



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 20 - N. 9 SETTEMBRE 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
----------------------------------	--	--	--------------------	---

La collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti

Uno studio ha cercato di analizzare in dettaglio le conseguenze del rapporto tra medici di cure primarie e specialisti.

Pazienti ambulatoriali con malattie croniche ricevono cure sia da medici di cura primaria (MMG) sia da specialisti; tuttavia, la scarsa coordinazione tra MMG e specialisti contribuisce ad una morbidità e ad una mortalità che sono evitabili al paziente. Le iniziative attuali di miglioramento della cura di malattie croniche, quali quelle domiciliari, centrate-sul-paziente, aiutano a migliorare la collaborazione attraverso un team clinico che assume la responsabilità della cura e fornisce supporto per la sua coordinazione.

Queste iniziative portano ad una cura di migliore qualità, riducono i costi e le disparità sociali.

Questa rinnovata attenzione alla cura primaria, tuttavia, non ha enfatizzato la potenziale importanza della collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti. Se la effettiva integrazione della cura in questi setting pratici verrà a mancare, il successo di queste iniziative sarà limitato, soprattutto dato l'ampio numero di specialisti con i quali un singolo MMG deve tipicamente interagire. Queste iniziative, inoltre, necessitano di evidenze su cosa rappresenti il meglio per supportare la collaborazione.

Gli autori (poiché precedenti revisioni sul tema collaborazione MMG-specialisti variavano negli schemi concettuali e nelle definizioni operative, nel riferimento alla cura collaborativa, alla cura condivisa, o al disease management, o erano focalizzate sulla collaborazione che comprendeva una interazione indiretta tra medici e personale-non-medico) hanno derivato una struttura concettuale per delineare le caratteristiche chiave della collaborazione MMG-specialisti.

Ovvero, hanno centrato l'attenzione sugli accordi collaborativi che hanno permesso ai MMG e agli specialisti di conversare attraverso vari mezzi e li hanno definiti comunicazione interattiva. Ipotizzando che essa rappresenti il goal di qualità dei modelli di pratica attuali, si sono chiesti se interventi comprendevano pianificazione, comunicazione interattiva tra MMG e specialisti migliorassero gli esiti per il



zionalmente rappresentano una sorta di sfida collaborativa: psichiatria, endocrinologia e oncologia.

Caratteristiche Centrali e Associazione di Collaborazione Pianificata tra Medici di Cura Primaria e Specialisti

Caratteristiche Centrali

Comunicazione Interattiva: I metodi o i sistemi consentono scambi opportuni e incorporazione di informazioni cliniche pertinenti condivise tra medici di cura primaria e specialisti (per esempio: attraverso faccia-a-faccia, videoconferenze, telefono o scambio di e-mail).

Un meccanismo integrale deve promuovere la interazione tra medici collaborativi (la comunicazione non può essere ad una sola via).

Qualità dell'informazione: Gli interventi (quali forme strutturate, percorsi, o reports) migliorano la qualità dello scambio di informazioni tra medici di cura primaria e specialisti. Non inclusi interventi specificamente mirati alla comunicazione come parte di un processo

iniziale di invio. **Valutazione dei bisogni:** Gli interventi promuovono o assicurano che l'input del medico di cura primaria e degli specialisti per i pazienti sia basato sulla sistematica conferma della valutazione iniziale e sul rilevamento attivo dei nuovi bisogni.

Piano di cura condiviso: Gli interventi promuovono piani di cura condivisi tra medici di cura primaria e specialisti per assicurare che i pazienti ricevano la giusta gestione clinica da parte di medici adeguati, in setting idonei (per esempio: la introduzione di modelli strutturati).

(Continua a pag.2)

Certificati On-Line: il Ministero ci ripensa (In parte)

Il Ministero rivede la situazione sui certificati malattia da trasmettere on line. Per non violare quanto precedentemente disposto ci si inventano esenzioni, aggiustamenti ed escamotages che pongano temporaneamente riparo alle evidenti manchevolezze del sistema. Novita' (per ora) sulle categorie interessate e sulle sanzioni.

Il testo della circolare e alcune nostre considerazioni aprendo l'articolo La Commissione nominata dal Ministero aveva già ravvisato, in un rapporto problemi gravi riguardanti sia la distribuzione dei PIN, sia l'indisponibilità dei canali telefonici, sia la necessità di adeguare il sistema all'aumento del numero degli utenti.

A settembre si è aperta una nuova fase di monitoraggio della durata di quattro mesi.

Informazioni spicciolate:

- E' attivo il numero verde 800 013 577

- Si ribadisce che alcune categorie di diritto pubblico non sono interessate alla cosa

- Tutti i medici sono interessati (dipendenti, convenzionati ed anche LIBERI PROFESSIONISTI che però, nelle more, continueranno transitoriamente a certificare in cartaceo)

- I certificati di Pronto Soccorso e dimissione ospedaliera presentano criticità per cui, fino a soluzione delle stesse, si continuerà a certificare in cartaceo

- La circola INVITA (" e' opportuno che le Amministrazioni... si astengano dalla contestazione degli addebiti) ad evitare sanzioni verso i medici fino al 31 gennaio 2011.

Sono ravvisabili alcune illogicità su cui, per ora, ci asteniamo dal commentare, in attesa dei prossimi sviluppi della situazione

Nuove terapie orali per la sclerosi multipla

Il New England Journal of Medicine pubblica contemporaneamente tre studi sulla sclerosi multipla.

Nel primo trial [1], di tipo randomizzato e controllato, durato 24 mesi, sono stati arruolati 1272 pazienti con sclerosi multipla remittente/recidivante, trattati con fingolimod orale oppure placebo. Il trattamento ha ridotto la frequenza delle recidive e la progressione della disabilità, ma era associato ad effetti collaterali come bradicardia, blocco atrioventricolare, edema maculare, aumento delle transaminasi e lieve ipertensione.

Nel secondo trial [2], durato 12 mesi, con 1292 pazienti arruolati, il fingolimod orale è stato paragonato all'interferone per via intramuscolare, sempre in pazienti con forme remittenti/recidivanti di malattia. Il fingolimod si è dimostrato più efficace dell'interferone nel ridurre il rischio di recidiva. Gli effetti avversi del trattamento erano rappresentati da infezioni opportunistiche da virus herpes (che in due casi si sono rivelate fatali), blocco atrioventricolare, edema maculare, neoplasia cutanea ed aumento delle transaminasi.

Nel terzo studio [3], durato 96 settimane, la cladribina è stata paragonata al placebo. Il farmaco ha ridotto il rischio di recidiva e la disabilità, a scapito di

effetti collaterali come la linfopenia e un maggior rischio di infezioni opportunistiche come herpes zoster o riattivazione di forme tubercolari latenti.

Fonte:

1. Kappos L et al. for the FREEDOMS Study Group. A Placebo-Controlled Trial of Oral Fingolimod in Relapsing Multiple Sclerosis. N Engl J Med 2010 Feb 4; 362:387-401

2. Cohen JA et al. Oral Fingolimod or Intramuscular Interferon for Relapsing Multiple Sclerosis for the TRANSFORMS Study Group. N Engl J Med 2010 Feb 4; 362:402-415

3. Giovannoni G et al for the CLARITY Study Group. A Placebo-Controlled Trial of Oral Cladribine for Relapsing Multiple Sclerosis. N Engl J Med 2010 Feb 4; 362: 416-426

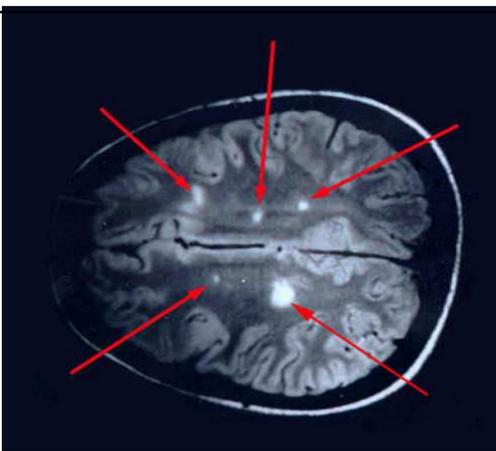
Commento di Renato Rossi

Un editorialista, nel suo intervento, definisce benvenute queste nuove terapie orali per la sclerosi multipla, perché aumentano l'armamentario terapeutico a disposizione del medico. Tuttavia ammette che l'impatto di questi trattamenti a lungo termine rimane ancora da determinare, così come sono

ancora oggetto di discussione tra esperti quali debbano essere gli endpoint clinicamente rilevanti da ricercare.

In effetti gli studi recensiti in questa pillola, pur avendo arruolato ognuno un numero considerevole di pazienti, hanno avuta una durata relativamente breve se si pensa che gli esiti della sclerosi multipla vanno valutati in un periodo di molti anni. Solo studi futuri potranno determinare il beneficio reale di queste nuove terapie orali nel ridurre o rallentare la grave disabilità che caratterizza, nelle fasi avanzate, la sclerosi multipla, e, nello stesso tempo, accertare se gli effetti collaterali avranno un profilo accettabile.

Sarà interessante, inoltre, stabilire se è possibile ottenere benefici maggiori da terapie che associno tra loro i vari farmaci a patto di poter ridurre il rischio di provocare infezioni opportunistiche gravi e/o fatali, data l'interazione di questi trattamenti con il sistema immunitario.



Metformina diminuisce livelli di vitamina B 12 con incremento omocisteinemia (pag.2)

L'emospermia (pag.3)

Screening colonscopico: serve per il cancro del colon destro? (pag.3)

Valori dell'emoglobina glicata e mortalità nel diabete tipo 2 (pag.3)

Le terapie complementari e alternative: Proteine della Soia e Isoflavoni (pag.4)

I guasti della medicina difensiva (pag.4)

Effetti cardiovascolari di farmaci non cardiovascolari (pag.5)

Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede (pag.5)

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR (pag.7)

L'uso del laser per l'ernia discale è riservato al medico (pag.8)

Condanna per chi "dimentica" dati importanti nell'autodichiarazione (pag.8)

Sospeso il Rosiglitazone (pag.8)

(Continua da pag.1)

Tutto ciò deve essere applicato a livello di paziente individuale.

Caratteristiche associate: Gatekeeping: L'accesso alla cura specialistica è guidato o controllato attraverso invii da parte dei medici di cura primaria.

Promozione dell'appropriatezza: Gli interventi promuovono l'appropriatezza degli invii allo specialista.

Misure di performance: Viene regolarmente misurata la qualità o l'economia della cura che una organizzazione di salute o un gruppo sta fornendo.

Parametri di performance: Vengono stabiliti definiti goals per la qualità o per l'economia fornite da una organizzazione di salute o da un gruppo.

Responsabilità condivisa: Medici di cura primaria e specialisti sono ritenuti responsabili dei parametri di performance.

Standardizzazione: Importanti processi di lavoro richiesti per la collaborazione sono stati standardizzati nell'organizzazione usando procedure operative standard, quali un percorso di cura strutturato, un protocollo o linee guida che dimostrano i passi chiave o il processo di cura.

Supervisione condivisa del personale di supporto della collaborazione: I medici di cura primaria e gli specialisti supervisionano providers formati non-medici che facilitano il raggiungimento dei goals di collaborazione.

Rimborso della collaborazione: Viene stabilito un sistema di rimborso per la cura specialistica collaborativa.

Presenza di una rete basata-sulla-pratica: Strutture organizzative legano l'un l'altra prati-

che cliniche di comunità.

Supporto educativo dei medici: Viene definito un sistema di supporto decisionale per insegnare, ricordare o guidare i pazienti e i medici circa la cura appropriata oltre che per l'educazione specifica sull'uso appropriato della specialistica e della cura primaria.

Supporto del care manager: Un care manager è responsabile della valutazione, del triage, della coordinazione o di assicurare

l'implementazione dei piani di cura.

