

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA – AMI *Fondato da Mario Menaguale*
LA VOCE DELLO SMI-LAZIO *Sindacato Medici Italiani*

ANNO 17 - N.04
APRILE 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 0266/91 del 3/5/91

POSTE ITALIANE S.P.A.
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004) n. 46
Art. 1 comma 1 - DCB Roma

MENSILE
STAMPA: POSTEL S.P.A.

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
00185 ROMA - VIA MERULANA 272
Tel. 06/4746344 - Fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it

Esordisce a Roma il 21 Giugno il Sindacato Medici Italiani (SMI)

Alla presenza di numerose Autorità, la sezione Laziale del nuovo grande sindacato presenta i suoi programmi

Il 21 giugno, alle ore 19, presso il CCRS-BNL in via Marco Polo 127, a Roma, fa il suo esordio ufficiale (chè in realtà è già attivo da tempo sia a livello territoriale che presso le autorità sanita-



Angelo Filardo, Consigliere Nazionale

rie, la sezione laziale dello SMI (Sindacato Medici Italiani).

Lo SMI è nato dalla fusione delle nuove forze provenienti dall' UNAMEF con sigle sindacali storiche quali l' AMI e, successivamente, il CUMI.

Il gruppo che ne è risultato, forte nel numero e anche nella proposizione di idee e nella difesa della categoria, è ormai presente con ruoli "pesanti" a tutti i livelli.

Il titolo del Convegno "I Medici Protagonisti del Rilancio della Sanità Pubblica" rispecchia già le impostazioni di fondo del nuovo soggetto sindacale; Giuseppe Del Barone, già Presidente FNOMceO e attuale Presidente Nazionale SMI, modererà la tavola rotonda dal significativo titolo "Non solo Tagli". Seguiranno numerosi oratori nazionali e regionali.

Tutti gli interessati sono invitati a partecipare.

Si ricorda che la sede Nazionale dello SMI è a Roma, in via Livorno 36.

La sede regionale del Lazio è in Via Merulana 272

Il balletto degli Inibitori di Pompa Quasi impossibile fare di peggio!

La Regione Lazio si esibisce in una delle sue peggiori prestazioni (complice anche un Sindacato)

E' stata recentemente diffusa:

- la determina del 14 aprile 2007, *che variava:*

- la nota n. 35 del 30 marzo 2007, *che correggeva:*

- la determina del 30 marzo 2007, *che variava:*

- la delibera 197 del 20 marzo 2007, *che integrava:*

- la delibera n. 124 del 27 febbraio 2007 *che disciplinava:*

- le norme prescrittive per i farmaci Inibitori di Pompa Protonica.

Sarebbe più divertente di un film di Totò, se non fosse che dietro ognuno di questi cambiamenti, disposti e firmati sempre dalle stesse persone, ci sono professionisti disperati, che si dibattono tra improvvisi e contraddittori cambiamenti e non sanno come tutelare gli interessi dei propri assistiti.

Cerchiamo di fare il punto (ad oggi, perché l' esperienza ci avvisa che domani sarà di nuovo cambiato tutto):

La Regione Lazio stabilisce il prezzo di riferimento degli IPP allineato a quello meno costoso, incurante del fatto che un' analoga decisione è stata bocciata in Liguria dal TAR.

Gli assistiti, qualora assumano un IPP diverso da quello di riferimento, dovranno pagare la differenza di prezzo.

Tuttavia e' possibile che, in casi particolari, il paziente abbia effettiva

necessità di un *altro* IPP; in questo caso il medico dovrà segnalare la cosa scrivendo in ricetta che il farmaco è "insostituibile".

A questo punto comincia il balletto: non più la scritta in ricetta (anche se non si capisce bene il motivo) ma una cervelotica divisione in categorie distinte da sigle diverse.

Ma dove inserire queste sigle?

Le Regioni hanno a disposizione otto caselle (in alto a destra) dedicate a loro, ma la cosa sarebbe troppo semplice: vanno scritte nella casella destinata alle note AIFA!!

Anzi no: dopo averci riflettuto (?) sopra, il colpo di genio: vanno inserite nelle caselle destinate alle esenzioni per patologia!!!

E gli invalidi di guerra, prima pagavano la differenza come tutti, poi qualche anima buona ha reinterpretato la legge 203 e si e' reso conto che tutto sommato non era il caso di insistere: almeno loro non pagano.

E il personale navigante? Quello SASN? Nemmeno lui paga.

E i medici arrancano in mezzo a un labirinto di sigle ed esenzioni, col continuo rischio di sbagliare e doverne poi rispondere; gli informatici impazziscono per tener dietro ai cambiamenti e adeguare i programmi dei computers.

E non crediamo sia finita qui: *se un paziente è portatore di una malattia rara interessante l' apparato gastroenterico, dove inserira' la sigla che*

Trattamento degli effetti avversi gastroenterici degli oppioidi Come regolarsi?

Gli effetti avversi principali degli oppioidi sul tratto gastrointestinale consistono in nausea e vomito e stipsi, che possono essere leniti da un'opportuna terapia personalizzata.

Nausea e vomito

La nausea si manifesta circa nel 25% dei pazienti trattati con oppioidi, più frequentemente nelle donne piuttosto che negli uomini e negli individui di razza nera piuttosto che nei bianchi (5,7). La nausea può essere provocata da una stimolazione diretta della Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ), ma anche dalla riduzione della motilità gastrointestinale o da un aumento della sensibilità vestibolare (8,13,14). Generalmente non vengono richieste particolari misure profilattiche all'inizio della terapia (5,12). Tuttavia, la nausea ed il vomito indotti dagli oppioidi sono solitamente effetti transitori che necessitano comunque di un trattamento (14).

La scelta della terapia antiemetica dipende dalle caratteristiche del paziente, incluse le patologie concomitanti e la possibilità di reazioni avverse o interazioni farmacologiche. Le opzioni terapeutiche disponibili includono: antipsicotici, metoclopramide, antagonisti della serotonina, antistaminici e corticosteroidi. Questi farmaci possono essere utilizzati singolarmente o in combinazione. La maggiore efficacia di un antiemetico rispetto ad un altro non è stata dimostrata (4). L'identificazione del potenziale meccanismo responsabile della nausea può aiutare nella scelta dell'antiemetico da utilizzare.

(pag. 5)

gli darà diritto alla multiprescrizione?

Che si tratti di pochi pazienti non avrebbe nessuna importanza, perché la salute è un diritto inalienabile anche per un singolo soggetto.

Insomma, aspettiamoci ulteriori cambiamenti. Un breve schema qui sotto

Intolleranti al Lansoprazolo (B)
Allergici al L.

Non rispondenti alla terapia con L. (D)
In terapia con Teofillina e Tacrolimus (E)
In cura con altro IPP fino al termine del ciclo (F)

La sigla va inserita nell' ultima delle caselle destinate alle esenzioni per patologia. Non barrare la N perché annulla l' esenzione. (a pag. 8)

SANITA' : PRECARIATO NO DISOCCUPAZIONE SI'

(pag.2)

Asma e depressione, binomio da evitare

(Pag.2)

Anche le donne sieropositive per HIV possono allattare al seno!

(pag.2)

Ospedale CTO: una risorsa da difendere

(pag.3)

Alla Ricerca delle ORE Perdute

(Pag.3)

Troponine elevate: non sempre è il cuore

(Pag.4)

Se il paziente è reticente, il medico non e' responsabile dell' errore

(pag.4)

Novità dalla ret Qua e là su Internet

A cura di Navigator

(Pag.5)

Statine anche per lo scompenso cardiaco?

(pag. 6)

Miracolina, il dolcificante proibito perché troppo buono

(pag.6)

Pagina SIAMEG

(pag.7)

Pubbligate importanti informazioni

Sul Bollettino Regionale del 20/3/2007 è stata pubblicata la Determina del 27/2/07 n D0704 riguardante la rilevazione delle zone carenti di assistenza primaria.

Nello stesso Bollettino è stata pubblicata la Determina del 27/2/07 n. D0703 con la graduatoria degli aspiranti ad incarico a tempo indeterminato nelle attività di Continuità Assistenziale.

Ricettazione IPP nel Lazio

Le attuali norme, che una nota Assprofar-Federfarma definisce "nuova cervelotica modalità di esenzione pretesa dalla FIMMG":
- Tutti, tranne gli Invalidi di Guerra (G1 e G2) le vittime del Terrorismo (V01) e i naviganti (SASN) pagano la differenza col Lansoprazolo. Per questi pazienti è sufficiente inserire la sigla dell' esenzione.
- Non pagano i seguenti soggetti:

Intolleranti al Lansoprazolo (B)
Allergici al L.

Non rispondenti alla terapia con L. (D)
In terapia con Teofillina e Tacrolimus (E)
In cura con altro IPP fino al termine del ciclo (F)

La sigla va inserita nell' ultima delle caselle destinate alle esenzioni per patologia. Non barrare la N perché annulla l' esenzione. (a pag. 8)

SANITA' : PRECARIATO NO – DISOCCUPAZIONE SI'

L'avvento del nuovo governo con le ultime elezioni introduceva un senso di speranza in molti cittadini che vedevano, per le promesse fatte in campagna elettorale, la risoluzione di uno dei problemi maggiormente sentiti e che attanaglia la nostra società " il precariato". Certamente lo stato di cose che si era verificato negli anni precedenti non permetteva a persone di trenta-quaranta anni, sforziamoci di chiamarli ancora giovani, di programmare una vita futura basata sulla certezza di un lavoro e quindi di uno stipendio, fornendo così a questi comuni mortali la possibilità di fissarsi almeno un obiettivo. Casa, famiglia, figli, magari "Dico", hobby, vacanze eccetera, insomma tutto ciò che di più umano una persona può desiderare per condurre un'esistenza normale e dignitosa, sono ormai un sogno? Certamente in questi ultimi anni avere un'attività, non dico fissa ma sicura, intendendo con essa un livello remunerativo quantomeno costante, è diventata una vera chimera. Sarà per la globalizzazione, sarà per le più avanzate tecnologie che richiedono sempre minor forza lavoro, sarà per la perdita di competitività delle nostre capacità produttive, sarà quel che sarà la triste realtà è che oggi per campare bisogna fare salti mortali e lesinare su tutto, pregando Dio di poter continuare a provvedere alle esigenze delle nostre famiglie, ma i nostri figli? Quanta incertezza in questo nostro vivere, quante difficoltà nel poter entrare nel mondo del lavoro, quante giornate sprecate nella frenetica ricerca di annunci – concorsi per ottenere una speranza di sistemazione per non farci sentire inutili incapaci esclusi dalle attività lavorative che nobilitano l'essere umano. Questo stato di cose è evidente anche nel nostro mondo sanitario, tanto più è elevato il titolo di

