

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 6

Giugno 2012

ATTENZIONE AI RAGGIRI! Stanno arrivando lettere dall' aria ufficiale (contrassegno per Euro 28,50) per "verifiche catastali" e "adeguamento valori catastali". Si consiglia di non pagare perche' non contengono nulla di significativo. Leggi il contenuto su http://www.gonews.it/articolo_130918_aziende-allarme-truffa-catastale-segnala.html

Proposte di viaggio per medici "esauriti" (a pag. 13)



Cioccolato, buono per il palato e per il cuore



Certificato telefonico: condanna per medico e paziente

Rapporti tra ASA, FANS ed emorragia diverticolare

Anche l' omeopata deve rispettare le norme del consenso informato

Lo specializzando risponde dei suoi errori, altrimenti deve astenersi



INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA

Il rischio di cadute nell'anziano: perché è importante saperlo valutare

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/

Indice

Possibile ginecomastia da Rosuvastatina	Pag. 3
Screening del cancro vescicale: evidenze insufficienti	Pag. 3
Exemestane per la prevenzione primaria del cancro mammario	Pag. 4
Linee guida per le stenosi dei vasi epiaortici	Pag. 4
Proposta la TAC come standard per la diagnosi di appendicite acuta	Pag. 5
Screening mammografico: quanto vale?	Pag. 6
Esofago di Barrett: qual è il rischio di cancro esofageo?	Pag. 6
Un vaccino per il melanoma	Pag. 7
ASA, FANS ed emorragia diverticolare	Pag. 8
Il rischio di cadute nell'anziano: perché è importante saperlo valutare	Pag. 9
Cioccolato, buono per il palato, buono per il cuore	Pag. 10
Lo specializzando risponde dei suoi errori, altrimenti deve astenersi	Pag. 10
Il proprietario della scalinata risarcisce l' infortunio anche se non c'è colpa	Pag. 10
Lo sputo costituisce reato (a volte...)	Pag. 11
L' omeopata e' tenuto a praticare anche la medicina tradizionale	Pag. 11
Anche l' omeopata deve rispettare le regole del consenso informato	Pag. 11
Precisate alcune garanzie nei procedimenti disciplinari	Pag. 12
Certificato telefonico: condanna per medico e paziente	Pag. 12
Proposte di viaggio e sondaggio preferenze	Pag. 13
Novita' in G.U. (A cura di Marco Venuti)	Pag. 14

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

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

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

Redazione

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

Collaborano:

Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino, Riccardo De Gobbi

Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni:
dzamperini@gmail.com
Cell. 333/5961678

Archivio completo:
Oltre 3000 articoli e varie risorse su <http://www.pillole.org/>
Contenuti selezionati:
www.scienzaeprofessione.it

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



MMG-net

MMG-net "La" Medicina in rete... Mette in rete i medici con gestionali diversi e da diverse postazioni di accesso
MAS INFORMATICA srl - Via Nicolò Garzilli, 28 - 90141 Palermo (PA)

Possibile ginecomastia da Rosuvastatina

Secondo il PhVWP (Pharmacovigilance Working Party – EMA) nel foglietto illustrativo dei prodotti contenenti rosuvastatina deve essere aggiunta la ginecomastia come “ADR” molto rara.

La rosuvastatina è un inibitore sintetico della 3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A (HMG-CoA) riduttasi ed appartiene alla classe delle statine. La ginecomastia è stata riconosciuta come evento avverso per la atorvastatina, altro membro della classe delle statine.

Sulla base di un segnale di ginecomastia generatosi nei database europei, il

PhVWP ha operato una revisione dei dati derivanti dagli studi clinici, dai dati post marketing, dalla letteratura scientifica e dai database sia del MAH's Global Patient Safety sia della FDA AERS.

Il PhVWP ha concluso, sulla base dei dati disponibili, che una relazione tra rosuvastatina e ginecomastia non può essere esclusa.

Questa relazione è stata supportata da alcuni casi con dechallenge positivo, dei quali alcuni con una stretta relazione tra sospensione della rosuvastatina e scomparsa della ginecomastia, ed un caso con

rechallenge positivo.

La rosuvastatina potrebbe contribuire alla comparsa di ginecomastia in pazienti suscettibili, specie maschi anziani o obesi.

Pertanto, il PhVWP ha raccomandato che nel foglietto illustrativo dei prodotti contenenti rosuvastatina venga aggiunta la ginecomastia come “ADR” molto rara.

Fonte:
<http://goo.gl/2B8r5>

A cura di Patrizia Iaccarino

Screening del cancro vescicale: evidenze insufficienti

La USPSTF, dopo una completa revisione dei dati di letteratura, ha concluso che non vi sono evidenze a favore o contro lo screening del cancro vescicale.

La United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha passato in rassegna le prove di letteratura sullo screening del cancro vescicale ed ha concluso che, per il momento, nei soggetti asintomatici a rischio medio, non ci sono evidenze per raccomandarlo o per sconsigliarlo.

La Task Force americana ricorda che il cancro vescicale è la quarta neoplasia, per frequenza, negli uomini e la settima nelle donne. Tuttavia la mortalità causata da questo tipo di tumore è relativamente bassa per cui vi è un rischio sostanziale che lo screening possa comportare sovradiagnosi e sovratrattamenti. Infatti circa il 90% dei cancri vescicali sono carcinomi a cellule transizionali e molti, al momento della diagnosi, sono superficiali: alcuni di questi tumori potrebbero non progredire mai a forme invasive.

Va considerato però che dal 50% al 70% dei cancri vescicali superficiali recidivano dopo trattamento e in circa il 10-20% dei casi progrediscono verso forme infiltranti e invasive. Nei casi avanzati la prognosi è grave perchè i trattamenti disponibili hanno un'efficacia limitata. Nonostante questo non vi sono in letteratura studi che dimostrino che lo

screening riduca la mortalità specifica o totale.

Inoltre i test comunemente usati per lo screening (esame urine per svelare una microematuria e/o l'esame citologico del sedimento urinario) hanno un valore predittivo positivo inferiore al 10%, per cui si potrebbero avere danni dovuti a procedure non necessarie (come per esempio ripetute cistoscopie o indagini radiologiche con mezzi di contrasto) oltre ai noti pericoli di tipo psicologico legati ai falsi positivi.

Fonte:
Screening for Bladder Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement
Virginia A. Moyer, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force
Ann Intern Med August 16, 2011 155:246-251;
<http://www.annals.org/content/155/4/246.full.pdf>

Commento di Renato Rossi

Nel 2004 la USPSTF aveva raccomandato di non eseguire lo screening del cancro vescicale. Ora, aggiornando le sue linee guida, prende una posizione "politically correct" concludendo che non vi sono evidenze nè a favore nè contro.

In realtà nessuna società scientifica internazionale consiglia, al momento, lo

screening del cancro vescicale in soggetti asintomatici. Per esempio secondo l'ACS (American Cancer Society) la polica migliore che si possa fare per il cancro vescicale è la diagnosi precoce che presuppone una veloce valutazione dei disturbi vescicali. Invece l'EAU (European Association of Urology) pone l'attenzione sulla prevenzione (smettere di fumare).

I problemi sono i soliti di altri screening oncologici: la mancanza di evidenze forti a favore dello screening derivanti da RCT di buona qualità e l'esistenza di forme superficiali non invasive che comporta un rischio sostanziale di sovradiagnosi e sovratrattamento.