Attraverso una ricerca su PubMed, PsycInfo, EMBASE, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, e Web of Science dal giugno June 2008 e riferimenti secondari senza restrizioni di lingua, gli autori hanno selezionato studi che avevano valutato gli effetti della comunicazione interattiva tra MMG e specialisti sugli esiti dei pazienti con diabete, condizioni psichiatriche, o cancro. Sono stati estratti interventi e dati di esito da 23 studi da uno dei revisori e controllati da un altro. La qualità degli studi è stata valutata con una checklist a-13-item. È stata usata la metanalisi per valutare l'efficacia e, poiché la cura collaborativa è sfaccettata, la meta regressione per capire i contributi relativi delle caratteristiche specifiche di collaborazione.

Risultati: La metanalisi ha indicato effetti consistenti in 11 trials randomizzati di salute mentale (misura dell'effetto raggruppato, - 0.41 [95% IC, da - 0.73 a - 0.10]), in 7 studi non randomizzati

di salute mentale (misura dell'effetto, - 0.47 [IC, da - 0.84 a - 0.09]), ed in 5 studi non randomizzati sul diabete (misura dell'effetto, - 0.64 [IC, da - 0.93 a - 0.34]). Questi risultati sono rimasti significativi all'analisi di sensibilità. La meta-regressione ha indicato che gli studi che hanno incluso interventi per migliorare la qualità dell'informazione hanno avuto effetti più ampi sugli esiti del paziente rispetto a quelli che non l'avevano fatto (- 0.84 vs. - 0.27; P = 0.002).

Limiti: Poiché gli interventi collaborativi erano sfaccettati, non si è potuta stabilire l'efficacia della comunicazione interattiva di per sé. L'inclusione di disegni di studio con più bassa validità interna ha aumentato il rischio di bias. Non sono stati compresi studi di oncologia.

Conclusioni: Effetti consistenti e clinicamente importanti suggeriscono un ruolo potenziale della comunicazione interattiva nel miglioramento dell'efficacia della collaborazione tra MMG e specialisti.

Fonte:

Foy R. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. Ann Intern Med. 2010;152:247-258.

Commento di Patrizia Iaccarino

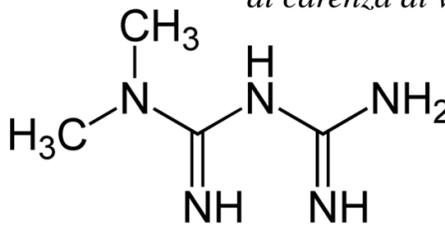
Da anni ormai nel mondo occidentale la psichiatria ha delineato e variamente attuato programmi di collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti (per la necessità nata, da un lato dalla emergenza di patologie psichiatriche minori, dall'altra dal trattamento ambulatoriale di malattie psichiatriche maggiori, ma probabilmente anche dalla possibilità di condivisione che nasce

spontanea tra due "specialità" che condividono, per loro assunto, la pratica di un tipo di medicina centrata sulla persona e non sulla malattia). Purtroppo, nel tempo, essi, pur dimostrando la loro validità, hanno finito per soffrire della mancanza di supporto e di implementazione. La crescente esigenza, per l'aumento di età delle popolazioni e il dilagare di patologie croniche, della cura sul territorio, spesso domiciliare (patologie gravi e oncologiche), ha acuito il bisogno di una condivisione della cura tra medici di cura primaria e specialisti. Ma, ancor oggi, spesso, al di là di iniziative emergenti, ancora giovani e non diffuse egualmente, di cura domiciliare, la strutturazione di tale cura condivisa è lasciata ad iniziative personali, a rapporti di fiducia cercati e gestiti individualmente (percorsi "protetti" spesso inventati dai medici di cura primaria), laddove sarebbe necessaria una sua implementazione ben strutturata e finanziata. Il presente lavoro, sottolineando un ruolo importante della cosiddetta comunicazione interattiva tra medici e specialisti, contribuisce a porre l'accento sul bisogno di implementazione di tali collaborazioni strutturate e, quindi, a sollecitarne l'applicazione. Ma basterà imporre programmi strutturati, mettere insieme sul territorio medici e specialisti a realizzare tale cura condivisa? Quanto della riuscita di questa collaborazione dipende dal fattore umano, dalla condivisione del tipo di approccio alla cura (centrato sul paziente o sulla malattia), dalla pratica della medicina basata sull'evidenza, dal tipo di rapporto che si ha con il sistema sanitario? Forse, immaginando di iniziare oggi ci vorrà tempo per realizzare una reale comunicazione interattiva che porti ad una cura condivisa di qualità per il paziente.

La Metformina diminuisce i livelli di vitamina B 12 con incremento di omocisteinemia

Il trattamento a lungo termine con metformina aumenta il rischio

di carenza di vitamina B-12, che porta ad un incremento delle concentrazioni di omocisteina.



La formula chimica della metformina

La metformina è ritenuta un caposaldo nel trattamento del diabete ed è il farmaco più frequentemente prescritto come prima linea per soggetti con diabete di tipo 2. Inoltre, è uno dei pochi farmaci ipoglicemizzanti associato a miglioramenti della morbilità e della mortalità cardiovascolare, che è la causa maggiore di morte in pazienti con diabete di tipo 2.

Vi sono pochi svantaggi derivanti dall'uso della metformina, tra questi il malassorbimento di vitamina B-12, che può aumentare il rischio di sviluppare carenza di vitamina B-12, una condizione clinica importante e trattabile. È stato anche riportato che il trattamento con metformina si associa alla riduzione delle concentrazioni di folati, sebbene il meccanismo di questo effetto non sia stato chiarito.

Infine, la riduzione sia delle concentrazioni dei folati sia di quelle della vitamina B-12 può, a sua volta, dar luogo ad un aumento delle concentrazioni di omocisteina, un fattore di rischio indipendente di malattia cardiovascolare, specialmente tra individui con diabete di tipo 2.

Partendo da queste premesse, gli autori di questo trial multicentrico randomizzato (parte dello studio HOME), controllato vs placebo, realizzato in Olanda su pazienti ambulatoriali di tre ospedali non universitari, hanno voluto studiare gli effetti della metformina sulla incidenza di carenza di vitamina B-12 (<150 pmol/l), di basse concentrazioni di vitamina B-12 (150-220 pmol/l), e sulle concentrazioni di folati e di omocisteina in pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico.

Hanno partecipato 390 pazienti (tra i 30 e gli 80 anni) con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico. Ai pazienti è stata somministrata metformina, alla dose di 850 mg o placebo, tre volte al dì per 4.3 anni.

Misure di esito sono state le percentuali di modifica delle concentrazioni di vitamina B-12, di folati, e di omocisteina dalla linea basale a 4, 17, 30, 43, e 52 mesi.

Risultati:

Rispetto a placebo, il trattamento con metformina era associato ad una riduzione media delle concentrazioni di vitamina B-12 del -19% (95% IC da -24% a -14%; P<0.001) e delle concentrazioni di folati del -5% (95% IC da -10% a -0.4%;

P=0.033), e ad un incremento delle concentrazioni di omocisteina del 5% (95% IC da -1% a 11%; P=0.091). Dopo aggiustamento per body mass index e fumo, non è stato trovato un effetto significativo della metformina sulle concentrazioni di folati.

Il rischio assoluto della carenza di vitamina B-12 (<150 pmol/l) alla fine dello studio era 7.2 punti percentuali più alto nel gruppo metformina rispetto al gruppo placebo (95% IC da 2.3 a 12.1; P=0.004), con un "number needed to harm" di 13.8 per 4.3 anni (95% IC da 43.5 a 8.3). Il rischio assoluto di basse concentrazioni di vitamina B-12 (150-220 pmol/l) alla fine dello studio era 11.2 punti percentuali più alto nel gruppo metformina (95% IC da 4.6 a 17.9; P=0.001), con un "number needed to harm" di 8.9 per 4.3 anni (95% IC da 21.7 a 5.6).

I pazienti con carenza di vitamina B-12 alla fine dello studio avevano un livello medio di omocisteina di 23.7 µmol/l (95% IC da 18.8 a 30.0 µmol/l), rispetto ad un livello medio di omocisteina di 18.1 µmol/l (95% IC da 16.7 a 19.6 µmol/l; P=0.003) dei pazienti con una bassa concentrazione di vitamina B-12 e di 14.9 µmol/l (95% IC da 14.3 a 15.5 µmol/l; P<0.001 rispetto a carenza di vitamina B-12; P=0.005 rispetto a bassi livelli di vitamina B-12) dei pazienti con una concentrazione normale di vitamina B-12 (>220 pmol/l).

Gli autori concludono che il trattamento a lungo termine con metformina aumenta il rischio di carenza di vitamina B-12, che porta ad un incremento delle concentrazioni di omocisteina. Pertanto, poiché il deficit di vitamina B-12 è prevenibile, essi suggeriscono fortemente che sia presa in considerazione, durante un trattamento a lungo termine con metformina, la regolare misurazione delle concentrazioni di vitamina B-12.

Le conseguenze di un' importante riduzione delle concentrazioni di vitamina B-12, quali anemia macrocitica, neuropatia e modificazioni mentali, possono essere profonde. Anche se non vi è consenso sul problema del trattamento della deficienza "asintomatica" di vitamina B-12, gli studi dimostrano che alcuni sintomi della deficienza di vitamina B-12 sono difficili da diagnosticare e possono essere irreversibili, mentre il trattamento è relativamente facile, economico e sicuro. Inoltre, gli autori sostengono che, sebbene la necessità di trattare una deficienza "spontanea" di vitamina B-12 può essere discutibile, si dovrebbe essere più facilmente inclini a trattare la deficienza di vitamina B-12 farmaco-indotta, poiché il principio di

ogni prescrizione farmacologica è quello di "non nuocere".

Limitazioni ammesse dagli autori

1) Sono stati misurati soltanto i livelli totali di vitamina B-12 e non i livelli di olotranscobalamina II o di acido metilmalonico, che possono essere indicatori più precisi dello stato della vitamina B-12.

2) È probabile che sia stato sottostimato l'impatto del trattamento con metformina sul rischio di

importante carenza di vitamina B-12.

Tutti i partecipanti al trial hanno ricevuto frequenti consigli dietetici, che possono aver attenuato l'impatto del trattamento con metformina sullo stato vitaminico, consigli che non sono disponibili nella comune pratica clinica.

A cura di Patrizia Iaccarino

Riferimento bibliografico

BMJ 2010;340:c2181



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 9634375 - www.novartis.it

Prima della prescrizione consultare la scheda tecnica disponibile su richiesta

L'emospermia: un utile promemoria

Cos'è l'emospermia?

Per emospermia s'intende la presenza di sangue nel liquido spermatico. Si tratta di un segno clinico che spaventa molto il paziente, ma nella maggior parte dei casi è una condizione benigna e autolimitata, soprattutto quando si verifica senza altri sintomi di accompagnamento ed in uomini giovani.

Qual è la causa dell'emospermia?

Spesso l'emospermia riconosce una causa comportamentale come un' esagerata attività sessuale o il coito interrotto oppure, al contrario, un'astinenza sessuale prolungata. In circa il 40% dei casi si può trovare una infezione sottostante. Altre cause meno frequenti: manovre invasive sull'apparato urogenitale (per esempio biopsia prostatica, cistoscopia), prostatite, tumori della prostata o delle vie urinarie. Sono stati descritti anche casi di emospermia in corso di amiloidosi, ipertensione, coagulopatie, epatopatie.

Cosa fare in caso di emospermia?

Per prima cosa bisogna sincerarsi se si tratta di una vera emospermia. Infatti talora il paziente scambia per emospermia l'ematuria macroscopica. E' necessario anche chiedere se ci sono stati rapporti sessuali con una partner durante il ciclo mestruale perchè, in questo caso, il sintomo potrebbe essere stato mal interpretato ed il sangue presente nello sperma potrebbe non essere quello del paziente ma della partner.

Negli uomini giovani (< 40 anni) e senza sintomi associati, di solito, non è necessario richiedere esami di approfondimento in quanto l'ematospermia è un disturbo autolimitato. Se invece il paziente giovane presenta sintomi urinari è probabile un'infezione che deve essere documentata con l'urinocoltura, l'esame colturale dello sperma ed i test per le infezioni sessualmente trasmesse.