studio tanto più si evidenzia la quasi totale assenza di opportunità di lavoro. I neo laureati in medicina e chirurgia dovranno seriamente pensare ad espatriare se vorranno trovare concrete possibilità d'impiego per fare quella attività per cui hanno studiato e faticato per diversi anni, assunzioni niente. Sperare di entrare nell'assistenza primaria o nella continuità assistenziale o nella medicina di servizi, specialistica ambulatoriale, significa munirsi di una notevole capacità di resistenza per continuare a sopravvivere in attesa che il precariato quotidiano, fortunato già chi lo ha, si trasformi per un qualche miracolo in posto fisso da titolare. Andando poi a curiosare su altri tipi di laurea ci accorgeremo che biologi, chimici ecc. ecc. rappresentano il meglio del precariato anche perché, sono proprio queste figure professionali che a forza di contratti a progetto o similari portano avanti il settore della ricerca che potrebbe dare innumerevoli soddisfazioni per il buon nome dell'Italia, invece no, se vali e vuoi continuare devi espatriare. Osservando un altro settore della salute, la farmaceutica, ci accorgiamo che chi aveva impostato la sua vita sul buon andamento di esso, sta facendo i conti con una fase critica dell'industria farmaceutica, dove esisteva ed esiste il precariato ma adesso sentiamo parlare e vediamo solo licenziamenti senza tanti scrupoli, qui siamo nell'industria nel mondo delle multinazionali dove esiste solo il profitto e quindi, se l'andamento del mercato viene ad essere fortemente condizionato da provvedimenti che ne riducono sempre più i margini di guadagno e d'investimento, non rimane altro che ridurre la forza lavoro e quant'altro determini spese non giustificatamente produttive, e allora via. Entrando poi nei campi propri di quelle figure pro-

fessionali altamente qualificate, infermieri tecnici di laboratorio, di radiologia ecc. ecc. e andando oltre assistenti sociali, osa, oss, chi più ne ha più ne metta ci accorgeremo che entriamo nel pieno delle cosiddette cooperative, forme a mio avviso deleterie qualunque esse siano poiché non trovo in esse quelle tutele che ogni lavoratore dovrebbe avere, ma che sono diventate forme di potere politico a cui si delegano funzioni e vantaggi che non sempre vanno a tutti i partecipanti permettendo così allo stato di levarsi un problema e dall'altra favorendo "amici" e "amici degli amici" per una proficua e potente forma di attività lavorativa. Concludendo il mio ragionamento mi piacerebbe sapere; a quando la fine del precariato nella sanità, a quando contratti che possano salvaguardare la capacità d'acquisto degli operatori del settore, a quando una seria e reale programmazione d'investimenti e forza lavoro nel mondo della sanità a 360 gradi, quando avremo una dirigenza politica che ragionerà e promuoverà interventi non parcellari per bieco interesse, ma attuerà riforme complessive e condivise per l'intero mondo sanitario con l'unico obiettivo di valorizzare la salute in quanto bene assoluto per tutti noi? Angelo Filardo

Cabergolina: solo dietro prescrizione del neurologo

Modificata la scheda tecnica delle specialità medicinali contenenti cabergolina (Dostinex, Cabaser, Actuale), con la segnalazione di gravi effetti indesiderati: fibrosi e valvulopatia cardiaca. Il provvedimento stabilisce anche che le specialità medicinali a base di cabergolina devono essere dispensate, dietro presentazione di ricetta medica

utilizzabile una sola volta, su prescrizione del medico specialista in neurologia. Sulla base della predetta prescrizione specialistica, della durata di validità massima di mesi sei, possono essere effettuate prescrizioni anche dal medico curante o da un medico del Servizio sanitario nazionale, alle quali va sempre allegata la prescrizione specialistica.

Asma e depressione, binomio da evitare

Se l'asmatico è anche depresso corre un rischio molto elevato di scarsa compliance alla terapia antiasmatica. In questo studio prospettico di coorte sono stati arruolati 59 pazienti adulti (età media 43,2 anni, 64% donne, 80% afro-americani) ricoverati per riacutizzazione asmatica. I pazienti sono stati valutati per la presenza di sintomi depressivi mentre grazie ad un sistema di monitoraggio elettronico è stato valutato l'uso di steroidi inalatori orali fino a 2 settimane dopo la dimissione. Il 45% dei pazienti aveva livelli elevati di depressione. L'aderenza alla terapia era minore nei pazienti con importanti sintomi depressivi, anche dopo aver corretto i dati per vari fattori di confondimento (età, sesso, educazione). Avere alti livelli di sintomi depressivi era associato ad una probabilità circa 11 volte superiore di cattiva compliance alla terapia antiasmatica. Gli autori concludono che sintomi

depressivi sono frequenti in pazienti ricoverati per riacutizzazione asmatica e sono associati ad un aumentato rischio di scarsa aderenza alla terapia antiasmatica. Non sappiamo però se lo screening e il trattamento della depressione possano migliorare l'aderenza alla terapia e gli esiti dell'asma.



Fonte: Chest 2006 Oct; 130: 1034-38

Commento di Renato Rossi
Questo studio ci dice che, nei pazienti ricoverati per riacutizzazione asmatica, forse sarebbe utile valutare la presenza di eventuali sintomi depressivi perchè, una volta dimessi, vi è un rischio elevato che non venga seguita scrupolosamente la terapia prescritta.

Tuttavia bisogna osservare che lo studio ha arruolato un numero molto piccolo di pazienti e che questi potrebbero non essere rappresentativi dell'intera popolazione degli asmatici (per esempio ben l'80% dei casi era rappresentato da afro-americani).

E' difficile quindi trasferire queste conclusioni alla pratica clinica, anche se l'invito degli autori a valutare la presenza di sintomi depressivi in chi viene ricoverato per asma è degno di considerazione. In realtà, come conclude lo studio stesso, non sappiamo se uno screening della depressione e un suo eventuale trattamento sarebbero in grado di migliorare l'aderenza alla terapia e a lungo termine le conseguenze dell'asma.

Ospedale CTO: una risorsa da difendere

Mozione di Antonio Bertolini al Municipio di Roma XI: un centro d' eccellenza non va distrutto ma diversificato e sviluppato

Il nostro iscritto Antonio Bertolini, Capogruppo Ulivo presso il Municipio di Roma XI, ha presentato una vigorosa mozione in difesa del più importante presidio ortopedico- traumatologico della città, a rischio di progressivo smantellamento.

Il testo della mozione:
PRESO ATTO

del progetto di ristrutturazione da parte della Direzione ASL RMC dell'Ospedale CTO, che mirerebbe ad un ritorno alla vocazione ortopedico traumatologica, nell' ambito del risanamento economico regionale ed aziendale del bilancio e del riordino organizzativo generale, con relativa riduzione di posti letto negli ospedali.

CONSIDERATO che una eccellenza ortopedico traumatologica, nel quadro della collocazione nella Rete della Emergenza Cittadina, come Centro Traumatologico Zonale e Pronto Soccorso dedicato, sia un obiettivo sanitario da perseguire, ma che tale eccellenza può ottenersi soprattutto con aumento della qualità dell'offerta esistente e non solo con un aumento dell'offerta quantitativa di posti di elezione.

VALUTATO

che il rischio di perdere il Pronto Soccorso generale ora attivo punto di riferimento, per un PS ortopedico-traumatologico dedicato, si ripercuo-

terà in modo negativo con la riduzione, di prestazioni erogate in regime di ricovero in reparti quali: la Breve Osservazione, la Cardiologia - che



anzi avrebbe bisogno di una emodinamica d'urgenza interna ed esterna - la Chirurgia Generale non solo d' Urgenza, la Day Surgery, l' Oculistica, l'Urologia ed altri servizi; che questi reparti sono di primaria importanza per la salvaguardia della salute dei cittadini del nostro Municipio, considerando la salute non solo come risposta tecnica alla soluzione di problematiche sanitarie, ma come risposta globale che non può disgiungersi da altri indicatori quali la vicinanza dal proprio domicilio come opportunità dei familiari, spe-

cie in caso di anziani, di supportare gestionalmente ed affettivamente le cure ed il recupero funzionale dei ricoverati.

che perdura la cronica carenza di servizi territoriali - poco o nulla e' stato fatto negli ultimi sei anni in tema di aumento di ambulatori, consultori, servizi pubblici e dotazioni tecnologiche al territorio;

in particolare sono totalmente insufficienti:

- i centri di recupero funzionale - imprescindibili in un progetto di elezione ortopedico traumatologica del CTO;

- i posti letto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali;

- il servizio di Assistenza Domiciliare, con fruibili dimissioni protette h24.

IMPEGNA il Presidente e l'Assessore competente a trasmettere questa mozione all'Assessore Regione Lazio Tutela Salute e SSR ed alla Direzione della ASL RMC ed istituire un tavolo di consultazione che prenda in considerazione le esigenze socio sanitarie del Municipio Roma XI e garantisca una gradualità del processo di trasformazione del CTO, che sia preceduta dall'aumento dell'offerta di servizi sul Territorio gestita dal Distretto Sanitario RMC XI.

Anche le donne sieropositive per HIV possono, anzi devono, allattare al seno!

Secondo uno studio di coorte sud-africano anche le donne sieropositive per HIV dovrebbero allattare al seno il loro bambino.

L'allattamento al seno è una pratica economica e utile, soprattutto nei paesi del terzo mondo, per ridurre le morti nel primo anno di vita, in particolare quelle dovute a malattie infettive e a diarrea. Tuttavia in genere viene sconsigliato l'allattamento al seno alle madri sieropositive per HIV in quanto si stima che vi sia una probabilità del 10-20% di trasmettere il virus tramite il latte materno. Uno studio

allattamento al seno dovrebbero portare a cambiare le attuali raccomandazioni dell'OMS circa l'alimentazione nei bambini nati da madri sieropositive.

Come si spiegano questi risultati? L'esclusiva alimentazione con latte materno nei primi tre mesi di vita, spiegano gli autori, rafforza la mucosa intestinale che funziona come una barriera per il virus, ma questa protezione viene compromessa se al latte materno si aggiungono alimenti solidi o latte in polvere umanizzato.

