

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 9

Settembre 2012

Nei mesi estivi si scatena la fantasia creativa dei Governi, con proposte e percorsi spesso discutibili e conflittuali ma, talvolta, anche qualcosa di utile

Per aggiornamenti meditati, I nostri siti (scienzaeprofessione.it, pillole.org)

Il Medico di Famiglia non paga IRAP, indipendentemente dalle attrezzature

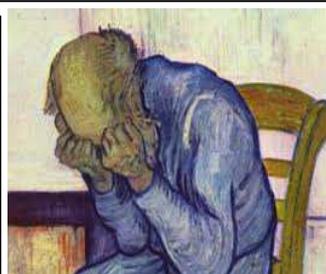
Il medico deve curare, non solo suggerire il ricovero

Le iniezioni intramuscolari non sono atti riservati agli infermieri

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Effetti farmacologici dell' Alfalfa



Correlazione tra depressione e ictus



Lecito rivelare dati sensibili dei pazienti per difendersi in giudizio

Evoluzione delle cure primarie negli USA (e altrove...)

Bifosfonati utili per le artroprotesi

Meno Pap-test nella vita di ogni donna

Esami inappropriati: ecco la lista

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

Esami inappropriati: ecco la lista	Pag. 3
A quali intervalli ripetere la densitometria ossea?	Pag. 3
Correlazione tra depressione e ictus	Pag. 4
Effetti farmacologici dell' Alfalfa	Pag. 5
Attribuzione causale degli eventi cardiovascolari in Medicina Generale	Pag. 5
Evoluzione delle cure primarie negli USA (e altrove...)	Pag. 6
Bifosfonati utili per le artroprotesi	Pag. 7
Gli effettivi benefici a lungo termine della terapia antipertensiva	Pag. 8
L' "Indice di salute prostatica "	Pag. 9
Meno Pap-test nella vita di ogni donna	Pag. 10
Il medico deve curare, non limitarsi a suggerire il ricovero	Pag. 10
E' lecito rivelare dati sensibili dei pazienti per difendersi in giudizio	Pag. 11
Mobbing, anche la Cassazione si esprime	Pag. 11
Il Medico di Famiglia non paga IRAP, indipendentemente dalle attrezzature	Pag. 12
Le iniezioni intramuscolari non sono atti riservati agli infermieri	Pag. 12
Novita' in Gazzetta Ufficiale (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13

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
-Medico&Leggi

Redazione

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

Collaborano:

Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino, Riccardo De Gobbi, Giampaolo Collecchia, Mirene Anna Lucani

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 "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/

Esami inappropriati: ecco la lista

Alcune società scientifiche americane hanno stilato una lista degli esami a rischio di inappropriatazza.

Questa testata si è spesso occupata della eccessiva medicalizzazione che porta ad una richiesta di esami inutili o inappropriati con conseguente aumento della spesa sanitaria.

Ora anche autorevoli esperti e importanti società scientifiche attirano l'attenzione del medico verso una maggiore oculatezza nella richiesta di test diagnostici [1,2].

Numerosi sono gli esami ritenuti inappropriati che interessano il medico pratico.

Per esempio viene ritenuto inappropriato richiedere un ecocardiogramma quando si reperta un soffio sistolico 1-2/6 di breve durata, localizzato a livello del bordo sternale sinistro, perchè è quasi sicuramente di tipo funzionale. Ancora: non è appropriato richiedere un elettrocardiogramma per screenare per cardiopatia ischemica pazienti a basso o medio rischio oppure un ECG da sforzo per screenare pazienti a basso rischio coronarico.

Non è appropriato richiedere una densitometria ossea nelle donne prima dei 65 anni (a meno che non vi siano fattori di rischio per osteoporosi) oppure un esame di imaging radiologico nella lombalgia che dura da meno di 6 settimane (a meno che non vi siano segni di allarme per gravi patologie sottostanti).

Nelle donne trattate per cancro mammario e asintomatiche sono sufficienti esami di imaging delle mammelle e non si devono richiedere altri accertamenti (emocromo, altri esami ematochimici, marcatori tumorali, radiografia del torace o altri esami di imaging).

Comunque la lista è lunga e, dato l'interesse, consigliamo ai lettori di consultare

direttamente i siti segnalati in bibliografia.

Ma, detto questo, bisognerebbe anche chiedersi perchè vi siano richieste inappropriate di accertamenti diagnostici.

I medici non conoscono quali sono gli esami inutili?

A nostro avviso la questione non è così semplice come potrebbe apparire a prima vista perchè spesso non è agevole dire a priori se un esame risulterà utile o inutile.

I medici non riescono a resistere alle richieste di pazienti sempre più esigenti e informati?

In effetti qualche volta può essere così e in numerose survey i medici hanno ammesso che in alcune occasioni la prescrizione di esami era dovuta alla "pressione" esercitata dal paziente.

Tuttavia riteniamo che vi sia un'altra ragione che non deve essere scotomizzata e che, anzi, sta divenendo sempre più preminente. Intendiamo parlare di quella che va sotto il nome di "medicina difensiva". Secondo uno studio quasi la totalità dei medici praticerebbe la medicina difensiva.

Perché siamo arrivati a questo?

L'arte medica è diventata in questi ultimi anni sempre più complessa e difficile da praticare a causa della enormità delle conoscenze scientifiche che si accumulano a ritmi incalzanti. E' tanto vero questo che attualmente le specialità mediche si sono fatte sempre più settoriali. Per esempio non basta più il semplice cardiologo generico, sono sorte subspecialità come il cardiologo che si occupa specificamente di aritmie, quello che si occupa di emodinamica o di scompenso cardiaco, etc.

Se questi progressi hanno portato da un lato ad un indubbio miglioramento delle cure, dall'altro possono produrre nel medico generalista un senso di inadeguatezza a gestire la complessità delle varie patologie.

D'altra parte i vari mass media, enfatizzando i "miracolosi" progressi della medicina e della chirurgia, hanno instillato nel sentire comune che esista sempre una risposta certa e infallibile per ogni problema di salute e per ogni patologia, per cui qualsiasi fallimento che infranga queste certezze viene visto inevitabilmente come un errore. Ne consegue un ricorso sempre più frequente al giudice.

Preso in questa tenaglia, il medico cerca di difendersi chiedendo accertamenti che, in una eventuale causa per malpratica, potrebbero servire da "pezza giustificativa" da esibire in giudizio.

I danni di questo modo di concepire la pratica medica sono evidenti e sotto gli occhi di tutti e vanno dal consumo di risorse sanitarie che potrebbero essere meglio indirizzate al rischio che il paziente può correre se viene sottoposto ad esami inutili (per esempio sovradiagnosi e conseguenti sovratrattamenti).

In questo quadro la presa di posizione delle società scientifiche americane è senz'altro meritoria e può fornire al medico pratico un'utile "bussola" di riferimento per indirizzarlo ad una pratica meno invasiva e più umana.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Qaseem A et al. Appropriate Use of Screening and Diagnostic Tests to Foster High-Value, Cost-Conscious Care. *Ann Intern Med.* 2012;156:147-149 <http://www.annals.org/content/156/2/147.full.pdf>
2. <http://choosingwisely.org/>

A quali intervalli ripetere la densitometria ossea?

Non esistono ancora evidenze forti che possano guidare il medico nel decidere qual è l'intervallo ottimale di ripetizione

della densitometria ossea.

