

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero I

Gennaio 2011

## Nuova circolare sui Certificati Telematici di malattia (G.U. del 31/12/2010) - Proroga delle sanzioni al 31/1/2011, spiegazioni sui medici interessati e su particolari procedure—V. Marco Venuti pag. 12

Pochi tra i colleghi avranno perso tempo a leggere la G.U. dell'ultimo dell'anno, ma per fortuna abbiamo chi ci tiene al corrente. Grazie.

**Usò degli antipsicotici nei giovani**

**Gli ultimi studi sugli effetti fisiologici della cioccolata fondente**

**INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA**



**E' lecito uccidere un cane? Dipende dalle circostanze**



**Timbrare il cartellino al posto del collega legittima il licenziamento**



**Il Medico e l'IRAP  
Una storia infinita**

**Nimesulide: forse la sua eliminazione e' piu' dannosa che utile**

**Mandare i diabetici dal dentista migliora la glicemia**

**Quale schema utilizzare per la terapia insulinica?**

**MMG-net**

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)  
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

## Indice

**Gli ultimi studi sugli effetti fisiologici della  
cioccolata fondente** Pag. 3

**Agopuntura per l'artrosi delle articolazio-  
ni periferiche** Pag. 5

**Ignobel 2000-2001: una selezione dei mi-  
gliori** Pag. 6

**Nimesulide: forse la sua eliminazione e'  
piu' dannosa che utile** Pag. 6

**Uso degli antipsicotici nei giovani** Pag. 7

**Il Medico e l' IRAP: una storia infinita** Pag. 8

**Quale schema utilizzare per la terapia in-  
sulinica?** Pag. 9

**Mandare i diabetici dal dentista migliora  
la glicemia** Pag. 10

**E' lecito uccidere un cane? Dipende dalle  
circostanze** Pag. 11

**Utili le terapie integrate per la lombalgia  
cronica** Pag. 11

**Abolita la nota AIFA n.78** Pag. 12

**Timbrare il cartellino al posto del collega  
legittima il licenziamento** Pag. 12

**PRINCIPALI NOVITA' IN G. U.** Pag. 12  
novembre - dicembre 2010—A cura di Marco Venuti

Mensile di informazione e varie attualità'. 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**

**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*



**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)**  
tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)

## Gli ultimi studi sugli effetti fisiologici della cioccolata fondente

La terapia complementare e alternativa: cioccolata fondente: 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 determinare 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 li-

velli di PCR. I risultati dello studio possono avere importanti implicazioni prognostiche, dato il valore della PCR come biomarker di arteriopatia coronarica.

Tuttavia, sono auspicabili studi aggiuntivi prospettici, randomizzati, che valutino esiti clinici.

*Di Giuseppe R, Di Castelnuovo A, Centritto F, et al. Regular Consumption of Dark Chocolate Is Associated with Low Serum Concentrations of C-Reactive Protein in a Healthy Italian Population. 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.

*Allen RR, Carson L, Kwik-Urbe C, Evans EM, Erdman JW. Daily Consumption of a Dark Chocolate Containing Flavanols and Added Sterol Esters Affects Cardiovascular Risk Factors in a Normotensive Population with Elevated Cholesterol. 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 cacao 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% ( $p < 0.018$ ).

Il colesterolo ipoproteico ad alta densità (HDL-C) aumentava del 9% ( $p < 0.0019$ ). 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

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

che includano un gruppo di controllo, data la dimensione dei benefici del cioccolato nero su questi esiti.

*Hamed MS, Gambert S, Bliden KP, et al. Dark Chocolate Effect on Platelet Activity, C-reactive Protein, and lipid profile: A pilot Study. 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 è protratto 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. *Hermann F, Spieker LE, Ruschitzka F, et al. Dark chocolate improves endothelial and platelet function. 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 ridottanel 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.

*Flammer AJ, Hermann F, Sundano I, et al. Dark Chocolate Improves Coronary Vasomotion and Reduces Platelet Reactivity. 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 I 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-isoprostanone (un marker di stress ossidativo), S-nitrosoglutazione (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

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

sostenuto aumento del S-nitrosoglutazione ( $P < 0.001$ ).

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-nitrosoglutazione. *Taubert D, Roosen R, Lehmann C, et al. Effects of Low Habitual Cocoa Intake on Blood Pressure and Bioactive Nitric Oxide. A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2007;298(1):49-60.*

Patrizia Iaccarino

Referenze

Chow SL et al. Key Articles Related to Complementary and Alternative Medi-

cine in Cardiovascular Disease: Part 1. *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 ri-

duzione del 22% nel rischio di ictus per chi assumeva cioccolato almeno una volta la settimana.

Nel secondo la riduzione della mortalità per ictus 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.*

## Agopuntura per l'artrosi delle articolazioni periferiche

Un'ampia revisione Cochrane suggerisce che, nell'artrosi delle articolazioni periferiche, l'agopuntura funziona rispetto alla semplice lista d'attesa, ma l'efficacia è clinicamente irrilevante rispetto all'agopuntura simulata.

In questa revisione sistematica si sono cercati studi randomizzati e controllati in cui l'agopuntura veniva paragonata ad agopuntura simulata oppure ad un altro trattamento attivo oppure alla semplice lista d'attesa per il trattamento dell'artrosi del ginocchio, dell'anca o delle mani. Sono stati trovati 16 RCT per un totale di 3.498 pazienti: in 12 studi erano arruolati solo pazienti con gonartrosi, in 3 solo pazienti con coxartrosi e in un RCT pazienti con artrosi del ginocchio e/o dell'anca.

L'agopuntura, rispetto a quella simulata, mostrava un miglioramento statisticamente significativo del dolore e della funzionalità articolare nel breve periodo. Tuttavia questo miglioramento non soddisfaceva i criteri predefiniti dai revisori per poter essere definito clinicamente rilevante. Inoltre vi era un' elevata etero-

ogeneità tra i trials. In più, limitando l'analisi agli studi nei quali la simulazione di controllo veniva giudicata adeguata alla cecità dei partecipanti, si è visto che l'eterogeneità si riduce e il beneficio a breve termine dell'agopuntura vera era di entità piccola e non significativa.