Fonte: Lancet 2007 Mar 31; 369:1107-1116

Commento di Renato Rossi
Lo studio di Coovadia e coll. non è il primo a dimostrare l'utilità dell'allattamento al seno nelle madri sieropositive. Già in precedenza era stato evidenziato che l'allattamento esclusivo al seno nei primi mesi di vita riduce il rischio di trasmissione dell'HIV e aumenta la sopravvivenza libera dall'infezione [1]. Inoltre in un altro studio randomizzato [2] si è visto che l'allattamento al seno associato alla profilassi nel bambino con zidovudina è preferibile alla stessa profilassi con allattamento artificiale: a 7 mesi i bambini allattati con latte in polvere avevano una mortalità doppia rispetto a quelli allattati al seno (9,3% vs 4,9%; P = 0,003), anche se la differenza diminuiva col passare del tempo e diventava non più significativa a 18 mesi.

pubblicato dal Lancet effettuato in Sud-Africa va però in senso opposto. Si tratta di uno studio di coorte non randomizzato in cui sono state arruolate 2722 donne, sia portatrici del virus HIV che non portatrici. A sei settimane allattati al seno risultò infetto dal virus HIV-1 mentre a 6 mesi la percentuale saliva al 19,5%. Il rischio di trasmissione del virus era associato ad una conta CD4 materna inferiore a 200 per µL e ad un peso alla nascita del bambino inferiore a 2500 grammi. Tuttavia il rischio di acquisire l'infezione, rispetto a chi era alimentato esclusivamente al seno, risultò circa 11 volte più elevato nei bambini che ricevevano anche cibi solidi; il rischio era aumentato, pur se non in maniera statisticamente significativa, anche nei bambini che ricevevano un allattamento misto, in parte al seno e in parte con latte di formula. La mortalità a 3 mesi fu del 6,1% nei bambini allattati esclusivamente al seno e del 15,1% nei bambini che avevano ricevuto cibi solidi.

Gli autori concludono che l'associazione tra aumento del rischio di trasmissione dell'HIV ed allattamento misto e l'evidenza dell'utilità dell'esclusivo

Un editorialista, commentando lo studio del Lancet, suggerisce che facilitare e promuovere l'esclusivo allattamento al seno è una pratica economica che ha in sé il grande potenziale di ridurre la trasmissione dell'HIV dalla madre al bambino nei primi mesi di vita sia in contesti a bassa che ad alta prevalenza del virus.

Bibliografia

1. AIDS 2005;19:699-708.

2 JAMA 2006 Aug 16;296:794-805.



ALLA RICERCA DELLE ORE PERDUTE

Ben duemila ore di medicina dei servizi sono da assegnare su tutto il territorio laziale!



Quasi 2000 ore settimanali! A l'aspetto legale in termini di responsabilità e risarcimento. In quasi tutti gli altri, invece, sono state tagliate attività che evidentemente i dirigenti hanno ritenuto di poter eliminare in totale disprezzo dei buchi che venivano a creare in una pianta organica della loro Azienda in nome di un malinteso risparmio. Se qualcuno negli anni passati si è fatto bello della propria oculatezza dirigenziale acquisendo punti per la propria carriera personale, lo ha fatto in totale disprezzo non solo dei medici ma anche e soprattutto dei cittadini utenti. È ovvio infatti che i medici dei servizi sono stati obbligati a sopportare il maggiore onere di lavoro precedentemente svolto da altri medici incaricati, a fronte peraltro di un conseguente disservizio per gli utenti che si è realizzato quanto meno in termini di attesa o in lunghe file oppure con appuntamenti postdatati. La previsione ottimistica di un precariato agli sgoccioli Dopo aver visto il bicchiere mezzo vuoto, vale ora la pena di rinforzare occhiali rosa e vedere lo stesso bicchiere mezzo pieno.

Probabilmente la dirigenza che ne aveva la responsabilità ha così interpretato il trend distruttivo di questa sottovalutata area ed ha deciso di conseguenza di attuare un discutibile risparmio aziendale eliminando di fatto ore di retribuzione della medicina dei servizi. Un malinteso intento di risparmio e la decisione impropria di stornare verso l'Ospedale le ore di Medicina dei Servizi. In alcuni casi, pochissimi per fortuna, queste ore sono state addirittura stornate a favore di un settore, quello ospedaliero che nulla ha a che spartire con il contratto della medicina generale. Di questo

È sufficiente fare due conti per valutare quanti incarichi a dodici o a ventiquattro ore ne derivino, sia pure dopo aver dato risposta positiva alle richieste di aumento orario. Queste ore settimanali devono essere tutte assegnate e, di conseguenza, un buon numero di medici in graduatoria otterranno l'incarico a tempo indeterminato ed usciranno definitivamente dal precariato. Al tavolo tecnico regionale per la Medicina dei Servizi si sta lavorando in tal senso; spiace però constatare, ancora una volta, la lentezza con cui procedono le cose nella sanità della nostra regione.



Sembra impossibile che in tempi di informatica, quando già si è ritenuto di renderla obbligatoria negli studi dei Medici di Famiglia, non sia possibile ottenere velocemente i dati richiesti per poter procedere alla formazione di una graduatoria, con l'accettabile sicurezza di non veder fioccare ricorsi a decine e decine. Ma così è. La Medicina dei Servizi sconta una ventennale politica di obsolescenza programmata. Una politica che ha avuto una svolta decisiva e rivoluzionaria solo nell'ultimo anno; quando, con la sanatoria, si è deciso di riaprire quest'area professionale che era stata erroneamente sottovalutata e disprezzata, ma che in futuro si dovrà considerare come la chiave di volta per un sistema sanitario da reinventare ex novo sul territorio. Ma di questo riparleremo.

Floriana Riddei

Il posto di lavoro ideale è definito come ambiente sicuro e salutare, nel quale le persone possono esprimere il loro potenziale attraverso un lavoro essenzialmente gratificante e per il quale vengono ri-

In USA ritirata la pergolide per rischio di valvulopatia

La ditta produttrice in USA della pergolide ha sospeso la commercializzazione del farmaco per effetti collaterali a carico delle valvole cardiache.

La FDA ha notificato la decisione della ditta produttrice della pergolide di sospendere la commercializzazione del farmaco per le segnalazioni sempre più numerose e documentate sugli effetti a carico delle valvole cardiache correlati all'uso del farmaco.

FDA raccomanda di non sospendere bruscamente l'assunzione del farmaco, ma di ridurlo gradualmente e di rivolgersi al proprio medico per le alternative terapeutiche.

Fonte: FDA <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/pergolide.htm>

P.S.: si ricorda che le decisioni dell'FDA non hanno effetto diretto sulle norme prescrittive europee, e possono servire solo come utili indicazioni

Troponine elevate: non sempre è il cuore

In circa un paziente su due un aumento delle troponine non è dovuto ad una patologia cardiaca ma la causa sottostante potrebbe avere una prognosi anche peggiore.

In questo studio israeliano sono stati reclutati 635 pazienti che avevano un aumento delle troponine (> 0,1 ng/mL). Gli autori hanno rivalutato retrospettivamente le cartelle cliniche di ogni paziente: nel 53% dei casi si trattava di una sindrome coronarica acuta (la diagnosi veniva effettuata seguendo le linee guida dell'European Society of Cardiology/American College of Cardiology), mentre nel 41% dei casi l'aumento era dovuto ad una causa nota per poter aumentare il livello di troponine ma non cardiaca (per esempio sepsi o embolia polmonare). Nel rimanente 6% dei casi la causa è rimasta sconosciuta. Il livello medio di troponine era di 1,5 ng/mL nel caso di origine cardiaca e di 0,6 ng/mL per le cause non cardiache.

Il valore predittivo positivo (VPP) di troponina T elevata per diagnosi di sindrome coronarica acuta era solo del 56% in generale e del 48% per valori compresi tra 0,1 e 1,0 ng/mL. Importante per interpretare il test sono anche la funzionalità renale e l'età. Per esempio in soggetti > 70 anni con ridotta funzione renale il valore predittivo positivo per livelli compresi tra 0,1 e 1,0 ng/mL era solo del 27%; in soggetti della stessa età ma con funzione renale normale e livelli di troponina > 1,0 ng/mL il VPP era del 90%.

La mortalità intraospedaliera risultò superiore in chi aveva un aumento delle troponine da cause

non cardiache rispetto a chi aveva un aumento da sindrome coronarica acuta.

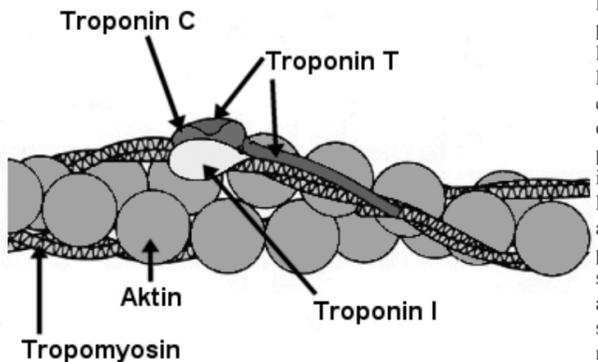
Fonte: Arch Intern Med 2007 Feb 12; 167:276-81.

Commento di Renato Rossi
Questo studio è interessante per vari aspetti. Intanto perchè dimostra che solo in poco più della metà dei casi un aumento delle troponine è dovuto ad una causa cardiaca: in circa 4 pazienti su 10 l'alterazione può essere legata a patologie gravi come una sepsi o un'embolia polmonare ed in questi casi la prognosi è addirittura peggiore che se il paziente avesse una sindrome coronarica acuta.

In secondo luogo i medici dovrebbero ricavare da questo studio, soprattutto quelli che lavorano in un Pronto Soccorso, l'avvertenza che dimettere un paziente con livelli elevati di troponine perchè si è esclusa una patologia cardiaca può essere pericoloso.

Infine lo studio suggerisce che l'interpretazione del test deve tener conto di alcune variabili come l'età del paziente, l'entità dell'alterazione e la funzionalità renale. Tuttavia non va scordato che sono state descritte moltissime cause di aumento delle troponine [1]: traumi, cardioversione, chirurgia cardiaca, periodo post-operatorio, scompenso cardiaco, valvulopatie aortiche, ipertensione, ipotiroidismo, malattie infiammatorie, embolia polmonare, sepsi, ustioni, sarcoidosi, emocromatosi, e altre.

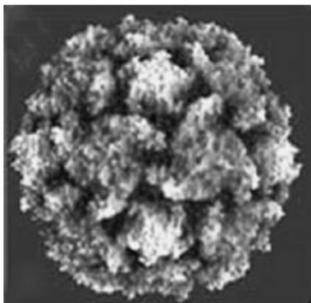
Bibliografia
1. J Am Coll Cardiol 2006;48:1-11



Diagnosi presuntiva veloce di mononucleosi

Un rapporto linfociti/globuli bianchi superiore a 0,35 permette di differenziare nella quasi totalità dei casi una tonsillite da mononucleosi da una tonsillite batterica.

