

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 8 numero 12

Dicembre 2011

Condannati seguendo le linee-guida: cosa puo' fare il medico?

Enti e gruppi propongono linee-guida spesso dilettantesche sui piu' svariati argomenti ma vengono condannati coloro che, in buona fede, le seguono.

Negli anziani con BPCO meglio i beta agonisti a lunga durata d'azione?

Echinacea per il raffreddore comune

Il medico di emergenza deve attivarsi SEMPRE!

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**



Se la malattia si aggrava, la prova dell'innocenza tocca al medico



Se l'autovelox non e' segnalato, la multa col telelaser e' nulla

Teriparatide per la osteonecrosi mascellare e per la periodontite

Herpes zoster oftalmico: quando è necessario lo specialista?

Occorre poter dimostrare il Consenso Informato!



Torna il problema ONAOSI: che fare?

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

Torna il problema ONAOSI: che fare?	Pag. 3
Condannati pur seguendo le linee-guida: cosa puo' fare il medico?	Pag. 3
Teriparatide per la osteonecrosi mascellare e per la periodontite	Pag. 5
Herpes zoster oftalmico: quando è necessario lo specialista?	Pag. 7
Iscrizioni e cancellazioni prima del voto possono rendere nulle le elezioni Ordinistiche	Pag. 7
Fibrillazione atriale: ASA messo in dubbio per la prevenzione dell'ictus	Pag. 8
Negli anziani con BPCO meglio i beta agonisti a lunga durata d'azione?	Pag. 9
Dilatazione del bulbo aortico negli atleti	Pag. 9
Echinacea per il raffreddore comune	Pag. 10
Se la malattia si aggrava, la prova dell'innocenza spetta al medico	Pag. 10
Il medico di emergenza deve attivarsi SEMPRE!	Pag. 11
Se l' autovelox non e' segnalato, la multa col telelaser e' nulla	Pag. 12
Rimozione carcasse abbandonate? A spese del Comune!	Pag. 12
Occorre poter dimostrare il Consenso Informato!	Pag. 12
Impianto dentario e' intervento di routine, risarcimenti anche per colpa lieve	Pag. 12
Coniugi separati: le spese sopravvenute vanno pagate senza bisogno di ulteriori processi	Pag. 12
PRINCIPALI NOVITA' IN G. U. novembre 2011 (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 (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica)
-Medico&Leggi

Redazione

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

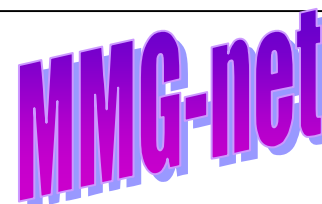
Collaborano:

Marco Grassi, Clementino Stefanetti, Patrizia Iaccarino

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/

Torna il problema ONAOSI: che fare?

Molti medici, che hanno ricevuto in questo periodo la lettera dell' ONAOSI che richiede il pagamento delle quote arretrate per gli anni 2003-2006, chiedono come doversi comportare verso questa richiesta, che avvertono come palesemente vessatoria, e che si riteneva risolta dopo il clamore che se ne fece nel 2006.

Abbiamo raccolto una serie di consigli operativi in merito

Si ricorderà il clamore sorto allorché il contributo all' Ente venne esteso a tutti i sanitari.

Abbiamo pubblicato in questo sito una vibrata protesta, ed una esauriente spiegazione dei motivi per cui questo contributo obbligatorio dovesse essere eliminato. I fatti poi ci diedero ragione. http://www.scienzaeprofessione.it/perche_abolire_onaosi.htm

In seguito alle proteste generali e alle dure posizioni degli Ordini (http://www.scienzaeprofessione.it/dura_posizione_ordini_onaosi.htm) la faccenda passo' attraverso la Corte Costituzionale che sancì l' illegittimità della procedura con cui l' ONAOSI stabiliva autonomamente l' entità e l' applicazione del tributo (ma non del tributo in se' e per se').

La questione poi passo' alla Commissione Affari Sociali della Camera che presentò un emendamento alla Finanziaria 2007 che ridimensionava drasticamente la faccenda (v. sotto).

La Fondazione ha poi sospeso il recupero delle somme da riscuotere per gli anni precedenti ma recentemente, su espresso invito del Ministero dell' Economia, ha inviato una serie di lettere in cui si richiedono i pagamenti arretrati del 2006, soprattutto allo scopo di interrompere la prescrizione quinquennale del debito.

Lo stesso Presidente dell' Ente ha inviato una lettera agli Ordini in cui spiegava che l' ONAOSI stessa sta trattando

a livello politico per porre fine alla questione. In effetti una serie di contenziosi giudiziari costerebbe cifre superiori a quanto ipoteticamente l' Ente potrebbe ottenere.

Cosa fare?

1) Per prima cosa ricordare che la lettera raccomandata non è un atto esecutivo ma ha solo la veste di "richiesta bonaria". Non occorre rispondere o dar seguito in alcun modo (salvo, volendo, inviare una diffida come espresso in seguito).

2) Qualora l' ONAOSI proseguisse nelle sue richieste tramite emissione di RAV o di cartella esattoriale, poiché questa se non pagata costituisce titolo esecutivo e permetterebbe all' Ente di effettuare un' esecuzione forzata, perfino con sequestro di beni del debitore, occorrerà rivolgersi ad un legale di fiducia per fare opposizione presso il giudice di pace.

3) Chi avesse già pagato e volesse richiedere la restituzione delle somme versate, dovrà ugualmente rivolgersi al Tribunale; occorre dire che la giurisprudenza in materia è ancora abbastanza incerta.

Chi, rientrando nel caso 1 (avendo ricevuto la Raccomandata) volesse comunque far qualcosa per maggiore tranquillità, può:

- Inviare all' Ente una diffida mediante raccomandata R/R
- Oppure tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), per esempio all' indirizzo posta@pec.onaosi.it.

NON SPEDIRE ALLA CASELLA PEC TRAMITE UN ACCOUNT "NORMALE" PERCHÉ LA CASELLA PEC RICEVE SOLO POSTA INVIATA TRAMITE PEC.

- Chi non avesse ancora la PEC può inviare alla casella normale contenzioso@onaosi.it o ad altre caselle dell' Ente, tenendo però presente che non ha lo stesso valore legale.

- Il numero di fax del settore Contenzioso, per chi volesse usare questo mezzo, è 075.5001110. Sul sito sono reperibili altri numeri

Si possono trovare in rete varie versioni della diffida. Ne abbiamo estrapolato un testo che riportiamo sotto:

Spett.le
O.N.A.O.S.I.
Opera Nazionale Assistenza
Orfani Sanitari Italiani
Via Ruggero D'Andreotto n. 18
06124 PERUGIA
Via fax: 075/5058404 - 5055527

....., li novembre 2011
Oggetto: richiesta di pagamento annualità contributiva 2006

Il/la sottoscritto/a
Dott./Dott.ssa.....
..... residente in con la presente respinge la richiesta di pagamento in oggetto in quanto, a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 190 del 2007, nonché di varie sentenze della Magistratura, è infondata e illegittima. Si diffida quindi la Fondazione dall'iscrivere a ruolo il credito asseritamente vantato, in quanto indebito.
Distinti saluti.

Per chi volesse approfondire, si vedano anche
<http://www.scienzaeprofessione.it/onaosi.htm>
http://www.scienzaeprofessione.it/affare_onaosi.htm
http://www.scienzaeprofessione.it/in_chiusura_ONAOSI.htm

(Naturalmente ciascuno può adottare anche soluzioni diverse da queste, che rispecchiano solo il nostro parere).
Daniele Zamperini

Condannati pur seguendo le linee-guida: cosa può fare il medico?