Sempre rispetto a quella simulata, l'agopuntura, a sei mesi, mostrava un miglioramento del dolore e della funzionalità articolare clinicamente irrilevante

Rispetto alla semplice lista d'attesa l'agopuntura risultava associata ad un miglioramento clinicamente significativo a breve termine del dolore e della funzionalità articolare.

Rispetto alla semplice educazione sotto supervisione e alla consultazione medica l'agopuntura risultava associata ad un miglioramento clinicamente significativo sia a breve che a lungo termine.

L'agopuntura risultava egualmente efficace dell'esercizio eseguito a domicilio oppure sotto supervisione.

In aggiunta ad un programma di fisioterapia l'agopuntura non portava a benefici aggiuntivi rispetto al solo programma fisioterapico.

La sicurezza dell'agopuntura veniva riportata solo in 8 RCT ed anche in questi il reporting era limitato e i metodi eterogenei.

Fonte:

Manheimer E, Cheng K, Linde K, et al. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD001977.*

Commento di Renato Rossi

Quest'ampia revisione sistematica della letteratura da parte della Cochrane dimostra che l'agopuntura può essere efficace nel trattamento dell'artrosi delle articolazioni periferiche se confrontata con la semplice lista d'attesa. Ma questo, fanno notare i revisori, può essere dovuto ad due effetti: da una parte l'effetto placebo e dall'altra l'effetto di vera e propria attesa di un'azione terapeutica da parte di chi si sottopone all'agopuntura. Se si vuol effettivamente dimostrare l'utilità dell'agopuntura è necessario eliminare questi due bias e, quindi, sottoporre il gruppo di controllo ad un'agopuntura simulata, cioè effettuata senza

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

seguire le regole auree della metodica tradizionale cinese. Negli studi in cui è stato effettuato un confronto di questo tipo l'agopuntura mostra un qualche beneficio statisticamente significativo che però non è stato giudicato clinicamente importante. Inoltre, negli studi, vi era una eterogeneità elevata, vale a dire i

risultati variavano molto da trial a trial. Per ovviare a questi limiti i revisori hanno effettuato l'analisi dei soli trials in cui avevano giudicato buona la cecità dei soggetti sottoposti a trattamento simulato: in questo caso si è visto che l'efficacia dell'agopuntura è piccola e non significativa né dal punto di vista statisti-

co né dal punto di vista clinico. Come concludere? Non si può dire che l'agopuntura non funziona, perlomeno rispetto al non fare nulla, ma rimane la domanda che già facemmo nostra in una pillola precedente: l'efficacia è reale oppure si tratta solo di un effetto placebo legato alla metodica?

## Ignobel 2000-2001: una selezione dei migliori

Ancora pervasi di spirito natalizio, e felici di evidenziare come tutti, ma proprio tutti possano un giorno diventare rinomati ricercatori, vi proponiamo una selezione dei Premi Ignobel 2000-2001. Tra le mutande al carbone attivo e il brevetto della ruota, possiamo ritenerci soddisfatti

### 2000

**FISICA:** Andre Geim, University of Nijmegen (Paesi Bassi) e Sir Michael Berry della Bristol University (Regno Unito) per aver usato magneti per sollevare una rana e un lottatore di sumo.

**INFORMATICA:** Chris Niswander di Tucson, Arizona, per aver ideato «PawSense», il software che si accorge se un gatto ha camminato sulla tastiera del tuo computer

### 2001

**MEDICINA:** Peter Barss, McGill University, per la ricerca medica «Ferite dovute alla caduta di noci di cocco»

**FISICA:** David Schmidt dell'Università del Massachusetts per la sua parziale soluzione alla domanda: «Perché la tenda della doccia si piega verso l'interno?»

**TECNOLOGIA:** John Keogh di Hawthorne, Australe, per aver brevettato la ruota nell'anno 2001, e all'Ufficio brevetti australiano per avergli consegnato il Certificato di innovazione n. 2001100-012

**SALUTE PUBBLICA:** Chittaranjan Andrade and B.S. Srihari, Istituto di salute mentale e neuroscienze di Banga-

lore (India), per la scoperta medica che lo «scacolamento» è un'attività comune tra gli adolescenti.

### Biologia

Buck Weimer di Pueblo, Colorado per aver inventato Under-Ease, biancheria intima a tenuta stagna con filtro sostituibile al carbone attivo, che rimuove i gas maleodoranti prima che possano fuoriuscire.

### Economia

Joel Slemrod, dell'Università del Michigan e Wojciech Kopczuk, dell'Università della British Columbia Per la scoperta che la gente trova modo di posporre la propria morte se questo permette di ottenere una tassa di successione più bassa

## Nimesulide: forse la sua eliminazione e' piu' dannosa che utile

Publicato uno studio (Effetti delle misure restrittive europee della prescrizione di nimesulide: una simulazione su epatopatie e sanguinamenti gastrointestinali in Italia) che ridimensiona notevolmente i rischi da assunzione di Nimesulide.

Come e' noto, la Nimesulide, farmaco antiinfiammatorio di larghissimo uso in Italia, e' da tempo sotto il mirino delle autorità regolatorie per possibili gravi effetti epatotossici, riscontrati dapprima in Finlandia e in altre nazioni europee ed extraeuropee.

L' Agenzia europea dei Medicinali (EMA) ha valutato un segnale di rischio già nel 2002; nel 2007 sono state adottate misure restrittive nella prescrizione del farmaco in Europa e in Italia

(prescrizione limitata ad una confezione, durata massima del trattamento limitata a 15 giorni, ecc).

Nel febbraio 2010 l' EMA ha aperto una nuova procedura di arbitrato.

Lo studio in oggetto (pubblicato negli Annali dell' Istituto Superiore di Sanità) si e' posto l' obiettivo di valutare l' effetto delle misure restrittive delle prescrizioni di nimesulide e di ulteriori eventuali misure regolatorie che possano essere assunte in futuro. E' infatti ipotizzabile che ad una contrazione dell' uso di nimesulide possa corrispondere un incremento di uso di altri farmaci della stessa classe (FANS). Attraverso una simulazione statistica, basata su altri studi epidemiologici, e' stato calcolato il

numero atteso di ospedalizzazioni per epatopatie e per sanguinamenti gastrointestinali (UGIB) in Italia, nel 2006 (prima delle restrizioni) e nel 2009 (dopo le restrizioni decise dall' EMA).

