



# ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 20 - N. 8  
AGOSTO 2010

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:

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

## Quali evidenze per il trattamento dei crampi muscolari?

Una revisione della letteratura ha cercato di stabilire quali siano i trattamenti più efficaci per i crampi muscolari

Quali evidenze per il trattamento dei crampi muscolari?

I crampi muscolari in genere sono contrazioni involontarie, dolorose di un muscolo o di un gruppo muscolare. Alcuni pazienti sono tormentati da crampi molto frequenti e intensi che possono portare a disabilità. I crampi muscolari sono causati da scariche ectopiche derivanti dai nervi o dai nervi terminali: pertanto, una varietà di condizioni neuropatiche quali la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), neuropatie periferiche, e la sindrome crampi-fascicolazioni sono associate comunemente ai crampi. Oltre alle condizioni neurologiche, molteplici condizioni mediche quali ipomagnesemia, ipocalcemia, ipotiroidismo e disfunzioni renali o epatiche possono essere causa di crampi. I crampi sono anche frequenti durante l'ultimo trimestre di gravidanza e in atleti come i maratoneti. Quando non vengono identificate cause sottostanti di crampi muscolari ricorrenti, essi vengono definiti crampi muscolari idiopatici, che possono essere variabili nella presentazione da paziente a paziente, ma in genere sono più pronunciate nei muscoli della parte bassa delle gambe e dei piedi e sono più evidenti di notte. Fin dal 1930 e dal 1940, il chinino e i suoi derivati sono stati il fondamento della terapia per i crampi muscolari idiopatici. Tuttavia, una dichiarazione della United States Food and Drug Administration (FDA) Federal Register rilasciata il 15 Dicembre 200-

6, ha ordinato che farmaci a base di chinino non approvati fossero rimossi dal mercato ed ha avvisato i consumatori del loro uso "off-label", citando "665 reports di eventi avversi con esiti gravi associati all'uso del chinino, incluse 93 morti" dal 1969. Il solfato di chinina, Qaliquin, in particolare, è il solo farmaco approvato dalla FDA per il trattamento della malaria da plasmodium falciparum. L'uso del farmaco per ogni altra indicazione, compresi i crampi muscolari, non è approvato. Oltre al chinino, altri farmaci sono stati studiati nel trattamento dei crampi muscolari, quali antiepilettici, calcio antagonisti, varie vitamine, supplementi e minerali.

Questo lavoro tratta dell'evidenza disponibile e degli eventi avversi del trattamento sintomatico dei crampi muscolari idiopatici. Per la revisione i ricercatori hanno cercato nei database di MEDLINE e di EMBASE dal 1950 al 31 Maggio 2008, trials clinici prospettici che avessero valutato interventi per trattare crampi muscolari, definiti come contrazioni muscolari sostenute, in genere dolorose, di un muscolo o di un gruppo di muscoli. Sono stati revisionati 563 articoli, sono stati inclusi trial prospettici con effetto sui crampi muscolari come outcome primario o secondario. Criteri di esclusione sono stati: 1) articoli di revisioni, 2) meta-analisi, 3) case reports o serie di casi che non comprendevano un trattemen-

to, 4) fenomeni non conformi a crampi muscolari, quali spasmi muscolari, distonia o dolori muscolari, 5) crampi indotti dalla gravidanza, 6) condizioni mediche quali emodialisi o cirrosi, e 7) crampi dovuti ad estremo stress fisiologico quali eccessivo esercizio fisico, caldo o disidratazione. L'analisi finale ha incluso 24 articoli: 1 che ha trattato terapie non farmacologiche, 5 trials su terapie farmacologiche open-label, e 18 trials randomizzati su terapie farmacologiche. Gli articoli sono stati sottoposti da 3 membri del panel all'analisi critica e alla classificazione.

Prima domanda: Esistono trattamenti non-farmacologici efficaci per i crampi muscolari?

Vi sono dati insufficienti per trarre conclusioni sull'efficacia dello stretching dei polpacci nel ridurre la frequenza dei crampi muscolari Raccomandazione. Nona (Livello U).

Seconda domanda: Il chinino è efficace nel trattamento dei crampi muscolari? Dei 13 studi della revisione che avevano coinvolto il chinino o derivati del chinino, avevano mostrato efficacia 3 studi di Classe I e 2 studi di Classe II. Uno studio di Classe I, un trial randomizzato del 1997 di 112 pazienti, aveva mostrato una riduzione maggiore



del numero medio di crampi ed una riduzione del numero di crampi giornalieri nei pazienti trattati con 300 mg di idrochinino idrobromide diidrato rispetto a placebo. (1 crampo in meno al giorno, 95% IC 0-3 crampi al giorno) durante le tre settimane del periodo di studio. La media del numero di crampi si era ridotta del 37%. Un altro studio di Classe I usando 400 mg di chinino aveva mostrato una modesta ma significativa riduzione della media del numero di crampi, che si era ridotta del 25%. Una limitazione di questi trial era nella restrizione dei criteri di inclusione che avevano escluso pazienti con più di 70 anni (spesso i più difficili da trattare). Nella Classe 2, in 1 studio vi era una riduzione approssimativamente dal 25% al 40% del numero di crampi muscolari, che si traduceva in una riduzione da 2 a 5 crampi per una fase di trattamento di 3 settimane.

(Continua a pag.3)

Disfunzione erettile:  
lo stato dell'arte  
(a pag.2)

SSRI per le vampate  
menopausali  
(a pag. 2)

Vita da Medico:  
Anche lui deve tirare  
a campare  
(a pag. 3)

Zinco e mortalità  
cardiovascolare  
(a pag.3)

Quali evidenze per il  
trattamento dei  
crampi muscolari?  
(a pag.3)

Non si confisca l'auto  
per "modica  
ebbrezza"  
(a pag. 3)

Meno Privacy nei  
concorsi pubblici  
(a pag.4)

Attenzione ai viaggi  
all'estero con  
documento prorogato!  
(a pag.4)

Certificati on line:  
Interrogazione  
regionale  
(a pag.4)

Vita di medico: storia  
di Francesco  
(a pag.4)

## Vita di medico: Claudia, la volontaria

Il medico vive quotidianamente e ripetutamente esperienza che per la maggior parte delle persone, fortunatamente, restano solo fantasia. Queste esperienze tuttavia incidono profondamente sulla personalità e sull'umanità del medico e delle altre persone che, insieme, svolgono attività assistenziale.

Questa è la storia di Claudia, volontaria del 118, raccontata da Pina Onotri

Oggi è stata una giornata frenetica come al solito. Ultima paziente la signora Angela.

Angela è un'anzilla vecchietta di novant'anni, fa ginnastica dolce al centro anziani e prepara ancora le orecchiette pugliesi fatte a mano, con una tecnica di tanti anni fa. Ogni tanto me ne porta un vassoio. Ha un unico grande problema: è sorda come una campana. Ogni volta perdo più tempo ad urlarle le indicazioni dei vari farmaci e le spiegazioni delle terapie, che a visitarla. Avere con lei una conversazione normale è a dir poco estenuante, soprattutto per me che ho un timbro di voce basso.

Oggi è un po' pallida, appoggia al muro il carrello della spesa che utilizza al posto del bastone per mantenere l'equilibrio. Perché sa, dottoressa, il bastone è meglio lasciarlo per quando ci si fa più vecchi. Ha le vertigini e la vedo un po' strana.

Le misuro la pressione: ce l'ha altissima. Preparo una terapia iniettiva da somministrarle. Mi dice che ha un senso di oppressione al petto e che si sente stringere la gola. Sicuramente è un attacco cardiaco. Le dico che bisogna andare in ospedale e che chiamerò l'ambulanza. E' presa dal panico: deve riportare a casa il carrello della spesa, preparare la valigia, avvisare i figli. Cerco di farla ragionare e finalmente

arriviamo ad un compromesso: avviso la sua vicina di casa che viene a ritirare la spesa, chiamo i figli, dicendo loro di raggiungerla in ospedale. Finalmente tranquilla mi dà l'ok: posso chiamare il 118 e dare codice rosso. In cinque minuti arriva l'ambulanza.

L'equipaggio viene su a prenderla: un infermiere, un portantino, una volontaria di un'associazione, mia paziente tra l'altro, Claudia. Spesso gli equipaggi delle ambulanze sono accompagnati da volontari di questa o quell'altra associazione, con funzioni di portantini, barrellieri, autisti.

Forse molti non sanno che tanti servizi essenziali fanno affidamento sul tempo che persone di buon cuore mettono a disposizione gratuitamente per gli altri, con buona pace delle istituzioni che spesso sono latitanti. Claudia tranquillizza la signora Angela e la porta via. Le chiedo di farmi avere notizie appena può. Mi chiama in serata: "Per la signora è tutto a posto è in osservazione cardiologica. Mi ha promesso un vassoio di orecchiette appena viene dimessa". Bene, ma non sei contenta? Ti sento giù? "E' che durante un intervento, un codice rosso, è morto un paziente. Siamo arrivati subito, abbiamo cercato di defibrillarla, non c'è stato niente da fare. I parenti ci hanno anche aggredito.....Ma, non è questo. Sono sotto

shok. Non mi era capitato mai di assistere ad un evento del genere, in quel modo poi".

Cerco di consolarla, perdere un paziente è un evento traumatico anche per gli addetti ai lavori, figuriamoci per chi nella vita fa tutt'altro. Forse non abbiamo fatto abbastanza, forse potevamo fare meglio, forse se c'era un medico a bordo..."

Eccolo lì il problema, l'ha detto. Forse, se c'era un medico a bordo le cose sarebbero andate diversamente, o forse no. Questo non potremo mai saperlo. Come non sono mai riuscita a saperlo in tutte quelle circostanze in cui, nella mia attività di medico di continuità assistenziale, ho richiesto un'ambulanza medicalizzata e non è mai arrivata con il medico, o quando mi è stato chiesto, tramite la centrale operativa, di andare sul posto per verificare se era veramente il caso di inviare il mezzo non tenendo conto che i tempi di percorrenza e di arrivo del medico di guardia medica non sono quelli del 118 ed in caso di codice rosso sono una manciata di minuti a fare la differenza.