L'ideale sarebbe poter disporre di test in grado di prevedere quali sono le forme evolutive. E' quanto auspica la Task Force che si augura anche che in futuro si rendano disponibili trattamenti meno radicali della cistectomia, come per esempio l'immunoterapia.

Quali suggerimenti per il medico pratico? Nei soggetti a rischio medio e asintomatici lo screening non andrebbe effettuato. Discorso diverso per soggetti con sintomi di tipo vescicale che andranno indagati a fondo. Per i soggetti con familiarità positiva lo screening potrebbe avere un senso, ma mancano studi a conforto di questa posizione.

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/

Exemestane per la prevenzione primaria del cancro mammario

Exemestane riduce in 3 anni di trattamento del 65% i casi di cancro mammario invasivo in donne in post menopausa a rischio moderato per questo tipo di neoplasia.

In questo studio randomizzato e controllato, in doppio cieco, sono state arruolate 4.560 donne in post menopausa (età media 62,5 anni) che avevano almeno uno dei seguenti fattori di rischio per cancro mammario: età \geq 60 anni, score di Gail a 5 anni $>$ 1,66% (rischio in 100 donne di sviluppare un cancro mammario invasivo in 5 anni), anamnesi positiva per iperplasia duttale o lobulare atipica, carcinoma lobulare in situ oppure carcinoma duttale in situ con mastectomia.

Lo score mediano di Gail risultò essere di 2,3%.

Le partecipanti sono state randomizzate a exemestane oppure placebo.

Dopo un follow up medio di 35 mesi furono diagnosticati 11 cancri mammari invasivi nel gruppo exemestane e 32 nel gruppo placebo (HR 0,35; 95% CI 0,18-0,70; $p = 0,002$).

Eventi avversi si verificarono nell'88% del gruppo exemestane e nel 85% del gruppo placebo. Non ci furono differenze fra i due gruppi per quanto riguarda fratture, eventi cardiovascolari, altre neoplasie, mortalità totale o decessi associati al trattamento. Furono osservate differenze minime per quanto riguarda la qualità

di vita.

Fonte:

Goss PE et al. for the NCIC CTG MAP.3 Study Investigators. Exemestane for Breast-Cancer Prevention in Postmenopausal Women. *N Engl J Med* 2001 Jun 23; 364:2381-2391.

Commento di Renato Rossi

La FDA ha approvato sia il tamoxifene che il raloxifene per la riduzione del rischio di cancro mammario nelle donne ad alto rischio per questa neoplasia, anche se, almeno in Italia, questa strategia è lontana dall'essere una pratica clinica frequente.

Il passo successivo è stato, ovviamente, quello di testare gli inibitori dell'aromatasi. Ed ecco quindi arrivare il primo studio sull'exemestane, che dimostra come la sua somministrazione per circa 3 anni a donne in post menopausa a rischio moderato di cancro mammario riduca del 65% (in termini relativi) tale rischio. In termini assoluti però l'efficacia del trattamento appare meno eclatante: i casi diagnosticati di cancro mammario invasivo sono stati 0,55% nel gruppo placebo e 0,19% nel gruppo trattamento. Tradotto in altri termini questo vuol dire che si devono trattare circa 277 donne per 3 anni per evitare un caso di neoplasia mammaria invasiva.

Un editoriale di accompagnamento [1], dopo aver osservato che probabilmente i tre inibitori dell'aromatasi (letrozolo, anastrozolo ed exemestane) sono di efficacia paragonabile, conclude che attualmente i medici hanno a disposizione tre scelte (tamoxifene, raloxifene, inibitori dell'aromatasi) per la profilassi primaria del cancro mammario invasivo, che rappresenta la seconda causa di morte per cancro negli USA. Perciò non ci dovrebbero essere più scuse per ulteriori attese.

In effetti i dati degli studi sono a favore dei farmaci.

Tuttavia a nostro avviso rimangono alcuni dubbi legati soprattutto ad un punto critico che assume molta importanza nella pratica di tutti i giorni: la corretta individuazione delle pazienti a rischio moderato o elevato che possono trarre giovamento dalla chemioprolifassi. In questo possono essere di aiuto dei sistemi a punteggio di cui abbiamo scritto in precedenza e a cui rimandiamo [2]

Fonte:

1. Davidson NE, Kensler TW. Mapping the Course of Chemoprevention in Breast Cancer *N Engl J Med* 2011 Jun 23; 364:2463-2464
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3019>

Linee guida per le stenosi dei vasi epiaortici

Le recenti linee guida per le stenosi dei vasi epiaortici possono essere un utile punto di riferimento anche per il medico generalista.

Sono state pubblicate le linee guida dell'American College of Cardiology, dell'American Heart Association e di altre società scientifiche sulle stenosi carotidi-vertebrali.

Screening

Viene confermato che lo screening delle stenosi carotidi-vertebrali nelle persone asintomatiche non è raccomandato.

Lo screening con ecodoppler può essere previsto prima di un intervento di

by pass coronarico nei seguenti pazienti: età $>$ 65 anni, stenosi dell'arteria coronaria sinistra principale, storia di ictus o TIA, soffio carotideo. Rimane da provare l'utilità della rivascolarizzazione carotidea durante l'intervento coronarico nei pazienti asintomatici.

Test per la diagnosi

Il test diagnostico di primo livello è l'ecodoppler dei vasi epicranici, sia nei pazienti senza sintomi con sospetta stenosi carotidea sia nei pazienti con sintomi di tipo neurologico.

L'angiogramma oppure l'angiografia TC sono consigliate come test di secondo livello nei pazienti sintomatici in cui l'ecodop-

pler dà risultati incerti oppure in quei contesti in cui il test di primo livello non sia disponibile.

Terapia medica

È importante che il paziente con stenosi dell'arteria carotidea o vertebrale smetta di fumare e abbia una pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg. Da consigliare anche una dieta e un esercizio fisico adeguati.

È raccomandata una statina per ridurre il colesterolo LDL a livelli inferiori a 100 mg/dL.

Nei diabetici il target dovrebbe essere inferiore a 70 mg/dL.

Sempre nei diabetici è importante il trat-

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/

tamento dell'iperglicemia. Tuttavia le linee guida ammettono che la prevenzione dell'ictus non è stata dimostrata per valori di emoglobina glicata inferiori al 7%.

Nelle stenosi carotidee e vertebrali è raccomandata la prescrizione di ASA (75 - 325 mg/die). Questa raccomandazione deriva dal fatto che la presenza di una malattia stenotica a livello carotideo o vertebrale comporta un aumentato rischio non solo di ictus ma anche di infarto miocardico e di altri eventi cardiovascolari. Però si ammette che al momento la terapia antiaggregante non ha dimostrato di ridurre l'ictus nelle stenosi asintomatiche.

Terapia medica nelle stenosi sintomatiche

Dopo un ictus oppure un TIA le terapie raccomandate sono: ASA (75 - 325 mg/die), clopidogrel (75 mg/die) oppure la combinazione ASA/dipiridamolo a lento rilascio (25/200 mg x 2/die). Ognuna di queste scelte è preferibile alla associazione ASA/clopidogrel a causa dell'aumentato rischio emorragico.

Terapia chirurgica

Nelle stenosi sintomatiche la scelta tra stenting ed endoarterectomia dipende da vari fattori. Nei pazienti anziani è preferibile la chirurgia, soprattutto se l'anatomia vascolare non è favorevole per lo stenting. Al contrario lo stenting può essere preferibile nei casi in cui l'anatomia renderebbe difficile la chirurgia.

Fonte:

Brott TG et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: Executive summary
J Am Coll Cardiol 2011 Feb 22 ; 5-7:1002.