I risultati suggeriscono che le restrizioni all' uso della nimesulide potrebbero effettivamente aver evitato 79 ricoveri per danno epatico, ma avere incrementato i ricoveri per UGIB di ben 859 casi.

Gli autori sottolineano anche che l' ospedalizzazione per UGIB puo' rappresentare evento severo, con un elevato numero di casi fatali.

Sarebbe necessario, secondo gli autori, che valutazioni rischio-beneficio simili venissero effettuate ogni volta che si

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

adottino misure limitative all' uso dei farmaci.

Daniele Zamperini

Fonte:

Ann Ist Super Sanita 2010/ vol. 46 n. 2: 153-157

DOI 10.4415/ANN\_10\_02\_08

<http://www.iss.it/publ/anna/2010/2/462153.pdf>

## Uso degli antipsicotici nei giovani

Una revisione sull'uso dei farmaci antipsicotici nei bambini e negli adolescenti.

### Rapporto rischi-benefici

Gli antipsicotici vengono sempre più utilizzati nei giovani per disordini non psicotici e per indicazioni off-label; vi è disaccordo circa la validità di certe diagnosi giovanili, chiamate disturbi bipolari; i dati sembrano indicare una possibile mancanza di interventi psicosociali in luogo o in aggiunta a trattamenti antipsicotici per i disturbi dello spettro distruttivo-aggressivo; e vi sono preoccupazioni circa gli effetti avversi correlati ad antipsicotici che sembrano essere più gravi e con implicazioni a lungo termine quando si presentano durante lo sviluppo.

Tuttavia, contemporaneamente alla preoccupazione per la prescrizione di antipsicotici nei giovani, crescono anche i database relativi all'efficacia disponibile, controllata, degli antipsicotici nella schizofrenia, nella mania bipolare, e nel disturbo autistico. La maggior parte di questi studi completati di recente hanno costituito la base sulla quale la US Food and Drug Administration (FDA) ha approvato i 4 più prescritti antipsicotici atipici nei giovani.

Al Marzo 2010, aripiprazolo, olanzapina, quetiapina e risperidone hanno avuto indicazioni pediatriche approvate dalla FDA per la mania bipolare (età 10-17 anni; olanzapina, 13-17 anni) e per la schizofrenia (età 13-17 anni).

Inoltre, aripiprazolo e risperidone sono indicati anche per la irritabilità o per l'aggressività associate al disturbo autistico (età 6-17 anni), ed esistono dati da trial controllati per i disturbi aggressivi del comportamento (soprattutto con risperidone) e per i tic.

### Efficacia Controllata

#### Schizofrenia di Recente Insorgenza/Psicosi

In un trial di 6-settimane, internazionale, controllato vs placebo, aripiprazolo (10 mg o 30 mg), olanzapina (2.5-20 mg), quetiapina (400 o 800 mg), e risperidone (1-3 o 4-6 mg) erano tutti superiori al placebo negli adolescenti (età 13-17 anni) rispetto all'outcome primario, la modifica dello score totale sulle Scale di Sindrome Positive e Negative.

In un altro trial, il risperidone (1.5-6 mg) era superiore ad un pseudo-placebo del risperidone (0.15-0.6 mg). Secondo informazioni attuali, un trial controllato vs placebo che paragonava ziprasidone con placebo è stato interrotto dallo sponsor per la mancanza di efficacia determinata nella analisi ad interim. Inoltre, trial controllati attivi, soprattutto di piccola scala, in giovani con schizofrenia o con disordini psicotici indicano che la risposta sintomatica non è significativamente differente tra olanzapina e risperidone, olanzapina o risperidone e aloperidolo o molindone, o olanzapina e quetiapina. Invece, in studi di piccola scala di 6 o 12 settimane, la clozapina ha mostrato di essere superiore all'alooperidolo sia a dosi regolari sia ad alte dosi (più di 30 mg) di olanzapina.

Disturbo Bipolare I Pediatrico, con Episodi Maniacali o Misti

In uno studio internazionale, controllato vs placebo, della durata di 3 settimane (olanzapina, risperidone, quetiapina) o 4 settimane (aripiprazolo, ziprasidone), aripiprazolo (10 mg o 30 mg), olanzapina (2.5-20 mg), quetiapina (400 o 600 mg), risperidone (0.5-2.5 o 3-6 mg), e ziprasidone (20-160 mg) erano tutti superiori al placebo in bambini e adolescenti (età 10-17 anni e 13-17 anni per l'olanzapina) rispetto all'outcome primario, la modifica dello score totale della Young Mania Rating Scale (YMRS). In un ulteriore trial controllato vs placebo, la quetiapina (dose target, 450 mg) aggiunta al litio o all'acido valproico era superiore al litio e all'acido valproico in monoterapia in adolescenti con mania bipolare I. In un

trial controllato attivo, la quetiapina (400-600 mg) e il valproato (livelli sierici di 80-120 µg/mL) erano egualmente efficaci rispetto alla modifica della YMRS, ma la quetiapina era superiore rispetto alla riduzione del 50% dello score YMRS score e alla rapidità di risposta.

### Disturbo Autistico

In 5 trials di potenza statistica adeguata (>30 pazienti), randomizzati, controllati vs placebo, basse dosi di risperidone (approssimativamente 1-1.5 mg) e aripiprazolo (dose flessibile, 5-15 mg; e dose fissa, 5, 10, o 15 mg) hanno mostrato efficacia superiore al placebo rispetto all'outcome primario, lo score della sottoscala di irritabilità della Aberrant Behavior Checklist (ABC), in pazienti pediatriche con disturbo autistico. Mentre sono migliorati anche i comportamenti stereotipi, i deficit della comunicazione verbale e non verbale non sono stati modificati dal trattamento antipsicotico. Inoltre, in 2 piccoli studi, controllati vs placebo, di prevenzione della recidiva, il risperidone era significativamente superiore al placebo nel mantenere l'efficacia del sub score irritabilità della ABC.

### Disturbi del Comportamento

In una revisione di studi controllati vs placebo, la superiorità del risperidone rispetto al placebo era stata dimostrata nell'outcome primario di aggressività in giovani con comportamenti aggressivi associati a disturbo della condotta, a disturbi distruttivi del comportamento, a deficit di attenzione/disturbo da iperattività. e/o ritardo mentale/QI sotto la media. Infine, il risperidone ha mostrato efficacia superiore per la prevenzione delle recidive rispetto a placebo in un ampio trial, di 6 mesi di sostituzione del placebo.

