



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 21- N. 7
LUGLIO AGOSTO 2011

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 Regione Lazio temporeggia ancora, lo SMI incalza: mantenere i patti!

Lo SMI rifiuta la firma sul piano vaccinale 2011-2012

E' solo la prima mossa di una serie di iniziative per contestare l'inerzia regionale che ha vanificato i patti sottoscritti un mese fa. In programma nuove iniziative di lotta.

Continua la battaglia sindacale dello SMI nei confronti della regione Lazio, cominciata ormai mesi fa.

Il nuovo capitolo si apre all'insegna del mancato pagamento relativo al decreto Polverini che stanziava i fondi per il pagamento delle UCP.

Dopo aver sospeso lo sciopero per via della buona fede mostrata dalla regione, quest'ultima però non ha adempiuto alla sua parte del patto, non erogando i fondi per cui si è tanto lottato. La reazione dei medici è stata di unanime scoraggiamento, dato che per dirla con le parole di Paolo Marotta, vice segretario dello SMI-Lazio: «Siamo stanchi, ormai questa storia va avanti da troppo tempo. Abbiamo revocato lo sciopero relativo al comparto di Medicina Generale, che si sarebbe dovuto svolgere lo scorso 3 giugno, proprio perché la Regione aveva garantito il finanziamento relativo alle forme associative della Medicina Generale (apertura degli studi medici associati H12, la validità annuale della ricetta specialistica, la fornitura delle linee adsl e dei software per gli studi medici). Ma pare che, nel Lazio, anche gli accordi ufficiali abbiano poco o nessun valore. A conti fatti la Regione non ha liquidato né le indennità degli studi medici associati né gli arretrati relativi alla precedente tornata contrattuale». E sempre Marotta continua dichiarando le prossime mosse del sindacato: se la regione non rispetterà la sua parte del patto, lo SMI non apporrà la sua firma su nessuna delle richieste della regione stesa, partendo dalla campagna antinfluenzale 2011-2012 ed espandendo questa forma di protesta passiva a tutti gli altri progetti della regione.

E conclude dicendo che «Si tratta di azioni che potrebbero creare disagi ai cittadini, anche se faremo del tutto per limitarli e questo non era certamente nelle nostre intenzioni; ma ormai la misura è colma».

Bisogna quindi vedere se basterà una protesta passiva o se sarà necessario l'utilizzo di una strategia più attiva.

Intanto però la battaglia che sembra finita torna invece a riaccendersi violentemente.

G.Z.



Sempre piu' qualificata l'attivita' culturale di SIAMEG

Provider nazionale ECM e gestore di Master Universitario di secondo livello: il riconoscimento di una qualità sempre elevata

La SIAMEG diventa piu grande, e crescendo aumentano anche le sue attività. È notizia di pochi mesi fa, infatti, che la "Società Italiana per l'Aggiornamento in Medicina Generale" ha ottenuto l'accreditamento come provider nazionale ECM, nonché il suo Master di secondo livello in medicina generale e del territorio. Questo master va ad inserirsi in un panorama già ampio di offerte formative, in continua evoluzione.

Continuano, infatti, i giovedì di formazione presso la sede romana della SIAMEG (Via Merulana 27-2), pilastro centrale dell'attività culturale nonché fonte di crediti ECM, ai quali vengono affiancati gli eventi del sabato e quelli distaccati in altre regioni. Un panorama articolato e vasto, che consente al medico di poter approfondire i temi che desidera in un ambiente professionale.

Le parole di Cristina Patrizi, segretario generale della società, festeggiano la vittoria da poco conseguita con le seguenti parole: "E' in questo solco di autonomia, libertà

di scelta e presenza continua, che intendiamo proseguire, con il corso di tutti i nostri amici, dei componenti del Comitato Direttivo e del Comitato Scientifico, al quale va il nostro più sentito ringraziamento per la costante vicinanza, per le relazioni spesso al di là della semplice collaborazione professionale, ma improntate alla amicizia e al rispetto delle reciproche specificità di ruolo. Strategici in questo ruolo il Coordinatore Area Medica Prof. Rossi Fanelli, il

nostro caro amico Prof. Antonio Brescia, il coordinatore area radiologia Implantologica Dr. Diotallevi e tutti gli altri amici ospedalieri e universitari che ci sono stati vicini in questi anni."

L'intento è chiaro: non fermarsi nella posizione raggiunta, ma continuare gli sforzi al fine di proseguire l'opera iniziata e perseguita, nonostante le difficoltà incontrate negli anni, con successo.

Il "pensiero magico" ha una localizzazione cerebrale

Alcuni studiosi hanno voluto indagare il cosiddetto "pensiero magico" nella sua eventuale localizzazione cerebrale, nonché le sue manifestazioni fisiologiche. Hanno perciò voluto esaminare un certo numero di soggetti divisi in due gruppi: gli scettici e i "pensatori magici". Venivano considerati "pensatori magici" coloro che credevano negli oroscopi, nei numeri fortunati e nei sogni premonitori, ma soprattutto coloro che non credevano alle semplici coincidenze. Per misurare il pensiero magico fu usata una apposita scala "Scala dell'ideazione magica". E' stato osservato che, presentando alcune figure complesse a questi soggetti, i pensatori magici prestavano maggiore attenzione alla parte sinistra della figura, mentre i cosiddetti scettici si concentravano di più sulla parte destra.

Alcuni studiosi hanno voluto indagare il cosiddetto "pensiero magico" nella sua eventuale localizzazione cerebrale, nonché le sue manifestazioni fisiologiche. Hanno perciò voluto esaminare un certo numero di soggetti divisi in due gruppi: gli scettici e i "pensatori magici". Venivano considerati "pensatori magici" coloro che credevano negli oroscopi, nei numeri fortunati e nei sogni premonitori, ma soprattutto coloro che non credevano alle semplici coincidenze. Per misurare il pensiero magico fu usata una apposita scala "Scala dell'ideazione magica". E' stato osservato che, presentando alcune figure complesse a questi soggetti, i pensatori magici prestavano maggiore attenzione alla parte sinistra della figura, mentre i cosiddetti scettici si concentravano di più sulla parte destra.