E ancora: essere chiamata al domicilio del paziente, con ambulanza già sul posto, per trascrivere la terapia già stabilita dall'infermiere, che decide di non ricoverare il paziente, ma di curarlo sul posto; ma poter utilizzare un ri-

settario e decidere terapie non è nelle sue possibilità.

Quasi sempre i pazienti sono convinti di essere assistiti da un medico del 118, senza, con questa affermazione, nulla togliere alla bravura degli infermieri che fanno di tutto, anche terapia. Un giorno, un allora direttore sanitario dell'Ares mi disse che era stata una scelta politica ed economica non medicalizzare tutti i mezzi del 118. Infatti su tutto il Lazio sono operativi circa 200 medici dell'emergenza, tra l'altro moltissimi con contratto a tempo determinato in attesa di sanatoria, altri, regolarmente vincitori di concorso e non ancora assunti, in causa, per questo, con l'Azienda. E tra le altre cose: contratti di convenzione, appaltati a terzi (non si sa quanti non si sa a chi) per la gestione dell'emergenza sul territorio regionale, cause in piedi con i medici della continuità assistenziale per l'utilizzo improprio che il 118 ne fa.

Mancanza di volontà a completare le piante organiche dell'azienda che, in proporzione, impiega più amministrativi che medici. Speriamo che il Direttore dell'Ares ne prenda atto. E che a Claudia non capiti più un'esperienza del genere.

Pina Onotri

# Disfunzione erettile: lo stato dell'arte

Per disfunzione erettile s'intende l'incapacità di ottenere o di mantenere un'erezione tale da portare ad un soddisfacente rapporto sessuale. A parte le conseguenze psicologiche, sulla qualità di vita e sulle relazioni di coppia, la disfunzione erettile può essere la prima spia di una sottostante patologia cardiovascolare misconosciuta.

Quanto è frequente la disfunzione erettile?

Si calcola che più del 30% degli uomini, nel corso della loro vita, possano andar incontro a disfunzione erettile. La condizione è più frequente nell'età media ed avanzata. Sono stati identificati anche alcuni fattori associati ad un aumentato rischio di disfunzione erettile: obesità, vita sedentaria, tabagismo.

Quali sono le cause della disfunzione erettile?

Le cause possono essere di tipo organico e/o psicologico (ansia, depressione, difficoltà relazionali). A loro volta le cause organiche si suddividono in: vascolari (aterosclerosi, cardiopatia ischemica, arteriopatie periferiche, disordini dei corpi cavernosi, incompetenza venosa delle vene peniene), neurologiche (cerebropatie, lesioni midollari, neuropatie periferiche, lesioni dei nervi pudendi), ormonali (ipogonadismo, iperprolattinemia, tireopatie, Cushing, Addison). Infine vanno ricordate le disfunzioni erettile iatrogene: antipertensivi, antidepressivi, psicofarmaci, estrogeni e antiandrogeni, digoxina, oppure l'abuso di sostanze (alcol, marijuana, narcotici, fumo di sigaretta). Anche il diabete, l'ipertensione, l'insufficienza renale, l'iperlipemia e la BPCO possono essere associate, in qualche modo, alla disfunzione erettile.

Cosa fare di fronte ad un paziente che lamenta disfunzione erettile?

Di solito la diagnosi è semplice e si basa sull'anamnesi. Si deve chiarire se si tratta veramente di disfunzione eret-

tile o di eiaculazione precoce o perdita della libido (in questo caso sospettare un ipogonadismo). Inoltre va chiesto al paziente se il disturbo è continuo o saltuario, se riesce ad avere un'erezione soddisfacente con l'autoerotismo o cambiando partner (in caso di risposta positiva a queste due domande ci si deve orientare verso una genesi psicologica).

Un caso particolare sono i giovani alle prime esperienze sessuali, nei quali la disfunzione erettile è dovuta spesso alla cosiddetta "ansia da prestazione" che non richiede di solito nessuna terapia, ma solo rassicurazione, pazienza e affiatamento col partner.

E' utile indagare anche le circostanze di comparsa della disfunzione erettile: se questa è seguita ad eventi stressanti, litigi, difficoltà lavorative o economiche ecc. è probabile che la genesi non sia di natura organica.

Orientano per una causa organica l'insorgenza graduale, la mancanza di erezioni notturne o con l'autoerotismo o con il cambiamento del partner, l'abuso di sostanze, il fumo, la presenza di diabete o di vasculopatia.

E' importante identificare se esistono condizioni morbose che possono aumentare il rischio di disfunzione erettile, come per esempio il diabete, la cardiopatia ischemica, una storia di ictus o di arteriopatia periferica.

Bisogna informarsi anche sull'uso di farmaci che possono avere ripercussioni sulla sfera sessuale.

L'esame obiettivo, oltre a valutare le condizioni neurologiche e cardiovascolari, deve prendere in considerazione l'ispezione e la palpazione dei genitali esterni (malformazioni del pene, volume dei testicoli) e l'esplorazione digitale del retto.

Quali esami richiedere in caso di disfunzione erettile?

Gli esami laboratoristici di prima linea sono la glicemia, il profilo lipidico, il dosaggio del TSH e del testosterone totale del mattino, l'emocromocitometrico e l'esame completo delle urine,

gli elettroliti, l'assetto lipidico.

Si possono richiedere anche il testosterone libero, la prolattina e l'ormone luteinizzante.

Se la storia orienta verso un'origine psicologica si può inviare il paziente a consulenza specialistica. Esami di secondo livello sono una valutazione approfondita endocrinologica o cardiovascolare.

L'ecodoppler penieno per valutare il flusso vascolare a livello dei vasi penieni arteriosi e venosi (prima e dopo iniezione di prostaglandine) si rende raramente necessario quando si sospetta una stenosi delle arterie del pene oppure una incompetenza venosa (deflusso troppo rapido del flusso sanguigno dalle vene).

Come trattare la disfunzione erettile?

In alcune cliniche del sesso le coppie sono istruite a dedicare il tempo sufficiente ai preliminari e a consumare materiale e film pornografici: se stimoli visivi e tattili di questo tipo riescono a provocare un'erezione adeguata significa che il deficit erettile non è probabilmente di natura organica e la causa va ricercata altrove (stanchezza del rapporto di coppia, gelosie o incomprensioni reciproche, stress psicologici, rancori o altro) per le quali sarebbe utile indirizzare il paziente (o meglio la coppia) verso chi si occupa di queste problematiche (consulenti di coppia, sessuologi).

Le linee guida raccomandano di consigliare in prima istanza interventi sullo stile di vita (perdita di peso, attività fisica, cessazione del fumo). Se si sospetta che la disfunzione erettile sia legata all'uso di un tipo particolare di farmaco si può, se possibile, sostituirlo o sospenderlo.

Il trattamento farmacologico si basa sugli inibitori della fosfodiesterasi 5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil). Essi si sono dimostrati utili nel trattamento delle disfunzioni erettile associate a diabete, lesioni midollari e uso di antidepressivi. L'efficacia di questi farmaci è abbastanza simile, anche se diffe-

riscono per il dosaggio, l'inizio d'azione e la durata dell'effetto per cui alcuni soggetti preferiscono un tipo all'altro.

Gli effetti collaterali sono di solito di lieve entità: cefalea,

flushing, disturbi digestivi, riniti, alterazioni della visione, mentre rari sono i casi di priapismo.

Gli inibitori della 5 fosfodiesterasi sono controindicati nei soggetti che devono usare nitrati per il rischio di ipotensione grave. Non sono stati segnalati casi di ipotensione con l'uso di antipertensivi. Nei pazienti con cardiopatia ischemica non in trattamento con nitrati l'uso di questi farmaci non è formalmente controindicato, tuttavia la scheda tecnica consiglia di assicurarsi che le condizioni di salute siano tali da poter affrontare un rapporto sessuale. Utile richiedere un ECG da sforzo prima della prescrizione. Una controindicazione è la retinite pigmentosa, mentre cautela deve essere posta nella prescrizione a soggetti con anemia falciforme, leucemie, mieloma.

Nei pazienti con insufficienza epatica o renale e negli anziani (> 65 anni) è prudente iniziare con la dose più bassa, eventualmente da incrementare in caso di necessità.

Nei casi di disfunzione erettile non di origine organica gli inibitori della 5 fosfodiesterasi possono essere, comunque, usati in quanto danno un risultato immediato, mentre counseling e consulenza psicosessuale, sempre raccomandati, richiedono spesso tempi più prolungati. L'uso dei farmaci permette al soggetto di affrontare il rapporto sessuale con più tranquillità e sicurezza e talora può far superare eventuali barriere di tipo psicologico che provo-



cavano la disfunzione erettile.

Nei casi in cui gli inibitori della 5 fosfodiesterasi sono inefficaci si può ricorrere alla iniezione nei corpi cavernosi di alprostadil oppure all'impianto di protesi peniene o all'uso di vacuum devices.

Nel caso di dimostrato ipogonadismo si possono ottenere miglioramenti della libido e della funzione erettile con supplementi di testosterone. Va considerato che questa terapia aumenta il rischio di cancro prostatico per cui è necessario un monitoraggio periodico del PSA, oltre che dell'emocromo e delle transaminasi.

Renato Rossi

Referenze

1. McVay KT. Erectile dysfunction. N Engl J Med 2007 Dec 13; 357:2472-2481
2. Qaseem A et al. Hormonal Testing and Pharmacologic Treatment of Erectile Dysfunction: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2009 Nov 3; 151: 639-649
3. Tsertsivadze A et al. Oral Phosphodiesterase-5 Inhibitors and Hormonal Treatments for Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med 2009 Nov 3; 151: 650-661

## SSRI per le vampate menopausali

Gli autori di questo lavoro hanno passato in rassegna la letteratura per valutare l'efficacia degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) nel trattamento delle vampate di calore nella postmenopausa.