### Sindrome di Tourette

In un piccolo trial randomizzato, il ri-

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

speridone e lo ziprasidone erano superiori al placebo rispetto alla riduzione della gravità dei tic in giovani con la sindrome di Tourette.

### Tollerabilità

Studi che hanno paragonato i tassi di eventi avversi degli antipsicotici in bambini e adolescenti con quelli in studi simili di adulti indicano che i giovani sono a più alto rischio per un certo numero di effetti indotti da antipsicotici, quali i seguenti:

sedazione; effetti avversi extrapiramidali (tranne l'acatisia); discinesia da sospensione; aumento della prolattina; aumento di peso e alcune anomalie metaboliche. Invece, la discinesia tardiva e il diabete hanno minore probabilità di verificarsi nei giovani che negli adulti; tuttavia questo risultato probabilmente è dovuto ai brevi periodi di follow-up degli studi nei giovani e alla presenza di un rischio accumulato e aggiunto per lungo tempo negli adulti. Ciò solleva il problema che il tempo per avere le complicazioni a lungo termine può essere più breve quando il trattamento antipsicotico è iniziato durante l'infanzia. Nell'era dell'uso della prima generazione di antipsicotici, gli effetti collaterali extrapiramidali e la discinesia tardiva erano il problema predominante con questi farmaci. Poiché l'introduzione della seconda generazione di antipsicotici (in ordine di introduzione nel mercato USA: clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, ziprasidone, aripiprazolo, paliperidone, iloperidone, e asenapina), i problemi circa gli effetti collaterali di tipo neuromotorio sono stati ampiamente rimpiazzati dagli effetti collaterali cardiometabolici, quali l'aumento ponderale e la disregolazione dell'omeostasi lipidica e

glucidica. Recenti studi suggeriscono che i giovani sono più inclini a rapidi e significativi aumenti ponderali con gli antipsicotici, e che questo aumento di peso si estende ad antipsicotici che negli adulti sono invece ritenuti neutri rispetto all'aumento ponderale. Tuttavia, gli effetti metabolici variano tra gli antipsicotici, malgrado elevazioni ubiquitarie di tutti i parametri di composizioni corporee con tutti gli studi di antipsicotici di seconda generazione. Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche, questo suggerisce che effetti metabolici diretti, indipendenti dall'aumento ponderale, variano tra singoli antipsicotici.

### Monitoraggio e Management degli Effetti Avversi Relativi ad Antipsicotici

Oltre le pratiche attive e routinarie di monitoraggio, si dovrebbero prendere in considerazione alcune strategie quando gli effetti avversi incominciano a diventare stressanti o oggettivamente problematici, tenendo conto dell'effetto sul benessere psicologico, sulla salute fisica, la funzionalità, la qualità di vita e l'aderenza. Dopo avere escluso una condizione medica o di abuso di sostanze, si possono attuare le seguenti strategie per migliorare gli effetti avversi: Aspettare un tempo specifico per vedere se si sviluppa tolleranza; Aggiustamento delle dosi (in genere riduzione); Istruzioni o intervento sullo stile di vita; Passare ad una classe di farmaci psicotropi alternativa con un più basso rischio per quello specifico effetto collaterale; Usare farmaci aggiuntivi mirati all'effetto collaterale Farmaci aggiuntivi comprendono i seguenti:

Anticolinergici per gli effetti extrapiramidali;  
Benzodiazepine e sedativi antistaminici per acatisia, irrequietezza, insonnia e agitazione;  
Propranololo per l'acatisia;  
Amantadina, bromocriptina o aripiprazolo per l'iperprolattinemia;  
Bupropione o sildenafil per problemi di performance sessuale; e  
Metformina, orlistat (insieme ad una dieta ipolipidica per evitare gravi effetti collaterali gastrointestinali), topiramato, o sibutramina (non insieme ad antidepressivi, stimolanti o litio per evitare la sindrome serotoninergica) per l'aumento ponderale e le relative complicanze metaboliche.

Da notare che aggiungere un trattamento stimolante non significa ridurre il rischio dell'aumento di peso e delle complicanze metaboliche. Quando queste strategie falliscono, si dovrebbe pensare ad una consulenza e ad una co-gestione con specialisti pediatri per il trattamento target di specifiche anomalie fisiche.

A cura di Patrizia Iaccarino

### Referenze

1. Christoph U. Correll, MD. Medscape Psychiatry & Mental Health © 2010 WebMD, LLC
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3377>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3911>
4. <http://www.pillole.org/public/manuale/pdf.asp?print=article&pID=149>

## Il Medico e l'IRAP: una storia infinita

Lo spinoso problema dell'IRAP, con gli ormai famigerati "distinguo" e le pronunce contrastanti tra i vari Organi giurisdizionali, desta sempre maggiore interesse e sconcerto tra i medici. Riportiamo alcune recenti decisioni, perché ciascuno possa valutare al meglio le azioni da intraprendere.

Daniele Zamperini

### Prima sentenza: Lo studio associato paga sempre l'Irap ex lege, senza eccezioni

Uno studio associato aveva avanzato ricorso contro l'imposizione fiscale eccedendo la mancanza del presupposto

impositivo costituito dalla sussistenza dell'autonoma organizzazione.

La Cassazione, con sentenza del 29/10/10 n. 22212 ha invece stabilito stabilito che lo studio associato deve pagare l'Irap indipendentemente dal requisito dell'autonoma organizzazione.

### MMG-net "La" Medicina in rete...

### Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)

Infatti, ha sottolineato la Corte, il requisito dell'autonoma organizzazione non è richiesta per gli studi associati, che devono pagare il tributo indipendentemente dal livello organizzativo raggiunto. "L'art. 2 del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, - spiegano i giudici - nel primo periodo stabilisce come presupposto dell'Irap l'esercizio "abituale di una attività autonomamente organizzata diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi"; l'esercizio di un'attività con siffatti requisiti non è invece richiesta per le società e per gli enti, compresi gli organi e le amministrazioni dello Stato, in quanto "l'attività esercitata" da tali soggetti, a mente del secondo periodo dello stesso art. 2, "costituisce in ogni caso presupposto d'imposta".