La Corte di Cassazione (sentenza n. 8254 del 2 marzo) ha sancito la morte delle linee-guida "caserecce" e, soprattutto, di quelle stilate soprattutto a fini economici.

È corretto perseguire l' economicità di gestione, ma ciò non può essere ottenuto a discapito della salute del paziente. Ne' le linee-guida possono servire come copertura di responsabilità per il

medico. Ma come riconoscere le linee-guida davvero efficaci?

I Fatti: un paziente viene ricoverato presso l' Ospedale di Busto Arsizio per

un infarto del miocardio. Sottoposto ad angioplastica, veniva dimesso, come prescritto dalle linee-guida dell' Ospedale, dopo 9 giorni di degenza in quanto appariva "asintomatico e stabilizzato.

Ma nella stessa notte l' uomo aveva una nuova crisi cardiaca e, malgrado l' immediato ricovero in Ospedale, vi arrivava già' deceduto.

Nel primo grado di giudizio il medico che aveva firmato le dimissioni era stato condannato a otto mesi di reclusione e al risarcimento dei danni morali.

In appello invece veniva assolto con formula piena ("perche' il fatto non costituisce reato") perche' aveva agito correttamente, a parere della Corte, seguendo appunto le linee-guida.

La Procura ricorreva in Cassazione; la Suprema Corte annullava l' assoluzione in quanto le linee-guida non possono diventare un alibi per comportamenti che non tengano in primo piano la salute del malato.

La Corte, a nostro giudizio, ha ragione, i suoi concetti sono condivisibili!

Il diritto del malato alle cure e' fondamentale, cosi' come l' autonomia del medico nel perseguire tale scopo.

La Corte condanna quindi senza mezzi termini le «logiche mercantili» che vanno a danno dell'ammalato sotto forma di fumose e poco scientifiche «linee guida» ospedaliere che vengono poi utilizzate a copertura delle responsabilità del medico. Le linee guida invece non possono diventare allora un facile alibi.

Ma attenzione! La condanna senza scampo e' diretta verso "quelle specifiche" linee-guida, in quanto poco valide dal punto di vista scientifico e assistenziale poiche' "nulla peraltro si conosce di tali "linee guida", nè dell'autorità dalle quali provengono, nè del loro livello di scientificità, nè delle finalità che con esse si intende perseguire, nè è dato di conoscere se le stesse rappresentino un'ulteriore garanzia per il paziente, ovvero, come sembra di capire dalla lettura delle sentenze in atti, altro non siano che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera".

Sul rispetto di tali logiche di tipo mercantile, infatti, avverte la Cassazione, deve prevalere «un comportamento virtuoso del medico che, secondo scienza e coscienza, assuma le decisioni più opportune a tutela della salute del paziente».

" D'altra parte, lo stesso sistema sanitario, nella sua complessiva organizzazione, è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, nè di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato. Mentre il medico, che risponde anche a un preciso codice deontologico (...) non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria responsabilità e la propria missione a livello ragionieristico".

A questo punto va ancora sottolineato un aspetto: la Cassazione non condanna "tutte" le linee-guida, ma quelle che appaiono carenti sia dal punto di vista dell'autorevolezza che dal livello di scientificità, che dalle finalità perseguite.

Ma quali possono essere le linee-guida autorevoli, quelle che invece sono stilate con tutti i crismi della scientificità e che quindi possono essere esenti dalle critiche della Cassazione?

Non sono molte, purtroppo!

Già' in questo sito e' stato pubblicato un articolo di Alessandro Battaglia, medico particolarmente esperto nel settore, che poneva in luce con competenza proprio questi problemi

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

Un grosso problema e' costituito dalle linee-guida "caserecce", emanate da piccoli gruppi di "esperti" che magari assommano linee-guida precedenti e di autori diversi oppure ne stilano di nuove interpretando in modo superficiale lavori pubblicati su riviste scientifiche ma non adeguatamente valutati nel loro grado di autorevolezza.

Moltissime linee-guida, poi, si basano semplicemente sull' esperienza empirica e non validata di gruppi di esperti, con effetti talvolta fuorvianti (vedi ad esempio le ammonizioni già riportate a questo proposito:

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=560>).

Molti Enti di livello nazionale o internazionale hanno cercato di affrontare questo problema

Alcune di queste linee-guida internazionali o nazionali possono essere reperite su internet, per esempio al sito GIMLA, o su quello del PNLG (Piano Nazionale Linee Guida). Questi Enti si sono dati il lodevole compito di esaminare e validare le proposte di linee-guida. I risultati del loro lavoro, però, utili dal punto di vista scientifico, sono spesso tuttavia di difficile lettura, non sempre applicabili nella realtà sanitaria corrente, non sempre trasferibili nelle diverse situazioni locali, etnie, nazioni, sistemi sanitari.

E' soprattutto difficile, per il medico pratico, aduso più alla pratica sul campo che alle discettazioni scientifiche (alcuni documenti pubblicati su questi siti si dilungano per centinaia di pagine!) distinguere se quelle linee-guida trasmesse dalla sua Azienda (che avrebbe l' obbligo legale di informativa) siano effettivamente validate o solo un prodotto artigianale locale.

In questo modo egli può essere tratto incolpevolmente in errore, come probabilmente e' accaduto nel caso esaminato dalla Corte.

Cosa può fare il medico pratico che venga aggredito da "consigli" apparentemente autorevoli che sono piuttosto degli ordini, mascherati e imposti appunto come linee-guida?

Sarebbe auspicabile, secondo il nostro modestissimo parere, che un Ente Pubblico (magari lo stesso PNLG) si assumesse il compito di riassumere sinteticamente e diffondere tra i medici le linee-guida effettivamente valide.

Il nostro auspicio sarebbe perciò che gli estensori di qualsiasi linea guida la possiedono al vaglio dell' ente regolatore. La qualità metodologica e l' affidabilità del documento dovrebbe essere quantificata dall' Ente attraverso metodiche condivise quali, ad esempio, la Check-List Agree.

Questo score (si rimanda per approfondimenti a

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

è in grado di fornire al lettore immediata rappresentazione del grado di affidabilità

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/

del documento, mettendo in condizione i medici di vagliare con cognizione di causa se sia il caso o no di attenersi alle raccomandazioni da esso formulate. Le linee-guida non sottoposte al vaglio verrebbero considerate di insufficiente qualità, con quanto ne conseguirebbe. E' interessante a questo proposito, quale immediato esempio operativo, leggere i giudizi formulati attraverso Agree dal

PNLG su una serie di linee guida sul management dell' ipercolesterolemia molto popolari <http://www.snlg-iss.it/cms/files/metodo%20Ipercolesterolemia.pdf>. e abbracciate, (apparentemente in assenza di qualsiasi analisi preliminare di qualità (!)) anche da Agenzie Regolatorie come l' AIFA <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/nota-13>

E' un auspicio. Per ora occorre affidarsi ai consigli degli esperti di buona volontà e di comprovata onestà intellettuale. Non sono moltissimi, ma ci sono.

Daniele Zamperini – Alessandro Battaglia

Teriparatide per la osteonecrosi mascellare e per la periodontite

La teriparatide potrebbe essere usata per la terapia dell'osteonecrosi mascellare e della periodontite.

Su di un recente numero del *New England Journal of Medicine* (16 ottobre 2010), vengono riportati un articolo relativo al trattamento della periodontite grave con teriparatide ed un report di un caso di osteonecrosi mascellare trattato con teriparatide.

