

# SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 5

Maggio 2012

In elaborazione i regolamenti Ordinistici su Formazione ECM. 150 crediti ogni 3 anni e sanzioni per gli inadempienti. Vi terremo al corrente.



**La Citisina aiuta a smettere di fumare**



**L'olio di oliva riduce l'incidenza di ictus**



**Cane assassino, il proprietario e' colpevole di omicidio**

**Confermato: i FANS aumentano i rischi nei coronaropatici...**

**... e possono favorire la comparsa di Fibrillazione Atriale**

**L'ipertensione resistente spesso e' da camice bianco**

**Le ASL non sono obbligate ad organizzare corsi di aggiornamento**



**L'omissione o l'errore diagnostico non comportano automaticamente colpa medica**

**INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA**

**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

Budesonide intermittente nell'asma pediatrico moderato	Pag. 3	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.: <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> dzamperini@gmail.com 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>
Confermato: i FANS aumentano i rischi nei coronaropatici	Pag. 3	
Togliere le adenoidi: quasi sempre inutile	Pag. 4	
Sospendere l' ASA? Può essere pericoloso!	Pag. 5	
La Fibrillazione Atriale può dipendere da FANS e COX2	Pag. 6	
L' obesità infantile, se poi non si rimedia, aumenta il rischio cardiovascolare da adulti	Pag. 7	
L'olio di oliva riduce l'incidenza di ictus	Pag. 8	
Iperensione resistente o ipertensione da camicia bianca?	Pag. 8	
La Citisina aiuta a smettere di fumare	Pag. 9	
Le ASL non sono obbligate ad organizzare corsi di aggiornamento	Pag. 10	
Va risarcito il danno patrimoniale anche a chi non lavora	Pag. 10	
Si può optare tra assegno di invalidità e indennità di disoccupazione	Pag. 11	
L' omissione o l' errore diagnostico non comportano automaticamente colpa medica	Pag. 12	
Se il cane uccide, il proprietario è colpevole di omicidio	Pag. 12	
<b>Novità in G.U.</b> (A cura di Marco Venuti)	Pag. 13	



**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/)

## Budesonide intermittente nell'asma pediatrico moderato

L'uso intermittente di budesonide per via inalatoria è efficace come la somministrazione continua in bambini con asma recidivante di gravità moderata.

In questo studio, denominato MIST, sono stati reclutati 278 bambini (età 12-53 mesi) affetti da crisi asmatiche ricorrenti. I partecipanti sono stati trattati con budesonide 1 mg x 2/die per 7 giorni da somministrare solo in caso di acuzie oppure con budesonide 0,5 mg alla sera in modo continuativo associando 0,5 mg alla comparsa dei sintomi.

Per essere arruolati dovevano essere presenti nell'anno precedente almeno un episodio di riacutizzazione che aveva richiesto l'uso di steroidi per via sistemica oppure un accesso al Pronto Soccorso o una ospedalizzazione per asma. Criteri di esclusione erano la presenza, nell'anno precedente, di almeno 6 episodi in cui era stato necessario usare steroidi per via sistemica o almeno due ricoveri per asma.

Il follow up di un anno è stato completato da 213 bambini (76,6%).

Non si sono riscontrate differenze per quanto riguarda la frequenza degli episodi acuti richiedenti steroidi per os oppure visite urgenti per asma tra i due gruppi.

**Nel gruppo che era stato trattato con budesonide al bisogno si è notata una significativa riduzione nella dose cumulativa di steroidi inalatorio** somministrato ((in media 46 mg versus 150 mg). Non si sono notate differenze nep-

pure per altri esiti come la comparsa di un primo o secondo episodio di asma o variazioni nel peso e nell'altezza ad un anno di follow up.

Fonte:

Zeiger RS et al. Daily or intermittent budesonide in preschool children with recurrent wheezing. *N Engl J Med* 2011 Nov 24; 365:1990.

Commento di Renato Rossi

E' noto che la terapia di fondo dell'asma bronchiale si basa sugli steroidi inalatori che sono in grado sia di ridurre la frequenza degli episodi acuti nei bambini con riacutizzazioni sia di migliorare i sintomi e i parametri di funzionalità respiratoria [1]. Le linee guida consigliano un uso giornaliero di questi farmaci nel caso di bambini con asma persistente o con riacutizzazioni frequenti.

Tuttavia è anche noto che gli steroidi inalatori usati continuativamente possono avere un impatto negativo sulla crescita del bambino [2].

Nella recensione al lavoro di Guilbert e collaboratori [3] concludevamo che, dato che gli steroidi inalatori usati continuativamente per lunghi periodi, possono provocare ripercussioni sulla statura e sull'osso dei bambini molto piccoli, questa modalità di trattamento dovrebbe essere prescritta solo a pazienti che soffrono di asma grave e persistente, quindi non a soggetti con episodi isolati.

Arriva ora lo studio di Zeiger e collaboratori che conferma la bontà di questo approccio: in bambini con asma ed episodi recidivanti l'uso intermittente di budesonide al bisogno si è dimostrato efficace quanto l'uso continuativo dello steroide inalatorio. E' pertanto possibile, in casi di asma ricorrente di gravità moderata, risparmiare sulla dose cumulativa di steroidi inalatorio somministrato, con verosimile beneficio sulla crescita del piccolo paziente. Vi è da notare che dallo studio sono stati esclusi bambini che avevano una forma grave di asma (cioè bambini che avevano avuto nell'ultimo anno almeno due ricoveri per asma oppure che avevano dovuto usare per almeno sei volte steroidi per via orale). Non sappiamo quindi se in questa tipologia di soggetti l'uso al bisogno sia efficace come l'uso continuativo.

referenze

1. Castro-Rodriguez JA et al. Efficacy of inhaled corticosteroids in infants and preschoolers with recurrent wheezing and asthma: a systematic review with meta-analysis. *Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):e519-25.

2. Guilbert TW et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma. *N Engl J Med*. 2006 May 11;354:1985-97.

3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2464>

## Confermato: i FANS aumentano i rischi nei coronaropatici

Si consiglia prudenza con l'uso di FANS in pazienti ipertesi con malattia coronarica stabile.

Anche se precedenti trials clinici e revisioni sistematiche hanno dimostrato che gli inibitori selettivi delle ciclossigenasi-2 aumentano il rischio di infarto miocardico, tuttavia i dati attuali sono incompleti rispetto al profilo di safety di questi farmaci.

Tra pazienti con una bassa prevalenza di sindrome coronarica ed uso di aspirina, gli studi hanno documentato in maniera

significativa l'aumento del rischio cardiovascolare con il diclofenac. Naprossene ed ibuprofene vengono in genere visti come farmaci sicuri; tuttavia, una recente network metanalisi in più di 100.000 pazienti ha documentato un più alto rischio di stroke con l'ibuprofene. Inoltre, un trial disegnato per prevenire la demenza di Alzheimer con i FANS è stato terminato in anticipo per un possibile eccesso di eventi cardiovascolari con il naprossene. In pazienti con malattia coronarica, l'aspirina è inequivocabilmente di beneficio; tuttavia, i dati

sull'uso concomitante di FANS sono limitati.

In uno studio, l'uso di aspirina più ibuprofene (almeno 1200 mg al giorno) dopo un infarto miocardico acuto è stato associato ad un aumento di mortalità di 2,2-volte, nonostante la durata d'uso relativamente breve (media di 37 giorni).

Anche un report breve in pazienti in post-infarto miocardico ha documentato un aumento di mortalità con aspirina più ibuprofene.

