

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 1

Gennaio 2012

## Conciati per le feste, e' vero, ma restiamo ottimisti!

*Molti cambiamenti nel nostro stile di vita, a spese soprattutto dei giovani. Su*

*[www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/](http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/)*

*La\_sedia\_da\_spostare.mp3 avrete un quadro aggiornato della situazione....*

La "pillola dei cinque giorni dopo": cosa cambia?

Ecografia e Medico di Famiglia

Appendicite non complicata: chirurgia meglio degli antibiotici

**INDICE  
GENERALE  
IN SECONDA  
PAGINA**



**Buone Feste a Tutti!**



Il Sindaco di Vilnius



La cavalletta innamorata

I soliti IgNoti... : assegnati i Premi IgNobel del 2011

Ruolo dell' attivita' fisica in prevenzione primaria

L' EMA raccomanda la sospensione del Buflomedil

Tradotta in italiano la Classificazione ICPC

Una revisione sull'efficacia del resveratrolo

**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

Ruolo dell' attivita' fisica in prevenzione primaria	Pag. 3	Mensile di informazione e varie attualita' . Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998 Dir. Resp.: <b>Daniele Zamperini</b> O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">http://www.scienzaeprofessione.it</a>  <b>Patrocinate da</b> -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -SIAMEG -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi  <i>Redazione</i> <b>Luca Puccetti (webmaster)</b> <b>Marco Venuti (agg. legale)</b> <b>Renato Rossi (coordinatore)</b> <b>Guido Zamperini (redattore)</b>  Collaborano: <b>Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino</b>  <b>Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:</b> <a href="mailto:dzamperini@gmail.com">dzamperini@gmail.com</a> Cell. 333/5961678 <b>Archivio completo:</b> Oltre 3000 articoli e varie risorse su <a href="http://www.pillole.org/">http://www.pillole.org/</a> <b>Contenuti selezionati:</b> <a href="http://www.scienzaeprofessione.it">www.scienzaeprofessione.it</a> <i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
Lingua villosa nigra	Pag. 4	
Una revisione sull'efficacia del resveratrolo	Pag. 5	
Appendicite non complicata: chirurgia meglio degli antibiotici	Pag. 6	
L' EMA raccomanda la sospensione del Buflomedil	Pag. 7	
Tradotta in italiano la Classificazione ICPC	Pag. 7	
La "pillola dei cinque giorni dopo": cosa cambia?	Pag. 8	
I soliti IgNoti... : i Premi IgNobel del 2011	Pag. 11	
Ecografia e Medico di Famiglia	Pag. 12	
L' obbligo di reperibilità nel giorno di riposo non da' diritto al risarcimento	Pag. 14	
Una strada, due semafori: chi passa col rosso paga due multe	Pag. 14	
Novita' della Gazzetta Ufficiale (a cura di Marco Venuti)	Pag. 15	



**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/)

## Ruolo dell'attività fisica in prevenzione primaria

Se fossimo capaci di dare a ciascun individuo la giusta dose di esercizio fisico e di cibo, avremmo trovato la strada per assicurare agli uomini una lunga e sana vita felice. (Ippocrate di Kos - 460 a.c.)

Come si vede Ippocrate aveva intuito che per vivere a lungo e bene bastano poche cose, mangiare sano e fare attività fisica. Nonostante la continua ricerca e messa in commercio di nuove molecole per contrastare malattie cardiovascolari e tumori non si spende abbastanza tempo per stressare le regole della vera prevenzione primaria; attività fisica e dieta corretta.

Esistono differenze tra giovani e adulti come cause di morte, prevalendo nei primi la cardiomiopatia ipertrofica, anomalie coronariche, stenosi valvolari e subvalvolari, dissezione aortica e più raramente la cardiopatia ischemica e nei secondi la cardiopatia ischemica. (1)

L'attività fisica rientra in tutte le Linee Guida (2,3) che si occupano di malattie cardiovascolari, tumori e malattie metaboliche ma i benefici aspettati, alle varie intensità, nel ridurre tutte le cause di mortalità, sono ancora materia controversa. Cercando in letteratura ho recuperato 3 recenti revisioni sistematiche. (4,5,6) La prima (4) cerca di rispondere alla domanda se l'attività fisica lieve-moderata è in grado di ridurre la morte per tutte le cause. Gli autori hanno trovato 22 studi prospettici con almeno 10.000 persone per un totale di quasi un milione di persone sane. Un criterio di inclusione era la presenza di almeno 2 livelli di intensità di sforzo misurati in METs (metabolic equivalent task).

Il MET (Equivalente Metabolico) è definito come un multiplo del metabolismo basale, cioè un multiplo del consumo di ossigeno a riposo necessario per mantenere il metabolismo basale. Quest'ultimo corrisponde a circa 1 Kcal ogni ora per Kg di peso corporeo. 6 MET significa un dispendio di energia 6 volte superiore a quella utilizzata dall'organismo in stato di riposo. Se sappiamo il consumo delle calorie totali e il tempo impiegato possiamo risalire al

MET. Se abbiamo speso 600 Kcal in 70 minuti di attività fisica, il MET si calcola in questo modo:

$$600 \text{ KCal} / 70 \text{ min.} * 60 \text{ min.} = 514$$

$$\text{Kcal all'ora} / 72 \text{ Kg} = 7 \text{ MET}$$

Attività leggera è definita come 1.1 a 2.9 MET;

Attività moderata è definita come 3.0 a 5.9 MET;

Attività intensa è definita come 6.0 o più MET. (OMS, 2008)

Leggera < 3 METs

Passaggio casa/lavoro/ufficio = 2

Lavaggio panni, stirare = 2,5

Giocare a carte = 1,5

Biliardo = 1,5

Freccette = 2

Pescare = 2

Suonare strumenti = 2

Moderata > 3 < 6 METs

Camminare 5 Km/h = 3,3

Camminare 6,4 Km/h = 5

Lavaggio auto, garage, ambiente domestico = 3-3,5

Falegnameria = 3,6

Sistemare la legna = 5,5

Tagliare il prato = 5,5

Danza = 3

Pallavolo non competitiva = 3-4

Ping-Pong = 4

Golf = 4,3

Basket tiri liberi = 4,5

Tennis doppio = 5

Andare in bici 16-19 Km/h = 6

Nuoto leggero = 6

Vigorosa > 6 METs

Jogging 7,5 Km/h = 6,3

Jogging 9 Km/h = 9

Running 11 Km/h = 11

Spalare la neve = 7

Trasportare carichi pesanti = 7,5

Scavare fossi = 8,5

Basket partita = 8

Pallavolo, Beach Volley = 8.0

Andare in Bici 20 - 22 Km/h = 8.0

Tennis singolo = 8.0

Andare in Bici 23 - 25 Km/h = 10

Sci = 7.0 - 9.0

Calcio partita = 10.0

Nuoto sostenuto = 8.0 - 11.0

Comparato con individui sedentari, 11

MET/settimana di attività fisica moderata (circa 2,5 ore a settimana) sono associati ad una riduzione del 19% (CI 15-24) della mortalità per tutte le cause e 31 MET/settimana (circa 7 ore a settimana) riducono la mortalità per tutte le cause del 22% (CI 17-26).

Non vi erano differenze tra i sessi.

I dati relativi al solo cammino indicano un effetto assai modesto con riduzione dell'11% per 11 MET/settimana (circa 2,5 ore di cammino veloce).

La seconda revisione sistematica (5) ha preso in considerazione studi prospettici che riguardavano donne e uomini apparentemente sani e la cui sola attività era il cammino.

Gli Autori hanno trovato 18 studi di coorte prospettici che incorporavano 460.000 persone e 19.000 casi con un follow up medio di 11,3 anni. In 13 studi gli end point erano le cause cardiovascolari e in 10 tutte le cause di morte. Sette studi riguardavano solo uomini, sei solo donne e cinque erano misti. In 11 studi i partecipanti indicavano il tempo, in 4 veniva registrata la cadenza del passo e in 2 il consumo calorico.

Vi erano, poi, diversità nel tempo e nella distanza con una media di 5,2 ore/settimana, da un'ora a settimana a oltre 2 ore al giorno, da 9,7 Km a settimana a oltre 20 Km a settimana.

L'hazard ratio tra gruppo a più alta intensità rispetto a quello a bassa intensità era: 0.69 per le malattie CV e 0.68 per tutte le cause di morte.

Notevole la eterogeneità riscontrata tra gli studi.

E' stata fatta un'analisi per trovare la minima dose-risposta significativa. In questa analisi la camminata media in termini di tempo/distanza era di 3 ore/settimana o 9,7 Km/settimana ad una cadenza di 3 Km/ora.

Questo permette di calcolare un hazard ratio di 0.84 per le malattie CV e 0.80 per tutte le cause di morte.

Non c'erano differenze tra i sessi.

Tradotto in NNT significa che dobbiamo raccomandare un'attività fisica moderata a 102 persone per avere una riduzione del 20-30% di tutte le cause di morte.

Più dettagliata è la terza revisione sistematica (6) che ha affrontato le singole

**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/)**

malattie prevenibili con un programma di attività fisica e la conclusione degli Autori è che occorre praticare 60 minuti al giorno di attività fisica o 30 minuti di attività moderata/vigorosa 4 volte la settimana per prevenire malattie quali malattie cardiovascolari, stroke, ipertensione, diabete di tipo 2, neoplasia della mammella e del colon, osteoporosi e tutte le cause di morte.

A questo punto mi sono chiesto se la stessa riduzione esiste anche tra gli atleti professionisti o comunque tra quei soggetti che praticano un'attività molto vigorosa come per esempio i maratoneti che possono essere esposti a morte improvvisa e infarto miocardico. (7) Non esistono revisioni sistematiche ma una revisione narrativa (8) che ha preso in considerazione 14 studi prospettici che riguardavano sport di resistenza, misti e di potenza.