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida sono interessanti, nei punti fondamentali, anche per il medico generalista. Tuttavia non vi sono novità di rilievo.

Per quanto riguarda lo screening nei soggetti asintomatici si può aggiungere che può comunque essere ragionevole consigliarlo nei soggetti a rischio cardiovascolare molto elevato per la presenza di multipli fattori di rischio.

Rimane, per completare il quadro, da ricordare quali sono le indicazioni all'intervento di rivascolarizzazione (chirurgia o stenting).

Nelle stenosi carotidee sintomatiche ci si limita alla terapia medica se la stenosi è inferiore al 50%. Se superiore al 50% vi è indicazione alla rivascolarizzazione, a meno che non esistano gravi condizioni di comorbidità che controindicano l'intervento.

Nelle stenosi asintomatiche vi sono pareri discordanti dato che non vi è una correlazione stretta tra entità della stenosi e rischio di ictus. Le linee guida SPREAD consigliano la rivascolarizzazione se la stenosi è superiore al 60% purchè il paziente abbia una aspettativa di vita superiore ai 5 anni e il rischio operatorio di complicanze gravi (decesso, ictus) ad un mese sia inferiore al 3%. Le stesse linee guida auspicano però ulteriori studi e revisioni sistematiche per determinare quali soggetti con stenosi asintomatica possono trarre beneficio dall'intervento.

Proposta la TAC come standard per la diagnosi di appendicite acuta

Secondo uno studio osservazionale americano la tomografia computerizzata multidetettore (TCMD) addomino pelvica preoperatoria dovrebbe essere lo standard diagnostico di riferimento nei pazienti adulti con quadro clinico.

In questo studio osservazionale sono stati valutati 2.871 adulti presentatisi in una singola clinica americana dal gennaio 2000 al dicembre 2009 per sospetta appendicite. I pazienti sono stati sottoposti a TCMD addominopelvica e la diagnosi radiologica è stata poi confrontata con quella finale derivante dalla osservazione clinica, dal riscontro chirurgico e istologico.

Il 23,5% dei pazienti aveva una appendicite acuta.

La sensibilità della TCMD fu del 98,5%, la specificità del 98%, il valore predittivo negativo del 99,5% e il valore predittivo positivo del 93,9%.

La likelihood ratio positiva risultò essere del 51,3 e quella negativa dello 0,015.

I risultati erano simili negli uomini e nelle donne.

La percentuale di perforazioni diminuì dal 28,9% del 2000 al 11,5% del 2009.

La TAC suggerì una diagnosi alternativa in 893 pazienti dei 2122 senza appendicite o comunque non sottoposti ad appendicectomia.

Gli autori concludono che la TCMD addomino pelvica è un test utile per la valutazione di routine del paziente adulto con quadro clinico di sospetta appendicite acuta. Questi risultati giustificano l'uso preoperatorio della TAC come standard diagnostico.

Fonte:

Pickhardt PJ et al. Diagnostic Performance of Multidetector Computed Tomography for Suspected Acute Appendicitis. Ann Intern Med 2001 Jun 20;

154: 789-796.

Commento di Renato Rossi

La diagnosi di appendicite acuta su base clinica è spesso difficile. Il laboratorio può essere di ausilio se mostra una leucocitosi o un aumento degli indici di flogosi, ma si tratta di segni aspecifici che possono essere presenti anche in altre condizioni cliniche.

L'esecuzione della TCMD in questi pazienti ha dimostrato, nello studio recente in questa pillola, di essere molto sensibile e molto specifica.

Avevano una appendicite acuta 657 dei 2.871 pazienti arruolati. La TCMD ne ha diagnosticato 655.

Dei 2.196 pazienti senza appendicite acuta la TCMD ne ha diagnosticati 2.153. In pratica, sul totale dei pazienti, ci sono stati 2 falsi negativi e 43 falsi positivi.

La metodica dovrebbe quindi entrare nei

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/

protocolli diagnostici dei pazienti adulti che si presentano con un quadro clinico sospetto di appendicite acuta. Se queste conclusioni degli autori sono

condivisibili in linea di principio, rimane da determinare la reale praticabilità, soprattutto negli ospedali meno attrezzati. Sarebbe interessante inoltre confron-

tare questo approccio con alternative come l'ecografia addominale associata all'attenta osservazione clinica.

Screening mammografico: quanto vale?

Uno studio osservazionale mette in dubbio che lo screening mammografico giochi un ruolo importante nella riduzione della mortalità da cancro mammario osservata in vari paesi europei.

Per determinare quanto della riduzione di mortalità da cancro mammario osservata in vari paesi europei sia dovuta allo screening mammografico e quanto al miglioramento delle cure gli autori di questo studio osservazionale hanno scelto tre coppie di paesi tra loro paragonabili per vicinanza geografica e qualità delle cure: Svezia-Norvegia, Olanda-Belgio, Irlanda del Nord-Repubblica d'Irlanda. In Svezia, Olanda e Irlanda del Nord lo screening mammografico è stato introdotto molto prima che in Norvegia, Belgio e Repubblica d'Irlanda. Nonostante questo si è visto che la riduzione di mortalità da cancro mammario non differiva tra i vari paesi.

Per esempio in Svezia lo screening mammografico copriva l'intero paese già nel 1997 mentre in Norvegia tale copertura si ebbe solo nel 2005. Eppure la mortalità da cancro mammario si è ridotta, dal 1980 al 2006, del 16% in Svezia e del 24% in Norvegia. In Irlanda del Nord si è ridotta, nello stesso periodo, del 29% e nella Repubblica d'Irlanda del 26%; In Olanda del 25%, in Belgio del 20% e nelle Fiandre del 25%.

Gli autori concludono che i loro dati suggeriscono che lo screening non gioca un ruolo diretto nella riduzione della mortalità da cancro mammario osservata nei paesi studiati.

Fonte:

Autier P et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: Trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2011 Aug 6; 343:d4411.

Commento di Renato Rossi

Un altro studio osservazionale che dissennina dubbi sulla utilità dello screening mammografico nel ridurre la mortalità da cancro mammario.

La riduzione della mortalità osservata in vari paesi occidentali non sarebbe dovuta tanto allo screening in sé quanto ai progressi delle terapie e al miglior accesso alle strutture sanitarie.

L'ultima volta che ci eravamo occupati dello screening mammografico era stato quando abbiamo recensito uno studio del centro Cochrane danese [1]. Anche in quel lavoro si suggeriva che la riduzione della mortalità da cancro mammario osservata in Danimarca non sarebbe dovuta ai programmi di screening mammografico.

Addirittura gli autori danesi lasciavano intendere che lo screening è inefficace, tanto è vero che la riduzione della mortalità specifica trovata nelle aree in cui lo screening non era implementato era maggiore (2% all'anno) di quella trovata in cui si effettuava lo screening (1% all'anno).

Anche uno studio recente pubblicato da autori norvegesi va nella stessa direzione [2]. Nel 1996 in Norvegia lo screening venne iniziato in quattro aree e successivamente, nei nove anni suc-

cessivi, si estese al resto del paese. Si è così potuto constatare che la mortalità da cancro mammario nelle donne residenti dove lo screening era stato implementato prima era inferiore di solo il 10% di quella osservata nelle donne delle altre aree geografiche del paese e che la differenza non era statisticamente significativa ($P = 0,13$).

Un editoriale dal titolo molto significativo [3] concludeva che, mentre molti medici continueranno a consigliare uno screening generalizzato, altri useranno un approccio più personalizzato e flessibile. Infine suggeriva che è arrivato il momento di smetterla di usare l'implementazione dello screening mammografico come indicatore della qualità dei vari servizi sanitari.

