 2008 Jan; 31:173-175
2. Diabetes Care 2006 Aug;29:1963-1972.
3. <http://www.pillole.org/public/>

Attività fisica e un buon bicchiere: elisir di lunga vita

In uno studio osservazionale danese l'attività fisica e l'assunzione a dosi moderate di alcol risulta associata ad una riduzione del rischio di mortalità da ischemia cardiaca e da tutte le cause.

In questo studio danese, di tipo osservazionale di coorte, sono stati arruolati 11.914 soggetti (età \geq 20 anni) senza cardiopatia ischemica nota, seguiti prospetticamente per 20 anni. Durante il follow-up si ebbero 1.241 decessi dovuti a ischemia cardiaca e 5.901 per altre cause.

Di ogni soggetto arruolato venne determinato il livello di attività fisica praticata e la quantità settimanale di alcol ingerita.

L'attività fisica veniva distinta in 4 categorie: nessuna, lieve (da 2 a 4 ore alla settimana di attività fisica lieve come camminare, andare in bicicletta o praticare giardinaggio leggero), moderata (più di 4 ore alla settimana di attività fisica leggera oppure da 2 a 4 ore alla settimana di attività fisica più impegnativa come camminare a passo spedito o andare in bicicletta ad andatura sostenuta o praticare giardinaggio pesante o qualche sport che provoca sudorazione o affaticamento), pesante (attività fisica vigorosa per più di 4 ore alla settimana). Per quanto riguarda il consumo di alcol la stratificazione dei pazienti avveniva

in base al numero di drink assunti alla settimana, dove per drink si intende una bottiglia di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di superalcolico (nessun alcolico assunto, bevitori medi per 1-14 drink alla settimana e bevitori pesanti per più di 14 drink alla settimana). L'attività fisica sia lieve che moderata/intensa risultò associata ad una riduzione del rischio di morte per ischemia cardiaca e per tutte le cause rispetto ai soggetti che non praticano attività fisica.

L'assunzione di alcol in quantità moderate risultò associata ad una riduzione del rischio di morte per ischemia cardiaca e per tutte le cause: negli uomini la riduzione della mortalità totale fu del 13% e statisticamente significativa mentre nelle donne tale riduzione fu del 7% e non raggiunse la significatività per un soffio (IC95% 0,86- 1,00). L'assunzione di più di 14 drink alla settimana era associata ad un aumento del rischio di morte in entrambi i sessi, però statisticamente non significativo (del 5% negli uomini e del 3% nelle donne).

La combinazione di attività fisica e consumo moderato di alcol portava ad una riduzione della mortalità da ischemia cardiaca del 50% e della mortalità totale del 33% circa.

Gli autori concludono che praticare attività fisica e bere moderatamente sono

entrambi importanti per ridurre il rischio di mortalità totale e da cardiopatia ischemica.

Fonte:

European Heart Journal.

doi:10.1093/eurheartj/ehm574

http://www.oxfordjournals.org/our_journals/eurheartj/press_releases/freepdf/ehm574.pdf

(accesso del 9 gennaio 2008)

Commento di Renato Rossi

I dati rilevati da questo studio danese non sono una novità, ma confermano i benefici sia della attività fisica che della assunzione di alcol in quantità moderate. Ovviamente è sempre necessaria cautela nell'interpretare i risultati di uno studio osservazionale, ancorchè con un follow-up lunghissimo.

Gli stessi autori ammettono alcune limitazioni, come per esempio l'impossibilità di escludere tutti i fattori di confondimento che negli studi non randomizzati possono portare distorsioni, la possibilità di aver registrato in maniera sbagliata i dati riportati dai soggetti arruolati o anche il fatto che i dati su attività fisica e assunzione di alcol erano riferiti dai partecipanti con tutti i possibili errori del caso. Comunque aspettarsi risultati di conferma da studi randomizzati e controllati non è realistico.

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>

tico e, d'altra parte, sono ormai numerosissime le evidenze di tipo osservazionale sui benefici della attività fisica anche non intensa e del bere moderatamente.

Il messaggio da portare a casa è molto semplice: basta bere un bicchiere di buon vino e fare una bella passeggiata a passo spedito di almeno mezz'ora al

giorno per prolungare la vita. Almeno dal punto di vista della statistica e se la sfortuna non ci mette lo zampino.

Le ferie devono essere lunghe!

Le ferie sono sempre piu' ridotte, i preparativi sempre piu' complessi, gli effetti benefici in parte annullati dalla necessità di ambientarsi e di arrivare al rilassamento. In realtà occorrono circa tre giorni per cominciare a sentirsi in ferie

Secondo uno studio pubblicato a luglio sul 'Daily Mail' e ripreso da ADN Kronos, condotto su 3.000 villeggianti si viene a scoprire che, a fronte di 18 giorni per scegliere la destinazione, si fanno solo 9 giorni ferie, di cui un terzo si perde per l' "ambientamento".

In particolare si impiegano (crometrate con la consueta pedanteria anglosassone, 2 giorni, 9 ore e 25 minuti prima di rilassarsi. In dettaglio: il primo giorno viene bruciato tra preparativi e viaggi verso la meta, il secondo a disfare valigie e a sintonizzarci sul 'dolce fare niente'. Solo il terzo giorno (ma trascorse altre nove ore e 25 minuti) inizia il vero relax.

Sono da scartare, quindi, i viaggi di appena 3 giorni (il classico finesettimana tanto caro proprio agli anglosassoni); inoltre sarebbe stato evidenziato che in

media si impiegano 18 giorni per scegliere la destinazione, si fa una vacanza di appena 9 e per di piu' il 25% dei vacanzieri non siano valsi la fatica, non essendo riusciti a rilassarsi per i pensieri e le preoccupazioni legate al rientro e per la delusione di aver mancato molti degli obiettivi programmati per il periodo feriale.

Ma non dimentichiamocelo, pero': sono inglesi...

DZ

Ciclo ormonale e attrazione sessuale: studio su ballerine di lap-dance

Evidenze "economiche" degli influssi ormonali femminili: uno studio sulle ballerine di lap-dance

Un gruppo di ricercatori americani ha studiato l' effetto delle condizioni ormonali femminili sui maschi, mediante un particolare indicatore di tipo economico. Lo studio suggerisce che anche nella specie umana esistono meccanismi di attrazione sessuale simili a quelli che si verificano in alcune specie animali in corrispondenza dell' estro, e che tale condizione sia percepita a livello inconscio dai maschi

Un gruppo di ricercatori americani (psicologi dell' Univesita' del Nuovo Messico) hanno inteso valutare, con un approccio certamente interessante e originale, se i soggetti maschili subissero in qualche misura l' influsso della situazione ormonale (e in particolare degli stadi del ciclo mestruale) delle femmine della specie. A questo scopo hanno preso in esame un gruppo di ballerine di lap-dance (18 elementi, studiati mediante un complesso questionario "mascherato" per un periodo di 60 giorni lavorativi). Delle partecipanti allo studio, 7 usavano pillole contraccettive, 11 non usavano sistemi che inibissero il ciclo mestruale. Le ballerine di lap-dance ricevono u-

sualmente delle mance dagli spettatori, denaro che viene inserito nel ridottissimo costume di scena; la quantità di denaro ricevuta ogni volta e' stata considerata indice attendibile del gradimento e dell' eccitazione sessuale degli spettatori maschi.

