

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 5 numero 5

Dir. Resp. Daniele Zamperini

Maggio 2008

**La Comunicazione medico-paziente: un importante momento terapeutico**

**Farmaci urgenti in farmacia anche senza ricetta!**



**L'eta' non e' scusante per il reato di ingiuria**



**“Chiare, fresche, dolci acque” parte II**

**INDICE GENERALE CON TANTO ALTRO IN SECONDA PAGINA**



**Tutti assolti i medici dello “Scandalo Glaxo”**



**Forse inutile la Guerra all' Acaro!**

Si e' tenuto a Uliveto Terme il 18 Aprile 2008 il Convegno

**L' Esercizio fisico nel nefropatico cronico**

Presidente Giuliano Barsotti  
Responsabile Scientifico  
Adamasco Cupisti

Una sintesi nel prossimo numero

**Il cioccolato fa bene al cuore**

**Le cause principali della depressione erettile**

**Nuovo promettente marker per il cancro prostatico**



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>

<b>Chiare, fresche, dolci acque... (D.Zamperini, parteII)</b>	Pag. 3	
<b>Il cacao fa bene al cuore</b>	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 Dir. Resp.: <b>Daniele Zamperini</b> O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">http://www.scienzaeprofessione.it</a>
<b>Cataratta senile associata ad aumento di mortalità?</b>	Pag. 5	
<b>La Comunicazione medico-paziente: un importante momento terapeutico (M.T. Francavilla)</b>	Pag. 6	
<b>Attenzione alla resistenza all' azione antiaggregante dell' ASA</b>	Pag. 8	<b>Patrocinate da</b> <b>-O.M. della Provincia di Padova</b> <b>-Soc. Scientifica "Promed-Galileo"</b> <b>-SIMG-Roma</b> <b>-ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)</b> <b>-Medico&amp;Leggi</b>
<b>In arrivo i glucometri non cruenti (Segnalato da Silvia Lo Iacono)</b>	Pag. 8	
<b>Sitagliplin: nuovo antidiabetico con meccanismo "diverso" (Segnalato da Silvia Lo Iacono)</b>	Pag. 9	
<b>Tutti assolti i medici dello "Scandalo Glaxo"</b>	Pag. 9	<b>Redazione</b> <b>Luca Puccetti (webmaster)</b> <b>Marco Venuti (agg. legale)</b> <b>Renato Rossi (coordinatore)</b> <b>Guido Zamperini (redattore)</b> Collaborano: <b>Marco Grassi, Clementino Stefanetti</b>
<b>I danni psicologici dell' errore medico devono essere risarciti</b>	Pag. 9	
<b>Possibile detrarre i farmaci anche senza scontrino "parlante"</b>	Pag. 9	
<b>Probabilmente inutile, la guerra all' acaro!</b>	Pag. 10	<b>Per riceverla gratuitamente:</b> d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
<b>Andare in pensione presto accorcia la vita? Mah!</b>	Pag. 10	<b>Archivio completo:</b> Oltre 3000 articoli e varie risorse su <a href="http://www.pillole.org/">http://www.pillole.org/</a> <b>Contenuti selezionati:</b> <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">www.scienzaeprofessione.it</a>
<b>Le cause principali della depressione erettile</b>	Pag. 11	
<b>Nuovo promettente marker per il Ca prostatico: il PCA3</b>	Pag. 11	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
<b>Dubbia utilita' degli antidepressivi in oncologia</b>	Pag. 12	
<b>E' omicidio preterintenzionale operare con un consenso invalido?</b>	Pag. 12	<b>Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione</b>
<b>Massima riservatezza sulla salute delle persone!</b>	Pag. 12	
<b>Rimborso IRAP? Si', se e' confermata attivita' autonoma</b>	Pag. 13	
<b>Impianto tardivo della protesi? Responsabilità' dell' O-dontoiatra</b>	Pag. 13	
<b>L' eta' non e' una scusante e non giustifica le frasi ingiuriose!</b>	Pag. 13	
<b>NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE—News prescrittive(a cura di Marco Venuti)</b>	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>

## Chiare, fresche, dolci acque... (parte II)

### L' acqua oggi:

E' conseguente a questi precedenti storici la particolare cultura e la particolare sensibilità esistente in Italia sulle problematiche delle acque minerali, problematiche che in altre nazioni non sono avvertite o non lo sono state abbastanza da giustificare ricerche, studi o legislazioni particolari nel settore. L' idrologia medica si basa essenzialmente su basi empiriche, ma si tratta di un empirismo che pone le sue basi in millenni di osservazione. L' azione biologica delle varie su alcune funzioni organiche e' certamente indiscutibile. Negli ultimi due secoli sono aumentati, pur rimanendo circoscritti essenzialmente all' Italia, gli studi tendenti a fornire una base scientifica alle osservazioni cliniche empiriche. Dal 1800 inoltre vengono monitorate sistematicamente le composizioni chimico-fisiche delle fonti piu' importanti. Si e' osservato negli ultimi anni un notevolissimo aumento del consumo di acque cosiddette "minerali" imbottigliate rispetto al consumo della normale acqua potabile distribuita nelle case. Negli ultimi 20 anni si e' passato da un consumo medio pro capite di 35 litri annui a 140 litri annui con una produzione aumentata del 250%.

La proporzione tra acque gassate e non gassate e' a favore del primo gruppo con il 60% della produzione. I motivi di questi alti consumi sembrano essere molteplici: la clorazione delle acque superficiali implica talora sapori e odori anomali che riducono la gradevolezza del liquido; una indagine ISTAT nel '93 evidenziava che solo il 47% delle famiglie intervistate dichiarava di bere l'acqua del rubinetto. Ai problemi legati a **fattori organolettici** si aggiunge l' **aumentato benessere** che permette l'acquisto dell'acqua minerale (che ha un costo sicuramente molto superiore a quello dell'acqua del rubinetto) e un maggior ricorso alla **ristorazione collettiva**. Questa implica infatti l'assunzione di almeno uno dei pasti giornalieri fuori casa in ambiente ristorativo ove l'acqua e' fornita di regola in bottiglia. La geografia dei consumatori rispecchia infatti quella del benessere economico, con una preponderanza di consumi in Lombardia e in Emilia e un fanalino di coda in Ca-

labria.

### MA CHE COS' E', OGGI, UN'ACQUA "MINERALE"?

Secondo il D.L. 25/01/92 n. 105 sono: "...acque minerali naturali le acque che, avendo origine da una falda e da un giacimento sotterraneo provengono da una sorgente o piu' sorgenti naturali o perforate e che hanno caratteristiche igieniche particolari e proprieta' favorevoli alla salute ..... si distinguono dalle ordinarie acque potabili per la loro purezza originaria e la loro conservazione, per il tenore in minerali, oligoelementi e/o altri costituenti e i loro effetti ..... sono vietati i trattamenti di potabilizzazione, l'aggiunta di sostanze battericide o batteriostatiche e qualunque trattamento suscettibile di modificare il microbiismo dell'acqua minerale naturale".

Le "acque invece destinate al consumo umano" vale a dire le normali acque da bere, quelle distribuite tramite i rubinetti di casa, devono essere invece (D.P.R. n.236, 1988) chimicamente e microbiologicamente salubri e non devono presentare rischi per la salute. Cio' puo' essere ottenuto appunto con sostanze batteriostatiche o battericide che pero' ne possono alterare, come abbiamo gia' detto, il sapore.

Abbiamo gia' detto che le acque minerali devono essere "microbiologicamente pure" alla sorgente; tale concetto non significa che tali acque debbano essere sterili: esse devono piuttosto mantenere la loro tipica "facies microbica", con una flora saprofitica non dannosa alla salute e una bassa carica microbica.

Sono esclusi assolutamente gli E. Coli e i colibacilli, gli streptococchi fecali, gli anaerobi sporigeni solfito-riduttori, pseudomonas aeruginosa. Le caratteristiche batteriologiche delle acque minerali sono dettagliatamente specificate nel D.M. 12 Novembre '92 n.542 e nel D.M. 8 Luglio 1997.

Malgrado queste accuratissime norme destinate ad assicurare la purezza dell'acqua della sorgente, capita frequentemente che si riscontri un aumento, nel tempo, della carica batterica presente nell'acqua imbottigliata. Questa proliferazione puo' essere considerata fisiologica, entro certi limiti; puo' pero'

essere incrementata da cattiva conservazione o dal materiale dei contenitori, non perfettamente idoneo.

Gli studi effettuati sulle acque imbottigliate hanno potuto dimostrare che dal momento dell' imbottigliamento si verificano, tra la prima e la quarta settimana, un aumento della carica microbica. Si tratta comunque generalmente di saprofiti ambientali, innocui alla salute. La crescita microbica e' maggiore nelle bottiglie in plastica (piu' porosa, e quindi piu' soggetta alla formazione di "nicchie di sopravvivenza" rispetto a quelle di vetro, e in acque "piatte" rispetto a quelle addizionate di anidride carbonica. Cio' deriva dal fatto che la CO2 e' dotata di attivita' batteriostatica che permette una maggiore conservazione delle acque. Per quanto riguarda i requisiti dei contenitori, questi sono stabiliti nel D.M. 17/12/1981, che consente solo una limitata tipologia di materiali.

