

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 17 - N. 06
GIUGNO 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

La prescrizione degli Inibitori di Pompa nel Lazio. Quasi impossibile fare di peggio!

La Regione Lazio si esibisce in una delle sue peggiori prestazioni, col concorso di un "grande" Sindacato

Immaginiamo di avere di fronte un paziente che necessita, per una indicazione autorizzata, della prescrizione di un inibitore di Pompa Protonica. Sembra semplice, ma non lo è.

In principio c'era

- La delibera n. 124 del 27 febbraio 2007

- Questa veniva integrata dalla delibera 197 del 20 marzo 2007

- Questa veniva variata dalla determina del 30 marzo 2007

- Questa veniva corretta dalla nota n. 35 del 30 marzo 2007

- A sua volta variata dalla determina del 14 aprile 2007

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). (pag. 2)



La guerra degli Inibitori di Pompa Protonica: il Lansoprazolo contro tutti (fino ai prossimi generici di categoria?)

I Medici Penitenziari: una categoria meritoria ma dimenticata

Non è sufficiente lavorare in condizioni difficilissime, portando il proprio bagaglio umano e professionale in ambienti drammatici, con pazienti che tanti medici vorrebbero evitare. Non basta, dopo aver svolto il proprio lavoro con scienza e coscienza, può capitare di vedersi recapitare un avviso molto "particolare". Quale categoria accetterebbe un avviso del genere?

Ai colleghi, tutta la nostra solidarietà...

(Un avviso molto indicativo a pag 7)

Ministero della Salute: online il 1° corso di formazione sul rischio clinico

Il Ministero della Salute ha organizzato per la prima volta un corso a distanza su vasta scala in materia di sicurezza delle cure e governo del rischio clinico, in collaborazione con la Federazione nazionale ordine medici chirurghi ed odontoiatri (Fnomceo) e con la Federazione nazionale collegi infermieri (Ipsavi). (pag. 7)

Il 21 Giugno a Roma, ore 19, Via Marco Polo 127 presso il CCRS-BNL si terrà il Congresso dello SMI-LAZIO Tutti sono invitati

ULTIM'ORA

I SINDACATI MEDICI FIRMANO L'ACCORDO CON L'INAIL

I Sindacati Medici rappresentativi della Medicina Generale hanno chiuso la trattativa per il rinnovo della convenzione per le certificazioni per i medici di medicina generale. Con una nota a verbale, Simet e SMI/Federazione Medici Uil hanno chiesto che il trattamento economico previsto dall'accordo venga contestualmente esteso anche ai medici dirigenti, come avvenuto nella precedente convenzione.

Le sigle sindacali hanno espresso la loro soddisfazione per la conclusione di una contrattazione lunga e difficile, vale la pena ricordare che la preintesa era già stata siglata dai tre sindacati oltre un anno fa, e invitano l'Inail a rendere operativa la convenzione in tempi rapidi.

I medici vedono finalmente riconosciute adeguatamente le loro prestazioni: aumenta il quantum economico e si semplificano gli aspetti burocratici. Per l'infortunio e per le denunce di malattia professionale verrà erogato un compenso di euro 27,50 per ciascun certificato (il precedente era di euro 16,50), per un massimo di tre certificati per caso trattato, più 5 euro per ogni invio telematico.

E' possibile (e lecito) conseguire piu' specializzazioni!

Il Consiglio di Stato, richiamandosi alla Corte costituzionale (Sent. n. 219/2002), riconosce l'illegittimità della norma che vietava ad un medico già specialista di iscriversi ad altri corsi di specializzazione (C.di St: sent. N. 1909/2007), per cui anche i medici che hanno già conseguito una specializzazione possono iscriversi a un secondo corso.

L'impossibilità di cumulare specializzazioni era stata stabilita da un decreto legislativo del 1999, dichiarato appunto incostituzionale nel 2002 dalla Consulta. Tale decisione era stata però praticamente ignorata al punto da costringere gli interessati ad intraprendere azioni giudiziarie al fine di veder riconosciuti i propri diritti.

Ad una dottoressa sono occorsi quasi 5 anni per veder riconosciute le sue ragioni da parte del Consiglio di Stato contro una decisione del Tar Veneto, che le aveva negato il diritto alla doppia specializzazione, emessa in verità poco prima del pronunciamento della Corte Costituzionale. La speranza è che tali disposizioni diventino effettivamente operative.

Ancora un richiamo dall'AIFA sull'utilizzo del Ketorolac

L'AIFA reitera le raccomandazioni circa le limitazioni d'uso del Ketorolac al dolore post operatorio e da colica renale per la tossicità gastrointestinale. Il principio attivo ketorolac appartiene alla classe dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), la cui attività si esplica principalmente mediante l'inibizione della sintesi delle prostaglandine.

Il farmaco in Italia è in commercio dal 1991 (Tora-Dol® e Lixidol®). Il profilo di sicurezza di ketorolac trometamina è da diversi anni attentamente valutato a seguito di numerose segnalazioni di reazioni avverse gravi e in alcuni casi fatali, soprattutto a carico dell'apparato gastrointestinale.

Nel 2002 (GU n. 119 del 23/5/2002), a seguito di una rivalutazione del rapporto beneficio/rischio di ketorolac trometamina, dalla quale è emersa una sua maggiore gastrolesività rispetto agli altri FANS, specialmente nell'uso cronico, il Ministero della Salute ha deciso di limitare le indicazioni terapeutiche al trattamento a breve termine del dolore acuto postoperatorio di grado moderato-severo e al trattamento del dolore da colica renale. Anche il regime di fornitura dei medicinali contenenti ketorolac trometamina (pag.2)

Iniziano i corsi di Audit clinico in Medicina Generale (Pag. 3)

I pigri hanno ragione: il riposino pomeridiano fa bene al cuore (Pag.3)

Novità dalla rete Qua e là su Internet A cura di Navigator (A. Ciammaichella) (Pag. 4)

Un quarto di tutte le malattie sono dovute ad esposizione ad agenti ambientali (Pag. 5)

I medici in "intramoenia allargata" sono evasori? Sensazionalismo, sospette coincidenze, ma soprattutto malinformazione (Pag.5)

Talidomide: review sull'impiego nelle patologie infiammatorie e neoplastiche (Pag.6)

Esposizione al traffico e sviluppo polmonare (Pag.6)

Pagamento IRAP obbligatorio per tutti? Interpretazione delle attuali norme: Il parere dell'Ufficio Legale SMI (Pag. 7)

(da pag. 1)
L' inizio:

La Regione Lazio stabilisce il prezzo di riferimento degli IPP allineato a quello meno costoso, incurante del fatto che un' analoga decisione sia 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 necessita' di un altro IPP; in questo caso il medico dovra' segnalare la cosa scrivendo in ricetta che il farmaco e' "insostituibile".

Fin qui la determina originale; a questo punto comincia il balletto dei ripensamenti: non puo' la scritta in ricetta (anche se non si capisce bene il motivo) ma una "nuova cervellotica modalita' di esenzione pretesa dalla FIMMG" (parole non nostre, ma di una circolare Assiprofar- Federfarma) che prevede la divisione in 6 categorie diversamente siglate.

Ma, stabilito di adottare la modalita' sigle, dove inserirle?

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

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

E gli invalidi di guerra? nella prima stesura 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 computer.

E non crediamo sia finita qui: se un paziente e' portatore di una malattia rara interessante l' apparato gastroenterico, dove inserira' la sigla che gli dara' diritto alla multiprescrizione?

Che si tratti di pochi o molti pazienti non avrebbe nessuna importanza, perche' la salute e' un diritto inalienabile anche per un singolo soggetto. Insomma, aspettiamoci ulteriori cambiamenti.

Dobbiamo sottolineare come questa caotica modalita' di prescrizione, con 5 opzioni diverse, moltiplica la possibilita' 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 possibilita' 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 gia' effettuato terapie con lansoprazolo (senza di che non e' possibile sostenere ne' l'intolleranza, ne' l' allergia, ne' l' insuccesso della terapia).

- l' obbligo, in certi casi di intolleranza, di inoltrare la segnalazione di effetto avverso.

- l' impossibilita' di inserire l' esenzione per malattia rara (che occupa tutte le sei caselle) per i pazienti che ne abbiano diritto.

- necessita' di cambiare di nuovo tutto allorché le caselle destinate

Un breve schema

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 e' sufficiente inserire la sigla dell' esenzione.

Non pagano i seguenti soggetti:

-Intolleranti al Lansoprazolo (inserire una B nelle caselle indicate dalla Regione.)

-Allergici al L. (C)

-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 perche' annulla l' esenzione.

dallo Stato alle Patologie Croniche vengano nuovamente destinate allo scopo originario.

Non e' finita qui, siamo pronti a scommettere.

Daniele Zamperini

Note AIFA, Da pag. 1)

e' stato modificato da ricetta ripetibile (RR) a ricetta non ripetibile (RNR).

Recentemente, nel 2005 il Comitato Scientifico per le specialita' medicinali dell' Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) insieme al gruppo di lavoro sulla farmacovigilanza

(Pharmacovigilance Working Party - PhVWP) ha riesaminato la sicurezza cardiovascolare, gastrointestinale e cutanea di tutti i FANS. Da questo riesame non e' emersa nessuna nuova problematica di sicurezza per l' intera classe terapeutica ad eccezione di tre molecole: ketorolac trometamina, ketoprofene e piroxicam. Nel caso specifico del ketorolac trometamina, il PhVWP ha notato che le piu' recenti evidenze epidemiologiche associano il farmaco ad un aumentato rischio di tossicita' gastrointestinale, rispetto agli altri FANS, e che la maggior parte di queste evidenze sono emerse soprattutto nei Paesi dove c' e' un forte uso offlabel.