Ogni quanto tempo ripetere la densito-

metria ossea (DXA)? Non vi sono risposte certe.

In alcuni articoli precedenti ci siamo

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/

occupati di alcuni lavori che avevano esaminato questo problema. In uno studio si osservò che la ripetizione della densitometria dopo 8 anni da un test basale non migliorava il potere predittivo del rischio di frattura, perlomeno in donne anziane sane [1].

Un altro studio suggeriva che durante i primi tre anni di trattamento con bifosfonati il monitoraggio della densità minerale ossea (BMD) non è generalmente necessario e dovrebbe essere evitato perché può portare ad errate valutazioni circa l'efficacia della terapia in atto [2].

Recentemente la United States Preventive Services Task Force ha concluso che non esistono evidenze per dire a quali intervalli si dovrebbe eseguire una densitometria dopo un test basale di screening, anche se forse la ripetizione dell'esame dopo 2 anni potrebbe migliorare il potere predittivo di frattura [3].

Gli autori dello studio SOF hanno seguito per circa 15 anni quasi 5000 donne (età ≥ 67 anni, con BMD normale o con osteopenia, con anamnesi negativa per fratture osteoporotiche). In tal modo

sono stati in grado di determinare la velocità con cui si sviluppa l'osteoporosi. I risultati sono molto interessanti. Infatti un quadro di osteoporosi si sviluppa in meno del 10% delle donne esaminate in 15 anni se al basale la BMD è normale o vi è osteopenia lieve, entro 5 anni se al basale è presente osteopenia moderata ed entro 1 anno se al basale vi è osteopenia grave [4].

Anche quest'ultimo studio, però, non permette di rispondere alla domanda iniziale di quale sia l'intervallo ottimale di ripetizione della DXA. In effetti per poter determinare ogni quanto tempo richiedere l'esame bisognerebbe disegnare un RCT complesso in cui si confrontassero donne con quadri densitometrici diversi sottoposti al test a intervalli diversi. Lo studio, inoltre, dovrebbe avere una durata tale da poter stabilire quale sia la migliore strategia che ci permette di ridurre le fratture, unico end point che interessa al paziente. Si capisce bene che uno studio del genere ha poche probabilità di essere portato a termine (e probabilmente anche di essere ipotizzato).

Ne deriva che la decisione di quando

ripetere la DXA deve basarsi più che altro sui pochi dati che abbiamo a disposizione e sul buon senso clinico.

In termini generali possiamo dire che nel caso di un paziente non in trattamento e con BMD basale normale o con lieve osteopenia la DXA potrebbe anche non essere ripetuta per molti anni mentre, nel caso di osteopenia più grave si può prevedere un nuovo esame dopo alcuni anni. Nel caso invece di un paziente in trattamento per osteoporosi un esame di controllo potrebbe essere ragionevole dopo 2-3 anni di terapia e in seguito a intervalli variabili da modulare sulla base della risposta terapeutica.

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3083>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4709>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5170>
4. Gourlay ML et al. for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Bone-Density Testing Interval and Transition to Osteoporosis in Older Women. N Engl J Med 2012 Jan 19; 366:225-233.

Depressione e ictus

Una revisione della letteratura evidenzia l'associazione tra depressione e aumento del rischio di ictus, ma rimane da stabilire se si tratta di un nesso causa-effetto.

I fattori di rischio per l'ictus sono noti: ipertensione, fibrillazione atriale, stenosi carotidea, etc. E' anche noto che la depressione è una condizione spesso associata ad un aumento del rischio di eventi cardiovascolari.

Ma vi è una associazione specifica tra depressione e ictus?

Una revisione sistematica della letteratura [1] ha cercato di rispondere a questa domanda. Gli autori hanno trovato 28 studi prospettici di coorte (oltre 317.000 pazienti) che sono stati seguiti per periodi variabili da 2 fino a ben 29 anni. Si è visto che la presenza di depressione risultava associata ad un aumento del rischio di ictus del 45%. L'aumento era del 55% se si considerano solo gli ictus fatali.

Secondo i calcoli degli autori la depres-

sione, negli USA, renderebbe conto di circa 106 ictus ogni 100.000 persone/anno.

Ma qual è il meccanismo con il quale la depressione potrebbe essere una causa di ictus?

In realtà non vi sono dati certi e le ipotesi possono essere molte. Per esempio nella depressione potrebbero essere accentuati i meccanismi protrombotici oppure potrebbe esserci uno stato di flogosi cronica che, come è noto, è un fattore importante nella genesi della trombosi.

Tuttavia va considerato gli studi analizzati dalla revisione presentano dei limiti. Per esempio in molti di essi la diagnosi di depressione si basava su quanto riferivano i pazienti, con tutti i limiti che questa metodologia comporta.

Rimane inoltre la domanda, classica, che sempre è d'obbligo quando studi osser-

vazionali mostrano una relazione tra una qualsiasi condizione e una specifica patologia: la relazione è di tipo causa-effetto oppure la depressione non è altro che un semplice testimone di altre situazioni che sono la vera causa dell'ictus? Per esempio i pazienti depressi spesso presentano una serie di altri fattori di rischio cardiovascolare (sedentarietà, fumo, obesità, etc.).

D'altra parte è anche vero che un'altra revisione [2] suggerisce una forte associazione tra depressione e ictus. Quest'ultimo studio, avendo corretto i dati per i possibili fattori di confondimento, arriva a concludere che la depressione è un fattore di rischio indipendente da altri, inclusi ipertensione e diabete.

Rimane infine da stabilire se il trattamento (farmacologico e non) della depressione sia in grado di ridurre l'ictus.

In ogni caso per il medico pratico il messaggio è semplice: nel paziente de-

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/

presso conviene sempre valutare con attenzione e trattare tutti i possibili fattori di rischio cardiovascolare eventualmente presenti.

Renato Rossi

Referenze

1. Pan A et al. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: A meta-analysis and systematic review. *JAMA* 2011 Sep 21; 306:1241.

2. Dong JY et al. Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke* 2012 Jan; 43:32-37.

Effetti farmacologici dell' Alfalfa

I pazienti che assumono warfarin dovrebbero fare attenzione alla possibile interazione con l'alfalfa.

L' Alfalfa è un legume che è stato usato nella pratica della medicina complementare alternativa per trattare alcuni disturbi genito urinari, artrite, asma, dislipidemia, porpora trombocitopenica, e diabete. E' anche una buona fonte dietetica di vitamine e minerali, compresa la vitamina K. Pertanto, l'alfalfa può ridurre l'efficacia degli antagonisti della vitamina K quale il warfarin, aumentando il rischio di eventi tromboembolici.

Effetti avversi cardiovascolari: Nessuno riportato.

Interazioni farmacologiche: Ridotta efficacia del warfarin (E) dovuta al contenuto di vitamina K dell'alfalfa (D).

Uno studio su animali ha indagato il contenuto di vitamina K nel fegato di ratti ed ha suggerito che la vitamina K contenuta nell'alfalfa è significativo e può suggerire cautela nei pazienti che assumono warfarin. Nel loro studio, Haroon e Hauschka hanno ritenuto di usare la cromatografia liquida ad alta risoluzione (HPLC) per quantificare il contenuto di vitamina K1, fillochinone, nel fegato di ratti date le limitazioni dei precedenti metodi analitici. A due gruppi di ratti Sprague-Dawley CD è stata data dieta identica, uno è stato supplementato con alfa alfa per 8 settimane. Dopo gli animali sono stati sacrificati ed è stato analizzato il contenuto del loro fegato in vitamina K1. Il contenuto di vitamina K1 era 6 volte più elevato nei ratti tenuti a dieta supplementata con alfa alfa.