La ricerca è stata effettuata in vari databases (PubMed, International Pharmaceutical Abstracts e MEDLINE) per studi in lingua inglese pubblicati fino al maggio 2009. Inizialmente gli studi erano stati condotti solo in donne con cancro mammario, ma, in seguito, sono state valutate sia donne con cancro mammario sia donne sane in postmenopausa. I dati sugli SSRI sono risultati tra loro contrastanti.

I due farmaci studiati in modo più esteso sono la venlafaxina e la paroxetina e si sono dimostrati efficaci nel ridurre la frequenza e la gravità delle vampate.

Altri antidepressivi (desvenlafaxina, sertralina, fluoxetina e citalopram) dovrebbe essere usati come farmaci di seconda o terza scelta se la paziente non tollera o non risponde a venlafaxina o paroxetina.

Come ultima scelta si dovrebbe ricorrere a duloxetina, escitalopram, fluvoxamina e mirtazapina, almeno finché studi rigorosi non avranno esaminato la loro utilità nel ridurre le vampate menopausali.

Fonte:

Carroll DG et al. Use of antidepressants for management of hot flashes. Pharmacotherapy. 2009 Nov;29(11):1357-74.

Commento di Renato Rossi

Le vampate di calore sono uno dei sintomi maggiormente disturbanti per la donna in menopausa. In alcuni casi esse sono di lieve entità e durano alcuni mesi.

In altre donne, al contrario, il sintomo può essere così intenso e frequente da compromettere la qualità di vita e durare anche per anni dopo la scomparsa dei cicli mestruali.

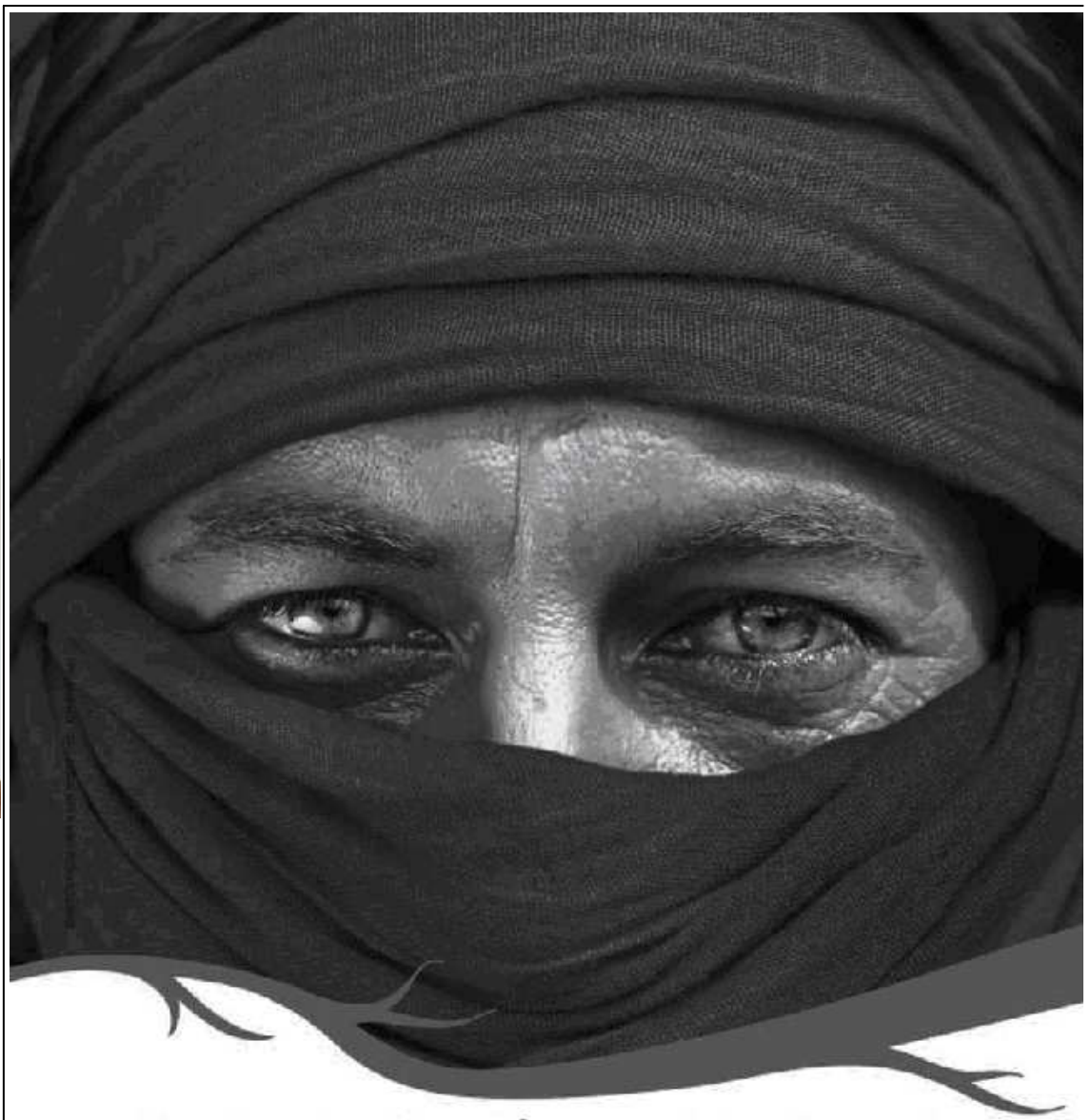
La terapia ormonale sostitutiva, efficace sulle vampate di calore, viene sempre meno prescritta dopo la pubblicazione dei risultati dello studio WHI.

Quando la si prescrive, lo si fa, in genere, per periodi brevi e alle dosi più basse possibili.

In alternativa sono stati proposti rimedi non ormonali. Una revisione sistematica [1] di alcuni anni fa evidenziava che SSRI, SNRI, clonidina e gabapentin sono efficaci nel ridurre le vampate di calore in donne in post-menopausa, ma meno degli estrogeni; inoltre molti degli studi considerati avevano difetti di tipo metodologico o limiti di trasferibilità alla popolazione generale.

Per cui, concludevano gli autori, le terapie non ormonali possono essere di qualche beneficio in donne con vampate molto disturbanti che hanno controindicazioni alla assunzione di estrogeni. Sulle terapie complementari ed alternative i dati disponibili non erano conclusivi per cui è difficile dare raccomandazioni evidence based [1].

La revisione recensita in questa pillola conferma, comunque, che per gli SSRI (soprattutto venlafaxina e paroxetina) esistono alcune evidenze per cui può essere ragionevole usarli quando le vampate menopausali sono di intensità tale da compromettere la qualità di vita della donna.



L'antipertensivo più prescritto al mondo

TAREG  
valsartan

TAREG  
valsartan-idroclorotiazide

NOVARTIS  
Novartis Farma S.p.A. - Largo Umberto Boccioni, 1-21040 Origgio (VA)  
Tel. 02 96341 - Fax 02 96343275 - www.novartis.it

Prima della prescrizione consultare la scheda tecnica disponibile su richiesta

## Vita da Medico: Anche lui deve tirare a campare

Lungi ormai dall'essere, come un tempo, personaggio privilegiato sia dal punto di vista sociale che economico, il medico oggi lavora, opera, ama (e in definitiva, vive) come tutti gli altri, combattendo giorno per giorno con i problemi di necessità quotidiane, di imprevisti, spese e problemi che ne rendono difficoltosa la sopravvivenza.

Non tutti se ne rendono conto, come medita malinconicamente Pina Onotri

Oggi in studio c'è ancora odore di vernice. Gli operai sono stati bravissimi a concludere tutto nel fine settimana, a montare i mobili nuovi nella mia stanza ed in quelle del collega che lavora con me. Tende e quadri appesi, sedie e librerie nuove anche in sala d'aspetto. "Complimenti dottoressa, ogni tanto aria nuova fa bene" Mi dice Rosa, arzilla vecchietta di ottant'anni. Certo è importante lavorare in un ambiente adeguato e decoroso; soprattutto ricevere i pazienti in maniera idonea. Sono anch'io contenta dei lavori fatti, anche se sono costati a me e al collega tre mesi di stipendio. "Queste tende nuove sono bellissime. Fa bene a spendere, con tutto quello che voi medici guadagnate". La solita solfa, nell'immaginario comune noi medici siamo ricchi ed è per questo che l'idraulico si sente autorizzato ad applicare la tariffa più alta, idem dicasi per l'imbianchino ed il falegname. Ormai non mi arrabbio neanche più. "Signora Rosa quanto pensa che il Sistema Sanitario Nazionale mi paga per assisterla?" "Ma non so... sette-ottocento euro all'anno?" La guardo

sonniona: niente di più lontano dalla realtà. "Vuole sul serio saper quanto guadagno per lei? Circa tre euro e cinquanta cent. lordi al mese." "Dottore", lei ha sempre voglia di scherzare." Purtroppo non scherzo. È un dato di fatto l'impovertimento della categoria dei medici e dei medici di medicina generale in particolare. Delle spese strutturali da sostenere, conteggiate nel compenso lordo mensile, che aumentano in maniera esponenziale soprattutto in una grande città come Roma: l'affitto, il condominio, il gas, la luce, il telefono, la donna delle pulizie, il sostituto (quando si è malati, o si va ad un corso di aggiornamento, o in ferie). La segretaria e l'infermiera sono diventati un lusso che pochi possono permettersi, a meno di non dividerla con altri colleghi ed anche in questo caso diventa comunque difficile. Pochi, nel Lazio, sono medici massimalisti, ovvero con il numero massimo di pazienti in carico consentiti, e cioè millecinquecento. In realtà vi è un medico di famiglia ogni 900 pazienti, il rapporto più basso d'Italia: quindi significa che vi sono

pochi medici a 1500 pazienti, una larga fascia tra i 700 ed i mille, moltissimi addirittura con meno di 300 pz. Ma come fa un medico di medicina generale, con quanto percepisce per 700 pazienti, a mandare avanti in modo adeguato il suo studio, con gli standard previsti, ed avere uno stile di vita dignitoso? Qualche giorno fa mi è arrivata una mail di un collega che assiste circa 1000 pazienti e paga un affitto di studio di circa 1500 euro mensili (spese escluse), chiedendo se era possibile proporre delle agevolazioni fiscali ai proprietari di immobili che li affittano uso studio medico ad una cifra predeterminata, in maniera tale che se avesse usufruito di uno sconto avrebbe potuto permettersi la segretaria per velocizzare il lavoro; sarebbero stati contenti quelli del Codacons, che vogliono promuovere una class action per tutti quei pazienti che sostano più di un'ora nella sala d'aspetto del medico. E che dire dei medici che per continuare a potersi permettere di fare il medico di famiglia e nel contempo sopravvivere devono svolgere anche

altri incarichi tipo la continuità assistenziale o le attività territoriali programmate, ma anche così... Ma si sa la medicina generale più che una missione è una passione.