CORSO DI FORMAZIONE
In concomitanza con la Giornata Mondiale del Diabete, la SMI, nella persona del primario Alessandro Ciammaichella presenta un corso di aggiornamento sulla materia (a pag. 8)

Medici specializzati e disoccupati (pag.2)

Irbesartan risulta essere poco utile nella fibrillazione atriale (pag.2)

Levocarnitina efficace nelle cardiopatie: non e' un placebo! (pag.2)

Invalido al 100%? Per la pensione conta anche il reddito del coniuge (pag.2)

Una metanalisi sulla sicurezza cardiovascolare dei FANS: molti problemi (pag.3)

Le "linee-guida": non sempre affidabili (pag.4)

Quale pressione arteriosa e' ideale nel nefropatico? (pag.4)

INFORMAZIONI OBIETTIVE SUL CASO ENPAM (pag.5)

SIAMEG (pag.6 e 8)

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR (pag.7)

Diuretici nello scompenso cardiaco acuto: efficaci anche a basse dosi (pag.8)



Il 57% dei camici bianchi precari è donna: lo denuncia il Sindacato dei Medici Italiani del Lazio

Medici specializzati e disoccupati: sempre peggio

E il blocco del turn-over mette sempre più a rischio l'assistenza sanitaria dei cittadini

La denuncia del Sindacato dei Medici Italiani del Lazio (Smi)

Sino a qualche anno fa, parlando di precariato, mai si sarebbe pensato al comparto medico. Oggi, nel Lazio, il precariato di questo settore riguarda il 50% dei medici ospedalieri, dell'emergenza (118) e del servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica). Parliamo, nella migliore delle ipotesi, di contratti a tempo determinato. E, nella peggiore, di contratti Co.Co.Co e Co.Co.Pro. In alcuni casi vi è persino mancanza di contratto. Il 57% dei precari è donna. Mentre, l'età media di un medico precario, è 45 anni. Molto spesso si tratta di colleghi che esercitano alti livelli di specializzazione, come cardiocirurgia e anestesia. La sicurezza e la salute dei cittadini è affidata a professionisti sottoposti a carichi lavorativi eccessivi che non godono di alcuna tutela (ferie, malattia, maternità, contributi previdenziali). E, con il blocco del turn-over, decretato dalla recente manovra finanziaria, sono a rischio i livelli minimi di assistenza.

Cambia anche il lavoro del Medico di Medicina Generale

Si parla di riordino delle cure primarie, tra aumentata esigenza di salute e scar-

sità di risorse disponibili. I medici di famiglia sempre più in burn-out, sono costretti a far fronte ad aumentate richieste dell'utenza, che ha sempre più difficoltà ad accedere all'assistenza ospedaliera anche per gravi patologie. **Camici bianchi** con un carico burocratico improprio, obbligati, a colpi di decreti ministeriali, a verificare, per conto dell'agenzia delle entrate, il diritto del cittadino all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria. **Costretti** all'inizio dei **certificati di malattia online**, sostituendosi, di fatto, alle centinaia di impiegati licenziati dall'Inps addetti al servizio di gestione del data-entry. Compiti impropri, dunque, che sottraggono tempo alla pratica clinica e alla cura dei pazienti. Medici di famiglia che da circa due anni assicurano a proprie spese l'assistenza all'utenza H12 attraverso gli studi medici associati, in quanto la Regione Lazio è economicamente inadempiente. Per tale ragione lo "Smi-Lazio" ha dato mandato ai legali di procedere al pignoramento dei beni, magari delle auto blu della Regione, al fine di continuare a garantire l'adeguata assistenza ai pazienti. Mentre si chiudono ospedali e non si investe sul territorio, si continua da parte delle aziende sanitarie del Lazio a esternalizzare l'attività sanitaria medica ed infermieristica, dando in appalto il servizio del 118, affidando a cooperative e provider la gestione dell'assistenza domiciliare aziendale e degli ambulatori dei codici minori presso importanti



nosocomi della Regione. Cooperative e provider esterni al servizio pubblico, che assumono giovani medici non per titoli e graduatorie, ma con contratti atipici e precari, sottopagandoli. I rischi? Un peggioramento dell'assistenza, coniugato sicuramente ad un lievitare dei costi e a minore sicurezza per cittadini. **Tutto questo**, in un prossimo futuro, avrà effetti negativi anche sulle casse previdenziali della categoria: l'aumento del precariato medico, il proliferare di contratti atipici, il coinvolgimento di soggetti terzi (le Coop e soggetti privati) nella gestione della sanità pubblica, mette a rischio non solo il futuro dei giovani medici e dei medici precari, ma anche la pensione di tutti quelli che, ad oggi, stanno versando regolarmente i contributi nelle casse degli enti previdenziali della categoria.

Quali le possibili soluzioni?

In primis bisognerebbe puntare ad una maggiore integrazione ospedale-territorio, stabilizzazione dei precari, assunzione di medici per dotare gli ospedali ed il territorio di adeguate piante organiche. Solo difendendo i diritti del lavoro si può assicurare una sanità accessibile, equa e solidale per tutti i cittadini. A difesa della professionalità medica, si auspica fortemente in un cambio generazionale ai vertici dei maggiori sindacati medici rappresentativi di categoria, degli ordini e delle federazioni professionali e perché no, anche dei Cda delle casse previdenziali. Largo ai giovani e ai precari, ovvero alla parte migliore di questo

Irbesartan risulta essere poco utile nella fibrillazione atriale

In pazienti con fibrillazione atriale irbesartan non riduce gli eventi cardiovascolari rispetto al placebo.

In questo studio, in doppio cieco, sono stati reclutati 9.016 pazienti con fibrillazione atriale ed una pressione arteriosa sistolica di almeno 110 mmHg. Dopo randomizzazione i partecipanti sono stati trattati con irbesartan (dose target: 300 mg/die) oppure placebo. I pazienti fanno parte di un doppio trial in cui vengono paragonati tre tipi di regime antitrombotico: ASA + clopidogrel, ASA da solo, anticoagulante orale.

Il primo endpoint primario era di tipo composto, formato da ictus, infarto miocardico e decesso da cause vascolari; il secondo endpoint primario era costituito dal primo endpoint associato a ricovero per scompenso cardiaco. Il follow up medio è stato di 4,1 anni. Non si è registrata nessuna differenza tra i due gruppi per quanto riguarda il primo dei due endpoint primari: HR con irbesartan di 0,99 (0,91-1,08; p = 0,85).

Non è notata alcuna differenza neppure per il secondo endpoint primario: HR 0,94 (0,87-1,02; p = 0,12).

Le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco risultarono meno frequenti nel gruppo irbesartan: HR 0,86 (0,76-0,98).