Gli autori concludono che la vitamina K1 contenuta nel fegato dei ratti era

derivata soprattutto dalle fonti alimentari, in questo caso dall'alfa alfa. Poiché lo studio ha dimostrato che l'alfa alfa è una fonte primaria di nutrimento per la vitamina K1 nei ratti, è probabilmente prudente consigliare ai pazienti di assumere warfarin e alfa alfa in combinazione per minimizzare le fluttuazioni degli effetti anttrombotici.

Patrizia Iaccarino

Bibliografia

1. Application of highperformance liquid chromatography to assay phylloquinone (vitamin K1) in rat liver. Haroon Y, Hauschka PV. *J Lipid Res.* 1983 Apr;24(4):481-4.
2. Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 2 Sheryl L. Chow. *Pharmacotherapy* 2011;31(10):208e-277e

Attribuzione causale degli eventi cardiovascolari in Medicina Generale

Lo studio, eseguito nel contesto della Medicina Generale (MG) italiana, si è proposto di analizzare e ricostruire i percorsi di senso che portano i Medici di Famiglia ad attribuire causalità agli eventi cardiovascolari.

Metodologia

I ricercatori hanno compilato sia una scheda-evento (dati anagrafici, diagnosi e data dell'evento, caratteristiche del paziente, grado di attesa dell'evento e grado di conoscenza del paziente da parte del medico) sia una scheda-diario (riflessioni che gli eventi hanno suscitato nei medici). Le due schede sono state compilate per ogni paziente colpito da infarto miocardico acuto (IMA), ictus o

morte cardiovascolare nel periodo 1 novembre 2007-31 ottobre 2008. Le riflessioni sono state analizzate utilizzando la tecnica di analisi dei dati che si rifà alla Grounded theory. Per la codifica dei dati è stata utilizzato Atlas.ti un software per l'analisi qualitativa.

Risultati

Dei 169 MMG aderenti, 73 (42,2%: 21 femmine e 52 maschi) hanno segnalato almeno un evento. Complessivamente sono stati segnalati 248 casi. L'età media era di 70,6 anni e oltre la metà era di sesso maschile (65,3%). L'evento più frequente è stato l'IMA (42,4% dei casi), mentre l'ictus e la morte cardiovascolare hanno rappresentato il 29% cia-

scuno delle segnalazioni. L'88% dei pazienti era conosciuto dal medico, ma in circa 1/3 dei casi l'evento non era atteso. La condizione clinica (84%), gli stili di vita (50%) e i fattori psicosociali (39%) sono stati ritenuti rilevanti per l'evento occorso. Tra questi, l'ipertensione arteriosa (79%) per la clinica, la sedentarietà e l'alimentazione scorretta (circa il 67%) per gli stili di vita e il basso livello culturale (50%) per i fattori psicosociali sono stati i più rappresentati. Per il 32% dei pazienti l'evento non era atteso e in particolare si trattava soprattutto di donne (42%), di soggetti con età inferiore ai 60 anni (29%) e di pazienti poco conosciuti. In generale, laddove

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/

l'evento non era atteso, il medico identificava minori problematiche relative alla clinica, alla compliance agli stili di vita, ai fattori psicosociali e all'accesso alle cure. Le riflessioni dei medici hanno interessato il 57% dei casi.

Conclusioni

Nel processo di attribuzione di senso il MMG recupera la dimensione olistica del paziente, prendendo in considerazione, in modo retrospettivo, una vastità eterogenea di elementi in gioco (clinici, sociali, relazionali e organizzativi) che, in una complessa relazione, contribuiscono alla determinazione dell'evento. Attiva un percorso caratterizzato dalla ricerca degli elementi che "non hanno funzionato" nel processo, cioè delle "mancanze", del medico, del paziente e di entrambi, che fanno trasparire una cornice interpretativa di responsabilità e di colpa. In alcuni casi il medico si colpevolizza per mancanze relative all'accuratezza della diagnosi o attenzione verso il paziente, in altre il riferimento è focalizzato sul paziente come cattivo utente (per cattiva volontà o impossibilità). Un ambito in cui i medici esprimono la percezione di carenza è la comunicazione del rischio, processo interattivo complesso, che prevede uno scambio di emozioni, valori e opinioni, indispensabile per condividere la natura del rischio e concordare le azioni da intraprendere. In taluni casi il medico fa riferimento alla difficoltà del paziente a raccontare i suoi sintomi in modo utile al medico per capire il suo problema. Il linguaggio degli organi che non funzionano infatti non è completamente noto sia al paziente sia al curante e la semantica della soggettività è ancora poco sviluppata.

Alcune volte emerge la complessità del contesto come elemento che entra nella relazione e influisce nella sua forma. Sono i casi in cui ci si riferisce alla necessità di nuovi modelli organizzativi che superino l'intervento on demand per offrire interventi programmati secondo

una logica longitudinale, prognostica e preventiva.

Giampaolo Collecchia

Bibliografia

Bosisio M, Collecchia G, Mangiagalli A, Ciminaghi R, Parolin LL, Perrotta M. Attribuitività degli eventi cardiovascolari in medicina generale. *Ricerca & Pratica* 2011; 27: 48-58

Commento di Renato Rossi

Lo studio recensito in questa pillola e presentato da uno degli autori è interessante per vari motivi.

Mostra, per esempio, che i medici partecipanti si ritengono, spesso, insoddisfatti per come riescono a comunicare al paziente il rischio cardiovascolare. E' noto che si tratta di un punto particolarmente critico perchè non è mai semplice far capire il "rischio potenziale e futuro" ad un soggetto che in quel momento sta bene o ritiene comunque di non essere malato. E' esperienza comune di ogni medico pratico che il paziente a rischio tende ad elaborare risposte che in qualche maniera "scotomizzano" il rischio stesso, se non addirittura squalificano le parole del medico. E' classico il caso del forte fumatore che, consigliato caldamente e ripetutamente dal proprio medico di famiglia di smettere di fumare, cita l'ultraottantenne che è arrivato a quell'età continuando a fumare oppure quel suo conoscente che è deceduto per infarto miocardico prima dei 60 anni e non aveva mai fumato!

Un altro dato interessante che emerge è questo: in circa un paziente su tre l'evento cardiovascolare oggetto dello studio (infarto miocardico acuto, ictus, morte cardiovascolare) era ritenuto dai medici curanti "non atteso". In particolare questo riguardava soprattutto le donne, i soggetti con meno di 60 anni e i pazienti poco conosciuti.

Se è, per certi versi, comprensibile che il

medico ritenga inatteso un evento cardiovascolare che si verifica in un paziente poco noto (ritenuto pertanto "più sano" oppure con rischio mal valutabile per carenza di informazioni), lo è meno quando riguarda donne e soggetti relativamente giovani. Probabilmente questo deriva dal pregiudizio (ci scusi il lettore per il termine forse un po' forte) che le malattie cardiovascolari siano prerogative quasi esclusiva degli uomini anziani. E' stato ampiamente sottolineato in letteratura che la credenza che le donne siano più protette degli uomini verso la cardiopatia ischemica può portare talora a sottovalutare nel sesso femminile determinati sintomi, con la potenziale conseguenza di diagnosi e cure ritardate.

