

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 7 numero 5

Maggio 2010

Si avvicina la rivoluzione telematica della medicina territoriale (e non solo)

Speranze e timori, ma prevalgono questi ultimi

Il Ministro promette indulgenza in cambio di buona volonta', ma con conteggi "creativi" attribuisce ai medici indennita' mai ricevute. Dettagli su www.smi-lazio.org



Prevenzione farmacologica del diabete?

INDICE GENERALE IN SECONDA PAGINA



Inutile monitoraggio MOC coi bifosfonati



I probiotici nel colon irritabile

CONGRESSO SU RESPONSABILITA' PROFESSIONALE MEDICA



"Dall' atto medico alle aule giudiziarie: conoscere ed evitare i problemi di responsabilità professionale"

Dettagli a pag. 13

Ancora problemi con la Posta Certificata: una non basta

Il Ministro corregge alcuni aspetti sui certificati telematici. Ma e' poco!

Attenzione ai certificati di "Buona Salute"! Vanno dettagliati!



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

IN QUESTO NUMERO:

Prevenzione farmacologica del diabete?	Pag. 3
Il forame ovale pervio non aumenta le recidive di stroke	Pag. 3
Abbassare l'omocisteina riduce la mortalità?	Pag. 4
Cotrimossazolo e warfarin: aumentato rischio di emorragia	Pag. 5
Inutile monitoraggio MOC durante trattamento con bifosfonati	Pag. 5
Il caso di Giovanni e l'antiaggregante	Pag. 7
Probiotici per il colon irritabile	Pag. 7
Nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare	Pag. 8
Ancora problemi con la Posta Certificata	Pag. 8
E' lecito usare lo stampatello nei concorsi pubblici	Pag. 9
Criticita' procedurali e tecniche sulla Ricetta Elettronica	Pag. 9
Il Ministro corregge alcuni aspetti sui certificati telematici	Pag. 11
Attenzione ai certificati di "Buona Salute"! Vanno dettagliati!	Pag. 12
L'obiettore di coscienza non può fare il vigile	Pag. 12
News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale) a cura di Marco Venuti	Pag. 13
Dall' atto medico alle aule giudiziarie: Congresso a Roma sulla responsabilita' professionale	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, Giuseppina Onotri

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



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da
ULIVETO E ROCCHETTA, "ACQUE DELLA SALUTE"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Prevenzione farmacologica del diabete?

In pazienti con ridotta tolleranza al glucosio e patologia cardiovascolare o fattori di rischio cardiovascolari nateglinide e valsartan non riducono le complicanze cardiovascolari; valsartan riduce del 14% il rischio di evoluzione verso il diabete.

Il New England Journal of Medicine pubblica contemporaneamente i risultati dei due studi NAVIGATOR in cui è stata esplorata la possibilità di prevenzione farmacologica del diabete.

Nel primo studio [1] sono stati arruolati 9.306 soggetti che avevano una ridotta tolleranza al glucosio ed una patologia cardiovascolare oppure dei fattori di rischio cardiovascolari. Dopo randomizzazione i partecipanti sono stati trattati con placebo oppure con nateglinide (fino a 60 mg per tre volte al giorno). Il disegno dello studio era di tipo fattoriale 2x2 per cui veniva anche somministrato valsartan oppure placebo, in aggiunta ad un programma di modificazioni dello stile di vita. Il follow up è stato in media di 5 anni. Gli endpoint primari erano: lo sviluppo di diabete, eventi cardiovascolari definiti endpoint "core" (composti da morte da cause cardiovascolari, infarto ed ictus non fatali, ricoveri per scompenso cardiaco), infine un endpoint definito "esteso" composto da ogni singolo evento cardiovascolare precedente, ricoveri per angina instabile ed interventi di rivascularizzazione arteriosa. La nateglinide non è riuscita a ridurre l'incidenza di diabete rispetto al placebo (36% vs 34%), l'endpoint cosiddetto

"core" (7,9% vs 8,3%) e l'endpoint "esteso" (14,2% vs 15,2%).

Per contro nel gruppo nateglinide è aumentato il rischio di ipoglicemia.

Nel secondo studio [2] il confronto è stato tra valsartan (fino a 160 mg/die) e placebo. Il follow up e gli endpoint valutati erano quelli precedentemente esposti.

L'incidenza cumulativa di diabete fu del 33,1% nel gruppo valsartan e del 36,8% nel gruppo placebo. La riduzione, in termini relativi, è del 14%. Il trattamento non ha portato ad una riduzione dell'endpoint core (8,1% vs 8,1%) e dell'endpoint esteso (14,5% vs 14,8%).

Fonte:

1. Effect of Nateglinide on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events. The NAVIGATOR Study Group. N Engl J Med 2010 Apr 22; 362: 1463-1476

2. Effect of Valsartan on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events. The NAVIGATOR Study Group. N Engl J Med 2010 Apr 22; 362:1477-1490.

Commento di Renato Rossi

Come ricorda un editoriale di commento [1] numerosi studi hanno dimostrato che nei soggetti a rischio evolutivo verso il diabete è possibile ritardare o prevenire questa evoluzione sia con l'uso di farmaci (metformina, acarbosio, rosiglitazone) che con i cambiamenti sullo stile di vita. Questi ultimi sono sicuramente i più

efficaci e dovrebbero essere la scelta di prima linea. Purtroppo sono difficili da mettere in atto nel mondo reale. Tuttavia questa dovrebbe essere la strada maestra. Anche gli studi NAVIGATOR confermano che i farmaci o non riescono ad impedire che si sviluppi un vero diabete oppure hanno un'efficacia limitata: bisogna trattare per 5 anni con valsartan 27 pazienti a rischio per evitare un caso di diabete.

Il risultato principale degli studi NAVIGATOR ci pare però questo: i farmaci testati non sono riusciti a ridurre la comparsa delle complicanze cardiovascolari. L'editoriale citato [1] conclude che la prevenzione del diabete dovrebbe basarsi essenzialmente sulle modificazioni dello stile di vita e, al massimo, in soggetti selezionati, sulla metformina. Si tratta di un concetto che abbiamo già espresso in pillole precedenti, alle quali rimandiamo [2,3,4,5]

Referenze

1. Nathan DM. Navigating the Choices for Diabetes Prevention. N Engl J Med 2010 Apr 22; 363:1533-1535

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2729>

3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2785>

4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2872>

5. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/n>

Il forame ovale pervio non aumenta le recidive di stroke

Una revisione sistematica conferma risultati di studi precedenti: il forame ovale pervio non aumenta il rischio di recidive in pazienti con pregresso ictus criptogenetico.

Questa revisione sistematica con meta-analisi si è riproposta di valutare il rischio di recidiva di stroke in soggetti con precedente ictus o TIA e forame ovale (FO) pervio.

Sono stati selezionati 15 studi pubblicati fino al febbraio 2008.

In quattro studi vi era un gruppo di paragone costituito da pazienti senza forame ovale pervio. In questi studi il rischio relativo di recidiva di ictus o TIA nei pazienti con FO pervio era di 1,1 (95% CI 0,8-1,15) rispetto ai pazienti senza pervietà del FO.