Dal canto nostro non possiamo che ricordare una posizione già ribadita molte volte: lo screening mammografico ha dei vantaggi e degli svantaggi che andranno scrupolosamente illustrati alla donna a cui spetta la decisione ultima [4].

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5001>
2. Kalager M et al. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010 Sep 23; 363:1203.
3. Welch HG. Screening mammography — A long run for a short slide? *N Engl J Med* 2010 Sep 23; 363:1276.
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4744>

Esofago di Barrett: qual è il rischio di cancro esofageo?

Secondo un ampio studio irlandese il rischio degenerativo dell'esofago di Barrett è inferiore a quello che comunemente si crede.

Gli autori di questo studio osservazionale sono partiti dalla constatazione che l'esofago di Barrett è una lesione precancerosa che può degenerare in adenocar-

cinoma esofageo.

Dato che tale rischio varia a seconda degli studi, gli autori hanno esaminato uno dei più importanti registri di esofa-

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/

go di Barrett del mondo: il Northern Ireland Barrett's esophagus Register. Sono stati seguiti 8.522 pazienti del registro fino al 2008.

Dopo un follow up mediano di 7 anni si sono registrati 79 pazienti con cancro esofageo, 16 con cancro del cardias gastrico e 36 con displasia di alto grado. L'incidenza di neoplasia o displasia di alto grado era di 0,22% per anno. Metaplasia intestinale specializzata era presente nel 46% dei pazienti.

Il rischio di evoluzione in cancro era statisticamente significativo solo nei pazienti che avevano tale quadro istologico ma non in quelli che ne erano privi.

Il rischio era inoltre statisticamente più elevato:

- negli uomini rispetto alle donne:

0,28% per anno versus 0,13% per anno

- nei pazienti con displasia di basso grado rispetto ai pazienti senza displasia:

1,40% per anno versus 0,17% per anno.

Gli autori concludono che il rischio degenerativo dell'esofago di Barrett è inferiore a quanto precedentemente riportato e che le raccomandazioni attuali sul monitoraggio della malattia potrebbero essere non costo-efficaci.

Fonte:

Bhat S et al. Risk of Malignant Progression in Barrett's Esophagus Patients:

Results from a Large Population-Based Study. J Natl Cancer Inst. Pubblicato anticipatamente online il 16 giugno 2011.

doi: 10.1093/jnci/djr203. <http://goo.gl/NwEKH>

Commento di Renato Rossi

Per esofago di Barrett si intende la presenza, nell'esofago distale, di epitelio colonnare con metaplasia gastrica o intestinale. Questa condizione viene consi-

derata a rischio evolutivo verso il cancro dell'esofago per cui le linee guida raccomandano un'attenta sorveglianza endoscopica del paziente, come riassunto nella tabella seguente.

A) Se la sostituzione dell'epitelio squamoso con epitelio colonnare è di tipo gastrico (cardiale o fundico) si consiglia una endoscopia dopo 5 anni

B) Se la sostituzione è di tipo intestinale vero e proprio si esegue una EGDS dopo 2 anni se non vi è displasia, in caso di displasia di alto grado il paziente va inviato al chirurgo per ablazione della zona lesa, in caso di displasia di basso grado si controlla dopo 3 mesi e se persistono le lesioni di basso grado si ricontrolla dopo 6 mesi, se al contrario la displasia è scomparsa si ricontrolla dopo un anno.

Un editoriale di commento allo studio irlandese chiosa che se il rischio è molto basso i benefici della sorveglianza e della eventuale ablazione probabilmente non ci sono. Infatti benefici per pochi pazienti possono non essere bilanciati dai rischi delle procedure invasive e dell'effetto psicologico di etichettare un paziente come portatore di una condizione precancerosa [1].

In realtà i vari studi ad oggi disponibili hanno fornito risultati contrastanti circa il reale rischio evolutivo.

Lo studio irlandese, effettuato su un numero considerevole di pazienti con esofago di Barrett, ha il pregio di evidenziare quali sono i maggiori rischi di degenerazione: la presenza di metaplasia intestinale specializzata, il sesso maschile, l'età > 50 anni, la presenza di displasia di basso grado (rispetto alla sua assenza).

D'altra parte anche un recente studio danese suggerisce che il rischio di adenocarcinoma nel Barrett è circa un quarto di quanto stimato in precedenza [3]. Secondo altri studi il rischio evolutivo sarebbe minimo se la zona di mucosa metaplastica misura meno di 3 centimetri.

L'editoriale già menzionato conclude ricordando che la sorveglianza periodica e il trattamento sono utili solo se è provata la loro efficacia, ma per ora si tratta di un principio non dimostrato [1].

Quali sono, quindi, le conclusioni di massima che si possono trarre?

Ci pare ragionevole consigliare una sorveglianza frequente negli uomini, soprattutto dopo i 50 anni, con metaplasia intestinale specializzata e/o con displasia anche di basso grado.

La sorveglianza può essere meno intensa nei casi a minor rischio evolutivo (per esempio se dopo ripetuti controlli viene confermata l'assenza di metaplasia intestinale e di displasia).

Referenze

1. Douglas A. Corley. Understanding Cancer Incidence in Barrett's Esophagus: Light at the End of the Tunnel. J Natl Cancer Inst. Pubblicato anticipatamente online il 16 giugno 2011. doi:10.1093/jnci/djr223. <http://goo.gl/wbG0e>

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4909>

3. Hvid-Jensen F et al. Incidence of Adenocarcinoma among Patients with Barrett's Esophagus N Engl J Med 2011 Oct 13; 365:1375-1383.

Un vaccino per il melanoma

L'aggiunta di un vaccino peptidico alla interleukina-2 migliora la risposta e la sopravvivenza libera da progressione nel melanoma avanzato.

In questo studio sono stati arruolati 185 pazienti HLA * A0201+ con melanoma

cutaneo in stadio IV o stadio III localmente avanzato.

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere l'interleukina-2 (un agente immunoattivante) da sola oppure associata ad un vaccino peptidico denominato gp100:209-217 (210M). Una risposta al trat-

tamento si è osservata nel 9,7% dei pazienti trattati con interleukina-2 da sola e nel 20% dei pazienti trattati anche con il vaccino (p = 0,05).

La sopravvivenza mediana libera da progressione della malattia fu rispettivamente di 1,6 mesi e di 2,2 mesi (p =

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/

0,008).

La sopravvivenza totale non differiva tra i due gruppi.

Fonte:

Schwartzentruber DJ et al. gp100 peptide vaccine and interleukin-2 in patients with advanced melanoma. *N Engl J Med* 2011 Jun 2; 364:2119.

Commento di Renato Rossi

Si tratta di un piccolo studio da cui è difficile trarre conclusioni definitive. Per il vero già in uno studio precedente [1], su 31 pazienti con melanoma metastatico, si era visto che il vaccino associato alla interleukina-2 ottiene una risposta terapeutica superiore alla sola interleukina-2.

Questo nuovo studio, su una casistica superiore, conferma il beneficio del vaccino.

Si tratta di un beneficio statisticamente significativo, anche se dal punto di vista clinico l'impatto sembra modesto perché non porta ad un aumento della sopravvivenza totale, mentre l'aumento della sopravvivenza libera da progressione aumenta mediamente di 6 mesi.

E' anche vero che lo studio non aveva una potenza statistica tale da dimostrare una riduzione della mortalità totale.