Esaminando i dati di 100 pazienti con tonsillite batterica e di 120 pazienti con tonsillite da mononucleosi alcuni ricercatori hanno proposto un metodo rapido per differenziare le due condizioni. Il metodo consiste nel calcolare il rapporto tra linfociti e numero totale dei globuli bianchi. Infatti questo rapporto



era in media di 0,1 nel gruppo tonsillite batterica e di 0,54 nel gruppo mononucleosi. Gli autori consigliano un cutoff di 0,35. Per valori inferiori non vale la pena di chiedere un mono-test, mentre per valori superiori si ha una sensibilità per diagnosi di mononucleosi del 90% e una specificità del 100%.

Fonte:
Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133:61-64.

Confermato vecchio assioma: ridurre il sale fa bene

Una dieta povera di sale riduce il rischio di cardiopatia

La riduzione dell'apporto alimentare di sale potrebbe portare, nel lungo periodo, ad una riduzione degli eventi cardiovascolari.

Negli studi TOHP I (744 soggetti) e II (2382 soggetti) si riscontrò che la riduzione dell'introito di sodio portava ad una piccola ma significativa riduzione della pressione arteriosa negli adulti (età 30-54 anni) sia normopeso che sovrappeso con pressione normale-alta. La riduzione della quantità di sodio introdotto con la dieta era di circa il 25-30%. I pazienti nel braccio interventivo avevano ricevuto istruzioni su come identificare il sodio negli alimenti, monitorare l'assunzione di sodio e scegliere o preparare piatti con poco sale. A 18 mesi nel TOHP I l'escrezione di sodio rispetto al baseline era ridotta di 44 mmol/die e nel TOHP II, dopo 36-48 mesi, di 33 mmol/die. In entrambi gli studi la pressione sia sistolica che diastolica si ridusse di poco meno di 2 mmHg.



Dopo la fine dei due studi i pazienti sono stati seguiti per altri 10-15 anni (fase osservazionale) al fine di valutare gli eventi cardiovascolari. Si è trovato che nei soggetti inizialmente randomizzati ad una riduzione dell'apporto di sodio il rischio di eventi cardiovascolari (infarto, stroke, rivascolarizzazione o morte cardiovascolare) risultava ridotto del 25%. Dopo aver corretto i dati per vari fattori di confondimento (escrezione basale di sodio, peso, età, razza, sesso, ecc.) la riduzione degli eventi cardiovascolari diventava del 30%. Si osservò anche una riduzione della mortalità totale, non significativa dal punto di vista statistico. In particolare si ebbero eventi cardiovascolari nel 7,5% del gruppo interventivo e nel 9,0% del gruppo controllo (HR 0,75; IC95% 0,57-0,99). Tuttavia scomponendo i dati per i due studi, la riduzione era significativa per il TOHP I ma non per il TOHP II.

Fonte:BMJ 2007 Apr 28; 334:885

Se il paziente è reticente, il medico non è responsabile dell'errore

E' esclusa la colpa professionale medica quando la carenza di notizie in sede di anamnesi sia così radicale e generale da non offrire al sanitario gli elementi necessari a formulare una valida ipotesi diagnostica e cio' non sia sanabile da quanto rilevabile in sede di esame obiettivo o durante il periodo di osservazione del paziente.

Il caso in oggetto riguarda soprattutto i medici di pronto soccorso, ma è estendibile a tutta la categoria.

I fatti
Il signor GC di 58 anni, in seguito ad un episodio di epistassi, si recava al PS di un ospedale milanese. Veniva riscontrata una pressione arteriosa elevata (195/95) senza elementi obiettivi al torace e senza notizia di precedenti anamnestici rilevanti. Un successivo controllo pressorio rilevava una diminuzione della P.A. a 150/75, per cui il paziente veniva dimesso con prescrizione di una visita otorinolaringoiatrica da effettuarsi lo stesso giorno. Durante il rientro a casa il C accusava un improvviso malore e decedeva improvvisamente.

Il medico di P.S. veniva quindi accusato di omicidio colposo per non aver effettuato tutti gli esami necessari per verificare l'entità della perdita ematica e, altresì, indagare le cause dell'emorragia nasale.

In occasione del processo di primo grado si rilevò che il defunto GC era portatore silente di epatomegalia steatosica su base etilica e di cardiopatia ipertensiva. Inoltre, il giorno stesso del decesso, il paziente aveva presentato un'emorragia gastrica da flogosi diffusa della mucosa gastrica. Si ipotizzò dunque, da parte del Consulente Tecnico del Pubblico Ministero, che una verosimile diatesi emorragica avesse comportato un aumento della P.A. tesa a compensare la perdita di sangue, dando luogo all'epistassi profusa che a sua volta aveva portato a ulteriore aumento dei valori pressori con cedimento del muscolo cardiaco, già menomato dalla cardiopatia ipertensiva.

Il Consulente d' Ufficio, invece, aveva concluso diversamente, sostenendo che dall'analisi dei soli elementi di giudizio disponibili all'atto della dimissione dal P.S., non vi era prova della necessità di un diverso atteggiamento terapeutico

del medico di guardia, il quale si era trovato di fronte ad una vicenda clinica di estrema difficoltà tecnica, evolutasi in modo sfavorevole per il carattere di imprevedibilità e perniciosità delle patologie da cui era affetto il GC, di cui era totalmente all' oscuro.

Il Tribunale accoglieva le tesi dell' accusa, e il medico di P.S. veniva condannato a 6 mesi di reclusione con la sospensione condizionale.

Il medico proponeva appello contestando la sussistenza sia di una colpa professionale, sia di un nesso causale del suo operato con il decesso. La Corte d'appello riforma totalmente la sentenza di primo grado, assolvendo l' imputato con formula piena.

Veniva evidenziato, da Giudici d' Appello, che dalla documentazione sanitaria risultava che il paziente era entrato nella struttura sanitaria "sveglio" e con un respiro "normale", "il sanguinamento dal naso in pronto soccorso non era in atto", il paziente stava in piedi, perfettamente collaborante e cosciente, tanto da poter rispondere con prontezza e lucidità alle domande che gli venivano rivolte; i valori di pressione arteriosa erano poi andati diminuendo fino ad assestarsi su 150/75.

La figlia aveva dichiarato che il padre non aveva mai avuto problemi di salute, escludendo che il padre bevesse in modo particolare, e sottolineando che non si era mai assentato dal lavoro per causa di malattia.

Andava escluso, quindi, che al medico e al personale del PS fossero stati forniti, anche dal paziente, dati e informazioni diversi.

C'era stata quindi una totale carenza di informazioni utili a fini diagnostici e, in particolare, di informazioni (su malattie e terapie pregresse e in atto, su un qualunque quadro di possibile rilievo sintomatologico, su abitudini di vita comunque significative) in grado di orientare il sanitario nella varietà e complessità delle patologie che possono determinare l'epistassi, o essere direttamente o indirettamente collegate al verificarsi di tale fenomeno. Il decesso successivo, poi, non aveva presentato aspetti che potessero indurre in sospetto il sanitario.

Il medico veniva quindi assolto. (Corte d'Appello di Milano - Sez. II - 06-11-2006)

Novità dalla rete—Qua e là su Internet— A cura di Navigator (A. Ciammaichella)

GANGRENA VENOSA: RARO CASO CLINICO

Giovane tossicodipendente – sciolta una compressa di triazolam in acqua – se l'è iniettata in una vena del braccio dx. Dopo un giorno compare colorito intensamente nerastro delle ultime falangi della mano, seguito da tumefazione locale. Ricoverato in una Divisione di Medicina dell'ospedale S. Giovanni, è stata subito diagnosticata "gangrena venosa". Nonostante una intensa cura con eparina e antiaggreganti, in pochi giorni la gangrena si è estesa quasi completamente alle dita, mentre la tumefazione dell'avambraccio si è sempre più accentuata, accompagnandosi anche a grossolane vesciche emorragiche. Facile la spiegazione: il paziente si iniettò il triazolam in una vena non superficiale, ma profonda, causandone una flebite ad un tempo traumatica e chimica. Il trombo, divenuto completamente occludente, ha totalmente bloccato il reflusso venoso.

Mancando ogni miglioramento – nonostante l'intensa e precoce terapia – il paziente fu inviato per la terapia iperbarica al Policlinico Umberto I, con la speranza che una intensa O2-terapia potesse dare un miglioramento: nessun risultato.

Una mattina i Sanitari del "S. Giovanni" non lo trovarono più in corsia. Nella nottata il paziente aveva tentato di scassinare il bar dell'ospedale: preso dagli Agenti di P.S., fu inviato al carcere di Rebibbia. Non se ne è saputo più nulla.

Liberalizzare la droga? "Principiis obsta"!

DISABILI A CAVALLO: IL C.R.E.C.

La riabilitazione del disabile mediante l'equitazione è una terapia che già da molti anni è diventata operativa in numerosi centri italiani. Concetto base

è che con l'equitazione il cavallo trasmette al cavaliere una grande serie di stimoli motori, psicologici, sensoriali e relazionali tali da costringerlo a misurarsi con lui. Quando il cavaliere è un portatore di Handicap tali stimolazioni possono essere opportunamente sfruttate per la terapia riabilitativa.

Di questa problematica si occupa da molto tempo il C.R.E.C. (Centro di rieducazione equestre Capitolium), fondato dal Lions Club Capitolium e presieduto dal Dott. Angelo Russo. Associato all'ANIRE (Associazione nazionale italiana di Rieducazione equestre) FISE CONI, il Centro si avvale di Medici e operatori specialistici. Le lezioni si svolgono presso i maneggi della Società ippica romana, dell'8° Reggimento Lancieri di Montebello, del Reggimento Carabinieri a cavallo e del Reparto a cavallo della Polizia di Stato.

Un convegno sul C.R.E.C. ha avuto luogo presso l'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria, Lungotevere in Sassia 3. Moderatore il Prof. Alessandro Ciammaichella, Primario medico. Tra i relatori il Prof. Vincenzo Saraceni, Ordinario di Medicina fisica e riabilitativa, Università La Sapienza. Per informazioni: Dott.ssa Paola Colacchia, tel. 06 – 35354019, per gli Atti.

IPERPARATIROIDISMO: QUANDO OPERARE ?

Tale affezione è dovuta ad iperproduzione di PARATORMONE, sostenuta da un tumore – più spesso adenoma, molto più di rado adenocarcinoma – o



da iperplasia diffusa delle paratiroidi. Nel 70% dei casi è asintomatico. L'iperparatiroidismo associato ad urolitiasi è il quadro clinico più frequente. L'impegno osseo comprende grave demineralizzazione, cisti, deformità scheletriche con o senza fratture, osteopatia fibrosa cistica di Racklinghausen. L'intervento chirurgico è, in linea di massima, indicato se presenti le seguenti complicazioni: nefrolitiasi metabolicamente attiva, alterazioni scheletriche importanti, ipertensione severa, pancreatite, ipercalcemia superiore a 11 mg%.