Sulla base di tali evidenze il PhVWP ha rinforzato il precedente parere del Comitato Scientifico per le specialita' medicinali dell' EMA del 1994 cioe' che ketorolac trometamina ha un "ristretto margine terapeutico" e ha concluso che il rapporto beneficio/rischio e' positivo solo per l' uso a breve termine/acuto nelle indicazioni terapeutiche autorizzate (dolore post-operatorio e colica renale) raccomandando che il trattamento sia iniziato solo in ospedale.

E' stato anche ritenuto opportuno apportare delle modifiche al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) dei medicinali contenenti ketorolac trometamina per raccomandare di iniziare il trattamento solo in ospedale e per rinforzare gli aspetti relativi alla sicurezza gastrointestinale. Infine il PhVWP ha raccomandato a tutti gli Stati Membri di attuare delle misure nazionali per monitorare e minimizzare l' uso off-label.

In Italia, la Commissione Tecnica Scientifica (CTS) dell' AIFA ha ritenuto opportuno non restringere l' uso del farmaco al solo ambito ospedaliero, ma

procedere con una campagna di informazione dei medici al fine di assicurare l' uso appropriato di ketorolac trometamina.

Al fine di poterne valutare piu' adeguatamente il profilo di sicurezza e' stato anche deciso di inserire i medicinali contenenti ketorolac trometamina nell' elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo delle sospette reazioni avverse (Decreto del 21 novembre 2003 (Gazzetta Ufficiale 1° dicembre 2003) e successivi aggiornamenti, per i quali e' prevista la segnalazione spontanea di tutte le sospette reazioni avverse gravi e non gravi, attese e non attese.

Ai medici prescrittori si sottolinea che:

- l' uso del ketorolac trometamina non e' indicato per il trattamento del dolore oncologico, in quello cronico o lieve;
- la forma iniettiva del farmaco e' indicata soltanto per il trattamento a breve termine (massimo due giorni) del dolore acuto post-operatorio di grado moderato-severo o del dolore da coliche renali; quale complemento ad un analgesico oppiaceo nei casi di chirurgia maggiore o di dolore molto intenso;

- la forma orale e' indicata soltanto per il trattamento a breve termine (massimo cinque giorni) del dolore acuto post-operatorio di grado moderato;

- ketorolac trometamina puo' essere associato a un alto rischio di grave tossicita' gastrointestinale, rispetto agli altri FANS, soprattutto se usato al di fuori delle indicazioni autorizzate e/o per periodi prolungati.

Ai medici prescrittori si raccomanda, quindi, di attenersi alle indicazioni terapeutiche e alla posologia indicata per non pregiudicare la sicurezza dei pazienti e di non usare contemporaneamente ketorolac trometamina con altri farmaci antinfiammatori non steroidei.

L' Agenzia Italiana del Farmaco informa inoltre che l' uso di ketorolac trometamina continuerà ad essere attentamente monitorato sia per quanto riguarda l' andamento delle prescrizioni che per quanto riguarda i dati di sicurezza e che una successiva rivalutazione del suo utilizzo verra' effettuata tra sei mesi.

Fonte: AIFA

Iniziano i corsi di Audit clinico in Medicina Generale

Prende il via un importante progetto di collaborazione tra Medici di Medicina Generale ed ASL RME.

L'Audit Clinico è una "iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione tra pari, strutturata, per mezzo della quale i professionisti esaminano la propria attività ed i propri risultati a confronto con standard concordati e la modificano se necessario" (1989 White Paper Governo Britannico).

"L'Audit clinico è una chiave ed un componente essenziale del corretto governo clinico". (A practical handbook for Clinical Audit March 2005)

Alla luce delle precedenti definizioni si è tenuto un importante incontro il 10/05/2007 tra la ASL RME, nelle Persone del Direttore Sanitario Dr Goletti, il Capo Distretto 19 e 20 Dottoressa Roberti ed il Responsabile del Coordinamento per la Medicina Generale ASL RME Dottor De Gregorio, e Trenta Medici di Medicina Generale della ASL RME. L'incontro era coordinato e diretto dal Dottor Ulrich Wienand Responsabile del controllo qualità e dell'audit clinico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "S. Anna" di Ferrara.

L'incontro di formazione era impor-

tante sotto molti punti di vista: 1) è il primo esperimento in assoluto di coinvolgimento di MMG nel processo dell'audit clinico che venga promosso da una ASL italiana 2) i Medici che hanno aderito al progetto rappresentano sia tutte le sigle sindacali sia Medici che non si identificano con esse 3) viene riconosciuto ufficialmente da una ASL il valore delle procedure diagnostiche e terapeutiche proprie della Medicina Generale 4) si offre l'occasione di confrontarsi tra Medici di Medicina Generale sulle proprie procedure diagnostiche e terapeutiche e di valutare tra pari la loro qualità.

Il Dottor Wienand ha illustrato come viene definito l'audit clinico nel mondo, a partire dall'Inghilterra, dove, nel 1989, si è iniziato in maniera strutturata ad effettuare gli audit clinici. Caratteristiche dell'audit è: 1) che avvenga tra Professionisti, 2) che sia formativo, 3) che sia confidenziale 4) che NON sia valutativo. Dall'audit ci si aspetta un miglioramento, se evidenziato, delle procedure o delle terapie esaminate, NON una valutazione dell'operato dei singoli partecipanti. Per arrivare a questi risultati il gruppo di Professionisti che partecipano

all'audit devono decidere in via preliminare l'ambito e lo scopo dell'audit: definire il criterio ("dichiarazione di ciò che dovrebbe succedere"), l'indicatore ("informazione o variabile selezionata che consente di descrivere fenomeni complessi e misurare variazioni in relazione a criteri definiti, allo scopo di orientare decisioni volte ad ottenere o mantenere cambiamenti") lo standard ("valore dell'indicatore che rappresenta il limite superiore od inferiore perché la qualità dell'assistenza sia giudicata accettabile"). La parte teorica è terminata con una esercitazione proposta dal Dottor Wienand e che ha visto tutti i Partecipanti a discutere tra loro sui criteri da adottare: alla fine i vari gruppi di studio hanno evidenziato le stesse problematiche da esaminare, confermando la grande valenza del criterio clinico dei Medici di Medicina Generale.

La giornata si è conclusa con un appuntamento a fine giugno quando saranno esaminati i progetti di audit clinico che produrranno i Partecipanti; saranno valutati dal Dottor Wienand ed infine... applicati nella realtà!

Dr Giovanni Peliti

Il 5 per mille per la protezione della salute dei giovani sportivi

La Fondazione Giorgio Castelli onlus è nata per ricordare la tragica e prematura scomparsa di mio figlio, avvenuta il 24 febbraio 2006 per un arresto cardiaco, mentre il ragazzo, non ancora diciassettenne, si allenava con la sua squadra, militante nel campionato di calcio Allievi provinciali di Roma. Nel tentativo di dare un senso ad un evento così devastante con la mia famiglia abbiamo deciso di creare una Fondazione senza fini di lucro che ha come scopo statutario quello di salvaguardare la salute dei cittadini, operando nel campo della prevenzione e della cura delle malattie cardiovascolari. Il primo progetto-obiettivo che ci vede impegnati riguarda la sensibilizzazione del mondo sportivo giovanile ai vari aspetti connessi con la tutela sanitaria degli atleti (visite mediche, adeguata alimentazione, lotta al doping) ed alla gestione dell'emergenza intesa come addestramento degli operatori sportivi, appartenenti a Società dilettantistiche di calcio ed altri sport, alla rianimazione cardio-respiratoria di base ed all'uso precoce del defibrillatore semiautomatico (BLS-D). Grazie alla collaborazione con l'ARES-118 Lazio dal 22 aprile 2006 a tutt'oggi sono stati formati e certificati 500 operatori sportivi provenienti da 70 Società di Roma e del Lazio; a 30 di esse sono stati consegnati altrettanti defibrillatori. Attraverso un'opera di sensibilizzazione capillare lo scopo prefisso è quello di addestrare il maggior numero possibile di persone, posizionando i defibrillatori negli impianti e nei luoghi ad elevata frequentazione. Questo progetto-obiettivo, pur essendo dedicato all'ambiente sportivo, riveste importanza socio-sanitaria di rilievo: infatti gli operatori addestrati porteranno questa loro esperienza nel lavoro, nella famiglia (il maggior numero degli arresti cardiaci avviene in ambiente



domestico!), in strada, ovunque ci sia bisogno di un tempestivo intervento che può salvare una vita. E' nostra intenzione estendere questo percorso cognitivo-formativo anche alla Scuola, associandolo ad incontri divulgativi sulla corretta alimentazione come prevenzione delle malattie cardiovascolari e metaboliche e sulla lotta al doping come deterrente alle tossicodipendenze. In questo progetto ci sono vicini il Comune di Roma ed altre Istituzioni, il Mondo dello Sport e della Scienza, alcuni imprenditori romani e tanti cittadini toccati dal messaggio che abbiamo lanciato.

Conosciamo la sensibilità della S.I.A.M.E.G. nei confronti delle problematiche connesse ai temi socio-sanitari e, in particolare, a quelli della cultura dell'Emergenza, siamo qui pertanto a chiederVi, a nome della Fondazione, di sostenerci nei modi e tempi ritenuti più opportuni, affiancandoci nelle iniziative proposte od organizzando eventi specifici e divenire nostro prestigioso partner. Un primo fattivo aiuto da parte vostra potrà giungerci attraverso la destinazione del 5 per mille alla Fondazione Giorgio Castelli (C.F. 9741580058-6). Nella fiduciosa attesa di un cortese riscontro mi è gradita l'occasione per porgere a voi tutti, a nome della Fondazione e mio personale, cordiali saluti.

Conosciamo la sensibilità della S.I.A.M.E.G. nei confronti delle problematiche connesse ai temi socio-sanitari e, in particolare, a quelli della cultura dell'Emergenza, siamo qui pertanto a chiederVi, a nome della Fondazione, di sostenerci nei modi e tempi ritenuti più opportuni, affiancandoci nelle iniziative proposte od organizzando eventi specifici e divenire nostro prestigioso partner. Un primo fattivo aiuto da parte vostra potrà giungerci attraverso la destinazione del 5 per mille alla Fondazione Giorgio Castelli (C.F. 9741580058-6).