I risultati indicano che gli sport di resistenza (running e sci di fondo) fanno vivere più a lungo rispetto alla popolazione generale, in media 2,8-5,7 anni in più, OR 0,59. Il basso numero di morti era dovuto principalmente alla diminuzione delle malattie cardiovascolari.

La stessa cosa fu vista anche tra gli sport misti come calciatori, giocatori di basket, giocatori di hockey su ghiaccio e football americano, in media 4 anni in più. Lo studio di Belli e Vanacore su calciatori

professionisti italiani osservò nessuna riduzione della mortalità anzi si aveva un incremento della mortalità per malattie del sistema nervoso centrale specialmente Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Al contrario negli sport di potenza, come i sollevatori di peso e boxisti, non si aveva una riduzione della mortalità.

Con tutti i limiti dello studio si può affermare che gli atleti hanno una aspettativa di vita maggiore e non minore come si pensava un tempo.

Attività fisica e sport nei soggetti cardiopatici

A livello generale non esiste controindicazione all'attività fisica nei soggetti cardiopatici salvo particolari condizioni che possono scatenare aritmie fatali e si rimanda alle raccomandazioni della Società Europea di Cardiologia. (10)

In conclusione, si raccomanda di effettuare 150 minuti (2,5 ore) di attività fisica moderata suddivise in 3 volte in una settimana o 75 minuti (1 ora e 15 minuti) di attività fisica vigorosa o una equivalente combinazione di entrambe.

Per avere un maggior beneficio si dovrebbe incrementare l'attività fisica aerobica a 300 minuti (5 ore) a settimana ad una intensità moderata o 150 minuti ad intensità vigorosa a settimana.

Come definire a occhio un'attività fisica moderata da una vigorosa? Nella prima

si dice al paziente di aumentare lo sforzo fino a sudare ma senza provare affanno respiratorio. Nella seconda occorre sperimentare anche un certo affanno.

E' possibile definire l'attività fisica, moderata o vigorosa, in termini relativi in base alla percentuale della frequenza cardiaca massima con l'uso di un cardiofrequenzimetro. La frequenza cardiaca massima è uguale a 220 meno l'età. Per frequenza cardiaca moderata si intende una percentuale del 40-59% della frequenza cardiaca massima e per vigorosa una percentuale del 60-84%. (2)

Conclusione personale

Non esiste nessun farmaco che ha questi numeri.

Era un venditore di pillole che fanno passare la sete. Se ne prende una a settimana, e non si ha più bisogno di bere. E' una grande economia di tempo, disse il venditore. Si risparmiavano cinquantatré minuti a settimana. Io, pensò il piccolo principe, se avessi cinquantatré minuti da spendere, camminerei adagio adagio verso una fontana.

Il Piccolo Principe. Antoine de Saint-Exupéry

A cura di Clementino Stefanetti

Bibliografia

9 voci bibliografiche disponibili a richiesta

## Lingua villosa nigra

La lingua nera villosa (black hairy tongue o BHT) è un disturbo benigno autolimitante caratterizzato da papille filiformi anormalmente ipertrofiche e allungate sulla superficie della lingua.

Sebbene la BHT sia in genere asintomatica, occasionalmente i pazienti possono sperimentare una sensazione di solletico in bocca e, in casi più gravi, una sensazione di soffocamento. Questo disturbo è descritto classicamente come una colorazione nerastra, ma sono stati riportati anche colorazioni marroni, gialle e verdi. La BHT è causata dall'anormale desquamazione della faccia dorsale della lingua, in genere del suo terzo posteriore. Tale anomala desquamazione determina una crescita eccessiva ed un assot-

tiamento delle papille filiformi che possono poi raccogliere detriti, batteri, funghi, o altri materiali estranei.

L'accumulo di materiali estranei contribuisce in genere alla colorazione e può dar luogo ad alterazioni del gusto, nausea, alitosi e dolore o bruciore della lingua. Vi sono numerosi sinonimi per la BHT, quali ipercheratosi della lingua, lingua villosa nigra, cheratomicosi linguale, lingua villosa, e melanotrichia linguale.

La prevalenza della BHT è variabile. I tassi di BHT variano dallo 0% nei pazienti Sud Africani con diabete mellito al 53.8% in pazienti turchi forti fumatori. E' difficile concludere qualcosa da questi studi di prevalenza; tuttavia, questi dati rinforzano alcuni fattori che posso-

no aggravare, precipitare ed anche causare la BHT.

Questi fattori comprendono i seguenti:

- Tabacco (fumo e gomme)
- Alcool
- Secchezza cronica della bocca (xerostomia)
- Scarsa igiene orale
- Droghe da abuso (in particolare droghe quali crack e cocaina)
- Lavaggi ossidanti della bocca (perossido di sodio, perossido di idrogeno)
- Terapia radiante
- Nevralgia del trigemino
- Sindrome da immunodeficienza acquisita
- Farmaci associati a lingua nera pelosa

**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/)**

(antibiotici e farmaci in grado di indurre xerostomia)

La prevalenza sembra essere maggiore nei soggetti maschi, rispetto alle femmine ed il fumo, in modo dose-dipendente, aumenta la prevalenza di BHT. La combinazione di questi fattori si associa più frequentemente a questo disturbo.

La diagnosi è semplice. Il segno principale è la presenza di papille filiformi allungate e ipertrofiche, che in genere presentano una colorazione nerasta, ma anche altre colorazioni. Questo disturbo può spesso essere verificato attraverso l'osservazione visiva, ma l'esame microscopico è utile. L'anamnesi è la chiave per identificare la presenza di qualche fattore aggravante. È estremamente importante differenziare la BHT dalla decolorazione della lingua. La presenza di una lingua macchiata di nero, da sola, non incontra i criteri per la diagnosi di BHT. Un'ampia varietà di farmaci e di prodotti chimici può macchiare la lingua, ma senza produrre papille filiformi lunghe e sottili necessarie per la diagnosi di BHT. La minociclina ed il salicilato di bismuto sono cause relativamente comuni di lingua nera, ma non necessariamente di BHT.

Sono stati studiati molti fattori eziologici della BHT. Alcuni studi hanno riportato pH acido nella saliva di pazienti con BHT, mentre il pH di pazienti senza BHT tende ad essere neutro o alcalino. È difficile interpretare questi dati perché non è chiaro se un pH orale acido contribuisca alla eziologia della BHT o ne sia una conseguenza. È stata anche ampiamente studiata la correlazione tra BHT e batteri/funghi; tuttavia non vi è evidenza conclusiva sulla implicazione

come fattore eziologico nella patogenesi della BHT di qualsiasi batterio o fungo. Uno studio recente ha esplorato la deficienza di acido nicotinico come una delle cause della BHT, sebbene non siano stati fatti altri lavori in quest'area. Gli autori hanno analizzato informazioni ottenute da una ricerca sulla letteratura (utilizzando la letteratura in lingua inglese dal 1950 al 2009 su PubMed, MEDLINE, EMBASE) su questo disturbo, per fornire una valutazione complessiva della BHT indotta-da-farmaco. In questo lavoro, è stato usato un algoritmo di Naranjo di probabilità di reazione avversa modificato e specifico per la BHT per valutare il tasso di causalità nei case reports pubblicati disponibili di BHT indotta-da-farmaco.

Dei 22 case reports pubblicati, 18 (82%) comprendono antibiotici. Sebbene l'evidenza quantitativa per le BHT indotta da antibiotici sia forte, l'evidenza qualitativa (score di Naranjo) non è significativamente differente da quella di altre miscelanee di farmaci (media dello score di Naranjo per antibiotici = 4.5 [range 3-7] vs media dello score di Naranjo per altri farmaci = 5 [range 3-6]). L'altro fattore significativo da considerare è che molti reports di antibiotici sono datati, specialmente la letteratura sulla penicillina. La maggior parte della letteratura più datata di BHT indotta-da-farmaco comprende dosaggi poco utilizzati attualmente. Molte di queste somministrazioni prevedevano un contatto prolungato con la mucosa orale, il che potrebbe spiegare il più alto numero di case reports con antibiotici della vecchia letteratura.

Un'altra classe importante di farmaci implicata nella BHT farmaco-indotta è

quella dei farmaci che possono causare xerostomia. In un caso interessante di BHT indotta-da-olanzapina, un paziente di 25 anni con sintomi maniacali ha sviluppato BHT 30 giorni dopo l'inizio della terapia con olanzapina 20 mg/dì. Oltre l'olanzapina, il paziente assumeva litio 900 mg/dì e valproato di sodio 1000 mg/day. La BHT si risolse 20 giorni dopo la sospensione della olanzapina, ma, per il persistere dei sintomi maniacali, la olanzapina fu risomministrata a 20 mg/dì e la BHT ricomparve. Fu allora presa la decisione di ridurre la olanzapina a 5 mg/dì e la BHT si risolse dopo tre settimane. In questo caso, gli effetti xerostomizzanti dell'anno probabilmente giocarono un ruolo nello sviluppo di BHT; anche se il corso degli eventi indica come causa primaria la olanzapina. Altri fattori di complicazione in questo caso comprendono il fumo di sigaretta ed abitudini di scarsa igiene orale. Il trattamento della BHT consiste nell'eliminare qualunque causa predisponente e nel praticare una scrupolosa igiene orale. La terapia farmacologica e la rimozione delle papille filiformi allungate sono da prendere in considerazione nei casi resistenti. I medici dovrebbero occuparsi della prevalenza, dei fattori predisponenti e delle classi di farmaci che possono giocare un ruolo nello sviluppo e nel trattamento della BHT.

