

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 17 - N. 09
SETTEMBRE 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 210/2007 del 23/05/07

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

Sciopero dei Medici di Medicina Generale del 21/9/2007

Data storica quella del 21 Settembre 2007. Dopo anni abbiamo fatto uno sciopero e pare che sia stato molto sentito se si dice che più del

90 % dei Medici ha aderito. Sciopero molto sentito con una adesione quasi totale, perché? Forse perché da anni i medici aspettano di essere trattati come si conviene? Forse perché grazie ai lauti aumenti ottenuti con la grandiosa convenzione ancora in essere, i Colleghi si sono resi conto che non arrivano alla fine del mese?

Oggi sento cantare di gioia, per la riuscita dello sciopero quegli stessi colleghi che poco tempo prima, avevano criticato quanti sostenevano la necessità di azioni sindacali forti, quali appunto lo sciopero. Ma attenzione Colleghi che il segretario generale della fimmg, in perfetto stile fimmgino, si è affrettato a dichiarare che lo sciopero non è stato indetto per "ottenere un adeguamento della busta paga". Quindi riflettiamo su quanto ci aspetta per il futuro:

Al primo posto dell'interesse della fimmg oggi sta "la riforma della medicina generale", così come alcuni anni fa era la riforma del ricettario. Ricordate tutte le polemiche e a volte le battaglie verbali dell'allora segretario che ovviamente voleva far passare la problematica della nuova ricetta come la risoluzione di tutti i mali della Medicina Generale Italiana. E la farsa della doppia firma? Chi non ricorda i proclami di vittoria quando è stata abolita? Ora quale sarà la nuova medicina generale di questi signori: la medicina europea, la medicina

inglese, la francese? E la nuova Governance, quale sarà la Mission, la Passion, cosa dice il Wonca, l'Onu, l'Unesco, e le case della salute (!?), e i direttori generali, le asl, i distretti, le aziende ecc.? come deve essere la (pag.4)



Sciopero della medicina generale, 21 Settembre 2007)

Toxoplasmosi e gravidanza

La toxoplasmosi contratta durante la gravidanza può portare a gravi conseguenze a carico del feto per cui acquistano importanza le misure profilattiche per evitare l'infezione.

Quali sono i consigli preventivi da dare ad una donna in gravidanza per evitare la toxoplasmosi? E se i normali esami ematochimici eseguiti all'inizio della gravidanza evidenziano un toxo-test positivo sia per IgG che per IgM come comportarsi? **La toxoplasmosi**

La toxoplasmosi è provocata dal *Toxoplasma Gondii*, un protozoo che può parassitare gli uccelli ed i mammiferi, compreso l'uomo. La riproduzione sessuale del *Toxoplasma* avviene nell'intestino dei gatti che elimina con le feci le cisti. Queste ultime rimangono infettive per molti

mesi sul terreno e costituiscono la fonte di infezione per gli altri mammiferi, compreso l'uomo. La malattia acquista particolare importanza se contratta in gravidanza. Si calcola che in Europa la toxoplasmosi congenita colpisca da 1 a 10 neonati ogni 10.000; di questi circa l'1-2% sviluppano deficit cognitivi o muoiono e il 4-27% avranno riduzioni del visus permanenti a causa di coriorietinite, il 10-30% avrà deficit uditivi. Nella maggior parte dei casi i sintomi non sono evidenti alla nascita, com'è ovvio, ma si manifesteranno successivamente. **Come ci si infetta?** L'infezione avviene con l'ingestione delle cisti: - mangiando carne non ben cotta di un animale infetto (suine, bovine e ovine) - cibandosi di frutta e verdura crude e non ben lavate - contatto con il terreno infetto o con le feci di un animale infetto (per esempio durante giardinaggio o lavori nei campi) (pag. 7)

REVOCATO INVECE LO SCIOPERO PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE ED IL 118

la revoca dello sciopero per Continuità assistenziale e 118 si è resa quasi necessaria a causa delle inadempienze delle regioni ed Aziende nell'attuare le procedure previste dal nostro contratto relativamente all'individuazione dei contingenti minimi atti a garantire i servizi indispensabili.

Nonostante i nostri telegrammi in tal senso inviati, le aziende non hanno saputo dar seguito a quanto era di loro competenza, costringendo i colleghi dei servizi di 118 e C.A. a fare le capriole per garantire chi e quanti avrebbero dovuto garantire l'assistenza.

Si tratta di un vecchio problema al quale è necessario porre fine. Il nostro contratto, prevede chiaramente che le Aziende (non i sindacati) debbano, unitamente alle forze sindacali, individuare i contingenti minimi tenuti a garantire il servizio. Tale elenco deve essere trasferito ai vari responsabili aziendali del settore Continuità Assistenziale delle singole aziende per la tempestiva comunicazione ai diversi presidi di C.A.

Dopo la nostra sollecitazione, pare che alcune aziende si siano attivate in Comitato Aziendale per definire in maniera annuale e/o triennale, tale contingente. (pag.6)

**Novità dalla rete
Scienza e Medicina
qua e là su Internet**
(Pag.5)

LE NOVITA' ESTIVE DELL' ECM

Pag. 6)

Nimesulide, salva ma con tante avvertenze

Il Comitato per i medicinali ad uso umano dell'EMA decide che il profilo rischio/beneficio della nimesulide rimane favorevole, ma deve essere limitata l'assunzione a 15 giorni per ridurre i rischi di epatotossicità. L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha concluso la revisione relativa alla sicurezza epatica della nimesulide. Il Comitato per i medicinali ad uso umano (CHMP) ha concluso che i benefici delle formulazioni sistemiche dei medicinali contenenti nimesulide superano ancora i loro rischi, ma che è necessario limitare l'uso di questi medicinali al fine di assicurare che il rischio dei pazienti di sviluppare problemi epatici sia minimo. La nimesulide è un antinfiammatorio non steroideo di non selettivo (FANS). È indicato per il trattamento del dolore acuto (breve termine), per il trattamento sintomatico dell'osteoartrite dolorosa e della dismenorrea primaria (dolore periodico). I medicinali contenenti nimesulide sono in commercio dal 1985 e sono autorizzati in diversi Stati Membri. Sono disponibili solo su prescrizione. Quando fu immessa nel mercato, la nimesulide era indicata per il trattamento di un'ampia gamma di condizioni; ma dal 2002 sono emerse delle problematiche inerenti l'epatotossicità del farmaco che hanno reso necessario una revisione del suo profilo di sicurezza da parte del CHMP. (Pag 4)

Narlisim pediatrico, ora controindicato nei bambini

Narlisim bambini gocce nasali (LISOZIMA/FENOLPROPAMINA/TONZILAMINA) è ora controindicato al di sotto dei 12 anni di età e diventa prescrivibile solo dietro presentazione di ricetta medica. Questa controindicazione è stata introdotta a seguito di una rivalutazione del rapporto beneficio/rischio condotta dall'AIFA e risultata sfavorevole nei bambini al di sotto dei 12 anni per Narlisim bambini così come per tutti gli altri decongestionanti nasali simpaticomimetici per uso topico. Questa fascia di età è infatti stata considerata più a rischio in quanto più rappresentata nelle segnalazioni, sia a livello nazionale che internazionale, con una prevalenza di sospette reazioni avverse, alcune anche gravi, che vede coinvolti i bambini più piccoli, sotto i tre anni. Le reazioni gravi segnalate per Narlisim bambini sono state principalmente a carico dell'apparato respiratorio (dispnea, edema della faringe e del naso, sofferenza respiratoria, congestione nasale), della cute (eruzione cutanea) e del sistema nervoso (ipotonia, iporeattività). Quindi passaggio da OTC a ricetta medica ripetibile. (Det. pubblicata in GU n.177 del agosto 2007). (Pag. 3)

La tecnica della PCR real-time nello studio del DNA

Pag. 3)

I precursori italiani della vaccinazione sul vaiolo



siano annoverati Jenner e Pasteur, grandi uomini, che ebbero il merito di individuare la vaccinazione con materiale bovino sugli esseri umani.

E' poco noto pero' (se non ai cultori della materia) che i principi delle vaccinazioni fossero stati in realta' noti gia' da tempo seppur tecnicamente non sviluppati.

Gia' da un secolo prima dell' avvento dei due grandi Scienziati, veniva dibattuta l' utilita' di effettuare vaccina-

zioni su esseri umani utilizzando materiale infetto.

Abbiamo rinvenuto, presso la Biblioteca di Medicina dell' Universita' Cattolica di Roma, un testo di medicina stampato in Lucca nel 1759, circa un secolo prima delle scoperte di Jenner e Pasteur; in questo testo un medico napoletano, Piero Francesco Pizzorno, pubblicava una orazione "eccitatoria" ovvero un libro che intendeva difendere e propugnare la somministrazione percutanea di siero vaioloso tratto da soggetti malati su soggetti sani, al fine di proteggerli da una successiva grave infezione, esattamente come sostenuto dai principi delle odierne vaccinazioni.

Il Pizzorno, che riportava le teorie di un Suo Maestro, il dottor Carlo Gambini, espone con passione e lucidita' i motivi che avrebbero dovuto "obbligare" i medici ad abbracciare

queste metodiche. Pur basandosi sulle teorie mediche del tempo, che sostenevano l' influsso di miasmi e di fluidi, e non conoscevano l' etiologia virale della malattia, aveva ben chiara l' utilita' ma anche la pericolosita' di questa metodica, per cui suggeriva una serie di cautele onde evitare che l' infezione, stimolata artificialmente dal medico, assumesse un carattere di gravita' tale da essere piu' dannosa della malattia stessa.