Nella fiduciosa attesa di un cortese riscontro mi è gradita l'occasione per porgere a voi tutti, a nome della Fondazione e mio personale, cordiali saluti.

Roma, lì 12 maggio 2007
Il Presidente
Dott. Vincenzo Castelli
Medico Chirurgo, Dirigente ospedaliero
Fondazione Giorgio Castelli onlus v. F. Paciotti 21 00176 Roma
t.06.24301496 333.2478086
www.gc6.org info@gc6.org castel-

Roma, lì 12 maggio 2007
Il Presidente
Dott. Vincenzo Castelli
Medico Chirurgo, Dirigente ospedaliero
Fondazione Giorgio Castelli onlus v. F. Paciotti 21 00176 Roma
t.06.24301496 333.2478086
www.gc6.org info@gc6.org castel-

La siesta riduce la mortalità coronarica

In questo studio greco sono stati arruolati 23.681 individui che al baseline non avevano una storia di cardiopatia ischemica, ictus o neoplasia. I partecipanti sono stati seguiti per 6,32 anni. Dopo aver controllato i dati per vari fattori di confondimento (dieta, comorbidità, attività fisica) i ricercatori hanno potuto evidenziare che coloro che si prendevano il tempo per una siesta durante il giorno avevano una mortalità coronarica più bassa (0,66; IC95% 0,45-0,97). In particolare coloro che usufruivano della siesta in modo occasionale avevano una riduzione della mortalità coronarica del 12%, mentre quelli per i quali la pennichella era sistematica tale riduzione saliva al 37%. Per gli uomini questa associazione risultò più forte per coloro che al momento dell'arruolamento lavoravano, mentre per le donne un'analisi simile non fu possibile per il numero limitato di decessi. Fonte: Naska A et al. Siesta in Healthy Adults and Coronary Mortality in the General Population Arch Intern Med. 2007 Feb 1; 127:296-301.

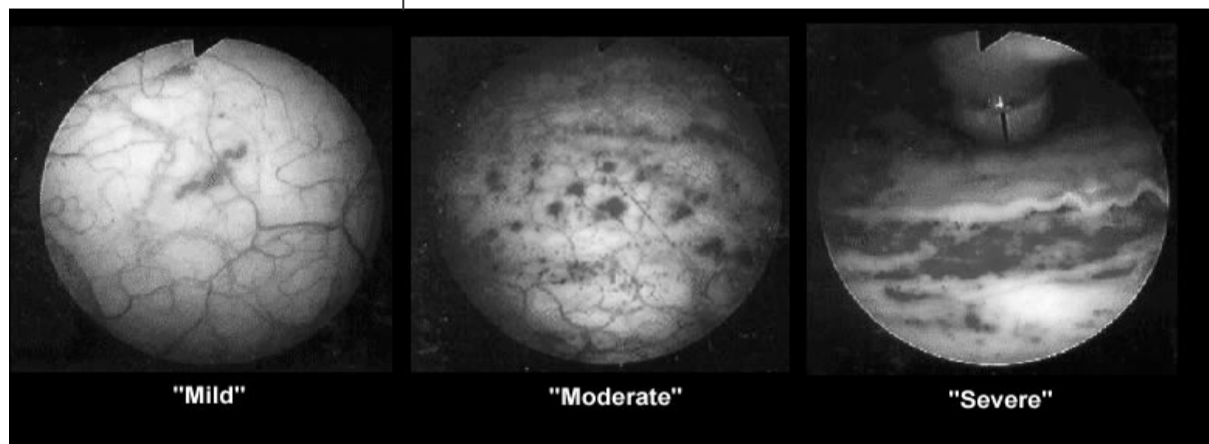
Il punto sulla prostatite cronica non batterica

Ci sono trattamenti efficaci nella prostatite cronica non infettiva?

I NHI americani (National Institutes of Health) nel 1995 [1] hanno distinto le prostatiti in 4 categorie, come schematizzato nella tabella sottostante. Classificazione delle prostatiti secondo i NIH americani

1. Prostatite acuta infettiva (febbre associata a dolore perineale e sovrappubico, disuria, sintomi minzionali)
2. Prostatite cronica infettiva (infezioni ricorrenti della ghiandola con dolore e disturbi minzionali)
3. Prostatite cronica non infettiva (dolore a livello perineale, sovrappubico, testicolare o al pene oppure durante eiaculazione con possibili disturbi urinari ostruttivi o irritativi con/senza presenza significativa di leucociti nelle secrezioni prostatiche, nello sperma o nel sedimento urinario dopo massaggio prostatico)
4. Presenza di leucociti e/o batteri nelle secrezioni prostatiche, nel sedimento urinario dopo massaggio prostatico, nello sperma o nel tessuto prostatico in assenza di sintomi

mente di significato incerto. Due studi non inclusi nella meta-analisi Cochrane hanno dato risultati sovrapponibili: in un RCT su 196 pazienti sia gli alfa bloccanti che i chinolonici non hanno sortito effetto [3], in un altro su 80 pazienti non si è riusciti a dimostrare benefici dall'uso di levofloxacina [4]. Sono stati proposti altri trattamenti, con risultati deludenti: rofecoxib [5] e finasteride [6,7]. E' stato proposto anche l'allopurinolo [8,9], ma un beneficio modesto si è trovato solo in un piccolo studio su 54 pazienti.



La prostatite cronica non infettiva, la cui causa rimane sconosciuta, rappresenta la maggior parte dei casi di prostatite cronica. La terapia risente di questa incertezza. Secondo una revisione Cochrane [2] non ci sono evidenze di efficacia degli antibiotici e degli alfa bloccanti. In alcuni studi erano evidenti dei miglioramenti statisticamente significativi ma clinica-

Sono stati provati trattamenti più invasivi come l'applicazione di calore per via transuretrale o transrettale [10] ma gli effetti collaterali (ematuria, disfunzione erettile, incontinenza urinaria, ecc.) rendono tali metodi poco utilizzabili e comunque per ora sono disponibili pochi dati su queste metodiche. Insomma non ci sono terapie di provata efficacia per la prostatite cronica abatterica (nota anche col nome di sindrome da dolore pelvico cronico) e non si possono fornire raccomandazioni EBM. L'unico consiglio che si può dare è di navigare a vista provando di volta in volta i vari trattamenti propo-

sti, nella speranza di trovarne qualcuno che possa portare qualche beneficio a quel particolare paziente.

Renato Rossi

Bibliografia completa e referenze su www.pillole.org

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.

ASSOCIAZIONE MEDICA
MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondato da Mario Menegale
Presidente: Angelo Filardo

La Voce del Sindacato Medici Italiani - SMI - Lazio
Direttore Responsabile Daniele Zamperini

REDAZIONE:
Angelo Filardo
Gaetano Mazzuccconi
Cristina Patrizi
Franco Sciarra
Floriana Riddei
Beniamino Baldacci

Direzione Redazione e Amministrazione
Via Merulana 272 - 00185 - Roma
Tel. 064746344 Fax: 064871092

Fotocomposizione e Stampe
Postel S.p.A.

USP
Centro Periodici è associata all'Unione Stampa Periodica Italiana

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

CENTRO STUDI SULLA POPOLAZIONE A "TORRE MOLFESE"

Da 8 anni, sempre a maggio, il prof. Antonio MOLFESE, Direttore del Centro lucano dell'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria, promuove a Sant'Arcangelo di Potenza Convegni di aggiornamento sulle tematiche più varie. Tali incontri - che coinvolgono le diverse realtà cittadine, regionali e non solo - sono fondamentalmente orientati all'educazione sanitaria ed alla prevenzione.

Dopo la terza età, le Malattie prevalenti sul territorio e nell'Agricoltura moderna, quest'anno è stato trattato l'inquinamento ambientale con i relativi danni alla salute. Al riguardo, il Centro lucano ha proposto di istituire sul MONTE PELLINO una stazione di monitoraggio dell'inquinamento. Questa avrà lo scopo di studiare gli inquinamenti atmosferici montani, l'ozono della stratosfera, la sabbia sahariana, i gas-serra, gli incendi dei boschi e tutte le relative soluzioni.

SINDENAFIL A DOPPIO USO

Oltre alla ben nota indicazione per l'impotenza, il sildenafil ne ha ora una del tutto nuova: con un diverso nome commerciale è impiegato anche nell'IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE, classe III dell'OMS, in particolar modo per migliorare la capacità all'esercizio fisico. La sua efficacia è stata dimostrata non solo nell'ipertensione polmonare primaria, ma anche in quella secondaria alle Connettiviti.

Queste due indicazioni così ben diverse ben si spiegano sapendo che si tratta di una molecola vasodilatante e quindi ipotensiva. Per tal motivo non va associata a medicinali ipotensivi, quali i nitrati e i donatori di NO. Il farmaco deve essere prescritto in

ambiente ospedaliero: il paziente potrà assumerlo anche al di fuori dell'ospedale.

IL BETA-BLOCCO NELLO SCOMPENSO CARDIACO

Molteplici gli effetti utili svolti dai beta-bloccanti nel cuore scompensato, come ampiamente riferito nell'ultimo Congresso nazionale della Società it. di Cardiologia. Protezione del miocardio dall'insulto delle catecolamine, attraverso la riduzione della frequenza cardiaca e l'aumentato tempo di perfusione coronarica in diastole: ne deriva un effetto anti-ischemico. Azione antiaritmica. Riduzione dell'attività retinica plasmatici e della pressione di riempimento ventricolare sinistro. Il CARVEDOLOLO ha pure un'azione anti-ossidante e anti-proliferativa. La terapia beta-bloccante va sempre iniziata a dosi molto basse, con successivi graduali incrementi.