E' stato rilevato che le danzatrici ricevevano mediamente, per ogni ciclo di prestazione, una cifra di 335 Dollari USA allorché si trovavano in corrispondenza della fase ovulatoria, la cifra scendeva a 265 dollari durante la fase luteinica per scendere ulteriormente a 185 dollari durante il periodo mestruale.

Le ballerine che assumevano pillole contraccettive ricevevano cifre mediamente piu' basse (intorno ai 220-250 dollari) in modo costante, senza le oscillazioni rilevate nelle colleghe con regolare ciclo mestruale.

In conclusione, le diverse condizioni ormonali femminili, soprattutto nel periodo ovulatorio, di massima fertilità, hanno un indubbio risvolto economico, con una sensibile influenza favorente nel rapporto con soggetti dell' altro sesso.

Non e' chiaro se e come cio' possa dipendere, ad esempio, da una diversa, seppure inconscia, esposizione dei

"segnali" di attrazione e di disponibilità sessuale (maggiore sensualità nei movimenti, gesti o segnali di invito, diverso modo di parlare, di danzare o di gestire). In ogni caso i momenti di maggiore "interesse" sembrano connessi comunque ai periodi di maggior livello di estradiolo ematico.

Gli autori ipotizzano meccanismi evolutivi e inconsapevoli che permettano alle donne di segnalare il loro periodo di maggiore disponibilità sessuale, invisibili all' osservazione esplicita ma tali da essere individuati dall' inconscio maschile.

Si tratta di uno studio che necessita quindi di approfondimenti e di chiarimenti dato il basso numero di soggetti esaminati e della difficoltà di evitare i fattori confondenti; certo, puo' chiarire certe situazioni di inspiegabile (magari momentanea) generosità nei rapporti uomo-donna...

Attenzione, quindi...

DZ

Fonte G. Miller et al. / Evolution and Human Behavior, 28 (6) 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>

Il caffè' fa bene anche al fegato

Il consumo di caffè', specie nei buoni consumatori, sembra avere effetti protettivi sulle epatopatie e sul rischio di cancerogenesi epatica.

Il caffè è uno dei prodotti alimentari più diffusi al mondo, bevuto giornalmente in quantità variabili da milioni di persone.

Su tale diffusissima sostanza sono stati effettuati numerosi studi, ancora controversi; alcuni ricercatori, per esempio, avrebbero ipotizzato un potenziale incremento del rischio cardiovascolare correlato all'assunzione di caffè, ma altri studi prospettici non avrebbero confermato influenze negative su fattori di rischio quali pressione arteriosa, livelli elevati di colesterolo e omocisteina; altri studi, al contrario, avrebbero dimostrato un effetto protettivo del caffè su condizioni patologiche quali diabete tipo 2 e malattia di Parkinson.

Sono state analizzati gli effetti del caffè' sul sistema epatico, valutandone l'iteneramento a vari livelli: alterazioni biochimiche, cirrosi epatica, aumento di rischio di epatocarcinoma (HCC).

Uno studio, pubblicato su *Alimentary, Pharmacology and Therapeutics* evidenziava una correlazione inversa con la gamma glutamil-transferasi (GGT) e una graduale riduzione dell'Odds Ratio (OR) di GOT e GPT nei soggetti che ne

avevano un aumento per flogosi epatica. La riduzione dei livelli enzimatici arrivava fino al 40% ed era correlata all'aumentato uso di caffè, indipendente da fattori di confondimento come alcool, fumo e indice di massa corporea. La stessa correlazione inversa e' stata riscontrata con la cirrosi (in particolare per la cirrosi da alcool) con riduzione progressiva del Rischio Relativo con l'aumento delle tazzine di caffè' (fino ad un RR di 0,20 nei consumatori di 4 o più' tazzine giornaliere. La diminuzione del rischio non era correlata alla caffeina, in quanto non si riscontrava nei consumatori di caffeina da fonti diverse dal caffè'.

Siccome poi la cirrosi costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per il cancro epatico, altri studi hanno cercato di valutare l'effettiva influenza del caffè' sul rischio di HCC. Uno studio pubblicato su *Hepatology* ha effettuato una metanalisi su 10 studi (6 caso-controllo e 4 studi di coorte) per complessivi 2260 casi di HCC.

Il confronto tra bevitori abituali di caffè' e non bevitori evidenziavano una netta riduzione di rischio dei primi (RR = 0.54 negli studi caso-controllo e un RR = 0.64 negli studi di coorte) rispetto ai non bevitori. In particolare, classificando i bevitori di caffè' in base alle quantità' assunte quotidianamente, si riscontrava che i bevitori moderati di caffè

presentavano una riduzione del rischio del 30% che saliva al 55% nei forti bevitori. La correlazione inversa tra consumo di caffè e rischio di HCC. Tali risultati resistevano ai controlli basati sui vari fattori di confondimento associati. Gli Autori, tuttavia, pur riconoscendo che la correlazione inversa tra caffè e HCC è reale, non hanno potuto affermare (nonostante l'uniformità delle evidenze disponibili, basate però solo su studi osservazionali) una sicura relazione causale tra i due eventi.

E' evidente la necessità di ulteriori studi di approfondimento, in quanto il caffè' non e' una sostanza chimica di uniforme e invariabile composizione, ma e' piuttosto una miscela complessa di un vasto numero di composti chimici variabili oltretutto a seconda della provenienza del caffè', della sua miscelazione, della marca e della lavorazione. Le premesse, tuttavia, sono incoraggianti.

DZ

Bibliografia

- Cadden ISH, Partovi N, Yoshida EM Review Article: Possible Beneficial Effects of Coffee on Liver Disease and Function *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:1-8.
- Bravi F et al Coffee Drinking and Hepatocellular Carcinoma Risk: A Meta-Analysis *Hepatology* 2007;46:430-5

Il PSA non è ancora morto...

Recenti studi mettono in dubbio il concetto che il dosaggio del PSA sia ormai da considerarsi superato.

Nel 2004 Stamey, della Stanford University, ha annunciato la fine del PSA[1].

I risultati del PCPT ne avevano, a suo parere, dimostrato l'inconsistenza come marcatore di tumore alla prostata [2]. Catalona, della stessa istituzione di Stamey e Freedland, della Johns Hopkins School of Medicine, si sono affrettati a diffondere un messaggio più costruttivo concludendo che il PSA non è perfetto ma molto utile [3,4].