Per l'ictus di tipo ischemico il rischio relativo era di 0,8 (95% CI 0,5-1,3). È stato poi calcolato il rischio assoluto di recidiva di ictus o TIA nei pazienti con FO pervio in tutti i quindici studi: per ogni tipo di stroke tale rischio era di 4

eventi per 100 persone-anni e per lo stroke ischemico era di 1,6 eventi per 100 persone-anni.

Gli autori concludono che nei pazienti con pregresso ictus criptogenetico trattati con terapia medica il rischio assoluto di recidive è variabile, ma le evidenze disponibili non confermano l'ipotesi che la presenza di un FO pervio aumenti tale rischio.

La chiusura del FO in questi pazienti non può essere raccomandata fino a che non saranno pubblicati i risultati dei

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

trials in corso.

Fonte: Almekhlafi M.A. et al. Recurrent cerebral ischemia in medically treated patent foramen ovale: A meta-analysis. *Neurology* 2009 Jul 14;73:89-97.

Commento di Renato Rossi.

Si è finora discusso se la pervietà del FO aumentasse il rischio di recidiva in soggetti che avevano sofferto di un ictus o di un TIA apparentemente criptogenetico.

Un editoriale di commento alla revisione recensita in questa pillola si chiede se sia arrivato il momento di porre la parola fine ad una storia infinita [1].

Infatti le conclusioni della revisione sono chiare: non vi sono prove di letteratura che la pervietà del FO costituisca un fattore di rischio aumentato per recidive.

D'altra parte non si tratta di una novità [2,3].

Pertanto la chiusura chirurgica o transcateretere del FO non dovrebbe essere raccomandata a meno che, in futuro, trials randomizzati e controllati non dimostrino che la chiusura è in grado di ridurre le recidive rispetto al trattamento medico. In

effetti le linee guida americane sono chiare al proposito: per i pazienti con ictus o TIA di tipo ischemico e FO pervio è raccomandata solo la terapia antiaggregante, mentre il warfarin è consigliato nei pazienti ad alto rischio che hanno altre indicazioni per la terapia anticoagulante (trombofilia o evidenza di trombosi venosa).

Le prove sono insufficienti per consigliare la chiusura del FO nel caso di primo stroke. La chiusura però dovrebbe essere presa in considerazione nel caso di recidive criptogenetiche nonostante trattamento farmacologico ottimale [4].

Dello stesso tenore sono le linee guida italiane [5]:

1) in caso di primo episodio si deve utilizzare l'ASA

2) il warfarin o la chiusura del FO transcateretere devono essere presi in considerazione se il FO è associato ad aneurisma del setto interatriale (pur in caso di primo episodio), se si documenta uno shunt di grosse dimensioni e multipli eventi ischemici, nel caso di FO isolato e coesistenza di stato trombofilico.

3) la chiusura transcateretere o, in caso di

fallimento, la chiusura chirurgica sono indicati in caso di FO pervio ed aneurisma del setto interatriale al primo evento ma con trombosi venosa profonda o trombofilia e controindicazioni al warfarin oppure in caso di FO pervio con recidive nonostante terapia anticoagulante.

Referenze

1. Arturo Tamayo A and Harrer J. U. Patent foramen ovale and ischemic stroke recurrence: The end of a never-ending story? *Neurology* 2009 73: 84-85.
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2790>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2167>
4. Adams RJ et al, American Heart Association, American Stroke Association. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke* 2008 May;39(5):1647-52
5. <http://www.spread.it> (accesso del 7 agosto 2009)

Abbassare l'omocisteina riduce la mortalità?

Secondo uno studio non randomizzato la terapia con acido folico sarebbe in grado di ridurre la mortalità nei pazienti con coronaropatia iniziale e iperomociteinemia, ma i risultati vanno interpretati con cautela.

In questo studio sono stati reclutati 492 pazienti con malattia coronarica iniziale. Ai partecipanti venne misurata, al baseline, l'omocisteina plasmatica (l'iperomociteinemia veniva definita per valori superiori a 15 $\mu\text{mol/L}$).

I pazienti sono stati trattati con acido folico (dosi ≥ 400 microg/die), mentre vitamine addizionali (vitamina B12 e B6) venivano somministrate a discrezione del medico.

Non c'erano differenze tra i pazienti trattati (n = 140) e non trattati per quanto riguarda l'età, il sesso e la prevalenza di fattori di rischio coronarico.

Il 9% morì durante il follow up di 115 mesi.

Il trattamento risultò associato ad una riduzione della mortalità nei pazienti

con iperomociteinemia (4% versus 32%, $p < 0,0001$), ma non in quelli con valori normali di omociteinemia (5% versus 7%, $p > 0,05$).

Gli autori concludono che i pazienti con coronaropatia dovrebbero essere screenati per iperomociteinemia ed eventualmente trattati.

Tuttavia dato che lo studio era limitato a soggetti con cardiopatia ischemica il valore delle terapie con vitamine in tutti i soggetti con iperomociteinemia non può essere determinato.

Fonte:

Mager A, Orvin K, Koren-Morag N, et al. Impact of homocysteine-lowering vitamin therapy on long-term outcome of patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2009; 104:745-749.

Commento di Renato Rossi

Come si spiegano i risultati di questo studio con quelli, contrastanti, di nume-

rosi RCT che non hanno evidenziato alcun beneficio della terapia vitaminica in prevenzione cardiovascolare sia primaria che secondaria?

Gli autori ritengono che questo possa dipendere dal fatto che gli studi precedenti sono stati effettuati in popolazioni anglosassoni, mentre il loro lavoro ha riguardato israeliani.

Il fattore genetico potrebbe quindi giocare un ruolo primario.

Inoltre lo studio di Mager e collaboratori ha un follow up più prolungato degli RCT negativi ed ha impiegato dosi relativamente più elevate di acido folico.

Dal canto nostro riteniamo che i risultati debbano essere presi con cautela in quanto non si tratta di uno studio randomizzato, per cui sono sempre possibili vari tipi di bias di selezione.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Cotrimossazolo e warfarin: aumentato rischio di emorragia

Tra i pazienti anziani che assumono warfarin, il cotrimossazolo è associato ad un aumento significativo del rischio di emorragia del tratto gastrointestinale superiore, rispetto ad altri antibiotici comunemente usati.

Alcuni farmaci antibiotici, incluso il cotrimossazolo, inibiscono il metabolismo del warfarin sodico (o attraverso la distruzione della flora intestinale con conseguente riduzione della sintesi di vitamina K, o attraverso la inibizione dell'isoenzima 2C9 del citocromo P450, che è responsabile del metabolismo dell'S-enantiomero del warfarin, più biologicamente attivo) e possono aumentare il rischio di emorragia.

In questo studio basato-su-popolazione, caso-controllo, gli autori hanno esaminato il rischio di sanguinamento del tratto gastro-intestinale superiore (UGI) in pazienti anziani che ricevevano warfarin in combinazione con antibiotici comunemente usati per infezioni del tratto urinario, con particolare attenzione al cotrimossazolo.