Riassumendo, le evidenze attuali circa la

**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/)**

safety a lungo termine dei FANS sono incomplete, soprattutto rispetto a pazienti con malattia coronarica. Inoltre, la maggior parte di questi studi non sono stati disegnati per controllare la pressione arteriosa durante il follow-up, e ancora, non sono riusciti a cogliere appropriati dati prospettici di outcome cardiovascolari.

Invece, lo studio INVEST (The International Verapamil Trandolapril Study) ha fornito un'opportunità per indagare ulteriormente l'associazione tra uso cronico di FANS, trattamento antipertensivo ed eventi avversi. Inoltre, lo scopo di questo studio era proprio quello di esplorare l'associazione tra uso cronico di FANS, pressione arteriosa, ed effetti avversi cardiovascolari in pazienti ipertesi con malattia coronarica.

Lo studio attuale è un'analisi post-hoc dallo studio INVEST, che ha arruolato pazienti con ipertensione e malattia coronarica (almeno 50 anni di età); condotto in 14 paesi, ha paragonato gli effetti di un calcioantagonista (verapamil) con un betabloccante (atenololo) per l'ipertensione in pazienti con malattia coronarica stabile. Le visite di follow-up si sono verificate ogni 6 settimane per i primi 6 mesi e poi due volte l'anno per 2 anni dopo l'arruolamento dei pazienti. A ciascuna visita, ai pazienti è stato chiesto se stessero attualmente assumendo FANS. I pazienti che hanno riportato l'uso di FANS a ciascuna visita sono stati definiti utilizzatori cronici di FANS, mentre tutti gli altri (utilizzatori occasionali o non-utilizzatori) sono stati definiti come non-utilizzatori cronici di FANS. L'esito primario composito era composto da morte-per-tutte-le-cause, infarto miocardico non-fatale, o stroke-non-fatale. È stata usata la regressione di Cox per costruire un'analisi multivariata per l'esito primario.

#### Risultati

Vi erano 882 utilizzatori cronici di FANS e 21.694 non-utilizzatori cronici di FANS (n = 14.408 mai utilizzatori e

n=7.286 utilizzatori intermittenti). Ad un follow-up medio di 2.7 anni, l'esito primario si è verificato ad un tasso di 4.4 eventi per 100 pazienti-anno nel gruppo uso cronico di FANS, versus 3.7 eventi per 100 pazienti-anno nel gruppo non-uso di FANS. Questa differenza era dovuta ad un incremento significativo di mortalità cardiovascolare.

#### Conclusioni

Tra pazienti con malattia coronarica stabile ed ipertensione, l'uso cronico di FANS, autoriportato, era associato ad esiti dannosi, per cui questo tipo di pratica dovrebbe essere evitata quando possibile.

Questa associazione non sembra essere dovuta ad elevata pressione arteriosa, perché gli utilizzatori cronici di FANS in trattamento antipertensivo avevano una pressione media leggermente più bassa su di una media di 2.7 anni di follow-up. Finché non saranno disponibili nuovi dati, si dovrebbero prendere in considerazione modi alternative per il sollievo dal dolore per questo tipo di pazienti.

#### Limitazioni ammesse dagli autori

1) Non vi sono informazioni sul tipo specifico di FANS o sulle dosi che i pazienti hanno assunto. In un campione molto limitato di pazienti nello studio i FANS più comunemente usati erano naprossene e ibuprofene. Diclofenac e celecoxib sono stati riportati da una piccola proporzione di pazienti.

2) L'uso a lungo termine di FANS potrebbe essere un marker di condizioni infiammatorie croniche, quali l'artrite reumatoide, che si sono dimostrate predittori indipendenti di eventi avversi. Non si hanno informazioni alla linea basale su artrite reumatoide e osteoartrite.

3) È stato considerato l'uso di FANS ad ogni visita di follow-up come dimostrazione di uso quotidiano. È possibile che alcuni pazienti categorizzati come utilizzatori cronici non fossero utilizzatori quotidiani, ma questa potenziale errata categorizzazione avrebbe creato proble-

mi se non si fosse trovata nessuna associazione con l'uso cronico di FANS.

#### Fonte:

Bavry AA et al. Harmful Effects of NSAIDs among Patients with Hypertension and Coronary Artery Disease. *Am J Med.* 2011 Jul;124:614-20.

#### Commento di Patrizia Iaccarino

Due le considerazioni da fare. La prima riguarda il meccanismo dell'eventuale effetto dannoso dei FANS, dal momento che non sembra essere in relazione all'aumento di pressione arteriosa. Nella discussione degli autori, essi ipotizzano che l'effetto dannoso possa essere attribuibile alla interferenza dei FANS con la inibizione irreversibile sulla ciclo ossigenasi 1 da parte dell'aspirina, dal momento che essi competono a livello dello stesso sito. Pertanto, questo effetto potrebbe essere minimizzato dalla assunzione di un FANS almeno 30 o 60 minuti dopo l'assunzione dell'aspirina, o assumendo l'aspirina almeno 8 ore dopo l'assunzione di un FANS a breve durata di azione.

In attesa di studi più chiarificatori, nel caso in cui pazienti ipertesi con malattia coronarica, avessero necessità di assumere un FANS, tali consigli circa l'assunzione potrebbero essere utili e poco dispendiosi.

La seconda considerazione riguarda la differenza tra i risultati degli studi (anche quelli di safety) e la loro applicazione pratica. Spesso, noi medici di medicina generale ci troviamo a discutere con i pazienti circa i rischi dei trattamenti, ma quello che dobbiamo sempre tenere presente è il rapporto beneficio/rischio per QUEL paziente; nel caso in questione, ad esempio, trovandoci a gestire la terapia di malattie osteoartritiche e del dolore, sappiamo bene che non esiste il "farmaco ideale" efficace e sicuro, per cui ogni singola volta dobbiamo aiutare il paziente a scegliere nel modo migliore per lui. A volte ci sentiamo dire: "Meglio rischiare l'infarto che vivere così" ...

## Togliere le adenoidi: quasi sempre inutile

Nei bambini con infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie l'intervento immediato di adenoidectomia non comporta benefici clinici rispetto all'iniziale sorveglianza clinica.

In questo studio sono stati arruolati 111 bambini (età compresa tra 1 e 6 anni) affetti da infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie a cui era stata proposta l'adenoidectomia.

I partecipanti sono stati sottoposti ad

adenoidectomia con/senza miringotomia oppure a semplice sorveglianza clinica. L'endpoint primario era costituito dal numero delle infezioni delle alte vie respiratorie con un follow up massimo di 24 mesi.

Durante questo periodo si registrarono 7,91 episodi per paziente per anno nel gruppo chirurgico e 7,84 nel gruppo di controllo (differenza non significativa). Non si riscontrarono differenze sostanziali anche per gli endpoint secondari (durata degli episodi, dolore auricolare, febbre, qualità di vita).

In entrambi i gruppi il numero degli episodi infettivi diminuì con il passare del tempo.

In due bambini ci furono complicazioni associate all'intervento.

**Gli autori concludono che nei bambini con infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie l'intervento immediato di adenoidectomia non comporta benefici clinici rispetto all'iniziale sorveglianza clinica.**

Fonte:

Van den Aardweg MT et al. Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled trial. *BMJ* 2001 Sept 10; 343:d5154.

Commento di Renato Rossi

Un editorialista [1] ricorda alcuni punti che vale la pena richiamare.