Ipotensione ortostatica si registrò più frequentemente nel gruppo irbesartan (127 pazienti versus 64), così come disfunzione renale (43 versus 24).

Gli autori concludono che irbesartan non riduce gli eventi cardiovascolari nei pazienti con fibrillazione atriale.

Fonte:

Irbesartan in Patients with Atrial Fibrillation

The ACTIVE I Investigators. Irbesar-

tan in Patients with Atrial Fibrillation N Engl J Med 2011 March 10; 364:928-938

Commento di Renato Rossi

I risultati dello studio ACTIVE I suggeriscono che in pazienti con fibrillazione atriale la somministrazione di irbesartan non è in grado di ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari nonostante il gruppo in trattamento attivo registrasse una riduzione media della pressione arteriosa sistolica di 2,9 mmHg e di quella diastolica di 1,9 mmHg.

La riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco è un dato da tenere in considerazione, tuttavia trattandosi di un endpoint secondario (ancorché prespecificato) va interpretato con cautela perché è noto che il giudizio di un trial deve basarsi essenzialmente sui risultati ottenuti sugli outcomes primari.

D'altra parte quanto registrato dall'ACTIVE I non stupisce molto: forse pretendere che un antipertensivo riuscisse a ridurre eventi hard così importanti come l'ictus o l'infarto in pazienti ad alto rischio come quelli in fibrillazione atriale era un pò troppo.

Invalido al 100%? Per la pensione occorre valutare anche il reddito del coniuge

Il requisito reddituale va calcolato tenendo conto del reddito complessivo familiare (Cassazione Lavoro, n. 4677 del 25 febbraio 2011)

Una donna, invalida civile totale, aveva chiesto di ricevere la pensione in base al suo reddito, inferiore alla soglia di legge.

Tale richiesta era stata respinta dai giudici di primo grado e dalla Corte d'Appello in quanto il reddito, cumulato con quello del coniuge, superava invece i limiti di legge.

Contro tale rifiuto la donna ricorreva in Cassazione, che però rigettava il suo ricorso.

La Corte riteneva giuridicamente corretto l'orientamento dei giudici di merito respingendo la tesi della ricorrente, secondo cui, dopo l'introduzione dell'art. 14 septies della legge 33/1980, anche per la pensione di inabilità deve farsi esclusivo riferimento al reddito personale dell'assistito.

"Ai fini dell'accertamento della sussistenza del requisito reddituale per l'assegnazione della pensione di inabilità agli invalidi civili assoluti, di cui all'art. 12 della legge n. 118 del 1971, assume rilievo non solamente il reddito personale dell'invalido, ma anche quello (eventuale) del coniuge del medesimo, onde il beneficio va negato quando (...) l'importo di tali redditi, complessivamente considerati, superi il limite determinato con i criteri indicati dalla norma in parola".

Veniva condiviso un diverso principio in forza del quale, ai fini dell'accertamento del requisito reddituale previsto per l'attribuzione della pensione di inabilità, deve tenersi conto anche della posizione reddituale del coniuge dell'invalido in conformità con i generali criteri del sistema di sicurezza sociale, che riconoscono alla solidarietà familiare una funzione integrativa dell'intervento assistenziale pubblico, non potendosi invece applicare il diverso principio della esclusione dal computo dei redditi percepiti da altri componenti del nucleo familiare dell'interessato.

Levocarnitina funziona nelle cardiopatie: non e' un placebo!

Una revisione sull'efficacia della L-carnitina su scompenso cardiaco cronico e coronaropatie.

Scompenso Cardiaco Cronico

Rizos I. Three-year survival of patients with heart failure caused by dilated cardiomyopathy and L-carnitine administration. Am Heart J 2000;139:S120-S123.

La L-carnitina ha un ruolo cruciale nella produzione di energia miocardica nei mitocondri ed è un composto fisiologico umano.

18 pazienti con diagnosi di cardiomiopatia dilatativa e con sintomi da classe NYHA III/IV sono stati randomizzati a L-carnitina 2 g/al dì o placebo per un periodo di 3 mesi (blinati).

Successivamente i pazienti del gruppo a L-carnitina e a placebo non sono stati blinati ma mantenuti in terapia e seguiti per un totale di 3 anni.

L'endpoint primario era una modifica dei parametri emodinamici a 3 mesi e la morte a 3 anni.

A 3 mesi, è stata dimostrata una differenza significativa in favore della L-carnitina nella classificazione di Weber, test di tempo massimo di esercizio cardiopolmonare, picco di consumo di ossigeno, pressione sanguigna arteriosa e polmonare, e rendimento cardiaco.

La mortalità a 3 anni era più bassa nel gruppo a L-carnitina (3%) rispetto al gruppo placebo (18%) con l'analisi del tempo per evento che ha mostrato una differenza significativa tra i due gruppi (Log-rank test, p<0.04).

La L-carnitina è stata ben tollerata nello studio con solo 3 pazienti con effetti gastrointestinali maggiori.

Questi dati suggeriscono un beneficio clinico e di sopravvivenza della L-carnitina nella cardiomiopatia dilatativa con effetti collaterali mini-

mi.

È difficile la interpretazione di questi risultati in un campione di piccola taglia, non blindato dopo 3 mesi, e in cui manca un controllo per fattori noti che contribuiscono alla progressione della malattia nello SCC.

L'uso della L-carnitina nello SCC dovrebbe essere limitato.

Malattia Arteriosa Coronarica

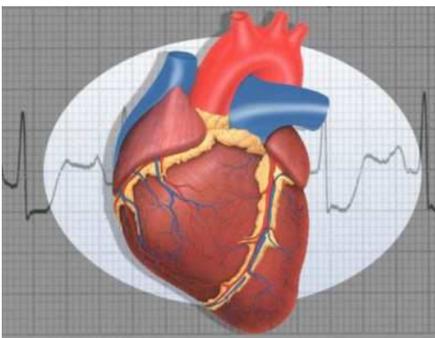
Cherchi A, Lai C, Angelino F, et al. The effects of L-carnitine on exercise tolerance in chronic stable angina: a multicenter, double-blind, randomized, placebo controlled crossover study. Int J Clin Pharmacol Ther 1985;23:569-72.

Uno studio crossover multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo ha studiato gli effetti della L-carnitina (2 g/al dì) sulla tolleranza all'esercizio. 44 uomini con angina cronica stabile sono stati randomizzati a L-carnitina o a placebo per 4 settimane. L'esito primario era il tempo di inizio dell'angina, 1 mm di depressione-ST, il lavoro massimo, e il carico di lavoro massimo durante il test di esercizio al cicloergometro.