Nel caso l'emospermia non fosse un episodio isolato ma fosse ricorrente o persistente oppure se esistono sintomi di allarme come febbre, perdita di peso, dolori ossei, anemia etc. è necessario ricorrere ad accertamenti ematochimici e strumentali.

Quali accertamenti richiedere?

Prima di richiedere degli accertamenti ematochimici e strumentali è opportuna una buona anamnesi ed un altrettanto scrupoloso esame obiettivo alla ricerca di segni di infezione genitorurinaria, masse testicolari, dolorabilità e caratteristiche della prostata esaminata tramite esplorazione digitale del retto. Tra gli esami di laboratorio sono utili soprattutto l'esame delle urine, l'urinocoltura, l'esame citologico delle urine, la spermocoltura, il dosaggio del PSA, l'emocromocimetrico. Se si sospetta una infezione sessualmente trasmessa andranno richiesti i relativi tests. Lo studio ecografico della prostata per via transrettale associato all'ecografia dei reni e delle vie urinarie completerà gli accertamenti di primo livello.

Se viene evidenziata una causa infettiva si effettua un trattamento antibiotico di due settimane. Gli antimicrobici più spesso usati e che penetrano la capsula prostatica sono i chinolonici, la doxiciclina e il trimetoprim/sulfametossazolo.

Quando richiedere una valutazione specialistica?

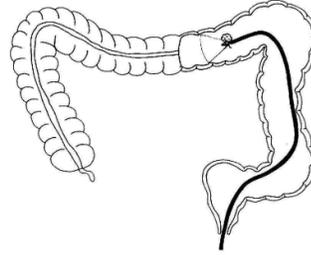
Una valutazione urologica è utile qualora all'emospermia si associno sintomi del tratto genitourinario (frequenza/urgenza) oppure dolore pelvico o ai genitali. Inoltre il parere specialistico è opportuno quando l'emospermia è persistente e/o ricorrente o se gli esami di primo livello hanno dato esiti alterati.

Nel caso non si riesca ad evidenziare alcuna causa e l'emospermia non sia un episodio isolato è opportuna una rivalutazione del paziente a 3-6 mesi. In questi casi spesso viene fatto un tentativo empirico con un breve ciclo antibiotico.

Renato Rossi

Screening colonscopico: è utile nel cancro del colon destro?

Lo screening potrebbe ridurre il rischio di cancro del colon sinistro e non di quello destro.



Si tratta di uno studio tedesco che ha esaminato i dati di 3.287 soggetti sottoposti a colonscopia di screening (età media ≥ 55 anni). In circa il 18% dei soggetti uno screening colonscopico era già stato effettuato nei precedenti 10 anni. In media la colonscopia precedente era stata eseguita 5 anni prima.

La prevalenza di una neoplasia (definita come cancro o adenoma avanzato) del colon sinistro risultò essere più elevata nel gruppo mai screenato: 9% rispetto al 3% del gruppo già screenato. Al contrario la prevalenza di neoplasia nel tratto destro del colon risultò essere simile nei due gruppi: circa il 3%. Gli autori hanno aggiustato i risultati per vari fattori confondenti (età, sesso, storia familiare di cancro del colon) senza che questo cambiasse i dati.

Conclusioni: in un setting ambulatoriale lo screening colonscopico effettuato fino a 10 anni prima riduce il rischio di neoplasia del colon sinistro, ma non di quello destro.

Fonte:

Brenner H et al. Protection from right- and left-sided colorectal neoplasms after colonoscopy: Population-based study. J Natl Cancer Inst 2010 Jan 20; 102:89.

Commento di Renato Rossi

Già lavori precedenti avevano suggerito che la colonscopia è meno efficace nello scoprire tumori e adenomi della porzione destra del colon. Per esempio in uno studio canadese di tipo caso-controllo [1] sono stati identificati oltre 10.000 pazienti morti con una diagnosi di cancro del colon. Questi casi sono stati confrontati con oltre 51.000 controlli (simili per età, sesso, luogo geografico e stato economico). I soggetti che avevano ricevuto una colonscopia avevano un rischio minore di morire per cancro del colon rispetto a chi non aveva effettuato una colonscopia. Ma, anche in questo caso, la riduzione del rischio (del 69%) era evidente solo per il cancro del colon sinistro. In un altro studio [2] sono stati seguiti

per 14 anni più di 110.000 soggetti che avevano avuto una colonscopia negativa. Si è visto che l'endoscopia portava ad una riduzione del rischio di cancro del colon distale maggiore rispetto alla riduzione osservata per i cancri prossimali. Le ragioni della minor efficacia dell'endoscopia per i tumori prossimali possono essere molte: anzitutto potrebbe essere in gioco una diversità biologica tra i tumori del colon sinistro e quelli del colon destro, poi si deve considerare una possibile minor visualizzazione per scarsa pulizia o per scarsa abilità dell'operatore delle porzioni destre del colon. Un editorialista si chiede [3] se la colonscopia sia efficace al punto tale da poter essere considerata l'esame principe per lo screening del cancro del colon e se tale efficacia, rispetto alla più semplice rettosigmoidoscopia, giustifichi i costi e i rischi più elevati. Il problema principale è che per il momento non sono disponibili studi clinici randomizzati e controllati sullo screening colonscopico, per cui è giocoforza ragionare solo su lavori di tipo osservazionale, con tutti i limiti conosciuti per questo tipo di studi.

3 Referenze su www.pillole.org

Commento di Clementino Stefanetti

Non ci sono RCT sulla efficacia dello screening della colonscopia nei soggetti asintomatici a moderato rischio ma rimane, però, il gold standard per la diagnosi di neoplasie del colon. Gli unici dati a disposizione derivano da studi di coorte e caso-controllo. L'ultimo studio pubblicato paragonava la riduzione della mortalità per neoplasia del colon con i dati aspettati del Surveillance, Epidemiology and End

Results americano (SEER) con riduzione del rischio del 65% [1]. Al contrario esistono almeno 3 RCT sullo screening con sigmoidoscopia con un trend positivo dopo i 7 anni di follow up [2,3,4]. Pertanto l'efficacia dello screening colonscopico deriva da evidenze indirette. L'efficacia dello screening colonscopico nello scoprire lesioni prossimali è stato recentemente messo in discussione ma lo studio Canadese aveva limitazioni riguardanti l'impossibilità di differenziare le procedure di screening da quelle diagnostiche [5].

Possibili spiegazioni possono essere dovute alla diversa esperienza degli endoscopisti, alla durata dell'esame e alla localizzazione delle lesioni.

In uno studio sullo screening colonscopico fatto da 12 esperti endoscopisti si notò che la percentuale di scoperta di adenomi e carcinomi era significativamente più alta quando il tempo impiegato era > di 6 minuti (28.3% vs. 1-1.8%, $P < 0.001$) [6]. Non si sa se questo effetto incida nei programmi di screening colonscopici. La sensibilità della colonscopia è stata stimata usando come standard di riferimento ossia effettuando una seconda colonscopia a breve distanza di tempo. Una revisione sistematica (465 pz) trovò una percentuale di fallimento del 2% per adenomi > di 10 mm e del 25% per adenomi < di 5 mm. La percentuale totale era del 22% [7]. Un altro problema da considerare è la difficoltà nello scoprire lesioni a causa della loro localizzazione. Per esempio le lesioni piatte e depresse sono descritte, in letteratura, con frequenza maggiore di quanto ritenuto in passato e possono non essere scoperti alla colonscopia. (8) Ci sono poi lesioni localizzate all'interno di pieghe che sfuggono alla colonscopia [9]. Per concludere, il rischio di sviluppare una neoplasia del colon dopo una colonscopia negativa permane basso fino a oltre 10 anni ma occorre migliorare la tecnica per scoprire le lesioni prossimali che sono la tomba dell'endoscopista [10].

10 Referenze su www.pillole.org

Valori dell'emoglobina glicata e mortalità nel diabete tipo 2

Uno studio osservazionale retrospettivo suggerisce che, nel diabete tipo 2, la mortalità più bassa si ha con valori di emoglobina glicata attorno al 7,5%.

A partire dall' UK General Practice Research Database sono state studiate due coorti di pazienti con diabete tipo 2 (età ≥ 50 anni). Le due coorti erano composte, rispettivamente, da 27.965 pazienti nei quali il trattamento antidiabetico con un farmaco per os era stato intensificato passando ad insulina associata ad antidiabetici orali e da 20.005 pazienti che avevano cambiato un regime che già includeva l'insulina. Sono stati esclusi i pazienti con diabete secondario. La mortalità è risultata più bassa nei pazienti con valori di glicemoglobina attorno a 7,5%: il rischio di morte espresso come Hazard Ratio (HR) risultava essere più alto nei soggetti con valori di glicemoglobina più bassa (6,1% - 6,6%) con HR 1,52 (95% CI 1,32-1,76) ed in quelli con valori più elevati (10,1% - 11,2%) con HR 1,79 (95% CI 1,56-2,06).

In generale, la curva della mortalità mostrava un andamento ad "U" con la

mortalità più bassa nei soggetti con valori di HbA1c attorno a 7,5%.

Per quanto riguarda il tipo di trattamento usato, si è visto che la mortalità era maggiore nei pazienti che usavano una terapia a base di insulina rispetto a chi usa solo antidiabetici orali: HR 1,49 (95% CI 1,39-1,59).

Gli autori concludono che, se i loro risultati saranno confermati da altri studi, le linee guida sul diabete dovrebbero prevedere anche dei valori minimi di glicemoglobina al di sotto dei quali non andare.

Fonte:

Currie CJ et al. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet 2010 Feb 6; 375:481-489

Commento di Renato Rossi

Si tratta di uno studio retrospettivo osservazionale con tutti i limiti di questo tipo di lavori. Ci sono importanti



fattori di confondimento come l'età, il sesso, il fumo, la colesterolemia, il rischio cardiovascolare, la morbilità generale che possono influire sui

risultati finali, per quanto gli autori abbiano aggiustato i dati per tutti questi elementi confondenti.

Così, per esempio, risulta ovvio che la maggiore mortalità riscontrata nel gruppo in trattamento insulinico può dipendere non tanto dall'insulina stessa quanto dal fatto che con questo farmaco vengono trattati i pazienti con diabete più grave e di più difficile controllo.

Tuttavia, non va dimenticato che anche studi randomizzati e controllati

(ACCORD, ADVANCE e VDAT) hanno dimostrato che il trattamento intensivo ed il raggiungimento di valori prossimi alla normalità dell'HbA1c non solo non riducono gli esiti ma, addirittura, potrebbero aumentare la mortalità, soprattutto nei diabetici di vecchia data e/o con complicanze cardiovascolari già instaurate. In effetti, le ultime raccomandazioni delle linee guida prevedono che, per questa tipologia di pazienti, valori target accettabili di emoglobina glicata possano essere attorno a 7% - 7,5%.

Perché nello studio di Currie e coll. chi aveva un valore medio di emoglobina glicata attorno a 6,5% mostrava un aumento della mortalità di circa il 50% rispetto a chi aveva valori attorno a 7,5%?

Una spiegazione possibile è che nei soggetti in cui, con la terapia antidiabetica, si raggiungono valori di HbA1c così bassi sono molto più probabili gli episodi ipoglicemici che, com'è noto, possono essere molto pericolosi. Gli episodi ipoglicemici sono più frequenti soprattutto nei diabetici trattati con insulina, in special modo quando si usano regimi a più dosi giornaliere.

Inoltre va considerato che nel diabete, più che l'equilibrio glicemico stretto, è importante identificare e trattare gli altri fattori di rischio cardiovascolare, come il fumo, l'ipertensione, l'ipocolesterolemia, la sedentarietà.

Il messaggio per il medico pratico ci sembra semplice: lo studio recensito in questa pillola, pur con tutti i limiti che esso può avere, rafforza il concetto che nella maggior parte dei pazienti con diabete tipo 2 è sufficiente accontentarsi di arrivare a valori target di HbA1c attorno a 7% - 7,5%.

In altre parole, anche qui, come in altri campi della medicina, vale il detto: "Less is more".

