

**Il 15 Aprile, a Roma, presso il cinema Capranichetta, in Largo Montecitorio
 Manifestazione nazionale di protesta contro la Convenzione
 della Medicina Generale e della Continuità Assistenziale
 Lo SMI manifesta contro il mancato adeguamento economico, contro lo storno delle risorse ai soliti privilegiati, contro il pasticcio dei certificati online**

La nuova Convenzione cambia di fatto la struttura del compenso e trasforma i medici in "cottimisti" della prestazione, senza alcuna rivalutazione delle voci dell'ACN legate alle spese fisse di mantenimento di uno studio e delegando alle trattative regionali gli incentivi legati alle Unità complesse di cure primarie (Uccp), cioè regalando ad una minoranza di medici i già pochi soldi messi sul piatto, con un contemporaneo aumento degli oneri burocratici. Inoltre si trascurano completamente le aspettative e le sofferenze dei medici del territorio a rapporto orario (continuità assistenziale, emergenza territoriale-118 e medicina dei servizi), mancano le condizioni minime di sicurezza nelle postazioni di guardia medica (con grave aumento delle aggressioni), mentre le denunce SMI rimangono inascoltate. A questo si aggiungono i pasticci interpretativi del decreto sull'invio obbligatorio online delle certificazioni mediche per malattia per i lavoratori dipendenti. Occorre monitorare con attenzione il sistema di trasmissione dei flussi informativi prima di proclamare presunte rivoluzioni tecnologiche. Ci auguriamo che si corregga il tiro e che si trovino soluzioni adeguate.

Per tutte queste ragioni lo SMI ha deciso, insieme allo Snam, di organizzare una manifestazione nazionale di protesta a Roma, il 15 aprile, a cui invitiamo tutti i medici, per dare visibilità alle ragioni di chi si oppone all'ennesima convenzione-truffa e per chiedere un effettivo potenziamento dei servizi sanitari per i cittadini sul territorio.
 Salvo Cali', Segretario Naz. SMI

**Vita da medico
 Quando il paziente e'
 disabile psichico...**

Livia G. è mia paziente, la vedo quasi ogni settimana nel mio studio di medico di famiglia. Suo figlio Piero, anche lui mio paziente, fa uso di sostanze stupefacenti, soffre di schizofrenia ed è seguito dal CIM (Centro di Igiene Mentale) territoriale. Mi racconta che domenica ha avuto una crisi, forse aveva assunto qualche sostanza oltre i farmaci abituali; l'ha aggredita, poi voleva buttarsi dal balcone. La vedo: è disperata, non sa più che fare. Le ho raccomandato -se succederà di nuovo -di allertare il 118, che a sua volta allerterà il servizio di pronta consulenza psichiatrica territoriale. "Ma mi raccomando - la esorto - se vuoi un'assistenza specialistica, chiama solo nei giorni feriali dalle 8 alle 18 e solo il sabato dalle 8 alle 14. Mai dopo le 18, la notte, il sabato pomeriggio o la domenica e i festivi". Mi guarda stralunata "Mica decide lui l'ora quando dare di matto". (pag.8)



La Posta Elettronica Certificata (PEC): attenzione!

Abbiamo più volte scritto sull'argomento, su questa e su altre testate, ma la continua fluida evoluzione delle normative ci obbliga a fare periodicamente il punto della situazione. Riportiamo istruzioni e spiegazioni per i non esperti di informatica, e vogliamo sottolineare alcuni aspetti finora sfuggiti ai più, che invece richiedono immediate e importanti modifiche applicative.

E' ancora obbligatoria la casella di Posta Elettronica Certificata (PEC)?

Si' al momento attuale ne è stata confermata l'obbligatorietà, anche se i tempi sono stati prolungati. La scadenza iniziale del 1/1/2010 è stata chiarita essere indicativa, e non imperativa. L'amministrazione statale tuttavia progetta (tassativamente o ancora elasticamente? Non si sa) di dotare di PEC tutti i destinatari della norma entro il 2010.

Chi ne deve essere fornito?

La norma dice che tutti gli Enti, Società e professionisti iscritti ad albi o ad associazioni ne debbano essere forniti. Fanno eccezione coloro che (in base alle modifiche portate in sede di conversione all'articolo 16 del Decreto Legge 185/2008) cittadini, liberi professionisti e aziende, abbiano a disposizione un analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle co-

municazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali.

E' evidente che i maggiori interessati siano coloro che prestino attività presso grandi società o Enti che si siano dotati di tali mezzi di comunicazione.

E' gratuita o a pagamento?

Dipende...

Il Ministero ha formato una lista di Enti autorizzati a fornire indirizzi PEC. Gli enti privati forniscono tali caselle a pagamento; Ordini professionali e/o Società possono stipulare convenzioni con tali fornitori per caselle a prezzo scontato.

Il ministero ha poi stipulato una particolare convenzione con Enti quali INPS, ACI ecc. perché forniscano una casella gratuita ai cittadini che ne facciano domanda. Tale casella è nota più precisamente con la sigla CEC-PAC.

Che differenza c'è tra PEC e CEC-PAC?

La PEC acquistata dal cittadino presso i provider autorizzati consente di dialogare (mantenendo le prerogative della PEC, cioè la certezza di ricevimento) con tutti gli utenti forniti di analogo casella; le caselle CEC-PAC consentono invece (allo stato attuale) di comunicare esclusivamente con le Pubbliche Amministrazioni.

Come funzionano?

L'utente deve acquisire un indirizzo di posta elettronica PEC, che sarà diverso dal suo abituale indirizzo di posta elettronica (PE). Dovrà quindi configurare il programma di PE perché possa ricevere o spedire dall'uno o dall'altro indirizzo.

Dopodiché occorre tener presenti questi meccanismi:

- Quando si invia un messaggio attraverso l'indirizzo PEC, il provider che gestisce la casella invia un messaggio di "avvenuta spedizione", equivalente alla ricevuta di invio della raccomandata semplice.

- Se il messaggio PEC viene inviato ad una casella normale (non-PEC), il destinatario la riceve ma non invia "ricevuta di ritorno". Quindi il messaggio PEC inviato ad una casella "normale" equivale all'incirca ad una Raccomandata Semplice.

- Quando il messaggio viene inviato ad altra casella PEC, il gestore della casella di arrivo invia automaticamente un avviso di "ricevuta messaggio" che equivale alla "ricevuta di ritorno" delle raccomandate postali. Quindi un messaggio tra due caselle PEC equivale ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

- Una casella di posta "normale" non può (al momento) inviare un messaggio ad una casella PEC.

Continua a pag.8

Stenosi carotidee asintomatiche: si può predire il rischio di ictus?
 (pag.2)

Chirurgia mininvasiva della prostata
 (pag.2)

Un vaccino per il cancro prostatico
 (pag.3)

Asma da reflusso? Utile l'esomeprazolo?
 (pag.3)

Anche i passeggeri hanno il dovere di soccorrere le vittime degli incidenti
 (pag.3)

Utilità dello screening del cancro ovarico: contrordine!
 (pag.4)

Accertamenti radiologici per la lombalgia: poco utili
 (pag.4)

Antidepressivi e psicoterapia nel colon irritabile
 (pag.5)

SIAMEG: formazione e cultura in medicina
 (pag.6)

**Novità dalla rete
 A cura di Navigator
 (A. Ciammaichella)**
 (pag.7)

Assolto il rapinato che sparò ai rapinatori in fuga
 (pag.7)

Stenosi carotidee asintomatiche: si può predire il rischio di ictus? Un quadro clinico frequente, che spesso genera incertezza e ansia nel paziente

Nelle stenosi carotidee asintomatiche la presenza di lesioni ischemiche silenti di tipo embolico alla TAC cerebrale costituisce un elemento utile per predire il rischio futuro di ictus.

dea asintomatica a rischio più elevato di ictus e aiutare nella gestione di questa patologia.

Fonte:

In questo studio osservazionale sono stati reclutati 821 pazienti (60% uomini, età media 71 anni) con stenosi carotidea ($\geq 50\%$) asintomatica. A tutti i partecipanti è stata effettuata una TAC cerebrale alla ricerca di lesioni ischemiche silenti. Sulla base dello schema classificativo internazionale le lesioni ischemiche sono state definite di "tipo embolico" e di "tipo non embolico".

Il follow-up è stato di 44,6 mesi (range da 6 mesi a 8 anni) e il 6% dei soggetti è andato incontro a ictus ipsilaterale.

Gli autori hanno evidenziato che nelle stenosi che andavano dal 60% al 99% la frequenza di stroke annuale era maggiore nei soggetti che alla TAC eseguita all'inizio dello studio presentavano lesioni ischemiche di tipo embolico (3,6% rispetto a 1,0% di chi non aveva questo tipo di lesioni).

Nei soggetti con stenosi inferiori al 60% la presenza di ischemie di tipo embolico non risultava associata ad un aumento del rischio. Nelle stenosi moderate (60% - 79%) la frequenza annuale di stroke era di 1,3% (rispetto a 0,65% di chi non aveva questo tipo di lesioni).

Gli autori concludono che il riscontro di ischemie silenti di tipo embolico può servire ad identificare un sottogruppo di pazienti con stenosi caroti-

Kakkos SK et al. Silent embolic infarcts on computed tomography brain scans and risk of ipsilateral hemispheric events in patients with asymptomatic internal carotid artery stenosis. *J Vasc Surg* 2009 Apr; 49:902.

Lo studio recensito in questa pillola suggerisce che un elemento utile per la decisione potrebbe essere la presenza, riscontrata con una TAC cerebrale, di lesioni ischemiche silenti di tipo embolico perchè in questo caso il rischio di ictus è quasi quattro volte maggiore rispetto a chi non ha questo tipo di lesioni.

Tuttavia vi sono alcuni punti che meritano una riflessione: anzitutto non tutte le strutture sanitarie possiedono radiologi così esperti da poter classificare una lesione ischemica cerebrale silente come di tipo embolico o non embolico.

Nello studio di Kakkos e coll. le TAC cerebrali venivano tutte lette e classificate centralmente da un neuroradiologo. Inoltre gli autori dello studio non hanno compiuto delle analisi per sottogruppi per cui non è noto se quanto da loro trovato differisca tra uomini e donne, nei diabetici, in chi ha un rischio cardiovascolare particolarmente elevato, etc. In definitiva uno studio interessante, ma i cui risultati meritano di essere replicati e approfonditi.