Dall'editoriale di accompagnamento leggiamo quanto segue:

“La teriparatide, che è composta dai 34 aminoacidi N-terminali dell'ormone paratiroideo, è entrata nell'uso clinico per il trattamento dell'osteoporosi da almeno una decade, perché alcuni trials clinici hanno mostrato che tra pazienti con osteoporosi severa che erano stati trattati con teriparatide, i rischi relativi di fratture vertebrali e non vertebrali si erano ridotti del 65% e del 53%, rispettivamente.

Attualmente, il trattamento con teriparatide è limitato a circa due anni per l'evidenza derivata da uno studio preclinico che il rischio di osteosarcoma potrebbe aumentare durante l'esposizione prolungata.

Diversamente dai bifosfonati, gli attuali farmaci di primo impiego per la prevenzione delle fratture, che agiscono primariamente inibendo il riassorbimento dell'osso, la teriparatide aumenta la densità ossea stimolando gli osteoblasti alla formazione di osso. Pertanto, la teriparatide stimola il rimodellamento osseo, mentre i bifosfonati lo riducono.

Poiché la teriparatide è un farmaco che esercita effetti anabolici sull'osso, è stato suggerito che questo farmaco potrebbe essere di beneficio in situazioni

nelle quali è desiderata la stimolazione della riparazione dell'osso.

Evidenze da studi preclinici suggeriscono che la teriparatide promuove la riparazione di fratture indotte sperimentalmente, comprese quelle della mandibola, ma i dati su umani sono limitati e non conclusivi, e mancano trials che coinvolgano pazienti nei quali le fratture non sono guarite o la guarigione è ritardata.

Questo numero del *Journal* include un articolo che descrive gli effetti della teriparatide in pazienti con periodontite ed un report che descrive gli effetti della teriparatide in un paziente con osteonecrosi della mandibola.

Entrambe le malattie descritte in questi reports sono caratterizzate da perdita d'osso nella mandibola. La periodontite è una condizione infiammatoria della cavità orale frequente.

Nella maggior parte dei pazienti, una cura dentaria ed una attenta igiene orale, che comprende l'astensione dal fumo, sono sufficienti a prevenire complicanze gravi. Tuttavia, in alcune persone si sviluppa una malattia grave caratterizzata da infiammazione cronica suppurativa e perdita dell'attachment periodontale e di osso alveolare, che porta alla perdita dei denti. Bashutski e coll. hanno assegnato in maniera random 40 pazienti con grave periodontite a teriparatide giornaliero a placebo per 6 settimane dopo il trattamento chirurgico.

Il trattamento con teriparatide era associato ad una migliore risoluzione radiografica della perdita di osso alveolare e a miglioramenti molto marcati delle misure cliniche di attività di malattia durante 1 anno di follow-up.

Questo piccolo trial fornisce evidenza preliminare che un farmaco che stimola

la formazione ossea potrebbe conferire un beneficio addizionale rispetto a quelli ottenuti con la cura standard in pazienti con periodontite. Tuttavia, restano aperte alcune questioni. Quanto è durevole l'effetto della teriparatide? Qual è il dosaggio ottimale? La teriparatide può modificare end point importanti quali la perdita dei denti o la necessità di ulteriori interventi chirurgici? Può un farmaco anti-riassorbitivo, che costa considerevolmente meno della teriparatide, produrre benefici simili? Una caratteristica tipica dell'infiltrato infiammatorio nella periodontite grave è la presenza di un ampio numero di osteoclasti che riassorbono l'osso. Vi è qualche evidenza che suggerisce che vi è un beneficio dando bifosfonati a persone con periodontite che stanno ricevendo un trattamento non chirurgico.

Sono necessari trial più ampi dello studio di Bashutski e coll., come trials che paragonino regimi diversi, per rispondere a queste domande e per valutare la safety di vari interventi per il trattamento della periodontite. La osteonecrosi della mandibola è anche una malattia infiammatoria, che è definita dalla presenza di osso esposto nella bocca che non guarisce dopo appropriato intervento in un periodo di 6 o 8 settimane. Si verifica approssimativamente nel 5% dei pazienti con cancro che sono stati trattati con alte dosi di potenti farmaci anti-riassorbitivi — sia bifosfonati sia denosumab — per la prevenzione o la palliazione delle metastasi scheletriche, ma si verifica a tassi molto più bassi (attuale stima di incidenza, 1 caso su 100.000) tra pazienti che assumono dosi convenzionali di bifosfonati per il trattamento di malattie dello scheletro non maligne.

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 patogenesi della osteonecrosi della mandibola è incerta, ma il suo verificarsi durante il trattamento con alte dosi di entrambi i farmaci che riducono potenzialmente il turnover osseo suggerisce che la riduzione aggressiva del rimodellamento osseo ed un conseguente danno della capacità di riparare l'osso danneggiato dal trauma orale, quale l'estrazione dentaria, sono probabilmente fattori importanti, con secondaria infezione che perpetua il disordine. La condizione può essere grave e debilitante. Cheung e Seeman riportano il caso di una donna anziana, che ha assunto alendronato per dieci anni per il trattamento di osteoporosi da glicocorticoidi, che si era presentata con osteonecrosi della mandibola. La condizione non rispondeva alla terapia standard, che include in maniera tipica una cauta pulizia, l'uso di antisettici orali e di trattamento antibiotico. Dopo trattamento con teriparatide per 8 settimane, l'osteonecrosi della mandibola era guarita, e vi era una imponente risoluzione del difetto osseo mandibolare. Vi sono altri reports di efficacia simile della teriparatide nella gestione della osteonecrosi della mandibola resistente alla comune terapia. Poiché la teriparatide attiva il riassorbimento osseo, questi reports forniscono evidenza indiretta che la soppressione del rimodellamento osseo gioca un ruolo nella patogenesi della osteonecrosi mandibolare. Sugeriscono, inoltre, che vi potrebbe essere un ruolo terapeutico della teriparatide nella gestione della grave osteonecrosi mandibolare in pazienti con malattie non maligne dello scheletro. Cheung e Seeman suggeriscono che potrebbe essere utile un trial clinico controllato per indagare l'efficacia della teriparatide in pazienti con osteonecrosi mandibolare. In realtà, l'incidenza del disordine tra pazienti con malattie dello scheletro non maligne è così bassa, almeno per ora, che potrebbe essere difficile, se non impossibile, realizzare un simile trial in questa popolazione. I clinici che si trovano ad affrontare casi di osteonecrosi grave della mandibola in pazienti che non hanno cancro devono rifarsi ai dati osservazionali e al giudizio clinico, compresa una accurata discussione con i loro pazienti circa le incertezze riguardanti la gestio-

ne ottimale. Un procedimento simile si può applicare alle indagini circa la teriparatide per il trattamento delle fratture atipiche di femore che si verificano in un tasso molto basso in pazienti che hanno ricevuto terapia con bifosfonati a lungo termine.

Sarebbe più pratico condurre trials clinici di teriparatide in pazienti con cancro, nei quali l'incidenza di osteonecrosi della mandibola è molto più alta. Trials simili dovrebbero essere prudentemente configurati, tuttavia, allo stato, la teriparatide non è raccomandata per pazienti con cancro metastatico per il timore che l'accrescimento del rimodellamento osseo che essa promuove possa aumentare il rischio di sviluppare o esacerbare metastasi ossee — timori che hanno portato la Food and Drug Administration ad un black-box warning sulla scheda tecnica della teriparatide. Non è noto se un periodo di trattamento di sole alcune settimane, come era stato efficace nel caso riportato da Cheung e Seeman, sia sicuro in un paziente con metastasi scheletriche. Finché non saranno fatti trials clinici su questo problema o non siano disponibili dati di safety, i clinici che trattano pazienti con cancro, nei quali si sviluppa osteonecrosi della mandibola, dovrebbero continuare a fornire una cura dentaria ottimale come da linee guida pubblicate. Poiché il rischio di osteonecrosi della mandibola sembra essere fortemente influenzato dalle dosi di farmaci antirassorbitivi, saranno di considerevole importanza i risultati di futuri trials clinici che investigheranno l'efficacia di dosi di farmaci antirassorbitivi più basse rispetto alle dosi attualmente somministrate per la prevenzione di metastasi ossee, sia per i pazienti con cancro che per i medici che li curano".