Nello scompenso cronico i beta-bloccanti si possono utilmente aggiungere alla cura convenzionale con diuretici e ACE-inibitori.

O LA TALASSEMIA O LA MALARIA

Sardegna: non solo la più alta longevità, ma anche la più alta incidenza di talassemia in Italia.

La malaria riconosce due fattori essenziali per la sua propagazione: a) l'uomo malarico portatore di gametociti nel sangue; b) la zanzara anofele. I portatori sani di talassemia (microcitemia) sono resistenti alla malaria, come se il plasmodio non gradisse di nutrirsi con globuli rossi alterati.

E' questa l'interpretazione che molti studiosi tendono a dare per spiegare questa "incompatibilità" geografica fra le due malattie.



IL DOPO "SPLENECTOMIA"

Il tessuto reticolo-endoteliale del fegato si ipertrofizza a scopo compensatorio per sostituire funzionalmente quello della milza: aumentano l'emocateresi e la fagocitosi delle CELLULE DI KUPFFER epatiche che, non più fisse, si mobilitano ("istiociti liberi") nel lume dei capillari epatici che si dilatano. Spesso i linfonodi endoaddominali aumentano di numero e di volume ("noduli splenici") suppiendo in parte alle funzioni della milza.

Serie rossa: reticolosi costante e transitoria, comparsa di emazia con corpi di Jolly e/o con depositi di ferro (siderociti) e di eritrociti a bersaglio. Serie bianca: leucocitosi e poi linfocitosi. Piastrinosi, che poi diminuisce fino a scomparire per la funzione emocateretica compensatoria delle suddette cellule di Kupffer: 1.055.000 piastrine al 9° giorno dalla splenectomia, 423.000 al 31° giorno (caso di osserv. personale).

HARENA MEDICA PROMOSSA DA "MED E MED"

L'Associazione "Med e Med", Medicina del Mediterraneo, è nata per ottimizzare l'aggiornamento e la collabo-



razione 333-571) tra operatori sanitari a tutti i livelli - Medici, infermieri e tecnici - attivi nelle varie situazioni di emergenza. Il tutto con il supporto dell'Istituto di Educazione continua del Ministero della Salute.

Si è svolto recentemente a Roma l'incontro "Harena medica" sul "Politrauma fisico e psichico", che ha avuto come target le procedure e la ricerca sulla standardizzazione delle tecniche di assistenza al singolo traumatizzato. Il prof. Luigi GENTILINI, presidente del "Med e Med", ha illustrato in una relazione le esperienze medico-chirurgiche nell'Africa dei grandi laghi.

MISCELLANEA

COLESTEROLO AMICO. Non dimenticare le sue FUNZIONI BIOLOGICHE. E' un componente delle membrane cellulari delle guaine mieliniche dei neuroni, nonché degli acidi biliari, del cortisolo e degli ormoni sessuali. E' un precursore della sintesi di vitamina D.

L'IMPORTANZA DELL'AGO.

696 bambini fra i 2 e i 4 mesi sono stati vaccinati contro difterite, tetano, pertosse, haemophilus influenzae e meningococco con aghi di diversa lunghezza. La minor incidenza di REAZIONI LOCALI si è notata con aghi lunghi cm 2,5. L'effetto immunitario invece non variava. (B.M. J. 2006;

TEST DI PATOLOGIA ENTERICA. Il dosaggio ematico della CALPROTEINA e della LATTOFERRINA è utile per diagnosticare malattie flogistiche quali la Colite ulcerosa e la Malattia di Crohn. L'escrezione urinaria di lattulosio, mannitolo e ramosio, dati per os, è utile per studiare la permeabilità intestinale.

TAC E PET SEMPRE PIU' DIFFUSE.

Dettagli morfologici sono forniti dalla TAC, quelli funzionali dalla Tomografia ad emissione di positroni (PET). Gli strumenti di oggi consentono di eseguire la TAC-PET in un'unica seduta, possibile a Roma in 4 centri: S. Andrea, Tor Vergata, Gemelli, S. Raffaele.

TRAPIANTO DI CUORE.

E' limitato dalla scarsità delle donazioni. Può essere AUTOTOPICO (cuore del donatore messo al posto di quello malato) o ETEROTOPICO: il cuore del donatore - messo in altra sede - affianca quello malato che continua a funzionare. Terapia anti-immunitaria "no stop" per evitare il rigetto.

CISTOSCOPIA DIAGNOSTICA FOTODINAMICA.

La somministrazione di acido 5-amino-levulinico rende fluorescenti e quindi riconoscibili - se illuminate con luce blu - LESIONI NEOPLASTICHE MINIME che possono sfuggire con la normale cistoscopia.

VIETATA LA COLTIVAZIONE DI FAVE.

A Montecompatri è stata proibita la coltivazione delle fave nel raggio di 300 metri da una scuola frequentata da un bambino affetto da FAVISMO, per evitargli gravi crisi emolitiche, potenzialmente letali.

LINEE GUIDA IN RADIOLOGIA IMPLANTOLOGICA

a cura di

Paolo Diotallevi - Responsabile Area Didattica Radiologica SIAMEG
Enrico Moglioni - Responsabile Area Didattica Implantologica SIAMEG

FASE PRELIMINARE: SELEZIONE DEI PAZIENTI

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sempre, in ogni caso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ortopantomografia digitale <i>E' utile nella selezione preliminare dei Pazienti ma non ha alcun ruolo nella fase pre-chirurgica di "mappatura" del sito, a causa della nota inaffidabilità nelle misurazioni lineari e della esclusiva bidimensionalità delle immagini, limite quest'ultimo proprio anche degli esami radiografici endorali.</i>
--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FASE CHIRURGICA: PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO

<p>INTERVENTI SEMPLICI</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Studio di un sito monoimplantare nel mascellare superiore oppure in sede mandibolare interforaminale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TAC volumetrica spirale o multislice con ricostruzioni MPR panoramiche e cross (Dentascan), oppure ➤ Esame tomografico volumetrico "cone beam" o, in seconda opzione, esame stratigrafico con apparecchi a moto complesso spirale <i>Si tratta di apparecchi che non forniscono gli stessi risultati di un sistema TC, ma che possono avere un ruolo nella programmazione degli interventi più semplici.</i>
<p>INTERVENTI COMPLESSI</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Studio di un sito monoimplantare da riabilitare con tecnica a carico immediato ➤ Studio di due o più siti implantari, qualunque sia la tecnica prevista <p>inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Età superiore a 65 anni ➤ Menopausa ➤ Osteoporosi documentata (T score -2,5) ➤ Diabete ➤ Immunodepressione ➤ Terapia cortisonica ➤ Terapia con anticoagulanti 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TAC volumetrica spirale o multislice con ricostruzioni MPR panoramiche e cross (Dentascan) <i>E' l'esame più accurato nella valutazione della quantità di osso disponibile e permette di estendere lo studio, se necessario, anche ad altre strutture anatomiche del massiccio facciale (seni mascellari, fosse nasali, orbite etc.)</i> <i>E' l'esame che fornisce la migliore analisi qualitativa dell'osso mascellare, consentendo di inserire lo stesso in una delle classi note (Lekholm e Zarb - Misch, Adel, Branemark).</i>

FASE CHIRURGICA: "EVENTUALE" FASE INTRAOPERATORIA

<ul style="list-style-type: none"> ➤ A giudizio del Chirurgo, in alcuni interventi a carico immediato, prima di saldare la barra. ➤ Presupposto: apparecchiatura installata nello Studio Odontoiatrico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esame stratigrafico con apparecchi a moto complesso spirale ➤ In seconda opzione: Ortopantomografia digitale o Rx endorale
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTROLLI POSTOPERATORI

<ul style="list-style-type: none"> ➤ In assenza di complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ortopantomografia digitale 4 settimane dopo la funzionalizzazione dell'impianto
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nel sospetto di complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TAC volumetrica con ricostruzioni MPR panoramiche e cross (Dentascan)

Un quarto di tutte le malattie sono dovute ad esposizione ad agenti ambientali

Il 24% di tutte le malattie mondiali sono dovute ad un'esposizione ad agenti ambientali che potrebbe essere evitata.

Interventi appropriati e ben indirizzati possono prevenire la maggior parte del rischio ambientale, questo il messaggio contenuto nel rapporto dell'organizzazione mondiale della sanità intitolato: "Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease". Il rapporto denuncia che oltre un terzo delle malattie dei bambini minori di 5 anni sono causate da esposizione ad agenti ambientali. La prevenzione del rischio ambientale potrebbe salvare quattro milioni di bambini ogni anno, specialmente nei paesi in via di sviluppo.

Il rapporto è lo studio più completo e sistematico che sia mai stato realizzato sul ruolo del rischio ambientale prevenibile nello sviluppo di molte malattie. Analizzando le cause ambientali delle malattie e come le varie affezioni sono influenzate dai fattori ambientali, lo studio guadagna terreno nella comprensione delle interazioni tra ambiente e salute.

Il rapporto stima quante morti, malat-

tie e disabilità potrebbero realisticamente essere evitate ogni anno con una migliore gestione dell'ambiente.

Oltre 13 milioni di morti sono attribuibili a cause ambientali prevenibili. Circa un terzo delle morti e delle ma-



lattie dei paesi sottosviluppati è dovuta a cause ambientali. Oltre il 40% delle morti per malaria ed il 94% di quelle per diarrea, i due peggiori flagelli che uccidono i bambini, potrebbero essere prevenute mediante una migliore gestione dell'ambiente.