Referenze

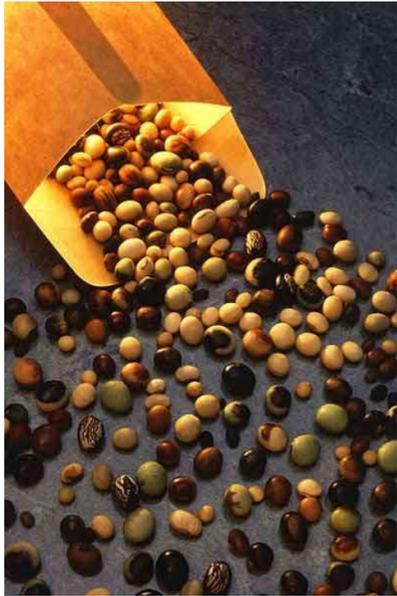
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4056>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4809>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4409>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4308>

ITALCHIMICI S.p.A.
Da 1957 al servizio della Classe Medica e del progresso Scientifico e Terapeutico

Prodotti mostrati: Nebulcort, Aircort, Peridon.

Le terapie complementari e alternative: Proteine della Soia e Isoflavoni

Prima della pubblicazione di questa metanalisi [1] nel 1995, era accettato che la sostituzione delle proteine animali con quelle ve-



getali nella dieta fosse associata ad una riduzione del rischio di malattia coronarica.

Le ragioni di questa associazione risiedevano nella riduzione dei livelli di colesterolo con questo cambiamento dietetico.

In particolare, dati su animali avevano dimostrato un effetto significativo di riduzione del colesterolo con l'introito di proteine della soia.

Tuttavia, dati da trial clinici sugli uomini avevano dimostrato nello

stesso tempo un effetto misto sulle concentrazioni lipidiche sieriche con un introito sostanziale di proteine della soia.

Pertanto, gli autori hanno condotto una metanalisi di trial controllati attualmente disponibili per incrementare il potere statistico nel valutare gli effetti delle proteine della soia sulle concentrazioni lipidiche sieriche. Sono stati inclusi nella metanalisi 38 studi clinici.

L'introito medio di proteine della soia era di 47 grammi al giorno con una varietà di fonti usata per coprire il supplemento proteico quotidiano.

La maggior parte degli studi ha cercato di standardizzare l'introito degli acid grassi totali e saturi.

L'introito di proteine della soia ha dato come risultato una riduzione del 9.3% del colesterolo totale, una riduzione del 12.9% dell'LDL colesterolo ed una riduzione del 10.5% dei livelli sierici di trigliceridi.

Il colesterolo HDL e VLDL non erano influenzati in maniera significativa.

È interessante il fatto che il livello di riduzione visto con l'introito di proteine della soia era direttamente correlato ai livelli basali di frazioni lipidiche, con le riduzioni maggiori viste quando i livelli basali erano più elevati.

Tuttavia, non si era notata nessuna dose risposta con l'introito di proteine della soia.

Questo studio ha cristallizzato per la prima volta l'effetto dell'introito di proteine della soia sulle frazioni lipoproteiche ed ha contribuito al razionale per l'approvazione dell'FDA nel 1999 che i cibi contenenti proteine della soia sono protettivi nei confronti della malattia arteriosa coronarica.

La FDA ha stabilito che 25 grammi al giorno di proteine della soia, come parte di una dieta sana, possono abbassare il rischio di malattia cardiaca.

Fonte:

[1]Anderson JW, Johnstone BM, Cook-Newell ME. Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Engl J Med* 1995;333:276-82.

Mentre la metanalisi di Anderson dal 1995 stabiliva complessivi benefici delle proteine della soia, non era stata trovata una dose-risposta. Una possibile spiegazione era quella dei livelli variabili di isoflavoni contenuti nelle varie preparazioni di soia usati nei

trial clinici.

Era stato ipotizzato che i supplementi di proteine della soia che contenevano alti livelli di isoflavoni abbassassero i livelli di colesterolo, per cui gli isoflavoni erano implicati come ingrediente attivo nell'abbassare il colesterolo.

Gli autori hanno condotto questa metanalisi con l'intento di verificare specificamente se le variazioni del contenuto di isoflavoni nelle preparazioni di proteine della soia fossero correlate direttamente alla riduzione dei livelli di colesterolo nei trial clinici.

Gli autori hanno identificato 10 studi controllati da includere nella loro metanalisi.

I risultati dello studio hanno mostrato che le riduzioni di LDL o gli aumenti di HDL osservati nei trial clinici erano indipendenti dal contenuto di isoflavoni delle proteine della soia somministrate.

Soprattutto, le conclusioni di questa analisi coincidevano con i risultati di trial singoli e di analisi combinate, che il contenuto di isoflavoni non aveva effetto sulla ampiezza della riduzione del colesterolo.

Inoltre, la componente attiva della soia responsabile degli effetti di abbassamento lipidico non è stata ancora identificata.

Tuttavia, questa analisi ha rinforzato il concetto che l'introito di proteine della soia può avere effetti favorevoli sui livelli di colesterolo anche se l'ampiezza dell'effetto era sostanzialmente inferiore a quella vista nel 1995 nella metanalisi di Anderson, e coll. (approssimativamente una riduzione media del 3% del colesterolo LDL con un ampio range di introito).

Fonte:

Weggemans RM, Trautwien EA. Relation between soy-associated isoflavones and LDL and HDL cholesterol concentrations in humans: a meta-analysis. *Eur J Clin Nut* 2003;57:940-946

L'AHA Scientific Advisory rilasciato nel 2006 era un documento teso ad informare circa l'introito di proteine della soia per la promozione della salute.

Gli autori raccontano la storia della soia rivisitando le raccomandazioni della FDA del 1999 per 25 grammi di introito giornaliero di soia, e della successiva raccomandazione dell'AHA Nutrition Committee nel 2000 a favore dell'introito di soia per la prevenzione della CVD. Successivamente a queste raccomandazioni, sono stati condotti molti studi ben controllati che hanno migliorato le conoscenze sulla supplementazione con proteine della soia.

Gli autori di questa analisi hanno condotto una revisione dei dati clinici esistenti che ha condotto ad una raccomandazione aggiornata circa l'uso della soia per la prevenzione della CVD.

Nell'incorporare nuovi dati derivanti dai trial clinici circa l'effetto delle proteine della soia sui livelli di colesterolo, gli autori hanno trovato che le concentrazioni di LDL si erano ridotte quando venivano usate proteine della soia con isoflavoni, ma che l'effetto medio del trattamento era di solo il 3%.

Questo valore era sostanzialmente più basso di quello precedentemente stimato del 12.9%.

Una probabile spiegazione di questi risultati discordanti risiede nella mancanza di qualità dei trial controllati sui quali si era basata la metanalisi del 1995.

Inoltre, non vi era differenza di effetto quando si considerava il contenuto in isoflavoni dei preparati della soia, o quando si consideravano i livelli basali di colesterolo, che erano differenti da quelli della metanalisi di Anderson del 1995.

Non vi erano effetti significativi sui livelli di HDL, trigliceridi, lipoproteine, o pressione arteriosa.

Inoltre, notando che non vi erano neppure effetti benefici per altri stati patologici, quali la prevenzione della osteoporosi post menopausale, l'analisi attuale porta la AHA a modificare le sue raccomandazioni precedenti.

Qui l'uso specifico di supplementi di isoflavoni nel cibo o in pillole non è raccomandato per la promozione di salute.

Tuttavia, gli autori puntualizzano che i prodotti a base di soia possono avere effetti benefici per il loro alto contenuto in acidi grassi

polinsaturi, in fibre e per la presenza di vitamine e minerali.

Un effetto benefico sulla salute si può avere soprattutto se l'introito di proteine della soia è usato al posto di fonti di proteine animali ad alto contenuto in acidi grassi saturi e colesterolo.

Fonte:

Sacks FM, Lichtenstein A, Van Horn L, et al. Soy Protein, Isoflavones, and Cardiovascular Health. An American Heart Association Science Advisory for Professionals From the Nutrition Committee. *Circulation* 2006;113:1034-1044

Precedenti ricerche con le proteine della soia avevano focalizzato l'attenzione specialmente sul loro effetto sui fattori di rischio cardiovascolare, e in particolare sui livelli lipidici.

Tuttavia, poche ricerche si erano concentrate sull'effetto sullo sviluppo di CAD, o sulla prevenzione di esiti cardiovascolari hard.

Nel caso delle proteine della soia, per la presenza di benefici componenti quali alto contenuto di fibre, e di acidi grassi insaturi, è possibile che si abbiano effetti benefici sugli esiti cardiovascolari senza significative modifiche dei livelli di colesterolo.

Questo studio prospettico di coorte di 40.462 Giapponesi, uomini e donne, ha valutato l'effetto dell'introito di proteine della soia ed isoflavoni sull'incidenza sia di stroke sia di infarto miocardico.

Rispetto ad individui che avevano riportato solo un introito di soia da 0 a 2 volte la settimana, coloro che avevano ingerito soia \geq 5 volte la settimana avevano una riduzione del rischio di stroke (HR 0.64, 95% IC 0.43-0.95), di mortalità cardiovascolare (HR 0.31, 95% IC 0.13-0.74), così come un trend in discesa per l'incidenza di IM (HR 0.55, 95% IC 0.26-1.09).

Inoltre, vi era un'associazione inversa tra il livello di introito di isoflavoni e incidenza di infarto miocardico e stroke, in altre parole si era osservata una dose-risposta.

Tuttavia, il beneficio nelle donne era confinato alle donne in post-menopausa e non si erano osservati benefici negli uomini rispetto all'età.

Meccanismi potenziali di beneficio nelle donne in post-menopausa comprendono gli effetti antiossidanti degli isoflavoni, l'introito di acidi grassi polinsaturi, e gli effetti simil-estrogenici.

Nonostante i benefici osservati in questa metanalisi, è necessaria

ulteriore ricerca per quantificare meglio gli effetti dell'introito di proteine della soia o di isoflavoni sugli esiti cardiovascolari hard.

Fonte: Kokubo Y, Iso H, Ishihara J, et al. Association of dietary intake of soy, beans, and isoflavones with risk of cerebral and myocardial infarctions in

Japanese populations. The Japan Public Health Center-Based (JPHC) Study Cohort I. *Circulation* 2007;116:2553-2562

Fonte:

Kokubo Y, Iso H, Ishihara J, et al. Association of dietary intake of soy, beans, and isoflavones with risk of cerebral and myocardial infarctions in

Japanese populations. The Japan Public Health Center-Based (JPHC) Study Cohort I. *Circulation* 2007;116:2553-2562

A cura di Patrizia Iaccarino

Referenze

Key Articles Related to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Disease: Part 1

Sheryl L. Chow, Pharm.D.; Michael P. Dorsch, Pharm.D., M.S.; Steven P. Dunn, Pharm.D.; Cynthia A. Jackevicius, Pharm.D., M.Sc., FCSHP; Robert L. Page, II, Pharm.D., M.S.P.H., FCCP, FAHA, FASHP; Tob Trujillo, Pharm.D.; Orly Vardeny, Pharm.D.; Barbara Wiggins, Pharm.D., FAHA, FCCP; Barry E. Bleske, Pharm.D., FCCP. *Pharmacotherapy*. 2010;30(1):109

La medicina difensiva non è un problema solo italiano

Un sondaggio su quasi 2.500 medici USA dimostra che più del 90% pratica medicina difensiva.

In questo sondaggio sono stati interrogati 2.416 medici USA appartenenti a varie branche specialistiche.

Ai medici è stato chiesto se erano d'accordo o meno con queste due affermazioni:

1) I medici prescrivono un maggior numero di test e procedure per proteggersi da possibili denunce di malpratica

2) L'uso non necessario di test diagnostici non diminuirà finché i medici non potranno essere protetti dalle denunce indesiderate di malpratica Il 92,6% dei medici maschi e l'86,5% dei medici donne ha risposto di esercitare la medicina difensiva. Questa differenza non era statisticamente significativa. Non vi erano differenze neppure di tipo geografico o di appartenenza a branche specialistiche. La medicina difensiva viene confessata anche da medici di famiglia e pediatri che, storicamente, sono meno soggetti a denunce rispetto a ginecologi, chirurghi, ortopedici, medici dell'emergenza. Insomma, il problema sembra riguardare l'intero mondo medico.