Oltre che di saprofiti e' stata documentata la possibilita' di sopravvivenza, nei recipienti di acqua minerale, anche di patogeni capaci di una lunga sopravvivenza: yersinia enterocolitica, ad esempio, riesce a sopravvivere fino a 64 settimane. Malgrado cio' sono molto rare le segnalazioni di intossicazioni intestinali correlate all'uso di acque minerali imbottigliate. Ne vengono citate in tutta la letteratura appena due: uno nel Portogallo nel 1974 e uno nell'Italia centrale nel '90.

### COME SI CLASSIFICANO LE ACQUE MINERALI ?

Il D.M. n. 542/92 indica i parametri chimici e chimico-fisici da determinare in un'acqua minerale. Possiamo classificarle **in base al contenuto salino**:

- **oligominerali** (residuo secco inferiore a 0,2 gr. per mille).
- **medio-minerali** (tra 0,2 e 1 gr. per mille).
- **minerali** (oltre 1 gr. per mille).

L'alto contenuto di sali in queste ultime acque (minerali propriamente dette) fa si' che siano indicate di solito per particolari trattamenti specifici da farsi solitamente dietro controllo medico.

### In base alla temperatura:

- Fredde** (-20°); **Ipotermali** (20°-30°);
- Omeotermali** (30°-40°); **Ipertermali**

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>

(superiori a 40°).

**In base alla pressione osmotica** o in base alla **concentrazione salina** valutata sulla presenza dell'anione preponderante:

- **Bicarbonato** : se prevale il bicarbonato.

- **Clorurate o salse** se prevale il cloruro.

- **Solfate** se prevale il solfato

- **Solfuree** se prevale il sulfidrilico

Puo' essere valutato anche il catione piu' rappresentato di genere di tipo alcalino o alcalino terroso per cui possono esserci acque aniono-alcaline e alcalino-terrose ecc...

### **A CHE COSA SERVONO EFFETTIVAMENTE LE ACQUE MINERALI ?**

Le ricerche su queste acque non sono moltissime e, come gia' detto, sono prevalentemente italiane. La cosa e' in parte giustificabile dalla ricchezza di queste sorgenti minerali nel nostro paese e dalla antichissima cultura delle acque minerali che in Italia risale a oltre duemila anni fa.

**Le acque clorosodiche o salse:** risulterebbe un'azione prevalente sulle vie biliari e sul fegato, con effetto idrocoleretico lento e protratto di tipo fisiologico.

Aumenterebbe anche l'escrezione di colesterolo e di acidi biliari. E' stata riscontrata un'attivazione di alcuni sistemi enzimatici con un miglioramento della funzionalita' dell'epatocita.

**Le acque bicarbonate** (Uliveto) avrebbero prevalentemente un'azione a carico del fegato e delle vie biliari e sembrano attivare la funzione epatica con mutamento dell'assetto enzimatico cellulare. Agiscono sulla colerosi con un aumento della secrezione biliare, di colesterolo e acidi biliari.

**Le acque salsobromoiodiche** avrebbero azione coleretica sulle vie biliari e riducono l'assorbimento intestinale di colesterolo.

### **Le acque salsosolfatoalcaline**

(Montecatini) avrebbero un'azione colagoga, coleretica e colecistocinetica, ed eserciterebbero un'azione equilibratrice sulle funzioni secretorie, colitiche e peptiche. Sono controindicate negli ipertesi per l'elevato contenuto di sodio; sono indicate nel diabete associato a turbe del metabolismo lipidico.

**Le acque bicarbonatosolfatoalcaline e alcalino-terrose** (Chianciano, Ischia, San Pellegrino ecc.) agirebbero sulla

motilita' e sulla secrezione dello stomaco e dell'intestino, possiedono una spiccata azione coleretica, colagoga e colecistocinetica con effetti lassativi, anticolicistici e antispastici. Favoriscono l'azione epatica e biliare.

**Le acque solfuree** (Salsomaggiore, Tellese, Castellamare di Stabia, Sirmione) esplicherebbero la loro azione in rapporto alla quantita' di zolfo e sembra che svolgano effetti normalizzatori sulla glicemia e sul ricambio glicidico, con meccanismo sconosciuto. Si e' ipotizzato un aumento del glutatione ridotto e quindi una difesa delle cellule contro lo stress ossidativo.

**Le acque oligominerali** (Fiuggi, Rocchetta) sarebbero rapidamente assorbite dal tubo digerente e rapidamente eliminate attraverso i reni provocando un aumento della diuresi. Aumentano l'eliminazione quindi delle scorie azotate (azoto e acido urico) e esplicano un'azione di lavaggio e di decongestione delle vie urinarie. Gli effetti durano a lungo anche dopo la sospensione della terapia. Una delle principali indicazioni e' la calcolosi urinaria nonche' diatesi urica e ossalica. Sono controindicate nelle glomerulonefrite croniche e nella glomerulonefrosi, nella insufficienza renale grave, nella cirrosi epatica scitica e nell'insufficienza cardiaca.

A queste indicazioni "ufficiali" si aggiungono, purtroppo, tutta una serie di "pseudoindicazioni" caldegiate dai mass-media e dalle Societa' commerciali ma prive di ogni validita', neppure presunta: e' ovvio ad esempio che tali acque non aiutano affatto a dimagrire...

L'acqua piu' adatta per la maggioranza dei soggetti e' quella ricca di calcio e di sali, con qualche avvertenza:

Il ferro dovrebbe essere inferiore a 1 mg/l., tranne casi particolari.

I solfati dovrebbero restare sotto i 50 mg./l, a meno che si voglia un particolare effetto terapeutico.

Il fluoro non deve superare 1,7 mg/l.

Il magnesio manifesta effetti lassativi sopra i 50 mg.

Il sodio dovrebbe attestarsi intorno ai 20 mg./l

Nitrati, nitriti, Ammoniaca, piombo, cadmio: indicano la presenza di sostanze inquinanti nell'acqua. Sono tollerati entro certi valori, ma sarebbe meglio che

non fossero presenti.

### **L'ACQUA MINERALE FA BENE AL CANCRO ?**

E' stato pubblicato abbastanza recentemente (N.E.J.M.1999;340:1390-97) un ampio studio epidemiologico sul cancro alla vescica negli Stati Uniti. Tale affezione e' molto frequente (50.000 casi l'anno negli USA) e, oltre ai gia' riconosciuti fattori di rischio come il fumo di sigaretta e l'eta', e' stato sospettato che la presenza nelle urine di sostanze cancerogene e la loro lunga permanenza a contatto con la mucosa vescicale costituisca un fattore di rischio. E' stato confermato una diminuzione di rischio man mano che l'apporto giornaliero di liquidi aumenta. In particolare nei soggetti che introducevano un abbondante quantita' di liquido (2 litri e mezzo al giorno) l'incidenza del tumore era significativamente piu' bassa rispetto al gruppo che introduceva la meta'. Questo per una azione di lavaggio delle vie urinarie.

In realta', pero', il risultato utile non deriva propriamente dall'acqua, ne', tantomeno, da un particolare tipo di acqua: risultato analogo viene ottenuto con altri liquidi come il latte, i succhi di frutta, la birra e il vino. L'elemento piu' importante sarebbe quello di allontanare l'urina dal contatto prolungato con la vescica.

### **CURARSI O AMMALARSI CON LE ACQUE?**

Da quanto si e' detto sopra si puo' vedere come non sia possibile parlare genericamente di acque minerali in quanto si tratta di prodotti assai diversi tra di loro e di composizione ampiamente differenziata, con effetti biologici e terapeutici differenziati. L'acqua e' tuttavia la fonte della vita e della salute per cui l'organismo ne e' quotidianamente a contatto; l'acqua che viene bevuta durante i pasti nelle bottiglie di acqua minerale costituisce solo una parte di quella introdotta nell'organismo in quanto viene integrata e diluita dai liquidi assunti negli alimenti o per altre vie nella vita quotidiana. L'acqua assunta come tale costituisce, mediamente, circa il 40% del fabbisogno giornaliero; il rimanente e' fornito da latte, agrumi, frutta, vino, pomodori, bevande analcoliche.

Tuttavia le leggi del mercato che spingono a un consumo basato su fattori ampiamente pubblicizzati ma, spesso medica-

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>

mente scorretti, sono potenzialmente portatori di disturbi della salute non indifferenti. Molti ignorano per esempio che le acque minerali con un "buon sapore" sono quelle ricche in calcio, che ne esalta la sapidità. Sono le acque adatte alla maggior parte delle persone ma possono costituire un problema per soggetti che siano predisposti alla calcolosi renale. Purtroppo però la potenza della pubblicità può indurre soggetti di questo tipo a "curarsi" assumendo costosa acqua minerale incongrua rispetto alle loro condizioni di salute. Viceversa le acque oligominerali, che sarebbero indicate proprio in questi soggetti, esaltano pubblicitarciamente la loro capacità di "lavaggio" dell'organismo e di "effetto dimagrante" tramite riduzione della "ritenzione idrica", e possono indurre un depauperamento di sali (per es. di potassio) con sensazione di astenia, di ipotensione e altri disturbi altrimenti evitabili. E' un po' un paradosso la sfiducia che gli italiani hanno sulle acque fornite dal

servizio pubblico, considerando che almeno nel centro-nord di solito si tratta di acque gradevoli e sicuramente pure. Una ricerca di Altroconsumo ha evidenziato una qualità generalmente buona e, in trenta città su 40, addirittura ottima. Fanno eccezione ovviamente situazioni locali di cui si legge frequentemente sui giornali e che giustificherebbero in quel caso l'ampio uso delle acque imbottigliate.