A cura di Patrizia Iaccarino  
Riferimento bibliografico  
Dennis F. Thompson, Pharm.D: Drug-Induced Black Hairy Tongue Pharmacotherapy. 2010;30(6):585-593

## Una revisione sull'efficacia del resveratrolo

Malattia Arteriosa Coronarica

*St. Leger AS, Cochrane AL, Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine. Lancet 1979;1:1017-20.*

Questo studio ecologico ha tentato di

spiegare il "paradosso francese" di una bassa mortalità associata a dieta ad alto contenuto di colesterolo in Francia. È stata esaminata la relazione tra mortalità, basata-su-popolazione, da malattia ischemica cardiaca età-specifica in uomini provenienti da 18 paesi e consumo di vino per paese.

Questo studio ha trovato una significativa, forte associazione negative-specifica tra consumo di vino e morti da malattia ischemica cardiaca, con la Francia che aveva il più alto consumo di vino e la più bassa mortalità per mille uomini. Questo studio ha spinto i ricercatori a trovare un composto specifico nel vino

**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 fosse protettivo nei confronti della mortalità cardiovascolare. A causa di questo studio, composti isolati dal vino, in particolare resveratrolo e, più recentemente, procianidine sono stati studiati per i loro potenziali effetti benefici.

*Opie LJ, Lecour S. The red wine hypothesis: from concepts to protective signaling molecules. Eur Heart J 2007;28:1683-93.*

Il resveratrolo è un polifenolo trovato principalmente nella buccia degli acini. Il vino rosso è una ricca fonte di resveratrolo ed è stato proposto che i benefici

del vino rosso siano derivati dall'ingestione di resveratrolo. Questo articolo revisiona l'evidenza per e contro l'ipotesi "vino rosso". Sebbene il suo obiettivo principale sia quello di paragonare l'evidenza del vino rosso rispetto a quello bianco, nel conferire benefici cardiovascolari, esso contiene una estesa revisione della letteratura scientifica sul resveratrolo. La maggior parte della letteratura sul resveratrolo è basata su animali di piccola taglia o su studi cellulari e tutto questo è stato revisionato e riassunto. Questo articolo illustra specificamente i

meccanismi benefici e farmacocinetici del resveratrolo, in modo da poter assistere il lettore in una migliore comprensione dei suoi potenziali effetti farmacologici e del suo possibile legame con esiti positivi.

A cura di Patrizia Iaccarino

#### Referenze

Chow SL et al. Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 1. *Pharmacotherapy*. 2010;30(1):109

## Appendicite non complicata: chirurgia meglio degli antibiotici

Secondo uno studio francese anche nei casi di appendicite non complicata la chirurgia è preferibile alla terapia antibiotica. Ma un editorialista mette in dubbio queste conclusioni.

In questo studio francese, in aperto, di non inferiorità, sono stati reclutati 243 pazienti (età 18-68 anni) con appendicite acuta non complicata (valutata alla TAC addominale). Dopo randomizzazione i pazienti sono stati trattati con terapia antibiotica (amoxicillina/acido clavulanico 3 grammi al giorno per 8-15 giorni) oppure sono stati sottoposti ad intervento di appendicectomia.

L'endpoint primario era il verificarsi di peritonite entro il 30° giorno. La non inferiorità della terapia antibiotica era stata stabilita per una differenza inferiore al 10%.

Furono trattati con terapia medica 123 pazienti e sottoposti ad appendicectomia 120 pazienti. L'analisi è stata eseguita secondo l'intenzione a trattare.

Si verificarono 9 casi di peritonite (8%) nel gruppo terapia antibiotica e 2 casi (2%) nel gruppo appendicectomia. Nel gruppo sottoposto a chirurgia, nonostante la valutazione prechirurgica della TAC addominale avesse evidenziato una peritonite non complicata, venne riscontrata una forma complicata con peritonite in 21 pazienti (18% dei casi).

Nel gruppo terapia antibiotica 14 pazienti (12% dei casi) dovettero sottoporsi ad intervento entro i primi 30 giorni e 30 pazienti (29%) dovettero operarsi

entro un anno, 26 dei quali per recidiva di appendicite acuta.

Gli autori concludono che la terapia antibiotica non è non-inferiore all'appendicectomia. Il miglioramento di marker predittivi alla TAC di forme non complicate potrebbe migliorare la nostra capacità di identificare i pazienti che possono essere trattati solo con terapia medica.

Fonte:

Vons C et al. Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet* 2001 May 7; 377:1573-1579.

Commento di Renato Rossi

Gli autori sono partiti dalla constatazione che alcuni ricercatori ritengono che nelle forme di appendicite non complicata si possa evitare l'intervento chirurgico ricorrendo agli antibiotici.

Lo studio recensito in questa pillola dimostra, al contrario, che l'opzione chirurgica è preferibile. Ma questo non è il solo dato da considerare. Infatti risulta difficile, prima dell'operazione, dire se l'appendicite è o meno complicata, in quanto per ora la TAc addominale è un mezzo imperfetto per operare questa distinzione. Per questo gli autori concludono che in futuro forse si potrà disporre di mezzi diagnostici più raffinati che potranno meglio identificare i pazienti da trattare solo con antibiotici, ma, per il

momento, l'appendicectomia risulta la soluzione migliore.

Tuttavia un editorialista non concorda [1].

La critica principale che muove agli autori francesi è che la terapia antibiotica usata nello studio non è quella raccomandabile: spesso nell'appendicite acuta è in causa l'Escherichia Coli, che fino al 66% dei casi mostra una resistenza all'amoxicillina.

Bisognerebbe aver usato un chinolonico (ciprofloxacina o levofloxacina) associato al metronidazolo, anche se la sensibilità dell'E. Coli ai vari antibiotici può subire variazioni territoriali importanti. Inoltre lo studio dimostra che circa due terzi dei pazienti non necessitano di operazione.

Da considerare anche che l'appendicectomia è pur sempre gravata da effetti collaterali (problemi con l'anestesia, sanguinamenti, infezioni oppure ostruzioni intestinali tardive, etc.). Insomma, conclude l'editorialista, bisognerebbe dire ai pazienti con appendicite acuta non complicata che la terapia antibiotica è una scelta possibile che può avere successo in circa due casi su tre. Il paziente potrebbe essere trattato con antibiotici per almeno un giorno e solo in caso di mancata risposta sottoposto all'intervento.

Ci sembra di ravvisare, nelle parole dell'editoriale, un certo rimprovero per i medici che, invece, di fronte ad un quadro di appendicite acuta, generalmente optano per la chirurgia. Tenendo conto

**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 si tratta di un professore associato di chirurgia (lavora alla Southern California 's Keck School of Medicine) non si tratta di parole da sottovalutare.

Che dire? E' probabile che la diatriba tra fautori della chirurgia e fautori della terapia medica non finisca qui. In attesa del prossimo studio una strategia ragio-

nevole nel paziente stabile con appendicite apparentemente non complicata alla TAC, potrebbe essere quella di informarlo che potrebbe essere tentata anche la via medica con una certa probabilità di successo. E, come sempre, lasciare al paziente, correttamente informato su benefici e pericoli di entrambe le procedure, la scelta finale. A nostro avviso

questo dovrebbe essere sempre il principio guida del comportamento del medico, tanto più quando esistono aree di non conoscenza o di incertezza.

#### Referenze

1. Mason RJ. Appendicitis: is surgery the best option? Lancet 2011 May 7; 377:1545.

## L' EMA raccomanda la sospensione del Buflomedil

Comunicato stampa dell'EMA sui medicinali a base di buflomedil

L' Agenzia Europea dei Medicinali ha completato una rivalutazione della sicurezza e dell'efficacia dei medicinali a base di buflomedil, sia orali che iniettabili, a causa di effetti avversi gravi verificatisi con l'uso di buflomedil.

Il Comitato per i Prodotti Medicinali per Uso Umano (CHMP) dell' Agenzia ha concluso che i benefici del buflomedil non superano i suoi rischi, e ha raccomandato che le autorizzazioni all'immissione in commercio di tutti i medicinali a base di buflomedil siano sospese nell'Unione Europea (UE).

Buflomedil è un agente vasoattivo, usato per trattare i sintomi dell'arteriopatia periferica occlusiva (PAOD) di stadio II, disponibile nelle formulazioni compresse, soluzione orale o soluzione iniettabile.

Nel Febbraio 2011, l'agenzia regolatoria francese dei medicinali ha sospeso l'autorizzazione all'immissione in commercio per i medicinali a base di buflomedil a causa di effetti avversi gravi e talvolta fatali osservati con questi medicinali, quali disordini neurologici come convulsioni e stato epilettico e disordini cardiaci come frequenza cardiaca aumentata e arresto cardiaco.

Questi effetti avversi si sono sviluppati principalmente in pazienti anziani o in pazienti con problemi renali che non

ricevevano un dosaggio appropriatamente ridotto e le cui funzioni renali non erano opportunamente monitorate.

Il buflomedil può accumularsi nel corpo e c'è solo un piccolo intervallo tra la dose del trattamento e la dose tossica in alcuni pazienti, come quelli con problemi renali. I pazienti con PAOD possono avere problemi renali a causa della natura della patologia stessa.

La Francia ha informato il CHMP della sua ultima azione di sospendere l'autorizzazione all'immissione in commercio in Francia, cosicché il Comitato potesse preparare un'opinione su mantenimento, modifica, sospensione, o ritiro dell'autorizzazione all'immissione in commercio per i prodotti contenenti buflomedil in tutta l'UE. Il CHMP ha considerato le valutazioni del beneficio-rischio precedentemente effettuate, così come le informazioni richieste alle Aziende Farmaceutiche che commercializzano i medicinali a base di buflomedil nell'UE, quali i dati degli studi clinici con buflomedil, la sorveglianza post-marketing e la letteratura pubblicata, così come i dati dai centri anti-veleno in Europa sui casi di sovradosaggio e grave avvelenamento con buflomedil.