In effetti l'incoronazione definitiva del

PSA come marcatore potrebbe arrivare da studi clinici randomizzati su larga scala, solo se dimostreranno che lo screening con PSA riduce concretamente la mortalità [5,6]. Per il momento ci possiamo accontentare di un interessantissima pubblicazione dall'Università di Malmö in Svezia. Lo studio di Ulmert ha come oggetto la popolazione del "Malmö Preventive Medicine", un programma condotto dal 1974 al 1986 in persone nate dal 1926 al 1949 e approntato per investigare i fattori di rischio per malattie cardiovascolari e metaboliche. Il programma prevedeva di conservare a -20° il siero dei soggetti partecipanti. 462 soggetti su 21277 (2.2%) con

età compresa, all'entrata nel programma, tra 33 e 50 anni, hanno avuto una diagnosi di cancro alla prostata alla data del 31 dicembre del 1999. Il dato dello stadio clinico alla diagnosi era disponibile per l'86% dei soggetti e l'esito della scintigrafia ossea per l'80%. E' stato effettuato uno studio caso controllo. I 436 controlli sono stati estratti a caso dalla popolazione con stessa età e stesso periodo di prelievo ematico non affetta da cancro alla prostata del "Malmö Preventive Medicine".

Il PSA è stato misurato nel siero conservato di tutti i soggetti caso e controllo. Una prima analisi ha sorprendentemente dimostrato che una singola determina-

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 del PSA, eseguita prima dei 50 anni, è predittiva di cancro alla prostata diagnosticato nei 25 anni successivi [7]. L'incremento di PSA di 1 ng/mL era associato con l'incremento di probabilità di cancro del 3.69% (95% IC, 2.99 - 4.56). Nessun'altro dei 90 dati antropometrici, biochimici, anamnestici o di stile di vita è risultato predittivo [7]. In questa seconda analisi è stato valutato l'impatto del PSA nella diagnosi di cancro alla prostata avanzato, definito come cT3 o metastatico, riscontrato in 161 soggetti del programma. In questo caso all'incremento del PSA di una unità corrispondeva un aumento di probabilità di cancro avanzato del 4.29% (95% CI 2.98 - 6.18). Un soggetto con 3 o più di PSA prima dei 50 anni aveva una probabilità di 120 volte più grande di avere un cancro avanzato entro i 20 anni successivi rispetto a un soggetto con PSA sino a 0.5 ng/mL.

I risultati di questo studio sono sorprendenti. Evidentemente il PSA non è ancora morto.

Uro-Magazine Rocchetta-15/05/2008. Per gentile concessione dell'Associazione Urologi Italiani www.auro.it

Fonte:

Ulmert D, Cronin AM, Björk T, O'Brien MF, Scardino PT, Eastham JA, Becker C, Berglund G, Vickers AJ, Lilja H. *BMC Med.* 2008 Feb 15;6:6

Bibliografia

1) Stamey TA, Caldwell M, McNeal JE, Nolley R, Hemenez M, Downs J. - *J Urol.* 2004 Oct;172(4 Pt 1):1297-301
2) Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, Minasian LM, Ford LG, Lippman SM, Crawford ED, Crowley JJ, Coltman CA Jr. - *N Engl J Med.* 2004 May 27;350(22):2239-46. Erratum in: *N Engl J*

Med. 2004 Sep 30;351(14):1470.

3) Freedland SJ, Mangold LA, Walsh PC, Partin AW. - *J Urol.* 2005 Oct;174(4 Pt 1):1276-81

4) Catalona WJ, Loeb S. - *Eur Urol.* 2005 Oct;48(4):541-5

5) de Koning HJ, Auvinen A, Berenguer Sanchez A, Calais da Silva F, Ciatto S, Denis L, Gohagan JK, Hakama M, Huggosson J, Kranse R, Nelen V, Prorok PC, Schröder FH; - *Int J Cancer.* 2002 Jan 10;97(2):237-44.

6) The CAP (Comparison Arm for ProtecT) Study. International Standard Randomised Controlled Trial Number Register. <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN92187251> (accessed Apr 25, 2008)

7) Lilja H, Ulmert D, Björk T, Becker C, Serio AM, Nilsson JA, Abrahamsson PA, Vickers AJ, Berglund G. - *J Clin Oncol.* 2007 Feb 1;25(4):431-6.---

La sindrome da jet lag

Una messa punto sui sintomi del jet lag e sui possibili rimedi per la prevenzione e il trattamento.

Che cos'è la sindrome da jet lag?

La sindrome da jet lag si manifesta in viaggiatori aerei che attraversano vari fusi orari (5 o più).

I sintomi compaiono dopo l'arrivo e scompaiono in alcuni giorni, man mano che il soggetto si abitua al nuovo fuso orario. La causa è da ricercarsi in una alterazione dei ritmi circadiani che il cambiamento repentino provoca. I sintomi principali sono caratterizzati da insonnia o eccessiva sonnolenza, anoressia, malessere generale, astenia, nausea, disturbi intestinali come dispepsia o stipsi.

La sindrome persiste per un maggior numero di giorni quando si viaggia verso oriente, un po' meno se si viaggia verso occidente.

Anche i sintomi sono di solito più accentuati viaggiando verso oriente. Questo dipende dal fatto che andando verso est il ciclo circadiano si abbrevia mentre verso ovest si allunga e per l'organismo è più semplice adattarsi all'allungamento.

Quali trattamenti sono in grado di prevenire o ridurre la gravità del jet lag?

La melatonina è sicuramente il farmaco più noto usato per la prevenzione e per il trattamento del jet lag.

Una revisione Cochrane ha dimostrato che la melatonina è più efficace del placebo nel combattere i sintomi. Tuttavia non vanno dimenticati i possibili effetti avversi perchè si tratta pur sempre di un farmaco.

Anche se in genere gli effetti collaterali sono lievi e di breve durata (sonnolenza, vertigini, disorientamento, nausea ed altri sintomi di tipo gastrointestinale, dermatiti) non vanno trascurati possibili effetti di tipo neurologico (stato confusionale, cefalea, atassia, convulsioni).

Per questo il farmaco è controindicato in chi soffre di epilessia. Non va somministrato neppure nei pazienti in trattamento con anticoagulanti orali perchè potrebbe provocare dispnea e dolore toracico.

La revisione Cochrane conclude che la melatonina dovrebbe essere oggetto di ulteriori studi per valutare completamente il suo profilo di sicurezza.

Al contrario un'altra revisione sistemati-

ca conclude che la melatonina sembra ragionevolmente sicura anche se sottolinea che, almeno per i disturbi del sonno da jet lag, l'efficacia è dubbia.

Sono stati proposti anche gli ipnotici non benzodiazepinici (zopiclone e zolpidem), ma le evidenze sono contrastanti; inoltre gli studi hanno arruolato pochi pazienti.

Per combattere gli effetti del cambio di fuso orario vengono consigliati anche accorgimenti non farmacologici. Siccome la secrezione di melatonina viene stimolata dall'oscurità e inibita dalla luce si raccomanda di dormire solo quando è buio, di esporsi alla luce naturale del pomeriggio ma di evitare quella intensa, di mangiare poco, di praticare una lieve attività fisica.