**Daniele Zamperini.** Pubblicato con lievi modifiche su **"Occhio Clinico"**, novembre 2000

Fonti:

- B. Messina, F. Grossi, "Elementi di Idrologia Medica" ed. SEU, 1988  
M. Aliverti: "La storia del termalismo: acque di salvezza ed acque di salute" - In Tema di Medicina e Cultura: il Termalismo, anno XIX n. 5, giugno 1987, pagg. 3-49  
M.L. Benzo: "Le terme in Italia" - In Tema di Medicina e Cultura: Il Termali-

simo, anno XIX n. 5, giugno 1987, pag. 51

V. Marin: "Acque minerali" - Scripta Medica vol. 2 n. 7 pagg. 319-323, 1999  
R. Giunta, G. Bencivegna, N. Carraturo, F. Giugliano "Breve storia dell'idrologia" - Medico e Metabolismo, anno III, n. 2 pagg. 63-64, 1999

R. Giunta, N. Carraturo, G. Bencivegna, F. Giugliano, F. Rossi "Le acque minerali" - Medico e Metabolismo, anno III, n. 3 pagg. 129-131, 1999

**Inoltre:**

J Urol, 1998 Mar, 159:3, 658-63  
Dermatology, 1999, 198:2, 153-5  
Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult, 1998 May, :3, 11-4  
Minerva Med, 1999 May, 90:5-6, 187-94  
Int J Clin Pharmacol Res, 1999, 19:2, 53-6  
Clin Ter, 1998 Mar, 149:2, 127-30

## Il cacao fa bene al cuore

Un consumo quotidiano anche modesto di cacao abbassa la pressione arteriosa e aumenta la produzione di ossido nitrico. Il cioccolato migliore sembra quello fondente, mentre il cioccolato bianco (purtroppo per i golosi) non sembra apportare particolari benefici

Al fine di valutare se un uso costante di basse dosi di cacao nero riduca la pressione arteriosa è stato realizzato un RCT su 44 adulti (età 56-76 anni, 24 donne e 20 uomini) con preipertensione o ipertensione di grado 1 non precedentemente trattata e senza altri fattori di rischio cardiovascolare. I partecipanti sono stati randomizzati a ricevere per 18 settimane un cubetto di cioccolato fondente del peso di soli 6.3 g (corrispondente ad un apporto calorico di 30 Kcal) o la

stessa dose di cioccolato bianco (senza polifenoli).

L'end point principale era la variazione della pressione arteriosa a 18 settimane dall'inizio del trattamento; obiettivi secondari dello studio erano le variazioni dei livelli plasmatici di nitroglutazione (che esprime l'attività dell'ossido nitrico), di 8-isoprostano (correlato allo stress ossidativo) e dei polifenoli stessi.

Rispetto ai valori basali il gruppo randomizzato a cioccolato fondente ha presentato una riduzione media della sistolica di 2,9 mm Hg (P < 0,001) e della diastolica di 1,9 mm Hg (P < 0,001) senza variazioni a carico del peso corporeo dei lipidi plasmatici e dei livelli di 8-isoprostano. Parallelamente i livelli plasmatici medi di S-nitrosoglutazione,

che esprimono la produzione di ossido nitrico, sono aumentati rispetto al basale di 0,23 (SD 0,12) nmol/L (P < 0,001), e così pure i livelli dei polifenoli. Nel gruppo randomizzato a cioccolato bianco non è stata registrata alcuna variazione significativa della pressione arteriosa.

I risultati di questo studio indicano che l'aggiunta alla dieta abituale di modeste dosi quotidiane di cioccolato fondente riducono significativamente la pressione arteriosa ed incrementano la formazione di ossido nitrico.

Fonte: JAMA 2007;298:49-60  
(ripreso da pillole.org)

## Cataratta senile associata ad aumento di mortalità?

Cataratta e maculopatia senile sembrano associati ad un aumento della mortalità, ma la relazione causale è tutta da dimostrare. Il dato statistico ha bisogno di conferme e in ogni caso va attentamente interpretato

Questo studio di tipo osservazionale si

riprometteva di determinare l'associazione tra alcune patologie oculari e la mortalità a lungo termine. Al baseline (anni 1992-1994) sono stati visitati 3.654 soggetti (età > 49 anni) e sono state poi determinate le cause di decesso fino al 31 dicembre 2003.

La mortalità risultò più elevata nei sog-

getti con deficit visivi rispetto a quelli che non avevano tali deficit (54% vs 34%; degenerazione maculare senile: 45,8% vs 33,7%; cataratta: 39,2% vs 29,5%).

Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori predittivi di mortalità tuttavia né il deficit visivo né la maculopatia risulta-

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>

rono significativamente associate ad un aumento della mortalità. Però nei soggetti con meno di 75 anni la maculopatia risultò associata ad un aumento della mortalità. Sempre nei soggetti con meno di 75 anni la cataratta risultò pure associata ad un aumento della mortalità .

Fonte: Arch Ophthalmol. 2007 Jul;125:917-924.

Commento di Renato Rossi

Sebbene gli autori concludano che sia la cataratta che la degenerazione maculare sono associati ad un aumento della mortalità, i valori dell'IC95% non permettono di affermarlo categoricamente in quanto comprendono l'unità, per cui non si può escludere che i dati siano dovuti al caso.

Anche ammessa comunque la significatività statistica, il valore dell'hazard ratio è così basso che la forza dell'associazione è debole. In ogni caso, come succede molto spesso nel caso di studi osservazionali, non sappiamo se i difetti visivi siano un semplice marker di rischio oppure se rappresentino un fattore causale implicato nell'aumento della mortalità. da pillole.org

## La Comunicazione medico-paziente: un importante momento terapeutico

Essere medico non significa soltanto somministrare farmaci o maneggiare un bisturi: essere medico significa anche condividere una relazione emotiva con una persona malata. La comunicazione (esplicita o implicita) che si instaura tra medico e paziente assume una importanza spesso inattesa sul futuro del malato: sulle scelte terapeutiche, sulla gestione della malattia, sull'accettazione della stessa. Ma comunicare in modo utile non è sempre facile, ne viene sempre naturale: è importante conoscere almeno le basi delle tecniche comunicative più utili

Un tempo, la relazione medico-paziente era definita come "una storia di silenzio", nella convinzione che "un buon paziente segue le direttive del medico senza fare obiezioni e senza porre domande".

Oggi assistiamo ad un cambiamento radicale: dal modello paternalistico che improntava la relazione medico-paziente si sta andando verso una relazione paritaria.

Al termine "paziente" si è sostituito il termine "cliente" o addirittura "esigente", poiché il pz. Sottopone richieste precise e si aspetta risposte chiare e risultati certi.

In realtà, ogni domanda di cura racchiude non soltanto una semplice richiesta di aiuto tecnico, ma anche un'esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significherebbe ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto medico-paziente in una prestazione di servizi, senza tener conto che esso è in primo luogo attenzione ad una persona. Vi è una differenza sostanziale tra scienza medica e Medicina: la prima considera l'uomo come oggetto d'indagine, che diventa "Medicina"

solo quando si rivolge all'uomo non più come oggetto, ma come soggetto. Una buona qualità nella comunicazione può avere effetti positivi a vari livelli: dall'aderenza al trattamento proposto, al miglioramento dei sintomi, allo stato emotivo.

Gli ostacoli maggiori alla comunicazione medico-paziente emergono quando si dimostra di non saper ascoltare il paziente: l'insoddisfazione del pz. Per la cattiva comunicazione, ha un peso superiore all'insoddisfazione per le competenze tecniche.

Possono ostacolare la comunicazione:

- 1) La fretta: determina una riduzione del tempo dedicato alla relazione. Il colloquio diventa essenziale ed il pz. Lo interpreta come uno scarso interesse nei suoi confronti
- 2) La distrazione: la sensazione che il medico non stia ascoltando
- 3) Il linguaggio: l'uso di un linguaggio tecnico contraddice lo stesso concetto di comunicazione.
- 4) L'interruzione: l'abitudine ad interrompere il paz. fa trarre conclusioni spesso sbagliate.
- 5) L'esclusione: l'esclusione del paz.dalla conversazione tra 2 medici (sul suo caso), condotta in termini specialistici, a lui scarsamente o per nulla comprensibili.

La malattia provoca, nel malato, una crisi di comunicazione,

- 1) con sé,
- 2) con gli altri
- 3) col mondo.

Eppure essere malati vuol dire aver bisogno degli altri, dei loro servizi, delle loro parole oltre ad avere il malato un bisogno profondo di esprimersi.

Entrare in comunicazione con l'altro significa entrare in rapporto con un altro

sistema chiamato Persona, che presenta alcune caratteristiche complesse e profonde che possiamo racchiudere in 4 fondamentali "variabili":

- 1) BIOLOGICHE (età-sesso-razza)
- 2) SOCIOLOGICHE (cultura-famiglia-stile di vita)
- 3) PSICOLOGICHE (atteggiamento-immagine di sé-comunicazione-stati d'animo-conoscenza-memoria)
- 4) SPIRITUALI (credenze-religione-valori-filosofia di vita)

Da questo schema emerge la complessità della comunicazione, cioè quello scambio d'informazioni, emozioni, sentimenti tra almeno due persone, che avviene tramite i cinque sensi. E' solo però quando si comunica se stessi e non ci si nasconde dietro un ruolo, che si realizza una vera comunicazione di vita. La solitudine peggiore sta nel non poter comunicare se stessi a qualcuno. Questo bisogno di scambio di pensieri e di stati affettivi è insito nell'uomo; nasce dalla consapevolezza dei propri limiti e dal bisogno di cercare negli altri il completamento di se stessi.