Intanto la frequenza con cui viene effettuato l'intervento di adenoidectomia varia molto da paese a paese, come varia la frequenza delle infezioni respiratorie ricorrenti delle alte vie respiratorie (probabilmente anche perchè non ci sono criteri diagnostici univoci). Inoltre questi episodi infettivi tendono a farsi sempre meno frequenti man mano che il bambino cresce e non esistono linee guida internazionali di quale debba essere il comportamento da adottare per questi casi.

L'editoriale ricorda anche una revisione sistematica Cochrane ad opera dello stesso Van den Aardweg secondo la quale gli studi sono pochi e di qualità dubbia per cui rimane incerta l'utilità dell'adenoidectomia nei bambini con sintomi nasali cronici e ricorrenti [2]. In conclusione, chiosa l'editorialista, in generale è consigliabile informare correttamente i genitori che spesso basta la semplice attesa clinica per vedere una

riduzione spontanea degli episodi infettivi.

Ci sembra che si possa concordare con questa linea di comportamento. L'intervento di adenoidectomia può essere preso in considerazione in casi selezionati, per esempio in bambini con importanti sintomi ostruttivi, apnea notturna, sonnolenza diurna, come del resto prevedono le linee guida sulla tonsillectomia [3].

Referenze

1. Kvaerner KJ. Adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory infections. *BMJ* 2011 Sept 10; 343:d5274
2. Van den Aardweg MT, Schilder AG, Herkert E, Boonacker CW, Rovers MM. Adenoidectomy for recurrent or chronic nasal symptoms in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD008282. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab008282.html>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5159>

## Sospendere l' ASA? Può essere pericoloso!

I pazienti che assumono acido acetil-salicilico (ASA) per prevenzione secondaria dovrebbero essere avvisati di non sospendere il trattamento a meno che non vi siano fondate ragioni per farlo.

In questo studio di tipo caso-controllo [1] i ricercatori hanno seguito una coorte di circa 40.000 pazienti trattati con ASA a causa di un pregresso evento ischemico cardiaco o cerebrale.

Il follow up ha avuto una durata di tre anni.

Si è potuto evidenziare che **il rischio di eventi cardiovascolari era maggiore nei soggetti che avevano di recente sospeso il trattamento con ASA rispetto a chi assumeva continuamente l'antiaggregante.**

In particolare vi era un aumento del 63% del rischio di infarto miocardico non fatale e del 43% del rischio combinato di eventi cardiovascolari. Non si è regi-

strato però un aumento dei decessi coronarici.

Un editoriale di commento [2] ricorda che i medici dovrebbero raccomandare ai pazienti che assumono ASA per prevenzione secondaria di non sospendere il trattamento a meno che non vi siano fondati motivi come per esempio una grave emorragia oppure siano stati consigliati di farlo da un medico esperto della materia.

Fonte:

1. Rodriguez LAG et al. Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care. *BMJ* 2011; 343:d4094
2. Biondi-Zoccai G, Landoni G. Discontinuation of aspirin for secondary prevention. *BMJ* 2011; DOI: 1-0.1136/bmj.d3942.

Commento di Renato Rossi

Va ricordato che non è il primo studio che suggerisce che la discontinuazione dell'ASA in prevenzione secondaria può essere pericolosa. L'aumento del rischio di eventi ischemici è presente anche se l'ASA viene sospeso per pochi giorni [1].

Compito del medico curante è ricordare spesso ai pazienti questo concetto. Rimane il problema di chi assume ASA per prevenzione secondaria e deve sottoporsi a procedure invasive di tipo diagnostico e/o terapeutico. Un'utile guida per i medici è già stata sintetizzata in una pillola precedente [2].

Referenze

- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1610>  
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4650>

**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/)**

## La Fibrillazione Atriale puo' dipendere da FANS e COX2

L'uso di FANS e di COX 2 risulta associato ad un aumentato rischio di fibrillazione atriale.

L'uso di FANS può aumentare il rischio di fibrillazione atriale attraverso gli effetti avversi renali—per esempio, la ritenzione di liquidi, i disturbi elettrolitici, e la destabilizzazione della pressione sanguigna—ma l'evidenza per questi effetti è limitata.

Sebbene non siano state pubblicate ricerche originali sui COX 2 inibitori, una precedente metanalisi ha riassunto i dati di 114 trials clinici ed ha trovato che il rofecoxib era associato ad un aumentato rischio di aritmia cardiaca (rischio relativo 2.90).

Poiché la metanalisi aveva incluso soltanto 286 aritmie incidenti, la precisione era bassa e il rischio dei sottotipi di aritmia, quali la fibrillazione atriale, non poteva essere esaminato.

Recentemente i FANS (che erano FANS non-selettivi e vecchi COX 2 inibitori) sono stati associati ad un aumentato rischio di fibrillazione atriale cronica (rate ratio di incidenza 1.44, da 1.08 a 1.91).

Una eventuale conferma di associazione tra uso di FANS e fibrillazione atriale potrebbe avere importanti implicazioni cliniche e di salute pubblica. Particolarmente a rischio gli anziani, per la prevalenza d'uso di FANS e perché l'incidenza di fibrillazione atriale aumenta con l'età.

Partendo da queste premesse, gli autori di questo studio caso-controllo (basato su popolazione, condotto nella Danimarca del Nord, su di una popolazione di circa 1,7 milioni di persone) hanno voluto valutare il rischio di fibrillazione o di flutter atriale associato all'uso di FANS (ibuprofene, naprossene, ketoprofene, dexibuprofene, piroxicam, e acido tolfenamico), di vecchi COX 2 inibitori (diclofenac, etodolac, nabumetone, e meloxicam) e di nuovi COX 2 inibitori (celecoxib, rofecoxib, valdecoxib, parecoxib ed etoricoxib).

Sono stati valutati 32.602 pazienti con una prima diagnosi ospedaliera di fibrillazione o flutter atriale tra il 1999 e il 2008 e paragonati a 325.918 controlli

scelti per sesso, per età e per tipo di rischio. Le principali misure di esito erano l'esposizione all'uso di FANS al tempo del ricovero (uso attuale) e precedentemente (uso recente). L'uso recente è stato definito da una più recente prescrizione 61-365 giorni prima della data della diagnosi. L'uso attuale è stato ulteriormente classificato come nuovo uso (prima prescrizione entro i 60 giorni precedenti la data della diagnosi) o uso a lungo termine (prima prescrizione precedente ai 60 giorni precedenti la diagnosi). Sono stati definiti non-utilizzatori coloro che non avevano avuto prescrizioni nei 365 giorni precedenti la data della diagnosi.

### Risultati

2.925 casi (9%) e 21.871 controlli (7%) erano utilizzatori attuali sia di FANS sia di COX 2 inibitori.

Rispetto ai non-utilizzatori, la rate ratio di incidenza, associata all'uso attuale, della fibrillazione atriale e del flutter era di 1.33 per i FANS e di 1.50 per i COX 2 inibitori. Gli aggiustamenti per sesso, per età, e per fattori di rischio per fibrillazione atriale o flutter hanno ridotto la rate ratio di incidenza a 1.17 per i FANS e a 1.27 per i COX 2 inibitori.

Tra i nuovi utilizzatori, la rate ratio aggiustata era di 1.46 per i FANS e di 1.71 per i COX 2 inibitori. I risultati per i singoli FANS erano simili.

### Conclusioni

L'uso dei FANS (non-aspirina) è associato ad un aumentato rischio di fibrillazione atriale o di flutter. Rispetto ai non-utilizzatori, la associazione era più forte per i nuovi utilizzatori, con un incremento di rischio relativo del 40-70% (più basso per i FANS e più alto per i COX 2 inibitori).