Riferimenti

- October 16, 2010 (10.1056/NEJMe1010459)
- October 16, 2010 (10.1056/NEJMoa1005361)
- October 16, 2010 (10.1056/NEJMc1002684)

Commento di Patrizia Iaccarino

Il 22 settembre 2009, il Ministero della

Salute, classifica la "Osteonecrosi della mandibola" Raccomandazione n. 10 del Risk management:

Nel documento (consultabile al link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1077_allegato.pdf), si legge che la raccomandazione riguarda tutti i pazienti oncologici che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati e che hanno bisogno di ricevere cure odontoiatriche. Invece, le caratteristiche cliniche dell'ONM nei pazienti con osteoporosi sembrano diverse da quelle dei pazienti neoplastici, con quadri meno gravi, clinicamente meno impegnativi e con elevata percentuale di guarigione riportate nella letteratura più recente.

Dal 2003 ad oggi sono stati riportati in letteratura circa 1000 casi di ONM associata prevalentemente al trattamento con aminobifosfonati in pazienti oncologici. Sebbene il numero dei casi riportati aumenti progressivamente, la reale prevalenza ed incidenza della patologia non è chiara anche a causa della non uniforme definizione della ONM e della incompleta descrizione dei casi.

Negli ultimi anni anche nel nostro Paese si sono moltiplicate le segnalazioni spontanee di "osteonecrosi da bifosfonati".

Vengono fornite raccomandazioni sia per la fase preventiva, sia durante il trattamento con bifosfonati, sia qualora la osteonecrosi si sia presentata. Il medico di medicina generale è coinvolto per l'invio all'odontoiatra del paziente oncologico, sia prima che inizi la terapia, sia in corso di terapia, sia per il trattamento della eventuale ONM, mentre le decisioni circa la eventuale sospensione della terapia con bifosfonati vengono prese dal consulto tra lo specialista e l'odontoiatra ... (Il MMG non è idoneo a prendere tali decisioni, evidentemente!).

La terapia consigliata consiste in somministrazione di antibiotici, antidolorifici, igiene orale ed eventuali interventi chirurgici che si rendano necessari.

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/

Herpes zoster oftalmico: quando è necessario lo specialista?

In uno studio retrospettivo sono stati valutati i segni e i sintomi che, in caso di herpes zoster della prima branca trigeminale, richiedono una consulenza oculistica urgente.

Quando l'herpes zoster colpisce la branca oftalmica del V° nervo cranico (trigemino) è possibile la comparsa di lesioni a carico dell'occhio in circa il 50-70% dei casi. Le lesioni consistono in edema palpebrale, iperemia della congiuntiva, dell'episclera e della cornea, cheratite, uveite, aumento della pressione endoculare e dolore. Le lesioni corneali e l'uveite possono essere importanti e portare alla formazione di cicatrici e di neovasi corneali con compromissione grave della vista. Tuttavia non sempre all'inizio, quando compaiono le prime vescicole lungo il territorio di distribuzione della prima branca trigeminale, si hanno contemporaneamente lesioni oculari. E' im-

portante quindi conoscere quali sono i segni ed i sintomi che possono predire lo sviluppo di uno zoster oftalmico. In uno studio retrospettivo su 54 pazienti affetti da herpes zoster della prima branca trigeminale si è visto che il 43% sviluppò un interessamento oculare moderato o grave.

I segni che statisticamente risultarono associati al rischio di sviluppare lesioni oculari erano l'arrossamento dell'occhio (sensibilità 100%) e la distribuzione delle vescicole lungo il territorio del nervo sopratrocleare. Il segno di Hutchinson (interessamento del nervo nasociliare con comparsa delle vescicole a livello della punta del naso), segno che tradizionalmente viene associato ad un rischio molto elevato di sviluppare lesioni oculari, in questo studio non risultò predittivo di malattia rilevante dell'occhio.

Secondo gli autori i pazienti con arrossamento oculare andrebbero inviati

subito da un oculista. Al contrario, i pazienti senza arrossamento dell'occhio, anche in presenza di interessamento del nervo nasociliare, possono non richiedere una consulenza specialistica urgente.

Tuttavia è consigliabile ricontrollare a breve questi soggetti ed informarli di recarsi subito in Pronto Soccorso per una valutazione oculistica nel caso comparissero segni come arrossamento oculare, dolore, fotofobia o riduzione del visus.

Renato Rossi
Bibliografia

Adam RS, Vale N, Bona MD, et al. Triaging herpes zoster ophthalmicus patients in the emergency department: do all patients require referral? Acad Emerg Med. 2010 Nov;17(11):1183-8.

Iscrizioni e cancellazioni prima del voto possono rendere nulle le elezioni del Consiglio dell'Ordine

Le iscrizioni e cancellazioni prima delle elezioni del Consiglio dell'Ordine sono legittime, ma possono rendere nulle le elezioni in quanto compromettono la genuinità del voto. (Cass. III Civ. n. 19203/2011).

Ma quali possono essere i parametri da rispettare?

I fatti: dovo aver indetto le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti, il Presidente, con atto unilaterale, provvedeva ad effettuare una serie di iscrizioni e cancellazioni dall'Albo.

Alcuni commercialisti, dopo le elezioni, ne impugnavano i risultati, non sul piano della legittimità ma solo perché, sostenevano, ciò avrebbe alterato i risultati elettorali. Il reclamo, in sede di merito, era stato ritenuto inammissibile.

La Cassazione, con la sentenza n. 19203, depositata il 21 settembre 2011, ha però dato ragione ai contestatori, ritenendo che tale pronuncia di inammissibilità fosse erronea e stabilendo appunto l'illegittimità delle elezioni del Consiglio Ordinario qualora, nell'imminenza delle votazioni, si fosse provveduto a modificare attraverso iscrizioni o cancellazioni l'elenco degli aventi diritto al voto.

Considerazioni personali: questa sentenza di Cassazione potrebbe dare origine ad una serie di contenziosi in occasione delle elezioni consigliari di diversi ordini, in quanto non appaiono ben precisati i parametri eventualmente da rispettare.

Sembra chiaro che, dal punto di vista temporale, siano illegittime le varia-

zioni effettuate dopo che le elezioni siano state indette, ma quanto indietro potrebbe proiettarsi tale principio?

Occorre poi valutare il peso che poche variazioni possano effettivamente portare nel caso di ordini molto numerosi, in cui poche unità non comportino effettivo rischio di variazioni sostanziali.

Insomma, e' possibile che tale indirizzo, qualora confermato, porti più confusione di quanta vorrebbe eliminare. Ai giuristi l'onere di dipanare la matassa...

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/

Fibrillazione atriale: ASA messo in dubbio per la prevenzione dell'ictus

Uno studio osservazionale danese mette in dubbio l'utilità dell'ASA nella fibrillazione atriale non valvolare.

In questo studio osservazionale, basato sull'analisi dei dati di un registro danese, sono state valutate la sicurezza e l'efficacia del warfarin e dell'ASA in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. In totale sono stati esaminati 132.372 pazienti.

Per ogni paziente è stato calcolato il rischio di ictus e di emorragia usando il punteggio CHADS2, CHADS2DS2-VASc e HAS-BLED.