I risultati di questo studio sono in linea con quelli di lavori precedenti. Stimare i costi superflui causati dalla medicina difensiva è difficile: è stato calcolato che possano rappresentare fino al 10% dell'intera spesa sanitaria USA.

Secondo i medici intervistati la medicina difensiva potrà essere abbandonata solo se i medici saranno protetti contro le cause da malpratica: in

caso contrario non si avrà nessuna riduzione di esami, accertamenti diagnostici e procedure inutili.

Fonte:

1. Bishop TF et al. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey *Arch Intern Med*. 2010 Jun 28;170:1081-1083.

2. Sen Orrin G. Hatch. It Is Time to Address the Costs of Defensive Medicine: Comment on "Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey". *Arch Intern Med*. 2010 Jun 28;170:1083-1084.

Commento di Renato Rossi

Cosa si intende per medicina difensiva? Con questo brutto termine si indica la prescrizione da parte del medico di farmaci, esami, accertamenti radiologici o endoscopici anche di costo elevato che non sarebbero necessari dal punto di vista clinico al solo scopo di difendersi da una eventuale denuncia di malpratica intentata dal paziente. È noto che la medicina non è una scienza esatta e che gli esiti imprevedibili sono sempre possibili, anche quando si siano messe in atto tutte le migliori strategie disponibili di diagnosi e trattamento. Tuttavia presso il grande pubblico, spesso grazie ai mass media che esaltano le virtù di una medicina invincibile e infallibile, è passato

il messaggio che l'errore medico non esista. Bisogna purtroppo fare autocritica e dire che qualche volta anche noi medici abbiamo contribuito a questa immagine distorta.

Di fronte ad aspettative irrealistiche è del tutto naturale che,

quando qualcosa va storto, il paziente o i familiari cerchino un "colpevole", un capro espiatorio su cui caricare il fardello del fallimento. Il passo verso la denuncia penale e la richiesta di danni diventa allora sempre più breve. Negli USA la paura di una denuncia per malpratica è diffusa in tutto l'ambiente medico, ma si è fatta strada anche nel nostro paese ed influenza negativamente ogni giorno i comportamenti dei medici.

Le conseguenze sono di due tipi.

Da una parte il medico tenderà a prescrivere più esami, più visite specialistiche, più indagini radiologiche o endoscopiche oppure userà più farmaci del necessario. Questo comportamento è di per sé foriero di pericoli in quanto molti esami invasivi o molti farmaci possono avere effetti collaterali indesiderati che sono giustificabili solo quando è necessario usarli, perché allora il rapporto benefici/rischi diventa favorevole. Ma la prescrizione di accertamenti e trattamenti inutili porta anche ad un aumento dei costi per cui risorse sempre più ingenti vengono sottratte ogni gior-

no a chi ne avrebbe realmente bisogno.

Un'altra conseguenza della medicina difensiva è di segno opposto: per evitare fallimenti e possibili denunce sempre più medici preferiscono evitare di imbarcarsi in interventi chirurgici o procedure a

rischio, oppure rifiutano di curare pazienti difficili e con patologie complesse, limitandosi ad una routine più tranquilla e meno stressante, in nome di "chi me lo fa fare?".

Come poterne uscire? Chi scrive sostiene da tempo che prima è necessaria una presa di coscienza da parte di tutti (politici, opinione pubblica, giudici, etc.) che il problema della medicina difensiva si rifletterà sempre più in un peggioramento delle cure sanitarie. Quando sarà concetto condonabile e diffuso che l'errore medico è ineliminabile e che, esclusi ovviamente i casi di dolo, il dottore che sbaglia non deve finire nelle aule di un tribunale (aule che sono da riservare ai delinquenti veri), solo allora, ripeto, si potrà passare alla depenalizzazione dell'errore medico. Per il paziente che ne abbia ricevuto un danno ingiusto adeguatamente documentato si dovrà prevedere un congruo indennizzo economico con apposite assicurazioni, con un iter veloce e certo.

Tertium non datur.



Effetti cardiovascolari di farmaci non cardiovascolari

La maggior parte dei farmaci non sono usati per trattare malattie cardiache. Tuttavia, tali farmaci non-cardiovascolari possono avere spesso effetti cardiovascolari.

I capitoli che tratteremo sono i seguenti:

1. Aritmie:

Fibrillazione atriale, Prolungamento del QT, Torsione di Punta, Tachicardia Ventricolare e Morte Cardiaca Improvvisa, Bradicardia e Tachicardia (vedi:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4939>)

2. Ipotensione

3. Ipertensione

4. Malattia Valvolare Cardiaca

5. Ipertensione Polmonare (vedi:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4940>)

6. Cardiomiopatia e Scompenso Cardiaco

7. Sindrome Metabolica e Accelerata Arteriosclerosi

Farmaci Antipsicotici

8. HIV e Accelerata Arteriosclerosi (vedi:

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4943>)

9. Infarto Miocardico

Inibitori della Ciclossigenasi-2 (COX-2)

Rosiglitazone

Terapia Ormonale Sostitutiva

10. Malattia Cardiaca Congenita

11. Interazioni Farmacologiche: Farmaci Non-Cardiovascolari possono influire su Farmaci Cardiovascolari: Aspirina e Ibuprofene

CYP3A4 e CYP3A5

CYP2D6

CYP2C9

CYP2C19

Glicoproteina P

Colestiramina

Erbe Medicinali

INFARTO MIOCARDICO

Inibitori della Ciclossigenasi-2 (COX-2)

Lo studio VIGORha trovato che l'inibitore selettivo della COX-2 rofecoxib ha ridotto le complicanze gastrointestinali del 60% rispetto al naprossene, ma era associato ad un'incidenza più alta di 5-volte di infarto del miocardio. Ray e coll. hanno trovato che i consumatori di alte dosi di rofecoxib (dosi maggiori della dose massima cronica raccomandata di 25 mg) avevano una probabilità maggiore di 1,7-volte dei non consumatori di avere seri eventi relativi a malattia coronarica, mentre questo rischio non è stato visto a dosi più basse di rofecoxib o con altri NSAIDs (98). I pazienti spesso usano dosi maggiori di quelle raccomandate per periodi superiori alle 2

settimane di durata massima raccomandata dalla FDA. Un simile aumento degli eventi di malattia coronarica non è stato riportato nello studio CLASS di celecoxib, un altro inibitore selettivo della COX-2 (99). Graham e coll. hanno trovato che il rofecoxib era associato ad un rischio più elevato di infarto acuto del miocardio o di morte cardiaca improvvisa rispetto a celecoxib (OR=1.59; 95% CI, 1.10-2.32), e che questo rischio era ancora più alto con dosi di rofecoxib >25mg/die (OR=3.58; 95% CI, 1.27-10.11) (100). Non è chiaro fino a che punto queste scoperte rappresentino un "effetto di classe" degli inibitori della COX-2, poiché sono stati riportati rischi aumentati anche con molti NSAID non selettivi. Vi sono differenze significative nella selettività relativa degli inibitori della COX-2 (101), e questa può essere una spiegazione delle differenze osservate nel rischio tra rofecoxib e celecoxib e le differenze tra NSAID.

Rosiglitazone:
Una metanalisi di trial del tiazolidinedione rosiglitazone ha trovato un rischio aumentato di infarto miocardico (OR=1.43, 95% CI 1.03-1.98) con un trend non significativo per un aumento di morte cardiovascolare (OR=1.64, 95% CI 0.98-2.74) (102). Queste scoperte sono state supportate da un ulteriore studio caso-controllo che ha utilizzato un database Canadese. Lipscombe e coll. hanno trovato che l'uso di tiazolidinedione (specialmente rosiglitazone) era associato ad un aumento del rischio di scompenso cardiaco congestizio, infarto acuto del miocardio e mortalità, rispetto ad altri farmaci ipoglicemizzanti orali (103). Nel luglio 2007, riunitasi la US Food & Drug Administration Advisory Committee, ha concluso che l'uso di rosiglitazone era associato ad un rischio maggiore di eventi ischemici miocardici rispetto a placebo, metformina o sulfaniluree (104)

Rosiglitazone:

Una metanalisi di trial del tiazolidinedione rosiglitazone ha trovato un rischio aumentato di infarto miocardico (OR=1.43, 95% CI 1.03-1.98) con un trend non significativo per un aumento di morte cardiovascolare (OR=1.64, 95% CI 0.98-2.74) (102). Queste scoperte sono state supportate da un ulteriore studio caso-controllo che ha utilizzato un database Canadese. Lipscombe e coll. hanno trovato che l'uso di tiazolidinedione (specialmente rosiglitazone) era associato ad un aumento del rischio di scompenso cardiaco congestizio, infarto acuto del miocardio e mortalità, rispetto ad altri farmaci ipoglicemizzanti orali (103). Nel luglio 2007, riunitasi la US Food & Drug Administration Advisory Committee, ha concluso che l'uso di rosiglitazone era associato ad un rischio maggiore di eventi ischemici miocardici rispetto a placebo, metformina o sulfaniluree (104)

Terapia Ormonale Sostitutiva:

Molti studi osservazionali hanno suggerito che la terapia ormonale sostitutiva riducesse il rischio cardiovascolare, ma questi dati possono essere coperti da bias per l'uso preferenziale della terapia ormonale sostitutiva da parte di donne in migliore stato di salute (105). Per superare questi bias, la Women's Health Initiative ha randomizzato 16.608 donne in postmenopausa a ricevere estrogeni equini coniugati più medrossiprogesterone acetato o placebo (106). Il trial è stato com-

pletato da poco, vi era un eccesso di rischio di infarto miocardico non fatale o di morte dovuti ad eventi CHD nel gruppo in terapia ormonale sostitutiva (OR=1.24, 95% CI 1.00-1.54). Una coorte separata di 10.739 donne in postmenopausa è stata randomizzata a estrogeni equini coniugati da soli vs placebo (107). La sostituzione estrogenica non ha abbassato significativamente il rischio di eventi CHD (OR=0.91, 95% CI 0.75-1.12), ma il rischio CHD non era aumentato come quando l'estrogeno era combinato con il progesterone.

Malattia Cardiaca Congenita:

Kallen e coll. (108) hanno praticato uno studio caso-controllo in Svezia che includeva più di 5000 casi di difetti cardiovascolari in assenza di note anomalie cromosomiche. Vi erano state più di 500.000 nascite in Svezia durante il periodo di 6.5 anni di accumulo dei casi. I farmaci associati ad un rischio significativamente aumentato per i bambini di difetti cardiovascolari includevano insulina (OR= 3.69; 95% CI, 2.85-4.78), farmaci per la fertilità (OR=1.81; 95% CI, 1.22-2.70), anticonvulsivanti (OR=1.60; 95% CI, 1.02-2.52), antidepressivi triciclici (OR=1.77; 95% CI, 1.07-2.91), clomipramina (OR=2.03; 95% CI, 1.22-3.40), e naprossene (OR=1.70; 95% CI, 1.14-2.54). Usando un registro provinciale Canadese, Ofori e coll. hanno identificato un rischio derivante dall'uso materno di NSAID (109) con un odds ratio aggiustato di 2.21 per ogni anomalia congenita, e di 3.34 per difetti settali cardiaci. Anche Kallen e coll. hanno riportato un rischio significativamente aumentato di ogni malformazione congenita (OR=1.24) dopo eritromicina, ma un rischio ancora più alto di una malformazione cardiovascolare (OR=1.92) (110). Non è stato notato aumento del rischio con l'uso di Penicillina V. Un interessante effetto farmacologico era quello degli antimetaboliti, di cui si è trovato un effetto protettivo sui difetti cardiovascolari infantili (OR=0.76) (108). Mentre alcune delle associazioni farmacologiche rappresentano probabilmente markers di sottostanti rischi medici (quali l'uso di insulina e diabete), i dati suggeriscono possibili rischi teratogeni anche con farmaci comunemente usati. Gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) sono controindicati durante il secondo e terzo trimestre di gravidanza per malformazione fetale e morte, ma essi sono stati tradizionalmente ritenuti sicuri nel primo trimestre. Tuttavia, Cooper e coll. (111) hanno trovato che l'uso isolato nel primo trimestre di ACE inibitori ha aumentato il rischio di malformazioni congenite maggiori (RR=2.71) e malformazioni cardiovascolari (RR=3.72). L'uso nel primo trimestre di altri farmaci antipertensivi (esclusi i bloccanti dei recettori dell'angiotensina che possono avere un

effetto simile agli ACE inibitori) non hanno conferito un rischio aumentato (RR=0.66).