Utilizzando l'health care database di Ontario, Canada, hanno identificato tra il 1 Aprile 1997, e il 31 Marzo 2007 i residenti di 66 anni o più che erano trattati in maniera continuativa con warfarin; hanno isolato i casi ospedalizzati per emorragie del tratto gastrointestinale superiore, per ogni caso hanno scelto più di 10 soggetti controllo. Quindi, hanno calcolato le odds ratio aggiustate (aOR) per esposizione a cotrimossazolo nei 14 giorni precedenti l'emorragia dell'UGI. Hanno verificato anche l'esposizione ad altri antibiotici, quali amoxicillina, am-

picillina, ciprofloxacina, nitrofurantoina, e norfloxacina, ipotizzando che questi farmaci fossero associati meno frequentemente ad emorragia in pazienti in terapia con warfarin, perché essi non inibiscono il metabolismo dell'S-enantiomero del warfarin.

Risultati:

Sono stati identificati 134.637 pazienti che assumevano warfarin, dei quali 2.151 casi erano stati ospedalizzati per emorragia dell'UGI.

I casi avevano probabilità almeno 4 volte superiori dei controlli di aver ricevuto recentemente cotrimossazolo (aOR, 3.84; 95% intervallo di confidenza [IC], 2.33-6.33) e probabilità 2 volte superiori di aver ricevuto trattamento con ciprofloxacina (aOR, 1.94; 95% IC, 1.28-2.95), mentre non vi erano associazioni significative con amoxicillina o con ampicillina (1.37; 0.92-2.05), con nitrofurantoina (1.40; 0.71-2.75), o con norfloxacina (0.38; 0.12-1.26).

Rispetto ad amoxicillina o ampicillina, la prescrizione di cotrimossazolo era associata ad un rischio aumentato di almeno 3 volte (ratio of ORs, 2.80; 95% IC, 1.48-5.32).

Gli autori concludono che tra pazienti anziani che assumono warfarin, il cotrimossazolo è associato ad un aumento significativo del rischio di emorragia del tratto gastrointestinale superiore, rispetto ad altri antibiotici comunemente usati. Laddove possibile, i medici dovrebbero prescrivere antibiotici alternativi in pazienti che assumono warfarin.

Limitazioni dello studio ammesse dagli autori sono:

L'analisi è confinata a pazienti anziani e non si hanno misure dirette dello stato coagulativo; sebbene aggiustato per molti potenziali confondenti, non si è potuto aggiustare per altri potenziali confondenti, quali l'uso di farmaci non prescritti, di cibi e di supplementi di erbe. Non si hanno indicazioni circa le indicazioni degli antibiotici prescritti.

Fonte:

Fisher HD et al. Hemorrhage During Warfarin Therapy Associated With Cotrimoxazole and Other Urinary Tract Anti-infective Agents. A Population-Based Study. Arch Intern Med. 2010;170:617-621

Commento di Patrizia Iaccarino

Pur se nota da tempo, e da noi già segnalata (<http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/documenti/warfarinefarmaci.pdf>), la possibilità di interazione di molti antibiotici con il warfarin, si assiste ancora alla evenienza di emorragie del tratto gastroenterico superiore causate da interazioni farmacologiche (come questo studio osservazionale sottolinea). Ovviamente, per la comorbilità di patologie infettive in pazienti in trattamento anticoagulante, spesso è necessario intervenire con terapie antibiotiche. Questo lavoro suggerisce la necessità di un ulteriore monitoraggio ai clinici "distratti" a porre attenzione alla scelta dell'antibiotico da utilizzare.

Inutile monitoraggio MOC durante trattamento con bifosfonati

Durante i primi tre anni di trattamento con bifosfonati il monitoraggio della densità minerale ossea non è necessario e dovrebbe essere evitato in quanto può portare ad errate valutazioni circa l'efficacia della terapia.

Questo studio è un'analisi secondaria dei dati del trial denominato FIT (Fracture Intervention Trial), un RCT in cui alen-

dronato era stato paragonato al placebo in 6459 donne in post-menopausa con una bassa densità minerale ossea (BMD).

La misurazione della BMD a livello dell'anca e della colonna venne effettuata al baseline e nel corso dello studio a 1, 2 e 3 anni.

L'analisi secondaria ha valutato le variazioni della BMD sia tra i vari pazienti

(variazione associata al trattamento) sia intrapaziente (variazione associata alla misurazione).

Si è visto che l'alendronato aumenta la BMD a livello dell'anca di 0,030g/cm². Si è osservata una certa variazione della BMD tra i vari pazienti, ma di piccola entità rispetto alle variazioni intrapaziente.

Gli autori concludono che nei primi tre

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

anni di trattamento con bifosfonati il monitoraggio della BMD non è necessario e dovrebbe essere evitato perchè può portare ad errate valutazioni sull'efficacia della terapia.

Fonte:

Bell KJL et al. Value of routine monitoring of bone mineral density after starting bisphosphonate treatment: secondary analysis of trial data. *BMJ* 2009 Jun 27;338:b2266.

Commento di Renato Rossi

Un editoriale di commento [1] suggerisce alcune importanti annotazioni che ci sembra utile riassumere.

Il motivo per cui si chiede una densitometria durante i primi anni di terapia con bifosfonati è per essere sicuri che il farmaco funzioni.

Questo approccio è raccomandato da alcune linee guida, ma in realtà sembra essere fuorviante.

Infatti la densitometria è gravata da un certo margine di errore e bisognerebbe supporre che la terapia con bifosfonati comporti un miglioramento della BMD nei primi anni maggiore di questo margine, cosa che non è.

Una variazione significativa della BMD, superiore al potenziale margine di errore del test, può essere messa in evidenza solo dopo, almeno, 5 anni di trattamento.

In altre parole, sottolinea l'editoriale, anche se quasi tutte le donne beneficiano di un guadagno della BMD grazie al trattamento, la grande variabilità del test nasconde in qualche maniera la risposta reale nel singolo individuo. Un'altra considerazione fatta propria dall'editoriale è questa: solo una piccola parte della riduzione delle fratture associata al trattamento si può spiegare con i cambiamenti della BMD: solo il 16% (per l'alendronato) e solo il 4% (per il raloxifene) della riduzione delle fratture evidenziate negli studi può essere attribuita all'aumento della BMD.

Ancora: con il risedronato la riduzione delle fratture era simile sia nelle donne trattate che avevano avuto un aumento della BMD sia in quelle trattate che avevano avuto una diminuzione della

BMD.

Un altro paradosso è questo: nello studio MORE (veniva usato il raloxifene) le donne trattate che avevano una riduzione del 4% della BMD mostravano una diminuzione delle fratture rispetto alle donne del gruppo placebo che avevano un aumento del 4% della BMD.

Questo potrebbe dipendere da un'importante variazione nella misurazione della BMD oppure da una mancanza di correlazione tra l'effetto antifratturativo dei farmaci e i cambiamenti densitometrici. L'editoriale termina affermando che i veri non responders ai trattamenti antiosteoporotici sono probabilmente rari, se mai esistono, e in molti casi si tratta di cattiva compliance.

Come si vede, l'editoriale mette sul tappeto alcune questioni interessanti e contesta le raccomandazioni delle linee guida.

In effetti se il monitoraggio della BMD non è utile per verificare l'efficacia antifratturativa del trattamento, la sua esecuzione comporta da una parte lo spreco di risorse economiche e dall'altra può far correre il rischio di prendere decisioni affrettate (come per esempio il cambiamento di una terapia efficace) sulla base di dati non affidabili.

Peraltro questi concetti non sono nuovi.

Già nel 2000 Cummings aveva messo in discussione la praticità del monitoraggio [2] e aveva evidenziato un curioso fenomeno definito "regressione verso la media".