Il CHMP ha notato che c'era un rischio di effetti avversi neurologici e cardiaci gravi nei pazienti quando buflomedil era usato normalmente, a causa della piccolo intervallo tra la dose di trattamento e la dose tossica nei pazienti anziani o popolazioni con determinate condizioni

come problemi renali che sono comuni in pazienti con PAOD.

Nonostante le misure messe in atto dalle autorità regolatorie per minimizzare i rischi, gli effetti avversi gravi continuano ad essere riportati. Il CHMP ha anche evidenziato che il medicinale ha mostrato di avere soltanto un beneficio limitato per i pazienti, misurato in termini di lunghezza di percorso, e che gli studi hanno avuto anche una serie di carenze metodologiche.

Basandosi sulla valutazione dei dati attualmente disponibili e sulla discussione scientifica all'interno del Comitato, il CHMP ha concluso che i benefici dei medicinali a base di buflomedil non superano i loro rischi, e ha raccomandato che tutte le autorizzazioni all'immissione in commercio dei medicinali a base di buflomedil devono essere sospesi nell'UE.

#### Raccomandazioni per i medici:

I medici devono interrompere la prescrizione di buflomedil e devono considerare opzioni alternative di trattamento. Queste includono la gestione delle malattie preesistenti che possono aumentare il rischio di PAOD, come il diabete, i livelli elevati di colesterolo, la pressione arteriosa elevata ed il fumo.

A cura di Patrizia Iaccarino

Fonte:

<http://goo.gl/OvqB9>

<http://goo.gl/eS4kG>

## Tradotta in italiano la Classificazione ICPC

Presentata la traduzione Italiana del libro "ICPC-2 R: La classificazione Internazionale delle Cure Primarie" da parte di medici di famiglia appartenenti al

ICPC Club Italia: i dottori Nicola Buono, Angelo Cavicchi, Fabio Casadei e Ferdinando Petrazzuoli.

L'evento e' avvenuto a Ferrara il 22 ottobre, alla presenza di diversi colleghi di medicina generale provenienti da tutta Italia ed appartenenti al Gruppo ICPC

### 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/)

Club Italia. Erano peraltro presenti il Professor Jean Karl Soler di Malta esperto internazionale di questa classificazione e la Inge Okkes professoressa emerita dell'Università di Amsterdam coautrice della edizione originale del libro in inglese.

La Classificazione Internazionale delle Cure Primarie (ICPC) è lo strumento più usato a livello internazionale per disporre delle informazioni cliniche nelle cure Primarie e nella medicina di famiglia. Purtroppo nel nostro Paese trova scarsa applicazione in quanto non esiste una cultura che consideri indispensabile un uso puntuale e quotidiano della classificazione del proprio lavoro, per cui è necessario uno sforzo culturale e un impegno professionale per diffonderne

l'utilizzo nella pratica quotidiana. Recentemente a Ferrara un gruppo di medici di varie Regioni hanno fondato una Associazione denominata "ICPC Club Italia" che ha lo scopo di ricomporre questa frattura in atto e che si sta adoperando con varie iniziative, per avvicinare in vari modi i colleghi MMG alle straordinarie sfide dei sistemi di classificazione in medicina generale. L'Associazione ha adottato un sistema di classificazioni già in uso da decenni nella stragrande maggioranza dei Paesi europei ed occidentali denominata ICPC (International Classification of Primary Care - Classificazione Internazionale Cure Primarie) che fino a pochi anni fa era completamente sconosciuta e quindi inutilizzata in Italia. L'ICPC è stata sviluppata e viene ag-

giornata dal Wonca International Classification Committee (WICC) che è formato da un gruppo di medici di famiglia e da docenti universitari provenienti da tutto il mondo Australia, India, Olanda, Sud Africa, Finlandia, Malta, Germania, Svizzera, Canada, et cetera e ovviamente Italia. I due medici casertani sono i due membri italiani del WICC il quale ha continui e stretti rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nell'ultimo incontro del WICC tenutosi all'inizio di Ottobre a Barcellona, a cui i due medici casertani non hanno mancato, ospite d'onore è stato Robert Jakob responsabile dell'OMS a Ginevra della futura classificazione ICD 11. In questo modo sarà garantito la compatibilità tra la futura ICD 11 e la classificazione ICPC.

## La "pillola dei cinque giorni dopo": cosa cambia?

### Contracezione di emergenza: cosa cambia?

Benche' siano passati parecchi anni dall'ingresso in commercio della "Pillola del Giorno Dopo" le polemiche e le problematiche sul suo uso non si placano, rinfocolate anzi dall'annuncio dell'introduzione in commercio della "Pillola dei 5 giorni dopo", (Ellaone, a base di ulipristal, antiprogesterinico, a differenza del "vecchio" Norlevo, progestinico).

La differenza chimica tra i due prodotti non sposta le problematiche etico-morali sulla contraccezione d'emergenza, tuttavia può contribuire a risolvere i problemi pratici che interessano tanti medici, specialmente quelli operanti sul territorio che si sentivano disturbati dalla prescrizione di tali farmaci. Riprendiamo quindi il discorso ripartendo da un mio vecchio articolo sull'argomento riguardante il prodotto finora più comunemente usato (il Norlevo), ma aggiornandoci alla situazione attuale.

### LA "CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA": ASPETTI GENERALI ALL'EPOCA DEL NORLEVO

La contraccezione postcoitale, o contraccezione di emergenza, viene utilizzata dalle donne che abbiano avuto rapporti sessuali a rischio di concepimento ma che non desiderino una gravidanza. Inizialmente sono state utilizzate diverse metodiche, meccaniche (inserzione di uno IUD) o chimiche (assunzione di preparati ormonali a dosi elevate (estrogeni, estroprogestinici, progestinici, danazolo).

Tutto ciò è stato poi sostituito dall'avvento del levonorgestrel (Norlevo).

Molti contrasti sono nati circa l'obbligo o meno, da parte dei sanitari, di prescrivere tale farmaco per una procedura che, per molti, è assimilabile ad un "aborto mascherato".

#### Il levonorgestrel (Norlevo)

La scheda tecnica del farmaco riporta:

*L'esatto meccanismo di azione di Norlevo 1,5 mg non è conosciuto.*

*Al regime di dose utilizzato, si ritiene che il levonorgestrel sopprima l'ovulazione inibendo così la fecondazione, se il rapporto sessuale è avvenuto nella fase preovulatoria, quando è maggiore la probabilità di fecondazione. Il farmaco potrebbe anche impedire l'impianto...*

Il farmaco, quindi non avrebbe effetto abortivo e non avrebbe sostanziali controindicazioni di gravità tale da costituire effettiva controindicazione alla prescrizione.

L'affermazione di "farmaco non abortivo" si basa sulla definizione di gravidanza elaborata dall'OMS. In base a tale documento la gravidanza si intende iniziata allorché si verifici l'impianto dell'ovulo fecondato sulla parete uterina.

Si intuisce come tale definizione venga a porsi in contrasto con le convinzioni etiche e religiose di coloro che considerano iniziata la gravidanza già al momento della fecondazione dell'ovulo.

Circa la sostanziale innocuità

"farmacologica" del prodotto, tale affermazione si basa su una serie di studi che segnalavano solo effetti collaterali minori quali nausea (23%), vomito (6%), vertigini (11%), affaticamento (17%), tensione mammaria (11%), dolori pelvici (18%), altri meno frequenti (diarrea, perdite vaginali)

Per questi motivi già nel 1998 l'OMS (World

Health Organization. Family Planning and Population. Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: the Organization, 1998) aveva concluso che non ci sono controindicazioni alla contraccezione di emergenza eccetto la gravidanza

Per questi motivi il dibattito ha interessato sostanzialmente gli aspetti etici, ritenendosi pacificamente risolti quelli sanitari.

La FNOMCeO (com. n. 60/2003) dichiarava, in un comunicato abbastanza ambiguo, che "La Commissione... nell'affrontare il problema della "pillola del giorno dopo", non ha ritenuto, nel rispetto delle convinzioni personali di ciascun medico, di dovere considerare gli aspetti bioetici e giuridici che essa solleva e che tuttora, sono oggetto di un ampio e diversificato dibattito nel Paese, ma ha inteso, doverosamente, considerarne soltanto gli aspetti deontologici e pratici, ravvisando, nell'art. 19 del Codice di Deontologia medica 1998, l'indicazione comportamentale più corretta e rispondente alla libertà di coscienza del medico. Naturalmente alla donna deve essere, comunque, garantita la prestazione richiesta in conformità alle disposizioni normative vigenti con particolare riferimento all'art. 1, lett b), c), e d) della legge 29 luglio 1975 n. 405 "Istituzione consultori familiari".

L'art. 19 del Codice Deontologico citato dalla FNOM consente al medico di rifiutare prestazioni che contrastino con la sua coscienza e col suo convincimento clinico "a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita."

Nello stesso periodo la Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Roma ha poi

coniato una nuova ambigua definizione che certo non ha contribuito a chiarire il problema: la "pillola del giorno dopo" non sarebbe un farmaco contraccettivo ma piuttosto una "sostanza intercettiva", tale cioè da impedire l'annidamento dell'ovulo fecondato". Ma, ci si chiede, l'intercettazione e' da considerare "aborto mascherato" oppure no?