In realtà noi medici non dovremmo mai sorprenderci se un determinato evento colpisce un paziente che, in base a nostre valutazioni, era ritenuto a basso rischio. Infatti basso rischio "non significa nessun rischio". Così, se dopo aver valutato il rischio cardiovascolare di un determinato soggetto, vediamo che, avendo una probabilità di eventi a 10 anni del 7%, lo stratifichiamo come a basso rischio, questo non vuol dire che nei prossimi 10 anni quello stesso paziente non possa andar incontro a un infarto miocardico oppure a un ictus o a un decesso cardiovascolare.

Infatti vanno sempre tenute presenti due considerazioni.

La prima è che, per quanto accurati possano essere i nostri algoritmi per calcolare un rischio, si tratta comunque di un mezzo imperfetto e che il rischio potrebbe essere sottostimato (per esempio perchè non abbiamo considerato, nell'elaborazione, altri fattori causali, noti e non noti).

La seconda considerazione è che non esiste il rischio "zero". Se il rischio di un evento cardiovascolare a 10 anni per quel paziente è del 7% significa che nei prossimi 10 anni su 100 soggetti con quelle caratteristiche ben 7 andranno incontro a un evento.

Evoluzione delle cure primarie negli USA (e altrove...)

Negli Stati Uniti d'America è in atto una profonda e radicale trasformazione del Sistema Sanitario, che inevitabilmente coinvolgerà la Medicina Generale.

In un report ad una conferenza tenutasi

in USA nel maggio 2011, sponsorizzata dalla Fondazione Josiah Macy Jr, viene stimata una riduzione di circa 100.000 medici statunitensi entro metà del prossimo decennio, che colpirà in modo particolare i General Practitioners. Un altro

report della Robert Wood Johnson Foundation, inoltre, viene evidenziata, a fronte di una riduzione dei medici di medicina generale nelle aree rurali, una crescita, stimata attorno al 9% per anno degli infermieri cosiddetti 'di famiglia'

La dottoressa Christine Sinsky ed il dottor Thomas Bodenheimer, in un progetto teso a valutare il grado di soddisfazione ed appagamento dei medici nell'esercizio della loro professione, hanno notato che l'informatizzazione e l'eccessiva burocratizzazione della Medicina Generale hanno apportato un aumento delle attività non mediche tali da impiegare due terzi dell'attività professionale medica in lavoro d'ufficio.

Abraham Verghese, professore della Facoltà di Medicina dell'Università di Stanford, è convinto che l'informatizzazione degli ambulatori di medicina generale, divenuta ubiquitaria in USA, abbia negativamente modificato il rapporto medico-paziente, riducendo il tempo che viene impiegato per l'esame obiettivo a fronte della necessità di registrare i dati nei computers, ed auspica che in futuro, durante gli anni di formazione clinica nelle scuole mediche, vengano previsti dei periodi di internato negli ambulatori dei General Practitioner per permettere loro di apprendere la semeiotica direttamente sul campo. La riforma del sistema sanitario statunitense prevede un maggiore interesse per le patient-centered medical home. Per molti anni le residencies della medicina di famiglia hanno ospitato giovani medici tirocinanti, che apprendevano strategie collaborative operando con farmacisti e psichiatri membri del team. Secondo Frank deGruy, professore e direttore del dipartimento di Medicina di Famiglia all'University of Colorado School of Medicine, nel corso di studi previsto dall'Università del Colorado i giovani medici apprendono anche strategie di management atte a realizzare un team per le cure primarie, ottimizzare le professionalità di ciascuna figura ivi operante ed ottenere un gruppo che progressivamente rivaluti ed incrementi i propri standard di qualità. Tuttavia, deGruy ammette le difficoltà presenti

nell'introduzione di tale sistema nella medicina rurale, sia per lo scarseggiare di specialisti e strutture, sia per la carenza di finanziamenti. Per ottenere il numero di medici di medicina generale previsti dalla riforma del sistema sanitario, occorre reclutare un elevato numero di studenti, soprattutto da aree decentrate, ed investire nella formazione dei general practitioners. George Thibault, presidente della Macy Foundation, professore di educazione medica e formatore all'Harvard Medical School, spera in un percorso formativo che inizi più precocemente per i giovani medici che vogliono esercitare la Medicina Generale, ed afferma che nei programmi didattici di formazione della Macy Foundation è previsto un corso formativo per l'apprendimento del lavoro in team e la promozione della collaborazione tra diverse figure professionali.

Fonte
Susan Okie, The Evolving Primary Care Physician, NEJM 366;20: 1849-1853.

Commento di Mirene Anna Luciani
I medici di medicina generale saranno progressivamente sostituiti da infermieri ed assistenti? Diventeranno partners o leaders in team multidisciplinari, impiegando la maggior parte del loro tempo nel controllare altri piuttosto che interagire con i pazienti? La maggior parte di loro sarà impiegata in associazioni e sistemi sanitari più vasti, e la medicina generale dei singoli e dei piccoli gruppi scomparirà per sempre?

Queste sono le domande con le quali la dottoressa Susan Okie apre quest'importante perspective, ed è evidente come i quesiti possano esser riferiti anche alla condizione della medicina generale italiana.

Alcuni punti analizzati rivestono particolare interesse:

1 – La crisi del sistema economico glo-

bale impone una riduzione delle risorse per l'assistenza sanitaria, con ripercussioni negative ma inevitabili anche per la medicina del territorio.

2 – La riduzione del numero dei medici di medicina generale può provocare un vero e proprio vuoto assistenziale soprattutto nelle aree rurali.

3 – La crescente burocratizzazione dell'attività ambulatoriale allontana il medico di medicina generale dalla vera essenza, più squisitamente clinica, della sua professione, e ciò deve essere combattuto.

4 – La nascita delle nuove strutture di medicina di associazione può rendere finalmente ragione dell'implementazione della Formazione in Medicina Generale, fungendo da sedi di tirocinio e di attività lavorativa sul campo.

5 – Diviene sempre più chiaro che anche durante il corso di laurea in medicina e chirurgia occorre introdurre dei tirocini negli ambulatori di medicina generale, proprio alla luce delle peculiarità esclusive della professione, che vanno conosciute non solo per migliorare l'apprendimento della semeiotica, di per sé basilare per il corretto esercizio della pratica clinica quotidiana, ma anche per migliorare la collaborazione tra le diverse figure professionali specialistiche.

6 – Negli ambulatori dei medici di medicina generale italiani è ormai indispensabile la presenza di figure professionali di supporto e collaborazione, quali segretari, infermieri, specialisti e collaboratori, ma nessuno di essi può e deve sostituire il ruolo del MMG.

Questi temi sono gli stessi che dovranno essere affrontati nel percorso di riforma della medicina generale italiana. E questo percorso rappresenta un'occasione unica per la categoria, ma soprattutto per la Formazione, che avrebbe finalmente la possibilità di veder riconosciute le proprie identità e dignità.

Bifosfonati utile per le artroprotesi

Secondo uno studio osservazionale l'uso dei bifosfonati orali potrebbe ridurre il rischio di revisione delle artroprotesi di

anca e di ginocchio.