Secondo questo fenomeno un paziente che risponde in maniera non usuale ad una terapia probabilmente avrà una risposta tipica se il trattamento viene continuato senza cambiamenti.

Per dimostrare questo fenomeno Cummings aveva valutato se le donne, che durante il primo anno di trattamento continuano a perdere densità minerale ossea, continuano a perderne se la terapia viene protratta oltre l'anno. A tal fine aveva esaminato i dati dello studio FIT e dello studio MORE ed aveva notato che le donne che durante i primi 12 mesi di terapia mostravano la maggior perdita di massa ossea erano anche quelle che avevano più probabilità di guadagnare massa ossea nei periodi

successivi.

Così l'83% delle donne che aveva nel primo anno una perdita di BMD di più del 4% mostrava, nel secondo anno, un aumento del 4,7%.

Al contrario quelle che nel primo anno guadagnavano almeno l'8% di BMD, nel secondo anno andavano incontro ad una perdita media dell'1%.

Cosa ci porta a concludere tutto questo? Che è poco utile controllare la BMD nelle donne in trattamento per osteoporosi, perlomeno nei primi anni di terapia e, soprattutto, che può essere fuorviante sostituire il farmaco in uso sulla base di un parametro strumentale.

Tra l'altro va ricordato che è incerto se soggetti realmente non responders ad una terapia antiosteoporotica possano trarre giovamento da un farmaco alternativo di seconda linea in termini clinicamente importanti come la riduzione delle fratture.

Infatti una revisione sistematica ha dimostrato che esistono buone evidenze di efficacia per vari farmaci usati nella prevenzione delle fratture osteoporotiche, ma i dati sono insufficienti per determinare l'efficacia o la sicurezza relativa di questi trattamenti per mancanza di confronti diretti [3,4].

Referenze

1. Compston J. Monitoring bone mineral density during antiresorptive treatment for osteoporosis *BMJ* 2009 Jun 27;338:b1276
2. Cummings SR et al. Monitoring Osteoporosis Therapy With Bone Densitometry. *JAMA* 2000 Mar 8;283:1318-1321
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3703>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3742>

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Il caso di Giovanni e l'antiaggregante

Un documento di consenso su come ridurre il rischio di eventi gastrointestinali nel paziente in trattamento cronico con antiaggreganti.

Giovanni è un paziente di 57 anni affetto da cardiopatia ischemica. Ha avuto un infarto miocardico senza sopraslivellamento di ST a 56 anni ed è in terapia con ASA, acinibitore, betabloccante e statina.

L'anamnesi evidenzia, a 50 anni, un episodio di emorragia gastrica da ulcera, secondaria all'assunzione di FANS. Per tale motivo è in trattamento gastroprotettivo con un inibitore di pompa protonica a dosaggio pieno.

Durante una visita di controllo Giovanni chiede al medico curante se non sia il caso di sostituire l'ASA con un altro antiaggregante e cita ad esempio un suo conoscente a cui il cardiologo ha consigliato il clopidogrel in quanto per molti anni ha sofferto di ulcera peptica.

E' giustificata la richiesta di Giovanni? Qual è la migliore strategia per ridurre il rischio gastro-intestinale nel paziente in trattamento antiaggregante?

L'American College of Gastroenterology, l'American College of Cardiology e l'American Heart Association hanno recentemente pubblicato un documento di consenso su questo argomento [1,2].

La tabella sottostante riassume in breve i punti principali del documento.

1. Il rischio gastrointestinale di un paziente in trattamento cronico con basse dosi di ASA risulta aumentato in caso di uso contemporaneo di FANS
2. L'associazione fra ASA a basse dosi e coxib comporta un rischio simile a quello derivante dalla associazione ASA + FANS non selettivo.
3. Anche l'aggiunta di anticoagulanti (warfarin, eparina) all'ASA a basse dosi aumenta il rischio
4. Altri antiaggreganti, come per esempio il clopidogrel, non causano di per se ulcere, tuttavia possono interferire con l'angiogenesi e quindi impedire la guarigione di lesioni gastrointestinali già esistenti.
5. La sostituzione dell'ASA con il clopidogrel al fine di ridurre il rischio non è consigliata ed è preferibile aggiungere all'ASA un inibitore di pompa protonica (PPI)
6. Una gastroprotezione con PPI in aggiunta all'antiaggregante è consigliata in caso di anamnesi positiva per ulcera peptica o sanguinamento gastrointestinale e per i soggetti che richiedono una duplice antiaggregazione o l'associazione antiaggregante-anticoagulante
7. L'aggiunta di un PPI all'antiaggregante

te deve essere valutata anche in caso di soggetti > 60 anni, uso contemporaneo di steroidi, presenza di dispepsia o reflusso gastro-esofageo

8. Se il paziente ha un'anamnesi positiva per ulcera peptica si dovrebbe eseguire un test per *helicobacter pylori* e procedere a terapia eradicante se positivo

La consultazione del documento permette di rispondere al quesito posto da Giovanni: è preferibile continuare con l'associazione ASA/PPI.

Renato Rossi

Referenze

1. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. *Am J Gastroenterol* 2008 Nov; 103:2890.
2. Bhatt DL et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation* 2008 Oct 28; 118:1894.

Probiotici per il colon irritabile

Secondo una revisione sistematica i probiotici sono efficaci per il trattamento del colon irritabile, anche se rimangono alcune incertezze.

In questa revisione sistematica sono stati cercati RCT in cui i probiotici fossero paragonati al placebo oppure al non trattamento per almeno una settimana in pazienti adulti affetti da colon irritabile. Sono stati ritenuti idonei gli studi che riportavano come outcomes il dolore addominale oppure i sintomi globali del colon irritabile.

Sono stati inclusi nell'analisi 19 RCT per un totale di 1.650 pazienti. La qualità degli studi è stata giudicata general-

mente buona.

I probiotici si sono dimostrati significativamente superiori al placebo nel ridurre il dolore e gli altri sintomi del colon irritabile (NNT = 4). Tuttavia si è registrata una significativa eterogeneità.

Gli autori concludono che i probiotici appaiono essere efficaci per il trattamento del colon irritabile, ma rimangono alcune incertezze come l'ampiezza del beneficio e se alcuni tipi di probiotici siano più efficaci di altri.

Fonte:

Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, et al. The efficacy of probiotics in the treat-

ment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut*. 2010 Mar;59(3):325-32.

Commento di Renato Rossi

Per la terapia del colon irritabile sono stati proposti vari trattamenti, non tutti con forti prove di efficacia. Anzi le varie linee guida forniscono raccomandazioni spesso basate più sul consenso che sul risultato degli RCT [1].

Il medico sa quanto sia difficile trattare questa condizione e, spesso, non è possibile dire se i miglioramenti che si possono ottenere dipendano dall'andamento ciclico della malattia (caratterizzata da

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

fasi di acuzie e da remissioni spontanee) o dai farmaci usati.

Secondo la revisione recensita in questa pillola un ruolo non trascurabile potrebbero avere i probiotici: il numero di soggetti da trattare per avere un miglioramento del dolore e degli altri sintomi del colon irritabile è particolarmente attraente. Tuttavia va notato che vi sono incertezze ben sottolineate dagli autori, in particolare non si è ben determinato se

un probiotico possa essere più efficace di un altro.