Il carico di esercizio massimo, i watts per l'inizio dell'angina, e la depressione-ST al massimo di lavoro erano significativamente migliorati nel gruppo a L-carnitina rispetto al gruppo placebo. Questo studio dimostra che la L-carnitina migliora la tolleranza

all'esercizio e riduce i markers surrogati ECG di ischemia nell'angina cronica stabile ed è un trattamento potenziale per l'angina cronica.

Iliceto S, Scrutinio D, Bruzzi P, et al, for the CEDIM investigators. Effects of L-carnitine administration on left ventricular remodeling after acute myocardial infarction: The L-carnitine Echocardiografia Digitalizzata Infarto Miocardico (CEDIM) trial. J Am Coll Cardiol 1995;26:380-7.



Un trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo, multicentrico è stato fatto per dimostrare gli affetti della L-carnitina sul rimodellamento ventricolare sinistro dopo

infarto miocardico acuto (IMA). 472 pazienti sono stati randomizzati a L-carnitina (9 g/al dì per e.v. per 5 giorni, poi 6 g/al dì per os) o a placebo da 24 ore dall'inizio del dolore toracico e poi continuato per 12 mesi.

Gli ecocardiogrammi sono stati fatti al ricovero, alla dimissione, a 3 mesi e a 6 e 12 mesi dopo l'IMA.

Non sono state trovate differenze significative della frazione di eiezione tra i due gruppi a 12 mesi. L'incremento percentuale dei volumi era ridotto significativamente nel gruppo a L-carnitina rispetto al gruppo placebo a 12 mesi.

Non si sono trovate differenze significative degli endpoint clinici (morte, SC, angina instabile, o reinfarto) tra i due gruppi.

Durante i 12 mesi, non vi erano state interruzioni del trattamento per effetti avversi.

Questo ampio trial ha svelato un beneficio della L-carnitina su alcuni parametri ecocardiografici dopo IMA, ma sono necessari ulteriori studi prima di impiegare routinariamente la L-carnitina nel post-IMA.

Singh RB, Niaz MA, Agarwal P, et al. A randomized, double-blind, placebo controlled trial of L-carnitine in suspected myocardial infarction. Postgrad Med J 1996;72:45-50.

Questo trial randomizzato, in doppio cieco, controllato vs placebo ha valutato gli effetti della L-carnitina per 28 giorni sulle dimensioni dell'infarto.

101 pazienti con sospetto IM sono stati randomizzati a L-carnitina 2 g/al dì o a placebo.

Le misure di esito sono state correlate alla dimensione dell'infarto, misurata attraverso la creatinichinasi (CPK), la mioglobina CPK (CPKMB), e lo score QRS all'ECG.

Alla fine dei 28 giorni di follow-up, il CPK, il CPKMB, e lo score QRS all'ECG erano significativamente diminuiti nel gruppo a L-carnitina rispetto al gruppo placebo.

Secondariamente, gli episodi di angina, la classe NYHA III/IV più la dilatazione ventricolare sinistra e le aritmie totali erano ridotte nel gruppo a L-carnitina rispetto al gruppo placebo.

Questi dati dimostrano che la L-carnitina riduce importanti marker surrogati del post-IMA ma sono necessari ulteriori studi.

Senza trial su più ampia scala, l'uso della L-carnitina nell'IM dovrebbe essere limitato.

A cura di Patrizia Iaccarino

Metanalisi sulla sicurezza cardiovascolare dei FANS: molti problemi, anche se non sono tutti uguali

Non sembrano migliori i nuovi COX-2, si salva in parte il vecchio naprossene

Tutti i FANS sembrano gravati da tossicità cardiovascolare

I farmaci-antinfiammatori-non-steroidi (FANS o NSAIDs) sono stati la pietra miliare della gestione del dolore in pazienti con osteoartrite ed altre condizioni dolorose.

Negli USA è stato stimato che il 5% di tutte le visite ad un medico è correlato alla prescrizione di un farmaco-antinfiammatorio-non-steroidico e questi farmaci rappresentano i farmaci più comunemente usati.

Nel 2004 vi fu il ritiro dal commercio del rofecoxib, un inibitore selettivo della ciclo-ossigenasi-2 (COX 2), dopo i risultati di un trial randomizzato controllato che aveva mostrato un aumentato rischio di eventi cardiovascolari associato a questo farmaco.

Questo risultato è stato confermato da altri trials e da una metanalisi cumulativa.

Successivamente si è molto dibattuto circa la safety cardiovascolare degli inibitori della ciclo-ossigenasi-2 ed anche di quella degli altri FANS. Più recentemente, la FDA ha deciso contro la immissione in commercio del farmaco etoricoxib per il suo inadeguato profilo rischio-beneficio. (In Europa, invece, è stato commercializzato ricevendo successivamente un avviso circa la controindicazione d'uso nei pazienti con ipertensione).

Sulla base di queste premesse, poiché in letteratura non esistevano metanalisi che confrontassero tutta l'evidenza disponibile derivante dai trials clinici randomizzati, gli autori del presente lavoro hanno operato questa network metanalisi, con l'obiettivo di analizzare tutta l'evidenza disponibile sulla sicurezza cardiovascolare dei farmaci antinfiammatori non steroidei.

Hanno ricercato i dati su databases bibliografici, risultati derivati da consensus conference, studi registrati, sito della Food and Drug Administration, liste di riferimento di articoli rilevanti, e reports che citavano articoli rilevanti attraverso il Science Citation Index (aggiornato al Luglio 2009). I produttori di celecoxib e di lumiracoxib hanno fornito dati aggiuntivi.

Sono stati selezionati tutti i trials controllati randomizzati su ampia scala che paragonassero alcuni farmaci-antinfiammatori-non-steroidi con altri farmaci-antinfiammatori-non-steroidi, paracetamolo o placebo. Per essere inclusi, i trials dovevano avere almeno due bracci con almeno 100 pazienti anno di follow-up. Sono stati esclusi trials con pazienti affetti da cancro. Due ricercatori hanno valutato indipendentemente la eleggibilità.

L'outcome primario era l'infarto miocardico fatale e non-fatale.