Altri consigli che vengono dati sono di non partire per un lungo viaggio aereo se si è stanchi, di bere liquidi non alcolici durante il volo, di fare una doccia appena arrivati, di evitare affaticamenti nei primi giorni dopo l'arrivo.

Tuttavia non esistono studi clinici randomizzati e controllati che abbiano dimostrato formalmente l'utilità di questi cambiamenti dello stile di vita.

Renato Rossi

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>

Referenze

1. Herxheimer A et al. Melatonin for the prevention and treatment of jet lag. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2006.
2. Buscemi N et al. Efficacy and safety

of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction: meta-analysis. *BMJ* 2006 Feb 18; 332: 384-393
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/>

[news.asp?id=2789](http://www.bmj.com/lookup/quickurl.ppt?news.asp?id=2789)

3. Herxheimer A et al. The prevention and treatment of jet lag. *BMJ* 2003 Feb 8;326:296–297

Sorveglianza attiva per il ca prostatico: indispensabile la rebiopsia

I pazienti che decidono di sottoporsi a sorveglianza attiva (SA) per il carcinoma della prostata clinicamente organo confinato devono accettare frequenti e regolari valutazioni dello stato del loro tumore almeno finché rimangono potenziali candidati per la terapia curativa.

Dei vari parametri da monitorare, i reperti patologici della biopsia prostatica sono sicuramente il dato più oggettivo per valutare l'evoluzione del tumore. Un gruppo canadese di Montreal ha analizzato i dati, raccolti in modo prospettico, su 186 pazienti con diagnosi di tumore alla prostata eseguita dal 1987 al 2006 e sottoposti a SA per caratteristiche patologiche e biochimiche favorevoli o dopo aver rifiutato un qualsivoglia trattamento curativo. I pazienti sono stati seguiti a intervalli regolari con PSA ed esplorazione rettale ogni 3 – 6 mesi; la biopsia prostatica è stata eseguita annualmente o "al bisogno" in caso di cambiamenti del reperto rettale o biochimici. 92 pazienti avevano almeno una biopsia ripetuta e hanno costituito il gruppo di studio con un follow up mediano di 76 mesi, range 20 – 169. La progressione di malattia è

stata definita come stadio clinico > cT2b, più di 3 prelievi positivi, almeno il 50% di tumore in uno dei prelievi o un pattern di Gleason predominante di 4 o 5 ad una delle biopsie successive a quella diagnostica. Al momento dell'analisi 34 pazienti (36%) aveva avuto un progressione clinica o patologica e 29 (31%) avevano ricevuto un trattamento a un tempo mediano di 44 mesi. La prima rebiopsia era positiva per cancro in 48 pazienti (52%) e negativa in 44 (48%). Dei 48 con rebiopsia positiva, 23 (48%) erano andati in progressione a un tempo medio e mediano di 16 e 19 mesi. Dei 44 con rebiopsia negativa solo 11 (25%) erano andati in progressione a un tempo medio e mediano di 19 e 40 mesi. Dei 44 pazienti con più di 2 rebiopsie consecutive negative, nessuno era andato in progressione. La sopravvivenza attuariale libera da progressione a 5 anni era l'82% per i pazienti con una prima rebiopsia negativa e del 50% con una prima rebiopsia positiva. In questa coorte, caratterizzata da lungo follow up mediano, circa 6 anni, i pazienti che avevano continuato ad avere biopsie negative avevano una probabilità risibile

di andare incontro a una progressione di malattia. Al contrario, più del 50% dei pazienti con tumore a una rebiopsia era andata in progressione entro 5 anni.

In conclusione, la rebiopsia appare avere un ruolo fondamentale nell'ambito dei protocolli di SA. La prima rebiopsia, la più informativa, dovrebbe essere eseguita in tempi relativamente brevi, entro 3 – 6 mesi, per stabilire se la SA è una strada percorribile con ragionevole sicurezza.

Uro Magazine Rocchetta 28/07/2008—
 Per gentile concessione dell'Associazione Urologi Italiani www.auro.it

Al Otaibi M, Ross P, Fahmy N, Jeyaganth S, Trottier H, Sircar K, Bégin LR, Souhami L, Kassouf W, Aprikian A, Tanguay S. Role of repeated biopsy of the prostate in predicting disease progression in patients with prostate cancer on active surveillance. *Cancer*. 2008 May 16;113(2):286-292.

Uso dei software pirata in studio; si rischia condanna penale

Momenti grami per i professionisti che usano sfacciatamente programmi pirati o copie illegittime di programmi informatici commerciali: la Cassazione (III Pen. sent. 25104/08) ha stabilito che questo comportamento costituisce reato e che della violazione di legge risponde personalmente il titolare dell'attività commerciale o professionale.

E' stata quindi confermata la condanna penale del professionista, in quanto "la detenzione e l'utilizzo di numerosi programmi software, illecitamente riprodotti, nello studio professionale rende

manifesta la sussistenza del reato contestato, sotto il profilo oggettivo e soggettivo".

In particolare è stato precisato che "per la configurabilità del reato di cui all'art. 171 bis non è richiesto [...], che la riproduzione dei software sia finalizzata al commercio, essendo sufficiente il fine di profitto, come contestato, né il dolo specifico del fine di lucro" essendosi determinata un'accezione più vasta che non richiede necessariamente una finalità direttamente patrimoniale ed amplia quindi i confini della responsabilità

dell'autore".

E' sufficiente quindi, dice la Corte, il fine di trarne profitto (come nel caso di utilizzo professionale fraudolento, senza pagarne le royalties) senza bisogno del dolo specifico o del fine di lucro.

Puo' essere utile ricordare che diversi Enti e Associazioni distribuiscono gratuitamente ai propri iscritti raccolte di programmi informatici di libero uso, in modo da coprire le necessità lavorative del professionista senza rischi legali.
 DZ - CP

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

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

Modificate (per fortuna) alcune norme fiscali per i professionisti

Modificate alcune norme restrittive sui conti correnti, sui pagamenti con mezzi "tracciabili", sui registri da tenere per i lavoratori autonomi.

Queste modifiche agevolano molto il professionista, anche perché la Giurisprudenza aveva iniziato a tenere un atteggiamento estremamente rigoroso.

È stato pubblicato il D.L. 25.06.2008, n. 112, pubblicato in G.U. 25.06.2008, n. 147, S.O. n. 152.

Alcune norme importanti sono state modificate. Importante l'abolizione delle norme restrittive su conti correnti, assegni, pagamenti a professionisti ecc.

- A decorrere dal 25.06.2008, i lavoratori autonomi non sono più obbligati alla tenuta di uno o più conti correnti sui quali far confluire gli incassi/proventi professionali.

- Inoltre, tali soggetti non dovranno più incassare i compensi esclusivamente mediante strumenti finanziari tracciabili (assegni, bonifici, carte di credito, POS, ecc.).