In generale si ritiene che l'intervento chirurgico o il posizionamento di stent siano utili nei soggetti con aspettativa di vita superiore a 5 anni e stenosi $> 60\%$ purchè il chirurgo possa garantire una buona performance, con una fre-

quenza di complicanze perioperatorie a 30 giorni (ictus e decessi) inferiore al 3%. Infatti gli studi clinici mostrano che l'intervento di TEA riduce il rischio di ictus omolaterale di circa il 5% in cinque anni. Un altro dato da considerare è che i benefici sono stati dimostrati negli uomini ma non nelle donne. Un punto critico è la qualità dei due studi principali (ACAS e ACST) che hanno valutato l'efficacia della TEA: è stato rilevato che il gruppo controllo, in terapia medica, era trattato in maniera non ottimale con statine, antiaggreganti e antipertensivi. I risultati degli studi sarebbero stati gli stessi se la terapia medica fosse stata più intensiva nei gruppi controllo? Infine un punto di incertezza è che non si sa bene come individuare i soggetti con stenosi asintomatiche che più potrebbero trarre beneficio dall'intervento.

Lo studio recensito in questa pillola suggerisce che un elemento utile per la decisione potrebbe essere la presenza, riscontrata con una TAC cerebrale, di lesioni ischemiche silenti di tipo embolico perchè in questo caso il rischio di ictus è quasi quattro volte maggiore rispetto a chi non ha questo tipo di lesioni.

Tuttavia vi sono alcuni punti che meritano una riflessione: anzitutto non tutte le strutture sanitarie possiedono radiologi così esperti da poter classificare una lesione ischemica cerebrale silente come di tipo embolico o non embolico.

Nello studio di Kakkos e coll. le TAC cerebrali venivano tutte lette e classificate centralmente da un neuroradiologo. Inoltre gli autori dello studio non hanno compiuto delle analisi per sottogruppi per cui non è noto se quanto da loro trovato differisca tra uomini e donne, nei diabetici, in chi ha un rischio cardiovascolare particolarmente elevato, etc. In definitiva uno studio interessante, ma i cui risultati meritano di essere replicati e approfonditi.

La chirurgia mininvasiva della prostata Vantaggi, ma anche aumento di complicanze

Uno studio osservazionale suggerisce che la prostatectomia con tecnica mininvasiva comporta alcuni benefici perioperatori ma è gravata da un maggior rischio di complicanze genitourinarie (soprattutto incontinenza e disfunzione erettile).

Gli autori concludono che il loro studio riflette l'infatuazione della società per le novità che portano ad un aumento dei costi, ma non a benefici importanti.

Fonte:

Hu JC et al. Comparative Effectiveness of Minimally Invasive vs Open Radical Prostatectomy. *JAMA*. 2009 Oct 14;302:1557-1564.

In questo studio osservazionale di coorte sono stati analizzati i dati di pazienti sottoposti a prostatectomia dal 2003 al 2007. La tecnica usata per l'intervento era di tipo mininvasivo (n = 1938) oppure la via chirurgica tradizionale retropubica (n = 6899).

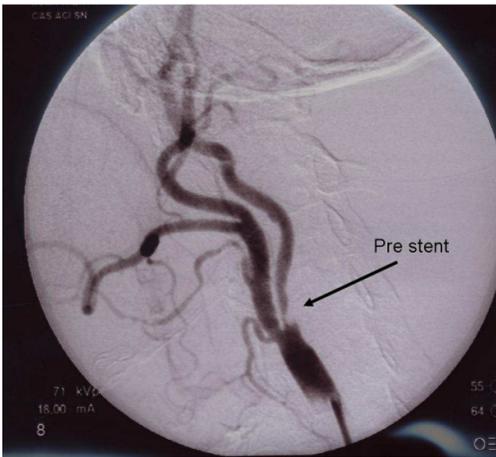
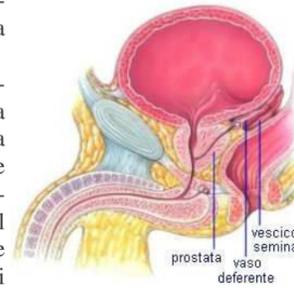
La tecnica mininvasiva è stata sempre più usata con il passare degli anni: rappresentava il 9,2% del totale degli interventi nel 2003 mentre nel 2006-2007 tale percentuale era aumentata al 43,2%.

La nuova metodica comporta una riduzione dei tempi del ricovero (2,0 versus 3,0 giorni), della necessità di trasfusioni (2,7% versus 20,8%), delle complicanze postoperatorie di tipo respiratorio (4,3% versus 6,6%), di varie altre complicanze chirurgiche (5,8% versus 14,0%).

Tuttavia la tecnica mininvasiva è risultata associata ad un aumento delle complicanze genitourinarie (4,7% versus 2,1%), dell'incontinenza (15,9 versus 12,2 per 100 persone/anni) e della disfunzione erettile ((26,8 versus 19,2 per 100 persone/anni). Non differiva tra le due procedure l'uso di terapie oncologiche aggiuntive.

Commento di Renato Rossi

Lo studio di Hu e collaboratori è di tipo osservazionale retrospettivo: i due gruppi, quello sottoposto a chirurgia tradizionale e quello trattato con tecnica mininvasiva, non erano randomizzati. Non si può escludere quindi che si tratti di pazienti diversi, ma è un'eventualità abbastanza improbabile. In realtà esistono pochi studi che abbiano paragonato direttamente le due metodiche, nonostante questo la prostatectomia mininvasiva, in questi ultimi anni, è stata sempre più adottata dai chirurghi e preferita dai pazienti, probabilmente attratti dalla novità, come sottolineano gli autori. Come dimostra lo studio recensito in questa pillola entrambe le metodiche hanno aspetti positivi ed aspetti negativi e solo degli studi randomizzati e controllati potrebbero dare la risposta alla domanda di quale sia la tecnica da preferire. Non si può escludere che anche l'abilità del chirurgo sia un aspetto molto importante da considerare.



CEFIXORAL®
J01DD08
cefixima



Menarini, salute senza confini

Conferma la Linea Guida per la certificazione della qualità ISO 9001:2008



Certificato n° 52124782

CEFT 06 03

Per saperne di più visitate il sito www.menarini.it



Sembra efficace il vaccino per il cancro prostatico

Su soggetti già ammalati ha prolungato la sopravvivenza

Uno studio di fase 3 ha dimostrato che il vaccino aumenta la sopravvivenza a 3 anni nel cancro prostatico metastatico del 38%.

Sono stati presentati a Chicago, al Meeting 2009 dell'American Urological Association, i risultati di uno studio in fase 3 su un vaccino per il cancro prostatico (studio IMPACT: Immunotherapy for Prostate Adenocarcinoma Treatment).

Nel trial sono stati arruolati 512 uomini affetti da cancro prostatico metastatico asintomatico o minimamente sintomatico, refrattari al trattamento ormonale, trattati con placebo oppure col vaccino "sipuleucel-T". Il vaccino viene preparato prelevando i leucociti del paziente che vengono messi in contatto con il PAP (Prostatic Acid Phosphatase), un antigene presente nella quasi totalità delle cellule neoplastiche prostatiche, in modo che si producano linfociti T in grado di riconoscere e distruggere le cellule tumorali specifiche. Successivamente i leucociti vengono reinfusi nel paziente in tre cicli nel giro di un mese.

I soggetti trattati con il vaccino avevano una mediana di sopravvivenza di 4,1 mesi superiore rispetto al placebo. La sopravvivenza a 3 anni era aumentata del 38% (31,7% vs 23,0%; p = 0,032).

Secondo gli autori questo tipo di pa-

zienti ha una sopravvivenza media di circa 2 anni, pertanto un guadagno di vita di 4 mesi può essere clinicamente rilevante.

Importante anche il fatto che gli effetti avversi del vaccino sono stati minimi, per cui tale guadagno comporta anche una buona qualità di vita. Gli effetti avversi principali sono stati senso di freddo (presente in circa il 54% dei pazienti trattati con vaccino), febbre (20%), cefalea (29%) e sintomi influenzali (quasi 10%). In molti casi gli effetti avversi sono stati transitori e ben controllati con ASA.

Si aspetta ora la decisione della FDA per l'approvazione del vaccino.

Fonte:

Meeting 2009 dell'American Urological Association, Chicago, aprile 2009.

Commento di Renato Rossi

Come funziona il vaccino anticancro? Il principio è semplice e si basa sull'uso di specifici antigeni tumorali (ASCI = antigen specific cancer immunotherapeutic) verso i quali si cerca di stimolare la risposta dell'organismo a produrre cellule del sistema immunitario in grado di distruggere in maniera selettiva le cellule neoplastiche.

Qualche anno fa era già stato effettuato un piccolo studio su 127 uomini affetti da cancro prostatico avanzato non responsivo alla terapia ormonale [1]: il trattamento aveva aumentato la

sopravvivenza media di circa 4 mesi (26 mesi versus 22 mesi).

Ora il trial presentato in anteprima a Chicago conferma questi dati. Un guadagno di sopravvivenza di soli 4 mesi potrebbe sembrare poco importante, ma probabilmente non lo è per il paziente, soprattutto considerando che il trattamento non sembra produrre effetti avversi gravi. Va anche considerato che per questo tipo di pazienti non ci sono molte alternative terapeutiche disponibili e che la chemioterapia comporta effetti collaterali spesso pesanti che compromettono in maniera importante la qualità di vita.

Un altro aspetto che dovrà essere oggetto di studi futuri è se il vaccino sia in grado di aumentare la sopravvivenza in soggetti con cancro prostatico non metastatico, già trattati con intento radicale. Ma per avere risultati su questo tipo di tumore occorrono studi di lunghissima durata.

Sono già stati studiati vaccini per altri tipi di neoplasie, soprattutto per il cancro polmonare e quello mammario [1,2]. Il futuro ci dirà se si tratta di una via realmente efficace nella lotta ai tumori.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2536>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2988>

Asma da reflusso gastroesofageo

Vantaggi con l'Esomeprazolo? Sembra di no

In pazienti con asma poco controllato l'esomeprazolo non si è dimostrato in grado di migliorare i sintomi asmatici.

In questo trial randomizzato, in doppio cieco, sono stati arruolati 412 pazienti con asma non ben controllato dalla terapia e sintomi lievi od assenti di reflusso gastro-esofageo. I partecipanti sono stati trattati con esomeprazolo (40 mg x2/die) oppure placebo. Il follow-up è stato di 24 settimane.