Il 28/05/2004 il Comitato Nazionale di Bioetica approvava una nota sull'argomento che concludeva " **ritenuta unanimemente da accogliere la possibilità per il medico di rifiutare la prescrizione o la somministrazione di LNG ... configurandosi unanimità sul fatto che il medico il quale non intenda prescrivere o somministrare il LNG in riferimento ai suoi possibili effetti post-fertilizzazione abbia comunque il diritto di appellarsi alla "clausola di coscienza", dato il riconosciuto rango costituzionale dello scopo di tutela del concepito che motiva l'astensione (cfr. p. es. Corte Cost. N 35-/1997), e dunque a prescindere da disposizioni normative specificatamente riferite al quesito in esame**"

#### Alcuni aspetti legali

Poche sono state, finora, le pronunce dei Tribunali in merito alla questione, e si basano essenzialmente sulle definizioni "ufficiali" dell'OMS:

- Sentenza del Tar del Lazio (2001): "il farmaco autorizzato **agisce con effetti contraccettivi in un momento anteriore all'innesto dell'ovulo fecondato nell'utero materno**". Lo stesso TAR chiarisce che la "pillola del giorno dopo" deve essere utilizzata, in ogni caso, solo per prestazione di emergenza, chiarendo anche i criteri che definirebbero tale termine (2 luglio 2001, sentenza sul ricorso n 21554/2000):

"Osserva il collegio che la qualificazione di "emergenza" è riferita al farmaco nel duplice significato sia di metodo anticoncezionale di carattere eccezionale rispetto alle ordinarie pratiche di prevenzione della gravidanza, sia in relazione alle situazioni particolari ed occasionali (c.d. rapporti a rischio di gravidanza) cui tende ovviare entro ristretto termine... Le caratteristiche del farmaco si traducono in specifiche **regole comportamentali a carico del medico, che è tenuto a prescriverlo in presenza dei presupposti di emergenza e nei limiti idonei ad eliminare il paventato rischio di gravidanza, e dello stesso individuo che deve assumerlo solo in presenza delle circostanze e con le precauzioni indicate nel foglio illustrativo. Ritiene il collegio che la nozione di "emergenza" che costituisce presupposto per la somministrazione del "NOR\*\*\*" va considerata in senso strettamente oggettivo - e cioè come evento critico, suscettibile di introdurre la possibilità di una gravidanza non desiderata, cui si intende porre rimedio con carattere di immediatezza, indipendentemente dal grado di volontarietà o colpa dell'interessato nel determinarlo... prescindendo da ogni valuta-**

zione circa il concorso psichico dello stesso nel determinarne le cause".

#### E' applicabile alla "pillola postcoitale" la normativa sull'obiezione di coscienza?

L'obiezione di coscienza rappresenta un'eccezione al generale obbligo del sanitario di prestare la sua propria opera professionale ed è prevista espressamente ed esclusivamente per le procedure e le attività relative all'IVG; quindi, condizione perché possa essere invocata è la sua riferibilità alla pratica di IVG e non può essere estesa per analogia ad altre fattispecie.

E' stato infatti osservato che se il prodotto usato e' unicamente contraccettivo e viene somministrato allorché la gravidanza non e' iniziata, non c'e' ragione di applicare una norma che invece ha il suo assunto in una gravidanza già iniziata ma che viene interrotta.

Il punto della discussione torna quindi sulla questione: **il blocco dell'annidamento di un ovulo che può essere fecondato, costituisce "interruzione di gravidanza"?**

Ho già espresso il concetto di "inizio-vita" adottato dall'OMS, ma esistono forti (e fondate) linee di pensiero che contestano proprio i presupposti su cui si basano tali definizioni.

Benche' l'OMS abbia stabilito l'inizio della gravidanza dal momento dell'annidamento, tale impostazione non appare affatto pacifica: il Comitato Nazionale di Bioetica nel giugno 1996 aveva dichiarato di doversi trattare l'embrione umano come una persona "fin dalla fecondazione"; la Corte Costituzionale nel 1997, ha parlato di un diritto alla vita del "concepito" (non dell'"impiantato"), affermando che all'art. 1 va attribuito un vero significato normativo e che in esso trova riconoscimento il diritto alla vita del concepito, diritto alla vita che sta alla base dell'impianto costituzionale e che ha trovato un sempre maggior riconoscimento, anche a livello internazionale.

Molto si discute, poi, sul concetto di "interruzione di gravidanza" come espresso dalla Legge 194/78: dal 10 comma dell'art. 1, secondo cui "lo Stato tutela la vita umana fin dal suo inizio" deriverebbe che per "interruzione della gravidanza" debba intendersi qualunque interruzione del processo vitale successivo alla fecondazione con conseguente morte del concepito. Le altre norme della legge, anche l'art. 9, non possono quindi che riferirsi alla vita umana "fin dal suo inizio".

A distanza di tanti anni, quindi, la questione appare ancora dibattuta e non definitivamente risolta.

#### I diritti dell' "avente diritto": la donna

La donna maggiorenne che richiede la prescrizione del farmaco e', senza dubbio, un' "avente diritto" alla prestazione sanitaria richiesta (prescrizione del farmaco).

Problemi non da poco si pongono invece

quando la richiedente e' **una minorenni. Prescrivere o non prescrivere?**

La prescrizione e la somministrazione e' esplicitamente prevista (art. 2 della l. 194-/78): "la somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori."

#### Avvertire o non avvertire i genitori?

La legge, in linea generale, riconosce il diritto della minorenni a nascondere ai genitori esercenti la potestà, ed a tutte le figure adulte che sostituiscono i genitori biologici, le sue problematiche sessuali. Infatti, la 194-/78 all'art. 12, 2° comma prevede espressamente la possibilità per la minore - qualora vi siano "seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela" - di chiedere direttamente al giudice tutelare il consenso all'aborto, "saltando" così i genitori, il tutore o gli altri adulti cui sia affidata.

Se questo vale per l'aborto, a maggior ragione vale per la "pillola del giorno dopo", in quanto concettualmente misura anticoncezionale d'urgenza.

Tuttavia, queste disposizioni non indicano un diritto pacifico ed automatico, estensibile ad ogni circostanza, ma solo una procedura da attuarsi in condizione eccezionale.

L'autonomia decisionale della minorenni, inoltre, differisce a seconda dell'età: a parte circostanze di minore importanza, si deve ricordare che: dal 14° anno risponde delle proprie azioni in sede penale e le e' consentita libera sessualità (con qualche eccezione); dal 16° anno può riconoscere un figlio naturale e chiedere al Tribunale dei Minori di essere autorizzato alle nozze.

Quindi la richiesta di pillola del giorno dopo, seppur legittima in linea di principio, va valutata anche a seconda dell'età.

Va anche considerato che dietro il rifiuto della minore di non informare i genitori possono essere motivi di dubbia validità, come il possibile "plagio" da parte di un partner maschile più vecchio e condizionante la minore; senza contare che in certi casi (incesto, abuso da parte di un tutore ecc.) si può ricadere nell'ambito di reati che richiedano, da parte del medico, un referto all'Autorità giudiziaria.

**Per rimanere comunque nell'ambito della "contraccezione d'emergenza", dovendosi scegliere tra il rischio di una gravidanza indesiderata o comunque a rischio, con tutto quel che ne consegue sul piano sociale e psicologico, soprattutto nei riguardi di adolescenti giovanissime, e' ovvio che la pillola del giorno dopo, astrattamente parlando, venga ad essere il male minore. Il diritto della donna (sia o non sia maggiorenne) di ottenere la prestazione (aborto e, a maggior ragione, prescrizione di Norlevo) appare quindi pacifico. In linea generale, comunque, il diritto alla riservatezza andrebbe sempre rispettato.**

### Chi deve prescrivere?

Ogni medico (di famiglia, di Guardia medica, di Consultorio ecc.) **puo'** prescrivere la pillola del giorno dopo. Ma chi **"deve"** farlo?

La "pillola del giorno dopo" e' infatti un farmaco a tutti gli effetti: e' soggetto a limitazioni d'uso, controindicazioni, possibili rischi d'uso, e quindi va prescritto dal medico in seguito ad un processo "ragionato" e non acriticamente dietro semplice richiesta della donna, valutandone i potenziali rischi.

Cio' premesso, il problema dell'obbligo di prescrizione si puo' porre, per motivi morali (diversi da quelli sanitari) per i medici che abbiano dichiarato l'obiezione di coscienza e che ritengano il farmaco, per i motivi esposti sopra, "abortivo" e non semplicemente contraccettivo.

**In questo caso essi possono legittimamente far riferimento alle norme sul diritto all'obiezione di coscienza.**

**L' Obiezione di coscienza, pero', non puo' essere "estemporanea" ma va dichiarata ufficialmente nei modi e nei tempi previsti dalla Legge.**

Qualora i tempi non siano tali da pregiudicare l'effetto anticoncezionale, questi medici hanno quindi, a nostro parere, il diritto di rifiutare la prescrizione ma devono allora indirizzare correttamente la paziente a strutture quali i Consultori, che comunque, salvo motivi "sanitari", saranno tenuti a prescrivere.

**Resta impregiudicato, infatti, il diritto della paziente ad ottenere la prestazione.**

I Consultori, in quanto strutture pubbliche deputate a tale scopo, devono poter assicurare, in ogni caso, la prestazione richiesta. Cio' e' stato piu' volte ribadito; la stessa dichiarazione della FNOMCeO riportata all'inizio sottolinea tale aspetto.

Qualora il medico consultato al Consultorio abbia presentato obiezione di coscienza, la struttura dovra' quindi attivare altri sanitari disponibili. Il rifiuto della prestazione puo' configurare, infatti, a carico dei Responsabili, il rifiuto di atti d'ufficio, come si dira' in seguito.

### I falsi motivi sanitari

E' capitato che dei medici abbiano voluto utilizzare un escamotage per evitare la prescrizione del Norlevo, appellandosi ad esempio al fatto che, non conoscendo la paziente, la esporrebbero al rischio di effetti collaterali da farmaco.

