

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 7 numero 4

Aprile 2010

## Faticosi e contrastanti progressi sulla gestione del Carcinoma prostatico

In questo numero riportiamo le nuove recenti linee guida dell' American Cancer Society , e un' intervista a Richard Ablin, lo scopritore del PSA, quasi "pentito" della sua scoperta.

Resta ancora sub-iudice la gestione di questi casi da parte del medico pratico; si rinvia, ancora una volta, al buon senso

Tra poco in vigore la trasmissione telematica dei certificati

**INDICE  
GENERALE  
IN SECONDA  
PAGINA**



**Le qualità  
terapeutiche  
del cioccolato**



**Morte in culla:  
causa  
batterica?**



**Disservizi telefonici:  
istruzioni per l' uso!  
(il parere del legale)**

**Amministratore  
di sostegno  
anche senza  
consenso**

**Lasciati fram-  
menti metal-  
lici? Il dentista  
deve risarcire**

**Il conflitto  
medico-paziente  
nello studio del  
medico di  
famiglia**



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>

## Indice

|   |         |
|---|---------|
| <b>Cancro prostatico 1: nuove linee-guida</b>                                   | Pag. 3  |
| <b>Cancro prostatico 2: il ripensamento sul PSA</b>                             | Pag. 4  |
| <b>Il conflitto nello studio del medico di medicina generale</b>                | Pag. 5  |
| <b>Il cioccolato fondente come terapia</b>                                      | Pag. 7  |
| <b>La morte in culla puo' avere cause batteriche</b>                            | Pag. 10 |
| <b>Timori canadesi sull' innocuita' dell' insulina</b>                          | Pag. 10 |
| <b>Sicurezza cardiovascolare del tiotropio</b>                                  | Pag. 11 |
| <b>Entra in vigore la legge sui certificati malattia on-line</b>                | Pag. 11 |
| <b>Attestare falsi straordinari costituisce truffa</b>                          | Pag. 12 |
| <b>Il dentista che lascia un residuo metallico nell' osso, deve risarcire</b>   | Pag. 12 |
| <b>Le offese verso i minori sono passibili di querela anche dal genitore</b>    | Pag. 12 |
| <b>Per l'amministrazione di sostegno non serve il consenso del beneficiario</b> | Pag. 13 |
| <b>Disservizi telefonici: istruzioni per l' uso</b>                             | Pag. 14 |
| <b>NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)</b>                   | Pag. 14 |
| <b>News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)</b>                             | Pag. 15 |

**Buona Pasqua**  
a tutti!

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

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

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

### Redazione

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

### Collaborano:

**Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Giuseppina Onotri, Patrizia Iaccarino**

**Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:**

[dzamperini@gmail.com](mailto:dzamperini@gmail.com)  
Cell. 333/5961678

### Archivio completo:

Oltre 3000 articoli e varie risorse su <http://www.pillole.org/>

### Contenuti selezionati:

[www.scienzaeprofessione.it](http://www.scienzaeprofessione.it)

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



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>

## Cancro prostatico 1: nuove linee-guida

L' American Cancer Society ha aggiornato le linee guida sullo screening del cancro prostatico, enfatizzando l'importanza della corretta informazione del paziente sui benefici e sui rischi.

L'American Cancer Society ha aggiornato le linee guida del 2001 sullo screening del cancro della prostata. La nuova versione enfatizza il fatto che lo screening deve essere effettuato, a partire dai 50 anni, solo previa adeguata informazione del paziente circa potenziali benefici, ma anche rischi e incertezze.

Il test consigliato è il dosaggio del PSA con/senza esplorazione digitale del retto in quanto ci sono poche evidenze che quest'ultima pratica porti ad ulteriori benefici eccettuati, forse, i casi di PSA borderline.

Come cut off decisionale continua a venir considerato un valore di PSA di 4,0 ng/mL, anche se si ammette che circa il 25% dei soggetti con un PSA compreso tra 2,5% e 4,0% può avere un cancro prostatico iniziale.

Nei casi in cui il PSA sia inferiore a 2,5 ng/mL lo screening può essere biennale: in tal modo si possono ridurre i falsi positivi, la sovradiagnosi e le biopsie inutili.

Le informazioni essenziali da fornire ai pazienti sono riassunte appresso:

- Lo screening può svelare cancri in stadio molto iniziale e questo può permettere di ridurre il rischio di morte da cancro prostatico, tuttavia le prove esistenti sono contrastanti
- Lo screening può essere gravato sia da falsi positivi che da falsi negativi
- Se si trova un valore anormale di PSA spesso è necessario ricorrere alla biopsia prostatica che può essere dolorosa e portare a complicanze

come infezioni e sanguinamenti

- Se con lo screening viene diagnosticato un cancro prostatico non si può sapere quali pazienti trarranno beneficio dal trattamento

- Il trattamento può portare a complicanze urinarie, intestinali, sessuali o di altro tipo, sia temporanee che permanenti, di gravità variabile

- Non tutti i casi di cancro prostatico scoperto tramite screening necessitano di trattamento immediato, in alcuni casi è sufficiente un monitoraggio periodico con PSA e biopsia prostatica per decidere le strategie future

- I soggetti ad alto rischio (afroamericani oppure parenti di primo grado con una diagnosi di cancro prostatico prima dei 65 anni) dovrebbero ricevere informazioni circa lo screening a partire dai 45 anni. Uomini a rischio molto alto (più di un familiare con diagnosi di cancro prostatico prima dei 65 anni) dovrebbero essere informati sullo screening a partire dai 40 anni.

Fonte:

Andrew M. D. Wolf, Richard C. Wender, Ruth B. Etzioni, Ian M. Thompson, Anthony V. D'Amico, Robert J. Volk, Durado D. Brooks, Chiranjeev Dash, Idris Guessous, Kimberly Andrews, Carol DeSantis, and Robert A. Smith. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer: Update 2010. CA Cancer J Clin 2010 60: 70-98.

<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/caac.20066v1>

Commento di Renato Rossi

Ci sembra che, per i lettori di questa testata, l'aggiornamento delle linee guida dell'ACS non dica sostanzial-

mente nulla di nuovo.

Siamo sempre stati dei tenaci sostenitori della tesi che lo screening del cancro prostatico debba essere effettuato solo dopo adeguata informazione del paziente sui pro e sui contro, date le incertezze esistenti, il rischio di sovradiagnosi e di sovra-trattamento.

Anche due RCT, uno americano ed uno europeo, sulla utilità dello screening rispetto al non screening non sono riusciti a diradare le incertezze che ancora permeano l'argomento.

Lo screening con PSA è stato oggetto di numerose altre pillole alle quali si rimanda per un approfondimento (vedi i link in bibliografia), anche per evitare il rischio di ripetere concetti già abbondantemente espressi.

Commento di Daniele Zamperini:

Capita talvolta (e chi scrive ne ha avute diverse esperienze) che l'ecografia prostatica, spesso usata dai medici per completezza diagnostica nei casi con PSA moderatamente elevato, non riveli una neoplasia che invece viene recepita dall'esplorazione digitale.

Senza pretendere di esprimere concetti innovativi, e' consigliabile quindi non attribuire all'ecografia carattere dirimente, ne' di trascurare la potenziale utilita' dell'esplorazione digitale, fastidiosa ma non cruenta.

Referenze

[http://www.pillole.org/public/aspnuk\\_e/news.asp?id=4834](http://www.pillole.org/public/aspnuk_e/news.asp?id=4834)

[http://www.pillole.org/public/aspnuk\\_e/news.asp?id=4554](http://www.pillole.org/public/aspnuk_e/news.asp?id=4554)

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>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=4153>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=3862>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=3794>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=3044>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2777>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2777>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2576>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2232>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=1868>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=2131>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=1821>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=46>

<http://www.pillole.org/public/aspnuk/news.asp?id=416>

## Cancro prostatico 2: il ripensamento sul PSA

Secondo lo scopritore del test lo screening con PSA del cancro prostatico sarebbe un vero e proprio disastro per la salute pubblica.