Recentemente sono entrati nell'armamentario terapeutico dei medici per la terapia del melanoma avanzato due farmaci che sembrano promettenti. E' stato appena approvato l'ipilimumab, mentre risultati positivi vengono da un recentissimo trial sul vemurafenib [2].

In uno studio su 675 pazienti con melanoma metastatico mai trattato si è visto che a sei mesi la sopravvivenza era del 84% con il vemurafenib del 64% con dacarbazina.

A causa di questi risultati a sei mesi il monitoring board ha raccomandato di trattare i pazienti del gruppo dacarbazina con vemurafenib.

In un altro studio sempre recentissimo [3] su 502 pazienti con melanoma metastatico mai trattati sono stati confrontati due regimi: ipilimumab più dacarbazina versus dacarbazina più placebo.

La sopravvivenza mediana risultò di 11,2 mesi col primo schema e di 9,1 mesi col secondo schema. Ad un anno era vivo rispettivamente il 47,3% e il

36,3% dei pazienti. A due anni il 28,5% e il 17,9% e a tre anni il 20,8% contro il 12,2%.

Ovviamente la strada è ancora lunga e sono necessari studi di comparazione tra le varie terapie disponibili per stabilire quali sono quelle più efficaci.

Referenze

1. Schwartzentruber DJ et al. A phase III multi-institutional randomized study of immunization with the gp100: 209-217 (210M) peptide followed by high-dose IL-2 compared with high-dose IL-2 alone in patients with metastatic melanoma. *J Clin Oncol Jun 2009 Suppl*; 27:18S CRA9011.

<http://goo.gl/gKjsR>

2. Chapman PB et al for the BRIM-3 Study Group.

Improved Survival with Vemurafenib in Melanoma with BRAF V600E Mutation *N Engl J Med* 2011 Jun 30; 364: 2507-2517

3. Robert C et al. Ipilimumab plus Dacarbazine for Previously Untreated Metastatic Melanoma. *N Engl J Med* 2011 Jun 30; 2517 -2526

ASA, FANS ed emorragia diverticolare

Uno studio osservazionale mostra che l'ASA e i FANS aumentano moderatamente il rischio di diverticolite e di emorragia diverticolare.

Nello studio osservazionale denominato Health Professionals Follow-Up Study sono stati seguiti circa 47.000 uomini con un follow up di 22 anni.

Di questi circa 14.000 partecipanti assumevano regolarmente ASA e 2.500 un FANS almeno due volte alla settimana.

Durante il follow up 939 soggetti hanno avuto una diverticolite e 256 una emorragia diverticolare.

Per l'ASA il rischio di diverticolite espresso come hazard ratio era di 1,25 e di emorragia diverticolare di 1,70.

Per il FANS il rischio era rispettivamente di 1,72 e di 1,74.

Gli autori hanno calcolato che si ha un

caso in più di complicanza diverticolare per 1000 persone-anni.

Fonte:

Strate LL et al. Use of aspirin or non-steroidal anti-inflammatory drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterology* 2011 May; 140:1427.

Commento di Renato Rossi

Che l'ASA e i FANS potessero complicare i diverticoli del colon con un processo infiammatorio o con un'emorragia era noto già da altri studi.

Ora questo studio osservazionale con un follow up lunghissimo lo conferma.

Purtroppo gli inibitori di pompa riducono il rischio di ASA e FANS a livello di complicanze gastroduodenali, ma non a livello del colon.

Quali sono i messaggi per il medico pratico?

Anzitutto non va mai dimenticato che ASA e FANS devono essere usati solo se strettamente necessari.

In secondo luogo nei pazienti con storia di diverticolite o di emorragia diverticolare è opportuno usare farmaci alternativi (per esempio ticlopidina o clopidogrel come antiaggreganti, paracetamolo con/senza codeina oppure oppioidi nel caso di sindromi dolorose).

Infine potrebbe trovare spazio, in questi pazienti, l'uso dei coxib che probabilmente sono dotati di una minore tossicità a livello del colon.

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/

Il rischio di cadute nell'anziano: perché è importante valutarlo

Le cadute sono piuttosto frequenti negli anziani: nel Regno Unito esse sono responsabili del 14% dei ricoveri urgenti e del 4% di tutti i ricoveri, che avvengono generalmente per i traumi correlati alla caduta.(1).

Le cadute possono essere la conseguenza di un problema neuro-motorio (paresi, Parkinson, neuro-miopatie ecc.), di un problema internistico (sincope, crisi vertiginose ecc.) oppure più semplicemente di un problema legato all'ambiente in cui è inserito l'anziano (barriere architettoniche, arredamento non adeguato, mancanza di ausili). Vi sono tuttavia autorevoli ricerche che dimostrano che buona parte delle cadute possono essere prevenute mediante individuazione dei soggetti e delle situazioni a rischio e mediante correzione dei fattori di rischio.(2) Possiamo anzitutto elencare le più frequenti condizioni che favoriscono le cadute nell'anziano (Tab1)

TABELLA 1

Condizioni che favoriscono le cadute nell'anziano

1. Disturbi dell'equilibrio e della mobilità
2. Disturbi Visivi non corretti
3. Problemi cognitivi : deficit e demenze
4. Episodi sincopali
5. Episodi Vertiginosi
6. Problema ai piedi od agli arti inferiori: dolori,deformità, calzature inadeguate
7. Uso di farmaci che riducono la vigilanza od il coordinamento motorio o la forza muscolare
8. Fattori ambientali: barriere architettoniche, accessibilità e sicurezza dei vari ambienti, disponibilità di ausili e supporti
- 9.

(*)(*) Nota: La larga maggioranza degli anziani vive in abitazioni che non sono state costruite né arredate per le necessità degli anziani. Con il passare degli anni il divario tra le necessità dell'anziano e le offerte dell'ambiente domesti-

co diviene sempre più accentuato e richiede inevitabilmente interventi correttivi

La Valutazione del rischio di caduta

La conoscenza delle condizioni che favoriscono le cadute è il primo importante fattore di prevenzione.

Il passo successivo è quello di una accurata anamnesi e di un diligente esame clinico del paziente: la raccolta e la integrazione di questi dati ci permettono di inserire il paziente in una fascia di rischio (valutazione qualitativa: rischio basso medio alto).

Esistono inoltre numerosi test di valutazione quantitativa, alcuni dei quali controllati e validati da studi su un numero adeguato di pazienti.

Nell'ambito della medicina pratica i requisiti essenziali sono la affidabilità ma anche la applicabilità, che è direttamente correlata al tempo ed alla difficoltà di esecuzione: in questi anni si è affermato nei paesi anglo-sassoni un test semplice validato ed affidabile: il "Get up an Go Test".(3)(4)

Nella Tabella 2 una descrizione del test e delle preziose indicazioni che esso ci può fornire.

TABELLA 2

Get up and Go Test

Descrizione

Il paziente siede in una sedia senza braccioli ed indossa indumenti e calzature comode;può utilizzare un bastone se lo fa usualmente

Si richiede al paziente:

1. Alzarsi dalla sedia senza aiutarsi con le braccia
2. Restare nella posizione eretta
3. Camminare per 3metri
4. Girarsi di 180°
5. Ritornare alla sedia
6. Sedere senza aiutarsi con le braccia
- 7.