Outcome secondari comprendevano lo stroke emorragico o ischemico, fatale e non-fatale, la morte per cause cardiovascolari, definita come ogni morte dovuta a cause cardiovascolari (per esempio, infarto miocardico, scompenso cardiaco, aritmia fatale, embolia polmonare e stroke) e la morte per cause non note; la morte per ogni causa; e l'outcome composito Antiplatelet

Trialists' Collaboration di infarto miocardico non-fatale, stroke non-fatale, o morte cardiovascolare. Due ricercatori hanno indipendentemente estratto i dati.

Sono stati inclusi 31 trials su 116 che avevano valutato 7 diversi tipi di farmaci (naprossene, ibuprofene, diclofenac, celecoxib, etoricoxib, rofecoxib, lumiracoxib) antinfiammatori; il celecoxib è stato studiato di più (15 trials) e paragonato con cinque differenti interventi. L'ibuprofene è stato valutato di meno (due trials) e paragonato con due differenti interventi, mentre l'etoricoxib è stato valutato in tre trials ma paragonato con un solo intervento. Etoricoxib e diclofenac avevano il più ampio numero di pazienti anno di follow-up (26.025 e 27.819, rispettivamente), mentre l'ibuprofene aveva il più basso numero di pazienti anno di follow-up (4832 complessivamente). In totale, 116.429 pazienti con 117.218 pazienti anno di follow-up sono stati raccolti nell'analisi dell'outcome primario.

La qualità metodologica dei trials inclusi era in genere alta.

Risultati

Infarto miocardico

Ventidue trials con complessivi 554 eventi hanno contribuito alla analisi dell'infarto miocardico. Per tre delle preparazioni (naprossene, diclofenac ed etoricoxib) mancava evidenza per un aumento del rischio di infarto miocardico rispetto a placebo.

Tutti gli altri farmaci sembravano essere associati ad un aumentato rischio rispetto a placebo. Le rate ratios stimate erano maggiori di 1.3 per ibuprofene (1.61), celecoxib (1.35), rofecoxib (2.12), e lumiracoxib (2.00).

Stroke

Ventisei trials con complessivi 377 eventi hanno contribuito all'analisi dello stroke.

Tutti i farmaci sembravano essere associati ad un aumento del rischio rispetto a placebo. Le rate ratios stimate erano maggiori di 1.3 per naprossene (1.76), ibuprofene (3.36), diclofenac (2.86), etoricoxib (2.67), e lumiracoxib (2.81).

Morte Cardiovascolare

Ventisei trials con complessivi 312 eventi hanno contribuito alla analisi della morte cardiovascolare, che consisteva nel 46% di tutte le morti.

Tutti i farmaci eccetto il naprossene hanno mostrato qualche evidenza per un aumentato rischio di morte cardiovascolare rispetto a placebo.

Le rate ratios stimate per morte cardiovascolare erano maggiori di 1.3 per ibuprofene (2.39), diclofenac (3.98), celecoxib (2.07), etoricoxib (4.07), rofecoxib (1.58), e lumiracoxib (1.89).

Morte da tutte le cause

Ventotto trials con complessivi 676 eventi hanno contribuito all'analisi

sulla mortalità complessiva.

Tutti i farmaci sono stati associate ad un aumentato rischio di morte-da-tutte-le-cause rispetto a placebo.

Le rate ratios stimate sono state maggiori di 1.3 per ibuprofene (1.77), diclofenac (2.31), celecoxib (1.50), etoricoxib (2.29), rofecoxib (1.56), e lumiracoxib (1.75).

Outcome composito Antiplatelet Trialists' Collaboration

Tredici trials con complessivi 1091 eventi hanno contribuito all'analisi dell'outcome composito della Antiplatelet Trialists' Collaboration.

Tutti i farmaci sembravano essere associati a rischio aumentato di outcome composito di infarto miocardico non-fatale, stroke non-fatale, o morte cardiovascolare rispetto a placebo.

Le rate ratios stimate erano maggiori di 1.3 per ibuprofene (2.26), diclofenac (1.60), celecoxib (1.43), etoricoxib (1.53), rofecoxib (1.44), e lumiracoxib (2.04).

Riassumendo, quindi, i risultati: rispetto a placebo,

il **rofecoxib** era associato al più alto rischio di infarto miocardico (rate ratio 2.12), seguito dal **lumiracoxib** (2.00). L'**ibuprofene** era associato al più alto rischio di stroke (3.36), seguito dal **diclofenac** (2.86).

Etoricoxib (4.07) e **diclofenac** (3.98) erano associati al più alto rischio di morte cardiovascolare.

Naprossene

Infarto miocardico 0,82 (0,37-1,67)
Ictus 1,76 (0,91-3,33)
Morte cardiovascolare 0,98 (0,41-2,37)

Ibuprofene

Infarto miocardico 1,61 (0,50-5,77)
Ictus 3,36 (1,00-11,60)
Morte cardiovascolare 2,39 (0,69-8,64)

Diclofenac

Infarto miocardico 0,82 (0,29-2,20)
Ictus 2,86 (1,09-8,36)
Morte cardiovascolare 3,98 (1,48-12,70)

Celecoxib

Infarto miocardico 1,35 (0,71-2,72)
Ictus 1,12 (da 0,60 a 2,06)
Morte cardiovascolare 2,07 (0,98-4,55)

Etoricoxib

Infarto miocardico 0,75 (0,23-2,39)
Ictus 2,67 (0,82-8,72)
Morte cardiovascolare 4,07 (1,23-15,70)

Rofecoxib

Infarto miocardico 2,12 (1,26-3,56)
Ictus 1,07 (0,60-1,82)
Morte cardiovascolare 1,58 (0,88-2,84)

Lumiracoxib

Infarto miocardico 2,00 (0,71-6,21)
Ictus 2,81 (1,05-7,48)
Morte cardiovascolare 1,89 (0,64-7,09)

Limitazioni ammesse dagli autori

Non si sono potuti prendere in considerazione tutti i farmaci-antinfiammatori-non-steroidi in questa analisi per la mancanza di ampi trials per la maggior parte dei vecchi farmaci ed anche per alcuni più recenti, quali meloxicam e valdecoxib.

Si sono ottenuti dalle ditte produttrici dati aggiuntivi non pubblicati su trials riguardanti celecoxib e lumiracoxib, mentre la Merck, ditta produttrice di rofecoxib ed etoricoxib, non ha fornito dati non pubblicati.

