

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 9 numero 11

Novembre 2012

La Corte Costituzionale stronca la Conciliazione Obbligatoria

Con un sintetico comunicato la Corte annuncia di aver accolto le tesi di quanti contestavano l'obbligatorietà della procedura (che interessava anche le cause per malpractice).
Indispensabile attendere il testo completo e i provvedimenti del Legislatore.

I contraccettivi
fanno ingrassare?
Sembra di no..



Le aggiunte di
vitamine fanno
davvero bene alle
donne anziane?



Assentarsi timbran-
dosi presenti puo'
configurare il reato
di truffa

Illusorio pensare
che le
linee-guida proteg-
gano
i medici

Aggiornamento
sugli effetti benefici
o meno del' alcool

I figli vanno
mantenuti fino all'
indipendenza
economica

Il prediabete puo'
regredire



Differenza della
pressione arteriosa
tra le due braccia:
aumento di rischio

Confronto tra
antiaggreganti

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**

**Consentita la pubblicità
tramite volantini per gli studi
professionali**

MMG-net



La Citta' Proibita



La Casa del Te'

**Capodan-
no
Cinese: si
replica!**



Il Giardino d' Estate



La Grande Muraglia

Indice

<p>Aggiornamento sugli effetti benefici o meno del alcool</p> <p>I contraccettivi fanno ingrassare? Sembra di no..</p> <p>Confronto tra antiaggreganti</p> <p>Ma davvero i supplementi vitaminici fanno bene alle donne anziane?</p> <p>Il prediabete può regredire</p> <p>Il trattamento con ASA riduce le recidive di ulcere venose</p> <p>Differenza della pressione arteriosa tra le due braccia: aumento di rischio</p> <p>Artroprotesi e tromboembolismo venoso malgrado corretta profilassi</p> <p>La Corte Costituzionale stronca la Conciliazione Obbligatoria</p> <p>Illusorio pensare che le linee-guida proteggano i medici</p> <p>Indennizzo anche per danneggiati da vaccini NON obbligatori</p> <p>Condominio: non si sosta nelle rampe io accesso ai garages anche se non si disturba</p> <p>Condominio: attribuzione di oneri per rottura dei tubi di scarico</p> <p>I figli vanno mantenuti fino all' indipendenza economica</p> <p>Consentita la pubblicità tramite volantini per gli studi professionali</p> <p>Assentarsi timbrandosi presenti può configurare il reato di truffa</p> <p>Nuove controindicazioni del ranelato di stronzio</p> <p>Capodanno Cinese: si replica!</p>	<p>Pag. 3</p> <p>Pag. 5</p> <p>Pag. 5</p> <p>Pag. 6</p> <p>Pag. 6</p> <p>Pag. 7</p> <p>Pag. 8</p> <p>Pag. 8</p> <p>Pag. 9</p> <p>Pag. 9</p> <p>Pag. 10</p> <p>Pag. 11</p> <p>Pag. 11</p> <p>Pag. 12</p> <p>Pag. 12</p> <p>Pag. 13</p> <p>Pag. 13</p> <p>Pag. 13</p>	<p>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</p> <p>Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it</p> <p>Patrocinate da</p> <ul style="list-style-type: none"> -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -SIAMEG -ASMLUC (Ass. Special. Med. Legali dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi <p>Redazione</p> <p>Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)</p> <p>Collaborano:</p> <p>Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino, Riccardo De Gobbi, Giampaolo Collecchia, Mirene Anna Luciani</p> <p>Per riceverla gratuitamente o per inviare articoli o segnalazioni: daniele.zamperini@gmail.com Cell. 333/5961678</p> <p>Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/</p> <p>Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it</p> <p style="text-align: center;"><i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i></p>
---	---	--



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

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi, e collega il PC con i palmari, con i Tablet!

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Aggiornamento sugli effetti benefici o meno del' alcool

Una sintesi sugli effetti dell'etanolo sull'organismo.

Ricerche su pazienti sani hanno dimostrato una riduzione di mortalità associata all'introito da leggero a moderato di etanolo, ampiamente correlato alla riduzione della malattia coronarica. Studi su pazienti con malattia cardiaca nota sono stati inconcludenti. Di seguito, il riassunto di vari trials e di varie metanalisi relative alla safety dell'etanolo.

1) Questa metanalisi ha valutato il rischio di fibrillazione atriale (FA) correlata ad assunzione di alcool. Precedenti studi osservazionali sullo stesso tema avevano dato risultati contrastanti. Gli autori hanno condotto una ricerca sui database di Medline (da Gennaio 1966 a Dicembre 2009) e di Embase (da Gennaio 1974 a Dicembre 2009), relativa a studi su alcool e FA. Sono stati inclusi 14 studi elegibili. La stima complessiva di FA per il più alto introito di alcool versus il più basso era 1.51. Un modello di regressione lineare ha mostrato che la stima complessiva per un incremento di 10 g al dì di introito alcolico era 1.08. Anche un modello di regressione spline ha mostrato che il rischio di FA aumenta all'aumentare dei livelli di consumo di alcool. **Questi risultati suggeriscono che evitare l'uso di alcool può ridurre il rischio di incidenza di fibrillazione atriale.**

Fonte:

J Am Coll Cardiol. 2011 Jan 25;57(4):427-36.

2) Questa metanalisi ha esaminato la relazione tra vari livelli di introito alcolico e incidenza di scompenso cardiaco. Sono stati inclusi nell'analisi sei studi prospettici di coorte ottenuti da una ricerca su Pubmed. Sono stati inclusi nello studio 46.252 pazienti — che comprendevano 5.510 casi di scompenso cardiaco (SC). I bevitori sono stati classificati come non bevitori, ex bevitori e attuali bevitori di < 1, da 1 a 7,8 a 14, e > 14 drinks a settimana. Rispetto ai non bevitori, il rischio relativo complessivo era 1.16 per gli ex bevitori, 0.90, 0.80, 0.78, e 0.77 per i bevitori attuali di < 1, 1-7, 8-14, e > 14 drinks per settimana, rispettivamente, in un modello a effetti random.

Rispetto ai non bevitori, gli ex bevitori avevano un rischio del 16% più elevato di SC; tuttavia, i bevitori attuali di < 1, 1-7, 8-14, e > 14 drinks per settimana erano associati ad un rischio più basso di SC del 10%, 20%, 22%, e del 23%.

Questi risultati suggeriscono che un uso infrequente e da leggero a moderato di alcool è associato ad un rischio più basso di Scompenso Cardiaco, e può essere appropriato per persone a rischio di SC in assenza di controindicazioni. Questi risultati non supportano un uso più pesante o un uso "tipo binge" per gli effetti sull'aumento di mortalità. Fonte:

Phys Sportsmed 2010;38(3):84-9.

3) Questo studio ha ritenuto di determinare se l'alcool influenzasse la perdita di sangue fecale in volontari maschi sani in terapia con diflunisal o con aspirina. La perdita di sangue fecale è stata misurata utilizzando globuli rossi marcati con 51-Cr. In uno studio parallelo in doppio cieco su 10 soggetti, l'effetto di 250 mg di diflunisal due volte al dì è stato paragonato a 750 mg di aspirina 4-volte al dì. I farmaci sono stati assunti per un periodo di 7 giorni separati da un periodo di controllo di una settimana. La perdita di sangue fecale giornaliera media durante i due periodi di trattamento era di 0.32 ml e di 0.53 ml nel gruppo diflunisal versus 6.87 ml e 3.20 ml nel gruppo aspirina. Il diflunisal non aumentava in maniera significativa la perdita di sangue, mentre l'aspirina aveva un effetto significativo. In uno studio crossover in doppio cieco, su 12 soggetti, l'effetto di 250 mg di diflunisal due volte al dì veniva paragonato a 600 mg di aspirina 4-volte al dì. L'alcool (120 ml, 40%) veniva aggiunto negli ultimi 2 giorni di ciascun periodo di trattamento di 6-giorni. La perdita di sangue fecale non era influenzata in maniera significativa dal diflunisal e non vi era effetto significativo sulla perdita di sangue con l'uso concomitante di alcool. L'aspirina aumentava in maniera significativa la perdita di sangue fecale e questa aumentava in maniera significativa con l'uso concomitante di alcool.