Siamo i medici peggio pagati d'Europa. Il potere d'acquisto dei nostri stipendi si è ridotto, in misura ancora più incisiva rispetto a quella di altre categorie di lavoratori, ma non se ne parla. Ai tavoli istituzionali, c'è una sorta di pudore da parte dei sindacati di categoria ad affrontare l'argomento, soprattutto quando la parte pubblica esordisce invariabilmente dicendo: "Non ci sono soldi". E noi non possiamo esimerci dal sentirci comunque tutori della salute del cittadino, anche in mancanza di risorse, e di volontà di riconoscere le adeguate spettanze economiche. Perché vergognarsi di chiedere di essere adeguatamente retribuiti per il lavoro che si svolge? Perché vergognarsi di dire che vent'anni di politiche sindacali sbagliate hanno creato grosse fasce di sottoccupazione e precariato medico? Questi sono i problemi da mettere sul tavolo e di cui discutere seriamente. Invece siamo qui a subire passivamente la cieca ed arbitraria autorità politica che tenta di trasformarci in piccoli burocrati informatici asserviti all'Inps. Ma un tempo non eravamo medici?

Pina Onotri

## Quali evidenze per il trattamento dei crampi muscolari?



(Continua da pag.1)

Effetti avversi del chinino e dei suoi derivati.

Sono stati documentati 11 report di effetti avversi seri.

Il più comune e importante effetto avverso è rappresentato dalle anomalie ematologiche, quali la sindrome emolitica uremica-porpora trombocitopenica, la coagulazione intravascolare disseminata, e la diatesi emorragica.

Effetti avversi meno comuni comprendono: ipoglicemia, effetti tossici retinici, effetti epatotossici, aritmia cardiaca, edema polmonare, e reazioni da ipersensibilità.

Vi erano anche 10 report di effetti avversi minori, incluso tinnito, mal di testa, e gusto amaro.

La frequenza di ciascun effetto avverso negli studi di questa revisione era dal 2% al 4%.

Conclusioni. Sulla base dei dati derivanti dai 2 studi di Classe I, i derivati del chinino sono efficaci nel ridurre la frequenza dei crampi muscolari, sebbene la grandezza del beneficio sia piccola. Di contro, questi farmaci sono associati ad effetti avversi gravi, anche se poco comuni.

Raccomandazioni. Sebbene probabilmente efficaci (Livello A), l'uso dei derivati del chinino per il trattamento dei crampi muscolari dovrebbe essere evitato di routine.

Questi farmaci dovrebbero essere presi in considerazione soltanto quando vi è disabilità significativa e refrattarietà a terapie alternative, e quando vi è un cauto monitoraggio degli effetti avversi. Dovrebbero usarsi solo dopo aver informato il paziente di tutti i potenziali effetti avversi gravi.

Terza domanda: Vi sono altre terapie farmacologiche efficaci nel trattamento dei crampi muscolari?

Dopo aver valutato studi di altri trattamenti farmacologici, i ricercatori hanno concluso che il naftidrofuryl (un farmaco che può migliorare l'utilizzazione dell'ossigeno e del glucosio nella malattia vascolare periferica), il diltiazem, e i complessi di vitamina B hanno una possibile efficacia nel trattamento dei crampi muscolari.

Uno studio di Classe 2 di naftidrofuryl in 14 pazienti ha mostrato efficacia nel ridurre i crampi.

Uno studio cross-over randomizzato di 13 pazienti ha mostrato una riduzione del numero dei crampi in pazienti che assumevano diltiazem idrocloride rispetto a placebo.

Uno studio di Classe 2 di 28 pazienti ha mostrato che il complesso vitaminico B aveva indotto remissione dei crampi muscolari nell'86% dei pazienti trattati che non erano stati trovati deficienti di vitamina B rispetto a placebo.

Non sono stati riportati effetti avversi seri da farmaci in questi

trial. Un piccolo studio di lidocaina iniettata nel polpaccio ha suggerito che questo approccio era efficace come il chinino nel ridurre i crampi.

Uno studio open-label di levetiracetam in 20 pazienti ha mostrato una riduzione della frequenza e della gravità dei crampi muscolari rispetto a placebo.

Tuttavia, vi sono anche evidenze che alcuni farmaci non hanno effetto.

Un trial in doppio cieco di gabapentin in 204 pazienti con SLA non ha mostrato differenze tra trattamento e placebo.

Un trial che ha valutato l'efficacia della vitamina E non ha trovato nessun effetto rispetto a placebo.

Due studi di magnesio non hanno potuto concludere che vi fosse un significativo miglioramento.

Gli autori dello studio hanno notato che sebbene farmaci quali il baclofene, la carbamazepina, e la oxcarbamazepina vengano usati frequentemente nella pratica clinica per trattare i crampi muscolari, non vi sono trial clinici in letteratura che abbiano valutato la loro efficacia per questa indicazione.

Conclusioni. Sulla base degli studi di Classe II, naftidrofuryl, complesso vitaminico B e diltiazem sono possibilmente efficaci nel trattamento dei crampi muscolari.

I dati riguardanti l'uso delle preparazioni a base di magnesio e il gabapentin mostrano che probabilmente questi farmaci non sono efficaci nel trattamento dei crampi muscolari.

Raccomandazioni: Naftidrofuryl, diltiazem, e complesso vitaminico B possono essere presi in considerazione per il trattamento dei crampi muscolari (Livello C).

Patrizia Iaccarino

Referenze

Assessment: Symptomatic treatment for muscle cramps (an evidence-based review). Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010;74:691-696.

## Zinco e mortalità cardiovascolare

Lo zinco è un antiossidante ed altera la funzione immunitaria, il che potrebbe essere importante nella malattia cardiovascolare.

Le concentrazioni di zinco sono state valutate nello studio prospettico di coorte LURIC in Germania.

Il LURIC era stato disegnato originariamente per indagare gli effetti della genetica di biomarker sugli esiti cardiovascolari in pazienti che si presentavano per angioplastica in un centro di cura terziario in Germania. L'obiettivo di questa analisi era indagare un'associazione tra concentrazioni di zinco e mortalità con un follow-up medio di 7.7 anni dopo l'entrata nella coorte.

Quando si paragonavano il quartile più basso di zinco (<780 mg/l) con il quartile più alto (>960 mg/l) la mortalità cardiovascolare (HR 1.10 95% IC da 1.01 a 1.21, p=0.038), la mortalità non-cardiovascolare (HR 1.32 95% IC da 1.16 a 1.50, p<0.001), e la mortalità totale (HR 1.15 95% IC da 1.07 a 1.24, p<0.001) erano aumentate nel quartile più basso di zinco quando si controllava per i comuni fattori di rischio cardiovascolare.

Questi dati mostrano una possibile associazione tra concentrazioni di zinco e mortalità cardiovascolare. Finché non si realizzeranno trial più ampi, la supplementazione di zinco non è raccomandata.

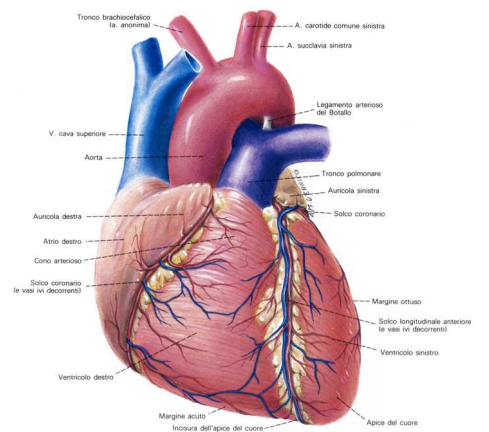
Fonte:

Pilz S, Dobnig H, Winklhofer-Roob BM, et al. Low serum zinc concentrations predict mortality in patients referred to coronary angiography. Br J Nutr 2008 Oct 24;1-7

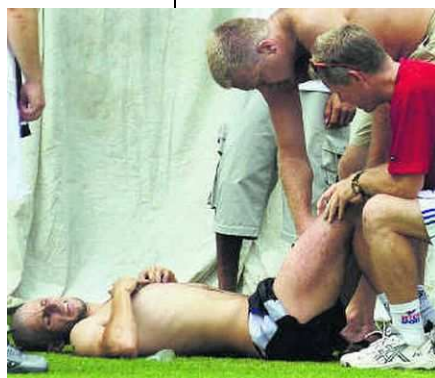
Riferimento bibliografico

1) Sheryl L. Chowet al: Pharmacotherapy. 2010;30(1):109

A cura di patrizia Iaccarino



Configurazione sistema del cuore: faccia sternocostale. Il solco coronario e il solco longitudinale anteriore scolgono i vasi del cuore.