La qualità dell'analisi è limitata dalla qualità dei dati sottostanti. Sebbene la qualità metodologica complessiva dei trials inclusi sia in genere soddisfacente, la qualità dei reporting era spesso subottimale e si sono trovate discrepanze nel numero riportato di eventi tra diverse fonti di informazione per i trials maggiori che comprendevano l'ADVANTAGE (Assessment of Differences between Vioxx and Napro-

xen To Ascertain Gastrointestinal Tolerability and Effectiveness), il VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research), e l'APPROVe (Adenomatous Polyp Prevention on Vioxx).

Alcuni trials mancavano di aggiudicazioni indipendenti di eventi, per cui non si possono escludere bias in questa direzione.

Uno degli studi ha esplorato gli effetti del dosaggio e del regime in una pooled analysis di sei trials randomizzati vs placebo di celecoxib ed ha trovato che dosaggi più bassi e regime di monosomministrazione che evitavano continue interferenze del farmaco con il metabolismo delle prostaglandine erano associati rischi relativi più bassi per l'esito composito cardiovascolare rispetto a dosaggi più alti o a regimi di duplice somministrazione giornaliera. Non si è potuto valutare questo aspetto complessivamente per la complessità del network e il basso numero di pazienti trattati con bassi dosaggi.

Per determinare la robustezza dei risultati sono state utilizzate alcune analisi di sensitività, ma sfortunatamente, per il basso numero di eventi complessivi le stime derivanti da queste analisi sono imprecise e non conducono a conclusioni definitive, soprattutto riguardo a pazienti affetti da condizioni muscolo-scheletriche.

Paragoni con altri studi

Lo studio attuale conferma precedenti conclusioni delle agenzie regolatorie, basate soprattutto su dati osservazionali, che i farmaci-antinfiammatori-non-steroidi sono associati ad un aumentato rischio di effetti avversi cardiovascolari.

Non si sono trovate relazioni tra la specificità degli inibitori della ciclo-ossigenasi-2 ed eventi cardiovascolari. I risultati contrastano con precedenti affermazioni che la aumentata selettività degli inibitori della ciclo-ossigenasi-2 è associata ad aumentato rischio cardiovascolare.

Si sono ipotizzati alcuni meccanismi, ma sembrano più valide le ipotesi che uno squilibrio tra prostacicline e trombassano A2 porti ad un aumentato rischio di eventi trombotici. Tuttavia, la mancanza di una chiara associazione tra specificità degli inibitori della ciclo-ossigenasi-2 e rischio cardiovascolare implica che si debbano prendere in considerazione altri meccanismi.

Molteplici effetti contribuiscono probabilmente all'aumentato rischio di eventi cardiovascolari, compresi effetti differenti sulla sintesi di prostacicline e di trombassano A2, sulla funzione endoteliale e sulla produzione di ossido nitrico, sulla pressione arteriosa, sulla ritenzione idrica ed altri effetti renali. Inoltre, differenze di farmacocinetica possono contribuire al profilo di tossicità, farmaci con una lunga emivita, prescritti una volta al giorno (quali il rofecoxib) e farmaci con una breve emivita prescritti di più di una volta al giorno (quali il diclofenac) possono avere maggiori probabilità di interferire continuamente sul sistema ciclo-ossigenasi rispetto a farmaci con una più breve emivita prescritti una volta al giorno (quali il celecoxib).

Implicazioni e conclusioni

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,

La osservazione che il rischio cardiovascolare non sia chiaramente associato alla specificità degli inibitori della ciclo-ossigenasi-2 implica che non si può fare predizione di rischio cardiovascolare su tale specificità. Pertanto si dovrebbe riconsiderare l'uso di altri farmaci-antinfiammatori-non-steroidi non coperti da questa analisi, quali diclofenac o ibuprofene.

In generale, il naprossene sembra essere l'analgescico più sicuro per pazienti con osteoartrite in termini cardiovascolari, ma questo vantaggio deve essere pesato rispetto alla tossicità gastrointestinale e necessità di una concomitante prescrizione di un inibitore di pompa protonica in molti pazienti.

Alla luce dei risultati, il celecoxib 400 mg, prescritto una volta al giorno, sembra essere un'opzione alternativa.

Altre alternative includono il paracetamolo e gli oppioidi.

Rispetto a placebo, tuttavia, il paracetamolo dà una piccola riduzione del dolore e può associarsi ad una epatotossicità clinicamente rilevante, anche ai dosaggi raccomandati per il dolore muscolo scheletrico.

L'effetto analgesico degli oppioidi è talvolta più pronunciato, ma superato dall'ampio rischio di eventi avversi.

In conclusione, le opzioni per il trattamento del dolore muscolo scheletrico sono limitate ed è necessario prendere in considerazione il rischio cardiovascolare quando si prescrive un farmaco-antinfiammatorio-non-steroidico.

Fonte:

Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis

Sven Trelle, Stephan Reichenbach, Simon Wandel, BMJ 2011;342:c7086

Commento di Patrizia Iaccarino

Continua il dibattito sulla safety cardiovascolare dei FANS.

Stavolta, a parte confermare la complessiva tossicità CV di tutti i FANS, e salvare in parte il naprossene associato a PPI, il punto più saliente del lavoro pare essere proprio la disconferma della tanto a lungo discussa specificità negativa dei COX 2, disconferma che va valutata anche alla luce delle notevoli limitazioni ammesse dagli stessi autori, e del piccolo conflitto di interesse dell'editorialista.

Rimane immutato il monito per i medici di medicina generale (monito che andrebbe esteso agli specialisti dal "facile uso senza valutazione di rischio" e ai farmacisti dall'"anticipo facile" - molto rappresentati almeno nella mia Regione, la Campania!) di valutare sempre, prima di prescrivere un FANS, il rischio cardiovascolare del paziente, bilanciandolo con quello gastrointestinale e con la sensibilità individuale al farmaco.

Una particolare attenzione agli eventi avversi degli ultimi COX 2, soprattutto di quelli non commercializzati in USA.

Sullo stesso argomento sono state pubblicate numerosi altri articoli a cui rimandiamo, sul sito pillole.org

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA-AMI

Fondato da Mario Menagualde

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



2009

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

“Linee-guida”: tutti le fanno, ma non sono sempre affidabili

Uno studio sulle raccomandazioni contenute nelle linee guida dell'ISDA (Infectious Diseases Society of America) rivela che circa la metà di queste sono basate su evidenze di scarsa qualità.

Gli autori di questo studio hanno analizzato 41 linee guida licenziate dall'ISDA dal gennaio 1994 al maggio 2010. Sono state passate al setaccio 4218 raccomandazioni.