- Con l'abrogazione dell'art. 8-bis, c. 4-bis del D.P.R. n. 332/1998 è soppresso l'obbligo di presentazione degli elenchi clienti e fornitori; ciò vale a decorrere dagli elenchi relativi all'anno 2008.

- Contestualmente è abrogato anche il c. 6 del citato art. 8-bis, riguardante le sanzioni per l'omessa, l'incompleta e la non veritiera presentazione degli elenchi clienti e fornitori.

- Tale soppressione si riflette anche sulle

eventuali irregolarità riguardanti gli elenchi presentati nel 2007 (relativi all'anno 2006) e nel 2008 (relativi all'anno 2007).

Queste modifiche appaiono oltremodo opportune, in quanto la magistratura stava assumendo un atteggiamento estremamente rigoroso.

Il conto bancario "professionale" del professionista, come è noto, poteva essere utilizzato, con la precedente normativa, per uso "promiscuo" e poteva essere anche cointestato (per esempio alla moglie). La Cassazione, sez. Tributaria, sent. 14847/2008, ha stabilito che tutte le somme ivi versate vanno considerate prodotte dall'attività di lavoro autonomo salvo prova contraria, in quanto vige una presunzione legale posta a carico del contribuente dall'art. 32, d.P.R. 600/1973.

"In tema di accertamento delle imposte sui redditi ai sensi degli artt. 32 e 39 del d.P.R. 600/1973, (ha specificato la Corte) i dati raccolti dall'Ufficio in sede di accesso ai conti correnti bancari di un professionista consentono, in virtù della presunzione legale contenuta nella detta normativa, di imputare gli elementi da essi risultanti direttamente a ricavi dell'attività di lavoro autonomo svolta dal medesimo, salva la possibilità per il contribuente di provare che determinati accrediti non costituiscono proventi della detta attività e che pertanto, in rela-

zione alla suddetta presunzione concernente gli elementi risultanti dagli accertamenti bancari, si determina una inversione dell'onere della prova, per cui [...], deve ritenersi che l'amministrazione abbia fornito la prova dei fatti costitutivi della maggiore pretesa tributaria e spetta al contribuente fornire adeguata e specifica prova contraria".

La prova contraria, però, deve essere circostanziata e non può basarsi su semplici affermazioni che sostengano che sul conto corrente confluiscono anche somme di pertinenza di terzi, ma deve essere presentata la prova analitica della sua attività di maneggio di denaro altrui per ogni singola movimentazione del conto.

È intuitiva la difficoltà, per chi abbia un conto promiscuo o cointestato, documentare scrupolosamente e in modo accettabile dal fisco ogni singolo movimento ivi comprese le regalie intrafamiliari. L'obbligo di ricevere pagamenti (anche se regolarmente riportati sui registri delle entrate) tramite mezzi "tracciabili", e di farli poi transitare obbligatoriamente sul conto bancario comportava poi perdite di tempo, giri inutili e diversi problemi con i soggetti (anziani, stranieri, o semplicemente "furbi") non usi a questi mezzi di transazione.

L'abolizione di questi obblighi comporta quindi un alleggerimento notevole del carico burocratico e dei rischi di errore. DZ - OP

Deviare i pazienti in studi privati costituisce abuso d'ufficio

La Cassazione ribadisce il carattere di illecito penale per il medico di servizio pubblico che devia i pazienti presso uno studio privato, aggravato dal ruolo di Pubblico Ufficiale. I pazienti vanno inviati ad altra Struttura pubblica adeguatamente attrezzata

La Cassazione aveva già espresso in passato un analogo concetto, ma evidentemente c'è chi confidava nella scarsa consistenza dei controlli.

Nel caso in oggetto, un medico operante come specialista in una struttura pubblica, inviava i propri pazienti che a suo dire necessitavano di particolari approfondimenti strumentali assenti nella struttura in cui operava, ad un laboratorio privato di cui era socio.

La Cassazione (VI Sez. Penale Sent. 27936/2008) ha invece classificato tale comportamento come delitto di abuso d'ufficio, condannando il medico.

Il sanitario si è difeso invocando il fatto di aver agito nell'interesse della salute del paziente, per la mancanza di strumenti idonei nell'ambulatorio pubblico, e presenti invece nel suo laboratorio privato.

La Cassazione non ha ritenuto sufficiente tale giustificazione, precisando che "la condotta del medico specialista di una struttura pubblica, il quale per conseguire un vantaggio patrimoniale, in violazione del dovere di

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>

astensione di cui all'art. 6 del d.m. 31 marzo 1994, indirizzi un paziente verso il laboratorio di cui egli sia socio, per l'espletamento di un esame che si sarebbe potuto eseguire anche presso una struttura pubblica della stessa città, integra il delitto di abuso di ufficio". E' stato giudicato irrilevante il fatto che l'imputato fosse autorizzato ad esercitare attività professionale privata extramur-

ria in due ambulatori, in quanto tale 'licenza' non lo esimeva affatto dall'assicurare sempre l'interesse della Pubblica Amministrazione dalla quale dipendeva.

Il fatto che tale concessione attenuasse gli obblighi di 'fedeltà' e di 'non concorrenza' non consentiva ugualmente l'intenzionale e provocato sviamento dei pazienti (in violazione dell'obbligo di

astensione), i quali invece dovevano essere 'inviati' in uno dei vicini Presidi ospedalieri, dotati appunto dello strumento ritenuto funzionale per il completamento dell'intervento diagnostico - terapeutico di competenza.

DZ - CP

Fonte: studiocataldi.it

Non c'è indennizzo in caso di ricovero forzato per TSO illegittimo

Le norme sull' indennizzo da parte dello Stato per ingiusta detenzione non sono applicabili nel caso di Trattamento Sanitario Obbligatorio nel caso di illegittimità, ma in caso di comportamento colposo, e' possibile l' azione civile contro i responsabili

Un soggetto sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio ha chiesto allo Stato un indennizzo in base agli artt. 314 e 315 del Codice di Procedura Penale, i quali prevedono un indennizzo per chi abbia subito una ingiusta detenzione, la c.d. equa riparazione per l' ingiusta cu-

stodia cautelare.

A suo avviso il TSO, applicato in modo illegittimo, lo aveva colpito in modo analogo all' ingiusta detenzione, determinando la restrizione della sua libertà personale nonché effetti negativi sull'immagine, le relazioni ed il campo lavorativo.

La Corte di Cassazione (Sez. IV penale, Sent. n. 17718/2008) ha invece stabilito che le norme per l' ingiusta detenzione non possono essere estese per analogia al TSO applicato illegittimamente, nonostante tale regime sanitario forzato colpisca l'individuo in modo simile al-

l'ingiusta custodia cautelare in quanto determina di fatto una effettiva restrizione della libertà personale.

Sarebbe rientrato infatti nell' autonoma scelta del legislatore l'aver previsto una speciale procedura per l'errore giudiziario cautelare e l'aver, invece, escluso da tale scelta altri tipi di errori, anche se simili negli effetti pratici.