Il test va usato in modo piu' appropriato, pur tenendo conto delle differenze tra sanita' USA e quella italiana

Il New York Times del 9 marzo 2010 ospita un articolo del dr. Richard Ablin, che nel 1970 scoprì il PSA. Secondo Ablin lo screening del cancro prostatico con il dosaggio del PSA è diventato un costosissimo disastro per la salute pubblica. L'articolo è intitolato "Il grande errore prostatico".

Vi si legge che il conto che gli USA pagano ogni anno per lo screening con PSA è di circa 3 miliardi di dollari, ma l'efficacia del test è paragonabile, più o meno, al lancio di una monetina.

Ablin precisa che per anni ha cercato di far capire che il PSA non svela il cancro prostatico perchè molte condizioni, oltre al tumore, possono provocare l'aumento (infezioni, iperplasia prostatica benigna, farmaci assunti comunemente come l'ibuprofene).

Ma, cosa più importante, il PSA non riesce a differenziare fra una forma aggressiva di tumore, potenzialmente fatale, ed una forma non aggressiva che non porterà a morte il paziente.

Pertanto il PSA non dovrebbe essere

usato come test di screening in tutti gli uomini con più di 50 anni. Al contrario ha un ruolo utile nei pazienti trattati per cancro della prostata dove un suo rapido incremento indica una recidiva della malattia.

"Non avrei mai pensato che la mia scoperta, 40 anni dopo, avrebbe portato ad un tal disastro di salute pubblica" commenta Ablin. "La comunità medica dovrebbe smetterla di usare in modo inappropriato il PSA, così si risparmierebbero migliaia di dollari e di trattamenti non necessari e disabilitanti."

Fonte:

[www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html](http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html)

Commento di Renato Rossi

Le argomentazioni del dr. Rochard Ablin non dovrebbero meravigliare più di tanto: sono state più volte sottolineate da questa testata.

E' interessante notare, comunque, che qualcosa sta cambiando. Qualche tempo fa la United States Preventive Service Task Force aveva emanato delle linee guida in cui si sconsigliava il dosaggio del PSA dopo i 75 anni [1], mentre nel 2009 due studi pubblicati dal New England Journal of Medicine non erano riusciti a fare chiarezza sull' intricata questione se lo screening del cancro prostatico sia in grado o meno di ridurre la mortalità specifica [2].

Ancora più recentemente l'American

Cancer Society ha emanato delle linee guida che invitano alla cautela sullo screening, consigliano una informazione completa ed accurata sui benefici potenziali ma anche sui rischi reali del dosaggio del PSA in soggetti asintomatici e raccomandano una scelta consapevole da parte del paziente [3].

Il dr. Ablin, nel suo articolo, cita queste ultime linee guida, così come la conclusione dell'American College of Preventive Medicine secondo la quale ci sono prove insufficienti per consigliare lo screening routinario con PSA.

Per contro l'American Urological Association rimane ancora schierata nella sua posizione favorevole allo screening.

Non rimane comunque che prendere atto della notevole controversia che ancora circonda l'argomento, in attesa dei risultati degli altri RCT in corso. Riusciranno, questi ultimi, a porre termine ad una diatriba che si rifiuta di concludersi? Per il momento è giocoforza scrivere, come nei fumetti di una volta "to be continued".

Sicuramente non si sbaglia se si mette in atto quanto da tempo andiamo consigliando: il medico informi accuratamente ed in modo il più possibile asettico il paziente e lasci a quest'ultimo la decisione finale.

Ovviamente questo richiede tempo, un medico che conosca e, soprattutto, sia in grado di spiegare problematiche complesse in modo chiaro e

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>

comprensibile, un paziente che non pretenda dalla medicina una risposta sempre rapida e sicura ed accetti che esistono aree di incertezza che attualmente non si è in grado di elimi-

nare.

#### Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4153>

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4554>

3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4983>

## Il conflitto nello studio del medico di medicina generale

La comunicazione efficace tra i pazienti e i loro medici è ritenuta una delle pietre angolari della cura di alta qualità e vi sono ampie evidenze che essa contribuisca alla diagnosi, agli esiti terapeutici, alla soddisfazione del paziente e del medico e all'uso efficace delle risorse. Tuttavia, le visite mediche sono piene di occasioni di conflitti, che possono distruggere una comunicazione positiva e modificare la relazione medico-paziente.

I conflitti possono riguardare un'ampia gamma di problemi; anche se nell'attuale clima economico molti di questi problemi possono derivare dalle pratiche di razionalizzazione dei sistemi sanitari.

Questo studio, realizzato da autori israeliani, esplora la frequenza e il tipo di conflitto medico-paziente presente nella pratica di medicina generale, e in particolare quei conflitti relativi a problemi di razionalizzazione.

#### Metodi

Sono stati analizzati 291 incontri medico-paziente videoregistrati di 28 medici di medicina generale, utilizzando un nuovo adattamento del Roter interaction analysis system software; sono stati forniti dati empirici sui conflitti e sui processi di comunicazione. Sette focus groups (56 MMG) hanno prodotto intuizioni qualitative ed hanno guidato l'analisi.

#### Frequenza e tipo di conflitti negli incontri medico-paziente

I conflitti osservati in questo studio erano comuni negli incontri medico-paziente: sono stati trovati in quasi il 40% (113; 38.8%) dei 291 incontri;

circa un quinto dei quali (24; 21.2%) è stato trovato relativo a problemi associati a razionalizzazione delle risorse.

I conflitti identificati in 113 incontri medico-paziente potevano essere ulteriormente caratterizzati secondo tre argomenti significativi: (a) conflitti riguardanti la gestione medica del problema presentato quale farmaci, esami di laboratorio, esami strumentali (imaging), diete specifiche, psicologi, seconde opinioni, risultati controllati-in-doppio, ed approccio "aspetta e vedi"; (b) conflitti riguardanti la gestione di problemi di salute di fondo, che comprendono differenti diagnosi, risultati di esami e stili di vita e (c) conflitti riguardanti aspetti burocratici, incluse autorizzazioni e certificati.

Gli autori hanno così commentato tali risultati: "Poiché nel nostro studio uno di cinque conflitti era relativo alle risorse razionate, questo significa che in media, i medici si confrontano con un conflitto specificamente correlato alla allocazione delle risorse o alla razionalizzazione della cura **almeno una volta al giorno**".

#### Espressione di empatia nelle situazioni conflittuali

Un'analisi delle risposte empatiche dei medici alle domande dei pazienti ha rivelato che vi era una differenza significativa tra situazioni nelle quali il conflitto era associato a problemi di razionalizzazione ed altri tipi di conflitti. Conflitti associati alla allocazione delle risorse erano caratterizzati da dichiarazioni non empatiche da parte dei medici a paragone con conflitti relativi ad altri proble-

mi. È stata definita una risposta empatica come l'espressione di sentimenti positivi al paziente.

Per esempio, "Capisco che lei debba sentirsi frustrato per questo".

È stata codificata come risposta non empatica quando un medico reagisce negativamente al sentimento del paziente; per esempio, il medico che dice "Non mi interessa la tua situazione"; "Questo non fa parte del mio lavoro."

Quando i conflitti riguardavano in maniera specifica la allocazione delle risorse, i medici avevano una probabilità due volte superiore (30%) di non usare espressioni empatiche a paragone con altri incontri conflittuali (18%). Espressioni empatiche sono state identificate nel 17% di incontri conflittuali, con nessuna differenza secondo il tipo di conflitto.

Nei focus group i medici hanno descritto il loro disagio nel ruolo di gatekeeper. Nelle interviste videoregistrate in questa parte dello studio, gli autori hanno visto le speciali difficoltà dei medici rispetto ai conflitti, e si sono chiesti: "Se i medici mostrano meno empatia in situazioni conflittuali relative a razionalizzazione, questo non potrebbe essere possibilmente correlato alla loro ambivalenza nei confronti di questo ruolo?"