Pertanto, gli autori concludono **che il loro studio aggiunge evidenza al fatto che la fibrillazione o il flutter atriali dovrebbero essere aggiunti al rischio cardiovascolare che si prende in considerazione quando si prescrivono FANS.**

Gli autori sottolineano che in questo studio è stato trovato un aumentato rischio di fibrillazione e di flutter atriali

sia con i vecchi sia con i nuovi COX 2 inibitori. In particolare, il diclofenac era associato ad un rischio più elevato rispetto ai FANS, indicando un importante ruolo farmacologico della inibizione COX 2. Essi, pertanto, fanno anche riferimento al meccanismo patogenetico, relativo sia ad un effetto renale, sia cardiovascolare. Il 5% dei pazienti trattati con FANS sperimenta sindromi nefrotossiche. Entrambi gli enzimi COX sono espressi in distinte regioni anatomiche del tessuto renale adulto. Pertanto, la inibizione della sintesi delle prostaglandine COX derivate danneggia una varietà di processi fisiologici. Queste modificazioni possono indurre incremento della pressione arteriosa dovuta alla espansione del volume plasmatico, incremento delle resistenze periferiche, attenuazione degli effetti dei farmaci diuretici ed antipertensivi e fluttuazione del potassio serico come risultato della ridotta escrezione di potassio nel nefrone distale. Pertanto, l'aumentato rischio nei nuovi utilizzatori può essere attribuibile agli effetti avversi renali a breve termine dei FANS, che conseguentemente scatenano la fibrillazione atriale. Supporta questa ipotesi il fatto che pazienti con insufficienza renale cronica hanno un rischio marcatamente più elevato quando iniziano un trattamento con COX 2 inibitori.

### Limitazioni ammesse dagli autori

Variabili confondenti potrebbero essere la mancata valutazione delle condizioni infiammatorie sottostanti l'uso di FANS e degli stili di vita, compresi l'abitudine al fumo e il BMI.

### Fonti:

-Non-steroidal anti-inflammatory drug use and risk of atrial fibrillation or flutter: population based case-control study Morten Schmidt, Christian F Christian- sen, Frank Mehnert, Kenneth J Rothman, Henrik Toft Sørensen BMJ 2011;343:d3450 doi: 10.1136/bmj.d3450

- NSAIDs and atrial fibrillation The risk is unproved, but NSAIDs should be used with caution in high risk patients anyway

Jerry H Gurwitz professor of medicine

**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/)**

and executive director BMJ 201-1;343:d2495 doi: 10.1136/bmj.d2495

Commento di Patrizia Iaccarino

Nell'editoriale di accompagnamento allo studio, Jerry H Gurwitz scrive: "La validità dei risultati dello studio deve essere considerata con prudenza, perché gli studi caso-controllo sono suscettibili di confondenti non misurati, che potenzialmente limitano le inferenze che possono derivare dai risultati. Anche se dopo aggiustamento i valori riscontrati si modificano di poco, Schmidt e coll. ammettono di aver mancato la valutazione di importanti parametri clinici, quali il BMI.

L'obesità è fortemente associata alla osteoartrite, una delle più comuni indicazioni all'uso dei FANS; questa variabile confondente potrebbe aver influenzato i risultati dello studio, poiché l'obesità è un definito fattore di rischio per la fibrillazione atriale. Un precedente studio caso-controllo aveva riportato una associazione tra uso di FANS e fibrillazione atriale, utilizzando i dati dell'United Kingdom General Practice Research Database; dallo studio era e-

mersa un'associazione tra uso di FANS e fibrillazione atriale, ma, diversamente da questo studio, maggiore per i vecchi utilizzatori. In entrambi gli studi, la relazione dose-risposta non era significativa, il che rende l'associazione ancora più tenue. La associazione tra FANS e fibrillazione atriale non implica una relazione causa-effetto. Una spiegazione proposta per la associazione è l'esistenza di una sottostante condizione infiammatoria che aumenta il rischio di FA da un lato e l'uso di FANS dall'altro.

Forse uno scenario più probabile è che questi farmaci scatenano o esacerbano condizioni cliniche, quali scompenso cardiaco e ipertensione, che innescano la via patogenetica della fibrillazione atriale.

Cosa possono fare i medici alla luce dell'attuale evidenza? La suscettibilità degli studi caso-controllo a confondenti non misurati e i risultati inconsistenti nei due studi realizzati ultimamente, spingono ad un approccio cauto nell'applicare i risultati degli studi alla cura dei pazienti. Tuttavia, i FANS e i COX 2 dovrebbero continuare ad essere usati con cautela in

pazienti anziani con una storia di ipertensione o di scompenso cardiaco, che sono ad alto rischio per gli eventi avversi di questi farmaci, indipendentemente dal fatto che esista attualmente una associazione tra FANS e fibrillazione atriale". Infatti, fibrillazione atriale o meno, cogliamo l'occasione per ricordare che, nei soggetti anziani, soprattutto d'estate, per la possibile maggiore disidratazione, il danno renale da FANS aumenta, soprattutto quando il paziente è già in trattamento con un ACE-inibitore o un sartano ed un diuretico (TRIPLE WAMMY o triplice iattura).

Su questo sito sono state varie volte trattati gli eventi avversi da FANS e COX 2 inibitori. Ricordiamo quelli in cui è stata citata anche la fibrillazione atriale.

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4320>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2720>

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2508>

L'obesità infantile, se poi non si rimedia, aumenta il rischio cardiovascolare da adulti

I bambini obesi hanno, da adulti, un aumentato rischio di sviluppare diabete, ipertensione, dislipidemia e aterosclerosi carotidea, ma il rischio scompare se da adulti raggiungono un peso normale.

In questo lavoro sono stati analizzati i dati di quattro studi prospettici di coorte nei quali era stato misurato il body-mass index (BMI) sia durante l'infanzia e l'adolescenza che nella successiva vita da adulti di 6328 soggetti. Il follow up è stato, in media, di 23 anni.

Rispetto a chi aveva un BMI normale sia da bambino che da adulto chi aveva un BMI elevato in entrambe le epoche mostrava un aumento del rischio di sviluppare diabete di tipo 2 (RR 5,4), ipertensione (RR 2,7), colesterolo LDL elevato (RR 1,8), colesterolo HDL basso (RR 2,1), aumento dei trigliceridi (RR 3,0) e aterosclerosi carotidea (RR 1,7).

I soggetti obesi da bambini o da adolescenti che, però, diventavano non obesi durante la vita adulta mostravano un rischio simile a chi non era mai stato obeso.

Gli autori concludono che **chi è obeso o**

**sovrappeso da bambino e lo rimane da adulto ha un rischio aumentato di diabete tipo 2, ipertensione, dislipidemia e aterosclerosi carotidea. Però chi era obeso da bambino e non lo è più da adulto ha un rischio simile a chi non è mai stato obeso.**

Fonte:

Juonale M et al. Childhood Adiposity, Adult Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors  
N Engl J Med 2011 Nov 17; 365:1876-1885.

Commento di Renato Rossi

Un editorialista conclude che prevenire e trattare l'obesità del bambino è un modo costo-efficace per ottenere a lungo termine una riduzione delle malattie aterosclerotiche [1].

In effetti si sapeva già che un peso corporeo elevato durante l'infanzia e l'adolescenza costituisce un importante fattore di rischio per lo sviluppo, successivamente, di disordini associati all'obesità come il diabete e la cardiopatia ischemica [2].