Le quattro principali patologie causate da esposizione ad agenti ambientali sono: la diarrea, le infezioni delle basse vie respiratorie, le ferite e la malaria. Le misure che potrebbero essere intraprese subito per ridurre il fardello

ambientale includono la promozione dell'acqua potabile domestica, miglioramento dell'igiene personale ed ambientale; l'uso di combustibili più sicuri e puliti; il miglioramento della sicurezza delle costruzioni, un uso più

giudizioso delle sostanze tossiche, sia nelle case che nei luoghi di lavoro ed una migliore conduzione delle risorse idriche. Il rapporto, realizzato mediante una revisione sistematica della letteratura e con il coinvolgimento di oltre 100 esperti provenienti da tutto il mondo, fornisce le migliori evidenze finora disponibili su 85 categorie di malattie, focalizzando l'attenzione sui rischi ambientali che possono essere in qualche misura prevenuti o ridotti.

Le malattie dovute a cause ambientali a maggior impatto in termini di morti morbidità e disabilità sono:

- Diarrea (58 milioni DALYS* annui, principalmente per l'uso di acqua non sicura e di scarse misure igieniche)
- Infezioni delle basse vie respiratorie (37 milioni DALYS annui, principalmente per inquinamento atmosferico)
- Ferite (escluse quelle dovute

agli incidenti stradali) (21 milioni DALYS annui; principalmente per infortuni sul lavoro)

Malaria (19 milioni DALYS annui; per la scarsità d'acqua)

Traumi da traffico (15 milioni DALYS annui; principalmente per un cattiva progettazione della viabilità)

BPCO (12 milioni DALYS annui; per esposizione a polveri e fumi ed altri inquinanti atmosferici)

Affezioni perinatali (11 milioni DALYS annui)

L'intervento su settori quali energia, trasporti, agricoltura e industria è cruciale per ridurre la mortalità e la morbidità prevenibili da cause ambientali

DALYS : Disability Adjusted Life Years

Fonte: A. Prüss-Üstün and C. Corvalán: Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. WHO, Geneva, 2006.

scarica il rapporto completo: <http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads.asp?id=240>

L'uso "fuori scheda tecnica" di un farmaco è illecito, anche se fatto "a fin di bene"

Il Tribunale di Pistoia ha recentemente condannato un medico per lesioni dolose in seguito alla somministrazione di un farmaco "off label" effettuata per sfruttarne gli effetti collaterali a scopo terapeutico.

E' evenienza abbastanza frequente, in medicina, che un farmaco presenti, oltre alle proprietà terapeutiche "ufficiali", anche altre interazioni con sistemi o apparati (i cosiddetti "effetti collaterali") che possono essere, a seconda dei casi "indesiderati" o invece "desiderati".

Un esempio classico e' quello dell'inibizione del riflesso eiaculatorio degli antidepressivi triciclici (usati a questo scopo come sintomatici nei soggetti affetti da eiaculazione precoce). Ne esistono innumerevoli altri esempi, tuttavia occorre tener conto che tali effetti farmacologici collaterali non rientrano tra le indicazioni autorizzate dei farmaci, e sono quindi sanzionati dalla legge vigente.

Allorché da questo uso "fuori indicazione" o "off label" derivi al paziente una malattia rilevante ai sensi dell'art. 582 c.p. (lesioni personali), il medico ne deve rispondere civilmente e penalmente.

Ma non ne risponde soltanto per lesione colposa, ossia per "malpractice": la situazione e' molto piu' grave in quanto (dice la Corte) si viene a configurare addirittura una responsabilità per lesione "dolosa".

Questo perché, dice ancora la Corte, in questi casi sussiste la responsabilità per il reato di lesioni dolose nella accettazione del "dolo eventuale".

Cio' si verifica allorché dalla utilizzazione e somministrazione del farmaco, effettuata off label al fine di sfruttare alcuni particolari effetti collaterali, derivi per il paziente una malattia e il paziente non abbia rilasciato al sanitario il consenso informato ad ogni possibile conseguenze derivante da un siffatto utilizzo.

Il medico, nel caso valutato dal Tribunale, era consapevole che quella somministrazione del farmaco, oltre al probabile e sperato beneficio, avrebbe causato (come in effetti accadde) ulteriori non necessarie menomazioni dell'integrità fisica della paziente. Così agendo ha quindi accettato il rischio dell'insorgenza di questi ulteriori effetti collaterali, ponendosi nell'alveo del c.d. dolo eventuale.

DZ fonte: www.dirittosanitario.net

I medici in "intramoenia allargata" sono evasori?

Sensazionalismo, sospette coincidenze, ma soprattutto malinformazione

Nuovamente i medici in prima pagina. Il camice bianco nella foto dell'Espresso è insozzato da una mazzetta di 500 euro. Secondo quanto riportato dal settimanale una inchiesta della Guardia di Finanza ha riscontrato che non emette fattura una percentuale variabile tra il 30 e il 50 % dei medici che svolgono attività in intramoenia allargata (ovvero nei propri studi). E in questi giorni, a causa del clima avvelenato, uno dei sindacati medici è anche arrivato a sporgere querela nei confronti di questa rivista.

Rimaniamo in attesa dell'esito definitivo delle indagini, se poi dal fumo alzato dalle anticipazioni dell'Espresso (riprese a ruota da tanti altri quotidiani), emergeranno comportamenti illeciti è giusto che si intervenga con decisione: nessuna comprensione per quei medici che rubano tanto allo Stato e alla Asl, quanto ai loro stessi colleghi di lavoro. Ci auguriamo che l'ordine professionale prenda i dovuti provvedimenti, così come le aziende ospedaliere. In altre parole: nessuna "umana comprensione" e neppure nessuna difesa corporativa. Un dub

bio, comunque, rimane: perché oggi, perché proprio oggi la Guardia di Finanza avvia questa indagine. Perché proprio alla vigilia di uno sciopero dei medici, quello del passato 4 maggio, il primo contro il governo Prodi, che nella sua piattaforma di proclamazione ha tra le sue motivazioni la questione, appunto, dell'intramoenia allargata?

Perché, ci chiediamo, tale indagini, tali verifiche non nascono mai dalle ASL che hanno poteri idonei per fare le dovute verifiche? E che potrebbero fare questi controlli con facilità, visto che ci troviamo di fronte a delle

"eccezioni", perché "l'intramoenia allargata" in Italia è un'eccezione: la gran parte dei medici non utilizza questo istituto, e se lo fa, la svolge dentro le mura.

Tutte queste domande e questi dubbi non sono fugati né dall'articolo dell'Espresso e neppure dagli altri quotidiani.

E alla fine di tutta questa storia, rimane quel camice bianco "insozzato" da quella banconota da 500 euro, una buona dose di disinformazione e molta rabbia nel vedere diffamata tutta una categoria di professionisti.

L'intramoenia allargata rimane una risorsa e una scelta di concretezza, visto e considerato che una recente indagine della commissione Sanità del Senato ha rilevato che in Italia solo in poche realtà si è rispettata la legge, garantendo strutture idonee e mettendo i medici in condizione di esercitare la libera professione.

Di Francesco Medici
Vice segretario Sindacato Medici Italiani-SMI



Sospesa la nimesulide in Irlanda

L'Ente regolatorio irlandese per i farmaci ha sospeso con effetto immediato la com-



mercializzazione della nimesulide in formulazione orale per tossicità epatica. Reazioni avverse rare ma gravi sono state descritte in relazione all'assunzione di nimesulide e lo stesso Irish Medicines Board (IMB) ha avvertito in precedenza i medici di tale rischio. All'IMB sono giunte segnalazioni dal National Liver Transplant Unit al St. Vincent's University Hospital di 6 pazienti che hanno richiesto un trapianto di fegato dopo aver assunto nimesulide. Da quando nel 1995 la nimesulide è stata registrata in Irlanda, ci sono state 53 segnalazioni di reazioni avverse epatiche tra cui 9 casi di insufficienza epatica acuta, 6 dei quali segnalati dal National Liver Transplant Unit. Tre casi sono esitati nella morte del paziente e IMB sarebbe al corrente di un quarto caso.

Fonte: http://www.imb.ie/uploads/documents/1682670_Nimesulide_Press_Statement_Final_140507.pdf

Contraccettivi orali e rischio di cancro mammario

L'uso dei contraccettivi orali è associato ad un aumento del rischio di cancro mammario, soprattutto se l'assunzione inizia prima della prima gravidanza e si protrae per più di quattro anni.

Gli autori di questa meta-analisi hanno voluto esaminare la questione se l'uso dei contraccettivi orali sia o meno associato ad un aumentato rischio di cancro della mammella nelle donne in premenopausa. Sono stati ritrovati 34 studi di tipo caso-controllo pubblicati a partire dal 1980. L'uso dei contraccettivi orali era associato ad un aumento del rischio (OR 1,19; IC95% 1,09 - 1,29), sia nelle donne con gravidanze (OR 1,29; IC95% 1,20 - 1,40) che nelle nullipare (OR 1,24; IC95% 0,92 - 1,67; non significativo dal punto di vista statistico). Un uso prolungato non alterava questi risultati nelle nullipare (OR 1,29; IC95% 0,85 - 1,96). Fra le donne con gravidanze l'associazione sembrava essere più impor-

tante quando l'uso del contraccettivo orale avveniva prima della loro prima gravidanza (OR 1,44; IC95% 1,28 - 1,62) che dopo (OR 1,15; IC95% 1,06 - 1,26). L'associazione era particolarmente evidente per le donne che avevano usato il contraccettivo orale per 4 o più anni prima della loro prima gravidanza (OR 1,52; IC95% 1,26 - 1,82).

Gli autori concludono che l'uso dei contraccettivi orali è associato ad un aumento del rischio di cancro mammario, soprattutto nelle donne che hanno cominciato ad usarli prima della loro prima gravidanza.

Fonte: Kahlenborn C et al. Oral Contraceptive Use as a Risk Factor for Premenopausal Breast Cancer: A Meta-analysis Mayo Clin Proc. 2006 Oct;81(10):1290-1302

S'ha da resistere alla vecchiezza e da compensare i suoi difetti con le cure; s'ha da aver riguardo della salute, da far moderato esercizio, da usar tanto di cibo e di bevanda, che si ristorino le forze, non le si opprimano. (Cicerone)



S.I.A.M.E.G.