E' ben noto che poi la storia ha messo in luce una metodica molto piu' sicura, cioe' l' uso del prodotto bovino, poco tossico per l' uomo ma ugualmente immunizzante; cio' non toglie che il genio e l' intuizione di questi personaggi dovrebbe avere un riconoscimento maggiore rispetto alle scarse note a pie' di pagina che vengono ritrovate solo in qualche libro qua e la. **DZ**

Ricovero a pagamento? Paghi la camera ma non il medico

Nel caso in cui il ricovero in ospedale avvenga in una camera a pagamento, non e' obbligatorio pagare anche gli onorari professionali dei medici.

Questo perche' "la richiesta di ricovero in camera a pagamento va tenuta distinta da quella di ricovero in regime libero-professionale"

Questo concetto e' stato affermato dalla Cassazione (I Civ., sent 18453-/2007) che ha dato ragione ad un paziente che si era visto addebitare, insieme alle spese di degenza in una camera speciale imposta dalla carenza di posti nelle corsie ordinarie gratuite, anche il corrispettivo delle prestazioni dei medici in regime libero professionale.

Occorre invece fare riferimento al D.Lgs 502 del '92 che distingue le due fattispecie di ricovero. Tale legge viene violata, per la Cassazione, dalla

predisposizione della UsI di una clausola contrattuale per la quale colui che la sottoscrive, nell'impegnarsi a pagare la camera, deve necessariamente obbligarsi anche a corrispondere il compenso per l'assistenza libero professionale dei medici ospedalieri. Tale evenienza, a differenza di quanto si afferma nella premessa della dichiarazione che il ricoverato ha sottoscritto, non puo' ritenersi automatica e obbligatoria, in base alle previsioni della normativa vigente, che prevede "la istituzione di camere a pagamento, con richiesta dell'assistenza a carico del Servizio Sanitario Nazionale, che deve essere offerta, insieme e in alternativa a quella libero professionale, dei presidi ospedalieri ai pazienti".

Quindi una libera scelta: solo trattamento alberghiero e assistenza gratuita e di routine, o anche l' attivita' professionale "dedicata" dei sanitari.

Ritirato il Silomat, antitosse "storico"

A seguito del ritiro volontario a livello mondiale da parte dell'azienda produttrice del Silomat (clobutinolo), ne e' stata sospesa la vendita su tutto il territorio nazionale.

La Boehringer Ingelheim Italia ha volontariamente ritirato dai mercati mondiali il Silomat, medicinale a base di clobutinolo, nelle confezioni sciroppo e gocce orali come misura precauzionale sulla base di nuove informazioni di sicurezza.

I risultati preliminari di un studio clinico con clobutinolo su volontari sani hanno mostrato un prolungamento dell' intervallo QTc nell' elettrocardiogramma (ECG).

Sebbene la rilevanza clinica di questi effetti non sia stata pienamente chiarita, come misura precauzionale e nell' interesse della salute dei pazienti, Boehringer Ingelheim in accordo con l'Agenzia Italiana del Farmaco ha deciso di ritirare dal mercato tali farmaci e chiede che

tutti i pazienti ne interrompano l'assunzione.

Il clobutinolo e' un farmaco antitussivo non-narcotico, ad azione centrale, somministrato per via orale. E' indicato come sedativo della tosse. Recentemente, la comunita' scientifica ha sviluppato notevole interesse nell' accertamento e nell' approfondimento del prolungamento del QTc e del suo possibile impatto sulle aritmie (Torsades de points). Nuove tecniche sono oggi disponibili per caratterizzare un farmaco quanto al suo potenziale di prolungare il QTc.

I dati di sicurezza raccolti durante la commercializzazione di Silomat nel mondo a partire dal 1961, indicano che clobutinolo e' ben tollerato. La reportistica cumulativa dei dati di sicurezza ad oggi non ha suggerito un potenziale pro-aritmico clinicamente rilevante. Alla luce dei dati sperimentali pubblicati

e, secondo le vigenti linee guida ICH, Boehringer Ingelheim ha iniziato - in accordo con le competenti autorita' tedesche (BfArM) - un programma di ricerca, che comprendeva studi non-clinici ed uno studio clinico su volontari sani, per verificare gli effetti del clobutinolo sull' ECG.

I risultati preliminari di questo studio clinico (Agosto 2007) indicano un prolungamento dell' intervallo QTc nei soggetti sani trattati con clobutinolo. Sebbene la rilevanza clinica di questi effetti sul QTc non possa essere chiaramente definita, si evince che il rischio di aritmia potenzialmente pericolosa per la vita del paziente e' molto basso. Ciononostante, considerando l' indicazione e la disponibilita' di alternative terapeutiche, Boehringer Ingelheim ha deciso come misura precauzionale di ritirare anticipatamente dal mercato i medicinali che contengono clobu-

Densita' mammaria all' esame radiologico, e rischio di cancro

Un' aumentata densita' mammaria risulta associata ad un rischio elevato di cancro mammario. In questo studio caso-controllo sono stati analizzati i dati di 11-12 donne con nuova diagnosi di cancro mammario e altrettanti controlli paragonabili per eta'. L' analisi, aggiustata per i classici fattori di rischio, ha dimostrato che le donne con una densita' mammaria elevata alla mammografia avevano un rischio aumentato di diagnosi di cancro mammario rispetto alle donne con densita' mammaria minore (OR 3,5). Inoltre nei 12 mesi che seguivano una mammografia negativa le donne con elevata

densita' mammaria avevano un rischio aumentato di diagnosi di cancro mammario (OR 17,8). Questo rischio persisteva per 8 anni dopo l' entrata nello studio ed era maggiore nelle donne piu' giovani.

Gli autori concludono che un' elevata densita' mammaria alla mammografia e' un importante fattore di rischio di cancro mammario diagnosticato sia mediante screening che nel periodo intervallare.

Fonte:
N Engl J Med 2007 Jan 18; 356:227-36.

Commento di Renato Rossi su www.pillole.org

La tecnica della PCR real-time nello studio del DNA (di Anna D'Ambrosio)

Senza dubbio la PCR (Polymerase Chain Reaction) rappresenta una delle scoperte più importanti del 900, ed "rivoluzionato" il mondo scientifico, soprattutto nel settore della Medicina forense.

In precedenza, trovando sul luogo del delitto una traccia biologica, per poter effettuare un profilo genetico erano necessarie discrete quantità di materiale biologico. Grazie alla tecnica della PCR, invece, riesce ad ottenere, spesso, un buon profilo genetico anche a partire da modeste quantità di tracce, smagari degradate o mal conservate (saliva adesa a chewingum, saliva adesa da mozzicone di sigaretta, saliva adesa ad una tazzina di caffè, una goccia di sangue), tale da permettere di identificare una persona od operare un valido raffronto con un sospetto. Tutto ciò, inoltre, in tempi molto più brevi.

TECNICA DELLA PCR

La PCR (il cui acronimo sta per "reazione a catena della polimerasi") è un metodo attraverso cui una sequenza di acido nucleico può essere riprodotta e amplificata esponenzialmente in vitro partendo da quantità piccolissime e producendo milioni di copie del breve segmento di DNA/Rna che interessa, in modo da poterlo analizzare.

La PCR avviene in tre fasi: nella prima, che avviene a temperature elevate (intorno ai 95°C), si ha la denaturazione (il dna apre la sua doppia elica); poi avviene "l'annealing

“,ovvero si verifica il legame tra due primers con le sequenze complementari a temp. + basse, poi avviene l'estensione dei primers con la conseguente sintesi del frammento di interesse.

Nella PCR ciò che varia, a seconda del target di interesse, sono il numero dei cicli, le temperature dei tre step ed altri piccoli elementi ancora che consentono di "modellare" la tecnica al frammento di interesse. Negli ultimi anni si è andata affinando una tecnica specifica della PCR, ancora più mirata, che consente ancora ulteriori applicazioni, quale è

La tecnica della REAL TIME -PCR.

La PCR real-time, PCR quantitativa in tempo reale (rt-PCR), è un metodo in cui il fenomeno dell'amplificazione viene "monitorato" in tempo reale, in cui si analizza momento per momento ogni singola fase della reazione. L'analisi del prodotto amplificato non avviene, quindi come nella PCR classica, al termine della stessa, ma durante la reazione stessa. Le chimiche utilizzate sono diverse, anche se il principio sostanzialmente è lo stesso. Elencheremo qui di seguito alcune di esse:

- Sybr-Green I
- Dual labeled probes 5'-3'
- Quenched FRET probes (Fluorescent resonance energy transfer), in cui si verifica un fenomeno di fluorescenza solo se si verifica l'incontro tra la sonda chi-

mica e il suo DNA bersaglio.

CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA REAL TIME NELLA PRATICA LABORATORISTICA.

La PCR - real time trova notevoli applicazioni in diversi settori della diagnostica:

ad es. per la determinazione degli Organismi geneticamente modificati (ogm), nella Quantificazione dei batteri; nel campo della virologia (la tecnica risulta molto utile per il dosaggio quantitativo di diversi virus).

Rispetto ai metodi tradizionali presenta notevoli vantaggi:

- consente di eliminare eventuali segnali PCR- aspecifici.
- il risultato del campione analizzato viene valutato all'interno di una "curva di calibrazione" in cui i componenti sono standard a concentrazione nota.
- al termine dell'amplificazione la reazione ha termine e non è necessario, verificare ulteriormente il prodotto ottenuto dell'amplificazione.
- è possibile conservare i dati nella memoria del computer.

L'impiego diagnostico della r.t per è applicabile nella pratica laboratoristica, ad esempio, per indagini sulle

patologie cardiovascolari (CVD): ai tradizionali fattori di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo e obesità), si aggiungono infatti "predisposizioni genetiche allo sviluppo della patologia". Con questa tecnica è possibile identificare con certezza la presenza di diverse mutazioni legate a queste patologie, passando quindi dalla diagnostica fenotipica a quella genotipica.