I bifosfonati sono farmaci molto usati in

clinica per ridurre il rischio di fratture osteoporotiche.

Attualmente le principali linee guida ne

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/

raccomandano l'uso per la prevenzione secondaria in soggetti che abbiano già avuto una o più fratture dovute a fragilità ossea e in prevenzione primaria in soggetti a rischio fratturativo elevato.

Il meccanismo d'azione di questi farmaci è essenzialmente quello di inibire l'attività degli osteoclasti e quindi il riassorbimento osseo conseguente.

Grazie a queste proprietà farmacologiche i bifosfonati potrebbero essere utili nel ridurre il rischio di revisione delle artroprotesi. Queste protesi sono diventate sempre più frequenti per il trattamento definitivo di gravi forme di artrosi dell'anca e del ginocchio.

Tuttavia dopo qualche anno dal loro impianto le protesi possono andar incontro a mobilitazione a causa di un riassorbimento dell'osso periprotetico e quindi alla necessità di una revisione con reimpianto di nuova protesi.

Ma vi sono dati a favore dell'uso preven-

tivo dei bifosfonati in questi casi?

Uno studio retrospettivo di coorte effettuato nel Regno Unito ha valutato gli esiti di quasi 42.000 pazienti che erano stati sottoposti a protesi di ginocchio o d'anca. Sono stati escluse le protesi impiantate in pazienti con artrite reumatoide oppure in seguito ad una frattura dell'anca.

Si è osservato che i soggetti che avevano assunto bifosfonati per almeno sei mesi avevano, a 5 anni, un rischio di revisione della protesi inferiore rispetto a chi non aveva usato questi farmaci.

Gli autori dello studio hanno calcolato che è necessario trattare con bifosfonati orali 107 pazienti per 5 anni per evitare un intervento di revisione [1].

Si tratta come si vede di uno studio molto interessante considerando che le protesi d'anca e di ginocchio sono ormai diventate quasi un intervento di routine e che con l'invecchiamento progressivo della popolazione i pazienti sottoposti a

questo tipo di intervento diventano sempre più numerosi.

Dato che un reintervento di revisione e di impianto di una nuova protesi è costoso e può comportare un rischio perioperatorio non indifferente qualsiasi trattamento medico in grado di ridurre tale rischio è il benvenuto.

Va tenuto presente però che lo studio recensito in questa pillola è di tipo osservazionale per cui, come abbiamo ripetuto molte volte, potrebbe essere gravato da vari tipi di distorsione. Pertanto questi risultati dovrebbero trovare conferma in studi di tipo randomizzato e controllato disegnati ad hoc.

Renato Rossi

Referenze

1. Prieto-Alhambra D et al. Association between bisphosphonate use and implant survival after primary total arthroplasty of the knee or hip: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d7222. <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7222>

Gli effettivi benefici a lungo termine della terapia antipertensiva

A lungo termine la terapia antipertensiva, pur non aumentando la sopravvivenza totale, riduce i decessi da cause cardiovascolari.

La terapia antipertensiva prolunga la vita?

La domanda è meno banale di quello che si potrebbe pensare a prima vista in quanto non vi sono molti studi che abbiano valutato l'impatto degli antipertensivi sul lunghissimo termine.

A colmare questa lacuna arrivano ora i risultati dello studio SHEP (1985-1988) che aveva arruolato circa 4700 pazienti ipertesi (età media 72 anni) trattati con placebo oppure clortalidone (più eventualmente atenololo). Al termine dello studio a tutti i partecipanti venne consigliato di assumere la terapia antipertensiva.

Ad un controllo a 22 anni di distanza dalla fine dello studio si è visto che il gruppo inizialmente trattato aveva un guadagno di vita, mediamente, di 105 giorni e un intervallo libero da morte cardiovascolare maggiore.

Anche se non vi era differenza per quanto riguarda la sopravvivenza da mortalità totale, la mortalità da cause cardiovascolari risultava minore nel

gruppo inizialmente trattato.

Qualcuno potrebbe obiettare che i benefici della terapia antipertensiva non sembrano molto evidenti visto che nel lungo periodo la mortalità totale era simile nei due gruppi.

A questo rilievo gli autori rispondono come segue:

- 1) è ovvio che tanto più si prolunga il follow up tanto più è probabile che i partecipanti allo studio muoiano per una qualche ragione
- 2) il fatto che la terapia antipertensiva abbia ridotto comunque la mortalità cardiovascolare è già un risultato importante perché significa che i pazienti trattati hanno potuto godere di più di buona salute, se non di una vita più lunga
- 3) i partecipanti allo studio erano già vecchi quando furono arruolati: se si fosse iniziato il trattamento prima si può pensare che i benefici sarebbero stati maggiori, da cui il consiglio di iniziare precocemente la terapia antipertensiva

Che dire? Il ragionamento degli autori ci sembra condivisibile.

John Maynard Keynes, a chi gli faceva notare che le sue teorie economiche non

erano praticabili nel lungo periodo, replicava che nel lungo periodo siamo tutti morti. Lo stesso si può dire per gli RCT: è intuitivo che più si prolunga il follow up e più è probabile che la mortalità totale fra i vari bracci del trial sia sovrapponibile.

Se è vero, però, che di qualcosa bisogna pur morire e che comunque la terapia antipertensiva non ci prolunga la sopravvivenza, è anche vero che è senz'altro preferibile vivere i giorni che ci restano liberi da eventi cardiovascolari che potrebbero avere conseguenze molto gravi. Si pensi, per esempio, all'impatto sulla qualità di vita di un ictus grave o di uno scompenso cardiaco in fase avanzata.

Renato Rossi

Bibliografia

Kostis, JB, Cabrera J, Cheng JQ et al. Association between chlorthalidone treatment of systolic hypertension and long-term survival. *JAMA* 2011; 306:2588-2593

L'“Indice di salute prostatica”

L'indice di salute prostatica (PHI) può risultare utile nel ridurre le biopsie prostatiche non necessarie in soggetti con valori di PSA compresi tra 2 e 10 ng/ml.

Com'è noto uno dei limiti del PSA è costituito dal fatto che non in tutti i casi di valori elevati è in gioco una neoplasia prostatica. Esistono infatti molti falsi positivi dovuti a ipertrofia o flogosi della prostata. Per escludere perciò la presenza di cancro prostatico è spesso necessario eseguire una biopsia della ghiandola, esame non esente da rischi.

Per ridurre il numero delle biopsie inutili è stato messo a punto il PHI (Prostate Health Index) che si basa sulla determinazione di uno dei proenzimi inattivi del PSA detto p2PSA.

Successivamente il valore del PHI si calcola con la seguente formula:

$$(p2PSA / PSA \text{ libero}) \times PSA \text{ totale}$$

Più elevato è il valore del PHI e più alta è la probabilità di cancro della prostata. In particolare si stima che se si sceglie il valore decisionale del PHI di 28 si può ridurre il rischio di una biopsia inutile in circa un paziente su tre.

In effetti sia lo studio di Catalona e coll. che altri [1,2,3] hanno dimostrato che il PHI è più efficace del PSA nel predire il rischio di cancro.

Per interpretare i dati di questi studi si deve comprendere il significato della curva ROC, che è stato spiegato in alcune pillole precedenti [4,5].