Cio' puo' essere vero in singoli casi particolari, ma non puo' costituire un'abitudine. Il rifiuto sistematico attuato da alcuni Consultori, basato appunto sul concetto che, trattandosi di una prima visita, il medico non possa essere in grado di valutare i rischi di possibili effetti collaterali, appare del tutto falso e specioso, e rischioso dal punto di vista legale.

*In primo luogo*, se tale concetto fosse valido, gli stessi medici dovrebbero rifiutare sempre

qualsiasi prescrizione di *qualunque farmaco* in occasione di una prima visita (cosa che evidentemente non succede).

*In secondo luogo*, poiche' i medici di Consultorio rivestono la qualifica di Pubblici Ufficiali, una eventuale omissione di prestazione da parte loro assume i caratteri piu' gravi di un rifiuto di atti d'ufficio, e cio' e' indipendente dagli aspetti sanitari del problema. E' ben presente alla memoria, ad esempio, il caso del medico di guardia condannato per aver rifiutato una visita domiciliare che si rivelo' poi effettivamente inutile, ma che costituiva suo dovere d'ufficio. L'eventuale rifiuto deve quindi basarsi sulla presenza di concreti e specifici rischi, e non su astratte dichiarazioni di principio.

**Le motivazioni "sanitarie"infatti non possono essere semplici pretesti per rifiutare una legittima prestazione, ne' per mascherare un rifiuto di origine etica o religiosa. Qualora un medico abbia tali remore, deve esplicitarle dichiarando l'obiezione di coscienza nei modi di legge.**

*Fare "obiezione di coscienza" in modo surrettizio e al di fuori dei dettati normativi puo' configurare certamente un illecito punibile sia in ambio disciplinare che penale.*

### L' Obiezione di coscienza

La dichiarazione di obiezione di coscienza nei confronti delle procedure di interruzione volontaria di gravidanza, regolata dalla Legge n.194/78, deve essere comunicata, secondo il testo della Legge suddetta, al medico provinciale (attualmente al Direttore Sanitario della ASL) e, nel caso di personale dipendente dall'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire dette prestazioni o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che compporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione puo' sempre essere revocata o venire proposta al di fuori dei termini precedentemente esposti, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Potrebbe essere utile che il Medico di Famiglia (o altra figura analoga territoriale) comunichi preventivamente la sua condizione di obiettore ai propri assistiti, in modo da evitare situazioni conflittuali.

**In conclusione, quindi, a mio parere, il medico obiettore di coscienza (sia esso dipendente o convenzionato) puo' rifiutarsi di prescrivere/somministrare i contraccettivi d'emergenza con riferimento all'art. 9**

**della Legge 194 del 1978 e all'art. 19 del Codice di Deontologia medica.**

**Il medico che non ha presentato obiezione di coscienza puo' esimersi dalla prescrizione invocando unicamente la norma del Codice Deontologico.**

Va tenuto conto pero' che il giudice potrebbe non tener conto (in sede penale o civile) di queste esimenti, soprattutto se le circostanze fossero tali da non permettere un tempestivo ricorso al Consultorio.

### LA "PILLOLA DEI 5 GIORNI": L' ERA DELL' ELLAONE

Con determinazione dell'8 novembre 2011 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17 novembre 2011), l'Agenzia italiana del farmaco ha autorizzato, a decorrere dal 18 novembre 2011, l'immissione in commercio del medicinale Ellaone (ulipristal), con la seguente indicazione terapeutica:

"Contraccettivo d'emergenza da assumersi entro 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di altro metodo contraccettivo".

Questo farmaco e' in commercio in confezione da 1 compressa, e' soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta ed e' collocato, ai fini della rimborsabilita', nella classe C.

Il farmaco, pero', puo' essere utilizzato come contraccettivo di emergenza solo quando sia stata esclusa una gravidanza in atto prima della somministrazione. La prescrizione del medicinale e' subordinata alla presentazione di un test di gravidanza (ad esito negativo) basato sul dosaggio dell'HCG beta. Non e' ben chiaro quale test di gravidanza sia ritenuto abbastanza attendibile.

### COSA CAMBIA?

Le polemiche sull'uso del nuovo farmaco non differiscono sostanzialmente da quelle sull'uso del Norlevo, con differenti pareri degli esperti sull'eventuale potere abortivo. In effetti la scheda tecnica riferisce, con il consueto margine di ambiguita', che *"Ulipristal acetato e' un modulatore sintetico del recettore del progesterone... Si ritiene che il meccanismo d'azione primario consista nell'inibire o ritardare l'ovulazione, ma alterazioni dell'endometrio possono altresì contribuire all'efficacia del farmaco"*.

Non e' escluso quindi un meccanismo "anti-annidamento" analogo a quello del Norlevo, con i problemi etici di cui abbiamo discusso. Per questo motivo l'ex Ministro della Salute Fazio aveva chiesto un parere al Consiglio Superiore di Sanità (Css) proprio per chiarire se si tratti di un farmaco contraccettivo o abortivo. Il Css ha stabilito che si tratti solo di un contraccettivo, per cui si e' dato il via libera alla distribuzione, ma questo parere, come in precedenza non ha convinto tutti gli esperti. Non si comprende infatti l'obbligo, se si tratti di un semplice contraccettivo, di

un test di gravidanza preventivo; molti chiedono l'abolizione di questa clausola, che ridurrebbe l'utilità del farmaco. L'obbligo del test sarebbe motivato, a quanto afferma la scheda tecnica, dal fatto che non si hanno elementi sicuri sull'influenza del farmaco su un eventuale feto.

A tirare un sospiro di sollievo, comunque, sono i "medici di emergenza" (Continuità

Assistenziale e Pronto Soccorso): nei periodi di chiusura dei Consultori, soprattutto durante le festività e nei fine-settimana, le donne a rischio di gravidanza esigevano da questi sanitari la prescrizione di Norlevo. Il fatto che il sanitario potesse essere obiettore o ritenesse questo farmaco in contrasto con i suoi convincimenti etici, creava situazioni altamente conflittuali.

**Il fatto invece che l'Ellaone abbia un margine di efficacia così prolungato può permettere ora alle donne, anche in caso di giorno festivo, di poter attendere e rivolgersi con maggiore tranquillità ai Consultori. Gli obiettori possono sentirsi più tranquilli.**

Daniele Zamperini

## I soliti IgNoti... : i Premi IgNobel del 2011

A quanto pare aggiudicarsi un IgNobel (il premio attribuito dagli studenti di Harvard alle ricerche più... ignobili della letteratura scientifica) non è più cosa di cui vergognarsi, dal momento che consente una pubblicità e una visibilità mondiale che certi "ricercatori" non si sarebbero mai sognati. Senza contare i ricercatori famosi finalmente sbeffeggiati senza remore in pubblico. Ma la pubblicità è l'anima del commercio, e la risata fa riflettere...

Ma ecco la lista completa dei vincitori degli Ig Nobel 2011:

**Fisiologia:** Anna Wilkinson, della University of Lincoln, e colleghi provenienti da diversi Paesi per il loro studio pubblicato sulla rivista *Current Zoology* dal titolo "Nessuna prova che lo sbadiglio della tartaruga dalle zampe rosse sia contagioso". Magari qualcuno non ci dormiva la notte!

**Chimica:** Un team di ricerca guidato dall'università giapponese di Shiga ha messo a punto un sistema antincendio che sveglia le persona addormentate spruzzando nell'aria uno spray a base di wasabi. Cosa sia il wasabi lo sa chiunque abbia sperimentato la cucina giapponese ed abbia assaggiato imprudentemente quella simpatica salsina verde dal caratteristico sapore... L'allarme al wasabi è in attesa di brevetto.

**Medicina:** Il premio è stato assegnato ex equo a due gruppi di studiosi che hanno lavorato in modo indipendente alla stessa ricerca, che ha stabilito che il momento migliore per prendere una decisione importante è quello in cui si

ha urgentissimo bisogno di fare pipì. Questo perché "l'urgenza di urinare faciliterebbe il controllo degli impulsi anche in settori non correlati". La conclusione sembra sia stata "quando la devi fare, la devi fare...".

Un avvenire aperto per i prostatici, sempre pronti quindi alle decisioni importanti. Per gli eterni indecisi si aprono interessanti sviluppi urologici...

**Psicologia:** Karl Halvor Teigen dell'Università di Oslo, Norvegia, per aver cercato di capire perché, nella vita quotidiana la gente sospira e aver concluso che spesso non si tratta di noia o frustrazione. Magari qualcuno potrebbe suggerirne qualche dozzina di altri motivi...

**Letteratura:** John Perry della Stanford University, USA, per la sua "Teoria della procrastinazione strutturata", secondo la quale i procrastinatori possono essere motivati a fare cose realmente importanti solo nel momento in cui nel farle ne ritardano altre ancora più importanti.

Quindi per avere successo, bisogna lavorare sempre a qualcosa di importante, in modo da evitare di dover far qualcosa di ancora più importante.

**Biologia:** I premiati Darryl Gwynne e David Rentz hanno pubblicato ben due articoli sul fatto che certi tipi di scaraffaggio, messi alla presenza di una bottiglia di birra, perdono la testa e in preda a raptus erotico cercano in tutti i modi di violentarla. Ma che sia birra australiana e di una precisa marca. I ricercatori hanno anche pubblicato foto dell'infelice coleottero maschio alle prese con la sua strana "signora"...

**Fisica:** Philippe Perrin e colleghi hanno determinato, dopo lunghi studi, perché ai lanciatori del disco gira la testa e a quelli del martello invece no.

**Pace:** Arturas Zuokas, sindaco di Vilnius, in Lituania, per aver dimostrato che il problema del parcheggio in sosta vietata delle auto di lusso può essere risolto salendo sopra l'automobile con un carrarmato.