Cosa può svelarci il Test

1. Lentezza nella esecuzione (un tempo superiore a 12 secondi viene considerato anormale)

2. Necessità di un supporto esterno
3. Andatura "aprossica"(passi corti, strascicati)
4. Andatura "atassica" (instabile, su base allargata)
5. Andatura "festinante" e mancata oscillazione degli arti
6. Andatura esitante
7. Andatura "antalgica"

Conclusioni

Quando un anziano cade e si procura una frattura, le sue condizioni psicofisiche possono deteriorarsi definitivamente: la famiglia può subire un considerevole stress e le condizioni di vita dei familiari possono peggiorare compromettendo così anche il loro stato di salute.

Le ricerche dei colleghi inglesi ci dimostrano come un medico diligente abbia necessità di poche conoscenze, poche competenze e qualche buon test per individuare i soggetti a rischio e mettere in atto le misure preventive che possono evitare o rinviare nel tempo la caduta e le sue complicanze.

Un minimo sforzo insomma, per conseguire un importante risultato...

Bibliografia

1. Close J et Al.: Prevention of Falls in the Elderly Trial (PROFET): a randomized controlled trial Lancet 1999;353:93-7
2. Close JCT et Al.: Fall Assessment in older people BMJ 2011;343:d5153
3. Mathias S et Al.: Balance in elderly patient: the "get up and go test" Arch. Phys. Med. Rehabil 1986;67:387-9
4. Rose DJ et Al.: Predicting the probability of falls in community residing older adults using the 8-foot up-and-go J. Aging Phys. Activ. 2002; 10: 466-75

Di Riccardo De Gobbi

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/

Cioccolato, buono per palato, buono per il cuore

Il consumo di cioccolata per più di cinque volte alla settimana risulterebbe associato ad una riduzione degli eventi cardiovascolari totali e del rischio di ictus.

Lo scopo di questa revisione sistematica (7 studi osservazionali, circa 114.000 partecipanti, età 25-93 anni, follow up di 8-16 anni) era di determinare un'eventuale associazione tra consumo di cioccolata ed eventi cardiovascolari. Si è evidenziato che il consumo elevato di cioccolata (più di cinque volte alla settimana) risultava associato ad una riduzione statisticamente significativa degli eventi cardiovascolari del 37% e dell'ictus del 29% rispetto a chi non assumeva cioccolata. Non risultavano, invece, differenze per quanto riguarda il rischio di scompenso cardiaco. Comunque gli autori suggeriscono la necessità di ulteriori studi che dimostrino questi benefici potenziali.

Fonte:

Buitrago-Lopez A et al. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011 Aug 29; 343:d4488.

Commento di Renato Rossi

Si ritiene che il cacao possa esercitare effetti benefici sul rischio cardiovascolare grazie all'elevato contenuto in polifenoli.

I risultati della metanalisi recensita in questa pillola sembrerebbero confermare questa azione.

Tuttavia va considerato che gli studi analizzati erano di tipo osservazionale e quindi, come abbiamo avuto modo di ripetere molte volte, soggetti a vari tipi di distorsioni.

Per quanto gli autori abbiano corretto i dati per eliminare potenziali fattori confondenti, rimane sempre un margine di

dubbio.

La prova del nove che la cioccolata è davvero efficace per la profilassi cardiovascolare potrebbe derivare solo da RCT disegnati ad hoc, che però sono probabilmente di difficile esecuzione.

D'altra parte non va dimenticato che spesso la cioccolata in commercio contiene una certa quantità di zucchero che, se eccessiva, potrebbe avere effetti nocivi in alcuni casi (per esempio diabetici).

Le conclusioni per il medico pratico sono ovvie: l'assunzione di cioccolata non va scoraggiata, ma si deve raccomandare di non esagerare.

Dell'argomento questa testata si è già ampiamente occupata in una pillola precedente alla quale rimandiamo: <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4991>

Lo specializzando risponde dei suoi errori, altrimenti deve astenersi

Non costituisce giustificazione, per lo specializzando che commette errori in corsia, la pretesa che si trovi lì solo per formazione: ne deve rispondere e deve rifiutare di effettuare mansioni di cui non si senta in grado, altrimenti se ne assume piena responsabilità (Cass. IV Penale n. 6981/2012)

La Cassazione ha convalidato le condanne inflitte dai giudici di merito ad una dottoressa che, frequentando una corsia ospedaliera per conseguire la specializzazione, aveva cagionato con condotte colpose gravi lesioni ad un bambino malato di tumore, con diagnosi improprie e cure inadeguate.

La difesa della dottoressa ne sosteneva la non incolpabilità in quanto a suo dire il suo ruolo era solo quello di praticare il tirocinio di formazione e non era re-

sponsabile di eventuali errori commessi dietro disposizione del medico strutturato.

La Corte ha respinto questa argomentazione, in quanto la presenza in ospedale della specializzando non è limitata alla sola formazione professionale ma anche allo svolgimento di attività mediche che, qualora non si senta in grado di svolgere, può comunque decidere di evitare astenendosi.

Ha quindi confermato le condanne del medico strutturato e della dottoressa (condannata a due mesi) in base al principio della "colpa per assunzione" (che si può sintetizzare in poche parole nel concetto "se non so fare una cosa me ne astengo, se la faccio me ne assumo la responsabilità").

Dice la Corte: "il medico specializzando non è presente nella struttura per la sola formazione professionale, la sua non è una mera presenza passiva né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia".

(Si tratta della cosiddetta "autonomia vincolata", come già espresso in precedenti sentenze della Cassazione (Cass. Sezione IV, n. 32424 del 10.7.2008)).

Se lo specializzando - osserva ancora la Corte nella sentenza in oggetto - "non è o non si ritiene in grado di compiere le attività" deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità."

Il proprietario della scalinata risarcisce l' infortunio anche se non c'è colpa

La responsabilità per i danni cagionati da cose in custodia prescinde dal carattere colposo del comportamento del custode e dall'accertamento della pericolosità della cosa, avendo natura oggettiva e necessitando, per la sua configurabilità, del mero rapporto eziologico con

l' evento, escluso il solo caso fortuito (Cass. III Civ n. 27898/2011)

I fatti:

Una donna conveniva in giudizio il Comune, chiedendo il risarcimento dei danni subiti a seguito di una caduta per

le scale di un edificio comunale, dichiarando di essere scivolata su uno dei gradini, a causa della mancanza di illuminazione nonché dei detriti e dei calcinacci sparsi a terra.

In primo grado la richiesta della donna veniva respinta.

In appello, invece, il Comune veniva condannato al pagamento in favore della donna della somma di circa 20 mila euro, oltre interessi e spese.

Il Comune ricorreva in Cassazione contestando l' applicazione della presunzione di responsabilità'.

Ma la Cassazione respingeva il ricorso affermando che "la responsabilità per i danni cagionati da cose in custodia, prevista dall'art. 2051 cod. civ., prescinde e dall'accertamento del carattere colposo del comportamento del custode e dall'accertamento della pericolosità della cosa, avendo natura oggettiva necessitando,

per la sua configurabilità, del mero rapporto eziologico tra bene ed evento, di talché essa sussiste, in definitiva, in relazione a tutti i danni, cagionati dalla 'res', sia per la sua intrinseca natura, sia per l'insorgenza in essa di agenti dannosi, essendo esclusa solo dal caso fortuito".

Lo sputo costituisce reato (a volte...)

La Cassazione, a fronte di discordanti pronunce dei giudici di merito, chiarisce quando sputare su persone o cose costituisce reato (Cass. II penale n. 45924-/2011)

Un "gentile" signore di Avellino, in occasione di una disputa con un anziano automobilista, sputava ripetutamente contro la vettura di quest' ultimo.

Querelato, l' uomo era stato condannato in primo grado dal giudice di pace.