Il warfarin ha ridotto in maniera consistente il rischio di tromboembolismo rispetto all'ASA e al non trattamento. L'associazione ASA + warfarin non ha portato ad un aumento dei benefici. Nei pazienti ad alto rischio di tromboembolismo l'hazard ratio di eventi tromboembolici, rispetto al warfarin, era di 1,81 per l'ASA, di 1,14 per ASA + warfarin e di 1,86 per il non trattamento.

Il rischio di emorragia era aumentato, rispetto al non trattamento, sia da warfarin che da ASA che dalla associazione. Rispettivamente, fatto 1,0 il rischio del warfarin quello dell'ASA era di 0,93, di 1,64 quello della associazione ASA + warfarin e di 0,84 quello del non trattamento.

Nei pazienti con CHADS2 score ≥ 0 e CHADS2DS2-VASc ≥ 1 vi era un effetto neutro oppure un netto beneficio clinico (ictus ischemico versus emorragia intracranica) del warfarin usato da solo.

Gli autori concludono che viene confermata l'utilità del warfarin mentre sembra che ci sia un non effetto dell'ASA nel rischio di ictus/tromboembolismo nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. Il rischio emorragico risulta aumentato sia da warfarin che da ASA ma il beneficio clinico è chiaramente positivo in favore del warfarin nei pazienti ad aumentato rischio.

Fonte:

Olesen JB, Lip GYH, Lindhardsen J, et

al. Risks of thromboembolism and bleeding with thromboprophylaxis in patients with atrial fibrillation: A net clinical benefit analysis using a 'real world' nationwide cohort study. *Thromb Haemost* 2011; 106: 739-749.

Commento di Renato Rossi

Stando ai dati di questo studio osservazionale bisognerebbe concludere che l'ASA nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare non è utile per la prevenzione dell'ictus e non è neppure sicuro. E questo vale per qualsiasi livello di rischio di ictus.

Va ricordato che si tratta di uno studio osservazionale i cui risultati offrono meno garanzie rispetto agli RCT perchè possono essere inquinati da vari fattori di confondimento.

Che il warfarin sia, in generale, più efficace dell'ASA nella prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale è cosa nota. In una metanalisi recente degli RCT disponibili (29 trials per un totale di oltre 28.000 partecipanti e un follow up mediano di 1,5 anni) si è visto che il warfarin viene accreditato di una riduzione del rischio di ictus tromboembolico di circa il 60% e di circa il 20% l'ASA [1].

Le linee guida europee [2], pur prevedendo l'uso dell'ASA in pazienti con basso punteggio CHADS2DS2-VASc, consigliano, se il punteggio è zero, nessun trattamento piuttosto che ASA e se il punteggio è 1 il warfarin piuttosto che l'ASA.

Infatti viene notato che i risultati positivi dell'antiaggregante versus nessun trattamento evidenziati dalla metanalisi sono dovuti essenzialmente ad un solo RCT (lo studio SPAF-I) che viene criticato per varie ragioni (eterogeneità, scarsa efficacia nei pazienti con più di 75 anni, interruzione precoce del trial, etc.) per cui i benefici dell'ASA potrebbero essere stati esagerati.

Le stesse linee guida ricordano anche uno studio giapponese [3] in cui sono stati arruolati 456 pazienti con fibrillazione atriale non valvolare trattati con ASA e 445 sottoposti a nessun trattamento. L'end point primario comprende-

va morte cardiovascolare, infarto cerebrale sintomatico o attacco ischemico transitorio. Lo studio venne interrotto anticipatamente in quanto si registrarono 27 eventi primari nel gruppo ASA e 23 nel gruppo controllo e, rispettivamente, 7 emorragie maggiori contro 2. Gli autori concludevano che l'ASA (150-200 mg/die) non sembra nè efficace nè sicuro.

In una revisione Cochrane (peraltro di soli 3 RCT in 1.965 pazienti in cui ASA è stato confrontato con nessun trattamento) si concludeva, al contrario, che in soggetti con fibrillazione atriale a rischio di ictus del 4% all'anno si devono trattare 1000 pazienti ogni anno per prevenire 10 ictus [4].

Che dire? Come spesso accade le evidenze di letteratura non sono del tutto univoche ed è improbabile che in futuro vengano effettuati nuovi RCT al riguardo. Ci sembra ragionevole concludere che, in attesa che prendano piede i nuovi inibitori diretti del fattore Xa [5], il warfarin rimane la terapia di riferimento nella maggior parte dei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. L'ASA costituisce una alternativa in chi rifiuta o non garantisce una adeguata compliance all'anticoagulante.

Referenze

1. Hart RG et al. Meta-analysis: anti-thrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007 Jun 19;146:857-67
2. <http://tinyurl.com/2dzoewc>
3. Sato H et al. Low-dose aspirin for prevention of stroke in low-risk patients with atrial fibrillation: Japan Atrial Fibrillation Stroke Trial. *Stroke.* 2006 Feb;37:447-51
4. Aguilar MI, Hart R. Antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD001925. DOI: 1-0.1002/14651858.CD001925.
5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5308>

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/

Negli anziani con BPCO meglio i beta agonisti a lunga durata d'azione?

Secondo i dati di uno studio osservazionale i beta agonisti a lunga durata d'azione sarebbero preferibili agli anticolinergici nei pazienti anziani con BPCO, ma la natura osservazionale del lavoro richiama alla cautela nell'interpretazione di questi risultati.

Gli autori di questo studio osservazionale hanno usato i registri sanitari dell'Ontario per seguire circa 45.000 pazienti anziani (> 65 anni) affetti da BPCO. Il trattamento iniziale consisteva in un anticolinergico a lunga durata d'azione oppure un beta agonista a lunga durata d'azione. Successivamente gli autori hanno paragonato circa 15.000 pazienti che erano in trattamento con l'anticolinergico ad altrettanti pazienti (simili per età, sesso, stato asmatico, etc.).

Si è evidenziato che i soggetti trattati inizialmente con l'anticolinergico avevano una mortalità più elevata del 14%, così come un tasso più elevato di ricoveri o di accessi al Pronto Soccorso. La mortalità più elevata riscontrata con l'anticolinergico risultava indipendente dal sesso, dallo stato asmatico, dall'uso

di steroidi inalatori, dalla presenza di scompenso cardiaco.

Limiti dello studio: sono stati usati dati di tipo amministrativo, il che rende difficile misurare con precisione la gravità della malattia polmonare dei soggetti in esame. Inoltre non è noto se gli stessi risultati siano estensibili ai pazienti con meno di 65 anni.

Pertanto gli autori auspicano ulteriori studi di tipo randomizzato e controllato per confermare o negare i loro risultati.

Fonte:

Ann Intern Med 2001 May 2; 154:583-592

Commento di Renato Rossi

Quindi negli anziani con BPCO il trattamento iniziale dovrebbe privilegiare un beta agonista a lunga durata d'azione?

Prima di rispondere a questa domanda è opportuno considerare che lo studio di Gershon e collaboratori è di natura osservazionale, basato sui dati rilevati da registri sanitari di tipo amministrativo. Come ogni studio di questo tipo, per quanto gli autori abbiano cercato di cor-

reggere i fattori di confondimento inevitabilmente presenti, l'interpretazione dei risultati deve essere fatta con molta prudenza: i due gruppi confrontati potrebbero essere, in realtà, diversi e non paragonabili, non essendo il lavoro di tipo randomizzato e controllato.

Tra l'altro va ricordato che nel recente POET-COPD [1] i risultati sono stati a favore del tiotropio. In questo trial, in doppio cieco, controllato e randomizzato su più di 7.300 pazienti, il tiotropio è risultato più efficace del salmeterolo nel prevenire le riacutizzazioni nei pazienti con BPCO moderata o grave, mentre la mortalità totale non differiva tra i due trattamenti.