Il processo comunicativo ha inizio quando una persona ne incontra un'altra; non ha importanza se la comunicazione è verbale o non verbale; ambedue le modalità possono costituire l'occasione di un breve incontro o l'inizio di un rapporto di comunicazione nel tempo.

Emerge così una duplice tipologia di comunicazione:

- 1) VERBALE
- 2) NON VERBALE

Infatti, oltre a comunicare un messaggio con parole, si può comunicare il "non detto", attraverso altre modalità.

Le comunicazioni non verbali sono per lo più involontarie e quindi meno controllabili rispetto a quelle verbali.

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>

Possiamo così distinguere i seguenti mezzi di comunicazione:

- 1) LA PAROLA: quale costante bisogno dell'uomo di capire e farsi capire, di uscire da sé e andare verso l'altro.
  - 2) IL PARALINGUAGGIO: si parla lentamente, in modo incerto, irregolare, si modula la voce ecc. si urta contro i propri limiti.
  - 3) IL CORPO: tensione muscolare, respirazione accelerata
  - 4) IL VOLTO: in certe espressioni del volto affiora l'inconscio, la parte più profonda di sé.
  - 5) LA POSIZIONE: in piedi, accanto, protesi, distanti.
  - 6) L'UDITO: inteso come attenzione ai suoni non verbali, quali il sospiro, il silenzio, le pause ecc.
  - 7) L'ATTEGGIAMENTO: fumare, mordersi le unghie, muoversi in continuazione.
  - 8) I GESTI: si comunica anche con la gestualità in particolare con chi ha deficit neurosensoriali o handicap.
  - 9) IL TATTO: il contatto fisico fra due persone può essere strumentale, oppure spontaneo ed affettivo (dalla mano sulla spalla per incoraggiare, alla stretta di mano, all'abbraccio d'accoglienza e condivisione di un momento difficile).
- Il processo di comunicazione tuttavia non sempre ottiene il risultato sperato. Occorre innanzitutto tener presente l'oggetto dell'ascolto: il dolore. L'atteggiamento fondamentale, nei confronti di una persona che soffre, non consiste nell'abbondanza di parole e consigli, ma nella disponibilità all'ascolto. Al silenzio interiore, necessario all'ascolto, deve unirsi anche un linguaggio essenziale Di condivisione che dovrebbe caratterizzare anche il rapporto terapeutico. Una medicina attenta alla persona è anche una medicina del "curante" oltre che del "curato"!
- Il grado d'informazione del paz. circa la sua malattia condiziona notevolmente la comunicazione. Il malato si rende conto dell'eventuale elusione delle risposte alle sue specifiche domande. Eppure il processo terapeutico, per quanto possibile, dovrebbe avere il malato come figura centrale e collaboratore principale delle modalità terapeutiche. Invece la tendenza a celare certe diagnosi, con l'aiuto dei familiari, si trasforma in una vera e pro-

pria "congiura del silenzio", che costringe il malato a recitare la commedia della guarigione fino all'ultimo, senza la possibilità di esprimere le proprie ansie e paure. Non c'è niente di peggio delle briciole d'informazione, date con gesti, parole contraddittorie, occhiate tra parenti, amici ed operatori sanitari. In ospedale come in casa, parole e bisbigli attraversano le pareti della camera; l'usanza del silenzio è spesso più crudele della verità! Inoltre spesso la sensazione che il paziente non si accorga di nulla, è più una sensazione desiderata per coloro che lo circondano, che un evento reale.

Spesso non ascoltiamo ciò che ci viene detto, presumendo già di saperlo; udiamo solo ciò che vogliamo ed ascoltiamo solo ciò che coincide coi nostri obiettivi, cessando di ascoltare non appena abbiamo "classificato" l'interlocutore. Tentazioni queste che sono anche del malato, il cui comportamento è peraltro condizionato dal tipo di risposta che riceve a fronte della sua richiesta d'aiuto. Pertanto la tipologia delle sue risposte potrà essere la seguente:

- 1) RISPOSTA VALUTATIVA: tende ad indicare all'interlocutore ciò che dovrebbe o non dovrebbe fare.
  - 2) RISPOSTA INTERPRETATIVA: tende a dare una propria spiegazione per aiutare la persona a comprendere ciò che sta vivendo.
  - 3) RISPOSTA DI SUPPORTO: vuole offrire un incoraggiamento, una consolazione all'interlocutore per ridurre la sua ansia.
  - 4) RISPOSTA INVESTIGATIVA: tende a raccogliere ulteriori informazioni per approfondire ulteriormente il problema.
  - 5) RISPOSTA DI SOLUZIONE IMMEDIATA DEL PROBLEMA: vuole offrire consigli e suggerimenti alternativi per risolvere velocemente il problema.
  - 6) RISPOSTA EMPATICA: è il risultato di un processo d'ascolto attivo, che presuppone la capacità di mettersi dalla parte del malato e della malattia.
- Fra tutte, solo la risposta empatica permette a chi soffre di sentire intorno a sé una comprensione ed una risposta coerenti al suo bisogno fondamentale di parlare di sé.

D'altra parte, accompagnare qualcuno non vuol dire precederlo, indicargli la strada, ma piuttosto camminare al suo fianco, stargli accanto, lasciandolo libero di scegliere la sua strada ed il ritmo

del suo passo.

Al termine di questo percorso il malato da "patients" potrà così divenire "agens", cioè persona che pur malata sarà sempre capace di dare ed il medico avrà da un lato elaborato i suoi limiti umani, dall'altro i limiti della professione, sfuggendo così alla subdola convinzione che esista la possibilità di una "onnipotenza terapeutica" o di un totale distacco dalla sofferenza, come fosse esclusiva sofferenza altrui!

Quali allora le possibili strategie da adottare:

#### 1) PERSONALIZZARE

#### L'ASSISTENZA:

Personalizzare l'assistenza vuol dire considerare unico ogni paz. e dargliene la sensazione. Ma come fare quando ogni giorno si vedono decine di paz.? Un modo sta nel considerare la persona che si ha di fronte come fosse l'unica della giornata (senza pensare al paz. prima né a quello dopo).

2) CONSIDERAZIONE: considerare il paz. come noi stessi. Gandhi diceva: "Tu ed io siamo una cosa sola, non posso farti del male senza ferirmi". E' un atteggiamento rivoluzionario rispetto a quello di porsi di fronte al paz. come un datore di servizi.

Dunque nessuna preferenza né distinzione (tra patologie più o meno interessanti, persone collaboranti o resistenti), ma tutti i paz. hanno lo stesso diritto alla mia attenzione.

Il medico non può aspettarsi che sia il paz. a comportarsi in modo "ideale"; sta a noi prendere l'iniziativa che faccia avvertire il nostro interessamento e desiderio di essergli d'aiuto. Questo atteggiamento facilita il rapporto di fiducia facendo scaturire una reciprocità ed una conseguente alleanza terapeutica. Premessa a tutto questo è la capacità d'ascolto, che va ben oltre il semplice udire.

Infatti se l'UDIRE si esaurisce a livello della funzione uditiva e si attua anche senza la volontà della persona, ASCOLTARE significa invece percepire non solo le parole, ma anche i pensieri, lo stato d'animo, il significato personale e profondo del messaggio trasmesso. Per ASCOLTARE, occorre staccarsi dai propri interessi, dai propri schemi mentali, per introdursi gradualmente e con rispetto nel mondo dell'altro. Perché cresca una buona capacità d'ascolto è

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>

necessario un atteggiamento spesso difficile da mettere in pratica, pur rappresentando una condizione indispensabile per l'ascolto: si tratta della sospensione del giudizio, che significa astenersi da valutazioni di approvazione o disapprovazione, da affrettate conclusioni.

L'ascolto richiede di tacere; soprattutto di far tacere la propria comunicazione intrapsichica, cioè il nostro vissuto, che colui che parla ridesta in noi.

Oltre al silenzio di chi ascolta, deve esserci spazio anche per il silenzio dell'altro, poiché a volte, col suo silenzio vuole dirci che ha bisogno di riflettere o che si sente bloccato per qualcosa che ha colto in noi o nell'ambiente, oppure vuole semplicemente il nostro aiuto a parlare (ad esempio ponendo qualche domanda).

Essere al servizio del malato, vuol dire prendersi carico di una persona, interessarsi a lei, comunicare, ascoltare, comprendere. La persona malata si attende

da quelli che lo curano non soltanto un farmaco, un atto terapeutico, la salute, ma piuttosto un'assistenza che sia destinata a lei come Persona. Una relazione d'aiuto deve pertanto prevedere i seguenti interventi:

1) aiutare la persona a sviluppare una relazione di fiducia; il malato non può riporre la sua fiducia nella tecnica e nella medicina, ma nelle persone che lo curano.

2) aiutare la persona a mantenere il controllo della sua vita.

3) aiutare la persona a conservare la stima di sé.

Sono questi gli interventi necessari affinché la persona, anche quando il ritorno al benessere fisico si fa sempre più incerto, non cada nella disperazione, lasciandosi andare al proprio destino.

Occorre superare l'idea che ci sia un universo di "sani" che si occupa di un universo di "malati".