Ricorrendo al Tribunale, la condanna era invece stata annullata.

I giudici motivavano l' assoluzione con

il fatto che "il semplice sputo non e' idoneo a produrre un'alterazione quantomeno temporanea e superficiale della res, necessaria ai fini della configurazione del reato".

L' anziano non demordeva e ricorreva in Cassazione.

La suprema Corte accoglieva il ricorso ribaltando la decisione del giudice di secondo grado.

Secondo gli ermellini esiste reato di deturpamento "allorche", per la particolare densita', o perche' reiterati, risultino idonei ad imbrattare il bene, sporcandolo e insudiciandolo".

La Cassazione bacchettava il magistrato

"assolutore" rimarcando come non avesse considerato che "nella fattispecie trattavasi di diversi sputi" e che aveva "confuso l'elemento soggettivo del reato con quello oggettivo della idoneita' della condotta".

Pur solidarizzando con l' anziano automobilista (credo che a nessuno faccia piacere subire gli sputi di un terzo) mi chiedo se valesse la pena impegnare il tempo della suprema corte con questioni di tale calibro esistenziale. Sarebbe bastata una multa al momento del fatto, ma noi siamo il paese delle sottigliezze giuridiche...

L' omeopata e' tenuto a praticare anche la medicina tradizionale

E' stato condannato un medico omeopata che praticava esclusivamente terapie omeopatiche con conseguente danno (da omissione terapeutica) alla salute del paziente. (Cassazione III Civ n 7555 del 01/04/2011)

Un paziente con disturbi visivi si era rivolto ad un medico generico che aveva riscontrato presenza di cataratta, curandola con prodotti omeopatici da lui preparati.

A causa dell' aggravarsi dei disturbi il paziente si recava a visita, dopo alcuni mesi di cure, da un' altro medico dove veniva riscontrata una patologia diversa (un intorbidimento essudativo del vitreo).

La Cassazione confermava la condanna inflitta al medico dai giudici di merito (risarcimento del danno di oltre 50.000 Euro) in quanto il ritardo diagnostico aveva aggravato irreversibilmente la patologia a carico dell' occhio provocando una grave perdita di campo visivo.

Il medico, affermava la Corte, doveva disporre un accertamento specialistico all'occhio per sincerarsi della vera natura della patologia; cio' non era stato fatto perche' il medico omeopata (come affermava a sua discolpa) "persegue metodi diagnostici e terapeutici incompatibili con la prescrizione di accertamenti relativi ad uno specifico ed isolato organo

del corpo umano".

La Corte contestava questa tesi affermando che l'omeopatia pur costituendo un sistema di medicina alternativo, mira pur sempre alla guarigione dei pazienti. Anche se uno dei principi fondamentali dell'omeopatia è costituito dal fatto che diagnosi e terapia devono riguardare l'intero corpo, ciò non significa che l'omeopata debba evitare gli accertamenti diagnostici specialistici riguardanti il singolo organo, ma semmai vuol dire che egli non potrebbe fermarsi alle indagini specifiche riguardanti il singolo organo.

Anche l' omeopata deve rispettare le regole del consenso informato

Condannato un medico omeopata per carenza informativa sulle potenzialità terapeutiche, sulle alternative e sulle possibili complicazioni da omissione diagnostica.

Tribunale di Pavia - Sez. I, Sent. del 30.12.2011

I fatti:

Una paziente sofferente di stomatite aftosa, insoddisfatta delle cure tradizionali ricevute, si rivolgeva ad un medico omeopata che, effettuate indagini sulla funzionalità tiroidea, le prescriveva poi una cura omeopatica che avrebbe apportato i primi benefici entro trenta o qua-

ranta giorni.

In questo periodo la paziente manifestava pienamente in realtà i sintomi del pemfigo volgare, patologia molto più grave, evolutosi poi nella Sindrome di Cushing.

Il medico si difendeva affermando che

la paziente aveva espressamente richiesto di essere curata con l'omeopatia e che non si era più recata da lui fino all'aggravamento dei disturbi, allorché era stato raccomandato un ricovero immediato

Il Tribunale di Pavia sottolineava innanzitutto la differenza della medicina omeopatica da quella tradizionale: la prima infatti si basa sul "principio di similitudine del farmaco", secondo cui "il rimedio appropriato per un determinata malattia sarebbe dato da quella sostanza che in una persona sana induce sintomi simili a quelli osservati nella persona malata".

La sostanza individuata a questo scopo viene somministrata al malato, a scopo curativo, in quantità estremamente diluita in modo da provocare una malattia artificiale molto simile a quella naturale, sostituendosi ad essa fino a farla scomparire.

Inoltre la diagnosi e terapia omeopatiche devono riguardare l'intero corpo del paziente, non solo i singoli organi, come recentemente affermato dalla giurisprudenza di legittimità (Cass., 1 aprile 2011, n. 7555).

A questo punto la Corte sottolinea che il paziente che scelga la terapia omeopatica effettua una scelta "forte", soprattutto se deluso dalle precedenti terapie mediche ufficiali.

Rientra nel suo diritto la libera scelta della medicina omeopatica. Questa scelta deve però effettuarsi in modo pienamente consapevole per cui il paziente deve essere correttamente informato dal medico omeopata sulle modalità di cura e di diagnosi della medicina omeopatica; questa informazione avviene sotto responsabilità del medico, e l'onere della prova di aver correttamente adempiuto al suo dovere è a suo carico.

Inoltre l'omeopata è tenuto a interrompere la terapia quando questa si dimostri inefficace o dannosa, e ad informare (sotto sua responsabilità) il paziente delle alternative offerte dalla medicina tradizionale.

Nel caso di specie il medico non soddisfaceva l'onere della prova, ed in particolare non aveva adeguatamente informato la sua paziente, né l'aveva avvertita sulla necessità di ricorrere ad accertamenti diagnostici della medicina tradizionale alla comparsa di disturbi anomali, quali quelli poi manifestatisi.

Una diagnosi precoce, stabiliva il giudicante, avrebbe impedito sofferenze alla paziente e avrebbe consentito una risposta terapeutica più rapida ed efficace.

Il medico veniva condannato ad un risarcimento di oltre 200.000 Euro.

Precisate alcune garanzie nei procedimenti disciplinari

Professionisti e sanzioni disciplinari, per la Cassazione vale il sistema di garanzie offerto dalla L. 241/1990.

Anche in ambito di procedimenti disciplinari si osservano tutte le garanzie e tutele applicabili al procedimento amministrativo. (Cassazione, sentenza n. 1776 dell'8/2/2012)

La Cassazione, in una recente sentenza, ha stabilito che la sanzione disciplinare notificata al professionista ma priva dell'indicazione del termine per propor-

re l'opposizione e dell'autorità competente per l'impugnativa, non è legittima in quanto in contrasto con la L. 241/1990, art. 3, cioè con la legge generale sul procedimento amministrativo.

Per questi motivi è stata dalla Corte ritenuta legittima l'impugnazione tardiva della sanzione priva dei predetti requisiti.

Infatti, in base all'art. 3 L. 241/1990, che stabilisce che in ogni atto notificato al destinatario devono essere indicati il

termine e l'autorità cui è possibile ricorrere, viene ritenuto scusabile l'eventuale errore del destinatario della sanzione qualora abbia sbagliato nell'individuare l'Autorità a cui rivolgersi per l'impugnazione dello stesso provvedimento. In questo caso verrebbe leso l'affidamento che il destinatario ripone nel corretto operare dell'amministrazione e la stessa possibilità di tutela giurisdizionale, garantita dall'articolo 24 della Costituzione.