VIDEOCAPSULA PER LA GASTRITIS

Addio alla gastroscopia. Una videocapsula contenente una microtelecamera, che perlustra alla velocità di 2 immagini al secondo, ingerita con un sorso d'acqua, permette di visualizzare esofago e stomaco in modo non invasivo. Cento specialisti italiani si sono confrontati, portando i loro contributi, nel Congresso nazionale sulla "Videoesoscopia con capsula", promosso dall'ospedale San Giuseppe Moscati di Avellino. Si è così tracciato un primo bilancio di questa nuova tecnica diagnostica a 4 anni dal primo utilizzo negli ospedali italiani. La validità della metodica anche in campo pediatrico è stata illustrata da Gian Luigi de Angelis, Primario pediatra dell'Ospedale di Parma, e da Luigi Dall'Oglio e Filippo Torroni del Bambin Gesù di Roma. La videoesoscopia si è rivelata utile per diagnosticare in particolare le emorragie occulte esofago-gastriche e altre patologie che sfuggono alle diagnostiche tradizionali, consentendo di scoprirne la causa nell'80% dei casi.

LEPTINA INSULIA E TONO VASCOLARE

La leptina, ormone secreto dagli adipociti, agisce sui suoi recettori specifici del senso della fame posti nell'ipotalamo. Essa rappresenta un segnale periferico dell'omeostasi energetica: il suo aumento nel sangue induce sazietà; all'opposto, contrasta il dimagrimento e l'impoverimento delle scorte energetiche. Oltre a questi effetti metabolici, la leptina, insieme all'insulina, è stata studiata circa le azioni sul tono vascolare (Aretini A. : IRCCS Neuromed, Camerella, Isernia). In quest'ottica entrambi gli ormoni hanno effetti contrastanti. Stimolano il simpatico per cui inducono vasocostrizione: ciò, specialmente nell'obesità e nel diabete, favorisce le lesioni vascolari. Ma, potenziandosi a vicenda, svolgono anche un effetto positivo che ha il suo "target" vascolare nell'endotelio: entrambi stimolano il rilascio di NO (sono perciò vasodilatatori) ed anche l'angiogenesi.

MISCELLANEA

DECAFFEINATO? NO, GRAZIE!

Lo studio CALM (Coffee and Lipoprotein Metabolism), condotto su 187 partecipanti e presentato a Dallas, ha dimostrato che un certo abuso di caffè decaffeinato ha fatto aumentare le apo-B e i NEFA, onde può rappresentare un rischio cardiovascolare. Sono permesse 1 o 2 tazzine.

BRADICARDIA COSTITUZIONALE

Un gruppo di ricercatori del Laboratorio di Fisiologia molecolare e Neurobiologia dell'Università di Milano, coordinati da Dario Di Francesco, ha dimostrato per la prima volta una causa genetica della bradicardia costituzionale: ne è responsabile la mutazio-

ne di una particolare proteina. Una nuova strada per la terapia delle cardiopatie.

RUBOXISTAURINA E NEFROPATIA DIABETICA

La ruboxistaurina, prima di una nuova classe di farmaci per la cura della microangiopatia diabetica, ha dimostrato in uno studio pilota di ridurre del 24% l'albuminuria, indicatore del danno renale diabetico.

METABOLISMO DELLA NICOTINA E PATOLOGIA C.V.

L'escrezione urinaria della nicotina e della COTININA, il suo principale catabolita, nei pazienti con malattie cardiovascolari (C.V.) è ridotta rispetto ai soggetti sani. Un motivo in più perché il cardiopatico non deve assolutamente fumare (Chaine R., Nicotine Metabolism, Mall Cell 2005 dec.; 280 : 241)

APPARECCHIO PER MASSAGGIO CARDIACO

Costruito, ma non ancora in commercio, un apparecchio automatico per massaggio cardiaco esterno. Posizionato sulla parete toracica anteriore, si avvale di un pistone che comprime e decomprime aritmicamente il torace. Prezioso per la rianimazione cardiologica.

PROBIOTICI: QUANDO COME PERCHÉ?

Il ben noto "equilibrio microbico" intestinale significa che la flora microbica "buona" – utilissima in quanto produce particolari vitamine – tiene a freno quella "cattiva". Gli antibiotici per os tendono a distruggere i microbi utili, onde prevalgono quelli nocivi: ne conseguono segni di avitaminosi e sintomi colitici. I probiotici apportano la flora microbica fisiologica, per cui hanno valore preventivo e terapeutico.

(da pag. 1)

Tattamento dei più comuni effetti avversi gastroenterici degli oppioidi

Gli antipsicotici agiscono bloccando i recettori dopaminergici situati all'interno della CTZ (15). Gli esperti considerano aloperidolo (0.5-2 mg 2-4 volte al giorno per via orale) e perclorazina (5-10 mg ogni 6-8 ore per via orale o 25 mg ogni 12 ore per via rettale) i farmaci di prima scelta nel trattamento dell'emesi di origine centrale (4,11). Pur essendo economici, il loro utilizzo può comunque comportare la comparsa di effetti avversi quali acatisia, reazioni distoniche, sedazione ed ipotensione ortostatica.

Un'altra opzione terapeutica è data dalla metoclopramide (5-10 mg 4 volte al giorno per via orale o endovenosa) che blocca i recettori dopaminergici nella CTZ e stimola la peristalsi incentivando il rilascio di acetilcolina (16). L'uso di tale farmaco spesso viene limitato dalla comparsa di effetti a carico del SNC (sedazione ed effetti extrapiramidali).

Gli antagonisti della serotonina (Granisetron 1 mg 2 volte al giorno per via orale o endovenosa; Ondansetron 4 mg 2-4 volte al giorno per via orale o endovenosa) inibiscono il rilascio di serotonina, principalmente a livello del tratto gastrointestinale e secondariamente a livello centrale (16). Questi agenti sono molto utili nella prevenzione della nausea e del

vomito conseguenti a chemioterapie e radioterapie (17). Sebbene tali farmaci siano privi di effetti avversi extrapiramidali, l'uso routinario di antagonisti della serotonina nel trattamento della nausea da analgesici oppioidi presenta spesso dei costi proibitivi. Per tale ragione, questi farmaci non vengono solitamente considerati agenti di prima scelta rappresentando comunque una valida alternativa nei pazienti in cui altri farmaci risultano inefficaci o poco tollerati (17).

I farmaci antistaminici e anticolinergici (Difenidramina 25-50 mg ogni 6 ore per via orale o endovenosa) riducono la sensibilità vestibolare indotta dagli analgesici oppioidi. I pazienti che manifestano nausea correlata alla deambulazione ricevono maggiori benefici dai farmaci che antagonizzano gli effetti dell'acetilcolina e dell'istamina (18). L'uso di tali farmaci spesso è limitato dalla sedazione e dai disturbi ortostatici che essi possono provocare.

I corticosteroidi agiscono con un meccanismo d'azione ancora poco chiaro. Nervosismo, confusione e aumento dell'appetito rappresentano i principali effetti avversi associati all'uso di tali farmaci.

Stipsi

La costipazione è l'effetto avverso più comune degli oppioidi e per minimizzarlo è necessario intraprendere terapie profilattiche. Gli analgesici oppioidi riducendo la motilità intestinale, le secrezioni ed il flusso sanguigno determinano frequentemente la formazione di feci dure e secche (19-21). La costipazione indotta dagli oppioidi è dose-correlata e la tolleranza nei confronti di tale effetto si sviluppa raramente. L'obiettivo della terapia consiste nel portare il paziente ad effettuare un'evacuazione ogni 1-2 giorni (20).

Per minimizzare il rischio di costipazione dovrebbero essere incentivati i trattamenti non farmacologici quali incremento dell'assunzione di liquidi o di cibi ricchi di fibre, incremento dell'attività fisica (quando possibile) ed esercizio routinario delle funzioni intestinali (22). La monoterapia con emollienti delle feci (Sodio docusato 100-400 mg una, due volte al giorno) viene considerata inefficace e spesso viene richiesto l'uso di lassativi stimolanti (2). Non esistono studi comparativi per valutare la maggiore efficacia di un lassativo rispetto ad un altro. Tuttavia un approccio comune consiste nell'uso programmato di senna con o senza l'aggiunta di emollienti delle feci (2,4). Se il paziente non riceve un adeguato beneficio si può prendere in

considerazione la possibilità di effettuare una terapia con un lassativo osmotico (Sorbitolo: da 15 a 60 ml al giorno per via orale; Lattulosio: da 15 a 60 ml al giorno per via orale; Polietilene glicole: 17 g in 200 ml di acqua per via orale). Un'altra opzione terapeutica è rappresentata dai lassativi formanti mass (Metilcellulosa: da una a tre volte al giorno per via orale; Policarbofil: da una a quattro volte al giorno per via orale; Psillio: da una a tre volte al giorno per via orale), nonostante questi richiedano un'adeguata assunzione di fluidi che può non essere appropriata in tutte le popolazioni di pazienti (20). Può essere necessario l'uso periodico di lassativi salini o la somministrazione di suppositori o enteroclistmi.

Una valida alternativa terapeutica è rappresentata dal fentanil per via transdermica. Sebbene tale farmaco possa dare costipazione, l'effetto sembra essere meno evidente rispetto a quello indotto dagli oppioidi per via orale (22-24). In uno studio di coorte retrospettivo è stato osservato che l'uso di ossicodone per via orale presenta un rischio di costipazione superiore rispetto all'uso di fentanil per via transdermica (23). Un trial clinico randomizzato ha verificato una significativa riduzione della costipazione nel grup-

po di trattati con fentanil rispetto a quello dei soggetti in terapia orale con morfina a rilascio sostenuto (29% e 48% rispettivamente).

Una strategia per ridurre gli effetti avversi degli analgesici oppioidi consiste nell'utilizzare delle dosi molto piccole di antagonisti oppioidi (26-29). Il razionale di tale terapia consiste nel fatto che questi farmaci (come il naloxone) esercitano un effetto bifasico per cui la somministrazione di dosi molto basse da una parte riduce gli effetti avversi dell'oppioide e dall'altra ne aumenta l'effetto analgesico (26,29). Molti dei dati sono comunque limitati ai pazienti trattati con antagonisti oppioidi per via endovenosa (26-28). La concomitante infusione endovenosa di naloxone e morfina è stata studiata ma ha fornito risultati controversi (26-28). Quindi, altre ricerche sono necessarie prima che tale trattamento possa essere considerato routinario.

Fonte: A. Oteri: Trattamento degli effetti avversi comuni indotti dagli oppioidi; www.farmacovigilanza.org 29 voci bibliografiche:www.pillole.org

Statine anche per lo scompenso cardiaco?