Questi dati supportano l'associazione tra concomitante uso di aspirina e di alcool e l'aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale, come evidenziato dalla perdita di sangue fecale.

Ma analisi statistiche insufficienti pregiudicano conclusioni sicure —sono necessari dati aggiuntivi per caratterizzare il rischio assoluto di sanguinamento in pazienti che assumono basse dosi di aspirina (81-162 mg al dì) per la cardioprotezione.

Fonte:

Curr Med Res Opin 1978;5(7):520-4.

4) Questo studio prospettico osservazionale ha voluto determinare l'influenza dell'acido acetilsalicilico (ASA, 1.000 mg), dell'ibuprofene (800 mg) e del paracetamolo (1.000 mg) su di una singola dose cinetica di etanolo in 12 volontari sani che avevano ingerito il farmaco ed una colazione standard un'ora prima dell'introito di etanolo. Ha anche valutato l'influenza dell'etanolo su di una singola dose cinetica di 1.000 mg di ASA in 10 volontari sani a digiuno. Le concentrazioni plasmatiche di etanolo sono state misurate attraverso la gascromatografia, e quelle del farmaco con cromatografia liquida. Non vi era effetto di ASA, ibuprofene o paracetamolo sulla singola dose cinetica di etanolo, ma l'assunzione contemporanea di etanolo riduceva il picco di concentrazione dell'ASA del 25%.

Questi dati suggeriscono che l'etanolo interferisce con la farmacocinetica dell'ASA e potenzialmente ne riduce l'esposizione sistemica. Il significato clinico di questa interazione è discutibile, perché non spiega l'osservazione farmacodinamica di un aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale con la cosomministrazione di ASA ed etanolo. Sono necessari ulteriori studi per spiegare il significato clinico di questa interazione.

Fonte:

Eur J Clin Pharmacol 1995;48(2):151-3.

5) Il trial SAVE è uno studio randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, controllato vs placebo, disegnato per valutare la sopravvivenza in pazienti con disfunzione ventricolare sinistra in seguito ad infarto miocardico. Un'analisi secondaria è stata studiata per valutare l'influenza dell'introito alcolico sullo sviluppo di scompenso cardiaco sintomatico (SC) in pazienti con disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (LVSD, frazione di eiezione [EF] <40%) dopo un infarto miocardico (IM)

precedentemente studiati in SAVE. Duemiladuecentotrentuno (2.231) pazienti dopo IM sono stati randomizzati ad ACE-inibitore o a placebo. I pazienti sono stati classificati in non-bevitori, bevitori lievi-moderati (da 1 a 10 drinks/settimana), o forti bevitori (>10 drinks/settimana) basandosi sui report basali di consumo alcolico. L'esito primario era la ospedalizzazione per scompenso cardiaco. L'analisi univariata ha mostrato che l'introito basale lieve-moderato era associato ad una più bassa incidenza di SC rispetto ai non bevitori (hazard ratio [HR] 0.71; 95% intervallo di confidenza [IC] da 0.57 a 0.87), mentre i forti bevitori no (HR 0.91; 95% IC da 0.67 a 1.23); tuttavia, dopo aggiustamento per differenze basali, il consumo di alcool basale lieve-moderato non influenzava in maniera significativa lo sviluppo di SC (bevitori lievi-moderati HR 0.93; 95% IC da 0.75 a 1.17; forti bevitori HR 1.25; 95% IC da 0.91 a 1.72). Il consumo alcolico riportato tre mesi dopo l'IM neppure modificava il rischio di esiti avversi. **Questi risultati suggeriscono che per pazienti con disfunzione sistolica ventricolare sinistra in seguito ad IM, l'introito alcolico lieve-moderato non altera il rischio di sviluppare SC.**

Fonte:

J Am Coll Cardiol 2004 Jun 2;43(11):2015-21.

6) Questo è uno studio prospettico di coorte su 1.645 uomini e donne arruolati nel Copenhagen City Heart Study. Il consumo alcolico individuale è stato determinato attraverso questionari, e lo sviluppo di fibrillazione atriale (FA) è stato accertato attraverso ECG routinari registrati al ricovero in ospedale. Il bere moderato è stato definito in questa analisi in maniera differente dal consenso generale di 1-2 drinks al giorno. daily. Secondo quanto definito come un bere moderato in questa analisi (< 35 drinks a settimana) non vi era associazione con un aumentato rischio di FA. Tuttavia, nei forti bevitori (> 35 drinks a settimana), vi era un aumento statisticamente significativo di rischio di sviluppare FA (HR 1.45). L'aggiustamento per confondenti, quali scompenso cardiaco, CAD o ipertensione non alteravano il rischio stimato. **Questo studio prospettico di coorte ha confermato il concetto che un consumo elevato di alcool aumenta il rischio di FA.**

Fonte:

Circulation 2005;112: 1736-1742.

7) Sebbene il bere moderato sia stato associato a ridotta mortalità in pazienti con malattia coronarica, la sicurezza in pazienti che assumono comuni farmaci cardiologici non è nota. Questo studio ha incluso 1.244 uomini arruolati nel Post-Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Trial. I partecipanti erano assegnati in maniera random a lovastatina in basse (media 40 mg) o alte (media 76 mg) dosi e a basse dosi di warfarin (medio [INR] 1.4, goal INR <2.0) o a placebo in un disegno fattoriale. I livelli di Alanina aminotransferasi (ALT) e di INR venivano misurati ogni 6-12 settimane per 4 o 5 anni. L'introito alcolico era caratterizzato come astensione (<1 drink a settimana), leggero (1-6 drinks a settimana), moderato (7-13 drinks a settimana), e pesante (≥ 14 drinks a settimana). Durante il follow-up, il 66% degli uomini che assumevano warfarin avevano un INR di 2.0 o più elevato, e il 7% degli uomini aveva una ALT di 80 IU/L o più elevata. I livelli massimi di INR (P=0.72) e di ALT (P=0.51) non differivano tra categorie di introito alcolico. I rischi di un INR di 2.0 o più elevato erano 67%, 66%, 68%, e 61% tra non-, leggero, moderato, e pesante bevitore (P=0.86), rispettivamente. I rischi corrispondenti di una ALT di 80 IU/L o più erano 8%, 10%, 9%, e 6% (P=0.70), rispettivamente. I risultati di questo trial mostrano che il bere moderato non influenza negativamente la sicurezza di basse dosi di warfarin o di dosi anche elevate di lovastatina tra gli uomini arruolati nello studio, come evidenziato dai livelli di INR e di ALT. Mentre questi risultati non hanno raggiunto necessariamente la validità esterna in assenza di dati più conclusivi riguardanti dosi più elevate o terapeutiche di warfarin, è interessante che i risultati oggettivi non indicano un'associazione di danno. E' ragionevole consigliare ai pazienti di evitare forti dosi di introito alcolico; tuttavia, **l'introito alcolico lieve-moderato non sembra interagire negativamente con la terapia con warfarin a basse dosi o con la terapia con lovastatina.**

Fonte:

Am J Med 2006 May;119(5):434-40.