Ogni 4 settimane veniva eseguita una spirometria mentre i pazienti dovevano compilare un diario giornaliero dell'asma; inoltre l'efficacia del trattamento è stata valutata tramite questionari dei sintomi. Infine la

presenza di reflusso gastro-esofageo è stata determinata con la pH metria esofagea. L'end-point primario era il numero di episodi di asma poco controllata.

Tale end-point si è verificato con una frequenza simile nei due gruppi: 2,3 eventi per persona/anno nel gruppo placebo e 2,5 eventi per persona/anno nel gruppo esomeprazolo. L'inibitore di pompa protonica non ha influenzato neppure outcomes secondari come la funzionalità polmonare, la reattività delle vie respiratorie, i risvegli notturni o la qualità di vita.

La presenza di reflusso gastroesofageo (circa 40% dei partecipanti) non ha permesso di identificare un sottogruppo di pazienti in cui il trattamento poteva essere utile.

Gli autori concludono che, nonostante un'elevata frequenza di reflusso gastroesofageo asintomatico o paucisintomatico nei pazienti con asma poco controllato, il trattamento con PPI non è efficace. Il reflusso gastro-esofageo probabilmente non è una causa di asma poco controllato.

Fonte:

The American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. Efficacy of Esomeprazole for Treatment of Poorly Controlled Asthma. N Engl J Med 2009 Apr 9; 360:1487-1499.

Commento di Renato Rossi

La causa principale di uno scarso controllo dei sintomi asmatici è la cattiva compliance del paziente ai trattamenti prescritti oppure un errato uso dei dispositivi per l'inalazione dei farmaci.

Tuttavia, anche la coesistenza di determinate condizioni può contribuire al cattivo controllo: rinite e sinusite cronica, obesità, disturbi psichici (soprattutto la depressione), l'uso cronico di alcuni farmaci (ASA, FANS, betabloccanti).

Una causa importante di scarsa risposta alla terapia è anche il fumo, per cui si dovrebbe fare ogni sforzo per aiutare il paziente a smettere. Alcuni ritengono che pure la presenza di un reflusso gastro-esofageo, anche se molto spesso asintomatico, possa giocare un qualche

ruolo.

Un editoriale di commento allo studio recensito in questa pillola [1] ricorda alcuni studi in cui un PPI è risultato efficace nell'aiutare a controllare i sintomi asmatici in pazienti con reflusso gastro-esofageo sintomatico.

Lo stesso editoriale sottolinea che l'intervento di fundoplicatio può migliorare il controllo dell'asma in più dell'80% dei casi, il che implica che probabilmente il reflusso gastro-esofageo ha una certa importanza nella

genesi dei sintomi asmatici, anche se i dati richiederebbero ulteriori conferme.

Per esempio viene auspicato un trial che confronti i PPI con la chirurgia antireflusso: fino a quel momento il trattamento empirico con un inibitore di pompa non sembra essere giustificato.

Sulle conclusioni dell'editoriale non ci sembra siano possibili delle obiezioni.

Va, d'altra parte, ricordata una revisione Cochrane [2] di 12 trials in cui sono stati valutati vari tipi di intervento antireflusso in pazienti asmatici: PPI, anti H2, chirurgia, management conservativo. La revisione ha concluso che, nei pazienti asmatici con reflusso gastroesofageo, varie terapie antireflusso non si sono dimostrate in grado di migliorare i sintomi respiratori; inoltre risulta difficile individuare sottogruppi di pazienti che ne potrebbero trarre beneficio.

Come concludere? Anche se il reflusso gastro-esofageo (sintomatico o asintomatico) è molto frequente nel paziente asmatico, e, pur ammettendo che esso possa avere una qualche responsabilità nelle genesi dei sintomi respiratori o essere una causa di scarso controllo della malattia, i dati di letteratura sono, al momento, tra loro contrastanti.

Tuttavia nel paziente in cui non si riesce a tenere sotto controllo l'asma con una terapia ottimale, dopo aver escluso altre cause (soprattutto il tabagismo e la scarsa compliance), alcuni medici potrebbero ritenere giustificato un tentativo ex juvantibus con PPI per qualche mese, considerando che si tratta di farmaci generalmente ben tollerati. Anche perchè non si può escludere che qualche paziente ne possa trarre beneficio.

Sia il medico che il paziente devono però essere consapevoli che si tratta di una terapia che non ha solide basi di evidenza.

Referenze

1. Asano K et al. Silent Acid Reflux and Asthma Control. N Engl J Med Apr 9; 360:1551-1553
2. Gibson PG, Henry RL, Coughlan JL. Gastro-oesophageal reflux treatment for asthma in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD001496. DOI: 10.1002/14651858.CD001496.

Anche i passeggeri devono soccorrere le vittime di incidenti!

Altrimenti scatta per loro il reato di omissione di soccorso

Cassazione: passeggero scappa dopo incidente? E' omissione di soccorso anche se e' solo un trasportato

La decisione della Quarta sezione penale (sentenza n. 37455/2009)

Anche i passeggeri di un veicolo coinvolto in un incidente hanno l'obbligo di prestare soccorso ai feriti; l'obbligo non e' limitato al solo conducente investitore: chi si allontana senza prestare soccorso e' comunque un pirata della strada e va sanzionato per omissione di soccorso.

I fatti: due ragazzi, minorenni, erano al bordo di un motorino guidato da un terzo compagno. Durante il percorso avevano investito una donna, cadendo a terra. I ragazzi, rialzatisi, erano fuggiti senza prestare soccorso.

La ricostruzione successiva dei fatti

aveva evidenziato che i due passeggeri erano caduti sopra il corpo dell'investita ed uno dei due era poi salito sul ciclomotore ed era scappato. La donna era poi deceduta.

Le Autorita', identificati gli investitori, procedevano contro il conducente per omicidio colposo, mentre per i due passeggeri si era avanzata l'accusa di omissione di soccorso.

Il Tribunale dei minorenni aveva concesso ai due ragazzi il perdono giudiziale da tale reato ma i due avevano fatto ricorso in Cassazione contro questa condanna morale. La loro difesa sostenne che, viaggiando come passeggeri a bordo del mezzo, non potevano prevedere (ne' potevano essere ritenuti responsabili) che si potesse verificare l'evento mortale.

Vanificando le loro speranze, la Corte ha tuttavia respinto i ricorsi dei due

ragazzi facendo rilevare che gli stessi viaggiavano con un terzo amico "ben sapendo che la loro presenza comprometteva di molto le condizioni di stabilita' del motoveicolo, rendendole precarie".

Cadendo sopra la donna, non potevano non essersi resi conto che questa aveva riportato dei danni alla persona. Inoltre dandosi alla fuga e non fermandosi per prestare assistenza all'investita, si erano resi colpevoli, anche se perdonati, del reato di omissione di soccorso.

Quindi la Corte insisteva sul fatto che i due, pur essendo solo passeggeri del mezzo investitore, si dovevano fermare per verificare se la donna investita avesse bisogno di soccorso. Non avendolo fatto si erano resi colpevoli di omissione di soccorso.

Normativa sulla conservazione di cellule staminali

Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo - dedicato.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche Sociali del 18.11.09, Gazzetta Ufficiale n. 303 del 31.12.09

Questo decreto si prefigge di dare attuazione alle disposizioni normative vigenti al fine anche di evitare l'adozione di ulteriori misure straordinarie e stabilisce che 1) la conservazione del sangue da cordone ombelicale rappresenta un interesse primario per il Servizio sanitario nazionale ed e'

consentita esclusivamente presso le strutture pubbliche ad essa dedicate e che 2) il Servizio sanitario nazionale garantisce la ricerca ed il reperimento di cellule staminali emopoietiche a scopo di trapianto allogenico presso registri e banche nazionali ed estere.

Il provvedimento stabilisce che non e' consentita la conservazione del sangue cordonale ad uso personale per finalita' diverse dalle seguenti:

- per uso dedicato al neonato con patologia in atto al momento della nascita o evidenziata in epoca prenatale;
- per uso dedicato a consanguineo del neonato con patologia in atto al momento della raccolta o pregressa;

- per uso dedicato nel caso di famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate;

In ogni caso, la conservazione e' consentita per le indicazioni cliniche, per le quali e' consolidato l'uso per il trapianto di cellule staminali emopoietiche, riportate in allegato al provvedimento, che e' previsto venga aggiornato periodicamente.

Non sono escluse eccezioni a queste regole, ma esse devono essere richieste e documentate.

Marco Venuti. Testo integrale su www.medicoeleggi.it



ITALCHIMICI S.p.A.

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



Accertamenti radiologici per la lombalgia: poco utili

La pretesa di effettuare esami radiologici per ogni lombalgia si rivela inutile per la diagnosi, se non effettuata nei tempi giusti

La richiesta immediata di accertamenti radiologici nella lombalgia senza segni di allarme non migliora gli esiti a breve e a lungo termine.

Gli autori di questa revisione sistematica con metanalisi sono partiti dalla constatazione che molti medici prescrivono accertamenti radiologici per i pazienti con lombalgia anche in assenza di anamnesi o segni clinici sospetti per patologie gravi. Si sono quindi proposti di determinare se l'esecuzione immediata di un accertamento radiologico fosse in grado di migliorare gli esiti rispetto al trattamento convenzionale senza radiologia immediata in soggetti con lombalgia e senza sospetto di gravi malattie sottostanti.



Sono stati ricercati RCT che paragonassero le due strategie e che riportassero come esiti primari il dolore o la stato funzionale; altri esiti valutati: la qualità di vita, la salute mentale, la soddisfazione per le cure ricevute. Gli esami radiologici richiesti negli studi erano la radiografia, la TAC o la RMN.

Non si è evidenziata alcuna differenza significativa per quanto riguarda l'esito primario tra le due modalità di trattamento sia a breve termine (3 mesi) che a lungo termine (6-12 mesi).

Anche gli altri outcomes non differivano significativamente. I risultati non erano influenzati dalla qualità dei trials, delle diverse tecniche radiologiche usate, tuttavia l'analisi era limitata dal piccolo numero degli studi disponibili.

Gli autori concludono che richiedere degli accertamenti radiologici nella lombalgia senza che vi siano sospetti clinici particolari non migliora di esiti clinici, per cui i medici dovrebbero

evitare di ricorrere routinariamente a questi esami in soggetti con mal di schiena acuto o subacuto.

Fonte:

Chou R et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009 Feb 7; 373:463-472.