COORDINATORI F. SCIARRA E CRISTINA PATRIZI

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale -

Società Scientifica accreditata presso il Min. Salute - ECM n. 5298/127200185 -

ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it



Talidomide: review sull'impiego nelle patologie infiammatorie e neoplastiche

Riscoperta l'insospettata utilità di un farmaco temuto e abbandonato da decenni

Sono numerose le possibilità di impiego per la Talidomide in pazienti con varie patologie infiammatorie e neoplastiche, ma sono ancora necessari ulteriori studi prospettici randomizzati per stabilire il miglior regime terapeutico nelle varie patologie.

Cenni storici

La Talidomide è stata introdotta in commercio nel 1956 nella Germania dell'Est come potente ed apparentemente sicuro sedativo ipnotico non-barbiturico. Gli esperimenti sugli animali avevano infatti mostrato che la Talidomide si differenziava dagli altri ipnotici per la sua bassa tossicità acuta. Divenne così molto popolare in Europa ed in Canada tanto che nel 1960 nella sola Germania ne furono vendute oltre 14 tonnellate ed il farmaco poteva essere acquistato anche senza ricetta medica. In seguito fu anche estesamente impiegato nel trattamento della nausea mattutina della gravidanza. Peraltro negli Stati Uniti, la FDA non approvò l'uso clinico della Talidomide per l'insorgenza di tremori alle mani ed ai piedi in pazienti che ne facevano uso per un lungo periodo. Nel 1961 due ricercatori Mc Bride e Lenz, lavorando separatamente, scoprirono un legame tra il consumo di questo farmaco e la nascita di neonati focomelici. (3-4) Da allora in tutto il mondo circa 1-0.000 malformazioni fetali sono state imputate al consumo di Talidomide ed il farmaco fu ritirato dal commercio in Europa e nel Canada. Ma nel 1965 gli inaspettati effetti positivi della Talidomide sui dolorosi noduli sottocutanei della lebbra hanno riaperto le ricerche su questa molecola. (5). Dopo diversi studi placebo-controllo nel 1997 la FDA ha concesso l'autorizzazione all'uso della Talidomide nel trattamento dell'eritema nodoso della lebbra. Questo ha stimolato nuove ricerche in altre malattie infiammatorie, autoimmuni e neoplastiche.

Farmacocinetica

La Talidomide è una miscela racemica degli isomeri S- e R+; la solubilità in acqua è scarsa per la sua struttura lipofila. La biodisponibilità dipende dalla dose, dalla contemporanea assunzione di cibo e dalle patologie concomitanti, quali il malassorbimento. Le basse dosi (100 mg) sono assorbite velocemente nel tratto gastroenterico con un picco plasmatico tra le due e le quattro ore ed una emivita tra le 3 e le 14 ore. (6) La Talidomide non è significativamente metabolizzata attraverso il sistema del citocromo P450, quindi non ci sono significative interazioni con i farmaci metabolizzati da tale sistema. (7) Nell'uomo il 40% del farmaco assunto per via orale è escreto nelle urine in forma di prodotti di idrolisi, mentre solo l'1% vi si ritrova non metabolizzata. (8). Non ci sono dati sull'effetto dell'insufficienza renale ed epatica sulla clearance della Talidomide.

Meccanismo di azione ed effetti collaterali

Il meccanismo di azione, ancora non del tutto chiarito, consiste nell'inibizione della sintesi delle citochine, di effetti immunomodulatori e sulla neoangiogenesi. (9) L'effetto più importante della Talidomide è l'inibizione dell'azione del TNF-alfa; con diversi meccanismi. (10) Sono state dimostrate una accelerata degradazione dell'RNA del TNF-alfa; come pure il legame con la alfa1-glicoproteina acida che possiede attività anti-TNF-alfa; Oltre a questo la Talidomide sembra in grado di bloccare l'attività dell'NF-kB, fattore di trascrizione coinvolto nella risposta immune e nella crescita cellulare. La Talidomide è inoltre in grado di bloccare la produzione dell'IL6 e dell'IL12 da parte di linfomonociti isolati mentre sembra stimolare la sintesi di IL2.

La Talidomide è in grado inoltre di indurre una riduzione dei T-linfociti CD4 positivi circolanti, di shiftare la risposta dei T helper da Th1 a Th2 e di inibire la chemiotassi dei granulociti neutrofili; possiede infine una spiccata attività anti-angiogenica perché inibisce i fattori di crescita endoteliali vascolari (VEGF) e fibroblastici (bFGF) (11). La Talidomide può essere responsabile di effetti collaterali importanti, quali una neuropatia periferica reversibile e dose dipendente, oltre ai ben noti effetti teratogeni fetali. Sono anche frequenti stipsi e sonnolenza mentre più raramente sono state descritte trombosi venose profonde.

Applicazioni cliniche

Considerati i numerosi effetti farmacologici della talidomide non sorprende come questo farmaco sia stato

impiegato in numerose condizioni patologiche infiammatorie, autoimmunitarie e neoplastiche:

Malattie infiammatorie

Eritema nodoso della lebbra
Malattia di Behcet
Morbo di Crohn
Artite reumatoide
Sarcoidosi
Ulcere muco-cutanee dell'AIDS
Lupus eritematoso sistemico

Neoplasie ematologiche

Mieloma multiplo
Plasmocitoma
Linfoma a basso grado

Neoplasie non ematologiche

Glioma
Sarcoma di Kaposi
Carcinoma renale
Carcinoma prostatico
Melanoma maligno

I risultati più incoraggianti sono stati ottenuti nell'eritema nodoso della lebbra dove due studi controllati in cieco hanno mostrato una maggior efficacia della Talidomide alla dose di 100 mg al giorno, rispetto all'aspirina, ed hanno anche suggerito la possibilità di ridurre la dose di steroide in terapia di combinazione (12). Oltre all'eritema nodoso buoni risultati sono stati

ottenuti nella malattia di Bechet, nel morbo di Crohn, nella sarcoidosi, nelle ulcere muco-cutanee dell'AIDS mentre risultati meno brillanti sono stati riportati nell'artrite reumatoide (AR) e nelle manifestazioni cutanee del LES. (13) Risultati ancora più interessanti sono stati ottenuti nel trattamento delle malignità ematologiche: il

gruppo di Barlogies (14) ha riportato un impressionante percentuale di risposte in pazienti con mieloma multiplo nei quali il trapianto di cellule staminali autologhe era fallito. Altri gruppi hanno confermato questi dati e la Talidomide è ora comunemente utilizzata in combinazione con la desametasone ed i chemioterapici anche nella terapia dei linfomi a basso grado di malignità (15). Nelle neoplasie non ematologiche mi piace segnalare alcuni studi in fase II che hanno impiegato alte dosi di Talidomide (200-1200 mg) nel carcinoma renale metastatico; l'alta dose impiegata ha provocato una altissima percentuale di neuropatia periferica e questo ha sconsigliato ulteriori tentativi con dosi così alte (16). Uno studio randomizzato in fase II ha dimostrato come 200 mg di Talidomide sono efficaci nel ridurre significativamente il PSA in un certo numero di pazienti con tumore della prostata non rispondente alla terapia ormonale (13).

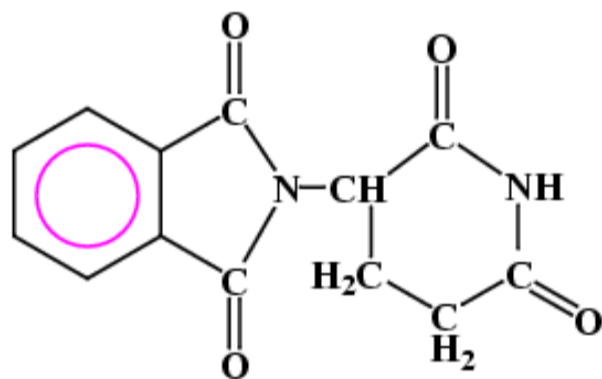
La Talidomide è inoltre utilizzata in numerosi studi in fase II per la terapia degli epatomi (17), dei tumori neuroendocrini (18) e del mesotelioma (19); è somministrata in associazione all'irinotecano nella terapia del cancro del colon e si è dimostrata efficace nel ridurre la diarrea indotta da tale terapia (20)

Prospettive future

Ci sono quindi numerose possibilità di impiego per la Talidomide in pazienti con varie patologie infiammatorie e neoplastiche ma sono ancora necessari ulteriori studi prospettici randomizzati per stabilire il miglior regime terapeutico nelle varie patologie. Nell'uremico cronico la Talidomide è stata unicamente impiegata nel trattamento del prurito non rispondente alle altre terapie con una risposta positiva in oltre il 50% dei pazienti (21). Alcuni aspetti del meccanismo di azione di questa molecola la rendono veramente interessante nel trattamento della malattia cronica infiammatoria del dializzato e sorprende come non siano ancora stati progettati trials clinici a questo scopo. Analoghi della Talidomide, come il CC-5013, con ridotta tossicità sono attualmente in fase I di sperimentazione (13).

Vincenzo Panichi, Sabrina Paoletti,
Dipartimento Medicina Interna, Sezione di Nefrologia,
Università di Pisa

Bibliografia su www.pillole.org



Esposizione al traffico e sviluppo polmonare

Vivere vicino ad un'autostrada comporta un'influenza negativa sullo sviluppo polmonare dei bambini.