Alla vittima resta comunque la possibilità di rivalersi in sede civile sui promotori del TSO, qualora nel loro operato si siano evidenziati elementi colposi.

DZ—OP—

Fonte www.laprevenienza.it

Disturbare la quiete pubblica e' danno alla salute e reato penale

Il disturbo alla quiete pubblica, specialmente se tale da disturbare il sonno, e' illecito penale, e non e' necessario che vengano superate precise soglie predefinite

La Cassazione ha recentemente ribadito il concetto, espresso in altre sentenze, che qualunque rumore eccedente il normale, tale da indurre disturbo al sonno, costituisce illecito penalmente perseguibile.

I disturbi del sonno, lo ricordiamo, sono colpevoli di effettivo danno biologico (ad es.: JAMA 1999 Aug. 18; 282 (7):689-90 (20 Gennaio 2000) anche se troppo spesso tale influenza viene mi-

sconosciuta o sottovalutata.

La Cassazione (I Sez. Penale, sentenza 25716) e' intervenuta nel caso di un gestore di Pub, condannato in base all'art. 659c.p., che aveva organizzato serate di musica dal vivo all' esterno del locale, utilizzando casse acustiche troppo potenti.

La sentenza precisa che:

- Non occorrono le denunce di piu' cittadini, ma e' sufficiente "che la condotta sia in se' idonea ad arrecare disturbo".

- Non e' necessario "alcun superamento di soglie predefinite"

In altre parole viene superato il concetto

di una "soglia di impunità", sotto la quale e' lecito produrre rumori notturni, ma si sottolinea il criterio soggettivo di "idoneità a disturbare una serie indeterminata di persone", addirittura una sola persona.

Il gestore del pub e' stato condannato ad una multa di 300 Euro, entita' certamente modesta, ma resta aperta la possibilità di risarcimento in sede civile per il danno biologico e per il disturbo esistenziale provocato agli sfortunati vicini...

DZ—OP

fonte ADN Kronos 25/06/2008

Se il vaccino Anti-HBV non funziona, forse e' colpa della celiachia

Un soggetto che mostri una insufficiente risposta anticorpale alla vaccinazione contro l'epatite B potrebbe essere affetto

da malattia celiaca non diagnosticata.

Un trattamento dietetico appropriato consente una risposta anticorpale pres-

soche' normale.

Uno studio ungherese, condotto su 128

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>

malati di celiachia contro 113 soggetti controllo, ha evidenziato una insufficiente risposta anticorpale dopo somministrazione di due o tre dosi di anti-HBV ricombinante nell'arco di sei mesi.

Di 22 pazienti era già nota la condizione di celiachia, e sono stati vaccinati a diverse età, prospetticamente e dopo un periodo di dieta aglutinata; questi pazienti hanno mostrato un tasso di sieroconversione del 95,5%.

Gli altri 106 pazienti, così come i controlli, sono stati tutti vaccinati all'età di 14 anni e i loro titoli anticorpali sono

stati misurati circa due anni dopo. Tra questi alcuni erano stati vaccinati prima di essere diagnosticati, altri non seguivano il regime dietetico per celiaci.

Nei celiaci diagnosticati e trattati è risultato un tasso di sieroconversione del 61,4%, nei non diagnosticati del 25,9% e nei diagnosticati non a dieta del 4-4,4%.

Il tasso di conversione nei controlli era del 75%.

Alcuni soggetti celiaci non responder sono stati sottoposti a dieta senza glutine ed hanno poi ricevuto una dose booster:

la sieroconversione è stata rilevata in 36 soggetti dopo un mese.

La malattia celiaca potrebbe quindi avere un ruolo importante nell'insufficiente risposta alla vaccinazione anti-HBV. Gli autori raccomandano quindi di verificare la risposta anticorpale nei pazienti di recente diagnosi e di rivaccinare i non-responder dopo la terapia dietetica glutine-privata.

DZ—CP

Fonte: *Pediatric* 2008;121:1570-6

La ricevuta di un fax ad una pubblica amministrazione fa fede

I documenti trasmessi via fax si presumono giunti al destinatario se il rapporto di trasmissione indica che il loro invio è avvenuto regolarmente. Tale ricevuta fa fede fino a prova contraria (TAR Lazio, Sez. III bis, Sentenza n. 5113/2008)

Una società si era vista respingere la richiesta di un finanziamento da altra società in quanto quest'ultima dichiarava di non aver mai ricevuto alcuni documenti che invece la richiedente dichiarava di aver inviato per fax.

Il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio ha accolto il ricorso, in base al disposto dell'art. 45, comma 1, del d.lgs 17 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'amministrazione digitale).

In base a tale norma i documenti tra-

smessi da chiunque ad una pubblica amministrazione con qualsiasi mezzo telematico o informatico, ivi compreso il fax, idoneo ad accertarne la fonte di provenienza, soddisfano il requisito della forma scritta e la loro trasmissione non deve essere seguita da quella del documento, posto che gli accorgimenti tecnici che caratterizzano il sistema garantiscono, in via generale, una sufficiente certezza circa la ricezione del messaggio.

Da ciò consegue che "un fax deve presumersi giunto al destinatario quando il rapporto di trasmissione indica che questa è avvenuta regolarmente, senza che colui che ha inviato il messaggio debba fornire alcuna ulteriore prova".

All'atto di una trasmissione di fax,

quindi, e della compilazione del rapporto di trasmissione, si viene a formare una presunzione giuridica circa la sua ricezione a favore del destinatario; ne consegue che il mittente non deve fornire alcuna ulteriore prova sull'invio, mentre il ricevente deve dimostrare il contrario, e può farlo solo opponendo la mancata funzionalità dell'apparecchio ricevente o di una sua rottura che abbia impedito l'effettiva comunicazione.

Va considerato che la sentenza del TAR attiene ai rapporti con le pubbliche amministrazioni, mentre non attiene ai rapporti tra privati; è indubbio, comunque, che il principio giuridico ivi affermato non possa non essere recepito anche in altri ambiti.

DZ - CP

Farsi passare per un altro su Internet: può essere reato

Farsi passare per donna sul web o nelle mailing-list per ridere alle spalle di assatanati creduloni o per proporre rapporti personali può comportare addirittura il carcere. Ma vale anche per qualsiasi altro comportamento che induca altri in errore.

Inviare email (soprattutto a più utenti) spacciandosi per una persona diversa, magari anche di sesso diverso e ingannando gli utenti del web può doversi trovare a rispondere del reato di cui all'art. 494 C.P. (sostituzione di persona). Così ha sentenziato la Corte di Cassazione (V sez. Penale, sent. 46674/07). Infatti, precisa la Corte, ciò che viene

tutelato dall'art. 494 è in sostanza la "pubblica fede" in quanto questa può essere ingannata sulla vera essenza di una persona o sulla sua identità o sui suoi attributi sociali".

Quando poi si tratta di inganni che possono superare la ristretta cerchia d'un determinato destinatario, viene infranta non solo la fede privata e la tutela civilistica del diritto al nome ma si verifica una costante insidia alla fede pubblica.