Lo studio di Juonale e coll. va oltre e suggerisce che vale sempre la pena di trattare l'obesità del bambino e dell'adolescente. Infatti se si riesce a perdere peso e mantenere questi risultati durante l'età adulta il rischio di complicanze legate all'obesità diviene paragonabile a quello di chi non è mai stato obeso o sovrappeso.

E' importante quindi agire subito, fin dai primi di anni di vita del bambino, con misure di tipo preventivo che non possono prescindere da una corretta politica di educazione familiare su alimentazione e stili di vita.

Referenze

1. Rocchini AP. Childhood obesity and coronary heart diseases. N Engl J Med 2011 Nov 17; 365:1927.
2. Tirosch A et al. Adolescent BMI Trajectory and Risk of Diabetes versus Coronary Disease. N Engl J Med 2001 Apr 7; 364:1315-1325.

## L'olio di oliva riduce l'incidenza di ictus

Secondo lo studio osservazionale Three-City il consumo alimentare di olio di oliva è associato ad una riduzione del 41% del rischio di ictus negli anziani.

Lo scopo di questo studio osservazionale era di determinare se il consumo di olio di oliva sia associato ad una riduzione del rischio di ictus negli anziani.

Sono stati esaminati i partecipanti allo studio denominato Three-City che non avevano una anamnesi positiva per ictus (n = 7.625; età > 65 anni). Il follow up mediano è stato di 5,25 anni.

Durante questo periodo si sono verificati 148 ictus.

Dopo aggiustamento per vari fattori confondenti (variabili della dieta, attività fisica, fattori sociodemografici, BMI, e fattori di rischio per ictus) si è visto che, rispetto a chi non usa mai l'olio di oliva, quelli che lo usano in maniera intensiva (sia per condire gli alimenti sia per cucinare) hanno un rischio di ictus inferiore

del 41%.

Si è visto anche che avere elevati livelli plasmatici di acido oleico nel plasma riduceva il rischio di ictus del 73% rispetto a chi aveva bassi livelli plasmatici. **Gli autori concludono che questi risultati suggeriscono un ruolo protettivo degli alti consumi di olio di oliva per l'ictus negli anziani.**

Fonte:

Samieri C. et al. Olive oil consumption, plasma oleic acid, and stroke incidence. The Three-City Study. *Neurology*. Pubblicato anticipatamente online il 15 giugno 2011.

Doi: 10.1212/WNL.0b013e318220abeb.  
<http://goo.gl/m7vit>

Commento di Renato Rossi

Gli autori e un editoriale avvertono che la concentrazione di acido oleico è un marker indiretto e imperfetto del consumo alimentare di olio di oliva.

A parte questo aspetto, quello che più conta è la riduzione dell'ictus associata con il consumo intensivo dell'olio di oliva. Bisogna ricordare che si tratta di uno studio osservazionale per cui vi potrebbero essere numerose distorsioni legate alla non randomizzazione.

Nonostante gli autori abbiano cercato di correggere i dati per i più noti fattori di confondimento, i risultati vanno sempre presi per quello che sono: evidenze di tipo osservazionale.

Tuttavia queste evidenze si assommano a molte altre che suggeriscono come la dieta di tipo mediterraneo, che notoriamente usa in abbondanza l'olio di oliva, comporti benefici di tipo cardiovascolare. E se due o tre indizi non fanno una prova, quando gli indizi sono molti la prova diventa quasi certa.

In ogni caso una buona notizia per noi italiani che amiamo arricchire cucina e tavola con del buon olio di oliva, una pratica che, oltre a rendere più gustosi i cibi, migliora anche la nostra salute.

## Ipertensione resistente o ipertensione da camice bianco?

In uno studio spagnolo, più di un terzo di pazienti etichettati come ipertesi resistenti in realtà ha un'ipertensione da camice bianco.

In questo studio di tipo osservazionale, effettuato in Spagna, sono stati esaminati 69.045 pazienti ipertesi (età media 64 anni, 49% donne).

Comparando i risultati di due misurazioni della pressione arteriosa eseguite durante una visita medica con quelli dell'ABPM (Ambulatory Blood Pressure Monitoring o Holter pressorio/24 ore) si è visto che il 37% degli 8.295 pazienti che, sulla base della misurazione durante la visita, potevano essere catalogati come portatori di ipertensione resistente (ipertensione non responsiva a tre o più farmaci ipotensivi, tra cui un diuretico) in realtà avevano una ipertensione da camice bianco, mentre i valori registrati a domicilio e durante le normali attività giornaliere con l'ABPM risultavano nor-

mali.

In particolare l'ipertensione da camice bianco risultava più frequente nelle donne che negli uomini mentre la vera ipertensione resistente riguardava più spesso gli uomini.

Inoltre l'ipertensione resistente era più frequente in chi soffriva di ipertensione da più tempo e/o aveva un rischio cardiovascolare più elevato (fumatori, diabetici, anamnesi positiva per malattie cardiovascolari, ipertrofia ventricolare sinistra). Un altro carattere tipico della vera ipertensione resistente è l'aumento dei valori tensivi durante la notte.

Limiti dello studio: impossibilità a stabilire se i pazienti assumevano correttamente i farmaci prescritti.

Gli autori concludono che per effettuare una corretta diagnosi di ipertensione resistente bisogna affidarsi all'ABPM.

Fonte:

Alejandro de la Sierra et al. *Clinical*

Features of 8295 Patients With Resistant Hypertension Classified on the Basis of Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Hypertension*. 2011 May; 57:898-902.  
<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/abstract/57/5/898>

Commento di Renato Rossi

I punti che ci sembrano interessanti di questo studio spagnolo ci sembrano i seguenti:

- 1) l'ipertensione resistente riguarda circa il 12% della popolazione degli ipertesi
- 2) in realtà di questi più di un paziente su tre non ha una vera ipertensione resistente ma un'ipertensione da camice bianco
- 3) alcune caratteristiche permettono già su base clinica di sospettare se si tratta di una vera ipertensione resistente: sesso maschile, ipertensione datante molti anni, presenza di rischio cardiovascolare elevato, di ipertrofia ventricolare sinistra

**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/)**

oppure anamnesi positiva per malattie cardiovascolari.

Tuttavia il punto cruciale è questo: l'ABPM si dimostra ancora una volta superiore al medico [1] per cui prima di definire un paziente veramente resistente alla terapia conviene anzitutto assicu-

rarsi che vi sia una adeguata compliance al trattamento prescritto e poi confermare la diagnosi con un Holter pressorio/24 ore prima di cambiare i farmaci e/o aggiungerne di nuovi. Superfluo ricordare poi che in tutti i casi di vera ipertensione resistente vanno ricercate eventuali forme secondarie [2].

#### Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4368>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3696>

## La Citisina aiuta a smettere di fumare

La citisina (Tabex) si conferma più efficace del placebo per aiutare a smettere di fumare.

In questo studio randomizzato, in doppio cieco, contro placebo, sono stati arruolati 740 fumatori (almeno 10 sigarette al giorno), trattati con citisina (compresse da 1,5 mg) oppure placebo per 25 giorni.

Dopo un follow up di un anno (durante il quale i partecipanti vennero sottoposti a counselling e visite) aveva smesso di fumare l' 8,4% del gruppo citisina e il 2,4% del gruppo placebo (differenza statisticamente significativa, NNT = 17).

Per gli autori la citisina è un' opzione attraente per chi desidera smettere di fumare perchè si tratta di una terapia economica.