Come si è ricordato in quell'occasione non ci sono ancora conferme definitive di quale tra i due trattamenti sia più efficace [1] ed in ogni caso spesso, per controllare i sintomi, è necessario ricorrere ad una strategia plurifarmacologica.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5206>

Dilatazione del bulbo aortico negli atleti

Secondo uno studio l'aumento del diametro del bulbo aortico non è dovuto all'intensità e durata dell'esercizio ma, probabilmente, a qualche fattore genetico.

Le recenti Linee Guida delle principali Società Scientifiche Americane stabiliscono che i limiti normali del bulbo aortico siano comprese tra 3,63 e 3,91 nel maschio e tra 3,50 e 3,72 cm nella femmina [1].

Nello sportivo la pressione arteriosa sistolica (PAS) supera abbondantemente i 200 mm/Hg mentre la diastolica (PAD) aumenta poco durante un esercizio di resistenza.

Nel sollevamento pesi la Pressione Arteriosa (PA) può arrivare, addirittura, a 480/350 [2] per l'effetto Valsalva.

Pertanto i limiti di normalità negli sportivi potrebbero essere diversi.

Autori italiani hanno studiato 2317 atleti (56% maschi e 44% femmine) di 28 sport diversi, senza patologia cardiovascolare, di età media di 25 anni (9-59 anni), misurando il diametro trasverso del bulbo aortico [3].

In caso di aumento del diametro veniva eseguita la misurazione dell'aorta ascendente a 2-3 cm sopra l'anello valvolare. L'allargamento veniva definito arbitrariamente come > del 99.mo percentile, nei maschi, $32,2 \pm 2,7$ mm (range 23 a 44, 99.mo percentile = 40mm), nelle femmine $27,5 \pm 2,6$ (range 20 a 36, 99.mo percentile = 34mm). Il diametro dell'aorta era maggiore negli atleti maschi che praticavano sport di resistenza

rispetto agli sport di potenza. Anche la dimensione della cavità ventricolare, lo spessore della parete e la massa erano maggiori negli atleti che praticavano sport di resistenza rispetto a quelli di potenza.

Nelle femmine non si osservò una differenza delle dimensioni dell'aorta tra le praticanti dei vari sport. Un allargamento oltre i 40 mm venne trovato in 17 maschi (1,3%) e 10 femmine (0,9%). Tra i 17 atleti maschi, 15 vennero seguiti per 8 anni con ecografie. Di questi, 8 continuarono l'attività sportiva e 7 la terminarono. Durante tutto il periodo di osservazione non si ebbero eventi cardiovascolari. In questi 15 atleti il diametro aumentò, da $40,9 \pm 1,3$ mm a $42,9 \pm 3,6$ mm, in modo significativo.

L'aumento fu modesto durante il perio-

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/

do in cui rimasero fisicamente attivi ($41,4 \pm 1,7$ a $41,9 \pm 2,2$, $P=0,04$) mentre aumentò significativamente dopo la sospensione dell'attività sportiva (da $41,9 \pm 2,2$ a $45,1 \pm 4,1$ mm, $P=0,02$).

Lo stesso incremento si ebbe per il diametro dell'aorta ascendente. Al contrario nelle 10 femmine non si ebbe un aumento del diametro del bulbo aortico.

Lo studio dimostra che l'aumento del diametro del bulbo aortico non è dovuto all'intensità e durata dell'esercizio ma,

probabilmente, a qualche fattore genetico.

A cura di Clementino Stefanetti

Referenze

1.2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. *J Am Coll Cardiol.* 2010 Apr 6;55(14):e27-e129. [http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/55/14/](http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/55/14/e27.pdf)

e27.pdf

2. MacDougall JD. Arterial blood pressure response to heavy resistance exercise.

Appl Physiol. 1985 Mar;58(3):785-90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3980383>

3. Pelliccia A. Prevalence and clinical significance of aortic root dilation in highly trained competitive athletes. *Circulation.* 2010;122:698-706. <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/122/7/698.pdf>

Echinacea per il raffreddore comune

L'Echinacea è ampiamente utilizzata per trattare il raffreddore comune; per valutare i potenziali benefici dell'echinacea come trattamento del raffreddore comune, gli autori di questo trial randomizzato, controllato, hanno arruolato 719 pazienti, di età variabile dai 12 agli 82 anni, con un raffreddore comune di recente insorgenza.

I pazienti sono stati assegnati ad 1 di 4 bracci paralleli: nessun trattamento, placebo (blindato), echinacea (blindato) o echinacea (non blindato, open-label). I gruppi a echinacea hanno ricevuto l'equivalente di 10,2 g di radice secca di echinacea durante le prime 24 ore e 5,1 g durante le successive 4 giorni.

Le tavolette indistinguibili di placebo contenevano soltanto ingredienti inerti. Esiti primari erano l'area sotto la curva per gravità globale, con gravità valutata due volte al giorno attraverso il self-report utilizzando la versione breve della Wisconsin Upper Respiratory Symptom Survey.

Esiti secondari comprendevano i livelli di interleukina-8 e la conta dei neutrofili dal secreto nasale, valutata all'assunzione e 2 giorni dopo.

Risultati

Dei 719 pazienti arruolati, 713 hanno completato il protocollo. L'età media era di 33,7 anni, il 64% era di sesso femminile, e l'88% era di razza bianca.

La gravità media globale era di 236 e di 258 per i gruppi a echinacea blindati e non-blindati, rispettivamente; di 264 per il gruppo blindato placebo; e di 286 per il gruppo nessun trattamento.

Un paragone dei 2 gruppi blindati ha mostrato un trend 28-punti (95% IC, da -69 a 13 punti) verso il beneficio per l'echinacea ($P = 0.089$).

La durata media della malattia nei gruppi echinacea blindati e non-blindati era di 6,34 e 6,76 giorni, rispettivamente, rispetto a 6,87 giorni nel gruppo blindato placebo e di 7,03 giorni nel gruppo senza trattamento.

Un paragone tra i gruppi blindati ha mostrato una differenza non significativa di beneficio di 0,53-giorni (IC, da -1,25 a 0,19 giorni) ($P = 0.075$). Anche la modifica media dei livelli di interleukina-8 e delle conte dei neutrofili non era statisticamente significativa (30 ng/L e 1 cellula/campo ad alta potenza (hpf) nel gruppo nessun trattamento, 39 ng/L e 1 cellula/hpf nel gruppo blindato placebo,

58 ng/L e 2 cellule/hpf nel gruppo echinacea blindato, e 70 ng/L e 1 cellula/hpf nel gruppo echinacea open-label).

Limitazioni ammesse dagli autori

La variabilità superiore a quanto atteso ha limitato il potere di svelare piccoli benefici.

Conclusioni

La durata e la gravità della malattia non sono statisticamente significative con l'echinacea rispetto a placebo.

Questi risultati non supportano la capacità di questa dose della formulazione di echinacea di modificare in maniera sostanziale il decorso del raffreddore comune.

A cura di Patrizia Iaccarino

Bibliografia

1. Echinacea for treating the common cold: a randomized trial. Barrett B; Brown R; Rakel D; Mundt M. *Ann Intern Med.* 2010; 153(12):769-77
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/pdf.asp?print=news&pID=3335>

Se la malattia si aggrava, la prova dell'innocenza spetta al medico

La Cassazione conferma l'indirizzo ormai consolidato dell'inversione dell'onere della prova, che viene messo a carico del medico: una volta dimostrato il contratto o il contatto sociale (una sorta di contratto informalmente assunto dal sanitario allorché presti la sua ope-

ra) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, sta al paziente allegare le inadempienze che ritiene idonee a provarli, ma grava sulla controparte (il medico) dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che non è stato la causa del danno lamentato. (Cass. III Civ n.