Riferimento:

Satish R Raj, C. Michael Stein, Pablo J. Saavedra, and Dan M. Roden: Effetti Cardiovascolari di Farmaci Non-Cardiovascolari. NIH Public Access

Author manuscript; available in PMC 2009 November 5.

A cura di Patrizia Iaccarino

Commento di Patrizia Iaccarino

Nel loro sommario gli autori sostengono: "Farmaci che non sono primariamente usati per trattare malattie cardiovascolari hanno comunemente effetti cardiovascolari. Alcuni effetti sono comuni ed il loro meccanismo è conosciuto, altri sono rari, non provati o non ben conosciuti. Inoltre, le interazioni farmacologiche tra farmaci cardiovascolari e non-cardiovascolari possono influenzare le risposte terapeutiche. Pertanto, la consapevolezza terapeutica dei cardiologi ha bisogno di abbracciare un range di farmaci in genere non ritenuto avere conseguenze cardiovascolari..". Da queste parole si evince che si iniziano a comprendere due concetti fondamentali: il primo concetto è riconoscere sempre più l'importanza per i clinici della conoscenza, della metabolizzazione e della applicazione dei dati derivanti dalla Farmacovigilanza, sia in fase diagnostica (per la diagnosi di patologia farmaco-indotta) sia in fase terapeutica (per le eventuali possibili controindicazioni esistenti o interazioni farmacologiche) e il secondo è sottolineare che lo specialista non dovrebbe, soprattutto nel momento terapeutico, limitarsi a trattare la patologia senza valutare il paziente nella sua interezza. Il medico di medicina generale, per suo ruolo avvezzo a tale tipo di approccio al paziente, resta, a parere di chi scrive, il primo attore nella valutazione degli effetti dannosi dei farmaci, sia in fase diagnostica sia in fase terapeutica, con una particolare attenzione volta proprio al coordinamento delle terapie specialistiche e alla valutazione di loro eventuali controindicazioni e di loro possibili interazioni. L'incremento della segnalazione degli eventi avversi potrebbe contribuire a far luce sempre più sulla incidenza (il famoso "denominatore" mal valutabile degli eventi avversi, per le mancate rilevazioni e/o segnalazioni) degli eventi avversi, sui loro meccanismi poco conosciuti e sulle interazioni che si verificano tra farmaci. Non dimentichiamo che l'allarme "talidomide" fu lanciato dalla segnalazione di un pediatra di base!

Ossigenoterapia iperbarica per le ulcere diabetiche del piede

Lo scopo di questo studio è stato di valutare l'efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica (OTI) nelle ulcere croniche del piede in pazienti diabetici. Lo studio (denominato HODFU: Hyperbaric Oxygen Therapy in Diabetics with Chronic Foot Ulcers) è di tipo randomizzato, controllato, in doppio cieco, contro placebo. Il trattamento somministrato consisteva in sessioni giornaliere della durata di 95 minuti in camera iperbarica per 5 volte alla settimana per 8 settimane. Sono stati reclutati pazienti diabetici affetti da ulcere del piede (grado 2,3,4 di Wagner) datanti da più di 3 mesi. Una guarigione completa dell'ulcera si ottenne, a distanza di un anno, in 25/48 pazienti sottoposti a OTI (= 52%) e in 12/42 pazienti del gruppo placebo (29%). La differenza era statisticamente significativa (p = 0,03). In un'analisi per sottogruppi si è visto che la guarigione avveniva nel 61% (23/38) dei pazienti che avevano completato almeno 35 sessioni di OTI, contro un 27% (10/37) del gruppo placebo. La frequenza di eventi avversi risultò bassa. Gli autori concludono che l'ossigenoterapia iperbarica è un trattamento aggiuntivo utile in soggetti diabetici con ulcere croniche del piede.

Commento di Renato Rossi

Le ulcere del piede nel diabetico riconoscono una patogenesi complessa e multifattoriale tra cui alterazioni neuropatiche e macro e microvascolari. L'andamento è cronico e la guarigione difficile da ottenere; spesso richiedono il coinvolgimento di varie figure professionali sia di tipo infermieristico che medico. Sono stati proposti vari tipi di trattamento, tra loro associati: asportazione chirurgica degli eventuali materiali necrotici, medicazioni di vario tipo, allettamento, antibiotici a largo spettro, gambi gessati o in fibra di vetro, ASA, pentossifillina, prostaglandine, fattori di crescita granulocitaria, etc. Se è presente un deficit arterioso chirurgicamente aggredibile si può ricorrere al by-pass o all'angioplastica con stent. Tra gli strumenti della cassetta terapeutica a disposizione del medico figura anche l'ossigenoterapia iperbarica. Infatti un flusso ematico inadeguato a livello dell'ulcera, dovuto alle alterazioni vascolari che complicano la malattia diabetica, comporta un ridotto apporto di ossigeno e si ritiene che l'ossigenoterapia iperbarica possa migliorarlo. I risultati dello studio HODFU in realtà non sono nuovi. Una precedente revisione Cochrane [1] aveva concluso che l'OTI riduce il rischio di amputazione, con un NNT particolarmente attraente (= 4), e



aumenta le probabilità di guarigione ad un anno. Tuttavia lo scarso numero di pazienti arruolati negli studi richiedeva di valutare con cautela questo risultato, anche per il notevole impatto economico che comporta la scelta di avviare il paziente alle sedute di OTI.

Gli autori della revisione Cochrane auspicavano trials rigorosi e di elevata qualità per poter identificare il sottogruppo di pazienti che potrebbero aspettarsi maggiori benefici dall'ossigenoterapia iperbarica. Queste osservazioni rimangono valide anche dopo la pubblicazione dello studio HODFU anche se si tratta sicuramente di uno studio ben disegnato. Va considerato inoltre che l'ossigenoterapia iperbarica, a parte i costi per i servizi sanitari, è una pratica che comporta un notevole sacrificio, in termini di tempo e di spese, per il paziente qualora il centro a cui rivolgersi non fosse disponibile nelle vicinanze. Il messaggio per il medico pratico ci sembra questo: avviare alla OTI quei pazienti che mostrano ulcere croniche importanti ed estese, che non rispondono, in un lasso di tempo ragionevole, ad altre opzioni terapeutiche più facilmente disponibili.

Referenze

Kranke P, Bennett MH, Debus SE, Roedel-Wiedmann I, Schnabel A. Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: C D 0 0 4 1 2 3 . D O I : 10.1002/14651858.CD004123.pub2.

Fonte:

Londahl M, Katzman P, Nilsson A, et al. Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care. 2010 May;33:998-1003

A.M.I. ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA	
00185 ROMA - VIA MERULANA 272 Tel. 06/4746344 - 06/4871093 (fax) E.mail 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 nel/i seguente/i 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 SOSTENTITORE: tutti i settori € 200,00	
DICHIARA che l'iscrizione <input type="checkbox"/> 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'A.M.I. 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 - www.siameg.it



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

Cosa siamo, dove siamo e cosa facciamo

Nasce a Roma nel 1997, non ha fini di lucro, è assimilabile ad una ONLUS, è apertistica, non ha finalità sindacali e non prevede esercizio di attività imprenditoriali, non finalizzata ai propri scopi statutari (art. 3 dello Statuto).

Scopo preciso della Società (SIAMEG) è quello dell'aggiornamento scientifico e della formazione professionale permanente dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Odontoiatri e di tutti i profili operanti nella sanità.

Il lavoro della Società SIAMEG avviene in collaborazione con il Ministero della Salute, l'Agenzia di Sanità Pubblica, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, con altre Associazioni e Società Scientifiche, con Enti e Istituzioni pubbliche o Private dedite all'aggiornamento professionale.

La SIAMEG, nel corso degli anni, ha promosso una serie di iniziative di promozione della salute in collaborazione con organismi Istituzionali quali la Provincia di Roma (nel 1998/99) con la formazione di oltre 40 Mediatrici Culturali nel settore della Tutela della Donna e della Maternità.

Nel corso del 2008/09 ha collaborato con la Regione Lazio nell'ambito delle iniziative volte a promuovere l'immagine del Consiglio Regionale, con un'iniziativa volta alla promozione della salute negli ambienti scolastici, dal Titolo: "Informazione, Educazione, Prevenzione: i pilastri della buona salute".

Nel Corso del 2010 la SIAMEG ha collaborato alla realizzazione e promozione dell'evento culturale e teatrale, in collaborazione con Dacia Maraini e con l'Università di Roma "La Sapienza" dal Titolo: "Passi affrettati", finalizzata alla promozione della tutela della donna e contro le diversificate forme di violenza di genere, violenza di cui troppo frequentemente sono state vittime molte colleghe, donne, medico, impegnate nello svolgimento della propria professione.

L'attività della Società SIAMEG si avvale del contributo e del supporto di un Comitato Scientifico costituito da oltre 100 di esponenti del mondo sanitario, universitario, ospedaliero ecc., cultori di tutte le branche della Medicina.

Analogo impegno è stato profuso dalla nostra società nei confronti di tematiche di elevato impatto sociale, ed etico, quali la pedofilia, e i temi legati alla tutela e difesa della vita, con gli aggiornamenti realizzati sulla delicata vicenda del testamento biologico.

Altro obiettivo della Società SIAMEG è quello di promuovere incontri e convegni, a carattere territoriale, Regionale, Nazionale ed Internazionale per migliorare l'approccio e la cura nei confronti dei soggetti diversamente abili attraverso l'applicazione dell'ICF (Classificazione Internazionale del funzionamento delle disabilità e della Salute).

A ciò abbiamo predisposto un apposito settore handicap, all'interno del nostro Comitato Scientifico.

Dal 1997 all'avvento della metodologia ECM, la SIAMEG ha prodotto 16 eventi per complessivi 64 incontri su Roma, Verona, Chieti, Napoli, Bari, Lampedusa, Palermo, Trapani, Messina, Foggia, Pantelleria. Dall'Aprile 2002 gli eventi si sono trasformati in ECM producendo n. 168 eventi per n. 609 incontri per un totale di n. 2024 crediti (media crediti per evento 12,07) media crediti per incontro 3,32. Altri eventi in corso di realizzazione o recentemente realizzati, sono in attesa di valutazione.

Dall'anno della fondazione ad oggi, la SIAMEG, proseguendo nel solco di un continuum, con la attività di formazione continua ereditata dalla Associazione Medica Italiana, Società fondata e diretta magistralmente per anni dal nostro Past President Dott. Mario Menagualè, ha prodotto con regolarità e cadenza annuale, strutturato in 9 mesi di aggiornamento continuo, un corso residenziale per i medici della nostra regione, su tematiche multidisciplinari. E' attualmente in corso di svolgimento

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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

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

PROGRAMMA

08⁰⁰ Registrazione partecipanti;
Presentazione del corso;
Obiettivi, finalità

1^a SESSIONE

ASPETTI AVANZATI DI DIAGNOSI E
INQUADRAMENTO CLINICO

08³⁰ - 09²⁰ Eziopatologia ed epidemiologia

Dott. U.M. Cosenza

09²⁰ - 10¹⁰ Anatomia e Fisiologia

Dott. M. di Giovampaolo

10¹⁰ - 11⁰⁰ Inquadramento clinico

Prof. A. Brescia

11⁰⁰ - 11³⁰ Discussione

11³⁰ - 11⁴⁵ Coffee Break

2^a SESSIONE

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO
CHIRURGICO E NOVITA' IN CHIRURGIA

11⁴⁵ - 12²⁵ I materiali protesici biometrici

Dott. F.S. Mari

12²⁵ - 13²⁵ Terapia chirurgica open

Prof. P. Salvi

13²⁵ - 14¹⁵ Terapia Chirurgica Laparoscopica

Prof. L. Masoni

14¹⁵ - 14⁴⁵ Discussione

14⁴⁵ - 15⁰⁰ Test finale

L'evento è stato realizzato in collaborazione con:



to il XXI° di Aggiornamento per i Medici Romani.