Il risultato è specifico, con modesti costi per il laboratorio ed è sicura-

ing (curva di dissociazione) si potranno distinguere i tre genotipi in base alla posizione dei picchi: singoli (in due posizioni diverse) per i campioni (selvatico/mutato); doppio per l'eterozigote. Ma uno degli impieghi fondamentali resta quello forense, della quantificazione del DNA, in quanto favorisce una ottimizzazione e standardizzazione della metodica (al fine, per esempio, di identificare un profilo biologico). Dopo l'amplificazione, la concentrazione del dna del

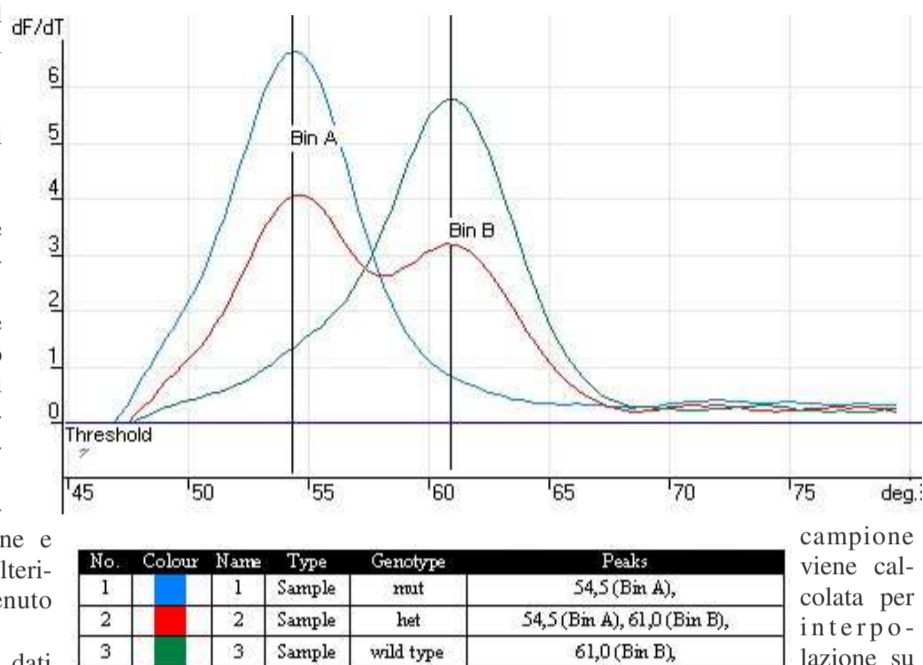


Foto gentilmente concesse da Nucleare Laser

mente rapido. Il principio della metodica è sostanzialmente lo stesso: attraverso l'analisi della curva di melt-

campione viene calcolata per interpolazione su

una curva standard e ciò consente di realizzare sospensioni con livelli ottimali di DNA.

Nelle ztl, va osservata la massima riservatezza

I vigili non devono chiedere al medico legerezza del paziente visitato nella ZTL. Il Garante per la privacy ha disposto il divieto per i Comuni a richiedere, e per i medici a fornire, le generalità delle persone visitate a domicilio all'interno di aree ZTL. Nelle grandi città (ma spesso anche nelle città di medie dimensioni, specialmente se fortemente turistiche, sono fiorite le cosiddette ztl (zone a traffico limitato). E' generalmente vietata la penetrazione in queste zone di veicoli a motore, tranne eccezioni diverse da città a città (residenti, servizi pubblici, attività di particolare rilevanza sociale ecc.). Il problema è particolarmente grave per i medici in quanto le autorità non hanno generalmente consentito il libero accesso dei sanitari nelle ztl, ma lo hanno sottoposto a diverse pesanti condizioni. A Roma, ad esempio, ma anche in altre città, viene fornito uno speciale permesso di ingresso ai medici che abbiano il proprio studio all'interno della ztl, mentre un diverso trattamento è previsto per coloro che, pur avendo lo studio all'esterno, hanno tuttavia pazienti da visitare a domicilio all'interno della zona vietata. E' prevista una procedura abbastanza complessa: il medico deve inviare, prima della visita, un fax in cui specifica l'orario, la targa della vettura, indirizzo di destinazione ecc. Un fax analogo andrebbe inviato "per sicurezza" dopo la visita, per conferma. Se per un motivo qualsiasi il medico è



impossibilitato a inviare il fax, riceverà l'avviso di contravvenzione che potrà contestare allegando una giustificazione contenente anche i dati personali del paziente che è andato a visitare, e una dichiarazione dello stesso, meglio se con una fotocopia del documento. Ora il Garante per la protezione dei dati personali, ha stabilito che tale procedura è illecita, ed ha disposto il divieto per i Comuni a richiedere, e per i medici a fornire, le generalità o altre informazioni che possano identificare le persone visitate a domicilio all'interno di aree ZTL, al fine di verificare il rispetto delle disposizioni in materia di accesso e circolazione in tale area. Il medico dovrà fornire solo la data e la fascia oraria di accesso e di uscita dalla ZTL, l'indirizzo e il numero civico dove è stato prestato l'intervento, il numero di iscrizione all'ordine professionale. E' da osservare come il provvedimento sia vincolante sia per i Comuni che per i sanitari: commetteranno un illecito ed una violazione delle norme della

privacy i medici che, per contestare una multa o un altro provvedimento amministrativo, riveleranno i dati personali dei loro pazienti, e questo perché il diritto di difesa da un provvedimento di tal genere è di rango inferiore rispetto a quello della tutela della privacy.

Fonte: garante per la protezione dei dati personali provvedimento 14 Giugno 2007-7 Gazzetta Ufficiale 13 luglio 2007, n. 161.

Estratto del provvedimento:

"... il Garante:
1. prescrive, ai sensi degli articoli 143, comma 1, lettera b) e 154, comma 1, lettera c) del codice:
a) ai comuni di non richiedere ai medici, al fine di verificare il rispetto delle disposizioni in materia di accesso e circolazione veicolare, le generalità e altre informazioni che identificano le persone visitate a domicilio all'interno di aree ztl (punti 1.a) e 3.1.1.);
b) ai medici di non presentare documenti contenenti le generalità e altre informazioni che identificano le persone visitate a domicilio, al fine di far valere il proprio diritto di difesa a sostegno di un ricorso avverso una contestazione di una violazione delle disposizioni in tema di limitazione del traffico veicolare nelle ztl, documenti che gli uffici territoriali di governo devono, pertanto, astenersi dal richiedere in attuazione delle presenti prescrizioni (punti 1.b) e 3.1.2.)."

La terapia sequenziale Tamoxifene Anastrozolo riduce mortalità per K mammario

La sequenza tamoxifene/Inibitore dell'aromatasi sarà il nuovo standard di trattamento nelle donne in postmenopausa operate per cancro mammario con recettori ormonali positivi? In questa metanalisi sono stati combinati i dati di 3 studi, lo studio ABCSG 8 (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group), l'ARNO 95 (Arimidex- Nolvadex) e l'ITA (Italian Tamoxifen Anastrozole), per un totale di 4006 donne. Tutte le partecipanti hanno assunto tamoxifene per 2 o 3 anni e poi sono state randomizzate a continuare con tamoxifene oppure a passare ad anastrozolo (1 mg/die). La terapia tamoxifene/anastrozolo, rispetto alla strategia basata sul solo tamoxifene, risultava associata ad una riduzione del rischio di recidiva (92 vs 159) e di morte (66 vs 90). In particolare la metanalisi ha trovato che il gruppo randomizzato a tamoxifene/anastrozolo aveva un beneficio per quanto riguarda la sopravvivenza libera da malattia, la sopravvivenza libera da eventi, la sopravvivenza libera da recidive a distanza e i decessi. Questi risultati erano indipendenti dallo stato dei linfonodi, dalle dimensioni del tumore e dal fatto che la paziente avesse o meno ricevuto chemioterapia. Commento di Renato Rossi: Fino a poco tempo fa lo standard di trattamento per le donne operate di cancro mammario con recettori ormonali positive era il tamoxifene per 5 anni. In questi ultimi anni però si sono accumulati studi che suggeriscono un maggior beneficio se si utilizzano gli inibitori

dell'aromatasi. In effetti le linee guida di varie società scientifiche, recependo questi risultati, hanno ammesso anche la possibilità di usare questi farmaci al posto del tamoxifene oppure in sostituzione ad esso dopo i 2-3 anni iniziali. Il NICE (l'ente nazionale inglese che valuta gli effetti dei vari trattamenti) ha recentemente consigliato gli inibitori dell'aromatasi come farmaci di prima scelta nel cancro mammario in postmenopausa con recettori ormonali positivi. Questa metanalisi è la prima a dimostrare che un approccio che preveda di usare all'inizio il tamoxifene seguito dall'anastrozolo è in grado di ridurre non solo le recidive di malattia, ma anche la mortalità totale. Questo porterà a cambiare le linee guida? Come ammettono gli autori della metanalisi vi sono ancora punti che meritano un chiarimento: la durata ottimale della terapia, se è preferibile iniziare subito con un inibitore dell'aromatasi oppure dare all'inizio il tamoxifene e fare in seguito lo switch e infine se qualche altra combinazione potrebbe migliorare gli esiti. Studi futuri ci permetteranno di rispondere a questi dubbi. D'altra parte anche una metanalisi di 2 RCT per un totale di 828 donne in post-menopausa, effettuata da autori italiani, dimostra che il passaggio dopo 2-3 anni di terapia di tamoxifene, ad un inibitore dell'aromatasi riduce, rispetto a chi continua con tamoxifene, sia la mortalità totale che quella specifica senza aumentare la mortalità per altre cause, gli eventi cardiovascolari e lo

Si salva la Nimesulide, ma con tante avvertenze

Nell'aprile 2004, la conclusione di tale revisione ha portato alla restrizione d'uso della nimesulide per le tre condizioni sopra citate limitando la massima dose giornaliera a 100 mg 2 volte al giorno.