#### Differenze strutturali tra incontri conflittuali e non conflittuali

Sia in incontri conflittuali che non conflittuali, i medici hanno dominato la conversazione. In entrambi i casi, hanno parlato più dei pazienti: la distribuzione media della conversazione tra medici e pazienti, rispetti-

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>

vamente, è del 53% versus il 47% ( $P < 0.0001$ ) per incontri conflittuali e del 55% versus 45% ( $P < 0.0001$ ) per incontri non conflittuali.

L'analisi secondo le differenti tappe dell'incontro ha rivelato differenze tra incontri conflittuali e non-conflittuali. Le consultazioni sono state analizzate come comprensive di cinque tappe (apertura, storia clinica, esame fisico, counselling e chiusura). La fase di apertura è definita come il tempo in cui il paziente presenta il problema prima che il medico intervenga attivamente nella conversazione, e la fase di chiusura è dedicata alla conclusione e al riassunto.

Incontri conflittuali hanno tappe di apertura e chiusura significativamente più brevi rispetto ad incontri non-conflittuali e più tempo speso nel counselling ai pazienti. Questo può indicare che quando un incontro include un conflitto, il problema del conflitto domina l'incontro in termini di contenuto e di tempo e spesso emerge immediatamente.

Un'interpretazione alternativa è che durante questi tipi di incontro, il paziente viene con la sua agenda e con precisi obiettivi. Pertanto, la durata del setting agenda e le parti relative alla storia dell'incontro sono più brevi del solito. Di contro, le parti relative al counselling o alla negoziazione sono relativamente più lunghe, e il sommario di chiusura è, poi, comprensibilmente più breve. Pertanto, tali situazioni conflittuali possono essere state predeterminate e rappresentano casi in cui i pazienti seguono la loro agenda e i medici rispondono loro negativamente.

Un'altra interpretazione alternativa è che i medici reagiscono ai conflitti su problemi di razionalizzazione cercando modalità di counselling e, quindi, questo consuma una parte relativamente più ampia dell'incontro.

#### **Tipi di coping del medico rispetto**

#### **ai conflitti relativi alla razionalizzazione**

Estraendo le analisi dei dati dei focus group, sono state identificati quattro tipi di strategie di coping e sono stati classificati con codici RIAS per l'analisi delle consultazioni videoregistrate. Queste strategie di coping possono essere descritte da due assi intersecantisi, l'uno che descrive quanto a lungo i medici hanno dimostrato una risposta attiva al conflitto, l'altro che descrive il loro livello di accettazione della gestione razionalizzante. Strategie attive hanno comportato che il medico coinvolgesse il paziente in conversazioni circa le regole di razionalizzazione. Sono state identificate come strategie passive modalità in cui il medico stesso non sceglieva di coinvolgere il paziente, sebbene avrebbe potuto cercare di manipolare la situazione dietro le quinte. Nelle strategie di accettazione, il comportamento del medico era compatibile con il supportare le regole di razionalizzazione, mentre nelle strategie di rifiuto, era stato detto o fatto qualcosa per criticare o modificare tali regole. Nei dati degli autori, la strategia più comune era di accettazione passiva (41%), in cui il medico non aveva parlato al paziente delle rilevanti opzioni di gestione che non erano offerte dal pacchetto assicurativo. Meno comunemente (25%), i medici hanno scelto di spiegare ai pazienti la necessità di accettare i criteri di razionalizzazione. Nel 22% degli incontri, i medici hanno cercato aggirare il sistema modificando le diagnosi per rispettare i criteri senza renderlo esplicito al paziente (rifiuto passivo). Il rifiuto attivo era stato scelto solo nel 12% degli incontri conflittuali, dove i medici istruivano i loro pazienti su come formalmente appellarsi contro il sistema o aiutarli a fare questo. Gli autori hanno così commentato tali risultati: "In questo studio, il coping più comune era per

il medico accettare i dettati del sistema pubblico e proteggere se stesso dal porsi tra il paziente e il sistema. La prevalenza relativamente più alta della strategia di coping 'passivo' suggerisce che i medici lo hanno ritenuto la minaccia minore nel doversi confrontare sia con il paziente che con il sistema".

#### **Effetti di Genere**

E' stata analizzata l'associazione tra genere dei medici e di tutti i pazienti e conflitti. Per tutti i medici con tutti i pazienti, la odds ratio per conflitti di genere era 1.191, 95% intervallo di confidenza (IC) 0.7214-1.973.

Per i medici maschi, a paragone con consultazioni con genere concordante o con genere discordante, la odds ratio per conflitto da genere del paziente era 1.236, 95% IC 0.5762-2.682. Per i medici donne, la odds ratio per conflitto da genere del paziente era 1.864, 95% IC 0.7971-4.606.

#### **Limitazioni ammesse dagli autori**

- 1) L'esempio di questo studio è stato preso dal settore di medicina pubblica di Israele e può o non può essere generalizzabile ad altri sistemi sanitari occidentali con copertura assicurativa universale.
- 2) Poiché non sono state raccolte informazioni precise, non è possibile paragonare le caratteristiche dei pazienti che hanno rifiutato di partecipare con i partecipanti.
- 3) Gli insights derivanti da questo studio sono limitati alle prospettive dei medici poiché i gruppi di pazienti non sono stati studiati.
- 4) L'ampia definizione di conflitto usata in questo studio ha introdotto una grande sensibilità nella ricerca ed ha dato come risultato una prevalenza di incontri conflittuali più ampia di quanto ci si sarebbe potuto aspettare.
- 5) Non sono stati raccolti ampi dati sui pazienti coinvolti nello studio (quali etnia, informazioni socioeconomiche, condizioni mediche etc.)

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

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

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

che avrebbero potuto essere analizzati in termini di incontri conflittuali versus incontri non-conflittuali e in relazione alle variabili dei medici.

### Conclusioni degli autori

Gli autori concludono sostenendo la necessità di ulteriori esplorazioni dei problemi inerenti i conflitti e di interventi che assistano i medici nella gestione dei conflitti attraverso modalità efficaci, tese a migliorare la cura dei pazienti.

### RIFERIMENTO

- Family Practice 2010, 27, 93-100  
- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/articles.asp?id=87&page=4>  
<http://www.pillole.org/decalogomedico.htm>

### Commento di Patrizia Iaccarino

Il lavoro ci è sembrato interessante, perché illumina una realtà che, purtroppo, sembra destinata ad accrescersi, con conseguenze negative sulla relazione medico-paziente e, quindi, sulla qualità della cura. Le conclusioni degli autori ci sono apparse, però, parziali e non completa-

mente condivisibili.

Spesso assistiamo, di fronte alla emergenza di nuove problematiche, alla conclusione che il problema possa risolversi esclusivamente agendo sul medico e non sul più complesso sistema che contribuisce al determinismo del problema stesso. In questo caso, quello dei conflitti medico-paziente, infatti, gli attori sono tre: il medico, il paziente e il sistema. Il sistema, pur basandosi su di un principio valido e condivisibile, quale quello della razionalizzazione delle risorse, finisce, delegando totalmente al medico di medicina generale il ruolo di "gatekeeper", per farlo apparire agli occhi del paziente come il responsabile unico della "negazione" derivante dalla razionalizzazione e svilendo, così, il suo ruolo principale. Il paziente, spinto da un lato da una informazione che tende a seminare ansia rispetto alle malattie e ad ingigantire le possibilità della medicina, dall'altro dalla medicina "specialistica", incentrata sulla malattia e spesso dimentica non solo della razionalizzazione delle

risorse ma anche della pratica basata sulle evidenze, cerca di manipolare il medico per ottenere quanto egli stesso ritiene per lui utile (esasperazione negativa dell'empowerment). Il risultato finale nel quotidiano è che il medico cerca di barcamenarsi alla men peggio nei conflitti che ovviamente ne derivano, giustamente svilito nell'interpretare un ruolo imposto e neppure condiviso. Pensare di risolvere tutto, ancora una volta, con un training dei medici ci sembra non solo riduttivo del problema, ben più complesso, quanto anche di facile risoluzione per tutto il sistema che, delegando la responsabilità, aggredisce il medico di medicina generale fino a portarlo al burn-out. Sarebbe, invece, auspicabile un'analisi più sofisticata e realistica della problematica ed un intervento più adeguato che agisca sul determinismo dei problemi, attraverso una coscienziosa divisione delle responsabilità e, quindi, delle successive possibili risoluzioni.