## Non si confisca l'auto per "modica ebbrezza"

Cassazione, IV penale, sentenza n.32021/2010: non si procede alla confisca dell'auto, anche in caso di incidente strale

Cassazione, IV penale, sentenza n.32021/2010: non si procede alla confisca dell'auto, anche in caso di incidente stradale, se il tasso alcolemico del guidatore è inferiore a 1,5.

Chiarendo alcuni aspetti del nuovo Codice stradale, la Cassazione ha chiarito che non sempre scatta la confisca obbligatoria dell'autovettura nel caso in cui il conducente in stato di ebbrezza provochi un incidente, precisando che per procedere alla confisca occorre che sia superato il limite di 1,5 di tasso alcolemico.

Resta comunque possibile, spiega la Corte, il fermo amministrativo. La Corte, nella parte motiva della sentenza richiama ed interpreta il contenuto del comma 2 bis dell'Art. 186 del codice della strada che prevede pene più gravi per chi provoca un incidente (fino al raddoppio) ma per la confisca occorre che il tasso alcolemico sia superiore alla soglia del 1,5





# ITALCHIMICI S.p.A.

Da 1957 al servizio della Classe Medica e del progresso Scientifico e Terapeutico



## Meno Privacy nei concorsi pubblici

Secondo la sentenza n. 32103 del 3/9/2010 del TAR Lazio il partecipante concorso può accedere ai curriculum e alle schede valutative degli altri candidati

Con questa sentenza il Tar Lazio ha stabilito che, in caso di concorso pubblico, sul diritto alla riservatezza prevale invece il diritto di accesso ai documenti amministrativi.

In particolare, la seconda sezione quater del Tar ha stabilito che i partecipanti ad un concorso possono accedere ai verbali, alle schede di valutazione ed agli elaborati degli altri candidati senza che il diritto alla riservatezza degli altri candidati ne risulti leso. Infatti, affermano i giudici, "i concorrenti, prendendo parte alla selezione, hanno evidentemente acconsentito a misurarsi in una competizione nella quale la comparazione dei valori costituisce l'essenza". Inoltre è stato sottolineato che questi atti, "una volta acquisiti alla procedura, escono dalla sfera personale dei partecipanti".

Daniele Zamperini

## Attenzione ai viaggi all'estero con documento prorogato!

Il Ministero degli Interni mette sull'avviso: non tutti i Paesi esteri accettano la carta di identità italiana scaduta e prorogata mediante timbro delle autorità.

Il Dipartimento degli affari interni e territoriali del Ministero dell'Interno, con la circolare n. 23 del 28 luglio 2010 ha avvisato i cittadini che numerosi Paesi esteri non riconoscono come validi per l'espatrio i documenti italiani prorogati nella validità con timbro o altro documento di accompagnamento.

Per evitare spiacevoli disagi o addirittura il divieto di ingresso alla frontiera estera, quindi, è necessario che il turista in possesso di Carta di identità prorogata si informi specificatamente oppure (meglio ancora) chieda il rilascio di un nuovo documento con validità decennale, riconsegnando quello prorogato.

I costi del nuovo documento (non elevati, in verità) sono a carico dei cittadini richiedenti.

## Certificati on line :Interrogazione regionale

Il consigliere regionale Giulia Rodano, dopo la pre-audizione dello SMI in Commissione Sanità presenta un'interrogazione al Presidente del Consiglio regionale del Lazio sulla certificazione on line

CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO Gruppo consiliare Italia dei Valori Al presidente del Consiglio regionale del Lazio Mario Abbruzzese

INTERROGAZIONE A RISPOSTA SCRITTA

Oggetto: Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) per la trasmissione telematica all'Inps dei certificati di malattia dei lavoratori



PREMESSO

Che il comma 149 dell'art. 1 della legge n. 311/2004 prevedeva la trasmissione on-line del certificato di malattia dei lavoratori del settore privato, da parte del medico curante, all'Inps; Che con l'art. 1, c. 810, della legge n. 296/2006 si è aggiunto il comma 5-bis, all'art. 50 del decreto-legge n. 269/2003, convertito con modificazioni dalla legge n. 326/2003, e si è reso disponibile, a partire dal 1° luglio 2007, il collegamento in rete dei medici del SSN; Che con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 19.03.2010 del disciplinare tecnico di attuazione del D.P.C.M. del 26.03.2008, il Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) è diventato operativo a partire dal 3 aprile scorso. In concomitanza, sono state emanate, con l'art. 55 septies del D. Lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. n. 150/2009, in attuazione della legge n. 15/2009, le disposizioni per la trasmissione telematica all'Inps dei certificati di malattia dei lavoratori del settore pubblico. Che l'articolo 13 bis comma 5 dell'Accordo Nazionale del 23.03.2005 e successive modifiche ed integrazioni (ACN 29.07.2009) stabilisce che: "Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008 per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'articolo 59 bis, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale"

CONSIDERATO

Che ad oggi nella Regione Lazio sarebbero stati consegnati i pin di accesso al sistema soltanto al 75% dei medici di Medicina generali e al 25% degli ospedalieri e che non risulterebbero forniti di pin i medici sostituiti ed i medici iscritti all'ordine non operanti nell'ambito del SSN; Che in alcune ASL sarebbe disponibile un'unica postazione per l'invio dei certificati; Che la procedura di invio dei certificati mediante il SAC sarebbe estremamente lunga e farraginoso, sia per la lentezza del sistema che per l'eccessiva complessità della procedura nonché per la disomogenea copertura del territorio regionale da parte della linea ADSL; Che i medici non avrebbero ad oggi a disposizione i sistemi informatici, di supporto e logistici che la Regione Lazio avrebbe dovuto mettere a loro disposizione secondo quanto previsto dall'Accordo nazionale; CHE I MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA) SVOLGONO IL LORO LAVORO ESCLUSIVAMENTE A DOMICILIO DEL PZ; IN QUESTO CASO NESSUNA INDICAZIONE E' STATA DATA DALLA REGIONE E DALLE ASL SULLE MODALITA' TECNICHE DA ADOTTARE PER OTTEMPERARE AL DECRETO. Che tale situazione rischia di appesantire il lavoro degli operatori del Pronto Soccorso già oberati per la carenza di personale e posti letto; Che da più parti vengono richiesti sostegni organizzativi per non far ricadere sugli operatori e sui lavoratori le conseguenze negative delle possibili disposizioni; Che le sanzioni amministrative ma non quelle penali sono state sospese dal governo fino al 31 gennaio 2011; Che altre regioni hanno rinviato l'inizio dell'obbligo della trasmissione in rete dei certificati; CHE NEL PROTOCOLLO SIGLATO DALLA PRESIDENTE POLVERINI CON IL MINISTRO BRUNETTA SI FA SPECIFICAMENTE RIFERIMENTO ALL'INDIVIDUAZIONE DI FONDI AD HOC PER CONSENTIRE L'AVVIO DELLA CERTIFICAZIONE TELEMATICA. Il sottoscritto consigliere regionale INTERROGA Il Presidente della Giunta

Per sapere: - Quale sia la reale situazione a riguardo; - Se non si ritiene necessaria una sospensione dell'obbligo della trasmissione in rete dei certificati per risolvere i problemi tecnici e organizzativi dei diversi comparti sanitari impegnati; - Quali interventi si stanno ponendo in essere nell'ambito delle competenze regionali; - QUAL E' IL FINANZIAMENTO CHE LA REGIONE INTENDE STANZIARE PER GLI ADEMPIMENTI DI CUI SOPRA Giulia Rodano--

## Vita di medico: storia di Francesco

Il medico vive quotidianamente e ripetutamente esperienze che per la maggior parte delle persone, fortunatamente, restano solo fantasia.

Queste esperienze tuttavia incidono profondamente sulla personalità, sulla sua umanità, sul suo modo di vedere e di sentire le persone intorno a lui.

Questa è la storia di Francesco, raccontata da Pina Onotri

Oggi Lucrezia è venuta a trovarmi verso fine dell'orario di studio: "Così mi fai le prescrizioni che mi servono e poi andiamo a pranzo insieme"

Lucrezia è mia paziente e mia amica, siamo cresciuti nello stesso quartiere e praticamente abbiamo vissuto insieme, le nostre famiglie ci hanno adottato reciprocamente.

E' la prima volta che usciamo da quando suo padre - papà Francesco - è morto. Francesco mi presentava a tutti suo medico personale.

Passava a studio a salutarmi, mi portava il caffè, mi invitava a pranzo preoccupato: "Con il gran da fare che hai dimentichi anche di mangiare".

Spesso mi veniva a prendere alla stazione o all'aeroporto quando partivo o ritornavo.

"Ma dai prendo un taxi" gli dicevo ogni volta. Ed ogni volta mi rispondeva: "Lo so che puoi prendere un taxi, ma vuoi mettere che così è tutta un'altra cosa!".

Francesco da piccolo ha sofferto di febbre reumatica e per questo all'età di trent'anni ha subito un intervento di cardiocirurgia (uno dei primissimi) di triplice sostituzione valvolare.

E per trent'anni è riuscito più o meno, con gran coraggio, a convivere con la sua malattia.

Circa quattro anni fa ha cominciato a scompensarsi, a soffrire di crisi emolitiche acute che necessitavano di ripetute trasfusioni, di insufficienza renale.

Di giorno la vita era quella di sempre; la notte mi raccontava Lucrezia una sofferenza continua vissuta al chiuso di una stanza per non preoccupare, per non disturbare.

Un giorno sono andata a trovarlo e l'ho apostrofato: "Noi due dobbiamo parlare sul serio" E da quel momento sono cominciate le peregrinazioni da un policlinico universitario ad un altro, da un ospedale ad un altro, da questo specialista a quell'altro: l'ematologo, il cardiologo, il nefrologo.