Si è così visto che solo il 14% di esse era basato su evidenze

di buona qualità (studi clinici randomizzati e controllati), mentre ben il 55% si fondava su evidenze di qualità scarsa (per esempio opinione di esperti).

Durante il periodo di tempo preso in esame sono state aggiornate 5 linee guida: le raccomandazioni sono aumentate di una percentuale che andava dal 20% al 400%, ma solo in due aggiornamenti si è evidenziato un aumento delle raccomandazioni basate su prove di buona qualità.

Gli autori concludono che fintanto che non saranno disponibili risultati derivanti da studi clinici randomizzati e controllati dal disegno solido i medici devono usare cautela quando fondano

le loro decisioni unicamente sulle linee guida.

Fonte:

Dong Heun Lee et al. Analysis of Overall Level of Evidence Behind Infectious Diseases Society of America Practice Guidelines. Arch Intern Med. 2011 Jan 10; 171:18-22.

Commento di Renato Rossi

Un editorialista, nel suo commento, chiosa che è preferibile una linea guida a nessuna linea guida, tuttavia è opportuno non cadere nel trappola del libro di cucina".

nello noto come "trappola del libro di cucina". In effetti non si può pensare che le raccomandazioni contenute nelle linee guida siano delle ricette infallibili pronto uso.

I motivi sono tanti, in parte esterni ed in parte interni alla linea guida stessa. Il motivo esterno principale è che la linea guida non può essere calata dall'alto come un abito che deve andar bene a tutti i pazienti, nel senso che ogni decisione deve essere personalizzata ed adattata al contesto in cui il medico si trova ad operare, stante la notevole variabilità clinica che si deve affrontare nel mondo reale e che non può essere prevista ex ante nelle linee

guida. Ma, oltre a questo, bisogna considerare l'affidabilità intrinseca della linea guida e cioè la qualità e completezza della ricerca che è stata fatta per trovare le evidenze disponibili, l'analisi di queste evidenze e la forza su cui si basano le varie raccomandazioni.

Esistono infatti linee guida di qualità differente e per questo sono stati elaborati delle griglie che permettono di definire l'affidabilità di una linea guida, come per esempio il metodo AGREE.

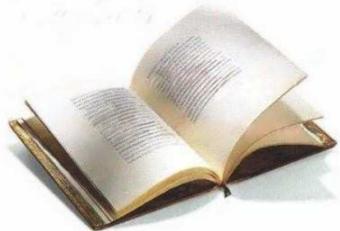
Purtroppo, come notano Lee e collaboratori, molte raccomandazioni si basano sull'opinione di esperti e non sui risultati di studi randomizzati e meta-analisi.

Questo non necessariamente dipende da cattiva volontà degli estensori, ma semplicemente dal fatto che non sempre esistono studi adeguati per rispondere ad una determinata domanda clinica.

Sarebbe auspicabile però che i medici fossero ben consapevoli di questo limite e conoscessero il grado di forza che sottostà ad ogni loro decisione clinica.

Sul problema delle “linee-guida supposte tali” non rispondenti ai canoni della corretta metodologia scientifica rimandiamo al poderoso articolo di Alessandro Battaglia

<http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=335>



Qual'è la pressione arteriosa ideale nel nefropatico?

Non ci sono prove derivanti da RCT che dimostrino che sia utile, nei nefropatici cronici, arrivare a valori di pressione arteriosa inferiori a 130/80 mmHg.

Gli autori di questa revisione sistematica sono partiti dalla constatazione che i valori ottimali di pressione arteriosa a cui arrivare nel nefropatico non sono chiari.

Per questo motivo sono stati ricercati trials clinici in cui fossero arruolati pazienti adulti con nefropatia cronica.

Gli RCT dovevano avere più di 50 partecipanti e, come scopo, il paragone tra diversi target di pressione arteriosa. Il follow up doveva essere di almeno un anno.

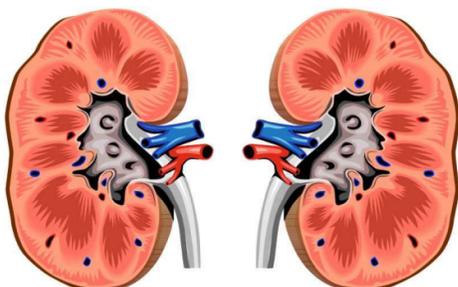
Gli esiti considerati comprendevano i decessi, l'insufficienza renale, gli eventi cardiovascolari, il cambiamento della funzione renale, il numero di farmaci antipertensivi usati e gli eventi avversi.

La ricerca ha permesso di identificare 3 trials per un totale di 2.272 pazienti arruolati.

Non è stato possibile dimostrare che tendere a valori di pressione arteriosa inferiori a 130-125/80-75 mm Hg sia più utile che accontentarsi di arrivare a valori inferiori a 140/90 mmHg.

Tuttavia evidenze di bassa qualità suggeriscono che target più bassi potrebbero essere utili nei pazienti con proteinuria compresa tra 300 e 1000

mg/die. Limiti della revisione: nessuno dei 3 studi comprendeva pazienti diabetici, la durata dei trials potrebbe essere stata troppo corta per poter svelare una qualche differenza in esiti clinici hard; l'accertamento degli eventi avversi non era uniformemente riportato.



Fonte:

Upadhyay A et al. Systematic Review: Blood Pressure Target in Chronic Kidney Disease and Proteinuria as an Effect Modifier. Ann Intern Med. Pubblicato online il 14 marzo 2011. <http://goo.gl/hGZcw>

Commento di Renato Rossi

Nei pazienti con nefropatia cronica si consiglia, in generale, di arrivare a valori di pressione arteriosa inferiori a 130/80 mmHg.

Tuttavia questa raccomandazione si basa più su ragionamenti di tipo fisiopatologico che sui risultati dei trials clinici.

Sembra infatti che la ricerca si sia un po' disinteressata di questo specifico argomento: la prima cosa che stupisce di questa revisione sistematica è che è stato possibile ritrovare solo 3 RCT per un totale di poco più di 2.000 pazienti arruolati.

Stupiscono meno i risultati della revisione perché già una precedente meta-analisi Cochrane (7 RCT per 22.000 pazienti) aveva dimostrato che i dati disponibili non permettono di affermare che raggiungere valori di pressione arteriosa inferiori a 140/90 mm Hg porti ad una riduzione della mortalità e della morbilità, neppure nei diabetici e nei nefropatici.