In un recente romanzo italiano, dal titolo

"Cosa sognano i pesci rossi" (ove i pesci rossi sono i pazienti chiusi negli ambienti vitrei di un reparto di Terapia Intensiva), l'autore (Direttore di un Reparto di Anestesia e Terapia Intensiva) descrive la figura di un medico:

"...chirurgo di discrete capacità tecniche, ancora in fase di crescita professionale; uno di quei pochi medici che se gli venisse posta la domanda classica: - perché hai studiato medicina? - potrebbe sinceramente rispondere: Perché voglio guarire la gente." Gli piace la gente, gli piace la vita e la gente è vita. Gli piace ascoltare la gente ed è sempre disponibile per tutti. Ogni malato che non guarisce non è una sconfitta personale, è una sconfitta della vita e non è certo un'ascesa o un santo e nemmeno un missionario. Gli piace curare le persone... sembra quasi incredibile!

Maria Teresa Francavilla (Modena)

## Attenzione alla resistenza all'azione antiaggregante dell'ASA

In alcuni soggetti si rileva una scarsa risposta antiaggregante alla terapia con aspirina. La causa, probabilmente, è il dosaggio inadeguato del farmaco in pazienti con un'alta conta piastrinica.

Nonostante ci siano molti test differenti per misurare la resistenza all'aspirina, si sa ancora poco sul reale significato di questo evento. Al momento, non sono in atto ampie sperimentazioni cliniche per validare l'utilità di questi saggi nel determinare gli outcomes clinici in relazione con la resistenza all'aspirina.

Uno studio prospettico ha valutato i fattori che possono indurre la cosiddetta resistenza all'aspirina.

Per minimizzare le potenziali influenze sull'attività piastrinica, lo studio ha escluso i pazienti con sindromi coronariche acute nei 6 mesi precedenti o un intervento chirurgico nel mese precedente, così come quei soggetti in terapia con farmaci antinfiammatori non steroi-

dei, antiaggreganti o antitrombinici.

All'analisi multivariata, la resistenza ad aspirina era indipendente da età, sesso, BMI, abitudine al fumo, assunzione di alcol, esercizio fisico, utilizzo di altri farmaci cardiovascolari e altre condizioni in grado di influenzare l'aggregazione piastrinica, tra cui diabete, ipertensione e dislipidemia. Solo la conta piastrinica aumentata è emersa come predittore indipendente, sebbene tendessero in questa direzione i livelli aumentati di cellule bianche di sangue e di proteina C reattiva.

La frequenza del fenomeno è molto varia in letteratura e dipende da come viene misurato. Utilizzando l'aggregometria a trasmissione di luce Pharand e colleghi hanno osservato resistenza all'aspirina (definita come  $\geq 20\%$  di aggregazione residua) in solo il 4% dei loro 200 pazienti con malattia coronarica stabile che avevano assunto il farmaco quotidianamente. Tra questi, 8 erano in trattamento

con il dosaggio medio più basso ed avevano una conta piastrinica superiore se confrontata con i 192 pazienti sensibili all'aspirina. I due gruppi possedevano livelli urinari confrontabili di isoprostani (8-iso-PGF 2 alfa), le molecole prodotte in risposta allo stress ossidativo che stimolano l'aggregazione piastrinica e che sono state proposte come possibili cause della resistenza.

Considerate insieme, le scoperte supportano l'idea che la resistenza all'ASA potrebbe semplicemente essere un problema di elevata conta piastrinica che inficia parzialmente gli effetti dell'aspirina circolante.

Utilizzare una dose superiore o dosaggi più frequenti potrebbe risolvere il problema in molti pazienti, ma questo è un aspetto che dovrebbe essere valutato con una sperimentazione clinica ad hoc.

www.pillole.org Fonte: Theheart.org; 19 aprile 2007; ripreso da www.sefap.it

## In arrivo i glucometri non cruenti

Nuove tecnologie anche nella misurazione della glicemia: è in arrivo in Italia un apparecchio che misurerà la glicemia attraverso un fascio di luce infrarossa.

La luce del lead attraversa la pelle e viene riflessa con una lunghezza d'onda diversa a seconda della concentrazione ematica di glucosio che verrà così vi-

sualizzata sul display del dispositivo.

Un miglioramento importante nella quotidianità del paziente per un maggior benessere psicofisico. Silvia Lo Iacono

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>

## Sitagliptin: nuovo antidiabetico con meccanismo "diverso"

Un nuovo farmaco di prossima uscita, agente con un meccanismo del tutto diverso dagli ipoglicemizzanti orali "classici".

Si chiamerà Januvia un nuovo farmaco che apporterà, secondo le ricerche effettuate finora, sostanziali miglioramenti alla terapia del diabete di tipo II.

La molecola innovativa è il sitagliptin, inibitore dell'enzima DPP4 responsabile della degradazione delle incretine.

In condizioni fisiologiche, in seguito

all'aumento di glicemia alla fine di un pasto, le incretine si liberano nel sangue secrete da alcune cellule dell'intestino; nell'arco di 2-5 minuti le incretine regolano i livelli di glicemia stimolando le cellule beta del pancreas alla produzione di insulina e segnalando al fegato di interrompere la produzione di glucosio in iperglicemia.

La loro intensa e breve azione è interrotta ad opera dell'enzima DPP 4 che ne catalizza la degradazione.

Il nuovo farmaco, inibendo l'enzima,

consente una maggiore concentrazione delle incretine nel sangue dunque un maggior controllo della glicemia.

Il sitagliptin inoltre, non sopprimendo l'azione del glucagone in condizioni di ipoglicemia, scongiura anche il rischio di livelli di glicemia troppo bassi. In monoterapia o in associazione agli antidiabetici tradizionali, il farmaco apre nuove speranze nel trattamento a lungo termine del diabete II.

Segnalato da Silvia Lo Iacono

## Tutti assolti i medici dello "Scandalo Glaxo"

Tutti assolti con formula piena i medici accusati di comparaggio per la vicenda Glaxo. Vite rovinare, carriere compromesse. E adesso?

Il fatto non costituisce reato. Con questo giudizio si è chiusa la vicenda delle accuse di comparaggio strombazzate per mesi sui media a danno della categoria dei medici. Alcuni colleghi infatti non hanno accettato la decorrenza dei termini ed hanno ottenuto in appello un proscioglimento pieno.

Sei anni fa furono messi sotto accusa 2579 generalisti, 62 informatori del far-

maco, 1738 specialisti, 60 oncologi ospedalieri.

Ora i superstiti di questa mattanza sono stati riconosciuti innocenti.

Si è quindi così conclusa una vicenda tragicomica che ha rovinato per anni la vita a migliaia di medici accusati di comparaggio per aver fatto relazioni e ricevuto piccoli omaggi.

La vicenda ha infangato l'intera categoria, additata sui giornali come una conchiettole di malfattori. Senza contare il danno d'immagine per l'azienda.

Chi pagherà per questo? Chi rifonderà lo Stato per i miliardi spesi? Chi rifonderà i

medici accusati? Nessuno, come al solito.

Si dirà che alla fine la "giustizia" ha trionfato, ma non crediamo possa essere d'accordo chi ha perso anni della sua vita per giustificarsi da accuse rivelatesi inconsistenti.

E vorremmo sottolineare lo scarsissimo eco mediatico delle assoluzioni, a fronte del clamore incredibile delle accuse infamanti.

Come al solito...

Rivisto da: Luca Puccetti, pillole.org, Fonte: Corriere Medico 20 marzo 2008

## I danni psicologici dell'errore medico devono essere risarciti

Se l'intervento sbagliato innesca una depressione, spetta risarcimento del danno.

Una ragazza di 15 anni, a seguito di un intervento sbagliato, aveva perso la capacità di procreare.

Oltre al danno fisico in se' e per se', il fatto aveva causato una profonda depressione.

La ragazza era stata infatti sottoposta a un intervento di asportazione totale dell'utero; tale intervento non era poi risultato necessario, in quanto una Consulenza collegiale aveva poi chiarito che "l'intervento chirurgico avrebbe dovuto essere limitato all'asportazione del solo corno destro, essendo il sinistro normalmente comunicante con la cavità vaginale".

La consapevolezza dell'errore e delle sue conseguenze future aveva indotto lo stato depressivo, per cui la giovane aveva promosso una causa civile con richiesta di risarcimento.

La Corte di Cassazione, (Sent. n. 5846-/2007) ha dato ragione alla ragazza riconoscendo il diritto al risarcimento dei danni psicologici.

DZ

## Possibile detrarre i farmaci anche senza scontrino "parlante"

La circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 30/E del 28 marzo 2008 consente di scaricare le spese anche senza lo scontrino "completo" previsto dalle ultime normative. E' necessario però integrare i dati, e la deroga ha solo carattere transitorio

Conosciamo tutti le difficoltà ed i problemi che le nuove norme fiscali hanno imposto in tema di detraibilità fiscale delle spese farmaceutiche.

In particolare è stato disposto il cosiddetto "scontrino parlante" cioè lo scontrino in cui siano indicati in chiaro i prodotti acquistati e il codice fiscale dell'

utente.

Cio' ha portato a contenziosi tra utenti e farmacisti in quanto questi ultimi pretendevano, almeno in un primo momento, l'esibizione del tesserino sanitario magnetico (pretesa poi rientrata in seguito ad una circolare già riportata in altro articolo).

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>

Ora un ulteriore alleggerimento: in via transitoria, per gli adempimenti fiscali del 2007 (per le spese farmaceutiche effettuate quindi fino al 31 dicembre) potrà essere affettuata la detrazione nella dichiarazione dei redditi anche in mancanza dello "sontrino parlante" o nel

caso che questo sia incompleto. In tali casi, per ottenere lo sconto fiscale, il contribuente deve integrare i dati dello scontrino, indicando anche su un foglio a parte, il codice fiscale dell'acquirente nonché la natura, qualità e quantità dei farmaci acquistati.