Il successivo art. 3, tra i "soggetti passivi dell'imposta", che "sono coloro che esercitano una o più delle attività di cui all'art. 2", individua espressamente, alla lettera c) del comma 1, le società semplici esercenti arti e professioni e quelle ad esse equiparate a norma dell'art 5, comma 3, del t.u.i.r. del 1986, vale a dire "le associazioni senza personalità giuridica costituite fra persone fisiche per l'esercizio in forma associata di arti e professioni". L'attività esercitata da tali soggetti, strutturalmente "organizzati" per la forma nella quale l'attività stessa è svolta, costituisce per-

tanto ex lege presupposto d'imposta ("in ogni caso"), prescindendo dal requisito dell'autonoma organizzazione".

### **Seconda sentenza: il medico di famiglia sotto l'incudine della Cassazione.**

La Commissione Tributaria di Trento aveva deciso in favore di un medico di famiglia, ritenendolo esente dall'IRAP. La Cassazione, però, annullava questa decisione con la sentenza n. 21950 del 27/10/2010, rinviando la causa a nuovo giudizio previo nuovo esame della dotazione strutturale del medico.

Questo perché, ribadendo per l'ennesima volta i presupposti impositivi dell'IRAP sotto il profilo dell'autonoma organizzazione e dell'uso di minimi beni strumentali, si conferma l'indirizzo ormai costante della giurisprudenza della Corte, cioè che l'utilizzo di personale dipendente, anche nella misura minima di una persona, configura il presupposto impositivo sotto il profilo dell'autonomia organizzativa.

#### **Commento**

Le contestazioni giuridiche (francamente solide) espresse dai medici, e in particolare dai medici di famiglia, hanno fatto breccia in diverse Commissioni Tributarie che hanno dato loro ragione, ma trovano un ostacolo ancora insuperato nei criteri rigidi adottati dalla Cassazio-

ne.

Il fatto che la presenza di personale dipendente non provochi un aumento di reddito o di fatturato in uno studio convenzionato, ma sia semmai una spesa, ed una necessità per ottemperare agli obblighi contrattuali, non sembra scalfire la Suprema Corte.

Ci si trova quindi a riportare prima trionfalistici proclami a seguito di pronunce favorevoli da parte delle Commissioni Tributarie, seguiti poi da amare ammissioni di sconfitta in seguito a sentenze di Cassazione che, come nel caso riportato, annullano le precedenti. Il parere personale di chi scrive è che il medico di famiglia che lavora da solo (rara avis, ma esistono ancora) abbia buone probabilità di veder riconosciuti i propri diritti; il medico con personale dipendente invece ne avrà pochissime.

E i medici operanti in gruppi?

E' ancora un'incognita, perché occorrerà aspettare per sapere se queste associazioni di sanitari volute dal Contratto Collettivo rientrano in quelle forme associative assoggettate all'IRAP senza distinzione.

Pensiamo di no ma, in verità, siamo pessimisti.

## **Quale schema utilizzare per la terapia insulinica?**

Il regime basale-boli (insulina glargina una volta al giorno + insulina glulisina prima dei pasti) comporta un miglior controllo glicemico senza aumento degli episodi ipoglicemici.

In questo studio randomizzato, in aperto, della durata di 52 settimane, sono stati confrontati due regimi insulinici diversi, il primo costituito da insulina glargina una volta al giorno + insulina glulisina prima dei pasti (cosiddetto schema basale-boli) e il secondo costituito da insulina premiscelata due volte al giorno. I partecipanti erano 310 pazienti affetti da diabete tipo 2 trattati con insulina premi-

scelata due volte al giorno con/senza metformina. Dopo randomizzazione sono stati trattati con il regime basale-boli (n = 153, età media 60,2 anni, HbA1c media 8,6%, durata media del diabete 12,8 anni) oppure con il regime a due iniezioni/die di insulina premiscelata (n = 157, età media 60,9 anni, HbA1c media 8,5%, durata media del diabete 12,5 anni).

La riduzione della HbA1c risultò essere, in media, di 1,31% nel primo gruppo e di 0,80% nel secondo.

Il 46,6% dei pazienti del primo gruppo e il 27,9% di quelli del secondo gruppo arrivò a valori di glicemoglobina infe-

riori a 7%.

Il numero medio degli eventi ipoglicemici fu rispettivamente di 13,99 e di 18,54.

Gli autori concludono che, in soggetti con diabete tipo 2 di lunga durata, il regime basale-boli comporta un controllo glicemico migliore rispetto al regime a due iniezioni/die di insulina premiscelata, senza che si verifichi un aumento degli episodi ipoglicemici.

Fonte:

Fritsche A, Larbig M, Owens D, et al. Comparison between a basal-bolus and a premixed insulin regimen in individuals

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

with type 2 diabetes-results of the GINGER study. *Diabetes Obes Metab.* 2010 Feb;12(2):115-23.

Commento di Renato Rossi

La scelta ottimale del regime insulinico nel diabete tipo 2 non adeguatamente controllato con farmaci orali è ancora oggetto di studio.

Secondo lo studio 4-T, durato tre anni, regimi insulinici a base di insulina aspart prandiale o di insulina detemir basale ottengono un miglior controllo glicemico rispetto ad un regime a base di insulina aspart bifasica [1].

Lo studio recensito in questa pillola suggerisce che il regime cosiddetto basale-boli, che prevede una (o due) iniezioni di insulina ad azione prolungata associato ad iniezioni di insulina ad azione rapida prima dei pasti principali sia superiore, in termini di controllo glicemico,

rispetto al regime a due iniezioni di insulina premiscelata, senza essere gravato da un aumento degli episodi ipoglicemici. Nel gruppo trattato con lo schema basale-boli quasi la metà dei pazienti riuscì ad ottenere valori di glicemoglobina inferiori a 7%, mentre questo risultato venne raggiunto da meno di un terzo dei pazienti dell'altro braccio.

Lo studio conferma la bontà del regime basale-boli [2].