15993/2011)

Nella sentenza i giudici spiegano che lo sforzo probatorio dell'attore può dunque non spingersi oltre alla deduzione di inadempimenti tali da porsi, in tesi, idonee come causa o concausa del danno,

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/

restando poi a carico del convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso o che l'inesatto adempimento non ha avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno.

Commento: quello espresso dalla Cassazione e' un principio ormai consolidato basato sul ragionamento che il paziente non puo' avere disponibilita' di tutti gli elementi di fatto, come invece puo' avere il medico.

Questo concetto si avvicina pe-

ro' (opinione personale) alla "prova diabolica": puo' essere piu' o meno agevole dimostrare di aver commesso un fatto, ma e' quasi impossibile dimostrare di NON averlo commesso.

Il medico che deve dimostrare di non aver commesso un errore puo' trovarsi, anche se innocente, in gravissima difficolta'.

Per questo motivo e' sempre piu' importante mantenere una traccia documentale (o testimoniale, anche se puo' sembrare incredibile essere arrivati a questo punto!) di tutto cio' che si fa, soprattutto nei

casi potenzialmente conflittuali.

Purtroppo la giurisprudenza si orienta verso un atteggiamento molto severo, e questo e' motivo di sconcerto e preoccupazione per i sanitari

Questo e' uno dei rari casi in cui non spetta all' accusa dimostrare la colpevolezza ma all' accusato dimostrare la propria innocenza!

Daniele Zamperini

Il medico di emergenza deve attivarsi SEMPRE!

Il medico del 118 deve attivarsi subito in caso d'urgenza, anche senza l' intervento della centrale operativa.

E' stato condannato un medico del 118 (un anno di reclusione ex art. 328, omissione di atti d' ufficio) per non aver soccorso, in seguito ad una chiamata diretta e non passata attraverso la centrale, una paziente svenuta. Il medico mantiene un' autonomia decisionale anche contro le linee-guida (Cass. VI Penale n. 3440-2/2011).

I fatti:

Un medico di turno al 118 di Palermo era stato chiamato a soccorrere e trasportare in ospedale una paziente che aveva perso conoscenza. La chiamata pero' non era arrivata dalla centrale operativa, bensì da una comunita' terapeutica. Per questo motivo il medico aveva deciso di non intervenire sulla base del fatto che le linee guida del 118 non consentono al medico di turno di allontanarsi dalla sua postazione senza una specifica segnalazione da parte della centrale operativa.

Il caso finiva in tribunale e il medico veniva condannato ad un anno di reclusione per rifiuto d'atti d'ufficio.

Ricorrendo in Cassazione il medico ha sostenuto che le linee guida del 118 prevedono che "il servizio non sia a disposizione dei presidi ospedalieri e non puo'

effettuare trasporti di pazienti da un ospedale all'altro".

La Cassazione ha pero' bocciato la tesi difensiva affermando che "l'organizzazione del 118 prevede che sia la centrale operativa a coordinare gli interventi nell'ambito territoriale di competenza, attraverso il sistema di radiocomunicazione, tuttavia al medico in servizio sul 118 e' comunque riconosciuto uno spazio di valutazione, di azione e di discrezionalita', funzionale a fronteggiare in maniera adeguata le diverse situazioni di emergenza".

In questa discrezionalita' e' compresa anche "la scelta, in caso di urgenza, di trasportare il malato presso una struttura sanitaria che sia in grado di assicurare tale cura, anche attraverso le necessarie indagini strumentali e specialistiche".

I magistrati hanno anzi bocciato come "formalistico" il rifiuto del medico, effettuato "richiamando il modello operativo standard del 118, senza considerare che lo stesso servizio prevede che per i pazienti ad alto grado di criticita' e' il medico addetto all'emergenza territoriale ad operare la scelta dell'ospedale di destinazione, in questo modo riconoscendo un'autonomia di azione a tali soggetti e prescindendo da ogni autorizzazione della centrale operativa".

In definitiva quindi la Cassazione ha affermato che un medico che opera al

118 ha il dovere di attivarsi subito, in caso di urgenza, anche senza l' assenso della centrale operativa in quanto mantiene un suo margine di azione e di discrezionalità nel decidere, ed ha convalidato la condanna ad un anno di reclusione ex articolo 328 C.P.

Commento di Daniele Zamperini:

Questa sentenza si avvicina a quella, piu' eclatante, riportata a pag. 3, sulla condanna del medico che aveva seguito pedissequamente le cosiddette "linee-guida aziendali".

A quanto pare la magistratura chiede al medico di scegliere ogni volta tra l' obbedienza cieca alle disposizioni superiori e la disobbedienza in nome di valori superiori.

Il principio puo' essere correttissimo se calato dall' alto, ma non tiene conto delle concrete possibilita' di chi si dibatte quotidianamente tra le mille difficolta' di un' attivita' (quella del medico, specie se di emergenza) spesso frenetica, irta di situazioni difficili ove bisogna spesso scegliere se dedicare il proprio tempo e le proprie capacita' ad un soggetto oppure un altro.

In altre parole sembra che non si voglia tener conto del mondo reale.

Sembra che anche la Magistratura, che pure critica le Aziende, stia come loro dettando delle linee-guida in materia di scelte sanitarie (che pure non e' suo campo); e il medico si trova nel mezzo...

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/

Se l' autovelox non e' segnalato, la multa col telelaser e' nulla

La segnalazione preventiva delle apparecchiature finalizzate al rilievo della velocita' ha scopo essenzialmente dissuasivo. Nulle le multe effettuate in carenza della segnalazione (Cass. II Civ. n. 13727/2011)

La Cassazione, nella sentenza sopraccitata, ha stabilito che è nulla la multa effettuata con telelaser senza il cartello di segnalazione.

Infatti l'obbligo della preventiva segnalazione dell'apparecchio di rilevamento della velocità era stato previsto, in un primo momento ('art. 4D.L. n. 121 del 2002, conv. nella legge n. 168 del 2002), per i soli dispositivi di controllo remoto senza la presenza diretta dell'operatore di polizia. In seguito, con l'entrata in vigore dell'art. 3 del d.l. n. 117 del 2007 (conv. nella l. n. 160 del 2007), e' stato

esteso a tutti i tipi e modalità di controllo effettuati con apparecchi fissi o mobili installati sulla sede stradale.

Questa dizione ricomprende dunque anche gli apparecchi tele laser gestiti direttamente e nella disponibilità degli organi di polizia.

Rimozione carcasse abbandonate? A spese del Comune!

Carcasse abbandonate in strada? Spettano all' Ente concessionario i costi di rimozione, salvo rivalsa.

I vari costi (rimozione, custodia, cancellazione dal pubblico registro automobilistico, eventuale demolizione) dei veicoli rinvenuti abbandonati su strade pubbliche, nonché di altri eventuali rifiuti, gravano sull'ente concessionario della

strada stessa (Cass. II Civ. n. 12529/11).

Le carcasse abbandonate sulle strade pubbliche vanno rimosse, ed i costi gravano sull' Ente proprietario della strada (Comune, Provincia, Regione, Concessionario autostradale ecc.).

Resta salva, dice la Corte, la possibilità di rivalsa nei confronti dei proprietari o comunque dei responsabili dell'abban-

dono del veicolo.

La corte spiega che la sua decisione trova il suo fondamento, oltre che sulla legge, anche nel senso comune in quanto non si vede per quale ragione l'ente che sfrutta a fini economici l'autostrada avrebbe diritto a disinteressarsi del fatto che sulla stessa si accumulino veicoli abbandonati o altri rifiuti di vario genere.