Le statine potrebbero essere utili nello scompenso cardiaco, sia di origine ischemica che non ischemica, ma sono necessari studi randomizzati e controllati per trarre conclusioni definitive.

In uno studio di tipo osservazionale sono stati analizzati i dati di 24.598 pazienti (età media 71 anni), sia ospedalizzati che ambulatoriali, ai quali era stata posta una diagnosi di scompenso cardiaco nel periodo 1996-2004.

Il 51% dei pazienti aveva cominciato ad assumere statine nei 4 mesi precedenti la diagnosi di scompenso. Questo sottogruppo evidenziava più frequentemente del sottogruppo che non aveva ricevuto statine un pregresso infarto miocardico, una coronaropatia, un intervento di rivascolarizzazione coronarica, diabete o ipertensione. Inoltre si trattava di soggetti più spesso di sesso maschile e più giovani. Il follow-up medio dello studio è stato di 2,4 anni. Dopo aggiustamento per fattori confondenti, l'uso delle statine risultava associato ad una mortalità più bassa (14,5% versus 2-5,3%/anno; Hazard Ratio 0,76; IC95% 0,72-0,80). Più basso risultava anche il rischio di ricovero per scompenso cardiaco (Hazard Ratio 0,79; IC95% 0,74-0,85). Questi risultati erano indipendenti dalla etiologia dello scompenso e dalla presenza o meno di cardiopatia ischemica o altre caratteristiche cliniche.

Fonte: Go AS et al. Statin therapy and risks for death and hospitalization in chronic heart failure. JAMA 2006 Nov 1; 296:2105-11.

Commento di Renato Rossi

Oltre alle loro proprietà ipocolesterolemizzanti le statine sono dotate di numerosi altri effetti ancillari (proprietà pleiotropiche): sulla funzione endoteliale, sulla flogosi, sui processi trombotici, sullo stress ossidativo, sulla proliferazione cellulare e financo sul rimodellamento ventricolare e sull'ipertrofia cardiaca. Si può ipotizzare quindi un loro uso esteso nei pazienti affetti da scompenso cardiaco di etiologia non solo ischemica. Analisi secondarie di alcuni studi randomizzati sulle statine (CARE, 4S) hanno suggerito che le statine potrebbero ridurre la progressione verso l'insufficienza cardiaca.

Uno studio osservazionale [1] su quasi 55.000 pazienti dimessi dall'ospedale dopo un ricovero per scompenso cardiaco ha dimostrato che chi veniva dimesso con una statina aveva una ridotta mortalità sia ad un anno (HR 0,80) che a tre anni (HR 0,82), indipendentemente dai livelli di co-

lesterolo, dall'età e da una storia di cardiopatia ischemica.

Un'analisi a posteriori [2] dello studio Val-HeFT (in cui veniva testato il valsartan in pazienti scompensati) ha dimostrato che la mortalità, in un periodo di 2 anni, era del 17,9% in chi assumeva statine e del 20,3% in chi non le assumeva (HR 0,81; IC95% 0,70-0,94).

Esiste anche un piccolo studio randomizzato e controllato [3] su 108 pazienti affetti da scompenso cardiaco non ischemico in cui la somministrazione di atorvastatina (20 mg/die) ha prodotto, dopo un anno, il miglioramento della frazione di eiezione ventricolare sinistra rispetto al placebo, ma non una riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni. Tuttavia si tratta di uno studio con poca casistica e di durata limitata per poter trarre qualche conclusione, sia in un senso che nell'altro.

Purtroppo tutte le evidenze disponibili derivano per ora da studi di tipo osservazionale e l'analisi a posteriori degli RCT sulle statine ci aiuta poco. Infatti in una revisione sistematica [4] della letteratura esistente si evidenzia che nei trials in cui sono state testate le statine come farmaci ipolipemizzanti i pazienti con scompenso cardiaco erano sistematicamente esclusi, per cui rimane da stabilire quale possa essere l'utilità di questi farmaci in tali pazienti.

In effetti sono in corso RCT (tra cui il GIS-SI-HF italiano) che stanno valutando l'efficacia della terapia con statine versus placebo nella insufficienza cardiaca.

Come concludere per il momento?

Anche se le evidenze derivanti da studi osservazionali lasciano intendere che le statine potrebbero essere utili nei pazienti con scompenso cardiaco, fino a che gli RCT attualmente in corso non saranno completati, riteniamo che questa classe di farmaci dovrebbe essere usata solo in particolari sottogruppi di pazienti scompensati (per esempio se coesiste diabete, cardiopatia ischemica, arteriopatia periferica, ecc) ma che sia ancora prematuro un uso estensivo in tutti i casi.

Bibliografia

1. Circulation 2006 Feb 28; 113:1086-92.
2. Int J Cardiol 2006 Oct 16 (pubblicato online anticipatamente)
3. J Am Coll Cardiol 2006 Jan 17; 47:332-7
4. PLoS Medicine 2006 Vol. 3, No. 8 (Aug), e 333 DOI: 10.1371/journal.pmed.0030333

Le norme per il possesso dei cani pericolosi

Dato il clamore suscitato dai recenti fatti di cronaca riguardanti i cani pericolosi, riteniamo utile ricordare la normativa attualmente in vigore.

E' infatti ormai entrata in vigore dal 14/1/2007 l'Ordinanza del 12 dicembre 2006 del Ministero della Salute (G.U. n. 10 del 13.01.2007) "Tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione di cani."

Il provvedimento, la cui efficacia è stata limitata al termine di un anno (per cui dovrà essere rinnovata o rivista per il 2008), tra le altre cose stabilisce il divieto di addestramento all'aggressività, del taglio della coda e delle orecchie ai cani (e di qualsiasi intervento chirurgico finalizzato a scopi non curativi).

Per quanto riguarda l'obbligo d'uso di museruola o guinzaglio, la legge stabilisce:

- museruola e guinzaglio sono alternativi quando i cani circolano per le vie pubbliche;

- entrambe le protezioni vanno applicate per tutti i cani quando si trovano nei locali pubblici e sui mezzi pubblici di trasporto.

- Vanno usati entrambi gli strumenti per i cani appartenenti alle razze "aggressive" indicate in calce allorché si trovino in qualsiasi luogo pubblico o aperto al pubblico.

- I proprietari di queste razze aggressive hanno obbligo di stipulare una apposita polizza di assicurazione per la responsabilità civile per danni contro terzi.

Fanno eccezione i cani dei non vedenti o non udenti, addestrati come guida e quelli

in dotazione alle Forze armate, di Polizia, di Protezione Civile e dei Vigili del fuoco.

I servizi veterinari tengono aggiornato un archivio dei cani morsicatori e dei cani con aggressività non controllata (quelli che, non provocati lede o minaccia l'integrità fisica altrui) rilevati, nonché dei cani di cui all'elenco allegato al fine di predisporre i necessari interventi di controllo per la tutela della incolumità pubblica.

La proprietà di questi animali è vietata ai delinquenti abituali o a chi abbia subito condanne penali o sia sottoposto a misure preventive.

Compiti di controllo sono affidati alle ASL.

Elenco delle razze canine e di incroci di razze a rischio di aggressività:

American Bulldog;
Cane da pastore di Charplanina;
Cane da pastore dell'Anatolia;
Cane da pastore dell'Asia centrale;
Cane da pastore del Caucaso;
Cane da Serra da Estrella;
Dogo Argentino;
Fila brasiliano;
Perro da canapo majoero;
Perro da presa canario;
Perro da presa Mallorquin;
Pit bull;
Pit bull mastiff;
Pit bull terrier;
Rafeiro do alentejo;
Rottweiler;
Tosa inu.

Miracolina, il dolcificante proibito perché troppo buono

E' diffusa recentemente su Internet la notizia di un nuovo farmaco dagli effetti miracolosi, detta appunto, "Miracolina". Se sia verità o leggenda metropolitana, si dovrà verificare.

Sembra (continuiamo ad usare il condizionale) che ormai in Giappone i diabetici e gli obesi abbiano trovato il toccasana: il bar-pasticceria «Miracle Fruit» di Tokio, offrirebbe una serie di leccornie assolutamente acaloriche e prive di zuccheri, cattivissime, ma che diventano buonissime se vengono assunte dopo aver masticato una piccola bacca rossa offerta dalla casa.

Il succo di questa bacca avrebbe la proprietà di alterare la sensibilità del palato per 30-60 minuti, facendo avvertire come dolci tutti i sapori, anche aspri e amari. La bacca rossa proviene da una pianta nativa dell'Africa Occidentale, il Synsepalum Dolcificum, usata da secoli dagli africani per insaporire i cibi.

In Giappone, la bacca miracolosa è stata messa in commercio, mentre in Europa è sconosciuta e in America è addirittura vietata, per disposizione della Food and Drugs Administration, l'autorevole ente che autorizza l'uso dei farmaci in America.

Il motivo del divieto non è mai stato chiaro, ma taluni hanno sospettato che ci siano state pressioni dalla potente industria zuccheriera o dall'industria farmaceutica: mentre vietava la miracolina, il FDA stava per autorizzare la vendita dell'aspartame, il dolcificante chimico prodotto dal colosso farmaceutico Searle, diffuso (con un giro di miliardi di dollari) in tutti i supermercati, nelle bevande gassate «senza calorie» e in pseudo-zuccheri ipocalorici commerciati con vari nomi. In Europa l'aspartame è indicato come additivo E 951.

Ci sono dubbi sull'inoquinà dell'aspartame, sospettato di essere neurotossico: un medico americano, H. J. Roberts, ha scritto un libro di successo, di 1038 pagi-

ne, sui pericoli della sostanza: «Aspartame Disease, an Ignored Epidemic».

E' in corso in USA un processo collettivo, su richiesta di migliaia di consumatori, che chiede all'azienda farmaceutica 350 milioni di dollari per i danni causati dalla sua sostanza.

Secondo le accuse, la Searle avrebbe nascosto i danni neurologici e fisici procurati dall'aspartame.

Mentre l'aspartame muove un giro di miliardi di dollari, ed è stato sostenuto da personaggi potentissimi, la Miracolina invece, pur non avendo effetti collaterali, manca totalmente di santi in paradiso. Anzi, viene osteggiata in quanto potenziale concorrente.

L'umile pianta africana, dicono i trattati, è di difficile commercializzazione perché la proteina si degrada rapidamente, tuttavia in Giappone ne vendono i frutti surgelati, e vendono anche pasticche di Miracolina.

Anzi, da qualche tempo hanno modificato geneticamente una lattuga in modo che produca miracolina senza bisogno di importarla dall'Africa.

L'Africa produce un'altra pianta dolcificante senza zucchero, il Thaumtoococcus Daniellii.