8) Questa analisi post-hoc del Physician's Health Study ha cercato di identificare l'associazione tra bere lieve-moderato e incidenza di scompenso cardiaco (SC) in 5.153 medici maschi

ipertesi liberi da stroke, infarto miocardico, o cancro alla linea basale. Il consumo alcolico è stato autoriportato classificato come <1, 1-4, 5-7, e ≥ 8 drinks/a settimana. Lo SC è stato accertato attraverso questionari di follow-up ed utilizzando i criteri validati di Framingham. L'età media era di 58 anni, e circa il 70% dei soggetti consumava 1-7 drinks/a settimana. Rispetto ai soggetti che consumavano <1 drink/a settimana, la hazard ratios per SC era 0.89, 0.72, e 0.38 per il consumo alcolico di 1-4, 5-7, e ≥ 8 drinks/a settimana dopo aggiustamento per età, body mass index, fumo, esercizio fisico e storia di fibrillazione atriale, rispettivamente (P<0.001). Questi dati suggeriscono che il consumo alcolico lieve-moderato era associato ad un più basso rischio di SC in medici maschi ipertesi. Sebbene il bere aumenti la pressione arteriosa ed il bere leggero sia stato associato a cardiopatia alcolica, si sa poco circa l'associazione tra consumo alcolico lieve-moderato e rischio di scompenso cardiaco (SC); tuttavia, gli autori ipotizzano che poiché l'alcool è un diuretico potrebbe prevenire il sovraccarico di volume e ritardare l'inizio dei segni e sintomi dello scompenso. L'elemento chiave di questi dati, insieme con i risultati di altri studi prospettici, è il grado di introito alcolico. **Questi risultati suggeriscono che il consumo lieve-moderato di alcool è associato ad un rischio più basso di SC in medici maschi ipertesi.**

Fonte:

JM. Am J Cardiol 2008 Sept 1;102(5):593-7.

9) Studi precedenti hanno suggerito che il consumo regolare, da moderato a pesante, di alcool potrebbe aumentare il rischio di sviluppare fibrillazione atriale in uomini, non in donne. La proposta di questo studio osservazionale di coorte di pazienti arruolate nel Womens' Health Study era di valutare prospetticamente l'associazione tra consumo regolare di alcool e incidenza di fibrillazione atriale tra donne. Questo studio ha incluso 34.715 donne inizialmente sane che hanno documentato il consumo alcolico su di un questionario alla linea basale e a 48 mesi di follow-up e sono state raggruppate in 4 categorie (0, > 0 e < 1, ≥ 1 e < 2, e ≥ 2 drinks al giorno). Dopo più di 12 anni di follow-up, sono stati confermati 653 casi di fibrillazione atriale incidente. L'incidenza aggiustata per età tra donne che consumavano 0 (n = 15.370),

più di 0 e meno di 1 (n = 15.758), 1 o più e meno di 2 (n = 2.228), e 2 o più (n = 1.359) drinks al giorno era 1.59, 1.55, 1.27, e 2.25 eventi/1000 persone-anno di follow-up.

Rispetto alle donne non bevitrice, le donne che consumavano 2 o più drinks al giorno avevano un rischio assoluto aumentato di 0.66 eventi/1000 persone-anno. Questo studio prospettico di coorte ha confermato che **donne sane di mezza età, che consumavano più di 2 drink al giorno, non erano a rischio aumentato di incidenza di fibrillazione atriale; tuttavia, un bere più pesante (> di 2 drinks al giorno) era associato ad un rischio aumentato.**

Fonte:

JAMA. 2008 Dec 3; 300(21):2489-96.

In conclusione:

Effetti avversi cardiovascolari: Esacerbazione dell'angina (E), scompenso cardiaco (E), cardiomiopatia idiopatica (B), e fibrillazione atriale (A).

Interazioni farmacologiche: Aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale con l'uso concomitante di aspirina (C), aumentato rischio di emorragia per il ridotto metabolismo del warfarin (C), e possibile riduzione dell'efficacia terapeutica dell'anticoagulazione per l'induzione del metabolismo del warfarin (E).

Commento di Patrizia Iaccarino

Per quanto riguarda il medico di medicina generale e la posizione più corretta che egli possa assumere rispetto al paziente nel consigliare o sconsigliare la assunzione alcolica, ci piace citare testualmente le conclusioni di John B. Standidge alla sua revisione "Alcohol Consumption: An Overview of Benefits and Risks", South Med J. 2004;97(7), che condividiamo pienamente :

"L'alcool è visto come un nutrimento benefico che prolunga la vita ed alimenta uno stile di vita piacevole e divertente da alcuni, ma è egualmente riconosciuto come una tossina che distrugge la vita a vari livelli da altri. In

medicina non esiste un'arma a doppio taglio più tagliente. Sebbene sia appropriato raccomandare la terapia β -bloccante dopo un infarto miocardico, per la sua dimostrata riduzione di mortalità del 23%, secondo la nostra opinione ai medici non dovrebbe competere il raccomandare basse dosi di consumo alcolico, che fornisce una riduzione di mortalità del 27%. La ragione per tale esitazione è dovuta alla differenza di ampiezza di rischio di poter sviluppare patterns di abuso. L'antico detto, sempre valido, cita: Primum non nocere. Un medico astuto e ben informato, che conosce i suoi pazienti come conosce la medicina, dovrebbe essere cauto nel consigliare i pazienti su questo tema. Noi abbiamo conoscenza, qualche intuizione, ma non preveggenza. Presentando sia i rischi sia i benefici della moderata assunzione di alcool, secondo i particolari benefici e rischi attribuibili a ciascun individuo, si dovrebbe aumentare la capacità di ciascun paziente di prendere decisioni individualizzate e informate".

I contraccettivi fanno ingrassare? Sembra di no

Le evidenze disponibili non permettono di affermare che i contraccettivi ormonali combinati sono associati a importanti variazioni del peso corporeo.

Questa revisione Cochrane ha assemblato 49 trials con almeno tre cicli di trattamento e paragone tra farmaci attivi e placebo oppure tra contraccettivi ormonali diversi tra loro.

Non è stato possibile dimostrare un effetto diverso sul peso corporeo tra contraccettivi e placebo oppure tra i vari contraccettivi usati.

Anche la sospensione del trattamento a

causa di cambiamenti del peso corporeo non differiva nei vari gruppi.

Secondo gli autori sarebbero necessari RCT ad hoc per determinare se effettivamente i vari tipi di contraccettivi orali possono portare ad una variazione del peso corporeo significativa rispetto al placebo.

Fonte:

Cochrane Database Syst Rev. 2011 Sep 7;9:CD003987.

Commento di Renato Rossi

E' opinione comune tra le donne che l'uso di contraccettivi ormonali combi-

nati possa portare ad un aumento del peso corporeo. Non è raro il caso di donne che vorrebbero assumere un contraccettivo ma vi rinunciano per paura di ingrassare.

La revisione sistematica recensita in questa pillola dovrebbe invece aiutare a sfatare questo mito. Anche se non è possibile escludere al cento per cento che i contraccettivi ormonali possano avere un qualche impatto sul peso, si può ragionevolmente tranquillizzare le pazienti: allo stato attuale si può ritenere che questi trattamenti non portano ad aumenti del peso clinicamente rilevanti.

Confronto tra antiaggreganti

Un' interessante analisi di confronto fra i vari antiaggreganti disponibili.

La patologie cardiovascolari sono una ragione frequente di consultazione in medicina generale.

Il trattamento si basa su una serie di farmaci come gli antipertensivi, gli anti-dislipidemici, gli antiaggreganti.

Gli antiaggreganti disponibili nella pratica clinica sono sostanzialmente tre: acido acetilsalicilico (ASA), dipiridamo-

lo a rilascio modificato e clopidogrel (che ha ormai quasi soppiantato la ticlopidina), da soli o in associazione.

Ma quali sono i più efficaci dal punto di vista clinico e quali sono quelli in cui vi è un rapporto costo-efficacia più favorevole?

Ha cercato di stabilirlo una revisione sistematica della letteratura che aggiorna una precedente linea guida del NICE inglese (National Institute for Health and Clinical Excellence) che risaliva al

2005.

Per determinare l'efficacia clinica degli antiaggreganti sono stati esaminati 4 RCT ritrovati dalla ricerca.

Lo studio CAPRIE (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events) ha confrontato clopidogrel ed ASA in pazienti ad alto rischio (pregresso infarto miocardico, ictus ischemico o arteriopatia periferica): l'endpoint primario (prima occorrenza di ictus ischemico, infarto miocardico o

decesso vascolare) risultava ridotto dal clopidogrel, rispetto all'ASA, dell'8,7%.