Nella pratica clinica spesso si incontrano pazienti che, di loro iniziativa, assumono probiotici e riferiscono di notare dei miglioramenti. I risultati qui riportati permettono di affermare che, probabilmente, non si tratta solo di un effetto placebo. Per questo, trattandosi, tra l'altro, di una terapia praticamente priva di effetti collaterali, può senza dubbio es-

sere consigliata anche dal medico.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4355>

Nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare

L'aggiunta ai fattori convenzionali di nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare non sembra portare ad un miglioramento apprezzabile del potere predittivo di eventi

Lo scopo di questo studio di coorte svedese era di valutare l'utilità dei nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare quando aggiunti ai fattori di rischio tradizionali. Sono stati studiati 5067 soggetti (età media 58 anni; 60% donne) senza precedenti cardiovascolari, esaminati per la prima volta tra il 1991 e il 1994. Ai partecipanti venne misurata la PCR, la cistatita C, la lipoprotein-fosfolipasi 2, la MR-proADM (midregional proadrenomedullin), il midregional proatrial peptide natriuretico, il peptide natriuretico N-terminale pro B. Il follow-up è durato fino al 2006. Durante lo studio si sono registrati 418 eventi cardiovascolari e 230 eventi coronarici.

L'aggiunta dei nuovi biomarkers alla valutazione del rischio cardiovascolare effettuata con i fattori di rischio convenzionali portò ad una riclassificazione del rischio in una proporzione modesta dei partecipanti: 8% per il rischio cardiovascolare globale e 5% per il rischio coronarico.

Il miglioramento della classificazione

del rischio si osservò soprattutto nei soggetti a rischio intermedio. Tuttavia questa riclassificazione era confinata interamente agli individui che non ebbero eventi cardiovascolari piuttosto che agli individui che svilupparono tali eventi.

Gli autori concludono che i nuovi biomarkers di rischio cardiovascolare possono essere utili a predire futuri eventi, ma il guadagno aggiuntivo rispetto ai fattori convenzionali è minimo. La riclassificazione del rischio migliora negli individui a rischio intermedio molti dei quali, tuttavia, probabilmente non vanno incontro a complicanze cardiovascolari.

Fonte:

Melander O et al. Novel and Conventional Biomarkers for Prediction of Incident Cardiovascular Events in the Community. JAMA 2009 Jul 1;302 (1):49-57.

Commento di Renato Rossi

E' noto che la previsione del rischio cardiovascolare di un paziente si basa su fattori tradizionali ben studiati: diabete, fumo, colesterolemia, pressione arteriosa, età, sesso, obesità, familiarità. Negli ultimi anni sono stati messi a pun-

to alcuni biomarkers di rischio che potrebbero migliorare il potere predittivo dei fattori convenzionali. Ma è davvero così? Lo studio svedese recensito in questa pillola ci dice di no, in questo confermando i risultati di lavori precedenti [1,2].

Melander e coll. concludono che i nuovi biomarkers possono portare ad una riclassificazione del rischio in soggetti a rischio intermedio, ma questa riclassificazione è limitata soprattutto a persone che con poche probabilità avranno degli eventi. Questo dato limita ancor più l'utilità dei nuovi biomarkers: a cosa serve riclassificare dei pazienti se poi questi non sono quelli più a rischio di eventi cardiovascolari?

La ricerca prosegue senza soste e, in un prossimo futuro, potranno, forse, essere disponibili nuovi markers che ci permetteranno di migliorare la nostra abilità predittiva. Per il momento, però, sembra più utile ed economico e meno dispersivo, concentrare l'attenzione sui fattori di rischio più tradizionali.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2616>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2993>

Ancora problemi con la Posta Certificata

Ulteriori chiarimenti sulla Posta Elettronica Certificata (PEC): i professionisti, in certi casi, devono averne due, la CEC-PAC non è sufficiente.

Abbiamo già esposto alcuni problemi

inerenti la PEC nell' articolo

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=356&mode=thead&order=0&thold=0>

Ora si aggiungono nuovi tasselli: è stato chiarito che la CEC-PAC (ossia la Posta Elettronica Certificata rilasciata gratuitamente da INPS, ACI ed Enti pubblici) non soddisfa i requisiti della legge n.2 del 28.01.2009. previsti per i professio-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

nisti iscritti in elenchi o Albi. La CEC-PAC e' destinata ai cittadini in quanto tali, ed unicamente per i contatti con la Pubblica Amministrazione, per cui i professionisti, anche se dipendenti della P.A. che avessero ricevuto da que-

sta una casella di P.E., dovranno munirsi AUTONOMAMENTE di una casella PEC diversa. In altre parole, essi dovranno avere una casella CEC-PAC come cittadini ed una casella PEC come professionisti.

Questa seconda casella e' quella che va comunicata all' Ordine di Appartenenza.

Daniele Zamperini

E' lecito usare lo stampatello nei concorsi pubblici

Il Consiglio di Stato ha indicato la corretta interpretazione delle norme che impongono l' esclusione dal concorso pubblico per riconoscibilita' dell' autore: lo stampatello e la numerazione delle pagine non rientrano in questa categoria

In un concorso pubblico in un Comune del Piemonte, uno dei vincitori era stato escluso per aver usato, nel corso della

prova scritta, la scrittura in stampatello. Un altro concorrente aveva infatti presentato ricorso al TAR, che lo aveva accolto in base al principio che, in tal modo, il concorrente si era reso riconoscibile.

Il Comune aveva presentato appello al Consiglio di Stato il quale (Sez. V, sentenza del 16/2/2010) ha invece annullato la decisione del TAR in quanto l' uso della scrittura a stampatello ha la finalita`

di rendere maggiormente comprensibile un elaborato in sede di concorsi pubblici e non assume carattere di segno distintivo. Anche la numerazione delle pagine per agevolare il lavoro dei commissari nella congerie dei fogli utilizzati dal candidato, secondo la Corte, ha finalita` prettamente ordinatoria.

Il vincitore e' stato quindi reintegrato. Daniele Zamperini

Criticita' procedurali e tecniche sulla Ricetta Elettronica

La volonta' di superare la cronica disorganizzazione della burocrazia mediante l' adozione di sistemi informatici sta contagiando tutti i settori della Sanita'.

La velocita' del cambiamento si sta pero' rivelando eccessiva perche' si manifestano problematiche non previste in tempo, e alle quali il sistema non e' sempre pronto a dare risposta.

Le difficolta' che insorgono per la compilazione e spedizione telematica di ricette, di certificati per invalidita' e di malattia, vengono per lo piu' scaricate addosso ai sanitari, trasformati in semplici "operatori di sistema" e minacciati spesso di sanzioni pesanti.

Il progetto, ormai prossimo, della "ricetta elettronica", ha messo in luce criticita' che devono trovare soluzioni semplici (i medici non sono operatori informatici!) prima della definitiva partenza.

Va premesso che i sistemi informatici di cui abbiamo parlato sono gestiti diversamente, da soggetti differenti, ed hanno caratteristiche diverse.

Esaminiamo, ora, i problemi connessi alla ricetta elettronica. Questo procedimento andrebbe gestito dalle Regioni, e le ricette andrebbero trasmesse al Ministero dell' Economia,

con procedura del tutto diversa dalle certificazioni di malattia e di invalidita', gestite invece dall' INPS.