Occorre poter dimostrare il Consenso Informato!

La responsabilità medica e' contrattuale e il medico deve dimostrare consenso informato

Confermando l' indirizzo giurisprudenziale ormai prevalente secondo il quale la responsabilità professionale del medico ha natura contrattuale e non precontrattuale, di fronte all' accusa da parte del paziente della carenza di un' adeguata informazione, è il medico ad essere gravato dell'onere della prova di aver adempiuto tale obbligazione. (Cass. III civ. n. 11005/2011)

I fatti: un medico e' stato condannato dalle Corti di merito al risarcimento dei danni nei confronti di un paziente a cui,

in seguito ad un errore diagnostico, aveva prescritto un farmaco che aveva procurato gravi problemi visivi senza una preventiva completa informazione.

Il medico aveva presentato ricorso in Cassazione sostenendo la natura occasionale e "diluata" delle prestazioni, che lo avrebbe esentato dall' obbligo contrattuale.

La Corte ha respinto le motivazioni del sanitario, confermandone la condanna e ribadendo un principio di diritto ormai consolidato: la responsabilità contrattuale sussiste anche laddove il medico si limiti alla diagnosi e all'illustrazione al paziente delle conseguenze della terapia o dell'intervento che ritenga di dover

compiere, allo scopo di ottenerne il necessario consenso informato.

Non essendo in grado di dimostrare l' adempimento di tale obbligo, la condanna del medico andava confermata.

Come abbiamo sempre ripetuto, il consenso del paziente e' atto fondamentale dell' opera del medico, il quale deve ottenerlo ogni volta che svolga la sua opera, seppure con le facilitazioni che le norme consentono ad alcune categorie. Ed e' importante che sia sempre registrato per iscritto!

Daniele Zamperini

Impianto dentario e' intervento di routine, risarcimenti anche per colpa lieve

L' impianto di una protesi dentaria e' intervento di routine: il dentista risponde anche per colpa lieve

Il danno causato da un errato intervento di protesi dentaria con tecnica implantologica, va risarcito anche nel caso di sola colpa lieve, essendo ormai da considerare intervento di routine (Cass. III Civ. n. 14109/11)

Poiche l'impianto di una protesi dentaria e' ormai da considerare intervento di routine, il professionista che l'esegue risponde anche per colpa lieve e non soltanto per dolo o colpa grave. La ha stabilito la terza sezione civile della Corte di Cassazione (Sentenza n.141

Tocca al medico dimostrare eventual-

mente, per esimersi da responsabilità, "la particolare complessità in concreto dell'intervento stesso, tanto più che è pacifico nella giurisprudenza di questa Corte che la diligenza del medico nell'adempimento della sua prestazione professionale deve essere valutata assumendo a parametro la condotta del debitore qualificato, ai sensi dell'art. 1176, secondo comma, cod. civ."

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/

Coniugi separati: le spese sopravvenute vanno pagate senza bisogno di ulteriori processi

In casi di separazione coniugale (a qualsiasi titolo) il coniuge non affidatario deve contribuire al pagamento di eventuali nuove spese mediche o scolastiche sopraggiunte successivamente senza bisogno di doversi rivolgere nuovamente al Giudice (Cass. III Civ. 11316-/2011)

Il provvedimento con cui in sede di separazione vengono stabiliti i criteri di ripartizione delle spese mediche e scolastiche relative ai figli costituisce titolo

esecutivo, per cui non richiede, nel caso di inottemperanza un ulteriore intervento del giudice che sancisca l' esecuzione forzata.

Questo naturalmente - specifica la Corte - qualora il genitore creditore possa opportunamente documentare l'effettiva sopravvenienza degli specifici esborsi contemplati dal titolo e la relativa entità, rimanendo impregiudicato tuttavia "il diritto dell'altro genitore di contestare - ex post ed in sede di opposizione all'esecuzione, dopo l'intimazione del precetto

o l'inizio dell'espropriazione - la sussistenza del diritto di credito per la non riconducibilità degli esborsi a spese necessarie o per violazione delle modalità di individuazione dei bisogni del minore".

In mancanza di tale dimostrazione i giudici di Piazza Cavour hanno rigettato il ricorso di un genitore non affidatario che si era opposto al pagamento delle maggiori spese sopravvenute.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE novembre 2011

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 04.08.11 (Gazzetta Ufficiale n. 254 del 31.10.11)

ADOZIONE DEL DOCUMENTO ESECUTIVO PER L'ATTUAZIONE DELLE LINEE DI SUPPORTO CENTRALI AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Con questo decreto ministeriale viene adottato il documento esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, che si prefigge di:

- rende esplicito e condiviso l'approccio strategico adottato;
- definire le priorità, concentrando sforzi e risorse su ambiti concordati e funzionali allo sviluppo dell'attività programmatica regionale e che, da questo punto di vista, poichè assumono importanza rilevante le azioni che più direttamente influenzano/ determinano gli assetti di sistema e quelle che favoriscono un salto di qualità nella interazione/collaborazione con le Regioni, siano sviluppate le azioni centrali effettivamente applicative delle linee strategiche della stewardship nonchè siano scelti alcuni ambiti tematici prioritari per esigenze di attenzione e/o temporali;
- adottare una struttura coerente a quella dei Piani regionali di prevenzione rispettandone il medesimo schema logico articolato in due nuclei tematici costituiti da un «Quadro strategico» ed un «Piano operativo» che consenta lo sviluppo delle azioni centrali contemporaneamente in ambiti complementari.

Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.11 (Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12.11.11)

DE-MATERIALIZZAZIONE DELLA RICETTA MEDICA CARTACEA, DI CUI ALL'ARTICOLO 11, COMMA 16, DEL DECRETO-LEGGE N. 78 DEL 2010 (PROGETTO TESSERA SANITARIA)

Con questo decreto vien dato nuovo impulso al processo di attuazione, nelle regioni, delle disposizioni di cui all'art. 11, comma 16, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, tramite accordi specifici tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole regioni, nonchè con i SASN, come previsto dal decreto 26 febbraio 2010.

L'articolo 1 affronta gli aspetti più pratici della procedura (medico prescrittore, cittadino utilizzatore, strutture eroganti i servizi) rimandando ad allegati dello stesso provvedimento e anche a provvedimenti pubblicati precedentemente; l'articolo 2 stabilisce i tempi della diffusione e messa a regime, presso le singole regioni e province autonome, della de-materializzazione della ricetta cartacea (entro settembre 2012 il processo dovrebbe essere concluso), prevedendo la stipula di specifici accordi tra il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute; sono escluse da questo provvedimento (articolo 3) le prescrizioni di medicinali stupefacenti e sostanze psicotrope di cui al decreto del Ministero della salute 10 marzo 2006.

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 08.11.11 (Gazzetta Ufficiale n. 272 del 22.11.11)

ABOLIZIONE DELLA COMPILAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO PER I MEDICINALI A BASE DI «CLOPIDOGREL»

L'AIFA abolisce la necessità di compilare il piano terapeutico per la prescrizione, a carico del SSN, di medicinali a base di clopidogrel; permane invece la possibilità di dispensazione diretta, come previsto dall'allegato 2 e (successive modifiche) della determinazione 29 ottobre 2004.

Si coglie l'occasione di segnalare che, con altro provvedimento, sono state modificate le indicazioni terapeutiche del medicinale Plavix, che ora è indicato nella fibrillazione atriale, in associazione ad ASA e con alcune limitazioni, per la prevenzione di eventi di origine aterotrombotica e tromboembolica.