Commento di Renato Rossi

I risultati di questa revisione della letteratura non sorprendono perché già era noto da studi precedenti che gli accertamenti radiologici nella lombalgia non specifica non servono a migliorare la gestione del paziente [1,2]. In effetti le linee guida non consigliano un accertamento immediato, a meno che non vi siano segni o sintomi di una grave patologia sottostante (red flags). Gli esami di imaging possono essere richiesti se la sintomatologia non migliora dopo 30-40 giorni in caso di lombalgia semplice, oppure dopo circa 2-3 settimane in caso di interessamento radicolitico.

Però, è il caso di aggiungere, tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare. Infatti quasi sempre è il paziente che preme già dopo pochi giorni di mancato miglioramento per eseguire un esame radiologico e di solito non si limita a chiedere una semplice radiografia ma una RMN, con la motivazione che la radiografia non è abbastanza performante.

Questo comportamento è dettato in gran parte dal timore di avere una patologia grave come un tumore e comunque dal desiderio di sapere se vi sia o meno un'ernia del disco. Poco importa che il riscontro di ernie discali alla RMN possa essere un semplice

incidentoma, non necessariamente connesso con la sintomatologia attuale, perché questo concetto è molto difficile da spiegare e, soprattutto, da far comprendere al paziente. Riesce difficile per il medico curante opporsi a richieste pressanti, che qualche volta sono avvalorate da una consulenza specialistica. Talora entrano in gioco anche motivazioni di tipo medicolegale ed il timore di aver sottovalutato un quadro clinico potenzialmente grave.

Tutto questo porta a concludere che la pratica clinica spesso si deve discostare dalle evidenze degli RCT, ma non è detto si tratti sempre e comunque di un risvolto negativo. Qualche volta negoziare con il paziente gli accertamenti da eseguire e prestarsi a rischieste apparentemente poco congrue può significare un rafforzamento della relazione ed un aumento della fiducia verso il medico che può portare, nel lungo periodo, a maggiori benefici di quanto non porterebbe un'obbedienza rigida ai dettami dell'EBM.

Ovviamente è compito del sanitario spiegare chiaramente che con ogni probabilità l'accertamento radiologico non servirà a cambiare la strategia terapeutica né a migliorare la prognosi, ma il tutto dovrà essere fatto con atteggiamenti flessibili e personalizzati. Vi sono infatti soggetti che, di fronte ad una spiegazione chiara e completa, si tranquillizzano e sono disposti ad aspettare l'evoluzione spontanea della lombalgia ed altri ai quali questo può non bastare e ripetute rassicurazioni sono del tutto inutili. In questi casi un comportamento eccessivamente rigido può portare addirittura a rottura della relazione.

Referenze

1. JAMA. 2003 Jun 04; 289:2810-2818
2. Radiology 2005 Nov; 237:597-604.

Lo studio COGENT assolve l'associazione di Clopidogrel/IPP

Non risulta l'aumento del rischio cardiovascolare, come avevano fatto sospettare alcuni precedenti studi

I risultati dello studio COGENT suggeriscono che l'associazione clopidogrel/PPI non comporta un aumento del rischio di eventi cardiovascolari rispetto al solo clopidogrel.

Al meeting 2009 del TCT (Transcatheter CV Therapeutics) sono stati presentati i risultati dello studio COGENT, uno studio in fase 3 in cui veniva paragonata l'associazione clopidogrel 75 mg/omeprazolo 20 mg a clopidogrel 75mg/placebo. Il follow up previsto era di 12 mesi. L'uso del clopidogrel era legato al fatto che i pazienti arruolati avevano avuto un infarto miocardico ad ST elevato, una sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento di ST oppure erano stati sottoposti ad impianto di stent coronarico. Lo studio doveva arruolare circa 5.000 pazienti, ma è stato interrotto anticipatamente per fallimento della ditta che lo sponsorizzava, quando aveva arruolato 3627 pazienti. Il follow up medio è stato di 133 giorni (massimo 362 giorni).

L'analisi dei dati ha evidenziato che l'associazione dell'omeprazolo al clopidogrel non era gravata da un aumento degli eventi cardiovascolari: gli eventi cardiovascolari totali sono stati 69 nel gruppo clopidogrel/omeprazolo e 67 nel gruppo clopidogrel/placebo

(differenza non significativa). Anche gli infarti miocardici (36 versus 37) e le rivascolarizzazioni (69 versus 67) non differivano tra i due gruppi.

Per contro l'omeprazolo comportava una riduzione del rischio di eventi gastrointestinali (38 versus 67; p = 0,007).

Fonte:

Transcatheter CV Therapeutics meeting 2009. San Francisco, settembre 2009

Commento di Renato Rossi

Studi osservazionali e di laboratorio avevano fatto nascere il sospetto che i PPI associati al clopidogrel potessero ridurre l'efficacia dell'antiaggregante e comportare un aumento del rischio trombotico, tanto che sia la FDA che l'EMA avevano emanato un "warning". Tuttavia recentemente il

Lancet aveva pubblicato anticipatamente dei lavori che sembravano assolvere i PPI [1].

Arrivano ora i risultati dello studio COGENT, il primo di tipo randomizzato e controllato che abbia paragonato clopidogrel/PPI al solo clopidogrel. Sebbene lo studio sia stato interrotto anticipatamente i risultati sono degni di nota e assolvono l'associazione.

Anche ammettendo che in vitro gli inibitori di pompa protonica riducano l'attività antiaggregante del clopidogrel, questo non si traduce in un aumento degli eventi cardiovascolari, degli infarti e delle rivascolarizzazioni.

Per contro si ha una riduzione degli eventi gastrointestinali. I dati derivanti dagli studi randomizzati e controllati sono, in generale, più attendibili di quelli degli studi osservazionali e quelli del COGENT sono tranquillizzanti.

Rimane da stabilire se il risultato del COGENT sia automaticamente trasferibile anche a PPI diversi dall'omeprazolo e ad antiaggreganti diversi dal clopidogrel (per esempio il prasugrel). Secondo gli esperti che hanno commentato il trial a San Francisco non ci dovrebbero essere motivi perché altri PPI e altre tienopiridine si comportino diversamente.

Referenze

- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4775>

Screening del cancro ovarico: contrordine!

Poche le diagnosi utili, molti i falsi positivi

Nessuna conferma sulla sopravvivenza

Lo studio americano PLCO mostra che lo screening del cancro ovarico non è in grado di scoprire tumori in stadio iniziale, a prezzo di un elevato numero di falsi positivi.

Sono stati pubblicati i risultati dei primi 4 anni di screening del cancro ovarico dello studio randomizzato e controllato noto come PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening). Il riscontro di un CA 125 superiore a 35 U/mL oppure un'ecografia transvaginale anormale venivano considerate come test di screening

Fonte:

Partridge E et al for the PLCO Project Team. Results From Four Rounds of Ovarian Cancer Screening in a Randomized Trial. Obstetrics & Gynecology 2009 Apr; 113: 775-782

Commento di Renato Rossi

E' ancora fresco di stampa lo studio inglese UKCTOCS [1] e già ne viene pubblicato un altro (il PLCO) che mostra risultati del tutto opposti. Nello studio inglese, su oltre 20.000 donne randomizzate, si è visto che circa la metà dei tumori ovarici diagnosticati tramite lo screening



risulta essere in stadio precoce, quando le probabilità di un intervento chirurgico radicale sono maggiori. Nello studio americano, per contro, più del 70% dei casi scoperti con lo screening era in stadio avanzato, quindi con poche possibilità di intervento.

positivo, meritevole di ulteriori approfondimenti.

Fra le 34.261 donne arruolate nel braccio screenato la compliance verso lo screening andava dall'83,1% del primo anno al 77,6% del quarto. Sono stati diagnosticati 89 tumori ovarici invasivi oppure tumori peritoneali; di questi 60 sono stati scoperti con lo screening. Il 72% dei casi scoperti dallo screening era in stadio avanzato (III-IV).

Inoltre si sono riscontrati numerosi casi di falsi positivi sottoposti inutilmente ad intervento di ovariectomia. Per esempio sono state sottoposte al primo screening 28.746 donne, di queste 1675 (5,8%) risultarono positive ad uno o ad entrambi i test; sono state necessarie 566 biopsie (33,8% dei casi positivi), ma tumori maligni sia invasivi che di aggressività limitata sono stati riscontrati solo in 27 casi (4,8% delle biopsie) mentre i tumori invasivi sono stati solo 18 (3,2% delle biopsie).

Al quarto anno sono state sottoposte allo screening 25.423 donne, 1148 (4,5%) erano positive, le biopsie eseguite sono state 158 (13,8% dei casi positivi), i tumori 15 (9,5% delle biopsie) e i tumori invasivi 15 (9,5% delle biopsie).

Per di più lo studio PLCO mostra che lo screening è gravato da una elevata percentuale di falsi positivi: basti pensare che tumori invasivi sono stati riscontrati solo nel 3,2% delle biopsie eseguite al primo screening.

Qualcosa meglio va al quarto anno di screening, quando la percentuale di tumori invasivi sale al 9,5% delle biopsie eseguite, forse per un maggior affinamento degli approfondimenti diagnostici nei casi con test iniziali positivi.

Dati così contrastanti devono poi essere aggiunti al fatto che, per il momento, non sappiamo se lo screening sia in grado di ridurre la mortalità da cancro ovarico. Per questo dovremo aspettare che gli studi in corso siano terminati.

Per il momento è quindi giocoforza concludere che lo screening del cancro ovarico non trova ancora applicazione pratica.

Referenze

- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4558>

Ampliata l'assistenza ai disabili

Estese le norme sul congedo parentale

Il paziente affetto da grave disabilità ha diritto all'assistenza da parte dei figli, che possono usufruire anch'essi del congedo parentale previsto dalla legge per altre categorie.

E' stato stabilito dalla Corte Costituzionale (sent. n. 19/2009).

Finora il diritto al congedo biennale retribuito (art. 42, D. lgs. 151/2001) era riconosciuto solo al coniuge o al genitore della persona con handicap grave; poteva aversi l'estensione di tale diritto a un fratello ma solo subordinatamente all'invalidità o al decesso dei genitori e accordata solo se tale fratello era convivente. Erano esclusi, da tale diritto, i figli conviventi. Nel caso di malati anziani, evidentemente, l'assistenza da parte dei figli era l'evenienza più comune, trattandosi spesso di soggetti

rimasti soli. I figli conviventi, pur disponibili ad accudirli ne erano spesso impediti dalle esigenze lavorative non eludibili.