**Pubblica sicurezza:** John Senders della University of Toronto, in Canada, per aver condotto una serie di esperimenti su automobilisti costretti a guidare in autostrada colpiti da una serie di inconvenienti, come quello di una visiera parasole che gli cade ripetutamente davanti alla faccia, accecandolo.

**Matematica:** Il premio è andato a un nutrito gruppo di predicatori apocalittici che in passato hanno previsto (venendo ovviamente clamorosamente smentiti) la fine del mondo: Dorothy Martin (che ha predetto che il mondo sarebbe finito nel 1954), Pat Robertson (che ha predetto che il mondo sarebbe finito nel 1982), Elizabeth Clare Prophet (che ha predetto che il mondo sarebbe finito nel 1990), Lee Jang Rim (che ha predetto che il mondo sarebbe finito nel 1992), Credonia Mwerinde (che ha predetto che il mondo sarebbe finito nel 1999), e Harold Camping of the USA (che ha predetto che il mondo sarebbe finito nel 1994 e poi ha predetto che finirà il 21 ottobre 2011) per "aver insegnato al mondo di fare attenzione quando si fanno ipotesi e calcoli matematici".

Daniele Zamperini

**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/)**

## Ecografia e Medico di Famiglia

Si sta diffondendo l'idea tra i Medici di Medicina Generale di arricchire il proprio bagaglio professionale ampliando l'offerta di servizi rivolti al paziente, ottenendo il doppio scopo di offrire un servizio migliore e di attivare un nuovo canale di introiti libero-professionali. A questo scopo si propugna l'impiego routinario dell'ecografia. Riporto la mia opinione in merito in calce ad un intervento (ahime', troppo breve per essere esaustivo) in occasione di un Congresso medico.

### L'ecografia come ausilio diagnostico

L'ecografia ha svolto certamente un ruolo fondamentale nella rivoluzione tecnologico-diagnostica: chi scrive sarebbe stato lietissimo se avesse potuto godere di un tale ausilio, e certamente ne avrebbero avuto beneficio i pazienti e il Sistema Sanitario per la maggiore rapidità diagnostica e conseguente abbattimento dei costi.

Tuttavia l'ecografia è solo uno strumento, la sua efficacia non è intrinseca ma dipende essenzialmente dal modo in cui viene usata. Come un martello può costruire una casa o uccidere una persona. Dipende.

L'ecografo viene indicato spesso, nelle discussioni tra medici, come un semplice strumento da utilizzare per completare o migliorare la capacità diagnostica verso i propri pazienti. Viene quindi spesso assimilato allo stetoscopio: il medico, che prima auscultava direttamente con l'orecchio, si è poi servito dello stetoscopio e in questo modo ha migliorato la sua capacità diagnostica. Come nessuno si sognerebbe di contestare l'uso dello stetoscopio, non si vede la ragione per contestare l'uso dell'ecografo da parte dei MMG, essendo concettualmente analogo, semplicemente più "tecnologico", più perfezionato. Per questo sono nate molte scuole, pubbliche o private, che offrono ai medici corsi di apprendimento per l'uso dello strumento.

Il costo iniziale dello strumento verrebbe poi recuperato dalla prospettiva di farne un uso a pagamento. Tutto ciò

vale per ogni medico, ma appare ancor più appetibile per i MMG, aventi una numerosa clientela legata da un rapporto di fidelizzazione.

### I problemi

Esistono però dei problemi non indifferenti per l'uso dello strumento, in parte validi per tutti i sanitari, in parte legati invece proprio al ruolo che svolge il medico convenzionato.

L'interesse sempre crescente e le sempre più numerose applicazioni cliniche dell'ecografia hanno notevolmente contribuito ad aumentare il contenzioso medico-legale e le contestazioni nei confronti dell'operato dei medici ecografisti, soprattutto (ma non solo) in ambito ostetrico.

Tale fenomeno è particolarmente presente negli Stati Uniti dove in 5 anni si sono viste triplicare le azioni legali riguardanti esami ecografici, con un trend di incremento delle azioni giudiziarie nei confronti di ecografisti anche nel nostro paese.

Le eccessive aspettative sull'efficacia del mezzo sono state probabilmente alimentate anche dalla stessa classe medica, che si è illusa di aver trovato una vera e propria panacea diagnostica, per poi accorgersi che solamente l'alta professionalità ne fa un mezzo diagnostico prezioso mentre al contrario, in mani inesperte, può essere un'arma a doppio taglio con un inevitabile calo del livello di qualità media e di conseguenza più cause per responsabilità medica.

### L'affidabilità del mezzo

L'ecografia è considerata, in ambito medico-legale, una metodica troppo "operatore-dipendente", troppo legata, cioè, alla bravura e all'esperienza dell'operatore; è inoltre una metodica che permette, qualora si usino certi artifici, di accentuare, minimizzare o addirittura simulare certi aspetti patologici. Tali anomalie possono anche verificarsi, senza dolo, per semplice inesperienza dell'operatore ma per questo motivo, sempre in ambito medico-legale, si nutre una certa diffidenza verso referti ecografici non confortati da altre metodiche o

da chiare manifestazioni cliniche.

Lo strumento può invece essere utilissimo quando usato in ambito prettamente clinico.

### Gli errori diagnostici e le responsabilità del medico

Un errore nella diagnosi ecografica non sempre configura un'ipotesi di colpa professionale, ma può rientrare nell'aria di incertezza e di rischio che è insita in ogni attività medica e che può ricondursi all'estrema variabilità delle situazioni di indagine e di rilievo che difficilmente consente valutazioni uniformemente oggettive.

Quando però un sanitario si affida a strumenti che eccedono la normale dotazione della sua professione, deve dimostrare di saperli utilizzare in modo idoneo.

Ogni medico, in linea di principio, può svolgere qualsiasi attività e qualsiasi specializzazione (eccetto rare eccezioni) ma è evidente che un medico generico che volesse darsi sic et simpliciter alla cardiocirurgia, pur potendolo teoricamente fare sarebbe visto certamente con sospetto se non con orrore, e sarebbe severamente sanzionato per ogni errore da lui commesso.

Questo perché effettuare attività professionali a cui non si sia adeguatamente preparati può facilmente configurare responsabilità professionale per imperizia o, cosa più grave, per imprudenza, avendo azzardato attività che non si sia in grado di praticare a livelli adeguati.

Va appena accennato che l'incompetenza va sanzionata solo in caso di colpa grave, mentre per l'imprudenza o per la negligenza non c'è nessuna pietà: va sanzionata anche la colpa lieve.

In caso di errore, in altre parole, se il medico è diligente e competente, si ricade nella "colpa lieve" non punibile; se si presentano profili di incompetenza grave o di imprudenza anche lieve, si può finire sotto problemi di codice penale.

Poiché errare è umano, ad ogni ecografista capiterà prima o poi di commettere un errore, ma le conseguenze di questo errore, in base ai criteri sopra accennati,

**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/)**

possono essere diversissime.

Il medico dovrà innanzitutto dimostrare di avere una sufficiente competenza e di aver acquisito una esperienza adeguata non solo nell'uso dello strumento, ma soprattutto nella capacità di discriminazione diagnostica delle patologie in cui si cimenta.

Puo' non bastare aver seguito un corso qualsiasi tra quelli offerti dal mercato perche' in caso di contenzioso dovra' essere valutato se tali corsi siano stati di qualita' sufficiente.

Va considerato che corsi privati possono (e spesso e' proprio cosi') non avere un valore legale o una qualita' tale da mettere al riparo il sanitario. Nel caso di corsi universitari, o di esperienza fatta durante un corso di specializzazione universitario, la garanzia di adeguatezza e' ritenuta (a torto o a ragione) generalmente maggiore.

Diverse Associazioni hanno stilato delle linee-guida per la corretta esecuzione di un'ecografia. Benché non abbiano un valore legale possono essere invocate (e possono avere peso) in caso di contenzioso.

## E il Medico di Medicina Generale?

Il MMG soffre ancora del fatto di essere considerato un "medico di base" inteso purtroppo nell'accezione negativa della frase: un medico che conosce solo le nozioni di base della medicina e manca dell'approfondimento culturale e professionale di cui godono gli specialisti. Questo si riflette in ambito medico-legale: se da una parte lo lascia indenne nella maggior parte dei contenziosi (in base al principio che "se uno non e' tenuto ad avere competenze specifiche in un settore la sua imperizia puo' essere piu' facilmente giustificabile") lo espone invece alla piu' grave accusa di imprudenza allorché si lanci in settori che non fanno parte del suo bagaglio professionale "di base".

E' percio' fondamentale che il MMG che si dedichi alle ecografie abbia innanzitutto effettuato corsi di istruzione adeguati ed esaustivi, in modo da poter dimostrare la sua competenza. Alcune competenze, che possono essere date per scontate se l'operatore e' uno specialista

di settore affine alla patologia indagata dovranno invece essere dimostrate se l'operatore e' un MMG.

Il MMG, quindi dovra' usare una particolare cautela allorché voglia praticare attivita' libero-professionale e refertare in conseguenza. Questo anche in relazione al suo ruolo giuridico.

L'ACN (la Convenzione dei MMG) consente ad essi lo svolgimento di attivita' libero-professionale con i propri assistiti solo per attivita' non previste come convenzionate. Questa dizione non puo' essere interpretata troppo semplicisticamente.

L'ecografia certamente non e' tra le attivita' previste in convenzione ma, mantenendo il paragone fatto sopra con lo stetoscopio, neppure l'uso dello stetoscopio e' espressamente previsto dalla Convenzione. Tuttavia l'uso di quest'ultimo e' considerato facente parte dell'attivita' diagnostica insita nel ruolo stesso, e nessun medico penserebbe di chiedere una parcella per aver usato quest'ultimo strumento in quanto non previsto dalla Convenzione!