Lo studio ESPRIT (European/Australasian Stroke Prevention in Reversible Ischaemia Trial) ha valutato ASA + dipiridamolo a rilascio modificato versus ASA in pazienti con precedente ictus ischemico o TIA: l'endpoint primario (prima occorrenza di morte vascolare, ictus non fatale, infarto non fatale, o emorragia maggiore) era ridotto dalla associazione ASA + dipiridamolo del 20%, mentre non vi era una differenza statisticamente significativa per gli eventi emorragici.

Lo studio PRoFESS (Prevention Regimen For Effectively avoiding Second Strokes) aveva arruolato soggetti con pregresso ictus ischemico: l'endpoint primario (ogni tipo di ictus) risultò simile per ASA + dipiridamolo a rilascio

modificato e clopidogrel.

Lo studio ESPTS-2 (Second European Stroke Prevention Study) aveva arruolato pazienti con pregresso ictus ischemico o TIA: l'endpoint primario (ictus) risultò maggiormente ridotto da ASA + dipiridamolo a rilascio modificato rispetto al solo ASA o al solo dipiridamolo.

La valutazione del rapporto costo-efficacia dei vari antiaggreganti ha permesso di determinare quanto segue:

- 1) pazienti con pregresso ictus ischemico o TIA: clopidogrel (seconda scelta: l'associazione ASA + dipiridamolo a rilascio modificato oppure ASA da solo)
- 2) pazienti con pregresso infarto miocardico: ASA (seconda scelta: clopidogrel)
- 3) pazienti con arteriopatia periferica o con patologia multivasale: clopidogrel (seconda scelta: ASA).

Che dire? Si tratta senza dubbio di una sintesi molto interessante delle evidenze disponibili, utile al medico che deve decidere quale antiaggregante usare e che potrà personalizzare la scelta sulla base di vari parametri (costo-efficacia, intolleranze, etc.).

Tuttavia la prescrizione del clopidogrel a carico del Servizio Sanitario Nazionale è permessa solo secondo le indicazioni approvate in scheda tecnica.

Pertanto il medico che volesse seguire i consigli di questa pillola potrebbe trovarsi costretto, in alcuni casi, a prescrivere a carico del paziente.

A cura di Renato Rossi

Referenze

Health Technol Assess. 2011 Sep;15 (31):1-178.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21888837>

Ma davvero i supplementi vitaminici fanno bene alle donne anziane?

Lo Iowa Women's Health Study suggerisce che alcuni supplementi di vitamine e minerali non sono utili in donne anziane e vi sono preoccupazioni circa il loro uso a lungo termine.

Lo Iowa Women's Health Study è uno studio di tipo osservazionale, iniziato nel 1986, nel quale vennero arruolate quasi 39.000 donne di età compresa tra 55 e 69 anni. Alla fine del follow up, nel 2008, era deceduto circa il 40% delle partecipanti.

Si è visto che l'uso di supplementi vitaminici risultava associato ad un aumento del rischio di morte statisticamente significativo del 2,4% in valore assoluto e del 6% in termini relativi.

In particolare risultarono associati ad un aumento della mortalità del 3-6% la

vitamina B6, l'acido folico, il ferro, il magnesio e lo zinco, mentre l'aumento era del 18% per il rame.

Al contrario l'assunzione di calcio era associata ad una diminuzione della mortalità del 3,8% in termini assoluti e del 9% in termini relativi.

Gli autori sottolineano che l'assunzione di multivitaminici non risulta associata ad una riduzione della mortalità, anche se non si possono escludere benefici delle vitamine sulla qualità di vita.

Fonte:

Arch Intern Med. 2011 Oct 1; 171:1625-1633.

Commento di Renato Rossi

Ci sembra giusto ricordare che lo Iowa Women's Health Study è uno studio di tipo osservazionale, quindi può essere

gravato da vari tipi di bias. Per esempio l'assunzione di supplementi multivitaminici era autoriferita dalle partecipanti e sappiamo quanto talora i pazienti possano essere imprecisi o non ricordare bene quanto assumono.

Ancora: le donne che usavano supplementi multivitaminici, rispetto alle donne che non li usavano, avevano una educazione più elevata, erano fisicamente più attive e più facilmente usavano terapia ormonale sostitutiva per la menopausa. Vi è quindi un evidente bias che rende probabilmente poco paragonabili i due campioni.

Pertanto riteniamo che i risultati dello studio debbano essere interpretati con cautela.

Il prediabete può regredire

Il paziente con prediabete che riesce a ritornare a valori normali di glicemia ha un rischio minore di sviluppare in futuro un vero e proprio diabete.

Per prediabete si intende la presenza di valori della glicemia superiori al normale ma inferiori alla soglia diagnosti-

ca per diabete. Si tratta di una condizione clinica molto frequente nel mondo occidentale, soprattutto nei soggetti obesi o sovrappeso, ma non solo.

E' noto che una percentuale stimata in circa il 5-10% all'anno di queste perso-

ne va incontro ad un vero e proprio diabete.

Studi osservazionali suggeriscono che il prediabete è di per sé una situazione associata ad altri fattori di rischio (fumo, obesità, ipercolesterolemia, etc.) e a un aumento del rischio di eventi

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/

cardiovascolari.

Recentemente una metanalisi ha evidenziato che il prediabete è una situazione di rischio di futuro ictus [1], anche se gli autori non escludono che questo dato potrebbe essere inquinato da fattori di confondimento e avvertono che, comunque, l'aumento del rischio è modesto.

Un dato interessante viene dallo studio DPPOS (Diabetes Prevention Program Outcomes Study).

Si tratta di uno studio osservazionale che ha valutato i partecipanti allo studio randomizzato DPP (Diabetes Prevention Program).

Questo trial, pubblicato nel 2002, aveva dimostrato che, in pazienti con prediabete, rispetto al placebo, sia la metformina che gli interventi sullo stile di vita sono in grado di ridurre l'evoluzione verso il diabete [2]. Per prediabete si intendeva soggetti che avevano una glicemia a digiuno compresa tra 100 e 124 mg/dL oppure una glicemia a due ore dal pasto compresa tra 140 e 198 mg/dL.

Lo studio DPPOS ha considerato solo i partecipanti al DPP che non avevano sviluppato il diabete durante il follow up.

Si è visto che il rischio di sviluppare diabete nei sei anni successivi era minore del 56% nei soggetti con prediabete iniziale che erano ritornati a valori normali di glicemia rispetto a chi continuava ad avere valori di prediabete e questi risultati erano indipendenti dal gruppo a cui erano stati assegnati i pazienti (interventi sullo stile di vita, metformina o placebo).

Un altro dato emerso dallo studio è che il rischio di sviluppare un diabete era maggiore nei soggetti con prediabete che non erano ritornati a valori normali di glicemia nonostante interventi sullo stile di vita rispetto ai corrispondenti soggetti del braccio placebo [3].

Insomma, lo studio DPPOS dimostra che, in caso di prediabete, se il paziente riesce a ritornare ad una regolazione normale del metabolismo glucidico, non importa se con interventi sullo stile di vita o con farmaci, il rischio di sviluppare in futuro un vero e proprio diabete si riduce.

Al contrario se il soggetto continua a rimanere prediabete nonostante interventi sullo stile di vita, il rischio di evoluzione verso il diabete è elevato.

E' probabile, infatti, che chi non risponde agli interventi sullo stile di vita appartenga ad un sottopopolazione di pazienti a rischio maggiore.

Gli interventi sullo stile di vita rimangono, ovviamente, il caposaldo del trattamento del prediabete. Tuttavia nei non responders è ragionevole chiedersi se non convenga iniziare una prevenzione farmacologica. Infatti ci sono evidenze che il trattamento con metformina e con pioglitazone sono in grado di ridurre il rischio evolutivo verso il diabete vero e proprio, anche se rimane la domanda se un intervento farmacologico molto precoce con ipoglicemizzanti sia poi in grado di prevenire le complicanze tardive micro e macrovascolari del diabete. E' questa la domanda a cui dovranno rispondere in futuro RCT ben disegnati, con adeguata potenza statistica e lungo follow up.