## Il cioccolato fondente come terapia

In questo articolo verranno esaminati gli effetti del cioccolato fondente su arteriopatia coronarica, dislipidemie, ipertensione.

### Arteriopatia coronarica

I semi di cacao derivano dall'albero di cacao che contiene alti livelli di flavonoidi, quali l'epicatechina e i polifenoli, che possono avere effetti benefici cardiovascolari. Le proprietà farmacologiche del cacao quali l'antiossidazione e le attività antiinfiammatorie possono giocare un ruolo nella prevenzione della malattia cardiovascolare riducendo lo stress ossidativo e l'infiammazione. In uno studio di coorte di uomini e donne di  $\geq 35$  anni di età, è stato selezionato un totale di 4849 soggetti per deter-

minare se una regolare assunzione di cioccolato fondente fosse associata o meno a basse concentrazioni sieriche di proteina-C-reattiva (PCR) in una popolazione sana italiana. Dai 4849 soggetti, sono stati estratti 2141 pazienti per questo studio. I soggetti sono stati divisi in due sottopopolazioni: un gruppo test di 824 soggetti che avevano regolarmente consumato cioccolato fondente ed un gruppo di controllo di 1317 non consumatori. L'introito medio di cioccolato fondente era di 5.7 g/d per il gruppo sperimentale. I risultati hanno mostrato più bassi livelli di PCR nel gruppo consumatori di cioccolato rispetto ai controlli (1.10 vs. 1.32 mg/L,  $p < 0.0001$ ). Inoltre, è stata osservata una relazione inversa tra

consumo di cioccolato fondente e livelli di PCR ( $p = 0.038$ ) dopo aggiustamento per età, sesso, stato sociale, pressione arteriosa sistolica, body-mass index, tipo di cibi, ed introito energetico totale. Sebbene un iniziale riduzione della PCR sierica fosse stata dimostrata con il consumo di 20 g di cioccolato nero ogni 3 giorni, i livelli di PCR hanno mostrato una relazione inversa ai più alti livelli di consumo, rappresentando una curva dose-risposta a forma di J. Questo è il primo studio che ha dimostrato una associazione tra consumo regolare di cioccolato nero e ridotti livelli di PCR. I risultati dello studio possono avere importanti implicazioni prognostiche, dato il valore della PCR come biomarker di arteriopatia

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>

coronarica. Tuttavia, sono auspicabili studi aggiuntivi prospettici, randomizzati, che valutino esiti clinici.  
- J Nutr. 2008;138:1939–1945.

### Dislipidemia

Il consumo di flavonoidi del cacao (CF) può migliorare la funzione endoteliale e la pressione arteriosa poiché gli steroli vegetali hanno dimostrato di essere sicuri ed efficaci nel ridurre il colesterolo LDL. Questo studio in doppio cieco, controllato vs placebo, cross-over, ha valutato l'efficacia di un cioccolato fondente contenente CF con aggiunta di steroli vegetali sui lipidi sierici, la pressione arteriosa e altri markers cardiovascolari e circolatori, in una popolazione con colesterolo elevato. Un totale di 49 adulti è stato reclutato e randomizzato a barrette di cioccolato fondente contenente CF con steroli vegetali (180 mg CF e 1.1g esteri di steroli per barretta) o CF da solo. Ciascun gruppo ha ricevuto 1 barretta di cioccolato nero due volte al giorno per 4 settimane e incrociato con il gruppo di trattamento alternativo per altre 4 settimane. Il consumo sia di steroli vegetali sia di CF ha ridotto significativamente i livelli sierici di colesterolo totale del 2.0% e di colesterolo LDL del 5.3%, ( $p < 0.05$  per entrambi), mentre non vi erano significative riduzioni del colesterolo con CF da solo. La presenza di steroli vegetali non ha avuto effetto significativo sulla pressione arteriosa sistolica o diastolica; tuttavia, il consumo di CF ha ridotto la pressione arteriosa sistolica media di  $-5.8$  mm Hg a 8 settimane ( $p < 0.05$ ). Gli autori concludono che il consumo regolare di barrette di cioccolato nero contenenti CF con steroli vegetali può migliorare significativamente il profilo lipidico e la pressione arteriosa. Poiché si tratta di uno studio a breve termine con la mancanza di un periodo di wash out tra i trattamenti, c'è bisogno di altri studi per

confermare questi risultati.  
- J. Nutr. 2008;138:725–731.

In questo studio pilota sono stati esaminati gli effetti del consumo di cioccolato nero sulla reattività piastrinica, sulla PCR e sul profilo lipidico. A ventotto soggetti sani (di età 18–60) è stato dato cioccolato nero (contenente il 70% di coca che ha fornito 700 mg di flavonoidi) al giorno per sette giorni. Tutti i pazienti non erano fumatori. Sono stati esclusi consumi individuali di altri antiossidanti quali la vitamina C. Inoltre, non è stato consentito il consumo di cibi ricchi di flavonoidi per le due settimane precedenti lo studio. L'outcome primario era determinare gli effetti del consumo di cioccolato fondente sull'attività piastrinica. Sono stati ottenuti campioni di sangue prima e dopo il trattamento per l'analisi. L'endpoint primario ha mostrato che il consumo di cioccolato nero ha dato una significativa riduzione della reattività piastrinica ( $27.3 \pm 27.8$  versus  $17.4 \pm 20.5$  intensità di fluorescenza media) ( $p < 0.006$ ). Vi era anche una significativa riduzione del colesterolo lipoproteico a bassa densità (LDL-C) del 6% ( $120 \pm 38$  versus  $112 \pm 37$  mg/dL,  $p < 0.018$ ). Il colesterolo ipoproteico ad alta densità (HDL-C) aumentava del 9% ( $66 \pm 23$  versus  $72 \pm 26$  mg/dL,  $p < 0.0019$ ). Anche la proteina C reattiva ad alta sensibilità era sensibilmente ridotta ( $1.8 \pm 2.1$  versus  $1.4 \pm 1.7$  mg/dL,  $p < 0.04$ ). Questi risultati stanno ad indicare che il consumo giornaliero di cioccolato nero contenente 700 mg di flavonoidi ha un beneficio mediamente favorevole su di un numero di parametri che influenzano la salute cardiovascolare. Si dovrebbero realizzare studi aggiuntivi che includano un gruppo di controllo, data la dimensione dei benefici del cioccolato nero su questi esiti.

South Med J 2008;12(101):1203–

1208.