L'uso della nimesulide è stato, inoltre, controindicato in pazienti con problemi epatici, e medici e pazienti sono stati informati riguardo a rischio di gravi problemi epatici associati all'assunzione del farmaco. Nel maggio 2007, l'Agenzia regolatoria irlandese ha deciso di sospendere la commercializzazione dei medicinali contenenti nimesulide in seguito alle segnalazioni di gravi effetti indesiderati a livello epatico. Per tale ragione, questi farmaci sono stati ritirati dal mercato irlandese. I dati a supporto di tale decisione derivano dalla raccolta di tutte le segnalazioni pervenute all'Agenzia regolatoria irlandese dal 1995 (anno di immissione in commercio) al febbraio 2007. Come previsto dall'art. 107 della Direttiva 2001/83/CE e successive modifiche, l'Agenzia regolatoria irlandese ha notificato al CHMP il provvedimento intrapreso al fine di permettere al Comitato scientifico di esprimere il proprio parere per mantenere, modificare, sospendere o revocare l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dei medicinali contenenti nimesulide nei vari Paesi europei.

Nel corso di quest'ultima rivalutazione, il CHMP ha analizzato tutte le informazioni disponibili sulla sicurezza della nimesulide; in particolare, gli effetti indesiderati a livello epatico, i dati di consumo e i possibili meccanismi d'azione e fattori di rischio responsabili del danno epatico. Queste informazioni provengono dalle aziende titolari dell'AIC e dall'Irlanda e dagli altri Stati Membri così come dalla letteratura scientifica e dai dati del database dell'EMA. Queste informa-

zioni ricoprono il periodo antecedente e successivo alle restrizioni d'uso introdotte nell'aprile 2004. Il CHMP ha valutato, inoltre, i risultati di una simulazione che valutava il possibile impatto che la sospensione della nimesulide avrebbe avuto sul tasso degli effetti indesiderati in Italia. Questa simulazione ha tenuto in considerazione l'effetto del cambio di terapia con farmaci antidolorifici alternativi sui pazienti.

Quali sono state le conclusioni del CHMP?

Sulla base delle informazioni disponibili, il CHMP ha concluso che:

- esiste un rischio di epatotossicità nei pazienti che assumono nimesulide ma il profilo complessivo di sicurezza del farmaco non cambia rispetto alla rivalutazione del 2004;
- la sospensione della nimesulide potrebbe portare a una diminuzione del numero di ospedalizzazioni legate a problemi epatici ma potrebbe anche determinare un aumento del numero di ospedalizzazioni dovute a effetti gastrointestinali associati all'uso di altri FANS;
- poiché la maggior parte degli effetti indesiderati epatici insorgono dopo due settimane di trattamento, la terapia con nimesulide deve essere limitata ad un massimo di 15 giorni;
- i benefici delle formulazioni sistemiche di nimesulide superano i rischi, ma il loro uso deve essere limitato a causa dell'epatotossicità;
- il medico deve prescrivere la nimesulide in seguito ad un'attenta valutazione dei rischi complessivi del singolo paziente.

Il CHMP conclude che i dati disponibili non sostengono la sospensione dal mercato europeo della nimesulide. Comunque raccomanda il ritiro dal mercato di tutte le confezioni contenenti più di 30 dosi (comprese o bu-

stine) in relazione alla limitazione sulla durata di trattamento di 15 giorni. Il Comitato sottolinea la necessità di modificare le AIC, variando le informazioni rivolte ai medici e ai pazienti per limitare il rischio di danno epatico. Il CHMP riconosce che non è noto il meccanismo che determina gli effetti epatici della nimesulide e che ciò rende difficile prevedere se il singolo paziente che assume il farmaco può essere a rischio di sviluppare reazioni epatiche. Il Comitato ha specificato che la nimesulide non deve essere utilizzata contemporaneamente ad altri farmaci che possono ugualmente causare danno epatico o in pazienti con danni epatici preesistenti. Inoltre, raccomanda di adottare ulteriori misure di sorveglianza, di condurre studi per valutare il rischio di danno epatico nei pazienti che assumono nimesulide e di diffondere una nota informativa agli operatori sanitari per sottolineare le corrette modalità di utilizzo della nimesulide. Le modifiche complessive apportate alle informazioni per i medici ed i pazienti sono di seguito indicate.

- I pazienti che assumono nimesulide in formulazioni sistemiche non devono superare i 15 giorni di terapia.
- I medici devono limitare le loro prescrizioni di medicinali contenenti nimesulide ad un massimo di 15 giorni di terapia e solo in seguito ad un'attenta valutazione dei rischi complessivi del singolo paziente.
- Medici e pazienti devono essere consapevoli della possibilità insorgenza di problemi epatici.
- Per qualsiasi dubbio i pazienti devono rivolgersi al medico o al farmacista.

La decisione della Commissione Europea su questa opinione sarà rilasciata nei tempi dovuti. Tale decisione si applicherà a tutti gli Stati Membri.

Fonte: EMEA

L'Omeopatia nell'ambito della medicina contemporanea

di Francesco Macri

Sorta nel 1999, la SIOMI (Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata) è, in Italia, tra le Società più rappresentative nel settore delle Medicine Complementari (MC). Come afferma la sua stessa denominazione, la SIOMI, tra i suoi obiettivi prioritari, ha la promozione del principio di integrazione tra le MC in generale, l'Omeopatia in particolare, e la Medicina Ufficiale (MU).

L'esigenza di tale integrazione deriva da una parte dal dato riguardante il numero di cittadini (circa dieci milioni) che più o meno regolarmente si rivolgono alle MC, dall'altra dalla constatazione che la MU per vari aspetti (inadeguatezza

petti teorico-pratici alla base delle attività di promozione e la SIOMI promuove tale conoscenza attraverso iniziative di vario tipo (convegni, rivista "CARE", newsletter "Omeo33", etc.) e tra esse, più recenti e significative, il supporto scientifico a livello legislativo (progetto legge per la MC della regione Toscana) a livello assistenziale (apertura del primo ospedale in Italia per la Medicina Integrata a Pitigliano) e l'apertura di scuole SIOMI per la

formazione in Omeopatia nelle sedi di Milano, Firenze e Roma. Il medico non può non considerare come questa possibilità di integrazione sia la risposta adeguata alla spinta di trasformazione della medicina moderna.

del rapporto medico-paziente, rilevanza dei costi di acquisto, controllo dei sintomi incompleto o ottenuto a fronte di rilevanti effetti collaterali) spesso non offre una risposta esauriente alla richiesta di salute. Il concetto di integrazione consiste nella possibilità di utilizzare le MC e la MU in alternativa ragionata o in efficace complementarietà in base alle caratteristiche dello specifico quadro clinico. L'applicazione pratica della integrazione presuppone, da parte del Medico, una conoscenza adeguata degli as-



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondata da Mario Meneghini
Presidente: Angelo Filardo

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

DIREZIONE REDAZIONE e AMMINISTRAZIONE
Via Merulana 272 - 00185 - Roma
Tel. 064746344 - Fax: 064871092

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

Fotocomposizione e Stampe
Postel S.p.A.

Unica Periodica di assistenza all'Utente Stampa Periodica Italiana

Associazioni pericolose: ACE o sartano con diuretico + antinfiammatorio

L'associazione fra un ACE-inibitore o un sartano, un diuretico e un FANS (compresi gli inibitori selettivi della COX-2) può predisporre i pazienti a insufficienza renale.

L'Adverse Drug Reactions Advisory Committee (ADRAC) australiano ha pubblicato un avviso per i prescrittori riguardante una pericolosa combinazione, la cosiddetta "triple whammy", cioè l'associazione fra un ACE-inibitore o un sartano, un diuretico e un FANS (compresi gli inibitori selettivi della COX-2), che può predisporre i pazienti a insufficienza renale (1-3).

I fattori di rischio comprendono l'età avanzata, patologie renali preesistenti e la disidratazione. Nel 2005, l'ADRAC ha ricevuto

21 segnalazioni di insufficienza renale in pazienti esposti a "triple whammy". In una serie di casi, i fattori precipitanti erano rappresentati da una patologia acuta, disidratazione, tossicità da digossina o la recente aggiunta di un FANS in un paziente già in trattamento con un ACE inibitore o un sartano e un diuretico. Di recente la National Prescribing Service (NPS) ha pubblicato un manuale con gli Indicators of Quality Prescribing nella medicina generale australiana. Uno degli indicatori è intitolato "Good prescribing" (evitare la "triple whammy") e sottolinea il messaggio che il rischio associato a questa pericolosa combinazione deve essere evitato il più possibile e che si deve porre estrema cautela quando un pa-

ziente con alterazioni renali assume un ACE-inibitore o un sartano e FANS.

Si deve tenere anche a mente che sono molti i prodotti disponibili che contengono un ACE-inibitore o un sartano associato ad un diuretico.

L'ADRAC avvisa che i prescrittori devono evitare il più possibile questa pericolosa combinazione. Tuttavia se è necessario somministrare questi farmaci, i prescrittori devono stare attenti alla presenza di altre patologie, disidratazione o assunzione di FANS che possono predisporre i pazienti all'insufficienza renale e in questi casi devono consigliare ai pazienti di consultare un medico.

Fonte: Australian Adverse Drug Reactions Bulletin 2006;

Sciopero Medici di Medicina Generale

medicina generale riformata secondo alcuni scienziati-filosofi-filologi? Ecco forse... Il malato non c'è, il medico non c'è. Guai a stare nel vecchio inutile studio, guai ad ascoltare il bisognoso di cure o di consigli, guai a visitare e soprattutto guai seri a prescrivere farmaci e/o accertamenti. Il sistema va riformato dicono quegli scienziati-filosofi-filologi di prima: il medico ha la governance, la mission, la passion, il wonca ecc.