Va ricordato, in ogni caso, che l'equilibrio glicemico è un endpoint surrogato, sicuramente utile per il clinico pratico che se ne serve per monitorare l'efficacia della terapia instaurata. Tuttavia sarebbe molto più interessante poter disporre di RCT in cui i vari schemi di terapia insulinica vengono tra loro confrontati con lo scopo di determinare quale sia più efficace (e se mai lo sia) nel ridurre la mortalità e gli eventi vascolari. Fino a

quel momento, nella scelta del regime insulinico, si dovrà tener conto, oltre che del risultato di questi studi, anche della praticità di somministrazione, della compliance e delle preferenze del paziente.

Quando si rende necessaria la terapia insulinica si potrebbe, per esempio, iniziare con un'insulina ad azione protratta alla sera e solo in caso di scarso controllo dell'equilibrio glicemico si potrà passare a regimi via via più complessi.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4837>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3789>

## Mandare i diabetici dal dentista migliora la glicemia

Una revisione sistematica suggerisce che, nei diabetici tipo 2, le cure parodontali possono migliorare il controllo glicemico.

In questa revisione sistematica con metanalisi sono stati ricercati studi per determinare se le cure parodontali nei diabetici siano in grado di migliorare il controllo glicemico. Per essere inclusi nell'analisi gli studi dovevano avere una durata di almeno 3 mesi e doveva esserci un gruppo di controllo che non riceveva cure parodontali.

Dei 639 studi inizialmente trovati solo 5 obbedivano ai criteri di inclusione, per un totale di 371 pazienti. La durata del follow up era di 3-9 mesi e tutti i pazienti arruolati avevano un diabete di tipo 2. Si è visto che la cura parodontale portava ad un miglioramento dell'equilibrio glicemico (riduzione media della emoglobina glicata, dopo la terapia, di 0,40% rispetto ai valori basali).

Gli autori concludono che i dati a disposizione suggeriscono che le cure parodontali possono portare ad un miglioramento dell'equilibrio glicemico nel diabete tipo 2 per almeno 3 mesi. Tuttavia

avvertono che queste conclusioni devono essere interpretate con cautela a causa della limitatezza degli studi analizzati e della eterogeneità tra i vari lavori.

Fonte:

Teeuw WJ et al. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010 Feb;33(2):421-7.

Commento di Renato Rossi

Come si può ben capire la scarsità degli studi esistenti e la piccolezza del campione non permettono di trarre conclusioni definitive, come giustamente notano gli autori della revisione, che mettono in evidenza anche la presenza di eterogeneità.

Questo non toglie che valga comunque la pena di inviare periodicamente ad una consulenza odontoiatrica i pazienti diabetici. È noto infatti che il diabetico ha un aumentato rischio di andar incontro a gengivite e parodontite. Questo è vero soprattutto nei casi di controllo glicemico scadente e la parodontite viene attualmente considerata una complicanza minore della malattia diabetica.

È probabile che sia l'iperglicemia che, a lungo andare, provoca un danneggiamento delle gengive, favorendo così la formazione della placca batterica e l'insorgenza di infezioni. A questo contribuisce il deficit immunitario relativo, caratteristico del diabete.

Si è ipotizzato che a livello delle gengive e delle sacche gengivali infiammate vengano liberate delle citochine che avrebbero un'azione di insulinoresistenza.

In altre parole l'iperglicemia di per sé causa parodontite e questa a sua volta peggiora il controllo glicemico.

Oltre ad una adeguata igiene orale è utile quindi consigliare periodici controlli odontoiatrici per la rimozione del tartaro e della placca e l'eliminazione delle sacche gengivali infette.

I dati disponibili non permettono, tuttavia, di sapere se le cure parodontali siano in grado di migliorare gli esiti a lungo termine della malattia diabetica.

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

## E' lecito uccidere un cane? Dipende dalle circostanze

I recenti fatti di cronaca, con l'uccisione di un tassista "colpevole" di aver investito un cane uccidendolo, hanno portato questo problema all'attenzione di tutti. La Cassazione si e' recentemente espressa su due casi diversi di investimenti di animali, con conclusioni opposte: a volte e' lecito, a volte si paga caro. (Daniele Zamperini)

### Il primo caso: la prima multa per "omissione di soccorso ad un animale".

Gli animalisti possono essere soddisfatti: in base alle norme del nuovo codice della strada e' stata elevata la prima sanzione ad un automobilista che ha investito un cane, uccidendolo.

Il fatto e' accaduto a Legnaro, presso Padova: un automobilista 60enne alla guida di una Mini Cooper ha investito il cane e non si e' fermato a prestare soccorso.

Il proprietario del cane ha annotato il numero di targa ed ha denunciato il fatto ai carabinieri che hanno identificato l'automobilista ed hanno irrogato la sanzione amministrativa di Euro 389,00 per violazione del nuovo articolo 189, comma 9-bis -bis del Codice della Strada: "L'utente della strada, in caso di incidente comunque ricollegabile al suo comportamento, da cui derivi danno a uno o più animali d'affezione, da reddito o protetti, ha l'obbligo di fermarsi e

di porre in atto ogni misura idonea ad assicurare un tempestivo intervento di soccorso agli animali che abbiano subito il danno.

Chiunque non ottempera agli obblighi di cui al periodo precedente e' punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 389 a euro 1.559. Le persone coinvolte in un incidente con danno a uno o più animali d'affezione, da reddito o protetti devono porre in atto ogni misura idonea ad assicurare un tempestivo intervento di soccorso.

Chiunque non ottempera all'obbligo di cui al periodo precedente e' soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 78 a euro 311."

Nulla da eccepire, ci chiediamo solo se sia stato preso qualche provvedimento verso il proprietario che, a quanto sembra, lasciava il proprio cane libero di correre senza guinzaglio sulla pubblica via

Daniele Zamperini

### Il secondo caso: il caso di necessita' esime dalla colpa.

E' lecito sacrificare un animale per evitare un pericolo, nel caso che sussista una situazione di pericolo. Parola di Cassazione

I fatti:

Un 30enne di Salo', proprietario di un

cagnolino, nel corso di una passeggiata con sua moglie e il suo animale, ha ucciso un pastore tedesco che stava per aggredire il cagnolino, col timore che potesse aggredire anche lui stesso o la moglie.

Si era quindi munito di fucile e aveva ucciso l'animale.

Imputato e processato per il reato previsto dall'art. 638 c.p. che punisce l'uccisione di animali, veniva condannato dai giudici di merito.