La proteina che si trova nei suoi rossi frutti, taumatina (dal greco «tauma», miracolo) ha un potere dolcificante 2.500 volte quello dello zucchero.

In Giappone la conoscono da vent'anni, e in Europa è autorizzata come additivo E-957; anche questa non ha calorie, non fa ingrassare e non dà problemi ai diabetici, ma non è sostenuta da alcuna multinazionale, solo da reti del commercio solidale in Ghana. Una curiosità: ciò che fanno i giapponesi col Synsepalum, lo facevano da tempo (più modestamente) gli osti nostrani, che "addolcivano il vino cattivo con il finocchio da cui appunto il verbo "infinocchiare"...

DZ

Fonte: Maurizio Blondet Wwww.uffedieffe.com

A.M.I. - ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272 - Tel. 06 4746344
Fax 06 4871092 - E-mail: siameg@tin.it

Il sottoscritto Dr. Nato a
Prov....., il .../.../..., residente..... Prov.....
Via N. CAP tel.
con stu. in Via N. CAP tel.
cell..... E-mail.....
ASL di appartenenza Codice Fiscale

Operante nel/i seguente settore/i:

1. Medico Medicina Generale n° Reg.	9. Medicina dei Servizi-Titolare Cod.Reg. N°
2. Specialista Ambulatoriale	10. Emergenza-118 Cod.Reg.N°
3. Medico Dipendente	11. Continuità Assistenziale-Sostituto
4. Ospedaliero	12. Medicina dei Servizi-Sostituto
5. INPS	13. Specializzando
6. Libero Professionista	14. Non Inserito e/o Abilitato dopo il 31/12/94
7. Universitario	15. Pensionato
8. Continuità Assistenziale Titolare-Cod.Reg. N°	

CHIEDE
di essere iscritto all'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA;
a tal fine versa tramite c/c postale n° 66584004 intestato a: ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - A.M.I. - Tesoreria Nazionale, o tramite c/c bancario n° 16004 intestato ad A.M.I. Associazione Medica Italiana, presso BNL Ag. 19 Via Santa Prisca, 28 ABI 01005 CAB 03219, la quota di iscrizione, e:

DICHIARA che l'iscrizione
*** ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata, salvo comunicazione scritta di revoca.**

SOCIO ORDINARIO:	Settori dal n° 1 al 10	€ 100,00 annue
	Settori dal n° 11 al 15	€ 60,00 annue
SOCIO SOSTENTORE:	tutti i settori	€ 200,00

DATA _____ FIRMA _____

Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale:
 SI NO

LEGGE 675/96: ai sensi della Legge 675/96, presto il mio consenso a che l'AMI utilizzi i miei dati personali.

FIRMA _____



La pagina della SIAMEG

a cura di Franco Sciarra e Cristina Patrizi




S.I.A.M.E.G.
 Società Italiana di Aggiornamento
 per il Medico di Medicina Generale

Roma, 3 – 4 Maggio 2007

Corso Base di

Radiologia Odontostomatologica

Direttore:

Dott. Paolo Dotallevi
Responsabile Area Didattica
Radiologica Siameg

Segretario Scientifico:

Dott. Enrico Moglioni
Responsabile Area Didattica
Implantologica Siameg

Docenti

Dott. Enrico Moglioni, Dr.ssa Emanuela Rastelli, Dr.ssa Giuseppina Laganà,
Prof. Eugenio Pezzuti, Odtc. Michele Pascucci, Dott. Paolo Dotallevi

Sede del Corso

EOSMED - Via Prenestina 321 Roma

18 CREDITI ECM

n. accr. 5298/274661

Segreteria Organizzativa

SIAMEG Via Merulana 272 Roma 06-4746344

Il corso è patrocinato da



DIETA PER EPATITI ACUTE E CRONICHE (a cura di E. Porru)

Alimenti permessi nella dieta quotidiana:

Prosciutto crudo e cotto, purchè magro e poco salato.
Riso o pasta, condita con olio extravergine di oliva o sugo di pomodoro poco condito e poco cotto.
Carni magre, cotte preferibilmente arrosto o alla griglia (manzo, vitello e coniglio).
Pesci magri, preferibilmente lessati (sogliola, nasello, trota).
Verdure e legumi preferibilmente cotti e conditi con olio e limone. Le patate possono essere assunte purchè lesse.
Latte e yogurt e formaggi magri (mozzarella, scamorza, ricotta di latte vaccino, quattirolo) Tutti i tipi di frutta, purchè fresca e matura.
Dolci da forno tipo crostate; marmellate; miele e gelatine di frutta.
Il pane è preferibile consumarlo leggermente tostato.
Per i condimenti usare solo olio extravergine d'oliva.
Sono consigliate acque minerali a medio contenuto di sali, non gasate; tè leggero.

Alimenti permessi con moderazione (1-2 volte alla settimana)

Brodo di carne sgrassato.
Carne di maiale magro ai ferri o arrostita; fegato di vitella ai ferri; trippa lessata.
Caciotta fresca, grana padano, provolone dolce.
Uova di gallina fresche crude o alla cocque.
Vino bianco o rosso leggero (max 12°) un bicchiere da 150 cc.
Caffè leggero, massimo due al giorno.
Grissini, crackers e fette biscottate a basso contenuto di grassi.

Alimenti da escludere:

Tutti gli antipasti molto grassi e molto conditi.
Paste molto elaborate tipo tortellini, ravioli ecc..
Carni grasse (anatra, oca, maiale grasso, gallina, agnello). Assolutamente sconsigliati cervello ed interiora.
Cavolfiore, cavoli, melanzane, piselli, fave, peperoni, ravanelli, funghi.
Pesci grassi (cefali, sardine); vongole; ostriche e caviale.
Uova in frittata al burro con salse piccanti o maionese.
Mandorle, noci, arachidi e nocciole.
Dolci di pasticceria, cioccolato, gelati, bibite ghiacciate, aperitivi, vino sopra i 12,5°, birra, liquori, tè e caffè forti.
Burro e margarina, specie se cotti, senape, mostarda, salse piccanti ed estratti concentrati di brodo.

3° Corso di Aggiornamento ECM per Biologi Chimici E Tecnici di Laboratorio Biomedico

SABATO 14 APRILE 2007

- 8.00 : Pre-Test
 8.15 : **F.SCARLATA** – Professore Aggregato di Malattie Infettive – Università di Palermo – **Sensibilità, specificità e valore predittivo dei tests diagnostici** - Lezione – Casi simulati – Discussione
 9.15 : **M. SAPIENZA** – Direttore U.O. Malattie Infettive – P.O. Nicosia – **Epatiti virali oggi in Sicilia** – Lezione-Casi simulati-Discussione
 11.15 : Pausa Caffè
 11.30: **F.SCARLATA** – **I markers diagnostici delle epatiti virali: tecniche ed interpretazione** - Lezione – Casi simulati – Discussione
 12.30 : **D.PUGLIESE** - Dirigente Biologo P.O. Aiuto Materno – Palermo – **Autoimmunità ed epatite** - Lezione – Casi simulati - Discussione
 13.30-14.30 : **Esercitazioni in laboratorio (metodiche RIA)**

VENERDI' 4 MAGGIO 2007

- 14.00 : **R.AGLIASTRO** - Direttore U.O. Medicina Trasfusionale e Immunoematologia – ARNAS Civico-Palermo – **Sicurezza del sangue e organizzazione del Servizio Trasfusionale secondo la nuova normativa** -Lezione-Casi simulati-Discussione
 16.00 : **F.GERVASI** – Responsabile Laboratorio UO Ematologia con TMO- ARNAS Civico – Palermo – **Il Laboratorio integrato di ematologia** – Lezione-Casi simulati-Discussione----
 18.00 : Pausa Caffè
 18.15-20.15 : **Esercitazioni in laboratorio (metodiche ELISA)**

SABATO 5 MAGGIO 2007

- 8.00 : **S.GIORDANO** – Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive ARNAS Civico - Palermo – **Le micosi nel paziente immunocompetente** - Lezione – Casi simulati – Discussione
 10.00 : Pausa Caffè
 10.15: **M.MILICI** – Professore Associato di Microbiologia – Università di Palermo – Responsabile Servizio Micologia AOU Policlinico - Palermo – **Dallo scotch-test alla PCR: tecniche di identificazione dei miceti** - Lezione – Casi simulati - Discussione
 12.15-14.15 : **Esercitazioni in Laboratorio (metodiche fluorescenza)**

EMERGENZE IN INFETTIVOLOGIA

- 1^a Ed. : 21-28 Aprile-12 Maggio 2007 - Osp.le dei Bambini-Palermo
 2^a Ed.: 10-22-29 Maggio 2007 – Osp.le dei Bambini- Palermo
 3^a Ed.:9-23-30 Giugno 2007-Castello Chiaramontano – Favara(AG)
 Prot. ECN n. 5298/273072 Crediti ECM: in fase di valutazione

PRIMA GIORNATA

- 8.00 : Pre-Test
 8.15 : **L.ABBAGNATO** – Infettivologa – Istituto di Patologia Infettiva e Virologia – Università di Palermo-Le meningiti oggi: epidemiologia e diagnostica - Lezione – Casi clinici – Discussione
 10.15 : Pausa Caffè
 10.30 : **A.ROMANO** – Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive – ARNAS Civico – Palermo – **Aspetti clinici e terapeutici delle meningiti** – Lezione – Casi Clinici - Discussione
 12.30-14.30 : **M.G.SCHIMMENTI** – Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive ARNAS Civico – Palermo – **Le meningiti del neonato** - Lezione-Casi Clinici-Discussione

SECONDA GIORNATA

- 8.00 : **C.MAMMINA** – Professore Associato di Igiene – Università di Palermo – **Meningiti: isolamento, disinfezione, chemioprophilassi, vaccini** - Lezione-Casi clinici-Discussione
 10.00 : **A.NASTASI** – Professore Ordinario di Igiene – Università di Firenze – **Le infezioni ospedaliere** – Lezione – Casi Clinici - Discussione
 11.00 : Pausa Caffè
 11.15 : **P.COLLETTI**–Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive – Policlinico – Palermo- **L'infezione Acuta da HIV: emergenza clinica (raramente) ed epidemiologica(sempre)** - Lezione-Casi Clinici-Discussione
 13.15-14.15 : **G.VIANI** – Responsabile U.O. Radiologia – P.O. Aiuto Materno – Palermo – **Infettivologia di Urgenza: cosa il clinico può chiedere al radiologo** - Lezione – Casi clinici - Discussione