È certamente possibile, dicono i Giudici, per chiunque di attivare un 'account' di posta elettronica recante un nominativo diverso da quello proprio, tuttavia allorché questo meccanismo induca

qualcuno in errore, si verifica il reato suddetto.

Il soggetto indotto in errore non è tanto il server (l'ente fornitore del servizio di posta elettronica), quanto piuttosto gli utenti della rete, i quali, ritenendo di interloquire con una determinata persona in realtà inconsapevolmente vengono ad avere a che fare con una persona diversa.

Precisa infine la Corte che "non è affatto indifferente, per l'interlocutore, che il rapporto descritto nel messaggio sia offerto da un soggetto diverso da quello che appare offrirlo, per di più di sesso diverso".

(DZ -OP)

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 stretta sulle malattie dei Pubblici Dipendenti

.Dopo il famoso Decreto Brunetta DL 112/2008, lo scorso 17 luglio, il Ministro della Funzione Pubblica e dell'Innovazione, ha firmato il 7 luglio una circolare di chiarimento, concordata con l'Anci (Associazione nazionale comuni italiani).

E stata prevista una riduzione della retribuzione per i primi dieci giorni di assenza in caso di malattia e ciò a prescindere dalla durata della stessa. Le amministrazioni hanno l'obbligo di richiedere la visita fiscale anche nel caso di assenza per un solo giorno.

Per assenze superiori a dieci giorni e, in ogni caso, alla terza assenza per malattia nell'arco dell'anno solare, i dipendenti pubblici sono tenuti a presentare all'amministrazione un certificato medico rilasciato dalle strutture sanitarie pubbliche o dai medici convenzionati, in quanto parte del Servizio Sanitario Nazionale. Non sono più validi, come invece in precedenza, certificati "bianchi" rilasciati da medici privati. I fondi della contrattazione collettiva andranno distribuiti tenendo conto anche dell'incidenza delle assenze dal servizio, secondo principi di premialità

e senza nessun automatismo.

Vanno disincentivati anche i meccanismi tendenti a sfruttare i permessi retribuiti, stabilendo un monte ore massimo. Nel caso di permesso per l'intera giornata, per evitare che i permessi siano chiesti e fruiti sempre nelle giornate in cui il dipendente dovrebbe recuperare l'orario, il calcolo del monte ore a disposizione del dipendente deve essere calcolato con riferimento all'orario di lavoro che il medesimo avrebbe dovuto osservare nella giornata di assenza. DZ

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE mese di giugno-luglio-agosto 2008

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

Decreto-legge n. 112 del 25.06.08 (Gazzetta Ufficiale n. 147 del 25.06.08 - Supplemento Ordinario n. 152)

DISPOSIZIONI URGENTI PER LO SVILUPPO ECONOMICO, LA SEMPLIFICAZIONE, LA COMPETITIVITÀ, LA STABILIZZAZIONE DELLA FINANZA PUBBLICA E LA PEREQUAZIONE TRIBUTARIA

Ponderoso provvedimento che affronta numerosissimi aspetti normativi, ivi compresi di interesse medico-sanitario, e che verrà convertito dalla legge 133/08, più sotto illustrata e a cui si rimanda.

Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 08.05.08 (Gazzetta Ufficiale n. 157 del 07.07.08)

VISITE DI CONTROLLO EFFETTUATE DAI MEDICI FISCALI DELL'INPS

Con questo provvedimento viene adeguamento del quadro normativo che regola i rapporti tra l'INPS (Istituto nazionale della previdenza sociale) ed i medici incaricati delle visite di controllo dei lavoratori in malattia.

Innanzitutto, viene confermata la vigente disciplina delle visite mediche domiciliari di controllo sullo stato di salute dei lavoratori in caso di infermità che comporti incapacità temporanea al lavoro; viene però stabilito che detta disciplina debba essere completamente rivisitata entro i prossimi dodici mesi.

L'articolo 2 stabilisce che il numero di riferimento per gli incarichi è di sei visite di controllo al giorno.

L'articolo 3 aggiorna i compensi spettanti ad ogni medico.

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 20.06.08 (Gazzetta Ufficiale n. 171 del 23.07.08)

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE E DI DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI PER GLI INDENNIZZI AI SOGGETTI DANNEGGIATI DA VACCINAZIONI

Con questo provvedimento il Ministero della salute procede alla liquidazione di un unico importo corrispondente alle prime tre rate delle cinque previste dall'art. 4 della legge n. 229/05.

Il provvedimento riporta le modalità con le quali viene determinato l'importo da liquidare.

Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28.07.08)

ISTITUZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONI DA HIV

Il provvedimento, dopo una breve introduzione nella quale illustra le situazioni internazionale e nazionale, specifica gli obiettivi generali e specifici che il sistema di sorveglianza si prefigge, ponendo l'accento in particolare sulla definizione di caso, sulle azioni da intraprendere, sulle risorse messe a disposizione e sulla prevista sua revisione periodica.

Esso definisce, inoltre, un codice identificativo per la segnalazione di caso e per la protezione dei dati personali, e detta alcune raccomandazioni sulla modalità di raccolta dei dati, sull'accesso al test, sulla formazione degli operatori e sulla comunicazione ai partecipanti.

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>

Presenti, anche, alcune tabelle e figure.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 17 luglio 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 182 del 05.08.08)

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

Con questa determinazione l'AIFA aggiorna le note 4 e 65.

Nota 4: viene esteso l'impiego in nota del gabapentin e del pregabalin alle seguenti condizioni:

- dolore post-ictus o da lesione midollare
- polineuropatie, mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici e della carbamazepina sia controindicato o risulti inefficace.

Nota 65: per quanto riguarda il primo punto della nota, viene specificato che la diagnosi di sclerosi multipla recidivante remittente debba essere posta secondo i criteri di Polman (2005).

Deliberazione del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 24 luglio 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 190 del 14.08.08)

LINEE GUIDA PER I TRATTAMENTI DI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI MEDICINALI. (DELIBERAZIONE N. 52)

Con questo provvedimento del Garante vengono forniti, ai promotori e gli altri operatori che a vario titolo intervengono nelle sperimentazioni cliniche, orientamenti utili riguardo al trattamento dei dati delle persone coinvolte.

Il provvedimento affronta i seguenti punti: considerazioni preliminari, normativa applicabile, natura dei dati trattati, notificazione, titolarità dei trattamenti finalizzati alla sperimentazione, altri soggetti che intervengono nella sperimentazione dei farmaci, informativa ai pazienti, consenso al trattamento dei dati, esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice, trasferimento di dati all'estero, periodo di conservazione e trattamento di dati per ulteriori fini di ricerca, custodia e sicurezza dei dati, altre tipologie di studi clinici.

Esso riporta anche l'"Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali".