Finché siamo approdati ad un centro di cardiocirurgia d'eccellenza: gli Ospedali Riuniti di Bergamo, migliaia di trapianti all'anno, pazienti che vi convergono da tutta Italia, liste d'attesa tutt'altro che lunghe, accoglienza umana per i malati,

sistemazione in centri di accoglienza per i parenti che per seguirli e assisterli cambiano città, lasciano il lavoro. Insomma un'altra sanità, sicuramente diversa da quella che ci raccontano ogni giorno in televisione. Sei mesi di ricovero con la moglie che vive in un centro lì vicino, le figlie che tra un aereo e l'altro si avvicinano per andarlo a trovare.

Lo chiamo quasi ogni giorno finché mi dice: "Qui tira una brutta aria, mi vogliono operare" "Tranquillo - gli rispondo - arrivo".

Abbiamo parlato insieme con i medici: la sopravvivenza nel breve periodo con i problemi che ha è difficile, con l'intervento di sostituzione valvolare (le valvole non funzionano più è questo il problema) ha un 30% di possibilità di buon recupero, anche se - essendo un intervento di altissima specializzazione - ha un'alta percentuale di mortalità intraoperatoria, nel breve e nel medio termine.

La decisione è difficile, i medici sono comprensivi, cercano di chiarire ogni dubbio, ripetono mille volte le stesse cose, a Francesco, ai parenti a chiunque della famiglia chieda spiegazioni; senza mai spazientirsi, senza mai nascondere le difficoltà, senza negare mai la speranza. "Mi opero, se non lo faccio sono condannato, così ho almeno una speranza" Mi dice.

"Trenta speranze su cento" Gli rispondo e lo abbraccio forte. "Se vuoi sarò con te in sala operatoria".

Il giorno dell'intervento, indosso la mascherina e la divisa sterile, gli do la mano mentre è sul tavolo operatorio, i colleghi mi fanno posto "Sta pure qui se così è più tranquillo" Il mio viso è l'ultima cosa che vede prima di addormentarsi per l'anestesia.

In quella sala operatoria, per lui, è all'opera un'equipe di 12 persone tra medici infermieri e tecnici: c'è persino un addetto alla manutenzione di tutte le molteplici e complesse apparecchiature in funzione ed utilizzate per l'intervento.

Penso che è un'operazione di altissima tecnologia costosissima e che magari, in America - a meno di non avere un'assicurazione (trovandone una disposta ad assicurare una persona molto malata) -

Francesco non avrebbe potuto permettersi.

All'intervento segue la permanenza in rianimazione ed una sepsi post-operatoria.

Passa un altro mese e la situazione si complica: passata l'infezione subentra una insufficienza renale acuta.

Francesco chiede di andare a morire a casa, la famiglia cerca di convincerlo a restare aggrappandosi ancora alla speranza. I medici non ne nutrono mol-

ta, ma non interrompono la terapia. Si strappa i fili del flebo, rifiuta di nutrirsi: vuole rientrare a casa.

Si organizza un trasporto in ambulanza, sperando che arrivi almeno vivo.

La situazione appare disperata e sembra precipitare da un momento all'altro.

Invece Francesco ce la fa ad affrontare il viaggio; si arriva: le figlie mi chiedono di non abbandonarlo e non staccare le flebo che sostengono il suo cuore stanco.

Penso che sia perfettamente inutile e forse accanimento terapeutico; ma come si fa a dire di no alla disperazione?

Organizziamo un'assistenza domiciliare con un nefrologo, un cardiologo, un infermiere che viene ogni giorno a fare prelievi, montare le flebo, la dialisi intraperitoneale, le sacche delle trasfusioni fornite dall'ospedale. Non è semplice.

Passo quasi ogni giorno da casa sua, e mi sembra di catapultarmi la centro di una festa; è un miracolo Francesco al centro del letto, le figlie, la moglie intorno, fratelli, sorelle, cognati, amici, numerosissimi e lui che impartisce ordini a destra e a manca.

Dopo qualche giorno addirittura si alza ed è aiutato a girare per casa tirandosi dietro tutti i fili ed i tubi.

Si siede a tavola a mangiare con la famiglia.

E' morto all'improvviso, dopo 50 giorni, per rottura di ascesso intraperitoneale: nel medio termine, come ci era stato prospettato.

Lucrezia mi chiede: "Ha sofferto tantissimo, l'epilogo è stato quello. Ne è valsa la pena?"

Se fossi un imprenditore direi che è stato un investimento sbagliato: è costato molto in termini di impegno umano ed economico sia per la famiglia che per la sanità pubblica ed il risultato è stato nullo.

Ma se ripenso alla speranza di guarigione che lo ha animato e che ha animato la famiglia e gli stessi medici che lo hanno assistito allora dico sì, ne è valsa la pena.

Se ripenso che ha potuto continuare a vivere ancora una manciata di giorni con i suoi cari, allora dico che ne è valsa la pena.

Qualunque sia la cifra costata al Servizio Sanitario Nazionale a noi contribuenti.

Pina Onotri



# ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA-AMI

Fondato da Mario Menaguale

Presidente Angelo Filardo

La voce del Sindacato Medici Italiani SMI-Lazio

Direttore Responsabile Daniele Zamperini

REDAZIONE  
Angelo Filardo  
Gaetano Mazzucconi  
Cristina Patrizi  
Enrico Porru  
Floriana Riddei  
Beniamino Baldacci

Direzione Redazione e Amministrazione  
Via Merulana 272 00185 Roma  
Tel. 06/4746344 Fax 06/4871092



Fotocomposizione e stampa  
PrimeGraf srl

2009

Questo Periodico è iscritto  
All'Unione Stampa Periodico Italiana



# La gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale: l'appropriatezza prescrittiva nelle scelte terapeutiche

Con il Patrocinio:



Segreteria Organizzativa:  
S.I.A.M.E.G.

Via Merulana 272 – 00185 Roma  
Tel. 06/4746344 – fax 06/4871092  
e-mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)

Orario:  
dal lunedì al venerdì ore 10.00 – 14.00  
giovedì ore 10.00 – 19.00



Sabato 9 Ottobre 2010  
Dalle ore 08.00 alle ore 17.30

Prot. ECM n.5298/10031273  
Crediti ECM in fase di valutazione

presso:

la Sala Conferenze Centro Congressi Auditorium  
San Domenico - Roma  
Via Casifina 233

Main Sponsor:



## Razionale

Le linee guida si fondano sulla medicina basata sulle evidenze che originano dai risultati dei grandi Trial.

Il medico prescrive un farmaco non ad una media di pazienti, ma ad un singolo e la farmacocinetica e l'effetto farmacodinamico individuale, qualora potessero essere previsti, rappresenterebbero pertanto l'unico criterio per poter applicare con fiducia la norma della sostituibilità tra due formulazioni simili senza pregiudicare il profilo terapeutico e di sicurezza ottenuti con la prima formulazione.

E' frequente riscontrare nella pratica clinica che un farmaco dimostratosi efficace in base ai risultati di un trial non risulti a volte esserlo nel singolo paziente per il noto problema della trasferibilità degli studi dalla popolazione al singolo individuo.

Le scelte terapeutiche devono contare su una sperimentazione di secondo livello di tipo osservazionale sul campo effettuata da chi è chiamato a scegliere la terapia per il singolo paziente. La farmacoeconomia come scienza ci insegna che il vero risparmio in sanità è costituito non dalla riduzione della prescrizione dei farmaci ma dallo sfruttare tutti i farmaci a disposizione per ottenere agendo sul singolo individuo una riduzione di danno d'organo o di eventi maggiori nella popolazione generale concetto che è alla base della appropriatezza prescrittiva.

## Programma

08.<sup>00</sup> REGISTRAZIONE PARTECIPANTI  
08.<sup>15</sup> PRESENTAZIONE DEL CORSO

### 1ª Sessione - Moderatori:

**Dott.ssa Claudia Felici e Dott. Beniamino Baldacci**  
"Linee guida evidenze scientifiche internazionali nella gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale."

08.<sup>30</sup> - La gestione del paziente dislipidemico e iperteso nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica  
Relatori: Dott. Luigi Milani/Dott.ssa Cristina Patrizi

09.<sup>30</sup> - I contenuti Scientifici e le evidenze cliniche e di letteratura a supporto delle scelte prescrittive, nell'ottica dell'appropriatezza dell'efficacia e della sicurezza.

Relatori: Prof. Nicola Alessandri/Prof. Luigi Sciarra

10.<sup>30</sup> - Discussione temi trattati

11.00 Coffee Break

### 2ª Sessione - Moderatori:

**Dott. Enrico Porru e Dott. Giovanni Peliti**  
"Criteri di valutazione dell'appropriatezza diagnostico-terapeutica nel paziente iperteso e dislipidemico"

11.00 - Criticità dei dati di letteratura in relazione alla gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale: riflessioni e considerazioni.

Relatori: Prof. Pietro Lentini / Prof. Luigi Sciarra/  
Dott.ssa Cristina Patrizi

12.00 - Le competenze delle CAPD in relazione alla valutazione delle scelte terapeutiche relative al trattamento del paziente con rischio cardiovascolare globale

Relatori: Dott.ssa Claudia Felici/Dott. Luigi Milani

13.00 - Discussione temi trattati

13.30 Lunch

### 3ª Sessione - Moderatori:

**Dott.ssa Laura Viotto e Dott.ssa Pina Onofri**  
"Farmacoepidemiologia e farmacoeconomia: aspetti normativi, medico-legali e dati regionali"

14.00 - I dati prescrittivi farmacologici della nostra Regione".