Fonte:

West R, et al.. Placebo-controlled trial

of cytisine for smoking cessation. N Engl J Med. 2011 Sept 29;365:1193-200  
Commento di Renato Rossi

La citisina viene estratta dalla radice dell'acacia prominens e il suo meccanismo d'azione è analogo a quello della vareniclina (agonista parziale del recettore nicotinico alfa4 beta2).

In realtà i risultati dello studio recensito in questa pillola non sono una novità e della citisina ci siamo già occupati in alcune pillole precedenti [1,2].

Il farmaco è attualmente in commercio in Russia e Polonia e potrebbe diventare un trattamento molto concorrenziale, ma sarebbe interessante un confronto diretto contro vareniclina e bupropione.

Un' annotazione finale non va però dimenticata: i partecipanti arruolati nello studio di West e collaboratori avevano manifestato l'intenzione di smettere di fumare, quindi si trattava di soggetti

verosimilmente molto motivati. Nonostante questo a 12 mesi la percentuale che aveva smesso di fumare risultava bassa. Questo significa che il farmaco può essere un ausilio nella lotta contro il fumo, ma è necessario un approccio multidisciplinare sia a livello di singolo paziente che di politica sanitaria (divieto di fumare in luoghi pubblici, campagne capillari di informazione e sensibilizzazione, etc.)

#### Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2832>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3669>

### Sostanze con noto rischio di sindrome di Stevens-Johnson e di necrolisi tossica epidermica

Una breve panoramica sulle sostanze che possono provocare sindrome di Stevens-Johnson e necrolisi tossica epidermica.

Su segnalazione del Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions (RegiSCAR) nell' Aprile 2010, la PhVWP ha riconosciuto la necessità di incrementare la consapevolezza degli operatori di salute e dei pazienti sui farmaci che possono causare la sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e la necrolisi tossica epidermica (TEN), per la diagnosi precoce e il trattamento di queste potenziali reazioni avverse minacciose per la vita. Pertanto, la PhVWP ha sviluppa-

to elementi chiave per le informazioni di prodotto di 14 sostanze attive identificate da RegiSCAR per avere un noto rischio di SJS o di TEN, per assicurare che i foglietti illustrativi contengano informazioni chiare e consistenti.

Le sostanze attive sono:

- 1) il farmaco antigottoso allopurinolo
- 2) gli antiepilettici carbamazepina, lamotrigina, fenobarbital e fentoina
- 3) gli analgesici meloxicam, piroxicam e tenoxicam
- 4) l'antivirale nevirapina
- 5) gli antibatterici sulfamidici sulfadiazina, sulfadoxina, sulfafurazolo e

sulfametossazolo

6) l'antinfiammatorio sulfonamidico sulfasalazina

#### Setting clinico

La sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e la necrolisi tossica epidermica (TEN) sono reazioni avverse cutanee gravi, potenzialmente minacciose per la vita. Le caratteristiche cliniche di SJS e TEN sono eritema (rossore o rash), che talvolta evolve verso la formazione di estese vesciche che somigliano alle ustioni di secondo grado. L'eritema si accompagna ad erosioni della mucosa della bocca, degli occhi e dei genitali e spesso si aggiungono febbre e sintomi simil-

## 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/)**

influenzali. Poiché la diagnosi precoce è critica per gli esiti, appropriate informazioni di prodotto giocano un ruolo chiave nella minimizzazione del rischio, aiutando i pazienti e i professionisti di salute a riconoscere le condizioni precocemente, per prendere immediatamente le misure adeguate.

I seguenti elementi chiave dovrebbero essere inclusi nelle informazioni del prodotto

“Reazioni cutanee minacciose per la vita (sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e necrolisi tossica epidermica (TEN)) sono state riportate con l'uso di .”

I pazienti dovrebbero essere avvisati dei segni e sintomi e strettamente monitorati per reazioni cutanee.

Il rischio più elevato per il verificarsi di SJS e di TEN è nelle prime settimane di trattamento.

Se sono presenti i sintomi e i segni di

SJS o di TEN (ad es. progressivo rash cutaneo spesso con vesciche o lesioni mucose), il trattamento con dovrebbe essere sospeso.

I migliori risultati nella gestione di SJS e di TEN derivano da una diagnosi precoce e dalla immediata sospensione di ogni farmaco sospetto. La sospensione tempestiva è associata ad una prognosi migliore.

Se il paziente ha sviluppato SJS o TEN con l'uso di , il non deve essere mai ricominciato in quel paziente.

La frequenza di queste reazioni cutanee gravi (SCAR): la sindrome di Stevens-Johnson syndrome (SJS) e la necrolisi tossica epidermica (TEN) è molto rara.

I rash cutanei minacciosi per la vita (SJS e TEN) si presentano inizialmente come macchie rossastre o chiazze circolari con bolle centrali, sul tronco.

Segni aggiuntivi da ricercare sono ulcere della bocca, della gola, del naso e dei genitali e congiuntivite (occhi rossi e gonfi).

Questi rash minacciosi per la vita sono spesso accompagnati da sintomi simil-influenzali. Il rash può progredire verso una diffusione delle vesciche o verso il peeling cutaneo.

Il rischio più elevato di sviluppare queste gravi reazioni avverse è nelle prime settimane di trattamento.

Fonte:

Summary Assessment Report of the PhVWP September 2011  
<http://goo.gl/d4y3B>

Commento di Patrizia Iaccarino

Si rimanda ad una pillola in cui si era già affrontato l'argomento delle gravi reazioni cutanee da farmaco, quali SJS e TEN, e del loro legame con una particolare suscettibilità genetica. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/print.asp?print=news&pID=4883>

## Le ASL non sono obbligate ad organizzare corsi di aggiornamento

Non sussiste a carico delle Asl l'obbligo di predisporre ed organizzare corsi di aggiornamento per i propri medici né un diritto dei medici ad ottenerli. (Cassazione Lavoro n. 21817/2011)

I fatti: un dipendente ASL chiamava in giudizio l'Azienda sostenendo di non aver conseguito alcuna progressione in carriera, e che ciò era da imputarsi all'assenza di corsi di aggiornamento e/o di formazione che l'aveva penalizzato nei concorsi banditi per l'accesso alla qualifica superiore. Deduceva che la ASL non aveva adempiuto allo specifico obbligo di provvedere al suo aggiornamento professionale (sancito da numerose disposizioni: L.

833 del 1978, Art. 2; dal DPR n. 761/1979; dal DPR n. 348 del 1983, dal DPR n. 270 del 1987 e dal D. Legis.n. 502 del 1992).

Chiedeva quindi che si dichiarasse l'inadempimento della ASL.

La tesi veniva accolta in primo grado;

La Cassazione si pronunciava però in senso opposto:

La condotta dell'Azienda può essere censurata solo se abbia, ingiustificatamente, impedito ai medici la partecipazione alle iniziative di formazione continua, ma non esiste alcuna disposizione che la Asl debba predisporre ed organizzare corsi di aggiornamento e formazio-

ne per i propri medici, né un diritto di questi ultimi di ottenere direttamente dall'Asl di appartenenza la promozione e l'organizzazione di tali attività.

Allorche' è stata ripartita la potestà legislativa tra Stato e Regione, sottolineata la Cassazione, non è stata attribuita alle ASL alcuna autonoma titolarità, essendo tale funzione di realizzazione del programma ECM delegata ad altri Enti (Commissione regionale per la formazione continua, Regioni e Province), limitandosi le ASL a partecipare in via strumentale, previo accreditamento presso gli enti preposti.