Recentemente la Corte Costituzionale ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 nella parte in cui non include nel novero dei soggetti legittimati a fruire del congedo ivi previsto il figlio convivente, in assenza di altri soggetti idonei a prendersi cura della persona in situazione di disabilità grave". Così il figlio convivente può usufruire del congedo parentale fino a due anni, seppure per una sola volta nella vita.

Nel colon irritabile utili gli antidepressivi e la psicoterapia ma su un paziente ogni quattro

Secondo una revisione sistematica sia gli antidepressivi che la psicoterapia risultano efficaci nel colon irritabile, anche se la qualità degli studi è migliore per l'approccio farmacologico.

Fonte: Ford AC et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Gut. 2009 Mar;58:367-78.

Questa revisione sistematica con metanalisi ha valutato l'efficacia degli antidepressivi versus placebo e della terapia psicologica versus terapia usuale o terapia di controllo nel colon irritabile.

L'end-point primario era la persistenza dei sintomi dopo il trattamento. La ricerca, condotta fino a studi pubblicati nel maggio 2008, ha permesso di identificare 32 RCT: 19 sulla psicoterapia, 12 sugli antidepressivi. In un RCT sia la psicoterapia che gli antidepressivi sono stati paragonati al placebo.

La qualità degli studi è stata giudicata generalmente buona per gli antidepressivi, povera per i trials sulla psicoterapia.

Gli antidepressivi si sono dimostrati più efficaci del placebo e l'effetto era simile per triciclici e SSRI. Anche le terapie psicologiche si sono dimostrate efficaci.

In entrambi i casi il numero di pazienti che è necessario trattare per ottenere un miglioramento dei sintomi è 4.



Commento di Renato Rossi
Il colon irritabile è un disordine di tipo funzionale di difficile trattamento. Secondo la revisione sistematica recensita in questa pillola risultano efficaci sia i farmaci antidepressivi che la psicoterapia. Per quest'ultima esistono studi di qualità non elevata, ma gli autori concludono che, stando ai dati disponibili, l'efficacia dei due approcci è probabilmente simile. Per il medico pratico risulta comunque più

semplice prescrivere un antidepressivo, mentre la psicoterapia può essere un'alternativa nei casi che non rispondono.

Oltre agli antidepressivi sono ampiamente usati altri farmaci (per esempio antispastici, antidiarroidici) e fibre, come si è già detto in una pillola precedente che ha ampiamente trattato il tema ed alla quale si rimanda [1].

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4355>

Nuove acquisizioni sul BMI e mortalità' Dannosa l'obesità' come l'eccessiva magrezza

L'obesità risulta associata ad un aumento della mortalità generale, ma anche un BMI inferiore a 2,5 kg/m2 porta ad un eccesso di mortalità, soprattutto per patologie di tipo respiratorio.

Fonte: Lancet 2009 Mar 28; 373:1083-1096.

Commento di Renato Rossi

In questa analisi sono stati considerati 57 studi osservazionali prospettici a lungo termine, per un totale di quasi 900.000 partecipanti, la maggior parte europei o statunitensi. Il 61% dei soggetti arruolati negli studi era di sesso maschile e l'età media era di 46 anni. L'analisi dei dati è stata aggiustata per fattori di confondimento come l'età, il sesso, il fumo e il titolo di studio; inoltre si sono esclusi i primi 5 anni di follow-up per evitare nessi del tutto casuali. In entrambi i sessi la mortalità è risultata più bassa per valori di BMI compresi tra 22,5 e 25 kg/m2.

Per ogni aumento di 5 punti di BMI la mortalità totale aumentava del 30%.

Più specificamente aumentava del 40% la mortalità vascolare, del 60-120% quella associata a diabete, patologie renali ed epatiche, del 10% quella neoplastica e del 20% quella respiratoria. Anche per valori di BMI inferiori a 22,5 kg/m2 si è registrato un aumento della mortalità, soprattutto per patologie di tipo respiratorio e per cancro polmonare. Questa associazione risultava evidente in special modo nei fumatori.

Gli autori concludono che, anche se altri parametri (per esempio la circonferenza addominale) possono aggiungere ulteriori utili informazioni al semplice calcolo del BMI, quest'ultimo da solo è un predittore forte della mortalità totale.

Per valori di BMI di 30-35 kg/m2 la sopravvivenza media si riduce di circa 2-4 anni; per valori di 40-45 kg/m2 si riduce di circa 8-10 anni (effetto paragonabile a quello del fumo).

L'eccesso di mortalità osservato per BMI inferiori a 22,5 kg/m2 non ha una spiegazione univoca.



Che l'obesità fosse associata ad una riduzione dell'aspettativa di vita era noto. Il pregio di questa analisi di ben 57 studi prospettici a lungo termine è di quantificare tale aumento. L'aspettativa di vita si riduce di 2-4 anni per obesità medio-gravi, ma di ben 8-10 anni nelle forme molto gravi.

Si dovrebbe quindi fare ogni sforzo anzitutto per informare i pazienti obesi che la riduzione del peso corporeo è un obiettivo prioritario. Purtroppo il trattamento dell'obesità è molto difficile e risulta

frustrante per i medici e, soprattutto, per i pazienti. I farmaci sono solo una risposta parziale, portano a perdite di peso modeste e spesso non durature, oltre ad avere effetti collaterali.

Un corretto stile di vita (alimentazione, attività fisica) resta l'arma principale, ma riesce molto difficile da far mettere in pratica, soprattutto nel lungo periodo.

Nelle forme gravissime di obesità buoni risultati, sia in termini di calo ponderale che di riduzione dei fattori di rischio, si possono ottenere con la chirurgia bariatrica.

La via più importante rimane comunque la prevenzione che si dovrebbe attuare già dai primi anni di vita.

Questo presuppone una complessa strategia che parte dalla corretta informazione alimentare ai genitori per arrivare a programmi educativi rivolti ai bambini ed ai giovani.

Molto facile scriverlo, più arduo da tradurre nella pratica.

Risparmiare sulla sanità' non significa ridurre in modo acritico le prestazioni assistenziali!

Sono appena rientrata da un congresso il cui argomento era: "Il Ruolo del farmaco nel disease management della cronicità". Il Disease management è un processo che porta ad una riduzione dei costi sanitari e/o al miglioramento della qualità della vita nei pazienti con malattie croniche, tramite la prevenzione e la riduzione d'intensità di sintomi invalidanti associati a tali patologie, nonché alla prevenzione della complicità.

Applicando i programmi del disease management -che vede l'intervento di diverse professionalità in ambito sanitario ed economico-è possibile contrastare l'interruzione immotivata di terapie (dai costi sociali elevatissimi) o la deviazione dalle linee guida e supportare l'appropriatezza di un sistema sanitario che incontra sempre maggiori limitazioni di carattere economico.

Risparmiare significa investire.

Investire sulla salute della popolazione che invecchia. Investire sulla ricerca, su discipline innovative, quali la farmacogenetica che suscita grandi aspettative in merito a terapie farmacologiche personalizzate. In Italia il 70% della ricerca farmaceutica è finanziata dall'industria, che legittimamente, a fronte di ingentissimi e rischiosissimi investimenti economici nel lungo periodo, ha degli obiettivi commerciali.

Il 30% è ricerca indipendente che dovrebbe avere come scopo l'autonomia di progettazione, di gestione, di coordinamento e di pubblicazione dati ed è comunque, in parte, finanziata con il 5 per mille del fatturato delle industrie farmaceutiche, versato all'AIFA per sovvenzionare tale ricerca.

Il passaggio non merita commenti.

Siamo anche il fanalino di coda per quanto riguarda le sperimentazioni cliniche, in materia di farmacologia. A fronte di un elevatissimo numero di ricercatori e cervelloni (siamo il paese che ne esporta di più al mondo), ci scontriamo con una cronica carenza di investimenti e con un eccessivo e paralizzante carico di burocrazia: chi sa che in Italia ci sono ben ventuno Comitati Etici ognuno con il suo protocollo, le sue procedure i suoi tempi di autorizzazione alle sperimentazioni (non meno di un anno), i suoi costi elevatissimi. In tutto questo contesto il grande ed inutilizzato patrimonio rappresentato dai medici di medicina generale in Italia, che non viene coinvolto, quanto dovrebbe, in merito alla sperimentazione farmacologica, né

supportato tecnologicamente ed economicamente per l'immane e preziosissimo lavoro che svolge in materia di raccolta dati, monitoraggio delle patologie, utilizzo ed efficacia dei farmaci, rapportati alla vita quotidiana.

Conclusione: il farmaco, non è un elemento generico e routinario del processo terapeutico, ma un potente strumento specifico nelle mani del medico, in grado di condizionare fortemente l'esito del suo intervento sulla malattia e capace, se correttamente ed intelligentemente usato, di ottimizzare gli esiti socio-economici della stessa, andando ad agire sull'invalidità e la cronicità abbattendo così i costi delle ospedalizzazioni e sull'assistenza sociale nel lungo termine.

Tutto questo stride con la miope politica del risparmio che da qualche anno a questa parte si sta attuando in Italia e che non porta altro che all'aumento dei costi globali: mi viene in mente un vecchio lavoro, indipendente ci tengo a precisarlo, fatto dal reparto di gastroenterologia dell'Università di Pisa sull'aumento di numero totale di gastroscopia e colonoscopia, dopo che si è introdotto l'uso bulgaro di un solo farmaco come inibitore di pompa, oppure la delibera sull'appropriatezza prescrittiva (quale?) dei farmaci e i codici di valorizzazione (notate il senso dell'umorismo di chi ha suggerito questo provvedimento) a cui fortunatamente abbiamo avuto il coraggio, noi medici di medicina generale, di disattendere.

Anche se mi amareggia che il Tar, proprio in questi giorni abbia dato torto allo Smi che ha ricorso contro la delibera adducendo il fatto che una regione sottoposta a piano di rientro può chiedere ragione al medico del perché prescrive un farmaco generico al posto del griffato.

Ma di cosa stiamo parlando? Probabilmente dovrò spiegare alla signora Maria, che per volontà di qualche assessore di turno, dovrò sostituirla la scatola rossa delle pillole per la pressione che prende da anni e che "dottoressa mi fanno tanto bene" con altro, che forse (ho qualche dubbio) farà risparmiare la regione, ma che certamente non valorizzerà me come medico.

In barba alla farmacogenetica che studia le terapie farmacologiche personalizzate.