L'esperienza, l'impegno e la dedizione dei membri del Comitato Scientifico e del Comitato Direttivo ed Organizzativo della SIAMEG sta affrontando attualmente la fase di passaggio e la complessa procedura per il riaccreditamento come provider nazionale, alla luce delle nuove disposizioni emanate dal Ministero del Welfare e dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

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.

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR

Qua e là da Internet

DUISBURG, 21 MORTI: UN AVVERTIMENTO!

“Mio figlio beve negli ultimi 3 giorni della settimana, si ubriaca, vomita, fa l'alba in discoteca” si lamentano padri e madri. Ma spesso con un atteggiamento rinunciatario. Chi è genitore non si deve rassegnare dicendo “fanno tutti così”.

Al di là delle responsabilità di chi doveva provvedere ad un regolare afflusso dei partecipanti a Duisburg in Germania, il grave problema di fondo di questi “rave party” – all'aperto o in discoteca – è che compromettono l'armonico sviluppo dei ragazzi che – non avendo il coraggio della propria identità – si nascondono nel gruppo e non pensano al loro domani. Il futuro, buco nero dei giovani.

E se poi cominciasse a pensare ad una probabile connessione fra aumento della percentuale degli studenti rimandati o bocciati ed il progressivo dilagare di questi incontri, con i conseguenti danni cerebrali? E' forse arrivato il momento di valutare a fondo e in modo risolutivo il “PROBLEMA DISCOTECA”.

ELASTOSONOGRAFIA: UN'ASSOLUTA NOVITA'

Questa innovativa metodica ecografica – benché ancora in fase di “work in progress” – si rivelerà quanto prima molto preziosa in numerose patologie, senza ricorrere al mezzo di contrasto.

Questa tecnica, che si avvale anche di sonde, analizza 2 dati fondamentali: A) le differenti proprietà meccaniche delle varie componenti tessutali; B) le modificazioni dell'elasticità dei tessuti a seconda delle diverse patologie. Tali modificazioni elastiche sono evidenziate in una scala cromatica: il COLORE BLU deprime per un tessuto più rigido, frequente nel CANCRO; il colore rosso-verde deprime per un tessuto più elastico, prevalente nelle forme benigne.

La metodica, all'inizio usata per la mammella, si può estendere a molti altri organi: linfonodi, tiroide, milza, rene, fegato. Nella patologia di quest'organo, la precisa puntualizzazione della fibrosi è il più importante predittore di progressione della malattia.

Due casi clinici. Linfadenomegalia laterocervicale con un linfonodo blu: la biopsia ecoguidata ha evidenziato un morbo di Hodgkin. Neoformazione del lobo dx epatico con una formazione ovalare blu; diagnosi istologica: metastasi epatica da carcinoma retrovescicale.

LE EPATITE E L'ITALIA

L'Italia, leader in Europa dell'Epatologia. Negli anni sessanta Infettivologi di Napoli identificarono le transaminasi come marker del danno epatico, specie da epatite virale. Ricercatori di Torino hanno scoperto il virus dell'Epatite delta e hanno dimostrato la variante genetica “mediterranea” dell'epatite B. Un team di Modena ha descritto una nuova variante dell'emocromatosi genetica. Diversi Epatologi italiani hanno dato un contributo fondamentale sull'Epatite C, frequente causa di morte e di trapianto di fegato, e sui trattamenti loco-regionali del carcinoma epatico. In notevole aumento il numero dei trapianti effettuati nei 22 Centri dislocati in tutta Italia, con un successo superiore all'80% a 5 anni. La terapia dell'epatite C con interferone peghilato e ribovirina ha consentito elevati tassi di guarigione, dal 40 al 90% dei casi: possono esserci problemi di tollerabilità, specie se l'epatite è avanzata o in presenza di co-morbilità rilevanti, ad esempio effetti negativi sul midollo già compromesso dall'epatopatia cronica.

Epidemiologia dell'epatite B: è in aumento il contagio dalle popolazioni immigrate dall'Europa orientale, Asia e Africa ove essa è endemica. L'epatite cronica B si cura oggi efficacemente con interferone e chemioterapici antivirali.

VACCINAZIONI PER GLI ADOLESCENTI

DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE-POLIO. Premesso che nel 1° anno di vita devono essere somministrate le 3 dosi e che la dose di richiamo va eseguita a 5 anni, nell'adolescente è sufficiente un unico richiamo per DTP. Né la pertosse né la relativa vaccinazione proteggono per tutta la vita, per cui il rischio di una nuova infezione da “bordetella pertussus” ricompare dopo i 10 – 15

anni.

Questa vaccinazione nell'adolescente è preventiva anche e soprattutto per la popolazione in genere: con essa si evita che l'adolescente/adulto infetto (il c.d. “Cavallo di Troia” della pertosse) trasmetta l'infezione ai bambini più piccoli.

MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA. Prima dose al 13° - 15° mese, la seconda fra 5 e 6 anni. La vaccinazione di massa per la rosolia va eseguita in tutte le ragazze che non l'abbiano avuta da bambina (test sierologico negativo) per evitare l'infezione nel 1° trimestre di gravidanza, frequente causa di gravi malformazioni congenite.

VARICELLA. Se non si è verificata in età pediatrica, il vaccino – sicuro e ben tollerato – va somministrato nell'adolescente.

EPATITE B. La vaccinazione previene il carcinoma epatico.

MENINGITE MENINGOCOCCICA. Il vaccino contro la “Neisseria meningitidis” – in commercio solo il sieropositivo C – si consiglia somministrarlo, come prima dose, entro il 1° anno: poi un unico richiamo al 1° anno.

PAPILLOMA VIRUS. Vaccinazione molto utile in età prepubere e nell'adolescenza per prevenire il carcinoma del collo dell'utero: i sierotipi ad alto rischio per la trasformazione neoplastica sono il 16 e il 18. Offerta differenziata a seconda delle Regioni.

VIAGGI INTERNAZIONALI. Le vaccinazioni raccomandate nei paesi a rischio riguardano l'epatite A, il tifo, la febbre gialla, la meningite meningococcica.

DIGIUNO E CALCOLOSI BILIARE

Ogniquale volta durante un pasto lo stomaco viene disteso dall'arrivo del cibo, si verifica contemporaneamente una contrazione della colecisti con il preciso scopo di far affluire nell'intestino la bile, indispensabile per un'ottimale digestione specie di grassi. Nella bile, soluzione soprassatura molto complessa, sono presenti colesterolo ed acido bilirubinico, insolubili in acqua, e sali biliari con spiccata azione solvente.

I 3 tradizionali pasti – colazione, pranzo, cena – sono pertanto accompagnati dallo svuotamento della cistifellea. Se se ne salta uno, si verifica stasi biliare nella stessa, stasi che favorisce la precipitazione delle sostanze insolubili.

Educazione alimentare: la pessima abitudine molto diffusa (dato trascurato dalla letteratura internazionale!) di non fare la 1° colazione va assolutamente corretta giacché, in tal caso – specie se coesiste una ipotonia colecistica di base – cistifellea, repleta, rimane immobile per circa 18 – 20 ore. Facile la formazione di calcoli.

ORESSIZZANTI

Così detti dal greco “òrexis” (appetito) in quanto stimolano il senso della FAME.

Comprendono numerose sostanze.

Neuro peptide Y, potente oressizzante, espresso dall'ipotalamo: il suo rilascio è controllato dal calo della leptina e dell'insulina, e dall'aumento dei glicocorticoidi. “Agouti-related peptide”: prodotto dall'ipotalamo, viene liberato dal digiuno e dal calo della leptina. Grelina o “ormone della fame”, unico peptide oressizzante rilasciato dal tubo gastroenterico: aumenta nel digiuno e nell'anoressia, diminuisce dopo i pasti e nell'obesità. Ormone melanocortinico, espresso dall'ipotalamo. Orexine A e B: prodotte dall'ipotalamo, dalla mucosa gastroenterica e dal pancreas, sono liberate a seguito di ipoglicemia, del digiuno e dell'insulina. Oppioidi endogeni: sintetizzati dall'ipotalamo, sono correlati col gusto e col piacere fornito dal cibo. Endocannabinoidi, prodotti dall'ipotalamo e dal tubo gastroenterico. Adiponectina: secreta dal tessuto adiposo, aumenta nel digiuno e nel dimagrimento.

OMEOSTASI PONDERALE: è conservata se vi è equilibrio fra oressizzanti e anoressizzanti.

NEL BAMBINO EMODIALISI O DIALISI PERITONALE?

Ad oggi, nell'insufficienza renale cronica, non è dimostrata una reale superiorità di una tecnica rispetto all'altra. La scelta, operata dal NEFROLOGO insieme ai genitori, deve tener conto di numerosi elementi: età, condizioni anatomiche del peritoneo o degli accessi vascolari, situazione familiare, distanza da un Centro dialisi.

La dialisi peritoneale è una scelta quasi obbligata nei piccoli bambini, sotto i 20 – 25 Kg di peso,

A cura di Alessandro Ciammaichella

poiché il ridotto calibro dei vasi periferici rende difficoltoso il confezionamento di una fistola artero-venosa: senza dire che un catetere venoso centrale mal si presta per i trattamenti prolungati. Con tale tecnica le sedute quotidiane, e spesso notturne, si svolgono in casa del paziente e non interferiscono molto con la frequenza scolastica. Ma i familiari devono imparare ad utilizzare l'apparecchiatura. Con il catetere peritoneale il bambino non può andare al mare né in piscina. Per l'emodialisi, il piccolo deve recarsi al Centro dialisi 3 – 4 volte a settimana, con un importante impatto con le attività scolastiche. Con la fistola artero-venosa il bambino può lavarsi normalmente e fare i bagni al mare.

VERSO L'ADDIO ALL'INR?



Numerosi studi hanno ormai evidenziato che il **DABIGRATAN**, nuovo anticoagulante orale, inibitore diretto della trombina, presenta due vantaggi sul warfarin: è meno suscettibile all'interazione con farmaci e alimenti, ma soprattutto non

richiede i periodici controlli ematici per l'anticoagulazione (INR).

Inoltre, è pari al warfarin nella Fibrillazione atriale, per prevenire le embolie, e nella Trombosi venosa per evitare sia le recidive, sia le embolie polmonari.

“L'ANZIANO IN FAMIGLIA” IN LUCANIA

Promosso dal Prof. Antonio Molfese, Presidente del Centro regionale lucano dell'**ACCADEMIA di STORIA DELL'ARTE SANITARIA**, si è svolto di recente a Sant'Arcangelo di Potenza un Convegno dedicato ai problemi degli anziani in famiglia.

Dopo il saluto del Sindaco, sono state trattate le seguenti relazioni. Il Prof. Vincenzo Marigliano, impossibilitato a intervenire, ha delegato una sua collaboratrice a parlare di “Qualità della vita e autosufficienza dell'anziano”. Il Prof. Alessandro Ciammaichella, Primario medico: “Aterotrombosi”. Il Prof. Antonio Martino, Chirurgo dell'Ospedale Castelvolturno (Caserta): “Problemi di Chirurgia dell'anziano”. Dott. Renato Di Salvo, Primario medico di Villa d'Agri: “Percorsi assistenziali geriatrici in ospedale”. Dott. Ciro Romano, Responsabile Cure domiciliari e palliative ASP di Potenza: “Assistenza dell'anziano sul territorio”.

OBESITA' E DINTORNI

Si distinguono due tipi di **ADIPOCITI**: quelli “**CHIARI**”, a metabolismo lento, nocivi, e quelli “**BRUNI**” (tessuto adiposo bruno) che bruciano i substrati per mezzo dei mitocondri, con formazione di ATP. Nell'obesità scarseggiano gli adipociti bruni ed i relativi mitocondri per carenza di NO, che stimola la produzione dei mitocondri stessi. Gli adipociti viscerali, in prevalenza chiari, sono inibiti dal peptide natriuretico atriale.