## Va risarcito il danno patrimoniale anche a chi non lavora

Anche il pedone investito che non svolge attività lavorativa va risarcito del danno patrimoniale da perdita di chance (Cass. N. 14287/2011)

Una studentessa è stata investita mentre traversava la strada sulle strisce pedonali riportando gravi lesioni.

La studentessa si era vista respingere, dai giudici di merito, la richiesta di ri-

sarcimento per danno patrimoniale, riconoscendosi unicamente il risarcimento per danno biologico e morale. La motivazione dei giudici era stata che all'epoca la studentessa non svolgeva attivi-

**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/)**

ta' lavorativa produttrice di reddito per cui non aveva subito un vero danno patrimoniale.

La Cassazione respingeva queste argomentazioni accogliendo invece le richieste dell'interessata stabilendo che oltre ai danni non patrimoniali biologici e morali, conseguenza dei danni fisici e

psichici subiti dal pedone, andavano riconosciute anche le perdite patrimoniali presenti e future causate dalla rilevante riduzione della capacità lavorativa.

La Suprema Corte riconosceva quindi il diritto alla risarcibilità integrale del danno alla persona, compreso il danno da

perdita di chance avendo la studentessa subito "una rilevante riduzione della capacità lavorativa, presentandosi come invalida alle offerte di lavoro ed a quelle selettive che attendono anche ad una particolare prestanza e presenza fisica".

## Si puo' optare tra assegno di invalidita' e indennità di disoccupazione

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 234 del 2011, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli articoli di legge (D.L. 20 maggio 1993, n. 148, convertito dalla L. 19 luglio 1993, n. 236), nella parte in cui tali norme non prevedono la possibilità di opzione per i lavoratori che fruiscono di assegno o pensione di invalidità e che si trovino anche ad avere diritto ai trattamenti di disoccupazione (naturalmente limitatamente al periodo di disoccupazione indennizzato).

Applicando tale sentenza l'INPS, con circolare n. 138 del 26 ottobre 2011, ha fornito istruzioni applicative in merito.

Per un corretto esercizio del diritto di opzione l'assicurato deve presentare all'Istituto una domanda amministrativa da cui risulti in modo non equivoco la propria volontà di scegliere l'indennità di disoccupazione in luogo dell'assegno ordinario di invalidità.

Nel caso in cui la situazione di invalidità si vada a concretizzare in epoca successiva alla domanda di indennità di disoccupazione o durante il periodo di fruizione dell'indennità medesima, possono esercitare la facoltà di opzione (mediante richiesta scritta) entro 60 giorni dalla data in cui è stato notificato il provvedimento di accoglimento della

domanda di assegno ordinario di invalidità.

Nel caso che l'opzione non venga esercitata, oppure venga esercitata in ritardo, dovrà essere effettuata un calcolo di compensazione.

In ogni caso di opzione a favore dell'indennità di disoccupazione, l'erogazione dell'assegno ordinario di invalidità resta sospesa per tutto il periodo di fruizione della predetta indennità. L'INPS sottolinea che la sentenza della Corte Costituzionale si applica esclusivamente ai rapporti ancora pendenti tra l'assicurato e l'Inps a decorrere dal giorno della sua pubblicazione.

## Precisazioni della Cassazione sul danno da emotrasfusione

Il risarcimento per danno da emotrasfusione ha funzione assistenziale, non di garanzia del diritto alla salute.

(Cass. Sez lavoro n. 2009/2012 del 13/2/2012 )

I fatti:

Dopo un lungo iter giudiziario, la Corte d'Appello di Milano, in parziale riforma di una sentenza del Tribunale, condannava il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al pagamento in favore di F.S. di un risarcimento in aggiunta al capitale maturato per danno da emotrasfusione (L. n. 210 del 1992) a titolo di danno per ritardato pagamento dell'indennizzo dovuto in quanto il ritardo ingiustificato di anni nella erogazione dell'indennizzo incide su valori costituzionalmente tutelati.

Il Ministero proponeva ricorso per cassazione affermando che la Corte territoriale avrebbe riconosciuto il risarcimento del danno senza che l'appellante avesse fornito alcuna prova concreta del danno patito; inoltre l'indennizzo di cui alla L. n. 210 del 1992 avrebbe mera natura assistenziale e non avrebbe la funzione di garanzia del diritto alla salute.

La Cassazione accoglieva il ricorso sia perché, essendo stata corrisposta una rivalutazione monetaria, il danno ulteriore doveva essere provato, in quanto il creditore avrebbe dovuto provare il danno ulteriore per responsabilità extracontrattuale del debitore dimostrando l'oggettiva esistenza di un illecito nel com-

portamento dell'amministrazione debitrice, nonché il dolo o la colpa grave, ed il nesso di causalità con il danno patito. La natura del danno poi era irrilevante per i fini in questione.

Quindi la sentenza che riconosceva il danno in esame è stata cassata, e la domanda di ulteriore danno della F. rigettata.

**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/)**

## L'omissione o l'errore diagnostico non comportano automaticamente colpa

Il medico che omette una diagnosi non è automaticamente colpevole di responsabilità professionale

Il concetto, in realtà, non è certamente nuovo anche se quasi sempre negletto e mal applicato: in caso di omissione o errore diagnostico il sanitario ne risponde solo se tale errore presenta elementi di colpa, e solo in caso positivo va esaminato un eventuale nesso causale col danno successivo.

Non è valida la presunzione automatica di colpevolezza (Cassaz. III Civile n. 28287/2011)

I Fatti:

Una donna si recava al P.S. per un forte mal di testa. Lì veniva ricoverata e sottoposta a visita specialistica dal neurologo che diagnosticava una cefalea vasomotoria e proponeva permanenza in ricovero.

La paziente insisteva invece per essere dimessa.

Il giorno dopo decedeva per emorragia subaracnoidea.

Veniva contestato ai sanitari il fatto di non aver insistito per un ricovero e per l'effettuazione immediata di una TAC,

unico mezzo che, a fronte di una cefalea così grave e sospetta, avrebbe potuto chiarire la diagnosi.

Il Tribunale assolveva l'Ospedale.

In Appello sia i medici che l'Ospedale venivano invece condannati al risarcimento dei danni, affermandosi l'esistenza di un nesso causale tra l'omessa diagnosi e la morte perché la responsabilità sussisterebbe (a dire dei magistrati) anche quanto, sulla base di un criterio probabilistico, si può ritenere che un soccorso adeguato da parte del sanitario avrebbe potuto impedire l'evento dannoso

Si ricorreva in Cassazione e questa invece ribaltava il verdetto sottolineando come è necessario che "il percorso logico del giudice del merito si sia articolato in due momenti: il primo teso ad affermare la doverosità dell'esame diagnostico al fine di accertare l'esistenza di una colpa medica, il secondo (**subordinamente alla risposta positiva al primo quesito**) finalizzato all'accertamento del nesso di causalità, se cioè il tempestivo accertamento diagnostico

avrebbe potuto - con elevato grado di credibilità razionale - impedire l'evento-morte".

In altre parole PRIMA va accertato se l'omissione diagnostica abbia le caratteristiche di colpa medica, e **solo se questa prima risposta è positiva va affrontato il passaggio successivo**, e cioè se l'esecuzione tempestiva dell'indagine avrebbe potuto scongiurare l'evento mortale.

Se non è dimostrata la colpa, "viene ad essere ininfluente, ai fini del decidere, la tematica del nesso di causalità".