### Iperensione

Il fumo di sigaretta è un fattore di rischio ben noto per lo sviluppo di malattia cardiovascolare; il fumo induce alcuni meccanismi che favoriscono l'aterotrombosi, che comprendono un aumento dello stress ossidativo, un'incrementata ossidazione delle lipoproteine a bassa densità, ed un aumento della disfunzione endoteliale attraverso l'inattivazione dell'ossido nitrico endoteliale e la iperreattività piastrinica. Pertanto, questo studio è stato condotto su 25 maschi sani fumatori, per determinare se il consumo di cioccolato nero ricco di polifenoli migliorasse la funzione endoteliale e la iperreattività piastrinica. Cinque soggetti dello studio hanno seguito un protocollo preliminare nel quale la funzione endoteliale è stata valutata con ultrasuoni ad alta risoluzione prima e dopo ingestione di 40 grammi di cioccolato nero (74%) dopo un'astinenza di 24 ore da cibi ricchi in polifenoli. La funzione endoteliale è stata rivalutata a 2, 4, 8 e 24 ore successive alla ingestione di cioccolato nero. Lo screening iniziale su questi cinque soggetti ha mostrato risultati positivi così 20 soggetti sono stati randomizzati in due gruppi paralleli. La funzione endoteliale e quella piastrinica sono state valutate all'inizio e due ore dopo l'ingestione di cioccolato nero (40 grammi) o cioccolato bianco (40 grammi). Inoltre, entrambi i gruppi in studio sono stati valutati dopo un periodo di 8 ore ed un intervallo libero dal fumo di almeno 30 minuti. I risultati hanno mostrato un significativo miglioramento della dilatazione di flusso mediata (FMD) dopo due ore  $7.0 \pm 0.7$  % rispetto all'inizio  $4.4 \pm 0.9$  % in soggetti che avevano consumato cioccolato nero rispetto a quelli che avevano consumato cioccolato bianco ( $p = 0.026$ ). Questo effetto FMD si

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>

è protrato approssimativamente per 8 ore dopo l'ingestione. Vi era una significativa riduzione della reattività piastrinica nel gruppo cioccolato nero rispetto al gruppo cioccolato bianco ( $p=0.03$ ). Questi risultati dimostrano un effetto diretto del cioccolato nero sull'endotelio vascolare e sulla reattività piastrinica. Tutti questi effetti sono probabilmente mediati dalle proprietà antiossidanti dei polifenoli contenuti nel cioccolato nero. Sono necessari ulteriori studi per valutare il beneficio a lungo termine della assunzione quotidiana di piccola quantità di cioccolato nero ricco di polifenoli.

- Heart 2006;92:119-120.

Si tratta di uno studio randomizzato, in doppio cieco, che ha valutato l'effetto del cioccolato nero ricco di flavonoidi rispetto ad un gruppo di controllo senza cioccolato sulla reattività vascolare coronarica e sulla funzione piastrinica in 22 soggetti che avevano ricevuto trapianto cardiaco. I pazienti sono stati randomizzati a Nestle Noir Intense (70% contenuto di cacao) o cioccolato senza flavonoidi. Tutti i pazienti sono rimasti al loro abituale regime farmacologico che comprendeva una statina, un beta bloccante un ACE inibitore o un ARB. La vasomotilità coronarica e l'adesione piastrinica sono state valutate prima e due ore dopo il consumo del cioccolato nero. Il diametro arterioso coronarico è stato analizzato con angiografia coronarica quantitativa e la vasomotilità endotelio dipendente è stata valutata con una risposta al cold pressor test. I risultati hanno mostrato un significativo incremento del diametro arterioso coronarico ( $2.36 \pm 0.51$  a  $2.51 \pm 0.59$ ,  $p<0.01$ ) ed anche un significativo incremento della vasomotilità coronarica endotelio dipendente (modifica percentuale del diametro arterioso rispetto al basale) ( $4.5 \pm 11.4\%$  a  $-4.3 \pm 11.7\%$ ,

$p=0.01$ ) nel gruppo cioccolato nero rispetto a nessuna modifica nel gruppo di controllo. Anche l'adesione piastrinica era significativamente ridotta nel gruppo cioccolato nero rispetto al gruppo di controllo ( $p=0.04$ ). Questi risultati dimostrano che 2 ore dopo l'assunzione di cioccolato nero vi è un miglioramento della vasodilatazione coronarica, una riduzione della adesività piastrinica, e un miglioramento della funzione vascolare coronarica. È importante sottolineare che la risposta della vasomotilità coronarica vista con il cioccolato nero era in aggiunta all'effetto che poteva essere stato causato dalla terapia farmacologica corrente del paziente. Sebbene si tratti di uno studio a breve termine e la taglia del campione sia modesta, i risultati forniscono supporto per ulteriori valutazioni.

- Circulation. 2007;116:2376-2382.

Alcuni piccoli studi che hanno valutato l'effetto del cioccolato ricco di flavonoidi hanno dimostrato una riduzione della pressione arteriosa ed un miglioramento della funzione endoteliale. Tuttavia, questi studi erano di breve durata (2 settimane) ed avevano utilizzato alte dosi di cioccolato (equivalenti a 100 grammi di cioccolato al giorno). Pertanto, questo studio è stato condotto per valutare gli effetti dell'introito abituale di cioccolato sulla pressione arteriosa in 44 pazienti adulti con preipertensione o in stadio 1 di ipertensione in un periodo di 18 settimane. I pazienti (di 56-73 anni) sono stati randomizzati a 6.3 grammi di cioccolato nero al giorno, contenente 30 mg di polifenoli o cioccolato bianco senza polifenoli. Oltre l'endpoint primario delle modificazioni della pressione arteriosa, endpoint secondari erano la modifica dei marker plasmatici 8-isoprostano (un marker di stress ossidativo), S-nitrosoglutatione (ossido nitrico), e

la biodisponibilità di fenoli del cioccolato. I risultati hanno mostrato una significativa riduzione della pressione arteriosa sistolica ( $-2.9 \pm 1.6$  mmHg  $p<0.001$ ) e di quella diastolica ( $-1.9 \pm 1.0$  mmHg  $p<0.001$ ) in pazienti che avevano consumato il cioccolato nero con polifenoli rispetto al punto di partenza. Anche l'incidenza di ipertensione si riduceva dall'86% al 68%. Inoltre, vi era un sostenuto aumento del S-nitrosoglutatione ( $P<0.001$ ). Non si avevano modifiche del peso corporeo, del glucosio dell'8-isoprostano, o dei livelli di lipidi plasmatici nel gruppo cioccolato nero. Questi risultati stanno ad indicare che il consumo giornaliero di dosi di cioccolato nero ricco di polifenoli può aiutare a ridurre la pressione arteriosa e migliorare la formazione di S-nitrosoglutatione.

- JAMA. 2007;298(1):49-60

Patrizia Iaccarino

Referenze

-Pharmacotherapy. 2010;30(1):109

E ancora...

Il 12 Febbraio è apparsa su Medscape - Internal Medicine la comunicazione preliminare di un abstract che sarà prossimamente presentato alla 62° Riunione Annuale dell'American Academy of Neurology riguardante i supposti benefici della cioccolata in termini di riduzione del rischio di stroke e della mortalità ad esso correlata. Non si era ancora dibattuto sul ruolo del cioccolato nella prevenzione dello stroke. Gli Autori dell'abstract hanno condotto una revisione sistematica di studi pubblicati tra il 2001 e il 2009. Fra le 88 pubblicazioni sull'argomento sono stati trovati 3 studi prospettici di coorte. Nel primo era segnalata una riduzione del 22% nel rischio di ictus per chi assumeva cioccolato almeno una volta la settimana. Nel secondo la riduzione della mortalità per ictus

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>

risultava essere del 46% per coloro che assumevano un cioccolato "arricchito" con flavonoidi. Mentre il terzo non evidenziava tale positiva associazione. Gli autori concludono

che sono necessari ulteriori studi prospettici per valutare se il beneficio di un cioccolato arricchito con flavonoidi sia reale, oppure se il vantaggio sia influenzato da un diverso

stile di vita salutare dei partecipanti

American Academy of Neurology 62nd Annual Meeting. Published online Feb 11, 2009.

## La morte in culla puo' avere cause batteriche

In altre occasioni abbiamo parlato, su questa e altre testate, del problema della "morte in culla" (o SIDS), evento drammatico capace di sconvolgere la vita di incolpevoli genitori.

Benche' il termine stia ad indicare un decesso senza motivo apparente, parecchi sono stati invece i meccanismi ipotizzati, e probabilmente l'evento "morte in culla" andrebbe scomposto in sottogruppi aventi cause diverse.

E' stata ipotizzata ad esempio un difetto di conduzione elettrica cardiaca, di un difetto costituzionale del

midollo allungato, come pure disfunzioni respiratorie. Gli studiosi hanno quindi consigliato tecniche di prevenzione che vanno dall'uso del ciuccio al divieto di fumo per i genitori.

I casi di SIDS in Italia sono stimati intorno ai 300 l'anno.