Giuseppina Onotri

A.M.I.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272

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

E-mail SIAMEG@tin.it

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

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

CHIEDE

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

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

Settori dal n° 11 al 15 € 60,00 annue

SOCIO SOSTENITORE: tutti i settori € 200,00

DICHIARA che l'iscrizione

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

DATA FIRMA

Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale: SI

NO

LEGGE 675/96 : ai sensi della Legge 675/96, presto il mio consenso a che

l'AMI utilizzi i miei dati personali.

FIRMA

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.

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it

Corso di Aggiornamento per i Medici 2010



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

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it

FORUM per MEDICI, BIOLOGI e FARMACISTI

POLMONE & INFEZIONI

Ed. 0 : Giovedì 1-15-29 Aprile 2010 (h.8.00-14.15)

Ed. 1 : Sabato 8-15-22 Maggio 2010 (h.8.00-14.15)

Ospedale Alato Materno (Aula Alibeggiani) Via Lancia di Brolo 11 - Palermo

Prot. ECM n. 5298/10008524 Crediti ECM in fase di valutazione

"Novità in tema di: Trattamento delle Patologie vascolari"

dal 06 Marzo 2010 al 20 Marzo 2010 dalle ore 19.30 alle ore 22.30

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

Prot. ECM n. 5298/10015180

Crediti ECM: in fase di valutazione

Programma

Giovedì 06 Maggio
Ore 19.30-22.30

TRATTAMENTO CHIRURGICO MENO-INVASIVO DELLE VARICI E DELLE ARTERIOPATIE OSTRUTTIVE
Presentazione casi clinici
Discussione temi trattati
Relatore: **Prof. Maurizio Palombi**

Giovedì 13 Maggio
Ore 19.30-22.30

NOVITÀ DEL TRATTAMENTO DEGLI ANEURISMI DELL'AORTA
Presentazione casi clinici
Discussione temi trattati
Relatore: **Prof. Bruno Salvati**

Giovedì 20 Maggio
Ore 19.15-22.30

RUOLO DEL CHIRURGO VASCOLARE NEL WOUND CARE E POSSIBILITÀ DI COLLABORAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
Presentazione casi clinici
Discussione temi trattati
Test finale
Relatore: **Prof. Maurizio Palombi**

PRIMA GIORNATA

M. NOTO - *Primario Emerito di Pediatria*

Biopatologia delle infezioni polmonari - Casi clinici - Discussione

F. SCARLATA - *Professore Aggregato di Malattie Infettive Università di Palermo*

Le polmoniti - Discussione

M. NOTO - *Primario Emerito di Pediatria - Palermo*

La bronchiolite: gestione ambulatoriale e ospedalizzazione - Casi clinici - Discussione

SECONDA GIORNATA

A. ROMANO - *UO Malattie Infettive Ospedale dei Bambini - Palermo*

TBC: da infezione riemergente ad emergenza sanitaria

Casi clinici - Discussione

ML. FURNARI - *Centro Riferimento Fibrosi Cistica - Ospedale dei Bambini di Palermo*

La fibrosi cistica e le pneumopatie correlate - Casi Clinici - Discussione

CASI CLINICI INDIMENTICABILI - Discussione interattiva

TERZA GIORNATA

C. MAMMINA - *Professore Associato di Igiene - Università di Palermo*

Virus influenzali e polmonite: quale futuro? - Casi clinici - Discussione

G. VIANI - *Responsabile Radiologia Alato Materno - Palermo*

Flogosi, atelectasia o neoformazione? Pillole di diagnosi in imaging - Casi clinici - Discussione

S. CARACAPPA - *Direttore Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia*

Carbuncolo polmonare: dal bioterrorismo al focolaio zoonotico di Sciacca

- Casi clinici - Discussione

Test di valutazione dell'apprendimento

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/Giov. 10⁰⁰-21⁰⁰

Tel: 06/4746344 fax 06/4871092 E mail: siameg@tin.it

La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti

Quota di iscrizione: € 90,00 + iva

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

ISCRIZIONE (€ 50,00) - PER INFORMAZIONI:

DOTT. DOMENICO PUGLIESE

Tel. 091.6554061 - 320.8587222 - 328.3685937

ACCREDITAMENTO ECM IN CORSO (ai precedenti forum attribuiti da 9 a 12 crediti formativi)

Farmaci Generici: una questione ancora irrisolta

Sotto la spinta di imperativi di ordine economico (Legge 405 del 2001 e successivi decreti) si è potuto assistere negli ultimi anni ad una rapidissima evoluzione nel settore dei farmaci generici con un forte incremento nel numero di AIC per i generici di uno stesso farmaco.

Secondo la WHO i farmaci generici sono medicinali a base di uno o più principi attivi, prodotti industrialmente, e non più soggetti alla copertura brevettuale.

I generici sono bioequivalenti rispetto alle specialità medicinali già autorizzate, contengono cioè gli stessi principi attivi, nella stessa concentrazione del farmaco di riferimento, con la stessa forma farmaceutica ma in molti casi differiscono nelle indicazioni terapeutiche, ricostituzione, posologia, conservazione.

Infatti uno studio sperimentale condotto dalla farmacia ospedaliera del Policlinico Universitario Agostino Gemelli della U.C.S.C. ha valutato le differenze di indicazioni terapeutiche tra le schede tecniche dei generici e i corrispondenti *branded*.

Le analisi effettuate hanno dimostrato che in diversi casi i farmaci *branded* non possono essere integralmente sostituiti con i corrispondenti generici come da comune pratica in farmacia.

Da tale studio si evince che le principali discordanze tra generico e *branded* corrispondente sono risultate a carico delle indicazioni terapeutiche (80 % dei casi), altre discordanze sono risultate essere a carico della ricostituzione (12 %), la conservazione (6 %), e la posologia per il restante 2 %.

Nella tabella seguente sono riportati un campione dei casi di differenza tra farmaci *branded* e generici di largo uso come calcitriolo, bromazepam, atenololo e naprossene, che dimostra l'attualità e l'importanza del problema della sostituibilità con i farmaci generici da parte del farmacista.

Il problema della sostituibilità tra farmaco *branded* e generico consiste nel fatto che al momento della dispensazione da parte del farmacista di un qualunque farmaco generico del corrispondente *branded*, se le indicazioni terapeutiche non sono sovrapponibili, con questo atto si dà seguito a una modifica off-label della prescrizione non sottoposta e non sottoponibile al vaglio del medico ne del paziente che lo riceve.

A tal proposito ricordiamo che secondo la Legge 94/98 l'uso del farmaco con una indicazione diversa da quella autorizzata e presente in scheda tecnica può essere attuata solo dal medico dopo avere informato il paziente e averne ottenuto il consenso, con una assunzione di responsabilità da parte del medico espressa esplicitamente in forma scritta, con il sostegno della letteratura scientifica pubblicata su riviste internazionali avente un impact factor rilevante etc.

Quindi al momento della dispensazione di un generico senza l'indicazione terapeutica per la patologia per la quale il medico l'ha prescritta si realizza da parte del farmacista un venire meno alla suddetta legge con le appropriate sanzioni che ne possono derivare.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte si può concludere che al momento dell'approvvigionamento dei medicinali generici da parte del farmacista la scelta deve essere non solo di ordine economico ma anche (e soprattutto) rispettando la sovrapponibilità delle indicazioni terapeutiche tra generico e *branded* così come dispone la Legge vigente.

Giovanni Peliti

Specialità Medicinale o Generico

Rocaltrol 0,25 mcg e 0.05 mcg

Calcitriolo TEVA 0,25 mcg e 0.05 mcg

Lexotan

Bromazepam TEVA

SYNFLEX - SYNFLEX FORTE 550

Naprossene 275 mg e 550 mg Pliva

Tenormin

Atenololo RATIOPHARM

Indicazioni Terapeutiche

Osteodistrofia renale in pazienti con insufficienza renale cronica, in particolare in quelli sottoposti ad emodialisi. Ipoparatiroidismo, di tipo sia idiopatico che chirurgico. Pseudoipoparatiroidismo. Rachitismo ipofosfatemico vitamina D-resistente. Rachitismo familiare vitamina D pseudodipendente. Osteoporosi postmenopausale: la diagnosi differenziale dovrà accuratamente escludere condizioni che presentano sintomatologie a carico dello scheletro similari, quali il mieloma multiplo e le osteolisi tumorali, per le quali il trattamento con Rocaltrol non è indicato.

Trattamento di pazienti con osteodistrofia renale al fine di correggere l'anormale metabolismo di calcio e fosfato.

Disturbi emotivi. Stati di tensione e di ansia, senso di insicurezza e paure immotivate anche accompagnate da manifestazioni depressive, nervosismo, agitazione, difficoltà di contatto ed insonnia. Disturbi psicosomatici e funzionali dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, dell'apparato gastrointestinale, dell'apparato genito-urinario, cefalea da tensione. Reazioni emotive ad una malattia organica cronica.

Disturbi d'ansia. Insonnia

Trattamento delle manifestazioni dolorose, dovute ad affezioni muscoloscheletriche od ad interventi chirurgici ed odontoiatrici. È inoltre indicato nella dismenorrea e nelle emicranie.

Trattamento dell'artrite reumatoide, dell'osteoartrosi, dell'artropatia gottosa e nelle varie forme di reumatismo extraarticolare, quali le lombosciatalgie, mialgie, neuralgie.

Iperensione arteriosa, compresa quella di origine renale. Angina pectoris. Aritmie. Intervento precoce nell'infarto miocardico acuto.

Iperensione arteriosa, compresa quella di origine renale; angina pectoris; aritmia tachicardica.

A cura di Navigator (A. Ciammaichella)

CUORE E TURISMO

Altitudine e sport invernali oltre 1.000 metri: sono consentiti anche al cardiopatico con pace-maker o defibrillatore, purchè abbia svolto in precedenza un ALLENAMENTO FISICO e sia di età non avanzata, e che abbia una pressione arteriosa ben controllata. Sono ovviamente controindicati in caso di ipertensione arteriosa importante, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, notevole obesità, mancanza di allenamento.

Nei viaggi all'estero selezionare le località facili da raggiungere e con situazione logistiche adeguate al proprio stato di salute: ascensore, strade in pianura, transfer motorizzati. Evitare i climi molto freddi. Il paziente con pace-maker o defibrillatore non dimentichi il tesserino internazionale: se non lo ha lo richieda al suo Centro di controllo. Se si è stanchi, rinunciare all'escursione programmata e riposarsi in albergo. Portare con sé un certificato medico (possibilmente in inglese) con la patologia di base e la terapia in corso. In caso di imprevisti, contattare per telefono o per e-mail il proprio Medico di fiducia. Al ristorante evitare pasti abbondanti e superalcolici.