Le ricette elettroniche sono al vaglio di alcune Regioni incaricate della sperimentazione pratica.

Illustriamo alcune problematiche.

Problemi di gestione dei sostituti

Come e' noto, i Medici di Famiglia sono autorizzati a farsi sostituire nell' attivita' convenzionata con modalita' che, nel tempo, sono state via via meglio definite:

- Per sostituzioni "lampo" (fino a tre giorni) il medico non e' tenuto ad informare la ASL della sostituzione. Il sostituto puo' essere
 - a) un altro medico convenzionato appartenente all' associazione,
 - b) un medico convenzionato non appartenente all' associazione,
 - c) un medico NON convenzionato.

Nel caso a): il sostituto ricetta sul proprio ricettario
Nel caso b) e nel caso c) il medico ricetta sul ricettario del titolare, apponendo il proprio timbro

- Per sostituzioni "brevi" (da 4 fino a trenta giorni) il medico e' tenuto a comunicare la sostituzione alla ASL. La

gestione dei ricettari e' analoga alla precedente.

- Per sostituzioni "prolungate" (oltre 30 giorni) il medico sostituto intraprende rapporti economici diretti con la ASL, ma la ricetta segue il punto precedente

Occorre implementare una procedura informatica che renda possibili e facili le sostituzioni, tenendo conto che sono frequentissime le sostituzioni "lampo", anche solo per poche ore, e che spesso sono affidate (lecitamente) a medici fuori del sistema convenzionale. Inoltre tali sostituzioni sono, frequentemente, sistematiche e abbastanza continuative.

La ricetta informatica dovra' quindi riportare sia i dati del medico titolare che quelli del sostituto, consentendo inoltre al titolare di attivare o chiudere la sostituzione secondo la necessita', programmando anche a priori la durata di questa

Gestione delle diagnosi e dei codici ICD9: il problema delle ipotesi diagnostiche

La gestione delle diagnosi e' molto spi-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

nosa, in quanto l' ICD9 non e' sempre idoneo a rappresentare le condizioni per cui si effettua una prescrizione.

Molto dipendera' dalle soluzioni offerte dai fornitori di software (salvo rimanendo il diritto di libera scelta nel ventaglio di prodotti idonei), tuttavia alcune difficoltà sono insite nel sistema stesso.

Premessa necessaria: il medico deve essere messo in condizione di esprimere la diagnosi "vera", senza aggiustamenti che si rendessero necessari per adeguarsi alle manchevolezze del sistema in quanto tale comportamento sarebbe irrispettosa della verita', delle leggi, e degli interessi dei pazienti, che possono venire gravemente danneggiati.

Va sottolineato a tale proposito che il medico convenzionato e' legittimato ad esprimere la diagnosi anche in forma "non certa", di ipotesi da approfondire, di sospetto o (qualora si tratti di prescrizioni specialistiche o strumentali) di quesiti diagnostici.

Porre il quesito diagnostico e' di particolare importanza nella prescrizione di accertamenti, in quanto fornisce indicazione allo specialista su cio' che si sta cercando e sottolinea che la diagnosi non e' definitiva.

Tuttavia l' ICD9 non contempla diagnosi sospette, probabili, ipotetiche, per cui ogni diagnosi inserita verrebbe considerata come associata.

E' evidente che dare per certa una patologia non ancora accertata puo' distorcere la storia clinica dell' assistito che puo' esserne danneggiato o, al contrario, puo' servirsene in certi casi per ottenere provvidenze a cui non avrebbe diritto.

Il diritto-dovere di indicare una diagnosi "dubitativa" e' lecito, sancito dall' ACN (Art. 51, 59 bis, art. 69, ecc.) e da altre normative generali (per tutte: Decreto 18 maggio 2004 GU 25-10-04, in attuazione delle disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, al punto 2.3.1 del disciplinare tecnico).

Inoltre la ricetta del medico convenzionato, per giurisprudenza ormai costante, e' da considerare Atto Pubblico, facente fede per alcuni aspetti sostanziali, tra cui

la diagnosi. Si veda per tutte Cass. Sezione VI, sentenza del 01-10-2007, n. 35836, che riepiloga altre sentenze: "Le impegnative... non sono delle semplici "domande" basate su giudizi e valutazioni (diagnosi o sospetto diagnostico) di carattere scientifico, ma, al pari di quelle che contengono prescrizioni di medicinali (disciplinate dall'art. 23, D.P.R. cit.), sono espressione di un potere certificativo, in quanto, attraverso la diagnosi su cui si basano, attestano e rendono operativo un interesse giuridicamente tutelabile del cittadino"

Nel rispetto della verita' e delle leggi, quindi, il medico dovra' esprimere la diagnosi in forma di certezza quando questa sia ragionevolmente raggiunta, oppure in forma di ipotesi o quesito clinico nei casi di ragionevole dubbio, e i sistemi informatici dovranno prevedere tali possibilita'.

Gestione delle diagnosi e dei codici ICD9: il problema delle diagnosi multiple

Nella ricetta, lo spazio per l' apposizione del codice diagnostico permette l' apposizione di un solo codice; l' attuale normativa pero' consente di inserire in una ricetta fino a due confezioni di farmaci, anche diversi tra loro.

E' possibile quindi (ed anzi e' frequente) che i due farmaci facciano capo a due patologie diverse. L' esempio classico e' la prescrizione contemporanea di un antiinfiammatorio e di un gastroprotettore, ma possono essercene di innumerevoli. Si dovrebbero, di conseguenza, inserire entrambi i codici, ma la ricetta ne prevede lo spazio per uno solo.

Deve quindi essere prevista la possibilita' di inserire una seconda diagnosi.

Appare inaccettabile l' ipotesi di prescrivere un solo farmaco per ricetta, in quanto trattasi di argomento da trattarsi in sede di Accordo Nazionale.

Per quanto sopra esposto apparirebbe necessario o almeno auspicabile, allo stato attuale, eliminare l' obbligo di codifica ICD9 della diagnosi, lasciandone possibilita' facoltativa solo ai casi di diagnosi ormai associata.

La gestione dell' errore umano

Come in tutte le attivita', e' ipotizzabile una certa percentuale di errori umani nella stampa delle prescrizioni da parte dei medici (per omonimie, fraintendimenti, errori di digitazione o cause di forza maggiore).

La ricetta cartacea permette di porvi facilmente rimedio, strappando quella erronea e riscrivendola da capo. Cio' non e' possibile nel caso di ricetta elettronica, specialmente se spedita in contemporanea alla stampa.

E' necessaria quindi una procedura che permetta di annullare eventuali prescrizioni errate: rimanendo nel database esse potrebbero causare gravi conseguenze, sia al medico che al paziente.

Un esempio banale potrebbe essere quello della prescrizione erronea di un farmaco a cui il paziente e' intollerante, subito rimediata stracciando la ricetta cartacea. Pur non essendone seguita l' assunzione, la prescrizione rimarrebbe pero' nel database traendo in errore eventuali sanitari che lo consultassero, spingendoli a ripetere la prescrizione nella convinzione che il farmaco sia in uso senza problemi.

La ricetta erronea va quindi cancellata dal database o chiaramente contrassegnata come "erronea", indipendentemente dal fatto che sia stata o no ritirata in farmacia.