Un test perfetto, senza falsi positivi nè falsi negativi, ha un'area sotto la curva di 1,00, mentre valori al di sotto di 0,5 indicano che le informazioni ottenibili sono poco affidabili.

Il PHI è un buon test perchè la sua area sotto la curva è di 0,724, superiore a quella sottesa dal PSA che è di 0,670.

Un punto importante è la determinazione del valore cut off del PHI per discriminare i probabilmente sani dai probabilmente malati, così da decidere sotto quale valori non si esegue la biopsia prostatica.

Se decidiamo un cut off di 24 il test, basandosi sui dati dello studio di Catalona e coll. [3], avrà una sensibilità di circa il 90% (quindi 10% di pazienti con cancro non saranno scoperti dal test) e una specificità di circa il 26% (quasi tre pazienti sani su 4 avranno un test alterato senza avere un cancro). In più, sempre con un cut off di 24, il 26% dei soggetti con cancro prostatico non diagnosticato avrebbe uno score di Gleason superiore a 7 quindi un cancro verosimilmente aggressivo.

Ovviamente se alziamo il cut off avremo una maggiore specificità a scapito di una minore sensibilità.

Così per valori di PHI di 40 la specificità sale al 74% ma la sensibilità cala al 55%.

Tuttavia sappiamo che nel valutare la performance di un test conoscere sensibilità e specificità non è sufficiente: è importante anche sapere qual è la prevalenza della malattia nel campione di soggetti ai quali il test viene somministrato (detto in altre parole: qual è la probabilità pre test di malattia).

Da studi precedenti, sempre effettuati dallo stesso gruppo di Catalona, viene stimata una prevalenza di cancro prostatico, in uomini con PSA tra 2 e 10, del 25%.

Nello studio citato [3] il valore medio di PHI nei soggetti con patologia benigna era attorno a 30 e nei soggetti con cancro prostatico era di 42.

Prendendo un valore cut off del PHI di circa 30 per decidere chi sottoporre o meno a biopsia si avrà una sensibilità dell'80% circa e una specificità del 45% circa.

Quindi su 1000 uomini ci saranno 250 soggetti con cancro prostatico di cui 200 correttamente diagnosticati e 50

falsi negativi; ci saranno anche 750 uomini senza cancro di cui 337 con PHI negativo e 413 con PHI positivo (falsi positivi). Quindi su 1000 volte il test sbaglia $50 + 413 = 463$ volte.

Tuttavia nello studio di Catalona la prevalenza di cancro prostatico nella popolazione esaminata è risultata del 48% grazie al disegno particolare del lavoro.

Vediamo allora cosa succede con una prevalenza così elevata.

Ipotizziamo sempre di adottare il valore di 30 di PHI come cut off per decidere o meno circa una possibile biopsia prostatica.

Su 1000 soggetti ci saranno 480 con cancro e 520 senza cancro. Nei 480 malati ci saranno 96 falsi negativi (20%) e nei 520 sani ci saranno 286 falsi positivi (55%). Su 1000 volte il test sbaglia $96 + 286 = 382$ volte. La performance, in questo caso, migliora rispetto allo scenario precedente.

Ovviamente si possono costruire anche altri scenari.

Per esempio se alziamo il cut off del PHI attorno al valore di 40 si avrà, circa, una sensibilità del 55% e una specificità del 74%.

Con una prevalenza di cancro prostatico del 25% si avrebbero, sempre su 1000 test, 113 falsi negativi e 195 falsi positivi. Il test sbaglia 308 volte su 1000.

Con una prevalenza di cancro prostatico del 48% si avrebbero 264 falsi negativi (45% dei malati) e 135 falsi positivi (26% dei sani) con un test che sbaglia 399 volte su 1000.

Un test che migliora la nostra capacità diagnostica è sempre il benvenuto. Come si può vedere dagli scenari ipotizzati, il PHI è un indice sicuramente più utile del semplice dosaggio del PSA, ma presenta, come tutti i test d'altra parte, aspetti specifici che bisogna conoscere. In particolare è necessario considerare che non può sostituirsi alla valutazione clinica del paziente. Si ipo-

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/

tizzi per esempio un soggetto con valori (più volte confermati) di PSA di 5 ng/ml e PHI di 25.

Consigliare al paziente solo un follow up perchè l'indice di salute prostatica è inferiore al valore cut off di 28 oppure optare tout court per la biopsia valorizzando il semplice PSA?

Non è facile dare una risposta che dipende da molti fattori: l'età del paziente, le sue preferenze, l'eventuale presenza di

comorbidità, etc.

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20171670>
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189711>
3. Catalona WJ et al. A Multi-Center Study of [-2]Pro-Prostate-Specific Antigen (PSA) in Combination with PSA

and Free PSA for Prostate Cancer Detection in the 2.0 to 10.0 ng/mL PSA Range.

J Urol 2011 May; 185:1650-1655. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140702/>

4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3361>

5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3246>

Meno Pap-test nella vita di ogni donna

Sono state pubblicate due importanti linee guida sullo screening del cancro della cervice uterina.

Sia la United States Preventative Services Task Force (USPSTF), sia la Cancer Society (ACS), in collaborazione con la American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) e la American Society for Clinical Pathology (ASCP), hanno proposto due nuove linee guida separate sullo screening del cancro cervicale.

Le due linee guida sono simili, ed entrambe sconsigliano la ripetizione del test ogni anno e lo raccomandano ogni 3 anni per donne dai 21 ai 65 anni.

Inoltre, entrambe avallano il test di Papanicolaou (Pap-test); il test per il papillomavirus umano (HPV) non dovrebbe essere usato da solo, sebbene possa fornire utili informazioni ulteriori.

Di seguito una breve sintesi delle principali raccomandazioni.

Linee guida proposte dalla ACS/ASCCP/ASCP

- 1) iniziare lo screening a 21 anni (questo vale anche per chi si è vaccinato per l'HPV) e non dopo 3 anni dall'inizio dei rapporti sessuali
- 2) intervalli dello screening (Pap-test convenzionale o a strato sottile): 3 anni
- 3) se si hanno risultati normali su 3 Pap-test di fila, o se negli ultimi 10 anni non si sono evidenziate anomalie del Pap-test o se 2 o più test HPV sono stati negativi, lo screening può essere sospeso a 65 anni
- 4) vi è evidenza insufficiente per raccomandare o sconsigliare lo screening con il solo test HPV.

Linee guida proposte dalla USPSTF

- 1) non effettuare lo screening prima dei 21 anni, indipendentemente dalla storia sessuale
- 2) screening con Pap-test ogni 3 anni in

donne dai 21 ai 65 anni di età

3) nessuno screening dopo i 65 anni se i pap test precedenti sono stati negativi e se non vi è un rischio elevato di cancro cervicale

La USPSTF differisce nelle sue linee guida circa l'uso del test HPV, raccomandando contro il suo uso in donne di età inferiore ai 30 anni, da solo o in combinazione con il Pap-test (le linee guida della ACS/ASCCP/ASCP lo prendono in considerazione in questa fascia d'età ogni 3-5 anni).

Per altri particolari circa le linee guida della USPSTF vedi: <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5359>

Le linee guida sono ancora in fase di discussione per cui è possibile postare osservazioni e commenti ai seguenti

links:

<http://goo.gl/pmfmy>

<http://goo.gl/Ed80T>

A cura di Patrizia Iaccarino

Il medico deve curare, non limitarsi a suggerire il ricovero

Un medico, se richiesto di un intervento che non è in grado di effettuare, deve comunque attivarsi e fare tutto ciò che è in suo potere per salvaguardare la salute del paziente (Cass. IV penale 13547/2012)

I fatti:

un diciannovenne si era recato in Pronto Soccorso per un importante ascesso dentario.