AGGIORNAMENTI CARDIOLOGICI: IL DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE

La Cardiopatia ischemica soprattutto e l'Ipertensione possono sfiancare il cuore e causarne lo scompenso: meno spesso in causa le miocardiopatie, le valvulopatie e le cardiopatie congenite. Diagnosi soprattutto clinica con una visita medica "completa" e poi strumentale, soprattutto con l'ecocardiogramma che valuta le dimensioni del cuore, lo spessore delle pareti, la funzionalità delle valvole e la funzione di pompa.

Oggi poi tutti i laboratori di analisi sono in grado di dosare i Peptici natriuretici (BNP) che aumentano quando il cuore è sottoposto a stress funzionale.

La moderna tecnologia ci offre ora il DEFIBRILLATORE AUTOMATICO IMPIANTABILE (DAI). Le aritmie ventricolari possono essere interrotte con la "defibrillazione elettrica": con essa la corrente elettrica (shock) può essere applicata sul torace o direttamente nel cuore. E' questo il DAI, non doloroso né avvertito dal paziente. Oltre che nella fibrillazione e nella tachicardia ventricolare esso può intervenire anche quando la frequenza è troppo bassa. Nei primi 3 - 6 mesi dall'impianto è bene evitare di guidare l'auto.

QUALE DIETA PER IL CIRROTI-CO?

La cirrosi epatica non richiede sempre una dieta restrittiva. Sono frequenti anoressia, nausea, vomito, sazietà precoce, alterazione del gusto, malassorbimento, che espongono al rischio di

malnutrizione. Tutto ciò richiede un'aumentata ingestione di proteine e di calorie totali.

In particolare, se non vi è encefalopatia, sono consigliabili carboidrati complessi (pane, pasta), pochi zuccheri semplici a rapido assorbimento. Restrizione di sodio in caso di edemi e/o di ascite. Se invece è comparsa un'encefalopatia cronica sono necessarie una restrizione proteica ed una dieta parzialmente vegetariana con alto apporto di fibre alimentari e di integratori.

In quest'ultimo caso poi sono utilissimi, per fleboclisi, gli AMINOACIDI RAMIFICATI (valina, leucina, isoleucina) che nella cirrosi sono diminuiti, mentre sono aumentati gli aminoacidi aromatici (fenilalanina, tiroxina, triptofano). I ramificati - metabolizzati solo nei muscoli - hanno il vantaggio di favorire la formazione di glutamina, che è un trasportatore di ammonio: ne derivano diminuzione dell'ammoniemia e minor possibilità di sviluppare l'encefalopatia.

NECROSI TUBULARE ACUTA

E' la forma "RENALE" più frequente dell'Insufficienza renale acuta.

Si distinguono: 1) forma ischemica, dovuta ad Ipotensione arteriosa; 2) forma nefrotossica, che può essere esogena ed endogena; a) della forma esogena sono responsabili gli ACE-inibitori i FANS ed ancora ipovolemia, preesistente insufficienza renale, scompenso cardiaco, diabete mellito complicato, cirrosi epatica, alcuni antibiotici, ed i mezzi di contrasto iodato; b) la forma endogena è dovuta ad emoglobinuria, mioglobulinuria, proteine intratubulari (da mielosa) e i cristalli di acido urico e di ossalato.

IPEROMOCISTEINEMIA

Causa attivazione piastrinica e della cascata emocoagulativa: ne è favorita la TROMBOSI. Essa interagisce con i fattori di rischio circolatori cui spesso si associa: fumo, diabete, obesità, ipertensione, abuso di caffè. Ma è causa o semplice marker di patologia cardiovascolare? Sui suoi rapporti col diabete mellito è stato condotto uno studio su 200 esaminandi, diabetici e non: ne è risultato che la Retinopatia diabetica proliferante compare solo se l'omocisteinemia è elevata, mentre manca se essa è normale.

Causa una tossicità sistemica con "omocisteinizzazione" delle proteine. Va ricercata - eventualmente prima e dopo carico con metionina - quale screening per la trombofilia.

Si distinguono due forme fondamentali. Iperomocisteinemia maggiore con

tromboembolie soprattutto venose, in età non avanzata. E una forma minore con lesioni aterosclerotiche: ictus, cardiopatia ischemica, nefropatia vascolare, arteriopatie periferiche. Terapia: acido folico, vitamina B 6 e B 12.



MALATTIE RARE: UNA RIFLESSIONE

Ne esistono tutt'oggi più di 6.000, in gran parte correlate con errori genetici. Sono quasi tutte malattie croniche, molto frequenti anche in età pediatrica, che per lo più non hanno una terapia specifica

veramente efficace e, nel caso questa sia disponibile, si tratta di una terapia "a vita" con conseguenze cliniche, sociali e psicologiche facilmente immaginabili.

Per queste affezioni vi è assoluta necessità di "FARE INFORMAZIONE" a diversi livelli: Medici specialistici e di Medicina generale, famiglia, scuola, popolazione in senso lato. Si devono mettere a loro disposizione gli ultimi aggiornamenti sulla diagnosi e sulla terapia, onde migliorare la qualità della vita. Particolari problemi sono sollevati quando esse colpiscono i bambini, specie i più piccoli.

DABIGATRAN, L'ULTIMO ANTICOAGULANTE ORALE

Lo "studio Re-Ly", la più grande ricerca mai realizzata sulle conseguenze della fibrillazione atriale (FA) - che ha coinvolto 18.000 pazienti di 44 nazioni - è stato finalmente portato a termine. Le conclusioni. Oltre i 40 anni una persona su 4 presenterà nel corso della vita un episodio di FA: questa è presente nel 4% degli ultrasessantenni e nel 10% degli ultraottantenni.

La complicanza più temibile, come è noto, è l'EMBOLIA CEREBRALE con ictus. Ma sono state segnalate anche forme minori di microembolie subcliniche, causa di demenza nei fibrillanti cronici. Dallo studio suddetto è emerso che il nuovo anticoagulante orale, il Dabigatran, è risultato più maneggevole e sicuro rispetto al warfarin.

CIRCONFERENZA DEL PUNTO VITA

Lo studio Attica, condotto in Grecia su oltre 3000 persone seguite per 5 anni, ha dimostrato che il fattore di rischio per l'Ipertensione - a prescindere da età, sesso, fumo, dieta, sedentarietà, glicemia, markers di flogosi - è la circonferenza del punto vita.

Senza poi dimenticare che, di tutto il grasso addominale, quello più aterogeno è il GRASSO VISCERALE, ed ancor di più quello contenuto nel me-

sentere e nel grande omento: per quantificarlo con precisione si deve ricorrere alla TAC o alla RMN.

DISTRESS E RADICALI LIBERI

La risposta allo stress si attiva lungo l'asse neuroendocrino, mediata dai neurotrasmettitori e dai neuroormoni. Lo stress buono (eustress) ottimizza la nostra capacità di reazione agli stimoli, lo stress cattivo (distress) nuoce alla salute psico-fisica. Circa la provenienza, gli stress si distinguono in endogeni (la paura, le relazioni con gli altri...) ed esogeni. Questi ultimi comprendono i ben noti fattori di rischio circolatori, quali fumo, alcool, alimentazione sbagliata, sedentarietà, abuso di farmaci, inquinamento.

Un posto di rilievo merita lo STRESS OSSIDATIVO, correlato con i radicali liberi. Respirando introduciamo ossigeno: il 95% viene utilizzato per la produzione di energia (ATP), il 5% dà origine, appunto, ai radicali liberi, elementi instabili (l'elettrone spaiato nell'ultima orbita), che figurano tra i più rilevanti fattori di rischio per le più varie patologie: dall'Alzheimer all'Aterosclerosi e allo Stroke, dal Diabete all'Infarto miocardico e al Parkinson, dall'Obesità alla Pancreatite e alla Cataratta, dall'Artrite reumatoide al Morbo di Chron e al Cancro.

MISCELLANEA

CA-19-9 E PANCREAS. Questo anticorpo monoclonale pancreas-associato non è sempre attendibile per la diagnosi: spesso non è aumentato nel CANCRO localizzato, ed inoltre può elevarsi nei tumori non pancreatici e nelle flogosi gastroenteriche (caso di osserv. pers.).

CATECHINE E RENI. Sono antiossidanti naturali. Le sostanze ossidanti favoriscono l'insufficienza renale dovuta alla MIOGLOBINURIA nella RABDOMIOLISI: le catechine riducono questa azione lesiva della mioglobina.

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA. Nell'Ospedale San Giovanni sono stati inaugurati i dispositivi di TELEFONIA FISSA e MOBILE, come gli Ip-Phone e i cellulari: il Medico può aggiornarsi sul paziente anche se non è sul suo posto. La cartella clinica non sarà più necessaria. E' questa la Telemedicina.

NEFROPATIA IPERTENSIVA. Dovuta a sclerosi ialina delle arteriole renali. Nell'anziano angiosclerotico ha decorso lento. Nel giovane complica l'Ipertensione arteriosa, specie quella da ARTERITI AUTOIMMUNI.

EDEMA POLMONARE DA ENDOTELINA. L'edema polmonare acuto, oltre che da crisi ipertensiva o da "edemi di ritorno", può essere dovuta all'Endotelina, aumentata



nell'insufficienza cardiaca: la vasocostrizione da essa provocata aumenta il TONO DELLE PARETI VENOSE con secondario incremento del ritorno venoso.

BMI E CARCINOMA POLMONARE. Uno studio condotto in Cina su 22.000 esaminandi FUMATORI ha evidenziato che coloro che hanno un basso indice di massa corporea presentano un aumento di mortalità per cancro del polmone.

MALATTIA ATEROEMBOLICA. Gli emboli da ATEROMI ULCERATI dell'aorta e della grandi arterie: sono più piccoli di quelli della tromboembolia arteriosa propriamente detta. Occludono più spesso le arterie degli arti inferiori e dei reni.

ALCOOL OK. A differenza del fumo, l'alcool a piccole dosi fa bene, perciò deve essere consigliato. Grazie al Resvetrolo antiossidante, presente nel vino rosso e che inibisce l'endotelina, protegge cuore e arterie. Essendo lipolitico, favorisce la digestione dei grassi alimentari. Eleva il tono dell'umore e stimola a parlare: "dove entra l'alcool, la parola esce".

DEPRESSIONE E OSTEOPOROSI. Una significativa conferma del legame fra depressione e RIDOTTA DENSITA' OSSEA proviene da una ricerca su 2.327 soggetti a confronto con 2-1.141 controlli. E' quindi utile misurare la densità ossea nei soggetti depressi.