Un recente studio britannico, pubblicato su Archives of Disease in Childhood ed effettuato su 132 morti improvvise (e apparentemente inspiegabili) di bambini nei primissimi mesi di vita avrebbe invece evidenziato un'altra causa, potenzialmente

prevenibile.

Una significativa quota di decessi, infatti, sarebbero stati causati da infezioni sostenute da due batteri, l'Escherichia Coli e lo Stafilococco aureo, germi estremamente comuni. Quindi si aggiunge un altro importante tassello alle ricerche tendenti a ridurre o ad eliminare tali eventi. Andranno studiati, ovviamente, i criteri e le precauzioni da adottare per individuare e prevenire in tempo le infezioni causate da tali germi, talvolta clinicamente paucisintomatiche o addirittura asintomatiche.

## Timori canadesi sull'innocuita' dell'insulina

Uno studio osservazionale canadese evidenzia un aumento della mortalità associato all'uso di insulina in pazienti diabetici tipo 2. Ma il dato va interpretato con molta prudenza.

Usando un database canadese (Saskatchewan Health) sono stati identificati 12.271 pazienti "new users" di antidiabetici orali fra il 1991 e il 1996, successivamente raggruppati in base alla esposizione al trattamento con insulina. In pratica i pazienti sono stati suddivisi nei seguenti gruppi:

- 1) nessuna esposizione all'insulina (gruppo di controllo)
- 2) bassa esposizione all'insulina (da zero a 3 anni)
- 3) media esposizione all'insulina (da 3 a 12 anni)
- 4) elevata esposizione all'insulina (> 12 anni)

Dopo aggiustamento per vari fattori di confondimento (fattori demografi-

ci, farmaci assunti, comorbilità) sono stati valutati i seguenti esiti: mortalità totale e mortalità cardiovascolare.

L'età media dei pazienti era di 65 anni, 45% di sesso femminile. Il follow up medio è stato di 5,1 anni.

In totale 1.443 (12%) soggetti hanno iniziato la terapia insulinica e si sono verificati, sempre nell'intero campione esaminato, 2.681 decessi (22%)

La mortalità maggiore si è registrata nel gruppo ad elevata esposizione all'insulina: 95 decessi/1000 persone-anni rispetto a 40 decessi/1000 persone-anni nel gruppo di controllo (HR non aggiustata: 2,32; 1,96-2,73).

Dopo aggiustamento per i fattori di confondimento si è registrato un aumento della mortalità che cresceva con l'esposizione all'insulina:

- 1) gruppo a bassa esposizione: HR 1.75 (1,24-2,47)
- 2) gruppo a media esposizione: HR

2,18 (1,82-2,60)

3) gruppo ad elevata esposizione: HR 2,79 (2,36-3,30)

Limitando l'analisi ai decessi da cause cardiovascolari e non cardiovascolari si sono evidenziati risultati pressochè analoghi.

Gli autori concludono che l'esposizione all'insulina è associata ad un aumento della mortalità che cresce con il livello di esposizione stesso e che persiste anche dopo aggiustamento per vari fattori confondenti.

Fonte:

Gamble JM, Simpson SH, Eurich DT, et al. Insulin use and increased risk of mortality in type 2 diabetes: a cohort study. Diabetes Obes Metab. 2010 Jan;12(1):47-53. Epub 2009 Sep 24

Commento di Renato Rossi

I dati di questo studio osservazionale vanno interpretati considerando i

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>

punti deboli di questo tipo di lavori. Non essendoci stata una randomizzazione dei vari gruppi è logico pensare che i pazienti più esposti all'insulina fossero anche quelli affetti da diabete più grave. In pratica si tratta del solito bias di selezione per cui non è l'insulina che aumenta la mortalità, ma sono i pazienti più gravi (e quindi più soggetti ad esiti peggiori) a dover essere trattati con l'insulina.

Gli autori, per correggere questo tipo di distorsione, hanno operato una correzione per vari fattori di confondimento come le variabili demografiche, i farmaci assunti, le varie patologie coesistenti.

Tuttavia anche con questi mezzi non si è mai sicuri di aver preso in considerazione i molteplici fattori che possono influenzare parametri come la mortalità e gli eventi cardiovasco-

lari. Solo uno studio clinico randomizzato e controllato è in grado di creare gruppi ragionevolmente paragonabili in cui fattori di rischio noti e non sono equamente distribuiti.

Pertanto occorre molta prudenza nel valutare i risultati dello studio di Gamble e collaboratori.

## Sicurezza cardiovascolare del tiotropio

Secondo una metanalisi l'uso del tiotropio nella BPCO è associato ad una riduzione della mortalità totale, della mortalità cardiovascolare e degli eventi cardiovascolari.

Per determinare la sicurezza del tiotropio sono stati selezionati RCT in doppio cieco della durata di almeno 4 settimane. I pazienti arruolati nei trials dovevano avere almeno 40 anni, una BPCO confermata con spirometria oppure fumare almeno 10 pacchetti di sigarette all'anno.

In totale si tratta di 30 RCT con 1-0.846 pazienti randomizzati a tiotropio e 8.699 randomizzati a placebo. L'uso del tiotropio risultava associato ad una riduzione della mortalità totale (RR 0,88; CI95% 0,77-0,99) e degli eventi cardiovascolari (RR 0,83; 0,71-0,98). Anche la mortalità cardiovascolare risultava ridotta nel gruppo trattato con tiotropio (RR 0,77; 0,69-0,98).

Per i singoli eventi cardiovascolari si aveva un RR di 0,78 (0,59-1,02) per l'infarto miocardico, di 0,82 (0,69-0,98) per lo scompenso cardiaco e di 1,03 (0,79-1,35) per l'ictus.

Gli autori concludono che l'uso del tiotropio nella BPCO è associato ad

una riduzione della mortalità totale, della mortalità cardiovascolare e degli eventi cardiovascolari.

Fonte:

Celli B, Decramer M, Leimer I, et al. Cardiovascular safety of tiotropium in patients with COPD. *Chest*. 2010 Jan;137(1):20-30.

Commento di Renato Rossi

Il tiotropio è un anticolinergico considerato terapia di prima scelta dalle linee guida sulla BPCO.

Tuttavia una metanalisi del JAMA [1] su 17 trials, per quasi 15000 pazienti, aveva avanzato l'ipotesi che gli anticolinergici (ipratropio e tiotropio) potrebbero essere associati ad un aumento del rischio di infarto e di mortalità cardiovascolare, ma non dello stroke e della mortalità totale.

Nel successivo studio UPLIFTS [2] si era avuto un trend di riduzione della mortalità totale nel gruppo trattato con tiotropio, peraltro statisticamente non significativo (HR 0,89; 0,79-1,02). Gli autori della metanalisi del JAMA avevano subito ribattuto che lo studio UPLIFTS non era stato disegnato per valutare la sicu-

rezza cardiovascolare del tiotropio. In effetti l'endpoint primario dello studio era il declino della funzionalità respiratoria.

La metanalisi recensita in questa pillola ha preso in considerazione un maggior numero di trials di quella del JAMA, compreso l'UPLIFTS. Essa suggerisce che il tiotropio è sicuro dal punto di vista cardiovascolare e potrebbe anche portare ad una riduzione della mortalità totale e della mortalità/morbilità cardiovascolari.

Un editoriale di commento sottolinea che per il momento la questione è controversa e che quest'ultima metanalisi è probabilmente la maggior evidenza disponibile finché non ne arriverà una di migliore. Perlomeno mostra che il tiotropio è un farmaco sicuro.