Certificato telefonico: condanna per medico e paziente

Non è consentito al sanitario emettere un certificato (neppure di prolungamento malattia) senza previa visita del paziente in modo da verificarne le effettive condizioni. Commettono reato sia il medico che il paziente che se ne serve (Cassazione V penale n. 18687/12). Il medico come Superman?

Il medico aveva visitato la paziente 4 giorni prima stilando un primo certificato di malattia poi, informato telefonicamente del persistere dei disturbi, aveva prolungato ulteriormente il periodo di malattia senza controllare direttamente

le condizioni della paziente.

Denunciati, il medico e la paziente venivano entrambi condannati, l'uno (Pubblico Ufficiale) per aver stilato un certificato giuridicamente "falso" (art. 480 C.P.), la paziente per averlo consapevolmente utilizzato per propri fini (art. 489 C.P.).

Ricorrevano entrambi in Cassazione. Il medico sosteneva la "non-falsità" del certificato e la sua buona fede sostenendo di aver emesso il certificato sulla base di quanto rilevato in occasione della visita di 4 giorni prima, e di averlo

poi prolungato in quanto i sintomi riferiti dalla paziente erano compatibili con quanto da lui diagnosticato precedentemente.

La Cassazione respingeva il ricorso del medico sottolineando che "la falsa attestazione attribuita al medico non attiene tanto alle condizioni di salute della paziente, quanto piuttosto al fatto che egli ha emesso il certificato senza effettuare una previa visita e senza alcuna verifica oggettiva delle sue condizioni di salute, non essendo consentito al sanitario effettuare valutazioni e prescrizioni semplicemente sulla base di dichiarazioni ef-

fettuate per telefono dai suoi assistiti. Cio' rende irrilevanti le considerazioni sulla effettiva sussistenza della malattia o sulla induzione in errore da parte della paziente".

Veniva poi confermata anche la condanna della paziente: una volta "ritenuta la falsita' della certificazione medica ne discende necessariamente la responsabilita' della ricorrente per aver fatto uso dell'atto falso".

Un commento:

Non e' possibile contestare, in linea di principio, la correttezza della sentenza. Ritengo pero', con tutto il rispetto per i principi legali, che sarebbe necessario un approccio piu' realistico e meno dogmatico al problema.

La "certificazione telefonica" (ma occorre sottolineare che la sentenza parla piu' genericamente di "prescrizione",

per cui nella fattispecie potrebbero rientrare anche le semplici ripetizioni di ricette, qualora richieste solo telefonicamente) e' certamente atto anomalo e irregolare, tuttavia la richiesta assoluta di "visita medica" per ogni atto e' pure irrealistica e impossibile da ottemperare nel caos dell'esistenza quotidiana, dove l'affollamento degli studi medici e la burocratizzazione sempre piu' spinta richiederebbero al contrario, per lasciare al sanitario il tempo per il suo compito fondamentale, curare gli assistiti) un approccio semplificato e meno formale.

Il medico non e' dotato di superpoteri e il carico di richieste e' diventato ormai insostenibile e, spesso, impossibile da soddisfare nel pieno rispetto di tutte (ma proprio tutte) le regole formali.

Il ruolo di Pubblico Ufficiale attribuito al Medico di Famiglia, poi, rende la

situazione ancora piu' complessa e opprimente, in quanto vengono puniti come reati comportamenti che possono rivelarsi perfettamente adeguati dal punto di vista sanitario, ma effettuati in deroga ai sempre piu' estesi "doveri d'ufficio".

Tralasciando i casi dei "furbi" e degli approfittatori (che certamente ci sono) molto spesso cadono nella rete dei medici soltanto "ingenui", convinti in buona fede di stare facendo il meglio nell'interesse dei malati.

Va tenuto conto, inoltre, dell'impatto delle nuove tecnologie: un medico mediante la teleconferenza, ad esempio, potra' lecitamente certificare di aver riscontrato una patologia dermatologica? Forse la situazione andrebbe un po' ripensata...

Daniele Zamperini

Proposte di viaggio per medici esauriti... Sondaggio preferenze

Avendo ricevuto diverse segnalazioni di gradimento per l'iniziativa dei viaggi (e' prossima la partenza di un nutrito gruppo per San Pietroburgo) ho contrattato con l'Agenzia Il Giroscopio (la solita) alcune nuove mete per il periodo luglio-novembre). Non per tutte forse si raggiungera' il numero minimo richiesto, ma prego i colleghi di segnalare le loro preferenze ed eventualmente proporre ulteriori mete a smi_laziovacanze@alice.it o ai numeri indicati nelle brochure.

Vi segnalo, anche perche' c'e' gia' un gruppo di base, ed e' piu' facile raggiungere il minimo per cui sono particolarmente adatti per piccoli gruppi o nuclei familiari:

- Il Tour dell' Andalusia
- Le ville venete del Palladio

I prezzi sono per gli iscritti SMI (di tutte le regioni) ma siccome gli amici sono sempre i benvenuti, possono venire colleghi di qualsiasi estrazione e (udite, udite...) anche non medici. I non iscritti devono pero' aggiungere una quota di 15 Euro per contributo spese di segreteria.

Le brochure con i programmi completi sono consultabili ai link riportati sotto.

Parigi e i Castelli della Loira www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Loira_e_Normandia2.pdf

Repubbliche Baltiche www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Repubbliche_baltiche2.pdf

Ville del Veneto Palladio www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Veneto2.pdf

Ha già raccolto una ventina di iscrizioni e quindi è più semplice effettuare il gruppo.

Istanbul e Cappadocia www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Turchia2.pdf

Portogallo e Santiago www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Portogallo_e_Santiago2.pdf

La Sicilia di Montalbano www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Sicilia2.pdf

Tour dell' Andalusia www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Andalusia.pdf

Il programma Andalusia ha già raggiunto il minimo e quindi non viene richiesto un minimo di partecipanti.

Villaggio Valtur in Grecia, ad un ottimo prezzo che si unisce ad un'ottima qualita'.

http://www.smi-lazio.org/downloads/Zamperini_Valtur_Hidra2.pdf

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE maggio 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*

Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 111 del 14.05.12)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE «IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - LINEE GUIDA PER I MANUALI DI ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER, ALBO NAZIONALE DEI PROVIDER, CREDITI FORMATIVI TRIENNIO 2011/2013, FEDERAZIONI, ORDINI, COLLEGI E ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI, SISTEMA DI VERIFICHE, CONTROLLI E MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ, LIBERI PROFESSIONISTI». (REP. ATTI. N. 101/CSR)

Il documento ha l'obiettivo di realizzare un sistema integrato nel quale soggetti con responsabilità e ruoli istituzionali diversi hanno il compito di concorrere alla realizzazione della funzione di governo della formazione continua.

Esso definisce:

- i criteri minimi che devono essere adottati da tutti gli enti accreditanti (nazionale e regionali/provinciali) per l'accREDITAMENTO dei provider;
- le procedure per la costituzione dell'Albo nazionale dei provider;
- i crediti formativi (per il triennio 2011/2013, sono fissati nel numero di 150);
- i compiti degli ordini, collegi, associazioni professionali e le rispettive federazioni;
- i sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità;
- l'ampliamento dell'offerta formativa in favore dei liberi professionisti.

Destinatari del documento sono gli enti accreditanti (nazionale e regionali/provinciali), le rappresentanze degli ordini, collegi, associazioni professionali e le rispettive federazioni, i provider e i professionisti sanitari.