Renato Rossi

Bibliografia

1. BMJ 2012 Jun 16; 344: e3564
2. N Engl J Med. 2002 Feb 7;346:393-403
3. Lancet 2012 Jun 16; 379:2243-2251

Il trattamento con ASA riduce le recidive di ulcere venose

Nelle ulcere da insufficienza venosa cronica l'aggiunta di ASA alla compressione riduce il tempo di guarigione e ritarda la comparsa delle recidive.

L'insufficienza venosa cronica, soprattutto se di una certa entità, può complicarsi con la comparsa di ulcere agli arti inferiori.

La terapia di elezione, in questi casi, è rappresentata dalla elastocompressione a cui si associa il trattamento locale dell'ulcera (pulizia, rimozione dei tessuti necrotici, applicazione di garze medicate). Tuttavia dopo la guarigione nel 25% dei casi si verificano delle recidive nel giro di 1-2 anni.

La misura attualmente suggerita per la prevenzione delle recidive è l'uso di calze a compressione graduale. Se sono presenti vene varicose il trattamento chirurgico di quest' ultime è in grado di ridurre il rischio di recidive.

Non ci sono invece farmaci che abbiano evidenze forti di efficacia nel ridurre il tempo di guarigione e la comparsa di recidive.

Ma uno studio recente, di tipo randomizzato e controllato, suggerisce che l'aggiunta di ASA alla compressione potrebbe avere un ruolo.

Lo studio ha arruolato 51 pazienti con ulcere da insufficienza venosa cronica di diametro superiore a 2 centimetri. I soggetti arruolati sono stati trattati con compressione oppure compressione associata ad ASA alla dose di 300 mg/die. Sono stati esclusi dallo studio pazienti affetti da diabete, artrite reumatoide, arteriopatia periferica, malattie neurologiche, oltre a quelli che avevano una controindicazione all'uso dell'ASA.

In entrambi i gruppi, inoltre, le ulcere venivano medicate, pulite, sottoposte a debriment in caso di presenza di tessuti necrotici e trattate con idrocolloidi. In

caso di presenza di lesioni infette venivano usati antibiotici per via sistemica. Si è visto che l'aggiunta di ASA alla compressione riduceva il tempo di guarigione delle ulcere (in media 12 versus 22 settimane). Anche la percentuale di recidive risultava ridotta nel gruppo ASA (25% versus 33,3%), ma la differenza non era statisticamente significativa.

Tuttavia un certo beneficio dall'ASA era evidente anche sulle recidive in quanto il tempo medio di ricomparsa era di 39 giorni versus 16 del gruppo trattato con sola compressione.

Come si può facilmente comprendere si tratta di uno studio con poca casistica per cui è difficile trarre conclusioni definitive. Tuttavia in mancanza di altre evidenze, nei pazienti che non hanno controindicazioni all'ASA, un tentativo può essere ragionevole, soprattutto con-

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

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

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

siderando che il costo è molto contenuto. Inoltre l'ASA è un farmaco usato da decenni di cui si conoscono molto bene gli eventuali effetti collaterali.

Renato Rossi

Bibliografia

Ann Vasc Surg. Pubblicato anticipata-

mente online il 19 marzo 2012.

<http://goo.gl/Z97B0>

Differenza della pressione arteriosa tra le due braccia: aumento di rischio

Valori significativamente diversi (≥ 15 mmHg) della pressione arteriosa tra le due braccia indicano un aumento del rischio di arteriopatia periferica e cerebrovascolare e di mortalità.

Di solito i valori della pressione arteriosa sono simili nei due arti superiori. Altre volte si possono notare differenze minime (5-10 mmHg) tra le due braccia. Spesso la pressione più elevata si riscontra al braccio destro senza che questo abbia un chiaro significato patologico.

Diverso però è il caso in cui si riscontri una differenza di almeno 15 mmHg. In questa evenienza si dovrebbe sospettare una patologia ostruttiva a livello dell'arco aortico o di una delle due arterie succlavie. Vi sono, infatti, studi che suggeriscono che la stenosi della succlavia $> 50\%$ è associata ad una differenza importante di pressione arteriosa tra le due braccia oltre che ad un aumento dell'incidenza di arteriopatia periferica e di eventi cardiovascolari. Una metanalisi di 20 studi ha confermato che la presenza di una differenza

dei valori pressori tra le due braccia di almeno 15 mmHg è un buon indicatore di aumentato rischio di patologia ostruttiva arteriosa sia periferica che cerebrale oltre che di morte da cause cardiovascolari e della mortalità totale [1].

E' per questo che molte linee guida consigliano di misurare la pressione arteriosa in entrambe la braccia. Tuttavia spesso nella pratica clinica questa raccomandazione viene disattesa perchè richiede tempo che ormai è, anche per il medico, un bene raro.

Invece la misurazione bilaterale dovrebbe diventare una prassi di routine in ogni visita.

C'è comunque il problema che se la misurazione nelle due braccia avviene in maniera sequenziale una eventuale differenza potrebbe essere dovuta semplicemente al timing diverso della misurazione stessa. Si può in parte ovviare a questo inconveniente ricorrendo a più misurazioni alle due braccia, ma questo richiede ancora più tempo ed è poco realistico. L'alternativa è ricorrere a misuratori automatici applicati con-

temporaneamente al braccio destro e al sinistro.

Una volta constatato che la pressione arteriosa presenta differenze importanti tra le due braccia, rimane da stabilire l'iter diagnostico e terapeutico successivo.

Se è vero che gli studi epidemiologici suggeriscono un aumento del rischio di patologia ostruttiva arteriosa e di outcomes negativi, cosa fare nel singolo paziente?

E' importante, ovviamente, valutare con scrupolo la presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare e il loro trattamento aggressivo, se è il caso, con le terapie più consolidate (antiaggreganti, ipocolesterolemizzanti, abolizione del fumo, etc.). Inoltre si può prevedere, soprattutto se la differenza tra le due braccia è importante, un esame ecodoppler arterioso dei vasi epiaortici e degli arti inferiori.

Renato Rossi

Referenze

1. Lancet 2012 March 10; 379:905-914.

Artroprotesi e tromboembolismo venoso malgrado corretta profilassi

Nonostante una profilassi antitrombotica episodi di tromboembolismo venoso sintomatico sono possibili dopo intervento di artroprotesi d'anca o di ginocchio.

Per nostra natura spesso ci meravigliamo se, nonostante un corretto trattamento, le cose non vanno come si sperava. L'inganno cognitivo che ci porta fuori strada è l'idea che i farmaci siano sempre efficaci. In realtà nella maggior parte dei casi un farmaco usato per trattare o prevenire una determinata patologia riduce il rischio di un "tot", ma non riesce ad azzerarlo.

Uno studio interessante ci ricorda questo

semplice concetto [1].

Si tratta di una revisione sistematica della letteratura che ha valutato l'incidenza di tromboembolismo venoso sintomatico post operatorio in pazienti operati di artroprotesi d'anca o di ginocchio e che erano stati correttamente sottoposti a profilassi antitrombotica come suggerito dalle linee guida (47 studi per quasi 45.000 pazienti).

Si è visto che nonostante la profilassi effettuata secondo gli standard ottimali circa 1 paziente ogni 100 (per l'artroprotesi del ginocchio) oppure 1 ogni 200 (per l'artroprotesi d'anca) vanno incontro a tromboembolismo venoso sintomatico durante il ricovero in ospedale.

Qualcuno dirà che è la scoperta dell'acqua calda e che non si vede dove sia la novità nell'affermazione che la medicina è fallibile, come d'altra parte qualsiasi attività umana.

Infatti non abbiamo la pretesa di riportare novità alcuna, ma ci è sembrato utile ricordare questo aspetto in un periodo in cui i medici sempre più spesso vengono chiamati nelle aule di tribunale.

Renato Rossi

Referenze

1. JAMA 2012 Jan 18;307:294-303

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/

La Corte Costituzionale stronca la Conciliazione Obbligatoria

La Corte Costituzionale (Comunicato del 24 ottobre 2012) ha dichiarato la illegittimità costituzionale, per eccesso di delega legislativa, del d.lgs. 4 marzo 2010, n.28 nella parte in cui ha previsto il carattere obbligatorio della mediazione.