La norma transitoria è stata resa necessaria per venire incontro alle difficoltà incontrate dai contribuenti non in possesso di idonea documentazione per difficoltà ad adeguarsi al nuovo scontrino (cosa lamentata da più parti).  
Daniele Zamperini

## Probabilmente inutile, la guerra all'acaro!

Secondo una revisione Cochrane le misure anti-acaro, sia di tipo fisico che chimico, non sono di alcuna utilità al paziente asmatico con allergia agli acari.

Una delle più frequenti allergie riscontrate nell'asma allergico è verso l'acaro. Da più parti vengono consigliate varie misure di bonifica dell'ambiente domestico per ridurre l'esposizione a questo allergene.

Ma si tratta di misure efficaci e soprattutto in grado di ridurre la gravità dell'asma e di migliorare la qualità di vita dei pazienti?

Una revisione Cochrane degli studi esistenti in letteratura suggerisce una rispo-

sta negativa. I revisori hanno cercato studi randomizzati in cui misure di controllo anti-acaro fossero messe a confronto con placebo o nessun trattamento in pazienti allergici agli acari. La ricerca ha permesso di ritrovare 54 trials per un totale di 3002 pazienti. Le misure messe in atto negli studi erano di tipo fisico (rivestimento antiacaro dei materassi) oppure chimico o misto. Molti dei trials sono stati giudicati di scarsa qualità e quindi ci si poteva aspettare una sovrastima dell'efficacia dei metodi proposti, invece la revisione non ne ha evidenziato alcuna utilità. Non si è riscontrato un miglioramento né del picco di flusso al mattino, né un miglioramento dei sinto-

mi asmatici né una riduzione dell'uso dei farmaci.

Gli autori dubitano che valga la pena di effettuare altri studi su questo argomento.

Insomma, evidenze alla mano, sembra proprio che accanirsi a consigliare e a mettere in atto misure di profilassi anti-acaro sia del tutto inutile.

Renato Rossi

Referenze

Gøtzsche PC et al. House dust mite control measures for asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD001187. DOI: 10.1002/14651858.CD001187.pub3.

## Andare in pensione presto accorcia la vita? Mah!

Secondo uno studio osservazionale greco chi va in pensione prima corre un rischio maggiore di morte rispetto al coetaneo che continua a lavorare, ma sarà vero?

Questo studio greco di coorte si è proposto di valutare gli effetti sulla salute del pensionamento. A tal fine sono stati seguiti quasi 17.000 soggetti che, tra il 1994 e il 1999, erano stati arruolati nel segmento greco dello studio European Investigation into Cancer and Nutrition. I soggetti non avevano ricevuto una diagnosi di cancro, ictus, diabete o coronaropatia. Le cause di morte specifiche e la mortalità totale sono state valutate, nel luglio 2006, in relazione all'età, al fatto di essere ancora al lavoro o in pensione e sono state poi corrette per potenziali fattori di confondimento.

Rispetto ai soggetti ancora al lavoro quelli in pensione mostravano un aumento della mortalità totale del 51%. Tra chi era andato in pensione un aumento di 5 anni dell'età del pensionamento era associata ad una riduzione del 10% della mortalità. I dati erano significativi so-

prattutto per la mortalità cardiovascolare piuttosto che per quella oncologica o da incidenti. Gli autori concludono che il pensionamento precoce può essere un fattore di rischio per un aumento della mortalità totale e cardiovascolare in soggetti apparentemente sani.

Fonte: Am J Epidemiol. 2008 Mar 1;167(5):561-9

Commento di Renato Rossi

Se sui risultati degli studi osservazionali chi scrive è sempre stato scettico data l'impossibilità di correggere tutti i fattori di confondimento, sullo studio recensito in questa pillola lo scetticismo è all'ennesima potenza. La prima, ovvia, considerazione è che, per quanto sofisticate siano state le tecniche statistiche messe in atto dagli autori, non si può mai essere certi di aver escluso un bias di selezione. In altri termini è possibile che chi sceglie di andare in pensione prima possa fare questo passo perché è di salute più cagionevole di chi invece opta per continuare a lavorare. E' evidente che in questo caso non è il fatto di ritirarsi prima ad essere un fattore di rischio ma

semplicemente si ritira prima chi sta peggio, o si sente peggio pur non avendo una diagnosi formalizzata di malattia. Insomma va in pensione prima chi è già più a rischio. In effetti è ragionevole pensare che chi sceglie anticipatamente di fare il pensionato abbia un miglioramento della sua qualità di vita: non ha più l'assillo del lavoro e dello stress ad esso legato, è padrone del proprio tempo, può viaggiare, leggere, dedicarsi agli hobbies che più gli piacciono e che non aveva avuto l'opportunità di praticare durante la vita lavorativa, ect. Insomma non si capisce perché chi, almeno teoricamente, dovrebbe vivere meglio, corra un rischio maggiore di chi deve sudare tutti i santi giorni per guadagnarsi pane e companatico. A meno di non ammettere che una volta andato in pensione uno adotti stili di vita pericolosi (mangi di più, pratici meno attività fisica, beva alcolici, etc.) rispetto a chi lavora. Non si può escludere che in alcuni casi questa spiegazione sia corretta, ma chi scrive non ne è convinto al cento per cento e continua a rimanere molto dubbioso.

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>

## Le cause principali della depressione erettile

Secondo uno studio l'età, il diabete, l'uso di alcuni farmaci antidepressivi e ipotensivi e la presenza di disturbi ostruttivi urinari sono i principali fattori di rischio associati alla disfunzione erettile.

In questo studio sono stati esaminati i dati sanitari di 1370 uomini (età 40-85 anni) che partecipavano ad uno studio americano, il National Health and Nutrition Examination Survey negli anni 2001 e 2002.

Una disfunzione erettile (definita come impossibilità ad avere una erezione tale da consentire un rapporto sessuale completo) era presente nell'8% dei casi. Tuttavia, com'è ovvio aspettarsi, la percentuale era molto più bassa nei soggetti più giovani (circa 1%) e molto più elevata negli ottantenni (56%). Oltre all'età i fattori maggiormente associati alla disfunzione erettile (DE) erano il diabete (OR 2,6; IC95% 1,3-5,2), l'uso di alcuni farmaci antidepressivi (OR 5,2; IC95% 1,7-15,9), l'abitudine tabagica (anche pregressa), la presenza di sintomi di ostruzione urinaria (OR 2,0; IC95% 1,2-

3,4).

Anche l'uso di farmaci antipertensivi (beta-bloccanti, diuretici, clonidina e alfametildopa) era associato ad un aumento del rischio di disfunzione erettile (OR 3,0; IC95% 1,6-5,9). Però nei pazienti ipertesi che assumevano altri tipi di ipotensivi lo studio non ha riscontrato alcuna relazione con il disturbo di erezione.

Fonte: Journal of Urology 2007 Aug; 178:591-6

Commento di Renato Rossi

Si tratta di uno degli innumerevoli studi osservazionali che ha cercato di determinare quali sono i fattori maggiormente associati al rischio di disfunzione erettile. I risultati sono abbastanza scontati. Si sapeva che, oltre all'età, vi sono numerosi farmaci (tra cui ricordiamo, oltre a quelli citati nello studio, gli estrogeni, gli antiandrogeni, la digoxina) e numerose condizioni patologiche (oltre al diabete anche l'ipogonadismo, le tireopatie, il morbo di Addison e quello di

Cushing, l'iperprolattinemia, l'insufficienza renale, patologie cardiovascolari, malattie nervose, BPCO) e l'abuso di sostanze (fumo, narcotici, alcol).

Studi precedenti avevano evidenziato che anche l'ipertensione in sé può causare disfunzione erettile. In quest'ultimo sembra che siano determinati farmaci antipertensivi piuttosto che lo stato tensivo a causare problemi di erezione.

Questo potrebbe dipendere dal fatto che nello studio erano arruolati ipertesi con malattia lieve. Un dato interessante rilevato dallo studio è che anche la presenza di disturbi urinari di tipo ostruttivo è un fattore associato ad un aumento del rischio di DE. Di solito i disturbi ostruttivi urinari sono abbastanza indicativi, nei maschi adulti-anziani, di ipertrofia prostatica. Il meccanismo con cui l'ipertrofia prostatica potrebbe portare a disfunzione erettile rimane da chiarire.

Una spiegazione potrebbe essere che i nervi erigenti, che sono situati dietro e lateralmente alla prostata, possono venir compressi o comunque interessati in caso di ipertrofia e/o flogosi della ghianda-

## Importanza del PCA3 nella valutazione del volume tumorale nel Ca prostatico e della significatività' clinica

PCA3 è una molecola, RNA messaggero, specifica della prostata scoperta nel 1999 dal ricercatore Bussemakers. La peculiarità che la rende interessante è il fatto che si trova in quantità molto più elevate nel tessuto canceroso rispetto al tessuto sano [1]. E' stato sviluppato un kit che ne permette la determinazione nelle urine minte dopo l'esplorazione rettale [2]. Un recente studio ha dimostrato come PCA3 sia più accurato del PSA come strumento per predire la presenza di carcinoma prostatico dopo una biopsia prostatica negativa [3]. Lo quantità di PCA3 correla con la probabilità di una biopsia positive indipendentemente dal volume prostatico, dal livello del PSA e dal numero delle precedenti biopsie [4].