CALCIOANTAGONISTI E PROTEINURIA. Sono di regola controindicati poiché - a differenza degli ACE-INIBITORI che svolgono una protezione renale - determinano marcata dilatazione dell'arteriola afferente e lieve dilatazione di quella efferente: ne deriva elevata FILTRAZIONE GLOMERULARE.

IPERESTROGENISMO NELLA CIRROSI EPATICA. In questa malattia, per la MANCATA INATTIVAZIONE epatica degli estrogeni vasodilatanti, compaiono evidenti alterazioni cutanee: eritema palmare, spiders, teleangectasie, facies arrossata.

CUTE E DIABETE. La cute è alterata nel 100% dei diabetici scompensati a causa della GLICOSILAZIONE NON ENZIMATICA delle proteine cutanee. La Dermatopatia diabetica comprende anche le lesioni atrofiche pretibiali.

Assolto il rapinato che sparo' ai rapinatori in fuga

Cassazione: è legittima difesa sparare a rapinatori in fuga se sono armati



Si e' conclusa pochi mesi fa in Cassazione la vicenda, riportata a suo tempo sui giornali, di un cittadino che aveva sparato a tre rapinatori che lo avevano appena aggredito portandogli via 3500 euro. I tre rapinatori avevano affrontato, armati, l'uomo mentre tornava a casa ma questi aveva sparato mentre erano in fuga ferendoli. Le Corti di merito avevano condannato

il cittadino per lesioni volontarie aggravate, motivando la condanna col fatto che i rapinatori avessero comple-

tato l'opera e fossero in fuga. La Cassazione e' stata pero' di diverso parere, ed ha assolto l'uomo, chiarendo che l'utilizzo dell'arma contro i banditi in fuga non integra gli estremi del reato di lesioni volontarie aggravate, bensì andasse riconosciuta l'esimente della legittima difesa putativa. "La sentenza - ha sostenuto il difensore dell'aggredito - rassicura tutti i cittadini onesti che di fronte al crimine ogni cittadino ha diritto a difendersi e a reagire".

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
 Questo Periodico è iscritto
 All'Unione Stampa Periodica Italiana
 2009

(da pag. 1)

Quali sono le utilità della PEC e della CEC-PAP?

Tenendo presente la differenza tra le due figure, come descritta sopra, l'utilità fondamentale consiste nel poter inviare e ricevere comunicazioni "ufficiali" in tempo reale mediante posta elettronica dando loro valore legale di certezza, come avviene con le raccomandate con ricevuta di ritorno. Tutto ciò si traduce in un risparmio notevole di tempo e di denaro, sia per i privati che per gli Enti.

Quali sono gli svantaggi?

Per gli Enti: si potrebbe creare, in futuro, il problema di sovrabbondanza di messaggi dai cittadini, con problemi di tempestività presa in carico, di archiviazione, di gestione e smistamento all'interno delle Amministrazioni.

Un problema generale (per tutti) è invece quello dell'immediatezza del ricevimento.

Infatti, come spiegheremo dopo, l'avviso di ricevimento viene inviato in tempo reale, cioè lo stesso giorno della spedizione, indipendentemente dalla data effettiva in cui il ricevente abbia aperto il messaggio.

Questo può causare vari problemi:

1) **non sarà possibile respingere una comunicazione** pervenuta con questo mezzo.

2) **La PEC si trasforma in una sorta di "domicilio legale virtuale"**, ove indirizzare comunicazioni ufficiali (multe, ingiunzioni ecc.) anche in assenza della presenza fisica effettiva del destinatario

3) Quindi risulterà che un destinatario, magari assente per motivi di forza maggiore (ricoverato, incarcerato, in

viaggio all'estero, in vacanza) **abbia ricevuto la comunicazione anche se non abbia potuto effettivamente visionarla.**

4) Questo assume particolare gravità soprattutto nei casi di ingiunzioni (o simili) che abbiano termini brevi. Gli utenti saranno costretti a verificare quotidianamente la propria casella PEC per evitare il rischio che un atto imperativo abbia a scadere involontariamente.

Non è difficile immaginare come, nel paese di Azzecagarbugli, ci sia chi deliberatamente invii missive "legali" a stretto ridosso di festività o di periodi feriali, contando proprio sul ritardato ricevimento. Il vecchio sistema cartaceo prevedeva che i termini di scadenza iniziassero dal momento di effettivo ricevimento (o ritiro all'Ufficio Postale) della raccomandata; col nuovo sistema invece i termini decorrerebbero (salvo indispensabili modifiche normative) dal momento della spedizione.

E' quindi indispensabile che il Ministero adegui le norme legislative sui termini di decorrenza ai nuovi tempi (rapidissimi, quasi frenetici) che si creerebbero con la PEC e con la CEC-PAP.

Il permanere di questi problemi potrebbe creare una sorta di atteggiamento difensivo e di rifiuto del nuovo meccanismo da parte di coloro che non ne siano strettamente obbligati creando quindi un doppio canale (informatico e cartaceo) con tutti i problemi di gestione che ne derivino e vanificando in buona parte le speranze di snellimento e di efficienza dei servizi e della comunicazioni.

18/2/2010 - Daniele Zamperini

Vita da Medico e disabilità psichica (da pag.1)

Già, non decide lui l'ora, allora qual è il senso di una psichiatria territoriale che funziona part-time?

Perché questi malati hanno diritto di giorno ad un'assistenza specialistica che agisce in sinergia con il 118 e di notte e nei festivi vengono affidati al servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica)?

Un servizio, quest'ultimo, che non può mettere a disposizione null'altro che l'intuito, le conoscenze, la coscienza dei propri operatori che cercano di essere utile a questi pazienti e nello stesso tempo di proteggere sé stessi; spesso senza riuscirci, considerati i casi di aggressione registrati durante i trattamenti sanitari obbligatori.

I TSO (trattamenti sanitari obbligatori) vengono messi in atto quando un soggetto ha dei comportamenti tali da risultare pericolosi per la propria incolumità fisica e per quella degli altri. Possono essere richiesti da qualsiasi medico in condizioni di emergenza, ma siccome per lo più riguardano pazienti già noti ai servizi di psichiatria, di giorno vengono trattati dalla guardia medica psichiatrica, di notte dalla continuità assistenziale.

Tipico scenario: chiamata dalla centrale operativa della guardia medica: "Dottoressa, ci ha allertato il 118, per un'agitazione psicomotoria". "D'accordo, inviatemi un'ambulanza come supporto". "Beh, sa com'è. Non hanno tanti automezzi. Vada e valuti se è proprio necessario l'invio del mezzo". "Il paziente è già seguito dal CIM?/SI". "Allora è sicuramente un TSO, insisto per l'autoambulanza".

Dopo tira e molla l'ambulanza arriva. Siamo al domicilio del paziente. Se siamo fortunati con una chiacchierata e qualche goccia di tranquillante va tutto a posto.

Se non lo siamo, ed è il più delle volte, ci troviamo di fronte a scenari apo-

calittici: porte e finestre rotte, urla, furia incontenibile, forza sovrumana che nessun contenimento fisico può tenere a bada.

E' il caso di attuare un TSO. Vanno chiamati i vigili urbani che devono essere sempre presenti.

Chi lo sa che c'è una sola pattuglia di vigili adibiti ai TSO su tutta Roma? Che potrebbe arrivare dopo 10 minuti o dopo 5 ore. In questo caso si prova a chiamare la polizia o i carabinieri, che ci rispondono gentilmente che non è loro compito istituzionale, ma che se hanno qualche pattuglia libera ci vengono in aiuto.

Ma il più delle volte non ce l'hanno. Supponiamo che tutto vada liscio, che il medico di continuità assistenziale arrivi celermente sul posto (traffico e parcheggi permettendo), che l'ambulanza sia disponibile e che i vigili urbani non abbiano null'altro da fare che venire in nostro soccorso e che il medico predisponga il ricovero coatto. Passiamo allo scenario successivo: bisogna costringere il paziente a salire sull'ambulanza mettendo in atto una contenzione fisica o una sedazione farmacologica, se la persuasione verbale è fallita.

Contenzione fisica che i vigili in genere sono restii a mettere in atto. Sedazione farmacologica, in genere sollecitata dall'equipaggio dell'ambulanza preoccupato del trasporto, che il medico di continuità assistenziale è restio a somministrare. Perché non conosce il paziente, perché non sa delle terapie che ha già assunto, perché non è uno psichiatra, perché non è formato ad affrontare questo tipo di emergenza (di emergenza si tratta), ed inoltre perché dovrebbe salire sull'ambulanza per accompagnare il paziente.

Ma non è suo compito salire sull'ambulanza (che dovrebbe essere medicalizzata e non lo è), non ha copertura

assicurativa in caso di incidente sull'ambulanza, che spesso si reca al di fuori dell'ambito territoriale a cui egli è assegnato e che non può lasciare per nessun motivo.

In tutto questo, il dramma di Livia che non sa più che fare, di Piero che ha la sfortuna di avere problemi mentali ed è lui stesso un problema per la madre, per la società e che può dar matto solo dalle 8 alle 18, escluso la notte il sabato e la domenica.

Storie di straordinaria follia?

No, di ordinaria psichiatria!

Giuseppina Onofri



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

Sindacato dei Medici Italiani

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

00001/...

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

DELEGA SINDACALE

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

AUTORIZZA

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

Euro 15,00

CHIEDE

che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti.

Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale Sindacato dei Medici Italiani

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

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

Data Firma

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

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

Al sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 "Codice di materia di protezione dei dati personali", i dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative. In adempimento agli obblighi di legge mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, la comunicazione, la cancellazione e distribuzione dei dati e dal complesso di operazioni previste per ciò che, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-8-9-10-13 del citato D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione ovvero, l'integrazione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativa, di comunicazioni delle iniziative patrociniate da questo C.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questo C.S. o da terzi cui sia stato concesso incarico. Tutti i dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convegnamento, consegna e spedizione riviste, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è il Sindacato dei Medici Italiani, con sede in Roma, via Livorno n. 36, presso cui i dati sono trattati e raccolti e presso cui sarà possibile inviare ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, rettifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati.

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

Presta il proprio consenso:

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

Data Firma

Copia per la A.U.S.L.

VALPRESSION® 160 mg
C09CA03
valsartan

COMBISARTAN® 160 mg / 12,5 mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN® 160 mg / 25 mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

Menarini, salute senza confini

020123278
02 450-7015