La Conciliazione Obbligatoria, si ricorda, è stata istituita per alleggerire il lavoro dei Tribunali obbligando gli inte-

ressati ad una tappa pre-processuale obbligatoria (riguardante anche i procedimenti civili per malpractice) che però, come ho illustrato in diversi Convegni, presentava alcuni aspetti molto discutibili.

Avevamo già dato notizia del ricorso presentato dal TAR Lazio (<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=>

[article&sid=492](http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=492)).

Per ora non abbiamo il testo completo della decisione ma solo il comunicato-stampa della Corte, occorrerà valutare la portata della sentenza e gli eventuali meccanismi correttivi individuati dal legislatore.

Ne riparleremo

Illusorio pensare che le linee-guida proteggano i medici

La Cassazione, in una recentissima sentenza (Sezione IV, 19/09/2012, n. 3592-2) ribadisce il concetto che le linee-guida e i protocolli non possono costituire fonti di regole cautelari codificate, e quindi di valore assoluto, ma restano sottoposte al vaglio critico del medico, che deve valutare caso per caso.

Cio' non sembra accordarsi con l' art. 3 del Decreto Balduzzi ove recita: "I professionisti che, nello svolgimento della propria attività si attengono a protocolli diagnostico-terapeutici, linee guida e pratiche elaborate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, rispondono degli eventuali danni solo nei casi di dolo e colpa grave".

I medici, che tiravano un respiro di sollievo pensando di avere finalmente dei riferimenti di buon comportamento professionale certi, scopriranno che in sede giudiziaria, malgrado tutto, non cambierà nulla?

Occorre dare atto che le linee-guida circolanti sono molto spesso di mediocre o cattiva qualità. Ogni Ente, Associazione, Club, si sente autorizzato ad emanare linee guida su questo e su quello, senza tenere minimamente conto della criteriologia di base, unica che attribuisce autorevolezza a questi prodotti. In questo senso la Cassazione ha senza dubbio ragione, ma spesso invece queste linee-guida "fasulle" vengono invocate a fini accusatori, per attribuire al medico delle responsabilità. E' questo aspetto che andrebbe assolutamente combattuto.

Ne abbiamo già discusso in passato; vedi qui

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=335> e anche qui

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=563>

I Fatti:

Un medico anestesista (I.G.) veniva condannato dal Tribunale per omicidio colposo avendo effettuata una errata manovra anestesologica di intubazione nasotracheale provocando la lesione del pilastro anteriore del retro faringe e la conseguente inondazione ematica delle vie respiratorie, con sindrome di stress respiratorio e morte del paziente.

Prima dell'inizio dell'intervento

l'anestesista I. tentava tre volte l'intubazione (due volte per via oro-tracheale e la terza volta per via naso-tracheale) provocando una emorragia per cui doveva intervenire un secondo anestesista che invece riusciva ad intubare il paziente per via orale usando una cannula speciale, 'armata' dalla presenza all'interno di un filo metallico.

Il paziente decedeva dopo alcuni giorni in conseguenza all'inalazione nei polmoni di quantità rilevanti di sangue.

In primo grado, malgrado che i consulenti del P.M. "assolvessero" l'imputata concludendo che le lesioni fossero da configurarsi come caso fortuito, la prima anestesista veniva condannata per l'ini-

doneità delle scelte tecniche, che non si erano adattate al caso concreto, e in contrasto con le linee guida S.I.A.A.R. T.I. (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) che sconsigliano l'intubazione nasale alla cieca.

In Appello l'imputata veniva invece assolta con la formula piena, essendo stato dimostrato che l'evento lesivo era stato provocato da una anomalia anatomica del retro faringe del paziente, imprevista e imprevedibile, accertata sul tavolo settorio. Questo fatto, secondo i giudici di appello, costituiva fattore idoneo ad interrompere il nesso di causalità tra la manovra di introduzione della cannula lungo le vie aeree del P. e l'evento lesivo.

Le parti civili presentavano ricorso in Cassazione, sostenendo in primo luogo che il successo della manovra attuata dalla seconda anestesista con la metodica alternativa, dimostrava che la colpa dell'imputata non consistesse in errore tecnico nella fase dell'intubazione (per l'oggettiva difficoltà incontrata) ma nella inidoneità della scelta tecnica (via di introduzione e tipo di cannula) in quanto le caratteristiche esteriori del paziente avrebbero dovuto far prevedere la difficoltà dell'intubazione, in modo da regolarsi diversamente, in conformità a quanto raccomandato nelle linee guida.

La Cassazione accoglieva il ricorso.

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/

I giudici di appello infatti avevano affermato la correttezza della condotta “tecnica” dell’imputata, ritenendo, insieme ai consulenti del PM, che la malformazione congenita del paziente, imprevedibile e non prevedibile, aveva interrotto il nesso di causalità tra la manovra di introduzione della cannula e l’evento lesivo. Non si ritenne che tali conclusioni fossero confutabili sulla base delle raccomandazioni contenute nelle linee guida, ‘che non assumono comunque carattere di protocollo’.

La Cassazione invece contestava fortemente questi assunti, sulla base della giurisprudenza consolidata in tema di colpa professionale medico-chirurgica conseguente alla violazione delle linee guida.

Le motivazioni dei giudici d’ appello – affermava la Cassazione – sono assolutamente carenti non avendo esaminato l’erroneità della scelta praticata dall’imputata di eseguire la manovra di intubazione attraverso il naso, pur in presenza di caratteristiche particolari del paziente che, ove correttamente valutate, l’avrebbero sconsigliata.

Il giudice di appello non aveva effettuato una sua analisi della situazione limitandosi a sottolineare l’ aspetto di semplice ‘raccomandazione’ costituita dalle linee guida, considerate comunque tali da non assumere comunque carattere di ‘protocollo’.

Le linee guida e i protocolli, proprio in ragione delle peculiarità della attività del medico, che sfugge a regole rigorose e predeterminate, non possono assumere il rango di fonti di diritto rientranti nel paradigma normativo dell’articolo 43 c.p. (che connota il delitto “colposo” allorché avviene per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline).

“Le linee guida pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi, non eliminano la sua autonomia nelle scelte terapeutiche, poiché, l’arte medica, mancando per sua stessa natura di

protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l’esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua serie di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico nella contingenza della terapia, può apprezzare. Ne consegue le linee guida e i protocolli, proprio in ragione delle peculiarità della attività del medico, che sfugge a regole rigorose e predeterminate, non possono assumere il rango di fonti di regole cautelari codificate, rientranti nel paradigma normativo dell’articolo 43 c.p.

La Corte enumerava numerosi precedenti in merito (che inseriremo in un successivo articolo) ma la conclusione appare desolante per i medici:

“ È innegabile ... la rilevanza processuale delle linee guida, siccome parametro rilevante per affermare od escludere profili di colpa nella condotta del sanitario. Va chiarito, però, che la diligenza del medico non si misura esclusivamente attraverso la pedissequa osservanza delle stesse.

Le linee guida non possono fornire, infatti, indicazioni di valore assoluto ai fini dell’apprezzamento dell’eventuale responsabilità del sanitario, sia per la libertà di cura, che caratterizza l’attività del medico, in nome della quale deve prevalere l’attenzione al caso clinico particolare e non si può pregiudizialmente escludere la scelta consapevole del medico che ritenga causa cognita di coltivare una soluzione terapeutica non contemplata nelle linee guida, sia perché, come già evidenziato da alcuna delle sentenze citate, in taluni casi, le linee guida possono essere indubbiamente influenzate da preoccupazioni legate al contenimento dei costi sanitari oppure si palesano obiettivamente controverse, non unanimemente condivise oppure non più rispondenti ai progressi nelle more verificatisi nella cura della patologia”.