Ma questi signori sono mai stati sei ore in studio? Hanno mai

dato il numero del loro telefonino ai pazienti?, hanno mai fatto un prelievo in studio o a casa del paziente o hanno mai fatto un ECG? Hanno mai parlato al telefono con il chirurgo o l'oncologo, hanno mai visto il loro paziente in ospedale? o confortato un parente disperato? Cari Colleghi veri la Medicina Generale non ha bisogno di chiacchiere.

Essa ha bisogno di risorse per poter mettere i Medici nelle condizioni di lavorare bene a favore della popolazione che ancora oggi tanto si aspetta dal Medico di medicina generale.

Bisogna quindi porre la massima attenzione, e bisogna guardare con sospetto chi vuole distrarre i Medici e i Cittadini, con problematiche non vere o inesistenti.

Ben vengano gli scioperi e tutte le manifestazioni pacifiche che facciano capire ai nostri piccoli politici che con un po' di intelligenza, correttezza e buona volontà e' possibile dare ai cittadini una Medicina Generale sempre piu' presente, attenta e generosa e ai Medici Generali Italiani una vita piu' dignitosa.

Gianuario Marotta



RADIOLOGIA INTERVENTISTICA VASCOLARE

DYE LASER (laser della tintura), così detto perché è indicato nelle malformazioni vascolari che danno alla cute un colorito rosso-vinoso o bluastro. Si tratta di una fototerapia selettiva superficiale che causa un danno termico alle strutture ricche di emoglobina, senza coinvolgere gli altri tessuti attraversati. Indicazioni: angiomi piani e stellari, emangiomi ulcerati, cicatrici ulcerate.

EMBOLIZZAZIONE. Può essere arteriosa, con cateterismo superselettivo dei rami da embolizzare; oppure venosa, nelle malformazioni esclusivamente con componente venosa.

SCLEROTERAPIA. L'impiego più diffuso è nelle vene varicose, nelle quali però la prima terapia elettiva è lo "stripping": la scleroterapia, in mani aperte, deve essere riservata alle varici residue all'intervento o recidive.

MALATTIE DI RENDU-OSLER. Si tratta di capillari dilatati, sia delle cute sia dei vari organi profondi: le lesioni possono sanguinare, evento pericoloso se sono coinvolti visceri profondi.

Q-T BREVE E MORTE IMPROVVISA

L'intervallo QT è l'espressione ECG della RIPOLARIZZAZIONE VENTRICOLARE. Se esso si accorcia - divenendo inferiore 300 ms - predispone ad un'aumentata vulnerabilità non solo ventricolare, ma anche striale, ciò che può provocare aritmie potenzialmente letali.

Cause del Q-T breve sono la tachicardia, l'ipertermia, l'ipercalemia, l'iperpotassiemia, l'acidosi, l'intossicazione digitalina. Molto ampio il quadro clinico: cardiopalmo, vertigini,

sincope, fibrillazione striale fino alla morte improvvisa. Non vi è cardiopatia associata.

Casi di morte improvvisa da Q-T breve sono stati descritti in due famiglie, nelle quali si sono verificate per diverse generazioni, ciò che suggerisce una ereditarietà autosomica dominante.

(Gaita F. : Cuore e Salute, 2007, n. 5 - 6)

AUTOPSIA VIRTUALE PER I POLMONI

In caso di morte per ANNEGAMENTO, si può diagnosticare questa forma di exitus mediante tomografia computerizzata "multidetector". Questa nuova tecnica di "imaging" ha dimostrato un'accuratezza diagnostica sovrapponibile a quella dell'autopsia tradizionale: evidenza molto bene le secrezioni schiumose ed i sedimenti nelle vie aeree, indicativi, appunto, di annegamento.

Tale autopsia virtuale potrà essere un ottimo strumento di "triade" pre-autoptico ed avrà indubbia importanza per la Medicina legale.

PATOLOGIE POLMONARI DA AMIANTO

L'amianto, o ASBESTO, causa soprattutto malattie dei polmoni: carcinoma, placche pleuriche, versamenti pleurici benigni, mesotelioma maligno.

L'esposizione all'amianto è oggi impedita per legge. Lungo il periodo di latenza tra l'esposizione e la comparsa dei sintomi. Le popolazioni ad alto rischio sono: lavoratori delle aziende di costruzione e dei cantieri navali, gli idraulici addetti agli impianti di riscal-



damento, i veterani della marina.

Le varie patologie progrediscono lentamente, tranne il mesotelioma pleurico e i carcinomi con prognosi sfavorevole. Considerata la notevole aspecificità dei sintomi, la diagnosi richiede un'accurata anamnesi lavorativa. Se vi è dispnea, una radiografia del torace ed una spirometria sono indispensabili. Nel rischio di un carcinoma polmonare è essenziale l'abolizione del fumo.

(Katherine M. A. et al. : Am. Fam. Physician, 75, 683, 2007)

NECROBIOSI LIPOIDEA NEL DIABETE

Questo quadro clinico, proprio del diabete mellito, è più frequente nelle donne e compare per lo più sulla superficie estensoria degli arti inferiori, anche se può interessare altri distretti. Si presenta come una chiazza giallastro sclerodermiforme, solcata da teleangectasie, lucente per atrofia dell'epidermide.

Esame istologico: capillari ispessiti e PAS-positivi. Degni di rilievo due reperti: 1) presenza di anticorpi antinsulina umana nella parete dei vasi lesi;

2) depositi di IgM e di C3 nella parete di vasi stessi. Il tutto viene interpretato come una MICROANGIOPATIA DIABETICA con concomitante VASCULITE DA IMMUNOCOMPLESSI.

Argomento trattato dal Dott. Marco Nicoletti, Dermatologo di Tor Vergata, in un recente Convegno sulla Malattia diabetica presso l'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria.

ZANZARE E ULTRASUONI

Come è noto, è la zanzara gravida che punge l'uomo. Sapendo poi che la zanzara in queste condizioni rifiuta il maschio, è stato ideato un PICCOLO APPARECCHIO cilindrico, lungo 3 - 4 cm, che emette nell'ambiente circostante particolari ultrasuoni molto simili a quelli emessi dal maschio dell'insetto.

Questo apparecchio pertanto, messo in una stanza, ha l'immediato effetto di allontanare tutte le zanzare gravide.

MISCELLANEA

TEST DEL RESPIRO PER L'INTOLLERANZA ALA LATTOSIO.

L'"Hydrogen breath test" consiste nel somministrare per os una dose standard di lattosio e di misurare poi la quantità di IDROGENO ESPIRATO nelle 2 - 3 ore successive: se questa supera il "range" normale il test è positivo.

VULNOTERAPIA PER FERITE IMPOSSIBILI.

Alla cura delle ferite inguaribili, spesso infette, si sta dedicando il prof. Francesco DURANTE, Microchirurgo di Tor Vergata, ricorrendo, tra l'altro, agli ultrasuoni e al bisturi ad acqua: questi eliminano i tessuti morti che impediscono la guarigione. Terapia praticabile presso il "S. Camillo" e l'Ospedale militare Celio.

MORIRE DI DIABETE.

In alcuni Stati del mondo estremamente poveri i diabetici di tipo 1 muoiono perché non è disponibile l'INSULINA, il farmaco "salvavita" per eccellenza.

IPERTERMIA CLINICA.

Praticata presso il Policlinico Tor Vergata, è oggi ufficializzata come terapia "aggiuntiva": vi si ricorre nelle neoplasie addominali non ben controllate dalla chirurgia e dalla chemio-

radioterapia: si introduce in addome un liquido 40° DI TEMPERATURA. Utile anche nell'ipertrofia prostatica benigna e nelle affezioni articolari e muscolo-tendinee.

LATTE D'ASINA: CONVEGNO A ROMA.

Il latte d'asina è il più vicino al latte materno e ne costituisce un valido sostituto. Vi è stata dedicata una recente TAVOLA ROTONDA patrocinata dal Ministero della Salute (tel. 06 - 46821)

TERAPIA DELLA DIVERTICOLITE ACUTA.

Se la malattia diverticolare si complica con flogosi acuta, l'associazione RIFAXIMINA - MESALAZINA è tra le più efficaci. L'aggiunta di un PROBIOTICO ("lactobacillus GG") potenzia l'effetto terapeutico (Pontone P. et al. : Il Gastroenterologo, 2007, n. 2 - 3)

SORDITA' INFANTILE.

Se, nonostante una precoce protesica acustica ed un intensivo "training logopedico", i benefici non sono evidenti, l'IMPIANTO COCLEARE è la scelta risolutiva.

OMEGA-3 E NEOPLASIE.

Gli acidi grassi polinsaturi omega-3, oltre alla ben nota protezione cardio-vascolare, contrastano la cancerogenesi, specie di mammelle, prostata e colon (Secchiari P. et al. : Le Medicine integrate, 2007, n. 2)

Antipertensivi e aumento di rischio di diabete

L'uso di diuretici è associato ad un aumento del rischio di comparsa di diabete incidente rispetto agli altri trattamenti antipertensivi e al placebo, ma, dai dati disponibili, sembra che questo non comporti un aumento degli eventi clinici.