Il sanitario di P.S. dimetteva il ragazzo senza incidere l' ascesso. Visitato da un dentista, questi non incideva l' ascesso ma consigliava ricovero ospedaliero. Un

secondo dentista teneva un analogo comportamento. Riportato al P.S. veniva nuovamente dimesso. Il giorno successivo, finalmente ricoverato, decedeva per una mediastinite secondaria.

Le corti di merito condannavano i due medici di P.S. per non aver provveduto colposamente a tentare di risolvere (seppure in tempi e circostanze diverse) la grave situazione di infezione locale e non aver provveduto ne' ad un intervento, ne' al ricovero.

Anche i due dentisti venivano condannati in quanto, pur essendo in possesso di

una adeguata qualificazione professionale che avrebbe consentito loro di diagnosticare o correggere correttamente la situazione, non avevano neppure segnalato agli altri sanitari la effettiva gravità dello stato morbosissimo, limitandosi a consigliare genericamente il ricovero "senza assicurarsi che i medici di destinazione fossero informati in modo preciso della gravità della situazione e a supporto fosse trasmessa un'adeguata documentazione medica".

In particolare, con espresso riferimento al secondo odontoiatra (operante presso una struttura pubblica) la Suprema Corte

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/

ha ricordato che una volta che il paziente si presenta presso una struttura sanitaria chiedendo la erogazione di una prestazione professionale, il medico, in forza del "contatto sociale", assume una posizione di garanzia della tutela della sua salute ed anche se non può erogare la prestazione richiesta deve fare tutto quello che è nelle sua capacità per la

salvaguardia dell'integrità del paziente, contestando appunto che "pur avendo una qualificazione professionale che gli avrebbe consentito di effettuare una precisa diagnosi della patologia" del paziente "così" da redigere una certificazione medica idonea ad agevolare l'opera dei successivi sanitari interventi, anche segnalando l'urgenza, si limito' ad

invitare il paziente e i genitori a recarsi all'ospedale".

Veniva quindi confermata la condanna dei sanitari, con pagamento delle spese processuali.

Daniele Zamperini

Lecito rivelare dati sensibili dei pazienti per difendersi in giudizio

La Cassazione (III Penale n. 35296/2011) ha confermato che non c'è violazione della privacy da parte del medico quando rivela i dati sensibili senza il consenso del paziente per difendersi in tribunale nei suoi confronti.

I fatti:

Un medico pubblico dipendente, citato in giudizio in un procedimento civile da una paziente al fine di ottenere un risarcimento, si era difeso utilizzando informazioni attinte dalla cartella clinica nonché altre informazioni attinenti lo stato di salute di quest'ultima.

Era perciò stato denunciato dall'interessata con l'accusa di aver abusato del suo ruolo in quanto aveva proceduto al trattamento dei dati personali attinenti allo stato di salute di una paziente senza il consenso dell'interessata e l'autorizzazione del garante, al di fuori delle ipotesi consentite dalla legge sulla privacy (D.lg. n. 196/2003).

Il medico, a sua difesa, aveva sostenuto di avere agito per sostenere il proprio diritto alla difesa, costituzionalmente garantito.

Il GUP dichiarava il non luogo a procedere nei confronti del medico, per cui la paziente ricorreva in Cassazione.

La Suprema Corte (III Sez. penale, n.

35296/2011) rigettava però il ricorso della paziente richiamando il principio di diritto, circa il bilanciamento operato dal giudice di merito in favore dell'imputato, già enunciato dalle Sezioni Unite circa il trattamento dei dati sensibili: non costituisce violazione della relativa disciplina il loro utilizzo mediante lo svolgimento di attività processuale giacché detta disciplina non trova applicazione in via generale quando i dati stessi vengano raccolti e gestiti nell'ambito di un processo; in esso, infatti, la titolarità del trattamento spetta all'autorità giudiziaria e in tal sede vanno composte le diverse esigenze, rispettivamente, di tutela della riservatezza e di corretta esecuzione del diritto alla difesa.

Commento:

in realtà il principio espresso nella sentenza non è nuovo: era già stato esplicitato addirittura nella "Legge privacy" del 2003 ove, all'art. 24 enumera i casi in cui è lecito il trattamento dei dati personali e sensibili di un soggetto anche senza il suo consenso. Riassumendo la parte che più interessa, viene consentito il trattamento anche senza consenso:

- Quando cioè è necessario per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;

- Quando è necessario per eseguire obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche richieste dell'interessato;

- Quando è necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica di un terzo.

- Con esclusione della diffusione, quando è necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7/12/07 n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento.

E' importante perciò tenere a mente che il diritto alla privacy, pur nella sua fondamentale importanza di diritto costituzionalmente garantito, non è assoluto e può essere limitato da altri diritti di rango uguale o superiore. Sarebbe del resto contrario ad ogni principio di ragionevolezza ammettere che il paziente possa avanzare false accuse, smentite dai fatti, senza però che il medico possa portare questi fatti a sua difesa...

Daniele Zamperini

Mobbing, anche la Cassazione si esprime

In sostanziale accordo con una serie di precedenti pronunce, (e confermando in sostanza quanto espresso dal Consiglio di Stato, riportato nel numero precedente di questo mensile, la Cassazione dettaglia ancora gli elementi necessari per poter considerare "mobbizzanti" alcune

condotte. Non sempre i disturbi psichici del lavoratore possono essere fatti risalire ad una azione di mobbing, se ne mancano gli elementi costituenti fondamentali. (Sentenza n. 87/2012)

I giudici, nella sentenza in esame detta-

gliano, citando anche una serie di precedenti pronunce giurisprudenziali, esprimono gli elementi necessari perché si possa parlare di mobbing.

- Va valutato il persistere di una molteplicità di comportamenti di carattere

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/

persecutorio.

- Va esaminato se sia derivato un danno alla salute di chi è vittima di mobbing.

- Va accertato il nesso di causalità tra il comportamento persecutorio e il danno alla salute, inteso come lesione dell'integrità psico-fisica del lavoratore.

Alla luce di questi principi deve farsi riferimento a una serie di condotte sistematiche e protratte nel tempo, con sistematici e reiterati comportamenti ostili nei confronti del lavoratore, tali da diventare delle vere e proprie forme di prevaricazione o di persecuzione psico-

logica.

Questi comportamenti sono tali da condurre ad una mortificazione morale e ad un'emarginazione del lavoratore andando a ledere il suo equilibrio psicofisico. Questi elementi devono essere provati, e solo in presenza di tali prove il danneggiato ha diritto a risarcimento.

Nel caso in sentenza la Corte ha escluso che fossero presenti gli elementi costitutivi del mobbing perché, come accertato dai giudici di merito, nella vicenda lavorativa arrivata in causa "il rapporto di lavoro si era svolto secondo modalità

congrue rispetto alla natura delle prestazioni, alle obbligazioni reciproche ed agli interessi delle parti contrattuali". Già i giudici di merito avevano sottolineato che "da un lato, che non poteva ravvisarsi, nel caso di specie, un nesso causale fra la patologia psichica da cui era risultato affetto il lavoratore ed il disagio derivante dall'ambiente lavorativo, e, dall'altro, che non era nemmeno possibile individuare i soggetti responsabili dell'allegato mobbing con riferimento a comportamenti specifici e rilevanti".