“È opportuno rimarcare che la posizione

di garanzia che il medico assume nei confronti del paziente gli **impone l’obbligo di non rispettare quelle direttive [ergo, per quanto interessa, le linee guida] laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente.**

Va, altresì, precisato che le linee guida per avere rilevanza nell’accertamento della responsabilità del medico devono indicare standard diagnostico terapeutici conformi alla regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e [come detto] non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente [va ovviamente precisato che anche le aziende sanitarie devono, a maggior ragione in un contesto di difficoltà economica, ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei conti, ma tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente: l’efficienza di bilancio può e deve essere perseguita sempre garantendo il miglior livello di cura, con la conseguenza del dovere del sanitario di disattendere indicazioni stringenti dal punto di vista economico che si risolvano in un pregiudizio per il paziente].

Può altresì affermarsi che le linee guida non eliminano neanche la discrezionalità insita nel giudizio di colpa; il giudice resta, infatti, libero di valutare se le circostanze concrete esigessero una condotta diversa da quella prescritta dalle linee guida stesse.

In altre parole, sia che il medico segua le linee-guida, sia che se ne discosti, egli potrà sempre esserne chiamato a rispondere, e il giudice resta unico arbitro della situazione.

La speranza che il decreto Balduzzi possa modificare questa tendenza è flebile, tuttavia è l’ultima speranza di far chiarezza in materia.

Daniele Zamperini

Indennizzo anche per danneggiati da vaccini NON obbligatori

Corte Costituzionale, Sent. n. 107 del 26.04.2012

Il fatto

Il Tribunale di Ancona si è rivolto alla Corte Costituzionale sostenendo l’ ille-

gittimità dell’ art. 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (che dispone dell’indennizzo in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e sommini-

strazione di emoderivati) ove non prevede che il diritto all’indennizzo spetti anche ai soggetti che abbiano subito analoghe lesioni e/o infermità per essersi sottoposti a vaccinazione, non obbligatoria ma raccomandata, contro il

morbillo, la rosolia e la parotite. La Corte Costituzionale ha accettato la tesi del Tribunale ed ha osservato che non vi è ragione di differenziare il caso in cui il trattamento sanitario sia imposto per legge da quello in cui esso sia, promosso in base a una legge, dalla pubblica autorità, oppure il caso in cui si annulla la libera determinazione individuale attraverso la comminazione di una sanzione, da quello in cui si fa appello alla collaborazione dei singoli a un pro-

gramma di politica sanitaria. Differenziare i casi negando il diritto all'indennizzo si risolverebbe in una evidente irrazionalità della legge, che riserverebbe infatti a coloro che abbiano tenuto un comportamento di utilità generale per ragioni di solidarietà sociale un trattamento deteriore rispetto a coloro che hanno agito in forza di minaccia di sanzione.

Per questo motivo la Consulta ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'arti-

colo 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 nella parte in cui non prevede il diritto ad un indennizzo, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla medesima legge, nei confronti di coloro i quali abbiano subito le conseguenze previste dallo stesso articolo 1, comma 1, a seguito di vaccinazione contro il morbillo, la parotite e la rosolia.

Condominio: non si sosta nelle raè do accesso ai garages anche se non si disturba

La Cassazione ha stabilito che il diritto di uso del bene comune, in un condominio, non autorizza a parcheggiare la propria auto in una strada condominiale di accesso ai garages. (Cass II Civ 14633/2012)

Un gruppo di condomini pretendeva di parcheggiare liberamente l'auto in una strada condominiale ritenendo che, lasciando comunque un passaggio libero per il transito delle autovetture. Gli altri

condomini potessero comunque usufruire pienamente del bene comune. Il Tribunale civile, investito della questione, aveva stabilito invece che si dovesse consentire solo il transito in quella strada di accesso ai garages, e non la sosta. In quanto il fatto di parcheggiare sistematicamente le auto in quella strada, la cui destinazione naturale era il passaggio per accedere alle singole autorimesse, andava a privare gli altri condomini del diritto di pieno

utilizzo di quello spazio, rendendo più complicata la manovra di entrata e di uscita dai garages. Investita della faccenda, la Cassazione confermava la sentenza del Tribunale sottolineando che un'auto in sosta può effettivamente creare intralcio restringendo gli spazi di manovra, per cui va rispettato il pari diritto di godimento del bene comune degli altri condomini.

Condominio: attribuzione di oneri per rottura dei tubi di scarico

In caso di infiltrazioni provenienti dalla colonna di scarico, e' a carico del Condominio anche il tratto di raccordo tra la colonna verticale e le singole tubazioni degli appartamenti. (Cassazione II Civile n. 778/2012)

I fatti: in un un condominio si era rotta la "braga" di raccordo tra la colonna verticale dell'acqua (di proprietà del condominio) e l'impianto di un singolo appartamento (di proprietà invece del singolo condomino). Si erano verificate delle infiltrazioni negli appartamenti sottostanti e si era innescata una lite sulla proprietà della braga di raccordo e conseguentemente dell'attribuzione degli oneri economici di riparazione dei danni: il condominio o il singolo condomino?

Il Tribunale di merito aveva dato ragione al singolo, stabilendo che il tratto di raccordo fosse parte integrante della colonna condominiale discendente

Il Condominio era ricorso in Cassazione, ma la Suprema Corte confermava quanto stabilito dai giudici di merito, stabilendo che, in caso di infiltrazioni, la proprietà della braga di raccordo è del condominio data la sua funzione prevalente di raccordo senza cui il funzionamento della colonna verticale sarebbe venuto meno.

"può considerarsi circostanza pacifica che la fessurazione che ha dato origine all'infiltrazione di cui è causa sia collocata nella braga che funge da collegamento tra la colonna verticale di scarico (pacificamente condominiale) e gli scarichi collegati agli appartamenti dei residenti ... Il Tribunale ha ritenuto di considerare condominiale la braga in questione in relazione alla sua funzione, ritenuta prevalente, di raccordo tra le singole parti e la condotta verticale di scarico. E' appena il caso di osservare che, in assenza della braga in questione, non vi sarebbe raccordo tra le

tubazioni di scarico verticale poste in corrispondenza dei singoli piani dell'edificio condominiale. Occorre anche considerare che l'intervento su detto raccordo deve essere operato sulla condotta verticale, mentre qualsiasi intervento sui tubi di scarico delle singole unità immobiliari fino al raccordo in questione..."

In definitiva quindi si è data prevalenza alla specifica conformazione della colonna verticale di scarico della quale fa parte proprio la braga di collegamento rispetto alla funzione di collegamento con gli scarichi delle singole unità immobiliari. La Corte conclude che la proprietà dei tubi di scarico dei singoli condomini sulla colonna verticale è limitata fino al punto del loro raccordo con l'innesto nella stessa, cioè all'innesto con il tubo di collegamento.

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/

I figli vanno mantenuti fino all' indipendenza economica

I figli, anche se maggiorenni, vanno mantenuti dalla famiglia se non raggiungono l' autosufficienza. Anche in caso di famiglie separate il genitore obbligato al mantenimento non può esimersi dall' obbligo solo perché raggiunta la maggiore età' (Cass I Civ. 1773/2012).

Il caso che ha dato origine alla questione riguardava una figlia di 35 anni che, non

essendo autosufficiente, necessitava di mantenimento da parte dei genitori separati.

La Cassazione, investita della questione, confermava un orientamento ormai consolidato in base al quale sussiste il diritto al mantenimento del figlio anche maggiorenne che non ha ancora raggiunto l'indipendenza economica. L'obbligo del genitore separato di concorrere al

mantenimento non cessa automaticamente con il raggiungimento della maggiore età ma perdura finché il genitore interessato non dia prova che il figlio abbia raggiunto l'indipendenza economica, oppure che sia stato posto nella concreta condizione di poter essere economicamente autosufficiente, senza averne però tratto utile profitto per sua colpa o per sua scelta.

Consentita la pubblicità tramite volantini per gli studi professionali

E' lecito per il sanitario, e non e' deontologicamente sanzionabile, pubblicizzare le proprie attività e le proprie tariffe anche con volantini pubblicitari (Corte di Cassazione Civile n. 11816/2012, sez. VI del 12/7/2012)

I fatti:

un medico bresciano venne sottoposto a procedimento disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici, per violazione degli artt. 55 e 56 del Codice Deontologico a causa della diffusione di un volantino ove erano pubblicizzate le prestazioni offerte dalla struttura ambulatoriale di cui era direttore sanitario.