Questo studio si è proposto di valutare se l'esposizione al traffico sia in grado di influenzare lo sviluppo polmonare nei giovani dai 10 ai 18 anni. Si tratta di uno studio prospettico che ha coinvolto 3.677 bambini (età media 10 anni) di 12 comunità della California che rappresentano un'ampia variazione nella qualità dell'aria. I bambini sono stati seguiti per 8 anni, ogni anno venivano misurati vari parametri di funzionalità polmonare. Per ogni bambino vennero identificati diversi indicatori di esposizione al traffico. Secondo quanto riferiscono i ricercatori americani i bambini che vivevano nel raggio di 500 metri da un'autostrada mostravano un deficit del FEV1 (- 81 mL; p = 0,01) e del MMEF o Flusso Massimo Espiratorio (- 127 mL/s; p = 0,03) rispetto ai bambini che vivevano ad almeno 1.500 metri di distanza da un'autostrada. Sia l'esposizione locale al traffico sia l'inquinamento atmosferico regionale avevano un effetto peggiorativo indipendente sullo sviluppo della funzione polmonare. A 18 anni i soggetti che vivevano a distanze inferiori a 500 metri da

un'autostrada mostravano, rispetto a chi viveva a più di 500 metri, un FEV1 del 97% e un MMEF del 93,4% dei valori previsti. Gli autori concludono che l'esposizione al traffico di un'autostrada produce effetti avversi sullo sviluppo polmonare dei bambini indipendente dalla qualità dell'aria regionale.

Fonte:

Gauderman WJ et al. In: Lancet 2007 Feb 17; 369:571-577

Commento di Renato Rossi

Continuano ad accumularsi studi che mostrano gli effetti avversi dell'inquinamento atmosferico. Lo studio recensito in questa pillola suggerisce che vivere a poca distanza da un'autostrada porta ad uno sviluppo polmonare deficitario nei bambini e l'effetto è indipendente dalla qualità dell'aria regionale. Anche se il lavoro non dimostra che questi soggetti siano più propensi durante la loro vita a sviluppare patologie di tipo respiratorio è ragionevole pensarlo. In alcune pillole precedenti abbiamo già riferito di altri studi che dimostrano i danni provocati dalle polveri sottili, non solo sull'apparato respiratorio, e ad esse rimandiamo per ulteriori approfondimenti [1,2].

Con il patrocinio:



Si ringrazia per la collaborazione:



l'Istituto per Ispettori della Polizia di Stato di Nettuno

Main Sponsor:



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

S.I.A.M.E.G.
da Lun. a Ven. 10.00 - 14.00
Giov. 10.00 - 21.00
Tel. 06/4746344 - FAX 06/4871092 - e-mail: siameg@tin.it

La partecipazione al corso è limitata a 30 partecipanti

Programma

8.00 - 8.30 Registrazione partecipanti
8.30 - 8.45 Presentazione corso: Obiettivi e Finalità
8.45 - 9.00 Pre Test

PARTE TEORICA

9.00 - 10.30⁰⁰ Dott. Gavino Cossu
Dott.ssa Cristina Patrizi

- Annegamento;
- Cenni storici
- Epidemiologia
- Meccanismi fisiopatogenetici dell'annegamento.
- Fisiopatologia dell'ACR da annegamento
- Funzioni vitali di base

10.30 - 11.30⁰⁰ Dott. Gavino Cossu
Dott. Francesco Cirella
Dott.ssa Laura Conversano

- Catena della sopravvivenza
- Cause di ACR
- Segni premonitori di ACR
- Stato di coscienza
- Gestione di base delle vie aeree
- Supporto della ventilazione
- Supporto del circolo

11.30 - 13⁰⁰ Dott. Gavino Cossu
Dott. Francesco Cirella

- Defibrillazione



Corso di Formazione teorico-pratico per i Medici del litorale

"Il Primo Soccorso per l'annegato: BLS-D"

Responsabile Scientifico:
Dott. GAVINO COSSU

Coordinatori del corso:
Dott.ssa CRISTINA PATRIZI
Dott. RENZO GIOVANELLI

Prot ECM n. 5298/283192
Crediti ECM n. 8

Sabato 23 Giugno 2007
ore 08.00

Sede del corso:
Sala Multimediale dell'Istituto per Ispettori della Polizia di Stato
Nettuno, Via Santa Barbara 94,
tel. 06-985621

- Algoritmo BLS-D nell'annegamento
- Algoritmo universale BLS
- Ipotermia post-rianimazione

13⁰⁰ - 14⁰⁰ PAUSA PRANZO

PARTE PRATICA

14⁰⁰ - 18⁰⁰ Dott. Gavino Cossu
Dott. Francesco Cirella
Dott.ssa Laura Conversano

- Dimostrazione sequenza BLS-D per fasi
- Esercitazione sequenza BLS-D per fasi - gruppi di 5 medici per ogni istruttore
- Dimostrazione sequenza BLS-D completa
- Esercitazione sequenza BLS-D completa con tutor - gruppi di 5 medici per ogni istruttore
- Esercitazione libera sequenza BLS-D completa - gruppi di 5 medici per ogni istruttore

18⁰⁰ - 19⁰⁰ ESAME FINALE
19⁰⁰ - 19¹⁵ Post Test

Consegna attestati di: Esecutore BLS-D

Consegna degli attestati di credito Formativo ECM

Ministero della Salute: online il 1° corso di formazione sul rischio clinico

Si tratta di un investimento rilevante in formazione, per garantire qualità e ridurre gli errori in modo uniforme in tutto il Paese. Il corso, infatti, è gratuito, si rivolge a tutti gli operatori della sanità, medici, infermieri, tecnici e amministratori, circa 800mila professionisti, e garantisce 20 crediti del programma di Educazione continua in medicina (Ecm), quasi la metà della quota annua-

stenza agli operatori per la partecipazione e la fruizione del corso. A conclusione del corso l'operatore sanitario sarà in grado di:

- Riconoscere le motivazioni, anche etiche, per l'impegno nei confronti della prevenzione e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana
- Applicare una metodologia appropriata nella



la obbligatoria. L'iniziativa e il manuale, che ne costituisce la base di conoscenza, sono stati presentati oggi presso il Ministero della Salute in un seminario sulla "Formazione per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico", cui hanno partecipato il Ministro della Salute Livia Turco, il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, il presidente dell'Ipasvi Annalisa Silvestro, tecnici del Ministero e delle Regioni sulla formazione e la sicurezza dei pazienti. La relazione introduttiva è stata tenuta dall'esperta di organizzazione sanitaria della Joint Commission International degli USA, Centro di collaborazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità per la sicurezza dei pazienti, Helene Hoelsing. "Obiettivo principale dell'iniziativa - ha sottolineato il Ministro della Salute Livia Turco - è quello di assicurare un livello omogeneo di competenze in tutto il territorio nazionale sulla sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico a tutti gli operatori sanitari, ospedale e territorio, indipendentemente dal ruolo e dall'ambito professionale, e rappresenta uno dei tasselli della strategia del Ministero della Salute, in sinergia con gli ordini professionali, di promozione della cultura della qualità e della sicurezza. Offre inoltre a Regioni, Province Autonome ed Aziende, impegnate nello sviluppo di programmi ulteriori di formazione, un valido strumento di lavoro". Il manuale è disponibile subito e scaricabile on line anche dal sito www.ministerosalute.it mentre il corso sarà fruibile entro l'estate dai siti web della Fnomceo ed Ipasvi, dove saranno illustrate le modalità per la partecipazione gratuita e i metodi di apprendimento. Le Federazioni assicureranno, presso le loro sedi territoriali, la massima assi-

propria pratica professionale per:

- Identificare i rischi clinici ed i relativi determinanti nella specifico contesto professionale
- Riconoscere e segnalare gli eventi avversi
- Analizzare le cause delle insufficienze attive e di quelle latenti
- Scegliere ed applicare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi e delle relative conseguenze
- Riconoscere il valore e le potenzialità della documentazione clinica e gestionale per la prevenzione del rischio clinico e l'analisi degli eventi ad esso correlati
- Compilare in forma corretta la documentazione e collaborare alla sua adeguata gestione ed archiviazione
- Identificare le funzioni connesse al rischio per le diverse figure professionali e le relative responsabilità
- Istruire i pazienti, i familiari, i volontari e gli operatori per la identificazione dei rischi, la prevenzione, la protezione dagli stessi, nonché la gestione dei danni e delle relative conseguenze
- Comunicare ai pazienti ed ai familiari eventuali eventi avversi, utilizzando metodi e strumenti efficaci
- Identificare le implicazioni in termini di rischio clinico delle tecnologie sanitarie
- Riconoscere le implicazioni organizzative ed economiche del rischio clinico

Pagamento IRAP: obbligatorio per tutti? Interpretazione delle attuali norme: Il parere dell' Ufficio Legale SMI

Quesito: pagamento IRAP da parte dei medici di assistenza primaria

E' noto che con sentenza n. 03/03/07 depositata il 30 gennaio 2007 la Commissione Tributaria Regionale del Molise, sede di Campobasso, ha rigettato l'appello promosso dall'Agenzia delle Entrate avverso la sentenza di primo grado che aveva accolto la richiesta di rimborso dell'Irap avanzata da un medico di medicina generale addetto alla assistenza primaria.

La sentenza, rigettando l'appello dell'Ufficio, conferma quindi il diritto al rimborso dell'imposta per assenza dei presupposti impositivi.

E' il caso altresì di segnalare che la Corte di Cassazione, con undici sentenze emesse qualche mese addietro ha sancito taluni principi in materia rimborso Irap: in particolare la Corte ha respinto la tesi secondo cui l'attività professionale è sempre esente dall'imposta, evidenziando che, affinché ci sia organizzazione, e quindi sussista il presupposto dell'imposta, occorre che il professionista sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione e non sia, quindi, inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità e interesse; impieghi beni strumentali eccedenti le quantità che costituiscono il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività oppure si avvalga in modo non oc-

casionale di lavoro altrui, ponendo comunque un onere probatorio a carico del contribuente. La Corte ha altresì precisato che l'adesione ai condoni intervenuti negli anni passati esclude la possibilità di rimborso dell'Irap.