Per motivi analoghi sarebbe necessaria una procedura che permetta al medico di verificare quali delle sue prescrizioni siano state poi concluse, e se alcune siano invece rimaste in sospenso. Questo per far fronte anche alle eventuali richieste di rinnovo di prescrizione motivati da smarrimento della ricetta o simili.

E' poi possibile che si verifichino guasti o interruzioni del servizio telefonico, o guasti al computer, o altre cause accidentali tali da impedire la trasmissione delle ricette in tempo reale o comunque nei tempi stabiliti. In questi casi, qualora il medico provvedesse all' invio in giorni successivi, si verificherebbe una sfasatura tra le date delle ricette cartacee e quelle inviate per via telematica, che potrebbe generare spiacevoli conseguenze.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

ze, soprattutto dal punto di vista legale. Cio' puo' valere anche per le prescrizioni effettuate a domicilio dopo la chiusura giornaliera dello studio: le ricette cartacee porterebbero una data diversa da quelle telematiche, e la data, per giurisprudenza ormai costante, costituisce elemento ESSENZIALE dell' atto pubblico costituito dalla prescrizione.

E' necessaria quindi una procedura che consenta al medico di correggere l' errore o di segnalare tali circostanze, anche in tempi differiti. Tale procedura e' gia' prevista per i certificati di malattia, ma entro termini molto ristretti.

Qualche nota sui certificati di malattia, e riflessioni di un medico

Problematiche abbastanza simili possono intervenire nel caso delle certificazioni di malattia che, salvo un breve periodo di assestamento di alcuni mesi, tra qualche mese dovranno essere spedite telematicamente all' INPS. Ne parleremo dettagliatamente in altri articoli, ma vorremmo anticipare alcuni punti.

L' INPS ha predisposto da tempo un sistema informatico avanzato, che e' in condizione, almeno in teoria, di gestire il flusso delle certificazioni.

Alcuni dei problemi da noi evidenziati sopra sono stati in effetti gia' presi in considerazione, come ad esempio la possibilita' di correggere o annullare una certificazione sbagliata, seppure con vincoli temporali ristretti (un giorno di

tempo).

La certificazione telematica comporta tuttavia responsabilita' assai pesanti, che costituiscono una frequente causa di contestazione o di denuncia verso il medico.

Analogamente a quanto esposto sopra per le ricette, lo sfasamento di data, ad esempio, seppure dovuto a cause del tutto innocenti, puo' essere fonte di gravi problemi; le sanzioni per omessa spedizione poi appaiono del tutto sproporzionate e ingiustificate.

Le cronache ci informano che anche per mancanze sanitarie piu' gravi le sanzioni sono spesso meno drastiche di quelle previste in questi casi: licenziamento, annullamento del rapporto convenzionale, addirittura la radiazione, sono francamente inconcepibili quando motivati da inadempienze puramente burocratiche. Non va dimenticato poi l' obbligo di certificare solo stati morbosi obiettivamente rilevabili spazza tutta un equilibrio faticosamente raggiunto a proposito delle patologie "soggettive" o comunque non obiettivabili in sede di visita clinica. I problemi che ancora si incontrano nella gestione delle pratiche di invalidita' civile ci rendono inoltre un po' scettici circa fluidita' della prossima procedura di gestione dell' enorme mole (decine di volte superiore) dei certificati di malattia. Ne riparleremo.

Una riflessione di fondo:

Vengono previste ed attuate una serie di

procedure diverse, con password diverse, con collegamenti a siti diversi, per le diverse incombenze che possano presentarsi nel corso della stessa visita: un collegamento (con password e procedura dedicata) per le ricette, un collegamento diverso (anch' esso con password e procedura propria) per il certificato malattia; se poi il paziente chiede anche la certificazione per il riconoscimento dell' invalidita', ci sara' un terzo collegamento, con ulteriore password e ulteriore procedura dedicata.

L' INAIL poi ha la sua procedura propria per la certificazione degli infortuni lavorativi.

Una reale semplificazione prevederebbe invece, ragionevolmente, una fusione di queste incombenze in modo tale che il medico, una volta identificato e accreditato, possa svolgere tutte le sue funzioni con procedura unica e coordinata. Non prevederebbe la necessita' di memorizzare una serie di password, di indirizzi, di procedure tutte diverse tra loro.

Questa e', secondo noi, la reale frontiera dell' ammodernamento della burocrazia sanitaria!

Ora la FNOMCeO e le rappresentanze sindacali mediche (compresi gli stessi co-autori del misfatto, evidentemente pentiti) cercano di ottenere degli aggiornamenti migliorativi. C' e' da augurarsi che la ragione, dalla parte pubblica, prevalga!

Daniele Zamperini (4/4/2010)

Il Ministro corregge alcuni aspetti sui certificati telematici

Mentre scriviamo apprendiamo di una parziale marcia indietro del Ministro, conseguente evidentemente alla forti critiche pervenute da tutto il mondo medico, compreso chi scrive.

Il ministro ha infatti corretto mediante una circolare l' interpretazione (per fortuna in Italia, come e' noto, le leggi prima si fanno e poi si interpretano) a proposito delle sanzioni verso i medici che stilino certificati non veri. Ricordo che, in base al Decreto, emettere un certificato di qualcosa non obiettivabile (una sindrome emicranica, ed esempio) poteva costituire un falso, data l' obbligato-

ria obiettivazione delle malattie.

Da una lettura preliminare della circolare, sembra che ci si rifaccia ad interpretazioni precedenti all' ultimo decreto: salvo restando il principio che sia il lavoratore che il medico vadano pesantemente sanzionati in caso di falso, tuttavia non viene piu' rappresentato come "falso" il certificato che riguardi stati morbosi non obiettivabili.

La diagnosi e la prognosi, infatti, come gia' in uso da tempo, possono essere formulate **"anche per presunzione sulla base di dati riscontrati o semplice-**

mente acquisiti durante la visita".

." Nell'applicazione della norma, - continua la circolare- pertanto è rilevante la circostanza che i dati clinici siano stati o meno desunti da visita."

Questi dati dovranno comunque corrispondere a quanto riulevabile con la comune diligenza medica.

Il medico potra' quindi porre diagnosi presuntive sulla base dell' anamnesi e degli elementi circostanziali rilevati durante la visita, **ma e' essenziale che la visita venga effettuata regolarmente.**

DZ

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Attenzione ai certificati di “Buona Salute”! Vanno dettagliati!

Quando si compila un certificato di buona salute per attività sportiva non agonistica, è necessario dettagliare se vi siano elementi di cautela. Non cedere alle pressioni dell'interessato o dei genitori. (Cassazione n. 3353/2010)

I fatti:

Un minore, nel corso di un allenamento sportivo a scuola, veniva colto da un grave malore con arresto cardiaco transitorio in seguito al quale riportava una sofferenza cerebrale con lesioni motorie.

La scuola aveva richiesto preventivamente un certificato di buona salute e di idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Il medico di famiglia aveva rilasciato tale certificazione generica, senza aggiunte o specificazioni di alcun tipo. In realtà il minore era portatore di una cardiopatia ipertrofica non ostruttiva, diagnosticata in seguito a visita cardiologica, e di cui il medico di famiglia era al corrente.