Altri punti vengono sottolineati dalla Corte: il fatto che la paziente avesse firmato il ricovero contro il parere del neurologo che invece lo consigliava; il quadro clinico non era inequivoco ma solo genericamente "sospetto" e quindi non tale da rendere indispensabile (in base a protocolli medici) l'esecuzione della TAC urgente.

Su queste basi la Cassazione cassava la sentenza di condanna.

## Se il cane uccide, il proprietario è colpevole di omicidio

I proprietari di cani feroci o di grossa taglia devono custodirli con particolare diligenza in quanto possono essere responsabili non solo civilmente ma anche penalmente dei danni eventualmente arrecati (a meno di casi fortuiti che però devono essere rigorosamente dimostrati).

Se il cane sfuggito alla custodia provoca la morte di una persona il proprietario risponde addirittura di omicidio colposo, (Cass. pen. Sez IV n. 48429/2011).

Due cani di razza pitbull, tenuti nel giardino di casa del proprietario, erano riusciti ad uscire e, nella campagna avevano assalito due passanti uccidendoli.

Il proprietario degli animali aveva sostenuto di aver subito, la notte precedente, un tentativo di furto da parte di ignoti

che avevano poi lasciato il cancello aperto permettendo la fuga degli animali. I giudici di merito avevano respinto tale tesi difensiva sottolineando sia la mancanza di prove dell'evento riferito, sia il dimostrato malfunzionamento del cancello che aveva già permesso in due occasioni precedenti la fuga degli animali.

Il proprietario dei cani era quindi stato condannato per duplice omicidio colposo, in quanto dalla sua custodia negligente discendeva il fatto.

Il proprietario dei cani ricorreva in Cassazione sostenendo anche (oltre all'asserito tentativo di furto, denunciato solo dopo il fatto mortale ai Carabinieri locali) che la morte dei due passanti non fosse provocata dall'aggressione delle bestie ma che queste avessero soltanto

infierto sui corpi di persone già decedute.

La Cassazione respingeva tutte le argomentazioni difensive precisando che, per essere esente da colpa, il proprietario dell'animale ha l'onere di fornire la prova del "caso fortuito", ossia dell'essersi verificato un fatto assolutamente improvviso, imprevedibile e non evitabile dal custode, il quale, pur facendo uso di ogni diligenza, risulta essere stato impedito di adeguare la propria azione alla situazione creatasi, rendendo fatale la verifica dell'evento, in assenza di colpa, anche minima.

Ne consegue la configurabilità della colpa allorché l'animale sia custodito in un luogo privato o recintato, ma in tale luogo risulti possibile l'introduzione inconsapevole di persone estranee oppu-

**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/)**

re quando l'animale sia ricoverato in un luogo inidoneo a prevenirne la fuga.

Le testimonianze sull'evento, i reperti delle lesioni sul corpo delle vittime e

tutte le altre circostanze di fatto rendono indiscutibile il reale svolgimento dell'accaduto rendendo manifestamente infondate le argomentazioni difensive. Veniva quindi confermata la condanna

al proprietario per omicidio colposo, con l'aggiunta del pagamento delle spese processuali e di una ammenda.

## **PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE aprile 2012**

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

### Legge n. 35 del 04.04.12 (Supplemento ordinario n. 69 alla Gazzetta Ufficiale n. 82 del 06.04.12)

CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 9 FEBBRAIO 2012, N. 5, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE E DI SVILUPPO

Con la conversione in legge del decreto-legge n. 5/12 vengono confermate:

- alcune norme di semplificazione per quanto concerne il riconoscimento dello stato di invalidità e disabilità ed i conseguenti benefici;

- la soppressione dell'obbligatorietà di stesura del Documento programmatico sulla sicurezza.

La legge, inoltre, introduce:

- la previsione di una rivalutazione delle esenzioni per patologie croniche ed invalidanti al fine di ridurre gli adempimenti amministrativi per le persone che ne sono affette e di eliminare oneri di accertamento impropri a carico della pubblica amministrazione (è prevista l'emanazione di un decreto da parte del Ministero della salute);

- l'intento di privilegiare la gestione elettronica delle pratiche cliniche (cartella clinica elettronica, sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini), ma nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

### Decreti del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 04.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 89 del 16.04.12)

ISTITUZIONE DEL MASTER UNIVERSITARIO DI ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN «TERAPIA DEL DOLORE» PER MEDICI SPECIALISTI

ISTITUZIONE DEL MASTER UNIVERSITARIO DI ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN «CURE PALLIATIVE» PER MEDICI SPECIALISTI

ISTITUZIONE DEL MASTER UNIVERSITARIO DI ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN «TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE» PER MEDICI PEDIATRI

ISTITUZIONE DEL MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO IN «CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE» PER PROFESSIONI SANITARIE

ISTITUZIONE DEL MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN «CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE» PER PSICOLOGI

Con questi cinque provvedimenti vengono istituiti altrettanti Master universitari di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore e cure palliative per medici specialisti, medici specialisti pediatri, professioni sanitarie e psicologi.

I decreti fanno esplicito riferimento alla legge n. 38 del 15 marzo 2010 per quanto riguarda sia le figure professionali cui questi master sono dedicati, sia la loro intrinseca organizzazione.

Vengono succintamente illustrati i criteri formativi, che variano a seconda della figura professionale cui sono rivolti, ed è previsto che al termine del corso venga rilasciato un titolo accademico qualificante che permetta di svolgere attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private operanti nella rete per la terapia del dolore.

### Decreto del Ministero della Salute del 09.03.12 (Gazzetta Ufficiale n. 95 del 23.04.12)

REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI E AMBITI DI ATTIVITÀ SU CUI SONO ASSICURATE LE FUNZIONI DI FARMACOVIGILANZA, RELATIVI AGLI ESERCIZI COMMERCIALI DI CUI ALL'ARTICOLO 5, COMMA 1, DEL DECRETO-LEGGE 4 LUGLIO 2006, N. 223, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 4 AGOSTO 2006, N. 248

Vengono definiti:

- i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi (allegato 1) degli esercizi commerciali che possono effettuare attività di vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione: essi variano a seconda che l'esercizio commerciale venda medicinali non soggetti a prescrizione medica appartenenti alla classe prevista dall'art. 8, comma 10, lettera c) della legge 24

**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/)**

dicembre 1993, n. 537 (ed eventualmente anche medicinali di automedicazione), oppure esclusivamente medicinali da automedicazione

- gli ambiti di attività sui quali sono assicurate le funzioni di farmacovigilanza da parte del servizio sanitario nazionale: il farmacista operante in questi esercizi commerciali è tenuto alla segnalazione di tutte le sospette reazioni avverse gravi o inattese di cui viene a conoscenza, nonché alle segnalazioni di cui all'art. 132, comma 2, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni.

**Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 09.03.12 (Gazzetta Ufficiale n. 95 del 23.04.12)**

**MODIFICA DEL REGIME DI FORNITURA E DEL PIANO TERAPEUTICO DEL MEDICINALE MULTAQ (DRONEDARONE) 400 MG COMPRESSE. (DETERMINAZIONE N.FV/ 78)**

Con questa determinazione il dronedarone (antiaritmico utilizzato nella prevenzione della recidiva di fibrillazione atriale) vede modificato il suo regime di fornitura: diventa soggetto a prescrizione medica limitativa (limitatamente a specialisti in cardiologia, medicina d'urgenza e cardiocirurgia) per la prima prescrizione e in tutti i casi in cui non sia presente il piano terapeutico per il singolo paziente.

Il piano terapeutico stesso viene modificato: scompare la menzione all'amiodarone e le indicazioni contemplate vengono parzialmente riformulate.