Il gruppo del M.D. Anderson Cancer Center di Houston ha per primo intuito le potenzialità prognostiche della mole-

cola formulando l'ipotesi che il livello di PCA3 potrebbe correlare al volume tumorale nei pazienti con diagnosi biotica di carcinoma prostatico. PCA3 era inanzitutto espresso in maniera significativamente diversa nei 30 pazienti con biopsia negativa rispetto ai 29 con biopsia positiva che costituivano la popolazione dello studio (mediana 21.1 e 31.0, rispettivamente, p 0.029). Lo score di PCA3 correlava significativamente con il volume tumorale nei pezzi operatori di prostatectomia radicale (r 0.269, p 0.008) e in analisi multivariata è risultato il miglior predittore di volume tumore totale (p 0.001). La analisi della curva ROC ha evidenziato che PCA3 può distinguere tumori di volume inferiore a 0.5 cc in modo molto efficiente, con un area sotto la curva di 0.757. PCA3 è inoltre risultata in grado di discriminare pazienti con score di Gleason sino a 6 da patientie con score di 7 o più (p 0.005).

Con questi risultati, gli Autori si sono spinti a ipotizzare un utilizzo della molecola per selezionare i pazienti da sottoporre a sorveglianza attiva.

In conclusione PCA3 è una molecola specifica della prostata assai promettente che, essendo sovra espressa nel tessuto prostatico canceroso, ha potenzialità diagnostiche e prognostiche molto interessanti.

- J Urol. 2008 Mar 17

Bibliografia

1. Cancer Res. 1999 Dec 1;59(23):5975-9.
2. Clin Chem. 2006 Jun;52(6):1089-95.
3. Urology. 2007 Mar;69(3):532-5.
4. J Urol. 2008 Apr;179(4):1587-92 (per gentile concessione dell' Associazione Urologi Italiani— <http://www.auro.it/>)

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>

## Dubbia utilita' degli antidepressivi in oncologia

La sertralina non migliora i sintomi nè la qualità di vita in pazienti con cancro avanzato senza depressione maggiore.

In questo studio sono stati reclutati 189 pazienti affetti da cancro avanzato, randomizzati a ricevere sertralina (50 mg/die) oppure placebo. L'end-point primario era la presenza di depressione a 4 e 8 settimane valutata con la scala CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression). End-point secondari erano l'ansia, la qualità di vita e l'astenia. L'analisi primaria è stata effettuata secondo l'intenzione a trattare.

La sertralina non si è dimostrata superiore al placebo sia per l'end-point primario che per quelli secondari. Inoltre venne sospesa più frequentemente e più precocemente del placebo. Lo studio venne interrotto anticipatamente nel febbraio 2006 dopo che un'analisi ad

interim dei dati dimostrò che la sopravvivenza era migliore con il placebo che con la sertralina. Tuttavia l'analisi finale nel luglio 2006 evidenziò che la sopravvivenza non era diversa tra i due gruppi. Gli autori concludono che la sertralina non migliora i sintomi, la sensazione di benessere e la sopravvivenza nei pazienti con cancro avanzato che non hanno una depressione maggiore. Pertanto il farmaco dovrebbe essere riservato solo ai pazienti con indicazioni approvate.

Fonte:

Lancet Oncology DOI:10.1016/S1470-2045(07)70148-1. Early Online Publication, 4 June 2007

Commento di Renato Rossi

E' frequente riscontrare nei pazienti oncologici con forme avanzate di tumore una serie di sintomi come depressione,

astenia pronunciata, ansia, ridotta qualità di vita. Spesso il medico è spinto a prescrivere un antidepressivo, pur in assenza di una depressione maggiore, a scopo preventivo e nella speranza di poter alleviare le sofferenze del malato. Dal punto di vista fisiopatologico è abbastanza ragionevole ritenere che gli antidepressivi possano migliorare in qualche modo la qualità di vita di questi soggetti. Purtroppo questo studio suggerisce che le cose non sono così semplici: la terapia antidepressiva non sembra funzionare meglio del placebo, anzi porta con maggior frequenza alla comparsa di effetti collaterali che costringono alla sospensione. Non si può quindi che condividere le conclusioni degli autori che consigliano di usare gli antidepressivi solo in presenza di una diagnosi formale di depressione.

## E' omicidio preterintenzionale operare con un consenso invalido?

Non e' omicidio preterintenzionale il decesso conseguente ad intervento chirurgico effettuato in assenza di consenso o con un consenso incompleto o invalido se manca il dolo. Il fatto puo' essere considerato al massimo come colposo. (Cassazione)

La Cassazione penale (con Sent. n. 11335/2008) ha chiarito che per configurare l'omicidio preterintenzionale occorre che sia presente il dolo diretto intenzionale, senza il quale l'ipotesi di reato non e' sostenibile. Ma il dolo intenzionale non e' facilmente sostenibile nei confronti di un sanitario il quale, salve situazioni anomale e distorte, si trova ad agire,

magari erroneamente, ma pur sempre con una finalità curativa.

"In altri e decisivi termini, afferma la Corte, deve escludersi l'omicidio preterintenzionale proprio perché non è possibile sostenere che il medico, il quale agisca in assenza di consenso espresso dal paziente, sia mosso dalla consapevole intenzione di provocare un'alterazione lesiva dell'integrità fisica della persona offesa e, quindi, dalla consapevole intenzione di porre in essere commettere il reato di cui all'art. 582 c.p."

Deve al contrario potersi accertare l'esistenza di un dolo dell'agente che possa essere qualificato dolo diretto e non solo eventuale e intenzionalmente orientato a

provocare la lesione dell'integrità fisica del paziente; in mancanza il delitto può essere ritenuto colposo, ove ne sussistano i presupposti".

I magistrati hanno anche ulteriormente specificato la natura del consenso informato stabilendo che esso costituisce un presupposto indispensabile al trattamento medico chirurgico purché sia "informato, cioè espresso a seguito di un'informazione completa, da parte del medico, dei possibili effetti negativi della terapia o intervento chirurgico, con le possibili controindicazioni e l'indicazione della gravità degli effetti del trattamento".

DZ—Fonte: cataldi.it

## Massima riservatezza sulla salute delle persone!

Le notizie sulla salute sono riservate, anche nel caso di personaggi pubblici. La tutela delle informazioni riguardanti la salute non puo' essere violata. La Cassazione accoglie il ricorso di Paolo Bonolis e della moglie Sonia Bruganelli, offesi da un articolo pubblicato su un settimanale facente riferimento a problemi di salute.

I medici, in prima linea sul fronte della tutela della salute, devono essere molto attenti a non lasciar trapelare informazioni indebite, neppure nel caso di personaggi pubblici, verso i quali la tutela della riservatezza e' considerata minore. Le notizie sulla salute sono pero' protette da un vincolo assoluto, che non e' diminuito dalla notorietà delle persone.

Una recente sentenza della Cassazione Penale (sez. III, sentenza 16145) conferma e rafforza infatti il concetto di tutela della riservatezza circa le condizioni di salute dei Vip e dei loro famigliari. La Corte chiarisce che tale concetto e' espresso anche dalla giurisprudenza comunitaria in base alla quale esiste una "tutela rigida ed incompressibile dei dati

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>

personali relativi alla salute" per cui "i dati idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi".

Fonte: ADN Kronos

## Rimborso IRAP? Sì, se e' confermata attività autonoma

Il rimborso IRAP e' dovuto se il Fisco non ha sollevato eccezioni specifiche sulla tipologia del reddito e se il giudice di merito ne ha verificato l' assenza di requisito organizzativo rilevante. Spetta pero' al contribuente fornire la prova di questi aspetti.

Così ha sentenziato, di recente, la Cassazione Civile (Sez. V, Sent. 7734-/2008): nei ricorsi giudiziari aventi come argomento il rimborso dell'IRAP in favore del contribuente, se il Fisco non solleva eccezioni specifiche relative alla provenienza del reddito (in particolare se il reddito deriva da lavoro autonomo

o da lavoro di impresa), perde la causa e deve rimborsare l'imposta al contribuente.

E' stato infatti precisato che "l'attività di lavoro autonomo, diversa dall'impresa commerciale, alla luce delle interpretazioni fornite dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 156 del 2001, integra il presupposto impositivo per l'Irap ove si svolga per mezzo di una attività autonomamente organizzata.

In particolare, il requisito organizzativo rilevante, il cui accertamento spetta al giudice di merito, sussiste quando il contribuente, che sia responsabile dell'organizzazione e non sia inserito in

strutture riferibili alla responsabilità altrui, eserciti l'attività di lavoro autonomo con l'impiego di beni strumentali, eccedenti il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività auto organizzata per il solo lavoro personale, oppure si avvalga, in modo non occasionale, del lavoro altrui".

E' stato pero' precisato che "è onere del contribuente, che lo chieda, allegare la prova dell'assenza delle condizioni costituenti il presupposto impositivo".

DZ

Fonte cataldi.it

## Impianto tardivo della protesi? Responsabilità' dell' Odontoiatra

La Cassazione ha puntualizzato i criteri di attribuzione di responsabilità' professionale per gli odontoiatri nel caso di tardivo intervento di implantologia

La Suprema Corte si e' espressa con sentenza n. 3520/2008 in materia di ripartizione dell' onere probatorio nel caso di un odontoiatra che aveva effettuato l' impianto di una protesi a oltre sette mesi di distanza dall' estrazione dei denti.