Relatori: Dott.ssa Cristina Patrizi/Dott.ssa Salotti

- Gli outcome della prescrizione e della cura: responsabilità professionale e obblighi contrattuali  
Relatore: Prof. Zamperini/Patrizi/Milani

16.45 Discussione temi trattati

17.30 Questionario finale

17.45 Rilascio Attestato

A.M.I.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272  
Tel. 06/4746344 - 06/4871092 (fax)  
E-mail [SIAMEG@tin.it](mailto:SIAMEG@tin.it)

Il sottoscritto Dr. .... Nato a .....  
Prov. ...., il ....., residente ..... Prov. ....  
Via ..... N: ..... CAP ..... tel. ....  
con studio in Via ..... N: ..... CAP .....  
tel. .... cell. .... E-mail .....  
ASL di appartenenza .....; Codice Fiscale.....  
Operante nell' seguente settore/i:

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

Presidente:  
*Beniamino Baldacci*  
Segretario Generale:  
*Cristina Patrizi*  
Coordinatore:  
*Enrico Porru*

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

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](mailto:siameg@tin.it) - [www.siameg.it](http://www.siameg.it)



## La gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale:

**l'appropriatezza prescrittiva nelle scelte terapeutiche**  
Sabato 9 Ottobre 2010 presso la Sala Conferenze Centro Congressi Auditorium San Domenico - Roma Via Casilina 18

### PROGRAMMA

08.00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI  
08.15 PRESENTAZIONE DEL CORSO

**1^ Sessione** - Moderatori: Dott.ssa Claudia Felici e Dott. Beniamino Baldacci

08.30 La gestione del paziente dislipidemico e iperteso nell'ottica della farmacoeconomia:  
Relatori: Dott. Luigi Milani/Dott.ssa Cristina Patrizi

09.30 I contenuti Scientifici e le evidenze cliniche e di letteratura a supporto delle scelte prescrittive, nell'ottica della appropriatezza, dell'efficacia e della sicurezza.  
Relatori: Prof. Nicola Alessandri/Prof. Luigi Sciarpa

10.30 Discussione temi trattati  
11.00 CoffeeBreak

**2^ Sessione** - Moderatori: Dott. Enrico Porru e Dott. Giovanni Peliti

11.00 Criticità dei dati di letteratura in relazione alla gestione del paziente con rischio cardiovascolare globale: riflessioni e considerazioni  
Relatori: Prof. Luigi Sciarpa/Prof. Alessandri

11.30 "Dalla ricerca alla pratica clinica: alcuni criteri pratici di appropriatezza prescrittiva in tema di trattamento farmacologico della pressione arteriosa."  
Relatori: Prof. Pietro Lentini

12.00 Le competenze delle CAPD in relazione alla valutazione delle scelte terapeutiche relative al trattamento del paziente con rischio cardiovascolare globale  
Relatori: Dott.ssa Claudia Felici/Dott. Luigi Milani

13.00 Discussione temi trattati  
13.30 Lunch

**3^ Sessione** - Moderatori: Dott.ssa Laura Viotto e Dott.ssa Pina Onori

14.00 I dati prescrittivi farmacologici della nostra Regione.  
Relatori: Dott.ssa Cristina Patrizi e Dott.ssa Salotti

15.15 Gli outcome della prescrizione e della cura: responsabilità professionale e obblighi contrattuali. Relatore: Prof. Zamperini/ /Milani 16.45 Discussione temi trattati 17.30 Questionario finale.

**INFO:** SIAMEG: da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Giov. 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup> Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it) La partecipazione al corso è gratuita ed è limitata a 30 partecipanti

## APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLE ERNIE DELLA PARETE ADDOMINALE: ernie inguinali e laparoceli

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

*Prof. Antonio Brescia* - Direttore Dipartimento Day Surgery Osp. Sant' Andrea - Roma  
*Prof. Luigi Masoni* - U.O.C. ano rettale e del pavimento pelvico Osp. Sant' Andrea - RM

SEGRETARIA SCIENTIFICA

*Dott. Beniamino Baldacci MMG* - Presidente SIAMEG  
*Dott.ssa Cristina Patrizi MMG* - Segretario Generale SIAMEG  
*Dott. Enrico Porru* - Coordinatore SIAMEG

### PROGRAMMA

08<sup>00</sup> Registrazione partecipanti;  
Presentazione del corso;  
Obiettivi, finalità

1^ SESSIONE

#### ASPETTI AVANZATI DI DIAGNOSI E INQUADRAMENTO CLINICO

08<sup>30</sup> - 09<sup>20</sup> Eziopatologia ed epidemiologia  
Dott. U.M. Cosenza

09<sup>20</sup> - 10<sup>10</sup> Anatomia e Fisiologia  
Dott. M. di Giovampaolo

10<sup>10</sup> - 11<sup>00</sup> Inquadramento clinico  
Prof. A. Brescia

11<sup>00</sup> - 11<sup>30</sup> Discussione

11<sup>30</sup> - 11<sup>45</sup> Coffee Break

2^ SESSIONE

#### INDICAZIONI AL TRATTAMENTO CHIRURGICO E NOVITA' IN CHIRURGIA

11<sup>45</sup> - 12<sup>25</sup> I materiali protesici biometrici  
Dott. F.S. Mari

12<sup>25</sup> - 13<sup>25</sup> Terapia chirurgica open  
Prof. P. Salvi

13<sup>25</sup> - 14<sup>15</sup> Terapia Chirurgica Laparoscopica  
Prof. L. Masoni

14<sup>15</sup> - 14<sup>45</sup> Discussione

14<sup>45</sup> - 15<sup>00</sup> Test finale

L'evento è stato realizzato in collaborazione con:



**In relazione a quanto già comunicato dallo SMI - Lazio, con nota del 27.06.2010 (Guardia Medica. Sostituzioni e norme regionali) si portano a conoscenza i colleghi della Continuità Assistenziale che la trattativa avviata da Ermanno De Fazi, Responsabile Aziendale del settore, e la dirigenza della ASL RM/F sull'applicazione dell'art. 39 del ACR del Lazio 2006 è andata a buon fine.**

**Pertanto, con decorrenza 1° settembre 2010, gli incarichi di sostituzione per il Servizio di Continuità Assistenziale sono assegnati per 24h/sett. su una singola sede.**

**Nelle sedi in cui non sia possibile raggiungere tale monte ore, i turni eccedenti sono assegnati ai titolari, ai quali viene corrisposta la quota forfettaria di 32 euro per ogni ora di servizio svolta oltre le 108h mensili.**

**Si ritiene che il risultato raggiunto dal nostro Sindacato sulla ASL RMF possa essere esteso alle altre realtà territoriali e che, in linea con gli obiettivi dello SMI Nazionale, costituisca il primo significativo passo verso il completamento a 38h/sett. degli incarichi a tempo determinato e indeterminato, economicamente meno onerosi per le aziende sanitarie.**

**Come stabilito nella circolare della Regione Lazio n. 59353 del 06.05 2010, il provvedimento resta valido fino ad eventuale diversa previsione del nuovo Accordo Regionale.**



## La cure e l'assistenza del Paziente "DEBOLE": dal Medico di Medicina Generale allo Specialista

Sabato 13 Novembre 2010  
Dalle ore 08.<sup>30</sup> alle ore 18.<sup>00</sup>

Prot. ECM n.5298/10038404  
Crediti ECM in fase di valutazione  
Presso  
Hotel Ergife  
Via Aurelia 619 – 00165 Roma

Segreteria Organizzativa:

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

Via Merulana 272 – 00185 Roma  
Tel. 06/4746344 – fax 06/4871092  
e-mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)

Orario:  
dal lunedì al venerdì ore 10.00 – 14.00  
giovedì ore 10.00 – 19.00

E' indispensabile confermare la partecipazione via fax o

e-mail agli indirizzi della Segreteria Organizzativa, poiché il corso ECM è limitato a 150 partecipanti

### Razionale

Il corso è rivolto ai medici dirigenti che operano nelle strutture ospedaliere e territoriali, ai medici di MG ed ai medici addetti ai servizi di continuità assistenziale e all'emergenza territoriale.

E' rivolto, altresì ai medici legali e ai colleghi operanti nei dipartimenti di medicina legale.

Saranno esaminate le problematiche multidisciplinari relative alla "presa in carico" del paziente "debole", ossia del paziente con fragilità afferenti ad ambiti pluripatologici sia dal punto di vista clinico, che socio-psichiatrico.

Saranno presentati criteri di individuazione e inquadramento del paziente cosiddetto "debole" sia per quanto concerne gli aspetti diagnostico-terapeutici, che per la disamina della legislazione vigente con particolare riguardo alla responsabilità professionale e medico-legale ed a quei delicati settori quali il consenso informato, la delega ai famigliari, il disagio psichico nel settore penale e civile, gli aspetti previdenziali dei pazienti deboli, il passaggio in cura e la presa in carico con le dinamiche e gli obblighi nei rapporti tra i diversi professionisti, il principio di affidamento e i limiti della responsabilità del singolo, e le novità nell'ambito della responsabilità medica.

### Obiettivo del corso

L'ambizioso obiettivo è quello di fornire una visione globale e multidisciplinare dell'approccio al paziente cosiddetto "debole", **superando la frammentarietà di un percorso al momento disomogeneo e difforme, nel quale gli interventi dei diversi soggetti, afferenti a servizi assolutamente diversi tra loro (sociale, legislativo, sanitario) ed anche al loro stesso interno (interventi medio-specialistici non interfaccianti né in comunicazione tra loro)**, si confrontano quotidianamente con situazioni ad alta complessità gestionale (quali ad esempio i TSO) le quali richiedono un intervento multidisciplinare che coinvolge (o dovrebbe coinvolgere) più attori del "sistema sanità" (medici, infermieri, forze dell'ordine, assistenti sociali etc).

### Finalità

L'ottimizzazione di procedure di approccio e gestione del "paziente debole" sul territorio consentirebbe sia di snellire la prima fase (ossia quella della risposta all'emergenza) che di garantire un percorso omogeneo di trattamento e recupero del paziente debole, che rappresenta una forma di risposta al disagio cronico.

Il paziente "debole" è un paziente cronico e la risposta ai problemi della cronicità rappresenta una sfida per il territorio, per il malato e per i diversi professionisti impegnati, coinvolti spesso in maniera "naive" e non adeguatamente formati e orientati.