La Sindrome metabolica potenzia l'attività simpatica, anche quando manca l'ipertensione arteriosa: la **LEPTINA** è il suo più importante predittore. L'ingrassamento della donna in post-menopausa si può interpretare in modo finalistico: l'adipe produce estrogeni. Del colesterolo HDL (carenza di HDL talora congenita) si conoscono 3 frazioni, la 1, la 2 e la 3: oltre che antiaterogene, esse hanno anche un'azione antiinfiammatoria – per calo della PCR – e antiossidante.

Gli esperti di urbanistica in U.S.A., propongono le “città magre”. Nel Southern Village (Nord Carolina) vi è un quartiere a misura d'uomo: negozi, scuole, uffici sono a portata di passeggiata e ben collegati con marciapiedi e piste ciclabili.



NOVITA' LAMPO

CARAVAGGIO E LA PRESSIONE ARTERIOSA. Nella famosa pittura di Giuditta che taglia la testa a Oloferne, Michelangelo Merisi – non sapendo di Medicina – dipinge il sangue che sul collo cola verso il basso. Ma il TAGLIO DELLA CAROTIDE, per l'alta pressione ematica all'interno, comporta uno schizzo di sangue a zampillo, verso l'alto!

CALCIFEROLO CARDIOPROTETTORE? La carenza di vitamina D aumenta il RISCHIO CARDIOVASCOLARE: si associa infatti a obesità, intolleranza glucidica, ipertensione. Ma il meccanismo di azione non è ancora ben chiaro.

CORTISOLEMIA. Il cortisolo ematico aumenta nelle prime ore della mattina: ciò spiega la maggior incidenza dell'ICTUS e dell'INFARTO MIOCARDICO nella mattinata. Cala poi progressivamente a metà giornata e nel pomeriggio.

ASPIRINA NEI DIABETICI? La sua azione antiaggregante nel Diabete mellito non sarebbe molto sicura. Non chiari i motivi: interferenza del sesso?

TRANSAMINASI AUMENTATE. Il loro incremento è massimo nell'EPATOSI TOSSICA e ISCHEMICA. Cala progressivamente nel seguente ordine: epatite virale acuta, autoimmune e cronica, cirrosi epatica. Cirrosi virale e alcolica hanno uguale rischio di trasformazione neoplastica.

REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Se vi è tosse cronica, il monitoraggio del pH esofageo per 24 ore è utile per prescrivere o meno gli inibitori della pompa protonica e/o gli antisecretori. La MANOMETRIA ESOFAGEA orienta sulla precisa causa del dolore toracico.

OVAIO POLICISTICO. Si accompagna spesso a INSULINO-RESISTENZA, irsutismo, infertilità, irregolarità mestruali: in tal caso Metformina e Clomifene – da soli o associati – sono i farmaci di prima scelta per l'induzione dell'ovulazione.

CUORE DI ATLETA. Specialmente negli sportivi con intensi regimi di allenamento si può sviluppare un'IPERTROFIA CARDIACA – eccentrica o concentrica – ma che non va considerata patologica.

GLITAZONE E DIABETE. Il farmaco stimola il “peroxisome proliferator activator receptor” (PPAR-gamma) per cui abbassa la resistenza insulinica e quindi l'insulinemia. Migliora pertanto la tolleranza al glucosio.

ANEURISMI DELL'AORTA ADDOMINALE. IL DOLORE, dovuto a erosione vertebrale, o a compressione delle radici nervose o a ostruzione dell'uretere, ha la caratteristica di modificarsi con i cambi di posizione.

RENINA E IPERTENSIONE. Conseguenza diretta dell'ischemia renale, ne è stato dimostrato l'accumulo anche nell'ARTERIOLE EFFERENTE del glomerulo.

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

L'uso del laser per l'ernia discale è riservato al medico

La Cassazione condanna l'abusivo

Rientra nella professione del medico, (dice la Cassazione) non soltanto la diagnosi che si fa di una determinata alterazione organica o di un disturbo funzionale fisico o mentale, ma anche la profilassi o la cura mediante appositi rimedi diretti ad eliminare le verificatesi disfunzioni oppure a lenirne gli effetti.

Sull'attribuzione delle competenze professionali non incidono ne' il consenso del paziente, ne' il fatto che eventualmente che le cure siano state effettuate da persone non qualificate su diagnosi effettuata da un medico professionista, ne' che le cure abbiano avuto esito positivo.

I fatti:

Un soggetto non abilitato alla professione medica aveva effettuato, su diagnosi di un medico specialista, un intervento mediante attrezzatura laser per riduzione di un'ernia discale intervertebrale.

Per tale motivo era stato condannato per esercizio abusivo della professione medica (articolo 348 c.p.).

La Cassazione ha confermato il parere del giudice di merito pur annullando la condanna per problemi procedurali.

Secondo i giudici le pratiche cosiddette PLT e PLDD che comportano l'introduzione, in anestesia locale, di un ago-cannula e successivamente una fibra ottica all'interno del nucleo polposo del disco intervertebrale attraverso cui inviare impulsi laser capaci di ridurre la pressione dell'ernia mediante la vaporizzazione di parte della sostanza erniaria, costituiscono attività tipiche e riservate alla professione medica, anche perché gravate da potenziali rischi di lesione a carico di tessuti contigui e comunque tali da implicare la distruzione di una pur piccola quantità di tessuti.

E' stato poi precisato che e' del tutto irrilevante il fatto che diagnosi, profilassi e cura siano effettuate secondo tecniche o metodiche diverse da quelle tradizionali o convenzionali, poiché l'essenziale e' che tali attività siano svolte da persona priva delle cognizioni tecnico-scientifiche proprie di chi ha conseguito la prescritta abilitazione, con conseguente pericolo per la salute del cittadino.



Sospeso il Rosigitazione in attesa di ulteriori studi

In data 23 settembre 2010, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha terminato la revisione del profilo benefici-rischi del farmaco per il diabete rosigitazione, iniziata in data 9 Luglio 2010, concludendo che non vi è più sufficiente evidenza a sostenere una prevalenza dei benefici sui rischi.

Pertanto, l'EMA ha raccomandato che tutte le Agenzie Nazionali del Farmaco provvedano alla sospensione dell'autorizzazione all'immissione in commercio di tutte le specialità mediche contenenti rosigitazione (Avandia, Avandamet e Avaglim). Questa raccomandazione e' stata già recepita dall'Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA.

La sospensione rimarrà attiva fin quando non verra' forniti dati scientifici convincenti che consentano di selezionare gruppi di pazienti in cui i benefici del rosigitazione superino i rischi connessi alla sua assunzione.

Il rosigitazione è un farmaco per il diabete appartenente alla classe dei tiazolidinedioni (o glitazoni) che e' stato sottoposto a stretto monitoraggio negli ultimi 3 anni in seguito alla segnalazione di un suo possibile ruolo nell'aumento del rischio di eventi cardiovascolari, in particolare infarto del miocardio.

L'aumentato rischio riguarda in modo specifico l'uso di rosigitazione e non interessa gli altri farmaci per il diabete incluso il pioglitazione.

I pazienti dovranno necessariamente interrompere questa terapia sostituendola con altri preparati in commercio, naturalmente sotto controllo del medico. La cosa può essere effettuata con calma, senza effettiva urgenza.

Daniele Zamperini

Condanna per chi "dimentica" dati importanti nell'autodichiarazione

Falso per omissione se nell'Autodichiarazione vengono omessi dati importanti. Non e' ammissibile, come giustificazione, il fatto di non essere bene informati: è sempre necessario un preventivo accertamento di quanto affermato (Corte di Cassazione, sentenza n. 21580 del 2010).

I fatti:

uno studente aveva omesso di inserire, nella propria autodichiarazione, resa la fine di ottenere una borsa di studio, il reddito posseduto dal fratello. Scoperto, si era difeso affermando di non aver fornito tali dati in quanto non era a conoscenza del reddito del fratello. Questa tesi difensiva però non veniva accolta in quanto, secondo i giudici, l'autodichiarazione non può prescindere da un preventivo accertamento in ordine alla veridicità di quanto affermato dal dichiarante a pena di querela di falso.

La Corte sottolinea che colui che presenti autodichiarazioni non veritiere o che ometta di indicare dati di fatto si espone a conseguenze di tipo penale in quanto lede il generale dovere di lealtà che incombe sul cittadino nei confronti delle istituzioni.

Il fatto e' penalmente rilevante a prescindere dal fatto che il soggetto ottenga o meno il beneficio richiesto. Infatti la fattispecie di cui all'art. 483 c.p. (Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico - Chiunque attesta falsamente al pubblico ufficiale, in un atto pubblico, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a due anni. Se si tratta di false attestazioni in atti dello stato civile, la reclusione non può essere inferiore a tre mesi.) è idonea ad integrare un reato di pura condotta prescindendo dal concreto ottenimento di un ingiusto profitto, la fattispecie in oggetto e' da ritenersi integrata ogni qualvolta vengano rese dichiarazioni non veritiere, o si ometta di indicare dati di fatto.

Il giovane studente e' stato perciò condannato

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.

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.

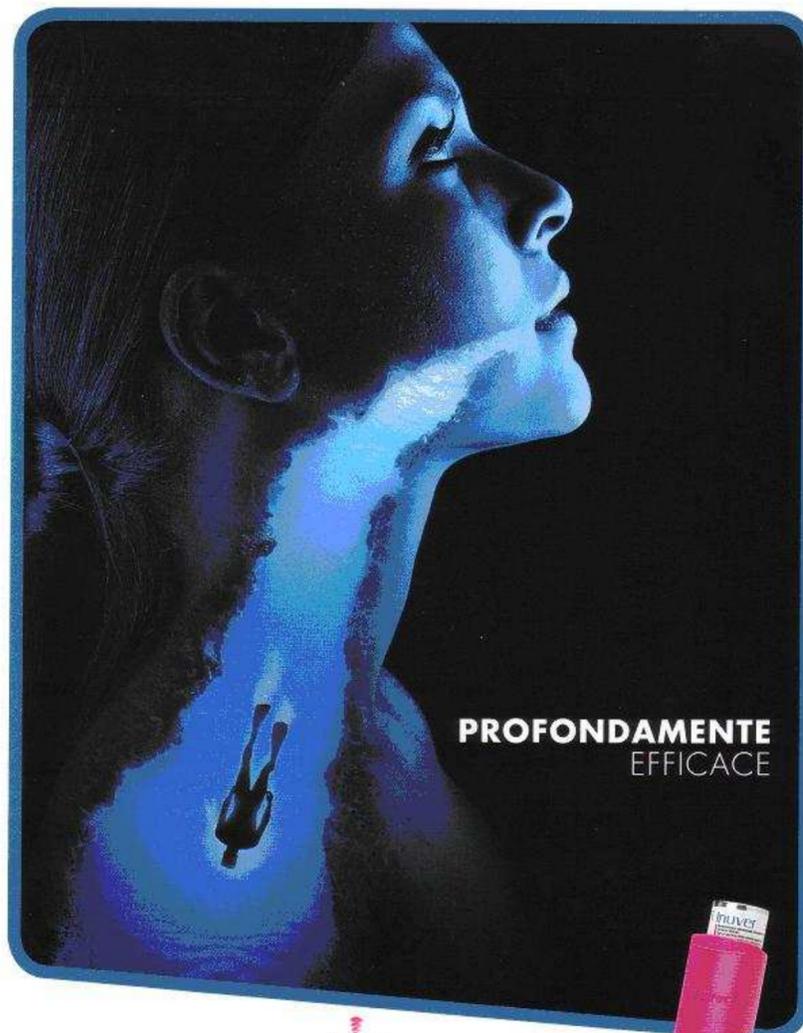
Sessione pratica in simulazione SALA GARDEN "SCOMPENSO CARDIACO A DOMICILIO"

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 _____



NOVARTIS

Inuver
BECLOMETASONE 100 µg +
FORMOTEROLO 6 µg

