



Risponde **Mauro Marin**  
Medico di medicina generale  
esperto di problemi normativi

## Responsabilità nel monitoraggio della terapia anticoagulante

Un paziente di 66 anni in terapia anticoagulante orale per attacchi ischemici transitori ha presentato un ictus da trombosi cerebrale con emiparesi destra e afasia, permanenti ormai da tre anni. All'anamnesi presentava, come fattori di rischio cardiovascolare, un'abitudine persistente al fumo (20 sigarette/die) e un'ipertensione arteriosa da circa 12 anni, ben controllata con la terapia in corso. Un eco doppler dei tronchi sovraortici eseguito sei mesi prima dell'ictus aveva rilevato una stenosi alle biforcazioni carotidee del 50-60%.

Dopo il ricovero per ictus il paziente mi ha revocato scegliendo un altro medico di medicina generale e tre anni dopo la revoca ho ricevuto dal consulente tecnico del giudice una richiesta di chiarimenti riguardo le prescrizioni e il monitoraggio della terapia anticoagulante orale. In proposito tengo a precisare che ho prescritto regolarmente l'esecuzione del tempo di protrombina (INR), ma il paziente, consapevole e informato ma incostante, spesso non mi comunicava i risultati e si autoregolava la posologia del farmaco. Così non ho la documentazione dei risultati dell'INR richiestami dal perito del giudice. Come rispondere?

Lettera firmata

La responsabilità del medico sussiste quando si dimostra un rapporto di causalità tra la condotta colposa del medico e il danno patito dal paziente.

Nel caso riportato, il medico curante ha prescritto con diligenza (art. 1176 CC) regolarmente periodici controlli del tempo di protrombina (INR) con richieste di esami multipli (n. 8 a ricetta medica) per monitorare la tera-

pia anticoagulante orale (TAO).

Il medico, nel caso non disponga della documentazione richiesta, può segnalare al perito sia la negligenza del paziente che non ha seguito le prescrizioni e comunicato l'esito degli esami, sia che la relativa documentazione del laboratorio di analisi è rilevabile d'ufficio, ai sensi dell'art. 18 della legge n. 241/1990, presso il laboratorio ospedaliero di analisi mediche a cui i campioni di sangue del paziente sono afferiti.

L'art. 1218 del Codice Civile afferma che il prestatore d'opera che non esegue la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno "se non prova che l'ineadempiamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile".

Va rilevato che il paziente, pur capace di intendere e volere all'epoca precedente l'insorgenza dell'ictus cerebrale e sebbene informato su necessità, scopo, modalità e rischi della terapia, ha mostrato una condotta negligente di scarsa adesione alle prescrizioni mediche, omettendo di eseguire gli esami con la frequenza consigliata e di mostrare al medico curante l'esito degli esami per il necessario monitoraggio e le eventuali variazioni posologiche.

### Adesione alle cure

La letteratura medica ha chiaramente evidenziato che l'adesione alle cure dipende anche dalla condotta autonoma del paziente correlata alle sue condizioni socio-economiche e al suo grado di istruzione e stato mentale (*Am J*

*Geriatr Cardiol* 2007; 16: 280; *Curr Med Res* 2007; 23: 1987).

Comunque, come per il monitoraggio della glicemia nei diabetici, in letteratura scientifica l'autogestione della terapia anticoagulante orale da parte del paziente informato (*BMJ* 2005; 331: 1057; *Lancet* 2000; 356: 97-102) è risultata una pratica riconosciuta di pari efficacia rispetto alla gestione dei pazienti da parte dei Centri ematologici di sorveglianza degli anticoagulanti (*Arch Intern Med* 2003; 163: 2639-46).

Per cui il paziente che decide in autonomia di autocurarsi se ne assume le responsabilità, ma di conseguenza non può poi imputare al medico, impossibilitato a intervenire dalla mancanza di consenso e di adesione alle prescrizioni, la colpa di un eventuale danno conseguente.

In merito al rapporto tra terapia anticoagulante e insorgenza di eventi emorragici o trombotici, va rilevato che il rischio emorragico della TAO è presente anche se il PT si mantiene nell'intervallo terapeutico (*Arch Intern Med* 1984; 144: 1966-8), mentre il rischio tromboembolico persiste comunque anche in corso di terapia anticoagulante correttamente condotta (*NEJM* 2002, 347: 726; *Arch Intern Med* 1998; 158: 873).

La terapia anticoagulante dunque può ridurre il rischio di ictus da tromboembolia, ma non certo azzerarlo (*Lancet* 1996; 348: 633-38).

La letteratura medica ha ben dimostrato che aver avuto ripetuti attacchi ischemici transitori cerebrali (TIA) è di per sé un fattore di maggior rischio per la comparsa di ictus (*JAMA* 1999; 281: 1112-20; *Stroke* 1994; 25: 1320-35). Il rischio di ictus nei soggetti che hanno avuto dei TIA è di oltre 10 volte più alto rispetto alla popolazione generale di pari età e sesso (*Stroke* 1990; 20: 1494-99).

Infine va rilevato che il fumo di sigaretta è uno dei fattori di rischio per l'ictus ([www.spread.it](http://www.spread.it)) e rappresenta una concausa dell'ictus attribuibile a colpa del paziente.