Ci sembra di poter concludere che i medici possono stare ragionevolmente tranquilli quando prescrivono il tiotropio ad un loro paziente con BPCO.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4263>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4281>

## Entra in vigore la legge sui certificati malattia on-line

Dal 3 aprile, secondo la nuova normativa, il certificato medico attestante la malattia dei dipendenti pubblici deve essere inviato, per via te-

lematica, all'INPS. L'obbligo riguarda sia il singolo medico che la struttura pubblica che eventualmente lo rilasci. Fortunatamente ci sarà un

periodo di tolleranza. (Circolare Dipartimento funzione pubblica 19-/03/2010, n. 1)

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 Dipartimento della Funzione pubblica, mediante il DM 26/2/2010, (G.U. n. 65 del 19 marzo) ha fissato per il 3 aprile (15 giorni successivi alla pubblicazione del decreto) la data dalla quale i medici dipendenti del SSN e quelli convenzionati sono tenuti a trasmettere telematicamente all'INPS i certificati di malattia dei dipendenti pubblici. Lo stesso decreto ha stabilito le modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC (sistema di acco-

glienza centrale).

Sarà l'INPS a trasmettere poi tramite posta elettronica i certificati all'Ente di appartenenza.

Per i tre mesi successivi alla pubblicazione del decreto il medico potrà ancora procedere al rilascio cartaceo dei certificati, secondo le modalità attualmente vigenti. Al termine di questo periodo transitorio la trasmissione è effettuata esclusivamente per via telematica.

Per quanto riguarda il settore privato, gli articoli 3 e 4 del suddetto de-

creto prevedono che il medico curante rilascia al lavoratore, al momento della visita, copia cartacea del certificato di malattia telematico e dell'attestato di malattia, che il lavoratore dovrà recapitare o trasmettere a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio, salvo che il datore di lavoro non ne richieda all'INPS la trasmissione in via telematica.

## Attestare falsi straordinari costituisce truffa

Condannato per truffa un medico che aveva attestato falsamente di aver effettuato un'ora di straordinario. Inflexibile la Cassazione, anche se il medico aveva cercato di rimediare (Cass. Penale Sez. II, sent. 21/01/2010 n. 2772).

Un medico, denunciato per truffa per aver attestato sul foglio delle presenze di aver effettuato un'ora di straordinario (in realtà non effettuata), era stato assolto dai giudici di primo grado in quanto il giorno successivo a quello in cui si era segnato il falso

straordinario aveva fatto recapitare, all'ufficio contabilità una rettifica con cui indicava l'esatto ammontare delle ore lavorate, evitando quindi l'induzione in errore del funzionario e l'accredito della somma non dovuta.

In appello, però, la sentenza veniva ribaltata in quanto la Corte ravvisava, nel comportamento del medico, un'ipotesi di recesso attivo contemplata dall'articolo 56 del Codice Penale, (delitto tentato).

La Cassazione ha confermato implacabilmente la sentenza di condanna

concludendo che, l'azione del medico tendente ad evitare che l'amministrazione non cadesse in errore si collocava all'esterno di una condotta tipica già pienamente realizzata per cui restava intatta la formulazione del reato.

In altre parole, non si era cercato di evitare un errore, ma solo di rimediare ad una condotta truffaldina già posta in essere.

Pertanto la Cassazione ha respinto il ricorso e condannato il ricorrente alle spese processuali.

## Il dentista che lascia un residuo metallico nell'osso, deve risarcire

Il dentista che durante un intervento di implantologia lascia un residuo metallico di fresa nell'osso mandibolare senza controlli post-intervento è tenuto a risarcire il danno (Cass. n. 4198/2010)

Come ormai stabilisce un'ampia giurisprudenza, il danneggiato è tenuto solo a dimostrare la fonte dell'obbligazione (ossia il contratto con

il medico), mentre è quest'ultimo che dovrà dimostrare, a sua difesa, che l'evento non è imputabile a propria condotta colposa.

Nel caso in oggetto il dentista aveva tentato di difendersi affermando che non vi era la prova del fatto che il residuo metallico fosse determinato dal suo intervento di implantologia. La Cassazione riteneva però che tali argomentazioni fossero infondate e

strumentali, anche in base ad una consulenza tecnica medico-legale che faceva risalire la presenza del frammento metallico (un residuo di strumento odontoiatrico) all'intervento effettuato dal professionista. Tale dimenticanza era riferibile a negligenza ed imperizia del medico per la "mancanza di controlli adeguati post intervento".

## Le offese verso i minori sono passibili di querela anche dal genitore

I genitori sono responsabili dell'educazione del minore per cui l'offesa portata a quest'ultimo offende anche il genitore, che può legittimamente querelare in

prima persona l'offensore. (cass. Penale V sez. n. 5876/2010).

La Corte di Cassazione ha convalidato una condanna (per lesioni personali e

ingiuria) inflitta dai giudici di merito ad un uomo accusato (tra altre cose) di aver offeso una ragazza in presenza del padre.

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>

Sotto questo aspetto l' uomo si era difeso affermando che le offese maggiori erano rivolte alla ragazza che però non lo aveva querelato. Essendo il reato di ingiuria perseguibile solo su querela della parte offesa, chiedeva che la condanna fosse annullata. La Corte invece

ha respinto le richieste dell'imputato e confermato la condanna in quanto, pur essendo le offese rivolte alla ragazza "un ulteriore aspetto di offensività" è stato fondatamente individuato anche nelle espressioni che, pur attingendo in via diretta la figura della figlia del que-

relante, tuttavia si sono risolte anche in una lesione della reputazione del padre, chiamato in causa quale genitore della ragazza e quindi persona responsabile della formazione e della educazione della medesima".

## Per l'amministrazione di sostegno non serve il consenso del beneficiario

Per applicare il provvedimento dell'amministratore di sostegno, non è necessario che il beneficiario abbia chiesto o accettato tale misura, né che abbia indicato la persona da nominare (Cass. Civile Sez. I, n. 4866/2010)

L' accettazione dell' interessato non è condizione necessaria per l' applicazione della procedura prevista dall' art. 404 del C.C.

Questo ha stabilito la Cassazione, annullando una decisione opposta dei giudici di merito, affermando poi che "chi è

affetto da disturbi mentali ha la facoltà di ottenere l'amministrazione di sostegno al posto della più pesante misura dell'interdizione, nel rispetto dei principi introdotti dalla l. n. 6/04 diretta a limitare il meno possibile la capacità di agire, attraverso l'assunzione di provvedimenti di sostegno temporaneo o permanente". Ha poi specificato che "nel testo introdotto dalla L. n. 6 del 2004, art. 3, comma 1, il ricorso per l'amministrazione di sostegno può essere proposto, oltre che dallo stesso beneficiario, anche da uno dei soggetti indicati dall'art. 417 c.c., e

dai responsabili dei servizi sociali e sanitari direttamente impegnati nella cura e nell'assistenza della persona, qualora a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del relativo procedimento. Neppure rileva, ai fini dell'esclusione dell'applicazione della misura, il fatto che il beneficiario non abbia indicato la persona da nominare, atteso che, secondo il disposto dell'art. 408 c.c., in mancanza di tale indicazione, ovvero in presenza di gravi motivi, l'amministratore di sostegno può essere comunque nominato dal giudice tutelare".

## Disservizi telefonici: istruzioni per l' uso

*Ho subito notevoli disservizi allorché ho richiesto il passaggio dell'utenza telefonica fissa del mio studio medico da un operatore telefonico ad un altro e, in particolare, non ho potuto utilizzare il telefono né collegarmi ad internet per circa un mese, con evidenti disagi e danni economici e morali. Nonostante abbia già inviato due reclami tramite raccomandata a.r. ad entrambi gli operatori telefonici coinvolti, non ho ricevuto alcuna proposta risarcitoria. È il caso che mi rivolga all'Autorità Giudiziaria, affrontando le lungaggini di un processo civile, per ottenere il risarcimento dei danni sofferti, oppure esiste una soluzione più rapida ed economica?*

Gentile lettore, in merito all'interessante quesito da Lei sottopostomi, è opportuno far presente che, proprio al fine di consentire agli utenti di avvalersi di un rapido strumento di definizione delle purtroppo non infrequenti controversie che possono insorgere con gli

operatori di comunicazioni elettroniche, è stato approvato, dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, con delibera 173/07 CONS, il Regolamento in materia di procedure di risoluzione di tali controversie. Dunque, quanto all'ambito di applicazione della normativa in questione, ai sensi dell'art. 2, comma 1, del Regolamento, «sono rimesse alla competenza dell'Autorità le controversie in materia di comunicazioni elettroniche tra utenti finali ed operatori, inerenti al mancato rispetto delle disposizioni relative al servizio universale ed ai diritti degli utenti finali stabilite dalle norme legislative, dalle delibere dell'Autorità, dalle condizioni contrattuali e dalle carte dei servizi».