Il rischio di sviluppare un diabete di nuova diagnosi durante terapia antipertensiva è controverso perché le metanalisi tradizionali sono gravate da eterogeneità dei vari trials e, inoltre, non vi sono trials che abbiano paragonato tra loro aceinibitori (ACEI) e sartani (ARB). E' stata quindi eseguita una metanalisi con una tecnica particolare (network) che permette di paragonare tra loro vari farmaci in modo diretto e indiretto. Tramite una revisione sistematica

degli studi effettuati fino al 15 settembre 2006 è stato possibile ritrovare 48 gruppi di 22 RCT per un totale di 143.153 pazienti che non erano diabetici alla randomizzazione. In 17 RCT erano arruolati pazienti ipertesi, in 3 pazienti ad alto rischio cardiovascolare ed in 1 pazienti con scompenso cardiaco. L'end-point era la proporzione di pazienti che svilupparono un diabete.

Rispetto al diuretico l'odds ratio di comparsa di diabete era di 0,57 (IC95% 0,46-0,72) per gli ARB, di 0,67 (0,56-0,80) per gli ACEI, di 0,75 (0,62-0,90) per i calcio-antagonisti, di 0,77 (0,63-0,94) per il placebo, di 0,90 (0,75-1,09) per i betabloccanti.

Gli autori concludono che l'associa-

zione fra farmaci antipertensivi e diabete incidente è più bassa con gli ARB, seguiti, in ordine crescente, da ACEI, calcio-anatagonisti, placebo, beta-bloccanti e diuretici.

Fonte: Lancet 2007 Jan 20; 369:201-207

Commento di Renato Rossi
Questa metanalisi non dice nulla di sostanzialmente nuovo perché si sapeva già che tiazidici e betabloccanti possono essere associati ad un maggior numero di casi di diabete di nuova diagnosi rispetto agli altri trattamenti antipertensivi [1,2]. In problema è stabilire l'importanza clinica di questi casi di diabete incidente... (Il commento continua su www.pillole.org)

L'autocontrollo della glicemia non migliora l'equilibrio glicemico

Secondo uno studio 'automonitoraggio della glicemia nel diabete tipo 2 non migliora in modo statisticamente significativo il controllo glicemico.



Forse inutili le strategie finora in uso.

In questo studio australiano di tipo

osservazionale cross-sectional sono stati arruolati 1.286 pazienti diabetici tipo 2 trattati con sola dieta (32%), con ipoglicemizzanti orali (56%) o insulina (12%). I valori medi di emoglobina glicosilata al baseline erano di 7,4%. Il 20% dei soggetti si autocontrollava la glicemia almeno una volta al giorno, il 49% meno di una volta al giorno e il 30% non ricorreva all'automonitoraggio. Dopo aggiustamento per vari fattori di confondimento, i livelli di emoglobina glicata non risultarono associati alla frequenza dell'automonitoraggio. Inoltre in un sottogruppo di oltre 500 pazienti (follow-up di 5 anni) il controllo della glicemia non era in relazione all'automonitoraggio.

Fonte: Diabetes Care 2006 Aug; 29:1764-70.

Commento di Renato Rossi
Di solito si consiglia al paziente diabetico di tipo 2 di controllarsi la glicemia, magari più volte al giorno, anche se il diabete appare ben controllato e il paziente non è in trattamento insulinico. Questa raccomandazione può dare al medico e al paziente la tranquillità psicologica che la malattia venga gestita meglio, ma, in realtà, si tratta di una pratica

utile a migliorare il controllo glicemico? Secondo lo studio recensito in questa pillola sembra proprio di no. Tuttavia bisogna ricordare che la popolazione arruolata era costituita da diabetici ben compensati e che la percentuale di

soggetti trattati con insulina era bassa. E' probabile che in questo tipo di pazienti un automonitoraggio giornaliero abbia un'utilità scarsa mentre può essere più raccomandabile nel diabete poco controllato e/o costretto alla terapia insulinica, soprattutto per evidenziare brusche variazioni della glicemia sia verso l'alto che verso il basso.

Si ritiene che l'istruzione del paziente diabetico faccia parte integrante di varie strategie adottate per migliorare la gestione della malattia. Tuttavia una revisione recente con metanalisi degli studi disponibili [1] suggerisce che migliorare la qualità dell'assistenza nel diabete non è per niente facile: le varie tecniche valutate (tra cui educazione del medico e del paziente, audit e feedback, registrazione elettronica della cartella clinica, sistemi di richiamo per il medico e per il paziente, ecc.) hanno una efficacia modesta nel controllare il profilo glicometabolico. In media i vari interventi riuscivano a ridurre l'emoglobina glicata di appena lo 0,42%! Insomma, la sfida per migliorare la cura del diabetico continua. Bibliografia 1.JAMA 2006;296:427-39.



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

COORDINATORE F. SCIARRA

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale -
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298/1272

00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it

FORMAZIONE FINALMENTE NON A SENSO UNICO

Grande successo e Ottimo gradimento per il primo corso SIAMEG-SMI per Animatore di Formazione tenutosi a Roma il 14-15-16/22-23 Settembre 2007. Si è tenuto a Roma nella sede Regionale SMI, presso la sala Conferenze SIAMEG di Via Merulana 272 il primo Corso PER ANIMATORE DI FORMAZIONE. Un impegno fortemente condiviso tra il Sindacato e la Società Scientifica per offrire ai colleghi della nostra regione la possibilità di interagire, all'interno del complesso mondo della formazione e dell'aggiornamento, con le proprie ASL di appartenenza, per la realizzazione di progetti di Formazione che ci vedano finalmente PRIMI ATTORI e non spettatori poco interessati di offerte di aggiornamento il più delle volte obsolete e poco efficaci. Il conseguimento dell'attestato di "ANIMATORE DI FORMAZIONE" permetterà ai colleghi che hanno preso parte al nostro corso di partecipare attivamente e consapevolmente alla identificazione dei bisogni formativi aziendali, proponendo percorsi di aggiornamento finalizzati a dare risposte adeguate alle nuove e diversificate esigenze della nostra professione. L'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale ha investito molto sulla formazione, prevedendo anche alcune opzioni innovative di aggiornamento

quale "I AUDIT CLINICO", per il cui svolgimento è indispensabile il requisito del titolo di Animatore di Formazione. Per la realizzazione del nostro Corso romano ci siamo avvalsi della collaborazione di ASSIMEFAC, società attualmente di riferimento del Sindacato, membro WONCA, e della Scuola di Formazione in Medicina Generale di Trento.

Ai relatori Dr.ssa Vera Sambataro, Psichiatra siciliana, al dr. Mancini, MMG e medico competente; al Dr. F. Valcanover ed alla dottoressa Sartori, MMG di Trento esprimiamo il più vivo ringraziamento per la competenza e disponibilità dimostrata nella lunga No-stop di 5 giorni durante i quali sono stati trattati i temi della Comunicazione, la dimensione formativa dei processi comunicativi, la gestione dei gruppi, la metodologia formativa; le valutazioni dei bisogni; le tecniche docimologiche etc.

Nella seconda parte del nostro corso, della durata complessiva di 35 ore, sono stati invece trattati temi più strettamente connessi agli aspetti operativi della professione, correlando la figura dell'Animatore di Formazione alle opportunità presenti nel nostro Accordo Integrativo, e sono state illustrate le caratteristiche della Educazione Continua in Medicina, la struttura della Commissione ECM come uscita

dalla delibera della Conferenza Stato Regioni del 1. Agosto 2007, le modalità di accreditamento dei singoli eventi ECM, gli obiettivi Formativi nazionali e regionali, il Centro Regionale di Formazione etc.

I risultati, sia in relazione alla rispondenza con gli obiettivi del Corso stesso, che per quanto riguarda il gradimento dei partecipanti, sono stati entusiasmanti, con una percentuale di Giudizi OTTIMO pari al 98% sia in relazione al corpo docente che per la rilevanza dei temi trattati e la efficacia dell'intero corso.

La soddisfazione della Nostra Società Scientifica è pari allo sforzo messo in atto, congiuntamente al Sindacato SMI, per consentire di vedere finalmente nuovi nomi inseriti nell'Albo degli Animatori.

Con l'auspicio di poter vedere realizzata una formazione aziendale che non vogliamo solo "OBBLIGATORIA", bensì innanzitutto non "a senso unico", e che possa esprimere le molteplici potenzialità insite nella nostra professione, forti del contributo di nuovi e motivati colleghi.

Cristina Patrizi
Segretario Regionale Organizzativo SMI-Lazio—Segretario Generale SIAMEG

Controindicati i FANS nel terzo trimestre di gravidanza

L'impiego dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) durante il terzo trimestre di gravidanza è stato associato al rischio di ipertensione arteriosa polmonare neonatale con chiusura prematura del dotto arterioso e di insufficienza renale con oligoamnios.

Alla fine del 2003 l'Agenzia Regolatoria Francese ha inviato agli operatori sanitari una lettera che ricordava che l'impiego dei FANS in gravidanza è controindicato.

Il Centro Regionale di Farmacovigilanza di Tolosa ha esaminato la frequenza di prescrizioni di FANS nella

regione dei Medi Pirenei, confrontando 22.180 gestanti con 54.574 donne non gravide, in base ai dati presenti nel database delle assicurazioni sanitarie (2).

Le gestanti hanno partorito dal 1 giugno 2003 al 31 marzo 2004.

Ha ricevuto almeno 1 prescrizione di un FANS il 16,9% delle gestanti, contro il 33,2% delle altre donne.

I FANS (solitamente l'ibuprofene), durante il terzo trimestre, sono stati prescritti al 4,7% delle donne. La lettera dell'agenzia regolatoria sembra avere avuto un piccolo impatto, se si tiene conto che prima dell'avviso è stato

esposto a FANS durante il terzo trimestre il 4,8% delle donne, mentre dopo l'avviso il 4,3%. L'esposizione si è verificata durante il secondo trimestre nel 5,9% dei casi.

I pericoli associati all'impiego dei FANS sono tali che alle pazienti si dovrebbe ricordare di assumere, quando è possibile, preferibilmente il paracetamolo che è efficace per la madre e sicuro per il nascituro.