Malgrado tale referto i genitori avevano insistito verso il medico (la circostanza era stata dimostrata nel corso del giudizio) per assecondare il figlio che desiderava moltissimo giocare al calcio, tanto da iscriverlo ad un torneo di calcetto. Il medico non aveva resistito alle pressioni dei genitori, ed aveva rilasciato il

certificato.

In seguito alle lesioni riportate dal minore il medico era stato denunciato e il Tribunale aveva condannato il medico al risarcimento del danno biologico conseguente all'evento, per violazione dell'obbligo di diligenza previsto dall'art. 1176 del Codice civile.

La sentenza si uniforma al prevalente orientamento secondo il quale l'atto medico comporta l'instaurazione di un rapporto di tipo contrattuale da cui consegue, ad esempio, l'obbligo di informare il paziente di ogni rischio collegato.

Ritiene la Corte che il medico dovesse valutare e correttamente informare il paziente dei rischi che avrebbe corso praticando attività sportiva, tenendo conto del fatto che il certificato poteva essere utilizzato in svariate attività sportive che potevano essere controindicate. Quindi era necessario che il medico, adottasse «un dovere superiore di protezione e rifiutare il certificato medico e/o prescrivere ulteriori accertamenti al fine di delimitare i limiti della pratica sportiva e gli sports praticabili».

Il comportamento del sanitario, quindi, non è stato compatibile con la specifica diligenza richiesta dalla professione, e ciò ha comportato il riconoscimento di

colpa professionale, attenuata solo in parte dalla responsabilità dei genitori (più che dalla loro povertà intellettuale, dal fatto che gli stessi fossero consapevoli della patologia del figlio ma lo avessero ugualmente iscritto al torneo di calcio.

Il danno però sarebbe stato evitato se il medico avesse indicato quali pratiche sportive con limitato impegno cardiocircolatorio fossero effettivamente alla portata del ragazzo.

Il fatto che l'evento morboso si fosse manifestato già nella fase del semplice riscaldamento confermava la totale impraticabilità dell'attività calcistica del minore, per cui il medico non avrebbe dovuto rilasciare un certificato potenzialmente utilizzabile in ogni pratica sportiva, ma doveva indicare puntualmente le discipline sportive praticabili o quelle da escludere.

In definitiva, è importante nei casi dubbi effettuare accertamenti e approfondimenti clinici, e specificare, anche con aggiunte ai moduli prestampati eventuali indicazioni o controindicazioni aggiuntive, anche se tale comportamento rigoroso può creare tensioni nei rapporti con i pazienti.

Daniele Zamperini

L'obiettore di coscienza non può fare il vigile

Il Consiglio di Stato ha stabilito, in una recente decisione (n. 38997/09) che gli obiettori di coscienza non possono entrare in servizio come vigili urbani.

Questo qualora il regolamento comunale preveda per gli addetti alla polizia municipale (come spesso accade) un servizio armato.

E questo anche se non tutti i servizi contemplano il porto dell'arma.

I fatti:

Un obiettore di coscienza (che aveva effettuato il servizio civile alternativo in luogo di quello militare) aveva vinto il concorso per il posto di vigile urbano in un comune italiano. Il secondo classifi-

cato aveva però impugnato la graduatoria sostenendo che l'uomo essendo stato un obiettore di coscienza, non poteva essere idoneo a tale attività.

Questa tesi è stata poi accolta dal Consiglio di Stato che, nelle motivazioni ha affermato che “in presenza di un regolamento comunale che imponga come normale il servizio armato degli addetti alla polizia municipale, l'obiettore di coscienza incorre nella preclusione di cui all'art. 15 della legge n. 230 del 1998”.

I Magistrati hanno aggiunto che “pur rientrando nella discrezionalità dell'Ente locale l'individuazione dei servizi di polizia municipale che vanno svolti in forma armata, vi è un obbligo per tutti

gli addetti in possesso della qualifica di pubblica sicurezza di portare le armi in dotazione durante l'espletamento del servizio allorché il Prefetto ne faccia motivata richiesta”.

Ne è poi scaturita una dichiarazione generale:

“Ne consegue che, dovendo il vigile agente di pubblica sicurezza portare le armi ove addetto a servizi da svolgere in forma armata, per specifica deliberazione comunale o per esplicita richiesta del prefetto, non può acquisire detta qualifica il soggetto in capo al quale sussiste, in base agli artt. 9 L. n. 772/72 e 15 L. n. 230/98, una totale e permanente preclusione all'utilizzo delle armi,” come l'obiettore di coscienza.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “Acque della Salute”
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Il principio acquista quindi una valenza generale, di cui occorrerà tener conto anche in occasione di altre future analoghe situazioni.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Buflocit, Loftyl, Irrodan e Buflomedil EG - Modificate le indicazioni terapeutiche: trattamento sintomatico della malattia vascolare periferica cronica (stadio 2), claudicatio intermittens, in aggiunta ad un altro trattamento medico adeguato, compresa la terapia antiaggregante piastrinica.

Alendronato Ratiopharm - la posologia e modo di somministrazione e gli effetti indesiderati:
- viene inserita una nota per quanto al suo impiego in bambini nella osteogenesi imperfetta (risultati sono insufficienti per sostenerne l'uso in questa indicazione);
- tra gli effetti indesiderati vengono inseriti i capogiri e l'alopecia.

Setriox, Davixon, Ceftriaxone Ratiopharm, Diaxone, Sirtap, Axobat, Ceftriaxone Almus - Aggiunta la seguente avvertenza:
l'assunzione del medicinale può alterare la capacità di guidare veicoli e di usare macchinari.

Zimoser - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:
deficit marcato dell'ormone della crescita negli adulti.

Paclitaxell Ratiopharm - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:
in combinazione con bevacizumab come trattamento di prima linea del carcinoma mammario localmente recidivante o metastatico.

Pravastatina Ranbaxy, Pravastatina Pensa - Tra gli eventi avversi aggiunti:
perdita di memoria, depressione, malattia polmonare interstiziale

CONGRESSO SU RESPONSABILITA' PROFESSIONALE MEDICA

Il 29/5/2010 a Roma, Hotel Villa Eur - Parco dei Pini (P.zza M. da Champagnat), con l'intervento di relatori di primaria competenza, si terrà il Convegno

"Problemi pratici e orientamenti attuali in tema di Responsabilità Professionale per i Medici del Servizio Sanitario Nazionale Dall'atto medico alle aule giudiziarie: conoscere ed evitare i problemi di responsabilità professionale"

**Il Convegno e' accreditato ECM, l'iscrizione e' gratuita.
Sono effettuati in parallelo dei Corsi pratici di medicina clinica:**

- Scompenso cardiaco a domicilio
- Terapia infiltrativa e antinfiammatoria dei principali distretti articolari

nonche' relazioni su problematiche cliniche aventi frequenti riflessi medico-legali

[SCHEDA DI ISCRIZIONE](#) [BROCHURE formato pdf \(1,7M\)](#)

[BROCHURE formato jpg pag. 1](#) (115 K) [BROCHURE formato jpg pag. 2](#) (145 K)

Per spedire la scheda:
Acaya Consulting S.r.l.
Via Orti della Farnesina 107, 00135 Roma
Tel. 06.5947531- Fax 06.59475330 - E-mai: inf@acaya.net

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:
ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>