Ora, la disposizione più importante del Regolamento è quella prevista dall'art. 3, comma 1, in base al quale, «per le controversie di cui all'articolo 2 comma 1, il ricorso in sede giurisdizionale è improcedibile fino a che non sia stato esperito il tentativo obbligatorio di conciliazio-

ne dinanzi al Co.re.com. competente per territorio».

Pertanto, l'esperimento di tale tentativo di conciliazione innanzi al Comitato regionale per le comunicazioni si configura come un passaggio obbligato per l'utente, il quale solo una volta trascorsi trenta giorni dalla proposizione dell'istanza al Co.re.com. può adire l'Autorità Giudiziaria, anche se la procedura di conciliazione non si è ancora conclusa.

Quindi, è necessario, per poter agire in sede giurisdizionale, presentare l'istanza che introduce il procedimento di conciliazione, ma non attendere l'esito dello stesso, il che, però, è consigliabile, soprattutto per controversie di modico valore, visto che, ormai, l'udienza di conciliazione viene fissata entro tre mesi dalla presentazione dell'istanza al Co.re.com.

Per giunta, la proposizione di tale istanza, a norma dell'art. 6 del Regolamento, «sospende i termini per agire in sede giurisdizionale fino alla

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>

scadenza del termine per la conclusione della procedura».

Quanto alle formalità, la modalità più semplice di presentazione dell'istanza in questione è quella di compilare l'apposito formulario UG, facilmente scaricabile dal sito ufficiale dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni

([www.agcom.it](http://www.agcom.it)) e, comunque, reperibile presso gli uffici del Co.re.com. che, per quel che concerne la Regione Lazio, ha sede in Roma, via Lucrezio Caro, 67.

Una volta proposta l'istanza, ai sensi dell'art. 8 del Regolamento, il Co.re.com., previa verifica dell'ammissibilità della domanda, «comunica alle parti», solitamente a mezzo fax, «l'avviso di convocazione per l'esperimento del tentativo di conciliazione».

All'udienza, che ha una durata media di circa 15 minuti e si svolge senza particolari formalità dinanzi al responsabile del procedimento, quest'ultimo, secondo quanto stabilito dall'art. 9 del Regolamento, «invita le parti ad esporre le rispettive ragioni, al fine di chiarire i punti di contrasto e di individuare una soluzione reciprocamente accettabile», e, come disposto dal successivo art. 12, «se la conciliazione ha esito positivo, è redatto un verbale in cui si indicano i punti controversi e si dà

atto dell'accordo, specificandone il contenuto», con l'espressa previsione che «il verbale di conciliazione, sottoscritto, oltre che dalle parti, dal responsabile della procedura designato dal Co.re.com. territorialmente competente, o dal suo delegato, che certifica l'autografia delle sottoscrizioni, costituisce titolo esecutivo». Nell'ipotesi in cui, viceversa, all'udienza non si raggiunga alcun accordo, «il responsabile del procedimento redige un sintetico verbale in cui si annota esclusivamente che la controversia è stata sottoposta a tentativo di conciliazione con esito negativo», aprendosi, così, la strada, per l'utente, dell'azione in sede giurisdizionale, ovvero della proposizione dell'istanza di arbitrato prevista dall'art. 14 del Regolamento, con la quale «le parti congiuntamente, o anche il solo utente, possono chiedere all'Autorità di definire la controversia», dovendosi, al riguardo, però, tenere presente che «il deferimento della soluzione della controversia all'Autorità non può essere promosso ove siano decorsi più di sei mesi dalla data di conclusione del tentativo di conciliazione, ovvero qualora per il medesimo oggetto e tra le stesse parti sia stata già adita l'Autorità giudiziaria».

È il caso, inoltre, di precisare che, a norma dell'art. 5, comma 3, del Regolamento, «l'utente, contestual-

mente alla proposizione dell'istanza per l'esperimento del tentativo di conciliazione ai sensi dell'articolo 3, comma 1, ovvero nel corso della relativa procedura, può chiedere al Co.re.com. l'adozione di provvedimenti temporanei diretti a garantire la continuità dell'erogazione del servizio o a far cessare forme di abuso o di scorretto funzionamento da parte dell'operatore sino al termine della procedura conciliativa».

In conclusione, dunque, l'utente che si trovi ad affrontare una controversia nei confronti di un operatore telefonico deve presentare al Co.re.com. l'istanza di conciliazione prevista dal citato Regolamento ed attendere, preferibilmente, l'esito della relativa procedura, per poi, eventualmente, nel caso di mancata composizione della controversia, adire l'Autorità Giudiziaria ovvero proporre l'istanza di arbitrato alla quale si è accennato sopra.

Si deve, infine, sottolineare che la procedura di conciliazione descritta è totalmente gratuita, non essendo previsto alcun costo a carico dell'utente, al quale si consiglia, tuttavia, di farsi assistere da un legale.

Dott. Alessio Pastorelli— Roma—  
alessio.pastorelli@hotmail.it

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE—marzo 2010

*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)*

### Legge n. 38 del 15.03.10 (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19.03.10)

#### DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE

Con questo provvedimento il parlamento si prefigge il fine di tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Dopo aver puntualizzato alcune definizioni, vengono prese in considerazione le seguenti tematiche: competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province auto-

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>

nome di Trento e di Bolzano; campagne di informazione; reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore; progetto «Ospedale-Territorio senza dolore»; obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica; formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore; monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore; semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore.

E' prevista anche una relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione della legge.

**Decreto del Ministero della Salute del 26.02.10 (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19.03.10)**

**DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ TECNICHE PER LA PREDISPOSIZIONE E L'INVIO TELEMATICO DEI DATI DELLE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA AL SAC**

Il decreto definisce le modalità per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia all'INPS per il tramite del SAC:

- il certificato di malattia sarà inviato per via telematica direttamente dal medico all'INPS ed il medico curante rilascerà al lavoratore, al momento della visita, copia cartacea di tale certificato di malattia e dell'attestato di malattia;
  - l'INPS renderà immediatamente disponibile al datore di lavoro l'attestazione della malattia rilasciata dal medico curante;
  - il lavoratore del settore privato sarà tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, l'attestazione della malattia rilasciata dal medico curante, al datore di lavoro, salvo il caso in cui quest'ultimo richieda all'INPS la trasmissione in via telematica della suddetta attestazione.
- Le modalità di funzionamento vengono ampiamente illustrate nel disciplinare tecnico, allegato a questo decreto.

### **News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)**

***Giant, Sevikar e Bivis*** - Modificate le controindicazioni e gli avvertimenti in caso di gravidanza e allattamento:

- le controindicazioni contemplano l'ipersensibilità ai principi attivi, ai derivati diidropiridinici o ad uno qualsiasi degli eccipienti; il secondo e terzo trimestre di gravidanza; l'insufficienza epatica severa e l'ostruzione delle vie biliari; lo shock cardiogeno; l'infarto miocardico acuto; l'angina pectoris instabile.

***Spidifen*** - Modificate le indicazioni terapeutiche, che ora sono:

"dolori di varia origine e natura: mal di testa, mal di denti, nevralgie, dolori osteo-articolari e muscolari, dolori mestruali; coadiuvante nel trattamento sintomatico degli stati febbrili ed influenzali".

***Venlafaxina Sandoz e Venlafaxina Hexal*** - Modificate le indicazioni terapeutiche:

dovranno essere eliminate dagli stampati, fino alla data di scadenza del brevetto, le seguenti indicazioni terapeutiche: "Disturbo d'ansia generalizzato" e "Disturbo di panico".

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>