Legge n. 133 del 06.08.08 (Gazzetta Ufficiale n. 195 del 21.08.08 - Supplemento Ordinario n. 196)

CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 25 GIUGNO 2008, N. 112, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER LO SVILUPPO ECONOMICO, LA SEMPLIFICAZIONE, LA COMPETITIVITÀ, LA STABILIZZAZIONE DELLA FINANZA PUBBLICA E LA PEREQUAZIONE TRIBUTARIA

Viene convertito, con modifiche, il decreto-legge n. 112/08, già oggetto di segnalazione da parte di questa testata.

Gli articoli di interesse medico-sanitario vengono convertiti come di seguito indicato succintamente:

articolo 29: Trattamento dei dati personali - Vengono apportate varie modifiche al decreto legislativo 196/03 riguardanti, tra l'altro, il trattamento dei dati sensibili e la redazione del documento programmatico per la sicurezza (convertito con modifiche rispetto al testo del decreto-legge);

articolo 37: Certificazioni e prestazioni sanitarie - Viene prevista l'eliminazione di adempimenti formali connessi a pratiche sanitarie obsolete (demandando l'individuazione delle pratiche in oggetto a successivi provvedimenti) (convertito con modifiche non sostanziali rispetto al testo del decreto-legge);

articolo 41: Modifiche alla disciplina in materia di orario di lavoro - Viene affrontata la problematica dei turni demandando, per quanto concerne il personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, alla contrattazione collettiva la definizione delle modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche (convertito con modifiche non sostanziali, almeno per quanto riguarda il medico, rispetto al testo del decreto-legge);

articolo 71: Assenze per malattia e per permesso retribuito dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni - Modificate le modalità con cui i dipendenti pubblici devono certificare le assenze per malattia (convertito con modifiche rispetto al testo del decreto-legge);

articolo 79: Controllo e programmazione delle risorse per la spesa sanitaria - Affrontati vari aspetti inerenti il controllo e la programmazione della spesa sanitaria (convertito con modifiche rispetto al testo del decreto-legge);

articolo 80: Piano straordinario di verifica delle invalidità civili - E' previsto che nel corso dell'anno 2009 dovranno essere effettuati 200.000 accertamenti di verifica nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile (convertito con modifiche non sostanziali rispetto al testo del decreto-legge).

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Priorix - Modificata l'indicazione terapeutica:

E' indicato per l'immunizzazione attiva dei bambini a partire dagli 11 mesi di età o più grandi, di adolescenti ed adulti contro morbillo, parotite e rosolia. L'impiego in bambini di 9-10 mesi di età deve essere preso in considerazione in circostanza parti-

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>

colari.

Abilify - Aggiunta l'indicazione terapeutica:

Trattamento di episodi maniacali di grado da moderato a severo del disturbo bipolare di Tipo I e per la prevenzione di un nuovo episodio maniacale in pazienti che hanno avuto prevalentemente episodi maniacali che hanno risposto al trattamento con aripiprazolo.

Taxotere - Aggiunta l'indicazione terapeutica:

In combinazione con cisplatino e 5-fluorouracile per il trattamento di induzione dei pazienti con carcinoma a cellule squamose localmente avanzato della testa e del collo.

Telzir - Aggiunta l'indicazione terapeutica:

In associazione con una bassa dose di ritonavir è indicato nel trattamento di pazienti adulti, adolescenti e bambini dai 6 anni in poi con infezione da Virus dell'Immunodeficienza Umana di Tipo I (HIV-1) in combinazione con altri farmaci antiretrovirali. Negli adulti con limitata esperienza di trattamento con antiretrovirali, Telzir in combinazione con una bassa dose di ritonavir, non ha mostrato di essere efficace come lopinavir/ritonavir. Non sono stati condotti studi comparativi su bambini o adolescenti. In pazienti pesantemente pretrattati non è stato sufficientemente studiato l'uso di Telzir in combinazione con una bassa dose di ritonavir. In pazienti già trattati con inibitori della proteasi (PI), la scelta di Telzir deve essere basata sull'analisi individuale della resistenza virale e sulla storia terapeutica dei pazienti.

Utile il biancospino nell' insufficienza cardiaca

Secondo una revisione Cochrane gli estratti di biancospino potrebbero essere utili nel migliorare alcuni sintomi del paziente con scompenso cardiaco

Una revisione Cochrane ha ritrovato trials in cui l'estratto di biancospino veniva testato nello scompenso cardiaco. Per essere inclusi nella revisione gli studi dovevano essere di tipo randomizzato, versus placebo, avere tutti i pazienti arruolati classificati secondo la classe New York Heart Association (NYHA), valutare end-point appropriati e riportare i dati in modo da permettere una analisi secondo l'intenzione a trattare. In totale si tratta di 1110 pazienti seguiti per circa 26 mesi. In tutti gli studi venivano usate due preparazioni commerciali contenenti (WS1442 or LI132) in cui il dosaggio dell'estratto era però molto variabile. La revisione suggerisce che l'erboderivato, associato al trattamento standard dello scompenso cardiaco, può aumentare la performance fisica e il consumo di ossigeno e migliorare i sintomi tipici come la dispnea e l'astenia. Raramente gli studi riportavano end-point hard come la mortalità o gli eventi cardiaci. Gli effetti collaterali sono poco frequenti e di lieve entità: nausea, vertigini, di-

sturbi intenzionali, etc.

Limiti della revisione sono la scarsità di trials che riportavano outcomes primari e una possibile sovrastima dell'efficacia a causa di publication bias.

Fonte:

Pittler MH, Guo R, Ernst E. Hawthorn extract for treating chronic heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2008; DOI:10.1002/14651858.CD005312.pub2.

Commento di Renato Rossi

Qualsiasi terapia in grado di migliorare la prognosi o almeno i sintomi dello scompenso cardiaco non può essere che la benvenuta, soprattutto se non comporta effetti collaterali importanti.

In questo senso l'estratto di biancospino può essere una scelta da aggiungere alla terapia classica, ma non ci si deve aspettare risultati eclatanti su end-point clinici "hard". Nella revisione Cochrane infatti non è compreso lo studio SPICE (Survival and Prognosis: Investigation of Crataegus Extract WS1442 in CHF) che è stato presentato nel 2007 al con-

gresso dell'American College of Cardiology [1].

In questo trial più di 2600 pazienti con scompenso cardiaco in classe NYHA II e III e frazione di eiezione inferiore o uguale al 35% sono stati trattati con estratto di biancospino o placebo in aggiunta alla terapia standard. Dopo un follow-up di due anni non c'era differenza per l'end-point primario composto da mortalità cardiaca, infarto non fatale e ricoveri per insufficienza cardiaca. Tuttavia avere a disposizione un erboderivato che potrebbe, in alcuni pazienti, avere un effetto positivo su alcuni sintomi come l'astenia e la dispnea, può essere un'arma in più a disposizione del medico, anche perchè si tratta di una terapia in genere ben tollerata e priva di importanti effetti collaterali.

Referenze

1. <http://www.medscape.com/viewarticle/554666>

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>