Nel decidere quindi se chiedere o non un pagamento, va prima ben distinto il ruolo del medico in quel momento.

## Il Ruolo legale del Medico di Medicina Generale

Ricordiamo per prima cosa che il MMG, nello svolgimento dei suoi compiti, e' ormai considerato unanimemente un Pubblico Ufficiale, con obblighi e divieti che lo differenziano dal comune cittadino e che possono comportare sanzioni molto gravi, e non solo economiche.

Il medico che effettui, in orario di studio una visita convenzionata, e' un P.U. e pertanto deve porre molta attenzione allorché pretenda del denaro da un suo assistito.

L'assistito puo' inoltre fare leva su questo suo doppio ruolo in caso di contenzioso, mettendo in difficolta' il sanitario. Sarebbe quindi utile che il MMG differenzi nettamente le sue attivita'.

Qualora il MMG svolga *attivita' non previste dalla Convenzione (come ecografie, ECG, doppler eccetera) in orari*

*diversi da quelli destinati all'attivita' convenzionata, puo' senza dubbio lecitamente chiedere un corrispettivo per la sua opera professionale, operando in regime assolutamente libero-professionale. Concludera' l'esame con un referto scritto che puo' assumere importante valore medico-legale (positivo o negativo) in caso di contenzioso.*

*Il MMG che usi uno strumento aggiuntivo per completare la visita convenzionata, non puo' invece, a mio parere, chiedere un corrispettivo, a meno di informare in anticipo il paziente della necessita' o dell'utilita' dell'esame (chiarendo quale sia il sospetto diagnostico) e dell'onere economico che ne derivi.*

Egli deve, in altre parole, ottenere un valido consenso informato ad effettuare attivita' libero-professionale nei suoi confronti, senza il quale l'eventuale ecografia resta una sua lodevole iniziativa che pero' non puo' essere messa a carico del paziente.

Non e' obbligatorio (e talora non consigliabile) in caso di ecografia effettuata "a completamento" stilare a parte un referto "ufficiale", in quanto facente parte della visita complessiva.

**Ma attenzione! Il consenso deve essere VERAMENTE informato, e non deve essere carpito con artifici, ne' indotto da pressioni psicologiche del medico!**

Troppo facile sarebbe, in occasione di una normale palpazione addominale, adombrare terribili sospetti diagnostici e quindi indicare la necessita' di approfondimenti ecografici urgenti gia' in partenza inutili o comunque in realta' non urgenti!

**Il paziente deve essere sempre libero di scegliere**, senza pressioni, se effettuare l'indagine presso il suo medico pagandone il corrispettivo o in altra sede o presso altri operatori di maggior fiducia. Se esente dal ticket, ad esempio, deve poter decidere liberamente se effettuare l'indagine presso strutture pubbliche o convenzionate, specie in caso di sospetto diagnostico che non rivesta caratteristiche di urgenza.

**Per questi motivi ritengo che l'esame ecografico effettuato a completamento di una normale visita in orario con-**

## 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/)

**venzionato vada inteso come completamento della stessa visita e quindi non vada fatto pagare all' assistito, in quanto fortemente sospetto di induzione "interessata" da parte del sanitario. Nel caso che il sanitario voglia invece ottenere un legittimo pagamento, va registrato un consenso informato scritto, in cui il medico esprime il sospetto diagnostico e il paziente accetta di pagare per approfondirlo subito.**

Il consenso informato, come in tutte le attività mediche, andrebbe chiesto e ottenuto anche in caso di ecografie effettuate fuori orario, ma il fatto che il pa-

ziente si sia presentato fuori orario convenzionato per un' attività palesemente libero-professionale, può offrire già una presunzione di consenso.

### **Il secondo parere**

E' divenuta prassi corrente della cosiddetta "medicina difensiva" il ricorrere ad un secondo parere allorché i casi non appaiano perfettamente chiari. Diverse sentenze hanno condannato dei sanitari per errori diagnostici avvenuti magari senza colpa in quanto legati all' insufficienza del mezzo, ma per non aver consigliato approfondimenti presso strutture

meglio attrezzate o più specializzate, oppure con metodiche diverse (TAC, RMN ecc.).

Data la particolare "vulnerabilità" dei medici di base operanti nell' ecocardiografia, e' consigliabile (sempre a mio parere) che evitino di affrontare per motivi venali situazioni o patologie di cui non siano effettivamente esperti e che largheggino, a scopi difensivi, di accertamenti di secondo livello ad ogni caso che presenti qualche dubbio.

Daniele Zamperini

## **L' obbligo di reperibilità nel giorno di riposo non dà diritto al risarcimento**

Va dimostrato l' eventuale danno psicofisico del dipendente, e non può essere presunto (Cass. N. 18310/11)

Un dipendente ASL aveva presentato richiesta di risarcimento del danno derivato dall'usura psicofisica subita per giornate lavorative effettuate nei giorni destinati a riposo compensativo a seguito di turno di reperibilità prestato in giorno festivo.

I giudici di merito (sia in primo grado che in Appello) avevano respinto la richiesta per cui il lavoratore aveva presentato ricorso in Cassazione.

La Suprema Corte confermava le sentenze dei giudici di merito, affermando che "L'obbligo di mera disponibilità non seguito dal godimento del riposo compensativo è situazione diversa dalla pre-

stazione di lavoro resa nel giorno destinato al riposo, e non vi è alcuna ragione per ritenere che esso sia di per sé idoneo ad incidere sul tessuto psicofisico del lavoratore così da configurare un danno in re ipsa". ..è certo possibile che il disagio patito per la reperibilità in giorno festivo non seguita da effettiva attività lavorativa assuma dimensioni tali da incidere sul piano psicofisico del lavoratore che non possa godere del riposo compensativo, trasformandosi in danno da usura psicofisica ma a tal fine non è sufficiente la mera deduzione di non aver potuto godere appieno il giorno festivo per il connesso impegno di reperibilità, essendo necessario allegare e provare il danno che tale reperibilità ha prodotto. Né è il datore di lavoro a dover dimostrare, diversamente che nel caso di reperibilità attiva, l' idoneità dei benefici

contrattuali a fornire l'integrale ristoro per il mancato recupero delle energie psicofisiche del lavoratore, essendo invece quest'ultimo a dover provare che la mera reperibilità passiva non seguita da riposo compensativo sia stata produttiva di un danno".

In altre parole la Corte non ha escluso la possibilità che la reperibilità prestata in giorno festivo e non seguita da riposo compensativo possa portare effettivamente un danno alla salute. Tale danno però non può essere considerato automatico; e' il lavoratore che ha l' onere di dimostrarlo concretamente. E, soprattutto quando la reperibilità non ha comportato attività lavorativa, può non essere facile...

Daniele Zamperini

## **Una strada, due semafori: chi passa col rosso paga due multe**

Qualora un tratto di strada presenti due semafori, e l' automobilista li passi entrambi col rosso, la multa va pagata due volte senza le agevolazioni previste per la continuità della violazione. (Cassazione n. 20222/2011).

I fatti: un automobilista passava col rosso due semafori posti a poca distanza sullo stesso tratto di strada. Multato per entrambe le violazioni, presentava ricorso davanti al Giudice di Pace.

Il giudice, pur respingendo il ricorso, aveva ridotto la sanzione sostenendo che

nonostante vi fossero due semafori rossi in due diversi incroci della stessa strada, si sarebbe dovuta applicare la disciplina della continuazione del reato ex articolo 81 del codice penale, che prevede una riduzione della pena cumulativa a chi "con una sola azione od omissione viola diverse disposizioni di legge ovvero commette più violazioni della medesima disposizione di legge".

La Cassazione respingeva però questa interpretazione ricordando che l'istituto del cosiddetto cumulo giuridico tra sanzioni e' valido nella sola ipotesi di concorso formale tra le violazioni contestate

( per le sole ipotesi, cioè, di violazioni plurime, ma commesse con un'unica azione od omissione) e non è legittimamente invocabile nelle ipotesi di concorso materiale (più violazioni commesse con più e distinte azioni od omissioni).

L' automobilista veniva quindi condannato a pagare interamente entrambe le multe.

Daniele Zamperini

**A Cura di Marco Venuti**

## **Novita' in Gazzetta Ufficiale**

Per approfondimenti vedi [www.medicoeleggi.it](http://www.medicoeleggi.it)

**Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 300 del 27 dicembre 2011 e Supplemento ordinario n. 276**

### **AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO**

#### [DETERMINAZIONE 2 dicembre 2011](#)

Inserimento del medicinale 6-mercaptopurina (6-MP) nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per i pazienti affetti da malattia di Crohn con indicazione al trattamento immunosoppressivo con azatioprina (pazienti steroideo-dipendenti/resistenti/intolleranti), ma che abbiano sviluppato intolleranza a tale farmaco

#### [DETERMINAZIONE 14 dicembre 2011](#)

Attività di rimborso alle regioni, per il ripiano dell'eccedenza del tetto di spesa, relativamente al medicinale «Xagrid».  
(Determinazione n. 2787/2011)

#### [LEGGE 22 dicembre 2011, n. 214](#)

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, recante disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici

**Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 301 del 28 dicembre 2011 e Supplemento ordinario n. 279**

### **MINISTERO DELLA SALUTE**

#### [DECRETO 7 ottobre 2011](#)

Ripartizione del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009

### **AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO**

#### [DETERMINAZIONE 1 dicembre 2011](#)

Autorizzazione degli stampati standard dei medicinali «ex galenici» da Formulario Nazionale. (Determinazione V & A n. 1352)

**Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 302 del 29 dicembre 2011**

### **LEGGI E ALTRI ATTI NORMATIVI**

#### [DECRETO-LEGGE 29 dicembre 2011, n. 216](#)

Proroga di termini previsti da disposizioni legislative