Le ricadute e le implicazioni medico legali e di responsabilità professionale ma anche sociale e politica in questo settore, sono particolarmente gravose e necessitano di una seria disamina e riflessione critica.

### Programma

8.00 – 8.15 Registrazione partecipanti  
8.15 – 8.30 Presentazione corso: Obiettivi e Finalità  
Dott. G.M.Polselli, Dott. B. Baldacci  
Saluto delle autorità

#### 1ª Sessione

**Il Medico e il paziente "debole": aspetti normativi particolari**

Moderatori: D.ssa Caludia Felici; Dott. Enrico Porru

8.30 Aspetti critici del consenso informato: consenso alle cure, consenso al trattamento dei dati personali, la delega ai famigliari

Dott.ssa Cristina Patrizi

09.15 Gli interventi in stato di necessità: risvolti penali e civili

Dott. Paolo Oliva

09.45 Discussione

10.15 - 11.00 Coffee Break

#### 2ª Sessione

**Gestione della responsabilità negli interventi interdisciplinari**

Moderatori: Dott.ssa Floriana Riddei; Dott. Beniamino Baldacci

11.00 Principio di affidamento, passaggio in cura e limiti della responsabilità del singolo

Avv. Pastorelli

11.45 Evoluzione della responsabilità medica: le ipotesi di depenalizzazione, le tutele assicurative

Dott. Daniele Zamperini

12.30 La conciliazione obbligatoria e gli organi di mediazione

Dott. Daniele Zamperini; Dott.ssa Roberta Floreani

13.15 Discussione

13.45 - 14.45 Lunch

#### 3ª Sessione

**La gestione dei pazienti con quadri clinici particolari**

Moderatori: Dott. A. Figà Talamanca; Dott. C. Monzio Compagnoni

14.45 Il soggetto "debole" e l'idoneità al lavoro: problemi specifici e aspetti medico-legali di particolare interesse

Dott.ssa Ranalletta

15.30 L'idoneità al lavoro e l'invalidità civile nel paziente con sordomutismo e altri deficit sensoriali

Dott. R. Merenda

16.15 Il paziente con disagio psichico: il TSO

Dott.ssa L.R. Fenudi

17.00 Discussione temi trattati

17.30 Questionario

18.00 Conclusione dei lavori

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

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale

Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298

00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)

Corso di Aggiornamento per i Medici 2010

## “Le epatiti orfane”

dal 07 Ottobre 2010 al 21 Ottobre 2010 dalle ore 20.<sup>30</sup> alle ore 22.<sup>30</sup>

– presso la Sala Conferenze S.I.A.M.E.G. Via Merulana 272 – Roma

## Programma

Giovedì 07 Ottobre

“ALTRE EPATITI VIRALI”

Relatore: Dott. Gianfranco Croce

Epatiti causate da virus “non epatitici”

Epatiti da “nuovi virus”

Epatiti virali classiche in pazienti immunodepressi

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Giovedì 14 Ottobre

EPATITI E DISMETABOLISMI

Relatore: Dott. Gianfranco Croce

La “sindrome da insulino-resistenza”

Steatosi epatica e NASH

Epatiti “da accumulo”

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Giovedì 21 Ottobre

EPATITI AUTOIMMUNI

Relatore: Dott. Gianfranco Croce

Epatiti autoimmuni secondarie

Epatiti autoimmuni ed Auto-Ab

Teorie sull'origine genetica o virale

Le sindromi “overlap” (o varianti)

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Test finale

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Giov. 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>

Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail : [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)

La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti

Quota di iscrizione : € 90,00 + iva

Per gli iscritti AMI – SMI - SIAMEG: € 50,00 + iva

### 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,

### III CONGRESSO REGIONALE SMI LAZIO

Roma, 29 Maggio 2010

Hotel Villa Eur Parco dei Pini - P.Je M. Champagnat, 2

#### Scheda di iscrizione

La scheda di iscrizione deve essere compilata ed inviata tramite fax ad Acaya Consulting srl Via Orti della Farnesina, 107 - 00135 Roma Tel. 065947531 Fax 0659475330 E-mail: [info@acaya.net](mailto:info@acaya.net).

ISCRITTO SMI

NON ISCRITTO SMI

nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale (campo necessario) \_\_\_\_\_

ente di appartenenza \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

città e cap \_\_\_\_\_

telefono e fax \_\_\_\_\_

cellulare (campo necessario) \_\_\_\_\_

E-mail (campo necessario) \_\_\_\_\_

Si informano i partecipanti che i lavori delle “Sessioni pratiche in simulazione” si svolgeranno in contemporanea dalle 14.30 alle 15.30 e sono a numero chiuso. E' necessario segnalare la propria partecipazione nel riquadro di seguito riportato.

Per ambedue le sessioni pratiche in simulazione, le domande di iscrizione verranno accettate secondo l'ordine cronologico di ricezione, fino al raggiungimento del numero massimo disponibile. Al momento della registrazione presso la sede congressuale sarà cura della segreteria organizzativa confermare l'effettiva partecipazione a tali sessioni al partecipante richiedente.

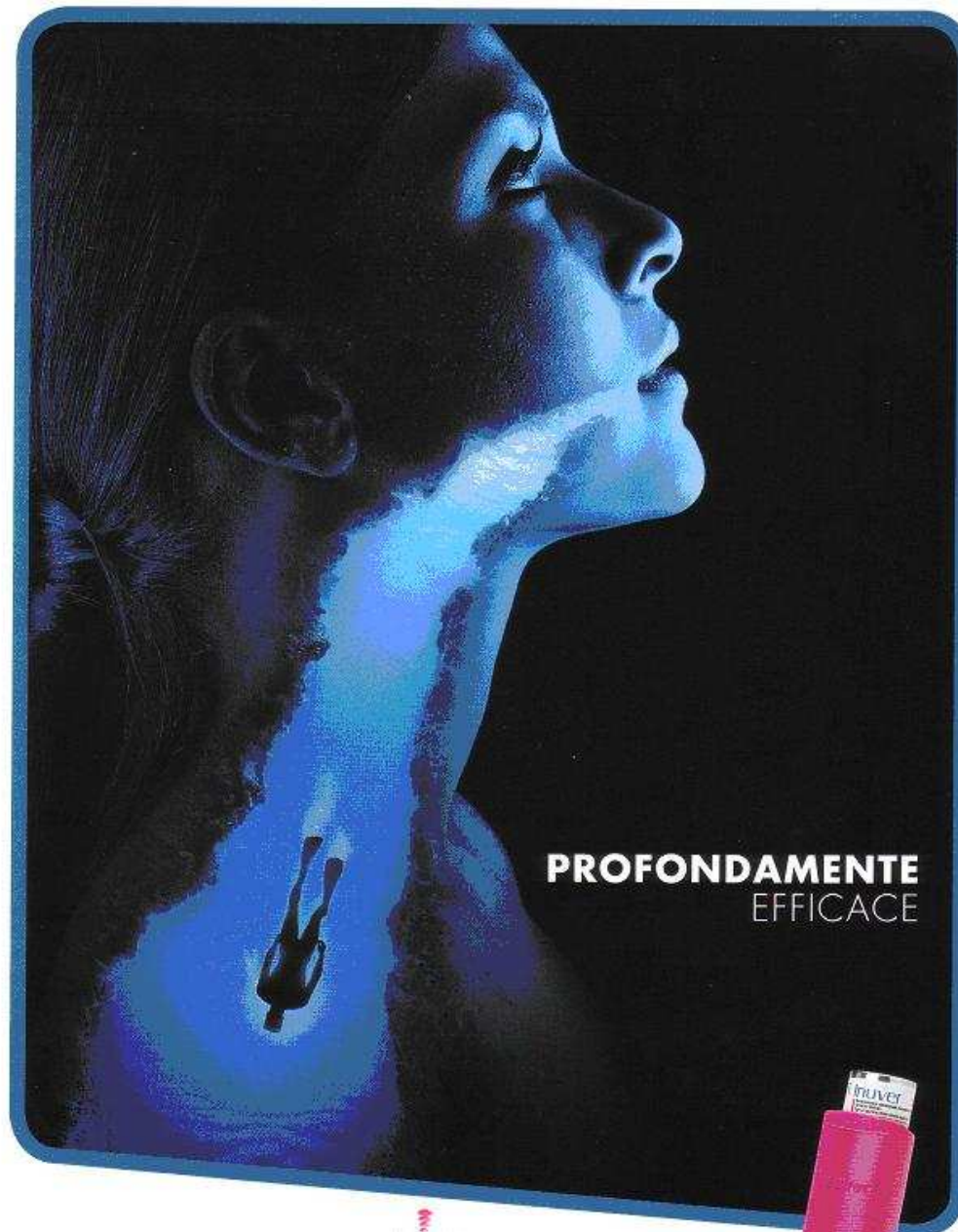
Sessione pratica in simulazione SALA GARDEN: “SCOMPENSO CARDIACO A DOMICILIO”

Sessione pratica in simulazione SALA MARCELLINO “TERAPIA INFILTRATIVA E ANTIFIAMMATORIA DEI PRINCIPALI DISTRETTI ARTICOLARI”

L'inserimento dei dati personali avviene per finalità inerenti l'esecuzione degli obblighi derivanti dal presente evento in qualità di segreteria organizzativa. L'eventuale rifiuto di fornire le predette informazioni non ci consente di adempiere a disposizioni contrattuali, normative civili, fiscali, normative ECM. Lei potrà sempre esercitare i diritti ex art. 7 D.Lgs 196/03 quali cancellazione, rettifica, modifica dati, etc. all'indirizzo in epigrafe.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**PROFONDAMENTE  
EFFICACE**

NOVARTIS

**Inuver**  
BECLOMETASONE 100 µg +  
FORMOTEROLO 6 µg