Il caso finiva in Cassazione ove la difesa invocava lo "stato di necessita'", sottolineando come il ragazzo avesse sparato nella concitazione del momento e nella paura che il grosso cane potesse aggredire la moglie e il suo cagnolino.

La Corte (II Penale, sentenza n. 43722-/2010) annullava la condanna facendo notare che "nel concetto di necessita' e' compreso non solo lo stato di necessita' vero e proprio ma anche ogni altra situazione che induca all'uccisione o al danneggiamento dell'animale per prevenire od evitare un pericolo imminente o per impedire l'aggravamento di un danno giuridicamente apprezzabile alla persona propria o altrui o ai beni, quando tale danno l'agente ritiene altrimenti inevitabile".

Insomma, e' lecito se proprio non se ne puo' fare a meno, anche a scopo preventivo, se il pericolo e' reale.

## Utili le terapie integrate per la lombalgia cronica

Un trattamento integrato riduce significativamente, rispetto alla terapia usuale, la disabilità dovuta a lombalgia cronica sia nella vita privata che nel posto di lavoro.

In questo studio sono stati reclutati 134 pazienti (età 18-65 anni) che lamentavano lombalgia da almeno 12 settimane. I partecipanti sono stati randomizzati a terapia usuale (n = 68) oppure ad un trattamento integrato (n = 66), che consisteva in interventi ergonomici sul po-

sto di lavoro con supervisione da parte di un esperto associati a programmi di attività graduata basati su principi di tipo cognitivo-comportamentale.

L'endpoint primario dello studio era il tempo di assenza dal lavoro a causa della lombalgia. Endpoints secondari erano l'intensità del dolore e lo stato funzionale.

La durata mediana di assenza dal lavoro risultò essere di 88 giorni nel gruppo randomizzato a trattamento integrato e di 208 giorni nel gruppo controllo (p =

0,003). La terapia integrata risultava essere significativamente più efficace nel permettere il ritorno al lavoro: HR 1,95 (1.2-2,8; p = 0,004).

A distanza di 12 mesi i pazienti del gruppo a trattamento integrato mostravano un miglior stato funzionale, mentre il miglioramento del dolore non differiva significativamente tra i due gruppi. Gli autori concludono che un trattamento integrato riduce significativamente, rispetto alla terapia usuale, la disabilità

### MMG-net "La" Medicina in rete...

### Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)

dovuta a lombalgia cronica sia nella vita privata che sul posto di lavoro.

Fonte:

Lambeek LC et al. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010 Mar 16;340:c1035. doi: 10.1136/bmj.c1035.

Commento di Renato Rossi

La lombalgia cronica riconosce momen-

ti patogenetici diversi ed in parte non conosciuti e, talora, vi giocano un ruolo importante anche fattori di tipo psicologico. Le terapie farmacologiche (antinfiammatori, analgesici, miorilassanti, antidepressivi, etc.) hanno un'efficacia limitata e spesso i pazienti, nel cercare un qualche rimedio al loro disturbo, si sottopongono alle pratiche più varie, non raramente di non dimostrata utilità.

Lo studio recensito in questa pillola è solo l'ultimo di tanti che suggeriscono

come un approccio di tipo multidisciplinare, che privilegi il trattamento di tipo cognitivo-comportamentale, sia superiore alla terapia usuale nel ridurre la disabilità tipica di questa condizione morbosa.

Purtroppo si deve notare quanta distanza corra tra le evidenze di letteratura e la pratica di ogni giorno, che si scontra con l'estrema difficoltà a trovare strutture e personale specialistico in grado di attuare questo tipo di trattamento.

## Abolita la nota AIFA n.78

Abolizione della nota 78 (colliri anti-glaucosomi). Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 18 novembre 2010, Gazzetta Ufficiale n. 284 del 04.12.10

Dopo tre successivi provvedimenti di

sospensione (ognuno della durata di 6 mesi), viene definitivamente abolita la nota 78, che riguarda la prescrizione dei colliri anti-glaucoma a base di apraclonidina, brimonidina, brinzolamide, dorzolamide, latanoprost, travoprost, bimatoprost, bimatoprost+timololo, brimonidina+timololo, dorzolamide+timololo,

latanoprost+timololo e travoprost+timololo.

Il provvedimento è entrato in vigore il 5 dicembre 2010.

Vedi dettagli su [medicoeleggi.it](http://medicoeleggi.it)

## Timbrare il cartellino al posto del collega legittima il licenziamento

Il licenziamento del lavoratore che timbra il cartellino al posto del collega, violando così il vincolo fiduciario col datore di lavoro tendendo deliberatamente di trarlo in inganno, è legittimo. Parola di Cassazione.

La Corte di Cassazione ha esaminato il caso di un lavoratore che aveva timbrato nell'orologio marcatempo il cartellino di una collega che si trovava in realtà al di fuori dell'edificio in cui prestava

attività lavorativa.

Scoperto, era stato licenziato ma aveva avanzato ricorso in giudizio.

Il licenziamento era stato confermato dai giudici di merito, per cui il lavoratore era poi ricorso in Cassazione.

La Sezione Lavoro della Suprema Corte, con la sentenza n. 24796 del 7/12/2010, ha respinto il ricorso confermando la sentenza dei giudici di merito.

Questi, dice la Cassazione, hanno "ricostruito la condotta del lavoratore in

tutti i suoi profili (soggettivo ed oggettivo) ponendo in rilievo la gravità dei fatti e la proporzionalità tra essi e la sanzione inflitta, per essere venuta meno la fiducia del datore di lavoro nell'operato del dipendente".

Non sappiamo se altri provvedimenti siano stati presi a carico della collega "beneficiaria",

Daniele Zamperini

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE novembre - dicembre 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)

**Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 18 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 279 del 29.11.10)**

MODIFICHE, CON RIFERIMENTO ALLA NOTA AIFA 75, ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

A seguito della sentenza del Tar Lazio, Sez. III quater, 23 novembre 2009 n. 11574, che ha annullato la determinazione AIFA 4 gennaio 2007 relativamente alla nota n. 75 in quanto è stata rilevata una disparità di trattamento relativamente alla prescri-

**MMG-net "La" Medicina in rete...**

**Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

vibilità a carico del SSN dei farmaci per la disfunzione erettile nell'individuazione delle patologie da trattare, l'AIFA ha pubblicato il nuovo testo della nota n. 75, che entra in vigore dal 30 novembre 2010.