TERZA GIORNATA

- 8.00 : **F.SCARLATA** – Professore Aggregato di Malattie Infettive- Università di Palermo – **Sensibilità, specificità e validità delle indagini diagnostiche in Infettivologia di Urgenza:** Lezione – Casi clinici – Discussione
 10.00 : Pausa Caffè
 10.15 : **C.COMPARATO** – Dirigente Medico U.O. Cardiologia – ARNAS Civico – Palermo – **Le Endocarditi Infettive** – Lezione – Casi Clinici - Discussione
 12.15: **C.MARCELLETTI** – Direttore U.O. Cardiologia Pediatrica – ARNAS Civico Palermo – Professore Associato Università di Amsterdam – **Componente Commissione Rischio Clinico Ass.to Reg.le Sanità – L'errore clinico nelle urgenze infettivologiche: problema etico, professionale, medico-legale** - Lezione – Casi simulati - Discussione
 14.15-14.30 : Post-Test

PER INFORMAZIONI E PRESCRIZIONE (€ 40.00)

Tel. 091.6666276 – 091.7035522 - 328.3685937

La prescrizione telefonica dovrà essere confermata presso Ist.to Patologia Infettiva/Osp.le dei Bambini-Palermo

La responsabilità del fumo passivo ricade sul datore di lavoro

Il divieto di fumo va fatto rispettare; l'omissione di controllo comporta responsabilità per il datore di lavoro

Se il datore di lavoro non fa quanto è in suo potere per eliminare i danni del fumo passivo, risponde per negligenza, ed è tenuto a risarcire i danni

Se il lavoratore non-fumatore ha richiesto ripetutamente al datore di lavoro di fare rispettare il divieto di fumo nell'ambiente lavorativo, e questi non ha fatto nulla ed anzi ha tenuto un comportamento "negligente in termini di doveri di protezione", è possibile chiedere il risarcimento del danno qualora si verificano conseguenze negative per la salute. Questo principio è stato sottolineato dalla Corte di Cassazione (Sezione Lavoro) che ha respinto il ricorso presentato dalla Rete ferroviaria italiana, oppostasi alla richiesta di una ausiliaria di stazione in servizio a Lec-

ce la quale affermava di aver subito un danno alla salute avendo contratto una serie di affezioni nella stanza d'ufficio saturata di fumo di sigaretta. Si trattava di malanni quali rinite cronica, crisi asmatiche e faringite per cui era stata in malattia per un periodo prolungato con il conseguente taglio di un terzo della retribuzione. Il danno alla salute era stato comprovato da una adeguata certificazione medica per cui la Suprema Corte confermava che se il lavoratore si è sempre lamentato invano dell'inosservanza del divieto di fumo, e da questo fumo derivava un danno alla salute, la richiesta di risarcimento era del tutto legittima. La lavoratrice otteneva quindi il reintegro della decurtazione stipendiale e il risarcimento vero e proprio del danno alla salute.

DZ

Fonte: ADNkronos



LEGGE PRIVACY (Comunicazione al lettore)

I suoi dati, raccolti e trattati nel rispetto degli Articoli 10 e 13 della Legge 675/96 per la Tutela dei Dati Personali, vengono utilizzati per l'invio di materiale informativo e/o promozionale. In qualsiasi momento ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento:

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA
Via Merulana, 272
00185 ROMA,

Ricettazione degli IPP nel Lazio (da pag. 1)

Dobbiamo sottolineare come questa caotica modalità di prescrizione, con 5 opzioni diverse, moltiplica la possibilità di errore da parte del medico.

In particolare comporta:

- uno sforzo mnemonico ulteriore ad ogni prescrizione
- un adeguamento continuo dei produttori di software, con probabile lievitazione dei costi.
- la possibilità di errore dei lettori ottici nelle caselle destinate alle patologie e occupate invece dalle sigle degli IPP:
- l'obbligo, nei casi B e C e D, di dimostrare che il paziente aveva già effettuato terapie con lansoprazolo (senza di che non è possibile sostenere né l'intolleranza, né l'allergia, né l'insuccesso della terapia).
- l'obbligo, in certi casi di intolleranza, di inoltrare la segnalazione di effetto avverso.
- l'impossibilità di inserire l'esenzione per malattia rara (che occupa tutte le sei caselle) per i pazienti che ne abbiano diritto.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano, per i testi e le recensioni scientifiche, i siti "Pillole" (www.pillole.org) "Scienza e Professione" (www.scienzaeprofessione.it). I contenuti umoristici sono tratti dalla "Piazzetta dei Medici" (<http://piazzetta.sfera.net>). Le vignette originali sono di Enzo Brizio.

GRAZIE DI ESISTERE...di Oreste Masilli

Dialoghi demenziali colti in uno Studio di Medicina Generale

"Non esistono persone divertenti, ma solo persone con una gran voglia di divertirsi" G.B. Shaw

- Dottore, sono una nuova paziente, e voglio informarla che non posso assumere aspirina perché sono allergica ai...FAX(FANS).
- Dottore, durante la terapia antibiotica ho assunto anche fermenti lattici per reintegrare la...FLOTTA BATTERICA??!!!!?
- Dottore, ho di nuovo l'addome dolente. Sarà una nuova infiammazione dei...CAVERNICOLI(DIVERTICOLI)??!!!!?
- Dottore, le ho portato in visione il referto del...DUPLEX(DOPPLER) alle ..CAROTE..?!!?!
- Dottore, in Ospedale mi hanno detto che mia moglie ha avuto un problema...FINO ALL' ATTI-CO (ANAFILATTICO)??!!?!
- Dottore, ho seguito la sua dieta. Il colesterolo è sceso, ma sono ancora alti i...TRICICLI??!!?!
- Sono assolutamente contrario agli organismi...GENETICAMENTE MORTIFICATI??!!?!
- Io non pago prestazioni, Dottore, poiché sono...ASSENTE DAL TIC??!!?!
- In occasione della prossima Pasquetta, Dottore, abbiamo prenotato il pranzo in un bellissimo agriturismo in una Riserva dove, pensi, vi sono persino cavalli allo stato ...EBRAICO (BRADO)??!!?!
- Dottore, sono un nuovo paziente. Le ho portato in visione gli accertamenti da me effettuati in precedenza, ma non tutti subito, ho preferito fare una ...CERNIA?!!!(CERNITA)
- Dottore, lo specialista ha detto che ho irregolarità del ..DIBATTITO CARDIACO?!!?
- Dottore, il cardiologo mi ha detto che per mia suocera forse si renderà necessario l'impianto di un PLAYMAKER!???
- Dottore, mia figlia è in viaggio di nozze in Australia. Le avevo consigliato una meta più vicina, ma lei fa sempre di testa sua, ed è andata agli ...ANTILOPI??!!?!
- Dottore, questi guanti sono di ...ASTICE!??!(LATTICE) SEGUE.....

CONTRIBUISCI ANCHE TU A "GRAZIE DI ESISTERE"; INVIA IN REDAZIONE I DIALOGHI DEMENZIALI AVVENUTI NEL TUO STUDIO!!!!

Niente multa se parcheggi in doppia fila con il motore acceso

Se un utente parcheggia in doppia fila e propria. Infatti in base a quanto automobilista non è multabile. In base a queste considerazioni la Corte ha confermato la decisione del Magistrato della Corte di Cassazione di cui all'art. 158, comma 2, C.d.S giudice di merito ed ha assolto l'au-torità Seconda Sezione Civile, sentenza n. 18257/2006) hanno sottolineato che la del veicolo che sia protratta nel tem-po; qualora la sosta non si protragga e anche per i medici, dato che in molte circostanze del motore acceso dimostra rimanga invece circoscritta a un bre-cita' il parcheggio in doppia fila vie-che si tratti solo di un breve lasso di tempo (come indica ne multato anche a coloro che sono in una breve fermata, e la circostanza del motore acceso) que- visita domiciliare urgente. non di una sosta vera sto criterio non appare rispettato e l' DZ—Fonte: www.studiocataldi.it



Segreteria Nazionale:
Via Livorno, 36 - 00162 Roma
Tel. 06.44254168 - Fax 06.44254160
Cod. Fisc. 97442340580
www.sindacatomedicitaliani.it - email: info@sindacatomedicitaliani.it

00001/...

Spett.le
A.U.S.L.
o Azienda Ospedaliera
o Università di
della Regione

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto dott. nato a
il residente a CAP Prov. in via
tel. cell. E-mail

AUTORIZZA

L'Amministrazione ad effettuare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile a favore del Sindacato dei Medici Italiani da versare sul C.C. bancario n. 65137, cod. ABI 3002, CIN Q, CAB 41160 della Banca di Roma ag. 363, Corso Umberto I, 47 - Vinchiato (CB) secondo le seguenti modalità

Euro 15,00

CHIEDE

che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti. Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega ^{annulla e sostituisce} _{non annulla e non sostituisce} qualsiasi altra precedentemente firmata, ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata salvo revoca scritta.

L'adesione tramite la presente delega vale anche in caso di trasferimento ad altra A.U.S.L., passaggio ad altro incarico o acquisizione di primo incarico.

Data

Firma

SETTORE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO
ASSISTENZA PRIMARIA		
CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
DIPENDENZA		
EMERGENZA TERRITORIALE - CONV.		
EMERGENZA TERRITORIALE - DIP.		
MEDICINA DEI SERVIZI - CONV.		
MEDICINA DEI SERVIZI - DIP.		
MEDICINA PRIVATA		
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA		
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
UNIVERSITARIO		
SPECIALISTA IN FORMAZIONE	CONVENZIONATA	DIPENDENZA

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

Al sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 "Codice di materia di protezione dei dati personali", i dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, il raffronto, l'interconnessione, la comunicazione/diffusione, la cancellazione e distribuzione dei dati e dal complesso di operazioni previste per ciò che, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-9-10-13 del citato D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione ovvero, l'integrazione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativa, di comunicazioni delle iniziative patrociniate da questa O.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questa O.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. Detti dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, confezionamento, consegna e spedizione riviste, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è Sindacato dei Medici Italiani. Con sede in Roma, via Livorno n. 36, presso cui i dati sono trattati e raccolti e presso cui sarà possibile inviare ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, rettifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati.

In considerazione della informativa ex d.lgs. 196/2003, orale e scritta riportata sulla presente delega, confermando di essere a conoscenza di facoltà e diritti in essa menzionati, e delle relative modalità d'esercizio, il sottoscritto.....

Preata il proprio consenso:

affinché i propri dati personali possano essere trattati nelle forme e con le modalità, sopraindicata dichiarando di essere stato/a informato/a, in modo esauritivo, orale e scritto dei diritti di cui al D.Lgs. 196/2003, delle modalità di raccolta dati e del loro possibile utilizzo, del diritto di opporsi al trattamento ed in particolare di quanto previsto dagli articoli 7, 8, 9, 10, 13 del D.Lgs. summenzionato.

data

Firma

Copia per la A.U.S.L.