Fonte: Prescrire International 2007;

21 SETTEMBRE 2007

SCIOPERO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA

CHiusi GLI STUDI DEI MEDICI DI MG.

Questo il senso della revoca dello sciopero per tali settori della MG.

La tardiva e deludente risposta da parte del Comitato di settore è un segnale certamente non positivo: non abbiamo ancora nessuna certezza circa la copertura economica del biennio e l'inizio delle trattative per il rinnovo complessivo.

Ci si prospetta un periodo di particolare attenzione e sensibilizzazione.

Gli scarni dati contenuti nell'Atto di Indirizzo per la Convenzionata, deliberati dal Comitato di Settore nella seduta del 27. Settembre sono ancora deludenti e insoddisfacenti.

La categoria non è disponibile ad ulteriori sacrifici.

Altissima la percentuale di adesioni per la medicina generale nella nostra regione. Prossima al 100% la adesione degli iscritti SMI Lazio, aderente Federazione Medici.

Altrettanto non si può dire, con grande rammarico, per gli altri sindacati. Nel Lazio ha creato un certo disappunto oltreché disorientamento, la mancata adesione allo sciopero (regolarmente, come da contratto, palesata con dichiarazione formale firmata e presentata alla propria ASL di appartenenza) da parte di alcuni "notabili", facenti parte di altri schieramenti, i quali non hanno aderito allo sciopero, creando non pochi problemi ai colleghi limitrofi tenendo inopinatamente (trattandosi di colleghi sindacalizzati) aperti gli studi.

Vigileremo affinché non debba nuovamente scontrare con contratti deludenti ed economicamente svantaggiosi.

Cristina Patrizi

Segretario Regionale Organizzativo SMI LazioAderente Federazione Medici



LE NOVITA' ESTIVE DELL' ECM

La Conferenza Stato regioni del 1 Agosto us ha approvato un accordo per il "RIORDINO DEL SISTEMA DI FORMAZIONE IN MEDICINA"

I punti principali di interesse per la categoria:

1. Prorogato il programma sperimentale ECM fino al 31 Dicembre 2007.
2. Confermati gli Obiettivi nazionali della Formazione Continua in Medicina di cui all'Atto Stato Regioni del 20 dic 2001.
3. Per il 2007 il Debito Formativo è confermato ancora in 30 Crediti/anno (min 15 e max 60).
4. I crediti eventualmente acquisiti in eccesso rispetto a quanto stabilito per il triennio 2002-2006, possono valere per il 2007.
5. Per il triennio 2008-2010 si conferma il n° totale di 150 crediti (50 crediti/anno: min 30 max 70 /anno9)
6. Dei 150 crediti del periodo 2008-2010, 90 dovranno essere "Nuovi", mentre fino a 60 possono derivare dal riconoscimento di crediti ECM acquisiti nel periodo sperimentale (ossia nel periodo 2004-2007).

Il Documento della Conferenza Stato regioni (un corposo dossier di 25 pagine) parla poi di una serie di cose che interessano gli addetti al settore. Una delle cose che può essere utile sapere è l'istituzione del Dossier Formativo Individuale e/o di Gruppo: una specie di "portfolio delle competenze" (chi ha i figli alle elementari ne ha un'idea...) dove verranno registrati i nostri crediti formativi, trasmessi ad opera dei providers (ancora non è chiara la questione dell'accREDITAMENTO DEFINITIVO dei providers) al COGEPAS, Consorzio Gestione Anagrafe Professioni Sanitarie, organismo, quest'ultimo, preposto alla verifica e realizzazione della cosiddetta "Anagrafe dei Crediti".

Un'ultima nota riguarda la Elefantiasi politico-burocratica che fa capo alla ECM: ampliata la Commissione Nazionale ECM: si è passati dai precedenti 16 membri del precedente Governo agli attuali oltre 30: (con buona pace dello snellimento delle cariche e della riduzione delle poltrone.....)

Un presidente; due Vice presidenti; 7 membri facenti parte del Ministero della salute; 8 della Conferenza Stato /Regioni; 15 membri tra Fnom-ceo e Colleggi professionali; il Dir. gen della ASSR; il Dir. gen Risorse umane del MIN San. Istituite inoltre 5 Sezioni all'interno della Commissione ECM; all'interno poi della Commissione ECM si collocano il COGEPAS di cui sopra + il Comitato tecnico delle Regioni. La Consulta Nazionale della Formazione Permanente (nuova di zecca o riedizione della vecchia Consulta delle Società Scientifiche istituita una decina di anni fa dalla FNOM ceo?), più la Consulta costituita da Sindacati, Società Scientifiche accreditate e Associazioni Tutela dei malati; e infine l'Osservatorio Nazionale della Formazione Continua in sanità.

Insomma chi più ne ha più ne metta.....!

Sarà sfuggita questa cosa a Grillo? Sarebbe carino poter fare un po' di ironia su qualcosa (la Formazione e l'Aggiornamento) che sembra profumare più del miele, visto come in tanti ci ronzano intorno, sopra e sotto.

Cristina patrizi

CONFORM: Nasce il progetto

Cari colleghi,
Vi ricordiamo che e' attivo il progetto CONFORM.

Si tratta, per dirlo con semplicita', di un TeleCONSULTO epatologico di secondo livello e FORMAZIONE nel campo delle epatopatie, soprattutto quelle virali croniche. E' un progetto sperimentale, attuato con la collaborazione di Universita' ed Esperti di alto livello, teso a fornire ai medici di tutte le categorie una consulenza rapida e approfondita su casi clinici di interesse epatologico. E' possibile vedere la demo all'indirizzo:

<http://www.promedgalileo.org/conform/conform.html>

Lo scorrimento delle immagini è automatico e temporizzato, ma chi avesse fretta può accelerarlo usando il cursore sottostante. Per usufruire del servizio (gratuito!) si va all'indirizzo <https://www.epatologi.it/teleconsulto/> si compila il form di iscrizione e si procede scegliendo un esperto tra quelli indicati e seguendo le istruzioni. E' un servizio importante, di nuova concezione e utile, perche' molti casi di epatopatia (soprattutto le epatiti virali croniche) tendono attualmente a "sfuggire" al controllo del medico curante. Servitevene, e fateci sapere cosa ne pensate!

Sicurezza gastro-intestinale dei coxib

Una revisione Cochrane ha stabilito, probabilmente in modo definitivo, che i coxib sono più sicuri dei FANS tradizionali dal punto di vista gastro-intestinale.

I coxib sono stati proposti come farmaci antinfiammatori più sicuri dei FANS non selettivi dal punto di vista gastro-intestinale. E' veramente così? Una revisione Cochrane ci dice effettivamente le cose stanno in questa maniera. Gli autori hanno effettuato una revisione sistematica degli RCT in cui un coxib (celcoxib, rofecoxib, etoricoxib, valdecoxib e lumiracoxib) è stato paragonato direttamente ad un FANS non selettivo oppure al placebo. La revisione ha permesso di ritrovare ben 69 trials (alcuni non pubblicati e disponibili solo presso la FDA) nei quali venivano riportati gli effetti gastrointestinali, sia in termini di ulcere endoscopiche sia di sintomi.

Questi i principali risultati dell'analisi:

1) rispetto ai FANS non selettivi i coxib sono associati ad una riduzione del rischio di ulcere gastroduodenali (RR 0,26; IC95% 0,23-0,30), di ulcere complicate (RR 0,39; IC95% 0,31-0,50), di interruzioni del trattamento per sintomi gastrointestinali (RR 0,65; IC95% 0,57-0,73)

2) il contemporaneo uso di aspirina riduce l'effetto gastroprotettivo dei coxib

Gli autori quindi concludono che i coxib offrono una tollerabilità gastrointestinale superiore a quella dei FANS non selettivi ma nella scelta del trattamento si deve tener conto anche del maggior rischio cardiovascolare visto con alcuni coxib.

Fonte: Clin Gastroenterol Hepatol 2007 Jul;

5:818

Commento di Renato Rossi

Questa revisione Cochrane è al momento, probabilmente, la miglior "summa" delle evidenze disponibili circa la sicurezza gastro-intestinale dei coxib. A parte la consueta affidabilità e il costante rigore metodologico che caratterizza le revisioni sistematiche Cochrane, bisogna dire che, in questo caso, vi è un valore aggiunto derivato dal fatto che gli autori, per la loro analisi, si sono avvalsi anche di studi non pubblicati, disponibili solo presso il sito web della FDA. Possiamo quindi concludere ragionevolmente che la classe dei coxib è più sicura dei FANS non selettivi per quanto riguarda la tollerabilità gastro-intestinale e, quel che conta soprattutto, permette una riduzione, valutabile attorno al 50-60%, delle ulcere complicate rispetto all'uso di un antinfiammatorio classico. Purtroppo c'è il rovescio della medaglia dato dalla tossicità cardiovascolare che ha portato, qualche anno fa, al ritiro dal mercato del rofecoxib. Tuttavia neppure i FANS non selettivi sono immuni da effetti collaterali di tipo cardiovascolare, come è stato più volte ricordato da questa testata. Questo ha convinto l'American Heart Association ad emanare recentemente delle linee guida sul corretto uso dei FANS, come abbiamo ricordato in una pillola precedente [1] a cui si rimanda anche per una disamina più completa dell'argomento.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3170>

La depressione causata da un errore medico configura danno risarcibile

Se un errore medico, come nel caso di un intervento chirurgico sbagliato, viene a determinare danni psicologici, questi possono costituire danno risarcibile.

Il caso (Cassazione, sentenza n. 58-46/07) si è verificato allorché una giovane donna di 15 anni, sottoposta ad intervento chirurgico, ha perso la capacità di procreare, cadendo in uno stato depressivo.