La Commissione disciplinare gli irrogò la sanzione della sospensione di un mese dall'esercizio della professione, ritenendo che la diffusione di volantini pubblicitari fosse deontologicamente scorretta, in quanto lesiva del decoro e della dignità professionale e ispirata a realtà di esclusiva natura commerciale, nonché che il messaggio diffuso fosse falso, nella parte in cui postulava l'esistenza di una tariffa minima nazionale, ormai abrogata.

La condanna veniva confermata dalla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (organo superiore in materia deontologica). La Commissione sottolineava in particolare come l'affermazione del volantino per cui i prezzi praticati dalla struttura risultavano ridotti di 2/3 rispetto alle tariffe minime ormai abrogate era indice di un'inevitabile mancanza di trasparenza del messaggio pubblicitario; il richiamo a quei minimi, in un contesto normativo in cui essi erano stati abrogati, era biasime-

vole e che una riduzione generalizzata delle tariffe, non riferita alle singole prestazioni, si poneva in contrasto con il principio di correttezza.

Il medico si rivolgeva alla Cassazione sottolineando che:

- 1) le disposizioni comunitarie risultano ispirate alla massima liberalizzazione possibile delle prestazioni di servizi (ivi comprese quelle di tipo professionale) per cui in tale contesto, l'anacronistica disciplina dettata dalla L. n. 175 del 1992 deve ritenersi inapplicabile: Sia l'Ordine dei Medici, sia la Commissione - sostenne il medico - avrebbero apoditticamente affermato che le informazioni contenute nel volantino contrastavano con i doveri di correttezza e trasparenza, senza specificare in che modo esse potessero ledere tali aspetti: la Commissione si sarebbe limitata a ribadire la legittimità del proprio potere di controllo, senza chiarire le ragioni per le quali la condotta fosse deontologicamente scorretta, così di fatto perseguendo in maniera surrettizia il fine di vietare la pubblicità professionale.
- 2) Il D.L. n. 223 del 200, art. 2 e la relativa L. di Conversione 4 agosto 2006, n. 248, ha sancito l'abrogazione delle disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni.

La Cassazione accoglieva il ricorso del

medico e criticava duramente le Commissioni giudicatrici.

“Le argomentazioni addotte dalla Commissione a sostegno della scelta decisoria adottata sono speciose e tautologiche.

L'assunto dell'ambiguità e, in definitiva, del carattere ingannevole del riferimento a una tariffa ormai abrogata è all'evidenza viziato da un'insopprimibile insofferenza verso il ricorso al messaggio pubblicitario da parte dell'esercente la professione sanitaria”.

“In tale contesto, la riaffermazione dei poteri di verifica degli Ordini professionali, malgrado l'indiscutibile eliminazione del divieto di svolgere pubblicità sui servizi offerti, sui prezzi e sui costi complessivi delle prestazioni professionali (L. n. 248 del 2006, art. 2), è del tutto inidonea a giustificare la decisione. Quei poteri - la cui sopravvivenza è fuori discussione - sono funzionali alla verifica della trasparenza e della veridicità del messaggio. Ma si è già visto che le ragioni addotte dalla Commissione a sostegno della negativa valutazione formulata al riguardo sono giuridicamente scorrette e logicamente inappaganti”.

Per questo motivo la Cassazione annullava la condanna con rinvio alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, i diversa composizione, per una decisione basata sui principi esposti.

Daniele Zamperini

MMG-net “La” Medicina in rete...

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

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/

Assentarsi timbrandosi presenti puo' configurare il reato di truffa

Gli impiegati che, dopo aver timbrato il cartellino si assentano dal posto di lavoro commettono una truffa e possono essere licenziati (Cass. N. 25781/2012)

I Fatti: quattro impiegati alla Sovrintendenza per i Beni culturali e ambientali della Regione Sicilia avevano preso la comoda abitudine (durata oltre un anno) di timbrare il cartellino di presenza per poi assentarsi per quasi l'intera giornata.

Scoperti, venivano denunciati e condannati per truffa ai danni dello Stato.

I quattro impiegati ricorrevano allora in Cassazione per per tramutare la propria pena da detentiva in pena pecuniaria e ottenere così il beneficio della non menzione della condanna.

La Cassazione invece respingeva il ricorso, negando anche la riduzione della pena in quanto "né del beneficio della

non menzione, né della conversione della pena detentiva in pena pecuniaria, i ricorrenti tutti siano stati meritevoli, proprio per la dimostrazione di indifferenza verso i pregiudizi, sul piano dell'immagine, arrecati all'Amministrazione pubblica".

Quindi, attenzione! Certe prassi troppo disinvolute seppure probabilmente molto diffuse, possono costare molto care!

Capodanno Cinese: si replica!

Visto l' ottimo successo del viaggio a Pechino di gennaio 2012, abbiamo pensato di offrire una replica per coloro che sono stati impossibilitati a partecipare. Vi allego perciò il programma di questo anno. Per una fortunata combinazione quest' anno il capodanno cinese cade un po' piu' in la', ai primi di febbraio. Il costo, come vedete, e' assolutamente competitivo. Per esperienza (l' ho già fatto!) posso dirvi che malgrado il freddo (ma ci eravamo ben attrezzati) ci

siamo divertiti un mondo. E, ricordatevi bene, NON SI PARLA DI LAVORO!

Il gruppo deve essere di almeno 15 partecipanti. Gli interessati possono rivolgersi alla segreteria smi (a Martina, smi_laziovacanze@alice.it) oppure al Giroscopio, Tel. +39 06 86897546 .

Come sempre sono graditi amici e simpatizzanti, anche non-medici
Saluti

Daniele Zamperini

Vedi la brochure con il programma <http://www.smi-lazio.org/downloads/Capodanno%20cinese%202013.pdf>

Troverete alcune foto dell' esperienza precedente sul numero di Marzo 2012 di questo mensile.

Nuove controindicazioni del ranelato di stronzio

Il ranelato di stronzio è ora controindicato nei soggetti a rischio di tromboembolia o affetti da embolia polmonare o trombosi venosa profonda.

Il ranelato di stronzio è ora controindicato nelle pazienti con:

- tromboembolismo venoso (TEV) in corso o pregresso, inclusa trombosi venosa profonda ed embolia polmonare;
- immobilizzazione temporanea o permanente dovuta ad esempio ad un intervento chirurgico o ad un allettamento prolungato.

In seguito ad uno studio pubblicato in Francia (Ranelate de strontium: effets indésirables rapportés en France; Presse Med. 2011 ; 40 (10) : e453-e462), in cui venivano descritte 199 reazioni avverse

gravi, di cui il 52% di tipo cardiovascolare (principalmente casi di TEV) e il 26% di tipo cutaneo, il CHMP (Committee on Medicinal Products for Human Use dell'EMA) ha riesaminato tutti i dati disponibili sul rischio di TEV provenienti da studi clinici, studi epidemiologici e dati post-marketing, ed ha concluso che le informazioni sul prodotto devono includere nuove controindicazioni. Inoltre, è stata anche aggiunta la raccomandazione di cautela nella prescrizione di ranelato di stronzio a pazienti di età superiore agli 80 anni a rischio di TEV.

La revisione ha anche rivalutato il rischio di reazioni di ipersensibilità, quali la sindrome di DRESS), la sindrome di

Stevens-Johnson (SJS) e la necrolisi epidermica tossica (NET). Poiché sono state riportate dai medici reazioni cutanee gravi, si raccomanda ai medici di vigilare sul tempo di insorgenza e ai segni e sintomi di queste reazioni cutanee.

Fonte:

http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/nii_protelos_osseor_rev_si_23_marzo_2012_vers_def.pdf

A cura di Patrizia Iaccarino

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

Il sistema che mette in rete i medici con gestionali diversi e permette di collegarsi ai propri archivi da cellulare e col computer spento

MAS INFORMATICA srl - tel. 091 323834 - fax 091 6118839 - www.mmg-net.it/