Sulla scorta di tali principi, i medici di medicina generale addetti alla assistenza primaria, privi del requisito organizzativo nei termini indicati nelle sentenze suddette, avrebbero diritto, in esito ai ricorsi già promossi, al rimborso dell'Irap versata. Tuttavia le sentenze in parola riconoscono l'assenza del presupposto impositivo in ipotesi limitate rispetto a quanto avveniva presso talune corti di merito. La Corte di Cassazione afferma in buona sostanza che manca il presupposto impositivo solo nel caso in cui si rinviengano beni strumentali limitati.

In considerazione di ciò, e considerato che allo stato non esiste alcuna modifica legislativa delle norme impositive, l'IRAP appare ancora dovuta salvo a chiedere il rimborso e promuovere successivo ricorso in assenza evidente dei presupposti impositivi. La via opposta, e cioè quella di non pagare l'imposta, potrebbe comportare il rischio di pagamento delle sanzioni, qualora in esito all'accertamento dell'ufficio, opposto dinanzi alle Commissioni Tributarie, il ricorso dovesse avere esito negativo.

Questo è il mio parere.

Avv. Antonio Puliatti

A.M.I.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272

Tel. 06/ 4746344 - 06/ 4871092 (fax)

E.mail SIAMEG@tin.it

**Il sottoscritto Dr. Nato a
Prov., il/...../....., residente..... Prov.
ViaN: CAP tel.
con studio 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. | 10. Emergenza-118-
Cod.Reg.N°:..... |
| 2. Specialista Ambulatoriale | 11. Continuità Assistenziale-
Sostituto |
| 3. Medico Dipendente | 12. Medicina dei Servizi - Sostituto |
| 4. Ospedaliero | 13. Specializzando |
| 5. INPS | 14. Non Inserito e/o Abilitato dopo il
31/12/94 |
| 6. Libero Professionista | 15. Pensionato |
| 7. Universitario | |
| 8. Continuità Assistenziale
Titolare- Cod.Reg. N°: | |
| 9. Medicina dei Servizi - 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:

SOCIO ORDINARIO: Settori dal n° 1 al 10 € 100,00 annue

Settori dal n° 11 al 15 € 60,00 annue

SOCIO SOSTENITORE: tutti i settori € 200,00

DICHIARA che l'iscrizione

ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata, salvo comunicazione scritta di revoca.

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 _____

AVVISO

Si comunica a tutti i medici specialisti che non vi è la disponibilità di fondi per liquidare le prestazioni effettuate.

Si invitano, pertanto, gli stessi a non presentare più fatture se non dopo aver contattato l'Area Contabile e coloro che l'hanno già fatto a comunicare se intendono ritirare ed annullare le predette fatture, ovvero, tenerle valide a tutti gli effetti.

Roma, 9 maggio 2007

Il Direttore
Dott. Carmelo CANTONE

Queste sono le sorprese che si possono verificare svolgendo il ruolo di Medico Penitenziario. Ma non c'è da preoccuparsi, a tutto c'è rimedio: basta annullare le fatture e rinunciare agli emolumenti!!

Regole per una vita sana nei tempi moderni...

Per sorridere un po'

Dicono che tutti i giorni dobbiamo mangiare una mela per il ferro e una banana per il potassio. Anche un'arancia per la vitamina C e una tazza di tè verde senza zucchero, per prevenire il diabete.

Tutti i giorni dobbiamo bere due litri d'acqua (sì, e poi pisciarli, che richiede il doppio del tempo che hai perso in berteli). Tutti i giorni bisogna mangiare un Actimel o uno yogurt per avere i 'L.Cassei Defensis', che nessuno sa bene che cosa cavolo sono, però sembra che se non ti ingoi per lo meno un milione e mezzo di questi bacilli (?) tutti i giorni, inizi a vedere sfocato.

Ogni giorno un'aspirina, per prevenire l'infarto, e un bicchiere di vino rosso, sempre contro l'infarto.

E un altro di bianco, per il sistema nervoso. E uno di birra, che già non mi ricordo per che cosa era. Se li bevi tutti insieme, ti può dare un'emorragia cerebrale, però non ti preoccupare perché non te ne renderai neanche conto. Tutti i giorni bisogna mangiare fibra. Molta, moltissima fibra, finché riesci a cagare un maglione. Si devono fare tra i 4 e 6 pasti quotidiani, leggeri, senza dimenticare di masticare 100 volte ogni boccone.

Facendo i calcoli, solo in mangiare se ne vanno 5 ore. Ah, e dopo ogni pranzo bisogna lavarsi i denti, ossia che dopo l'Actimel e la fibra lavati i denti, dopo la mela i denti, dopo il banana i denti... E così via finché ti rimangono dei denti in bocca, senza dimenticarti di usare il filo interdentale, massaggiare le gengive, il risciacquo con Listerine... Meglio ampliare il bagno e metterci il lettore di CD, perché tra l'acqua, le fibre e i denti, ci passerai varie ore lì dentro.

Bisogna dormire otto ore e lavorare altre otto, più le 5 necessarie per mangiare, 21. Te ne rimangono 3, sempre che non ci sia

traffico. Secondo le statistiche, vediamo la tele per tre ore al giorno.

Già non si può, perché tutti i giorni bisogna camminare almeno mezz'ora (per esperienza: dopo 15 minuti torna indietro, se no la mezz'ora diventa una) Bisogna mantenere le amicizie perché sono come le piante, bisogna innaffiarle tutti i giorni. E anche quando vai in vacanza, suppongo.

Inoltre, bisogna tenersi informati, e leggere per lo meno due giornali e un paio di articoli di rivista, per una lettura critica.

Ah!, si deve fare sesso tutti i giorni, però senza cadere nella routine: bisogna essere innovatori, creativi, e rinnovare la seduzione. Tutto questo ha bisogno di tempo. E senza parlare del sesso tantrico (al rispetto ti ricordo che bisogna lavarsi i denti dopo che si mangia qualsiasi cosa!).

Bisogna anche avere il tempo di scoper per terra, lavare i piatti, i panni, e non parliamo se hai un cane o ... dei FIGLI???

Insomma, per farla breve, i conti mi danno 29 ore al giorno. La unica possibilità che mi viene in mente è fare varie cose contemporaneamente: per esempio: ti fai la doccia con acqua fredda e con la bocca aperta così ti bevi i due litri d'acqua. Mentre esci dal bagno con lo spazzolino in bocca fai l'a more (tantrico) al compagno/a, che nel frattempo guarda la tele e ti racconta, mentre tu lavi per terra.

Ti è rimasta una mano libera?? Chiamami i tuoi amici! E i tuoi! Bevi il vino (dopo aver chiamato i tuoi ne avrai bisogno). Il BioPuritas con la

mela te lo può dare il tuo compagno/a, mentre si mangia la banana con l'Actimel, e domani fanno cambio.

E meno male che siamo cresciuti, se no dovremmo trangugiare un ALPINITO Extra Calcio tutti i giorni. Uuuuf!

Però se ti rimangono due minuti liberi, invia questo messaggio ai tuoi amici (che bisogna innaffiare come una pianta) mentre mangi una cucchiata di Total Magnesiano, che fa un mondo di bene.

Adesso ti lascio, perché tra lo yogurt, la mela, la birra, il primo litro d'acqua e il terzo pasto con fibra della giornata, già non so più cosa sto facendo però devo andare urgentemente al cesso. E ne approfitto per lavarmi i denti....

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,

Genitori anziani, grosso rischio per il feto

Numerosi studi osservazionali hanno dimostrato che anche l'età paterna avanzata comporta un aumentato rischio di aborto.

Con l'avanzare dell'età aumentano le anomalie cromosomiche degli spermatozoi e quindi è ragionevole aspettarsi un rischio abortivo maggiore. Alla domanda, comunque, hanno cercato di rispondere vari studi osservazionali. In

risce anche che il rischio è evidente soprattutto per gli aborti che avvengono nel primo trimestre di gestazione.

A conclusioni simili arriva uno studio europeo [3] su 3.174 gravidanze: sia l'età materna (>= 35 anni) che quella

paterna (>= 40 anni) sono associati ad un aumento del rischio di aborto. Uno studio di coorte danese [4] su quasi 24.000 gravidanze evidenzia anch'esso un aumento

portato a termine la gravidanza. Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori di confondimento si è visto che il rischio di aborto se il padre ha più di 40 anni è maggiore di circa il 60% rispetto a gravidanze in cui il padre ha un'età inferiore ai 30 anni (OR 1,60; IC95% 1,20-2,00). Tuttavia anche l'età materna avanzata è associata ad un aumentato rischio abortivo: per esempio rispetto a donne di età inferiore ai 25 anni il rischio di aborto è aumentato di circa 8 volte nelle donne con più di 35 anni.

Un altro studio [2] su oltre 5.000 donne californiane ha dimostrato che il rischio di aborto cresce con l'aumentare dell'età paterna: l'hazard ratio per un'età paterna > 35 anni rispetto a padri con meno di 35 anni è di 1,27 (IC95% 1,00 - 1,61). Lo studio suggerisce

to del rischio di morte fetale associato ad un'età paterna avanzata, soprattutto per età > 45 anni; sembrerebbe più elevato il rischio di perdita fetale tardiva che precoce.

Infine da ricordare una revisione della letteratura [5] che ha identificato 19 studi in cui veniva esaminato il problema se l'età paterna avanzata fosse associata ad un aumento del rischio di infertilità o aborto. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto tutti gli studi esaminati suggeriscono che l'età paterna superiore a 35-40 anni aumenta il rischio di aborto. Anche il rischio di infertilità sembra aumentare dopo questa età, tuttavia questo dato non viene confermato dagli studi in cui è la gravidanza deriva da una tecnica di riproduzione assistita (soprattutto IVF).

Renato Rossi



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 - Vinchiaturio (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} non annulla e ^{sostituisce} 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

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. 7-8-9-10-13 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 questo C.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questo C.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. Dati personali disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convegnamento, 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, I, sottoscritto.....

Presta il proprio consenso:

affinché i propri dati personali possano essere trattati nelle forme e con le modalità, sopraindicate 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 dei 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.