In seguito a visita di consulenza, si verificò come tale intervento fosse stato erroneo, in quanto si era provveduto ad isterectomia totale mentre sarebbe stata sufficiente un'asportazione parziale, limitata al solo corno destro.

La Corte ha perciò ritenuto che, oltre al danno biologico "fisico", anche lo stato depressivo, conseguente indirettamente a condotta colposa dei sanitari, fosse legittimamente meritevole di risarcimento pecuniario.

I medici sono stati quindi condannati al risarcimento
DZ Fote: www.studiocataldi.it

Toxoplasmosi e gravidanza

La carne poco cotta o affumicata sembra essere la principale fonte di infezione, seguita dal contatto con il terreno, mentre il contatto coi gatti è probabilmente un fattore di rischio minore [1].

Come si può prevenire?

La prevenzione diventa importante in gravidanza. La prima misura consiste nell'evitare di ingerire carni crude o poco cotte, insaccati e salumi non cotti. E' inoltre necessario lavare molto bene le verdure e la frutta se si consumano crude. Inoltre se si è appassionati di giardinaggio oppure se si lavora a contatto con il terriccio è opportuno usare i guanti e lavare molto bene le mani dopo il lavoro. Stessa precauzione va adottata quando si devono pulire le lettiere degli animali domestici.



Toxoplasmosi e gravidanza

Se contratta durante il primo trimestre di gravidanza l'infezione viene trasmessa la fetto in circa il 10-15% dei casi e può causare aborto. Se l'infezione avviene nel secondo trimestre la trasmissione al fetto è più frequente, avvenendo in 1 caso ogni 2-4 e causa idrocefalia e corioretinite.

Come si diagnostica la toxoplasmosi?

Il test di screening è il cosiddetto toxo-test che consiste nel dosaggio delle IgG e delle IgM. Le IgM compaiono dopo circa 10 giorni dall'infezione, raggiungono un massimo dopo 3-4 settimane ed in molti casi possono essere ancora dosabili, anche se a titolo basso, fino a 12-15 mesi. Una positività delle IgM significa quindi infezione relativamente recente, ma non necessariamente infezione in atto. Le IgG compaiono generalmente nel corso della seconda settimana di infezione, raggiungono un massimo dopo 3-4 mesi poi cominciano a ridursi per permanere, a basso titolo, per tutta la vita. Possiamo dire quindi che riscontrare IgG positive e IgM negative depone per un'infezione pregressa.

Una positività di entrambe non è invece, di per sé, sufficiente a datare l'infezione, cosa che inve-

ce diviene fondamentale nelle donne quando all'inizio della gestazione si esegue il test.

In questo caso si esegue il "test di avidità delle IgG". Questo test si basa sul fatto che le IgG che si formano nelle fasi iniziali dell'infezione hanno poca affinità con l'antigene, si legano poco e possono essere rimosse tramite lavaggio con urea: tanto più l'avidità delle IgG sarà bassa tanto più recente sarà l'infezione. Si ritiene che un'avidità inferiore al 15%-20% indichi infezione da meno di 3 mesi.

Un'avidità > 30% indica invece infezione da più di 4 mesi. Nel caso, in una gravida, si riscontri un toxotest positivo per IgG e IgM con avidità bassa è opportuno ripetere il test dopo 15 giorni per rilevare un movimento anticorpale. In ogni caso quando si riscontrano IgM positive e test di avidità delle IgG inferiore al 30% si consiglia di inviare la paziente ad un centro attrezzato per eseguire test specifici (amniocentesi con toxo-PCR o funicolocentesi con dosaggio IgM e IgA su sangue cordonale) per accertare la possibile trasmissione al feto.

Come si tratta la toxoplasmosi in gravidanza?

Il trattamento della toxoplasmosi in gravidanza riduce, ma non elimina il rischio di infezione congenita. Una revisione sistematica di 26 studi di coorte [3] ha concluso che vi sono solo evidenze deboli che il trattamento precoce in gravidanza riduca il rischio di toxoplasmosi congenita. La terapia si basa sulla somministrazione di spiramicina alla dose di 3M UI x3-4/die a cicli di 20-30 giorni con 7-10 giorni di sospensione fino al parto. Se l'amniocentesi dimostra un'infezione fetale le linee guida consigliano di aggiungere pirimetamina (50 mg/die) + sulfadiazina (3 g/die) + acido folico perchè la pirimetamina è un antagonista dei folati (5 mg/die). Infatti l'associazione pirimetamina/sulfadiazina può eradicare il parassita dalla placenta e dal fetto mentre la spiramicina non passa la barriera placentare [2]. Tuttavia la pirimetamina da sola non risulta attualmente essere registrata in Italia. Da considerare inoltre che la pirimetamina viene sconsigliata nelle prime 14-16 settimane di gravidanza.

Renato Rossi

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.....

Accademia di Storia dell'Arte sanitaria

Lions Club Roma Colosseum Club ZONTA

Roma Ostia

Convegno

IL DIABETE INFANTILE E DELL'ADULTO

PROBLEMI MEDICI E SOCIALI

Presidente

Prof. Giovanni GHIRLANDA, Direttore Istituto Patologia medica del Policlinico Gemelli

Moderatore

Prof.ssa Sonia ALBANESE, Cardiocirurgo Pediatra Ospedale Bambin Gesù

1° Sessione

Prof. Alessandro CIAMMAICHELLA, Primario Medico emerito "Diabete mellito e Medicina interna"

Dott. Pier Paolo VISENTIN, Primario di Anestesia e Rianimazione Osp. S. Spirito

"Iperglicemia e paziente critico"

Interventi preordinati:

Dott. Francesco CARRERA, Dirigente Ginecologo Ostetrico 1° livello, Osp. S. Giovanni

"Diabete mellito e gravidanza"

Dott. Marco NICOLETTI, Dermatologo Università Tor Vergata

"Diabete mellito e cute"

2° Sessione

Dott. Armando GROSSI, Endocrinologo Osp. Bambin Gesù

"Il diabete in età infantile e giovanile"

Prof.ssa Valeria DEL BALZO, Scienza dell'Alimentazione Università La Sapienza

"Dieta mediterranea e diabete: solo prevenzione?"

Intervento preordinato:

Dott. Mauro RAGONESE, Coordinatore sanitario Centri diabetologici dello SMOM

"Il ruolo dello SMOM nel controllo della popolazione diabetica"

27 ottobre 2007 ore 9 - 13

Accademia di Storia dell'Arte sanitaria Ospedale S. Spirito Lungotevere in Sassia, 3 - Roma

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.

Confermato il calo dei tumori mammari dopo sospensione della TOS

L'incidenza del tumore al seno: in caduta libera dopo la sospensione della Terapia Ormonale Sostitutiva Negli USA, nel 2003, l'incidenza di tumore al seno in donne =50 anni a 1 anno dall'interruzione della terapia ormonale sostitutiva (TOS) si è ridotta del 6,7%. Il ricorso alla TOS è crollato dopo che il Women's Health Initiative Study ha mostrato un incremento del rischio di eventi cardiovascolari e di cancro al seno con l'associazione estrogeno-progestinica. L'incidenza di tumore al seno si è ridotta drasticamente nel 2002, quando lo studio è stato pubblicato, assestandosi nel 2003. La riduzione è stata riscontrata solo in donne di almeno 50 anni ed è stata maggiormente evidente per i tumori positivi per i recettori degli

estrogeni. Questi dati, ricavati da registri dei tumori che fanno capo al National Cancer Institute, sono relativi a circa il 9% della popolazione statunitense. Negli anni '90, l'incidenza del tumore al seno era aumentata nelle donne più anziane di circa lo 0,5% per anno. Sebbene altri fattori potrebbero aver avuto un ruolo, "solo l'impiego della TOS si è modificato in maniera sostanziale tra il 2002 ed il 2003". Nel periodo 2001-2004, mentre l'incidenza di tumore al seno nelle donne più anziane si stava riducendo, in quelle <50 anni è aumentata dell'1,3%. Dal 2005, le prescrizioni di TOS combinata sono crollate del 90% e quelle degli estrogeni equini coniugati del 60%. È stato ipotizzato che la TOS non causi tumore al

Serve la furosemide nell'insufficienza renale acuta?

La pratica di somministrare furosemide nella insufficienza renale acuta non sembra portare a benefici clinici importanti. Nelle fasi iniziali dell'insufficienza renale acuta compare oliguria o vera e propria anuria e, per forzare la diuresi, spesso si prescrive la furosemide, un potente diuretico dell'ansa, con la speranza di sbloccare la situazione. Si tratta di una prassi comune ma è utile? Per stabilirlo alcuni studiosi australiani hanno effettuato una meta-analisi degli studi disponibili. La ricerca, effettuata in varie banche dati (Cochrane, Embase e Medline), ha preso in esame il periodo 1966 - febbraio 2006, cercando studi senza restrizione di linguaggio ed ha permesso di identificare 9 RCT per un totale di 849 pazienti. Sono stati valutati i seguenti end-point: mortalità, rischio di dover effettuare un trapianto renale, necessità di ricorrere alla dialisi, numero di sedute di dialisi, percentuale di pazienti che manifestavano oliguria persistente. Non è stato possibile dimostrare alcuna utilità derivante dalla somministrazione di furosemide, sia quando usata per trattare l'insufficienza renale acuta sia quando usata a scopo profilattico in pazienti a rischio, mentre, con l'uso di dosi elevate si corre il rischio di ototossicità (acufeni, sordità temporanea).

Renato Rossi
Fonte: BMJ 2006 Aug 26; 333:420-423.

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,



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

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
Ai 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, la comunicazione, l'interconnessione, la comunicazione di diffusione, 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 concesso incarico. Detti dati saranno 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, io 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 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.

Copia per la A.U.S.L.

Firma