Daniele Zamperini

Il Medico di Famiglia non paga IRAP, indipendentemente dalle attrezzature

Il fatto che un MMG utilizzi beni strumentali, anche eccedenti il minimo richiesto dalla Convenzione, non costituisce prova di autonoma organizzazione e quindi non costituisce elemento sufficiente di assoggettabilità all'IRAP. (Cass. 13048/2012)

La Cassazione ha accolto il ricorso di un Medico di Famiglia che aveva rifiutato il pagamento dell'IRAP, che invece era stato preteso dalla Commissione Tributaria sulla scorta del fatto che utilizzasse

strumentazioni ben eccedenti la dotazione di base di un medico di famiglia.

La Corte ha evidenziato il fatto che l'uso di strumenti, sia pure complessi e costosi, possono rientrare a buon diritto nelle attrezzature usuali del medico di famiglia, stante il suo ruolo pubblico di prima difesa della salute del cittadino.

Sembrirebbe quindi che venga concesso ai MMG, per la loro attività convenzionata, l'uso di strumenti aggiuntivi quali

elettrocardiografi, ecografi e così via. Non è chiaro però se tale esenzione varrebbe pure per l'uso di queste apparecchiature per attività extra-convenzione, libero professionale.

Resterebbe invece, a quanto sembra, la scriminante del personale dipendente, ancora considerato indice di autonoma organizzazione e quindi di assoggettabilità all'IRAP.

Daniele Zamperini

Le iniezioni intramuscolari non sono atti riservati agli infermieri

Praticare iniezioni intramuscolari, insulino-terapia e medicazioni, se effettuato sporadicamente e seguendo indicazioni mediche, non sono atti riservati agli infermieri. I prelievi venosi invece lo sarebbero (Cassazione n. 14603/2010).

I fatti:

Una operatrice di una casa di riposo era stata condannata per esercizio abusivo della professione di infermiere in quanto aveva praticato ai degenti iniezioni intramuscolari, terapia insulinica e avrebbe anche tentato di effettuare di prelievi venosi.

Tali incombenze rientravano, secondo i giudici, nelle mansioni degli infermieri generici e quindi integravano il reato previsto dal DPR 225/1974.

La donna ricorreva in Cassazione sostenendo la liceità delle sue azioni.

La Cassazione accoglieva il ricorso affermando che le iniezioni intramuscolari e la somministrazione di insulina sono atti „non riservati“ e, „ove eseguiti non a titolo

professionale ma per sopperire saltuariamente alla carenza del personale infermieristico, rispettando le cadenze e le modalità stabilite dal medico, non integrano, secondo la prevalente giurisprudenza di legittimità... il reato di cui all'art. 348 CP“.

Per quanto riguardava il prelievo ematico, invece, la Corte accoglieva il ricorso motivandolo con la mancanza di prove del fatto, in quanto solo riferito in modo indiretto e non circostanziato.

Puo' essere utile sottolineare alcuni aspetti della sentenza:

I Giudici si rifanno ad una "giurisprudenza prevalente", sottolineando quindi che l'interpretazione assoluta potrebbe non essere pacifica in altre circostanze e in altri momenti.

Viene inoltre motivata l'assoluzione con il fatto che tali prestazioni erano saltuarie, non effettuate a titolo professionale (quindi gratuite), motivate dalla mancan-

za di personale infermieristico ed effettuate rispettando le specifiche indicazioni del medico.

Non si tratta quindi di un consenso generalizzato alle iniezioni "abusiva", bensì del consenso a supplire, in caso di necessità, alle carenze di personale specializzato.

D'altronde va considerato che le terapie insuliniche, ad esempio, vanno di solito praticate in autoterapia dai pazienti stessi; non apparirebbe logico pretendere che, in momenti di impossibilità, non si possa ricorrere all'aiuto di familiari o comunque di caregiver.

In definitiva quindi sarebbe lecito effettuare queste prestazioni pur senza avere il titolo di infermiere purché ciò non venga effettuato a titolo professionale (cioè dietro corrispettivo) ma solo come occasionale prestazione di necessità'.

Daniele Zamperini

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE luglio e agosto 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*

Decreto del Ministero della Salute del 18.05.12 (Gazzetta Ufficiale n. 166 del 18.07.12, Supplemento ordinario n. 150)

REVISIONE DELLA LISTA DEI FARMACI, DELLE SOSTANZE BIOLOGICAMENTE O FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE E DELLE PRATICHE MEDICHE, IL CUI IMPIEGO È CONSIDERATO DOPING, AI SENSI DELLA LEGGE 14 DICEMBRE 2000, N. 376

Pubblicata la nuova lista dei farmaci, delle sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping, armonizzata con la lista internazionale di riferimento.

Il provvedimento riporta:

- allegato I: la lista delle sostanze vietate e dei metodi proibiti
 - allegato II: i criteri di predisposizione e di aggiornamento della lista
 - allegato III: le classi vietate, i principi attivi appartenenti alle classi vietate, i medicinali contenenti principi attivi vietati, l'elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e dei relativi medicinali, le pratiche e i metodi vietati in gara e fuori gara.
- Questo provvedimento sostituisce il decreto ministeriale 26 luglio 2011.

Legge n. 135 del 07.08.12 (Gazzetta Ufficiale n. 189 del 14.08.12, Supplemento ordinario n. 173)

CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 6 LUGLIO 2012, N. 95, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER LA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA CON INVARIANZA DEI SERVIZI AI CITTADINI

Con la pubblicazione di questa legge vengono confermate, con modifiche, le norme introdotte dal decreto-legge 95/2012 che prevedono risparmi per il riequilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica.

La legge di conversione, all'articolo 15 del decreto-legge, il comma 11-bis, introduce una norma che interessa in particolare il medico prescrittore ed il cui testo viene riportato integralmente:

"Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12."

Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 25.07.12 (Gazzetta Ufficiale n. 192 del 18.08.12)

ACCORDO TRA GOVERNO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SU «INDICAZIONI PER LA DIAGNOSI E LA CERTIFICAZIONE DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA)». ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4, DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281. (REPERTORIO ATTI N. 140 DEL 25 LUGLIO 2012)

Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano convengono e raccomandano che la diagnosi di DSA debba essere tempestiva e che il percorso diagnostico debba essere attivato solo dopo la messa in atto da parte della scuola degli interventi educativo-didattici previsti dalla legge n. 170/2010.

Vengono impartite indicazioni sul percorso diagnostico da seguire con il coinvolgimento dei servizi pubblico o anche dei soggetti accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, in possesso di specifici requisiti.

Viene infine fornito un modello di certificazione di DSA (essa deve evidenziare che il percorso diagnostico è stato effettuato secondo quanto previsto dalla Consensus Conference, deve essere articolata e formalmente chiara).

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 07.08.12 (Gazzetta Ufficiale n. 194 del 21.08.12)

AGGIORNAMENTO ALLA NOTA AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI

Viene aggiornata la nota AIFA 65, che regola la prescrivibilità a carico del Sistema Sanitario Nazionale dei farmaci per il trattamento della sclerosi multipla.

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/