Sono stati ribaditi, in sostanza, i criteri generali attualmente prevalenti in tema di responsabilità' contrattuale: La responsabilità' della prova di innocenza grava sempre sul professionista. I criteri su cui basarsi sono (Cass. ss.uu.

13533/2001):

- a) della natura, facile o non facile, dell'intervento del medico;
- b) del peggioramento o meno delle condizioni del paziente;
- c) della valutazione del grado di colpa di volta in volta richiesto: lieve, nonché presunta, in presenza di operazione routinarie; grave, sia pur sotto il solo profilo della sola imperizia (Corte cost. 166-/1973), se relativa ad interventi che trascendano la ordinaria preparazione media ovvero non risultino sufficientemente studiati o sperimentati, salvo l'ulteriore limite della particolare diligenza e dell'elevato tasso di specializzazione richiesti in tal caso al professionista;
- d) del corretto adempimento tanto dell'onere di informazione - con conseguente

consenso del paziente -, quanto dei successivi obblighi del paziente stesso attraverso il successivo controllo degli effetti dell'intervento.

La Corte ha quindi precisato che "spetta al medico/debitore la prova della mancanza di colpa (sub specie della sopravvenienza, nella serie causale che dall'intervento ha condotto all'evento di danno, di un fatto inevitabile o imprevedibile), mentre il paziente è tenuto soltanto a provare il rapporto (nella specie, contrattuale) con il professionista e la riferibilità a quest'ultimo dell'intervento, allegando il risultato peggiorativo conseguito".

DZ Fonte: cataldi.it

## L' eta' non e' una scusante e non giustifica le frasi ingiuriose!

Le "vecchiette terribili", quelle sempre acide e scortesche stiano attente: la loro eta' non garantisce l' impunità'.

E' stata condannata in Cassazione (dopo un' assoluzione in primo grado e una condanna in appello) una 93enne che si era rivolta ad una sua vicina di casa una "dinamica professoressa) con frasi ingiuriose, dicendo che la sua casa era un "budello, luogo di appuntamenti" e dan-

dole della "prostituta". Benche' la "vecchietta novantenne" sostenesse che, data la sua eta' non poteva certamente avere "scalfito la reputazione della parte offesa", l' anziana donna era stata ugualmente condannata per quelle offese ritenute ingiustificate.

La Suprema Corte, rigettando anche le lamentele della difesa per l' accanimento della querelante verso un' "anziana indifesa" ha confermato la condanna

evidenziando che "lo stato di anziana" non rende affatto immuni dalla condanna se si offende il prossimo, e che l'anziana aveva comunque espresso "giudizi di lampante e tipica offensività", rilevando poi che la stessa non doveva essere una persona tanto "indifesa, avendo tutelato i suoi diritti anche in Cassazione".

DZ

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>

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE mese di marzo-aprile 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](http://www.medicoeleggi.com)*

**Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 14.01.08 (Gazzetta Ufficiale n. 70 del 22.03.08, Supplemento Ordinario n. 68)**

ELENCO DELLE MALATTIE PER LE QUALI È OBBLIGATORIA LA DENUNCIA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ARTICOLO 139 DEL TESTO UNICO APPROVATO CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 30 GIUGNO 1965, N. 1124, E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI

Con questo provvedimento viene aggiornato dell'elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia, con riferimento ai tumori professionali (patologie emergenti in termini di incidenza e prevalenza), la cui indicazione è stata ricondotta nel solo gruppo 6 delle liste I, II, III, eliminandone la citazione dalle voci di agenti cui sono correlate anche altre malattie nei gruppi da 1 a 5.

**Decreto del Ministero della Salute del 17.12.07 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25.03.08, Supplemento Ordinario n. 70)**

LINEE GUIDA DESTINATE ALLE FIGURE PROFESSIONALI CHE OPERANO CON LE COMUNITÀ DI IMMIGRATI PROVENIENTI DA PAESI DOVE SONO EFFETTUATE LE PRATICHE DI MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE PER REALIZZARE UNA ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, ASSISTENZA E RIABILITAZIONE DELLE DONNE E DELLE BAMBINE GIÀ SOTTOPOSTE A TALI PRATICHE

Ampia disamina delle varie problematiche inerenti le pratiche di mutilazione genitale femminile: inquadramento generale del problema (che cosa sono, dove sono diffuse, chi le esegue, origini storico-culturali), la situazione in Italia, la legislazione Italiana e negli altri paesi sia europei che extra-europei, linee guida di intervento sia per il personale sanitario che non sanitario.

**Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 27.03.08 (Gazzetta Ufficiale n. 84 del 09.04.08)**

MODIFICA DEGLI STAMPATI DEI MEDICINALI CONTENENTI IL PRINCIPIO ATTIVO CODEINA

Vengono aggiornati gli stampati dei farmaci contenenti codeina nelle seguenti sezioni:

- speciali avvertenze e precauzioni per l'uso: rischio di intossicazione da morfina nei metabolizzatori ultrarapidi (5.5% circa della popolazione dell'Europa occidentale);
- gravidanza e allattamento: assumere questi farmaci con cautela durante l'allattamento in quanto i neonati potrebbero sviluppare gravi conseguenze, soprattutto se la madre fosse una metabolizzatrice ultrarapida;
- proprietà farmacocinetiche.

**Decreto del Ministero della Salute del 31.03.08 (Gazzetta Ufficiale n. 86 del 11.04.08)**

CONSEGNA DA PARTE DEL FARMACISTA, IN CASO DI URGENZA, DI MEDICINALI CON OBBLIGO DI PRESCRIZIONE MEDICA IN ASSENZA DI PRESENTAZIONE DELLA RICETTA

Il provvedimento individua le condizioni che consentono al farmacista, in caso di estrema necessità e urgenza, di consegnare al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, un medicinale soggetto a prescrizione medica oppure soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta.

Il provvedimento prevede con estrema precisione a quali pazienti e quali medicinali possano essere consegnati, in quale quantità e con quali modalità.

Non è ammessa la consegna, da parte del farmacista, di medicinali inseriti nelle tabelle delle sostanze stupefacenti, allegate al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Queste norme entrano in vigore il trentesimo giorno successivo a quello di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

**Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17.03.08 (Gazzetta Ufficiale n. 86 del 11.04.08 - Supplemento ordinario n. 89)**

REVISIONE DEL DECRETO MINISTERIALE 18 MAGGIO 2004, ATTUATIVO DEL COMMA 2 DELL'ARTICOLO 50 DELLA LEGGE N. 326 DEL 2003 (PROGETTO TESSERA SANITARIA), CONCERNENTE IL MODELLO DI RICETTARIO MEDICO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il provvedimento definisce:

- le caratteristiche del ricettario utilizzato per la prescrizione di prestazioni a carico del Sistema sanitario nazionale,

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

**ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"**

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

- le regole relative al trattamento della ricetta in sede di erogazione della prestazione.  
Viene autorizzato l'impiego dei ricettari attualmente in uso fino ad esaurimento delle relative scorte.

**Decreto del Ministero della Salute del 31.03.08 (Gazzetta Ufficiale n. 97 del 24.04.08)**

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TRAPIANTI DI ORGANI EFFETTUATI ALL'ESTERO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91

Questo provvedimento stabilisce le modalità con cui un paziente può sottoporsi ad un trapianto d'organo all'estero. Esso si articola nei seguenti punti:

- Modalità per l'iscrizione in liste estere,
- Funzioni del Centro nazionale trapianti,
- Assistenza in forma diretta,
- Assistenza in forma indiretta,
- Trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto,
- Proseguimento cure,
- Re-trapianto di organo,
- Trapianto da donatore vivente.

Contiene anche una tabella che riporta i tempi minimi di attesa di iscrizione in Italia in lista di attesa prima di poter fare richiesta di iscrizione all'estero.

**News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)**

**Metfonorm** - Modificate le indicazioni terapeutiche con l'aggiunta del seguente paragrafo:

- Nei bambini di età superiore ai 10 anni e negli adolescenti, nei dosaggi da 500 mg, 850 mg e 1000 mg, può essere usato in monoterapia o in combinazione con l'insulina.

**Humira** - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

- Psoriasi: Humira è indicato per il trattamento della psoriasi cronica a placche, di grado da moderato a severo, nei pazienti adulti che non hanno risposto o che presentano controindicazioni o che sono risultati intolleranti ad altre terapie sistemiche, tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA.

**Tracleer** - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

- ipertensione arteriosa polmonare associata a shunt polmonari congeniti e sindrome di eisenmenger. Tracleer è anche indicato per ridurre il numero di nuove ulcere digitali in pazienti con sclerosi sistemica e ulcere digitali attive

**Forsteo** - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

- Trattamento dell'osteoporosi nelle donne in post-menopausa e negli uomini ad aumentato rischio di frattura. Nelle donne in post-menopausa, è stata dimostrata una riduzione significativa nell'incidenza delle fratture vertebrali e non vertebrali, ma non delle fratture femorali.

**Zinco solfato** - Nuova indicazione terapeutica:

- Trattamento del Morbo di Wilson per i pazienti non candidabili o non rispondenti al trattamento con zinco acetato

Sul prossimo numero

**L' Esercizio fisico nel nefropatico cronico**

Convegno tenuto a Uliveto Terme il 18 Aprile 2008

Presidente Giuliano Barsotti—Responsabile Scientifico Adamasco Cupisti

Il 6-7-8 Giugno 2008

**IV Congresso Nazionale della Società Scientifica "Promed-Galileo"**

Sala Convegni Terme di Uliveto (Pisa)

Iscrizione gratuita—Informazioni su <http://www.promedgalileo.org>