Il nuovo testo prevede che, in presenza di disfunzione erettile da lesioni del midollo spinale o del plesso pelvico, la prescrizione, a carico del SSN, di alprostadil sia limitata ai pazienti con disfunzione erettile da lesioni permanenti e complete mentre quella di sildenafil, tadalafil e vardenafil sia possibile in presenza di un danno transitorio o parziale.

Inoltre, per la prescrizione a carico del SSN di sildenafil, tadalafil e vardenafil, è necessario un piano terapeutico specialistico redatto da un andrologo, endocrinologo, neurologo o urologo.

Modificato anche il testo del "Background" e delle "Evidenze disponibili", con conseguente modifica delle voci bibliografiche.

#### **Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 18 novembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 284 del 04.12.10)**

**ABOLIZIONE DELLA NOTA 78 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: NOTA AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI**

Dopo tre successivi provvedimenti di sospensione (ognuno della durata di 6 mesi), viene definitivamente abolita la nota 78, che riguarda la prescrizione dei colliri anti-glaugoma a base di apraclonidina, brimonidina, brinzolamide, dorzolamide, latanoprost, travoprost, bimatoprost, bimatoprost+timololo, brimonidina+timololo, dorzolamide+timololo, latanoprost+timololo e travoprost+timololo.

Il provvedimento è entrato in vigore il 5 dicembre 2010.

#### **Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2 del 28 settembre 2010 (Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31.12.10)**

**TRASMISSIONE PER VIA TELEMATICA DEI CERTIFICATI DI MALATTIA. ULTERIORI INDICAZIONI**

Vengono fornite ulteriori indicazioni sui seguenti punti:

- utilizzo delle funzionalità da parte dei diversi soggetti interessati: medici, lavoratori, pubbliche amministrazioni;
- ambito di applicazione: dipendenti della pubblica amministrazione interessati, medici obbligati all'utilizzo del sistema di trasmissione telematica, certificati rilasciati dalle strutture di pronto soccorso e dagli ospedali;
- situazioni nelle quali l'amministrazione deve conoscere la diagnosi;
- responsabilità specifica per violazione della normativa in materia di trasmissione telematica dei certificati.

## MMG-NET: domande frequenti

1. [Cosa occorre per usare MMG-net? Ci sono delle caratteristiche minime che un computer deve avere?](#)
2. [In caso di sostituzione il computer dello studio del medico che viene sostituito deve rimanere acceso?](#)
3. [Quale tipo di abbonamento internet è consigliato per usare al meglio MMG-net?](#)
4. [I costi del collegamento a internet e \(più in generale\) i costi di gestione del computer cambieranno usando MMG-net?](#)
5. [MMG-net va usato solo per la medicina in rete, o può essere utile per sostituire singoli colleghi, anche al di fuori di una medicina in rete istituzionalizzata?](#)
6. [Usando MMG-net, ci sono rischi che i dati dei propri pazienti siano visti da persone estranee?](#)
7. [Il personale che gestisce il server di MMG-net può accedere ai dati dei pazienti?](#)
8. [Si deve comprare una stampante specifica per usare MMG-net?](#)
9. [A quale tipologia di medici è consigliato MMG-net?](#)
10. [I collaboratori o le segretarie possono usare MMG-net per continuare ad aiutare nel suo lavoro il medico titolare anche in caso di sostituzioni?](#)
11. [Mentre si usa MMG-net, si possono usare anche altri programmi? Si può usare in contemporanea il proprio software di gestione ambulatorio ed MMG-net?](#)
12. [Cosa serve per attivare il servizio?](#)

1. Per usare MMG-net è sufficiente qualsiasi computer dotato di sistema operativo Windows XP o Vista e di un collegamento a internet.

## **MMG-net "La" Medicina in rete...**

### **Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi!**

**MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - [www.mmg-net.it/](http://www.mmg-net.it/)**

2. Assolutamente no! Tutte le operazioni avvengono esclusivamente su servers dedicati e non sul PC del collega da sostituire.
3. Più veloce è il collegamento a internet, migliori sono le prestazioni in termini di velocità, tuttavia MMG-net funziona anche se il collegamento avviene tramite una linea ISDN o tramite una normale linea analogica.
4. Il costo di gestione del PC non risente minimamente dell'uso di MMG-net. Per quanto riguarda i costi del collegamento a internet, dipende: in caso di abbonamento "flat" non si avrà alcun aumento di spesa mentre, ovviamente, in caso di abbonamento "a tempo", il costo del collegamento dipenderà anche dall'uso - più o meno intensivo - che si farà di MMG-net. Per questo motivo è comunque raccomandabile un abbonamento di tipo "flat".
5. MMG-net trova il massimo della sua applicabilità per i medici che lavorano in associazione in rete, ma ciò non toglie che possa essere usato da medici che si sostituiscono tra di loro, anche al di fuori di una medicina in rete istituzionalizzata.
6. Assolutamente no! Il collegamento è criptato (VPN) e solo chi ha un account composto da username e password può accedere al sistema .
7. No. Solo il medico titolare e i suoi associati possono accedere agli archivi, ogni medico può decidere liberamente di cambiare la password in qualsiasi momento. Il personale che gestisce il sistema non ha alcun modo di visionare i dati dei pazienti.
8. No, è assolutamente ininfluente: qualsiasi stampante va bene.
9. MMG-net nasce per rispondere alle esigenze di diverse tipologie di medici di medicina generale:
  - medici che fanno parte di medicine in rete, a maggior ragione se nell'ambito del gruppo di medici vengono usati software differenti.
  - medici che, pur al di fuori di una medicina in rete, desiderino sostituirsi con altri colleghi.
  - medici che lavorano in più ambulatori.
  - medici che lavorano, oltre che in ambulatorio, anche presso il proprio domicilio, per poter avere sempre i dati dei pazienti allineati tra di loro.
10. Sì.
11. Certo, è una delle evenienze più frequenti. E' assolutamente possibile continuare a usare il proprio gestionale e simultaneamente, collegati al server, visitare i pazienti dei colleghi da sostituire. Allo stesso modo è assolutamente possibile stampare sulla propria stampante sia le ricette per i propri assistiti che quelle per i pazienti dei colleghi sostituiti.
12. Contattare la MAS informatica srl.