Non toglie che in alcuni pazienti nefropatici (per esempio quelli a rischio cardiovascolare molto elevato) possa tornare utile una terapia ipotensiva più aggressiva, cosa peraltro suggerita anche da Upadhyay e coll. che concludono di personalizzare il trattamento basandosi sulla valutazione del rischio cardiovascolare nel singolo paziente.

Anche in mancanza di RCT ad hoc si può ritenere ragionevole questa conclusione.

Tuttavia agli estensori delle linee guida verrebbe da suggerire di basarsi un po' di più sulle evidenze disponibili quando si accingono a mettere nero su bianco le loro raccomandazioni.

Allerta FDA sugli inibitori della 5-alfa-reduttasi in prevenzione del cancro prostatico

La FDA avvisa che l'uso degli inibitori della 5-alfa-reduttasi può ridurre il rischio generale di cancro prostatico ma è associato ad un aumento delle forme di alto grado.

Recentemente è uscita un'allerta della FDA (1) sulle 5-alfa-reduttasi (Finasteride e dutasteride), farmaci usati per l'Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB).

L'allerta riguarda i risultati di due studi sull'uso di questi farmaci per la prevenzione della neoplasia prostatica, il Prostate Cancer Prevention Trial (PCPT) (2) e il Reduction by Dutasteride of Prostate Cancer Events (REDUCE) (3) trial.

Il PCPT valutò l'uso della finasteride, 5 mg die, per 7 anni in una popolazione di 18.882 uomini > di 55 anni e dimostrò una riduzione dell'incidenza del cancro della prostata del 24,8%.

La riduzione del rischio del cancro della prostata fu limitato ai tumori con Gleason score di 6 o meno, ma vi fu un incremento dei tumori con Gleason score di 8-10 con finasteride rispetto

al placebo (6,4% vs 5,1%).

Allo stesso modo lo studio REDUCE usò la dutasteride (0,5 mg die) vs placebo per 4 anni in uomini di oltre 50 anni. I risultati dimostrarono una riduzione del rischio di tumore alla prostata del 22,8% (p<0,01).

La riduzione si notò solo per i tumori con Gleason score di 6 o inferiore. In contrasto ci fu un incremento dell'incidenza di tumori con Gleason score di 8-10 nel gruppo dutasteride vs placebo (1% vs 0,5%).

Tuttavia, una revisione pubblicata su Clinical Cancer Research (4) nel 2009 attribuì questi risultati a un bias di

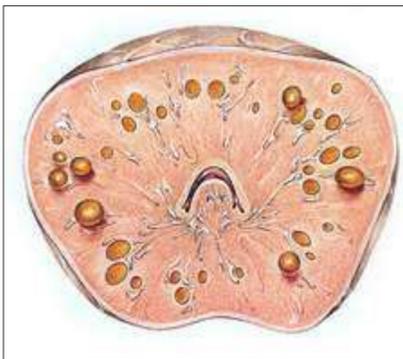
scoperta piuttosto che a un aumento dei tumori ad alto grado ex novo.

Gli Autori di questa revisione notarono che la performance del PSA di scoprire i tumori, di qualsiasi grado, aumentava al diminuire del volume della prostata, mentre diminuiva all'aumentare del volume della prostata e raggiunge la significatività statistica nella comparazione tra volumi della prostata di 30-50 cc vs > di 50 cc (p=0.008).

Anche il Valore Predittivo Positivo (PPV), per un PSA > di 4, si modificava con il volume prostatico. Il trend per un Gleason score di 6 o meno diminuiva all'aumentare del volume della prostata (PPV <30 cc = 25.0%; PPV 30-50 cc = 23.8%; PPV >50 cc = 17.3%).

Un trend più significativo fu osservato per i tumori di alto grado (PPV <30 cc = 39.0%; PPV 30-50 cc = 22.3%; PPV >50 cc = 10.7%).

Anche un'analisi post hoc del PCPT (5) dimostrò una riduzione significativa del rischio di tumore alla prostata con Gleason score da 5 a 7: 58% di riduzione con Gleason score di 5 (p<.0001), un 52% di riduzione per un Gleason score di di 6



(p<.0001) e un 22% di riduzione per un Gleason score di 7 (p=.0368) mentre la finasteride non ebbe nessun effetto su tumori con Gleason score di 2,3,4 e 8-10.

L'allerta della FDA conclude invitando i medici a escludere un eventuale tumore della prostata prima di iniziare una terapia con 5-alfa-reduttasi.

A cura di Clementino Stefanetti

Referenze:

Cinque voci bibliografiche reperibili sul sito www.pillole.org

I computer personali (anche se aziendali) sono inviolabili

Il datore di lavoro non può accedere ai dati personali del lavoratore contenuti nel computer aziendale

Va bilanciato il diritto di riservatezza del lavoratore con quello dell'azienda di tutelarsi verso comportamenti scorretti.

Il Garante Privacy, nella sua newsletter n. 346 del primo marzo 2011 ha stabilito che il datore di lavoro non può accedere ai dati personali del lavoratore, pur non attinenti alla prestazione lavorativa, contenuti nel computer aziendale.

L'azienda tuttavia ha diritto di conservare il materiale elettronico del dipendente onde servirsene in caso di contenzioso penale.

La pronuncia è nata in seguito al ricorso di un dipendente che chiedeva al suo ex datore di lavoro di cancellare alcune cartelle personali presenti nel computer portatile aziendale, restituito alla ditta dopo il licenziamento.

L'azienda rifiutava la cancellazione, affermando che in tale materiale potevano essere presenti prove di comportamenti sleali verso l'azienda da parte del dipendente.

Il Garante non ha accolto la richiesta di cancellazione dei dati, ha però inibito all'azienda l'accesso alle cartelle private in quanto sarebbero stati violati i principi di pertinenza e non eccedenza previsti dal Codice della privacy.

L'Authority ha però precisato anche che era necessario un bilanciamento del diritto alla riservatezza dei lavoratori con il diritto delle imprese di tutelarsi nell'ambito di eventuali procedimenti penali, per cui ha riconosciuto il diritto dell'azienda di conservare i file del dipendente per poterli eventualmente presentare come prova nel contenzioso penale.

Daniele Zamperini



SMI LAZIO E' SU FACEBOOK
Il Sindacato Medici Italiani (SMI) Lazio ha aperto una pagina su Facebook.

Gli iscritti a Facebook possono chiedere l'iscrizione al sito.
Ma anche chi non volesse iscriversi può consultarne la Home Page dal sito www.smi-lazio.org

Le recenti roventi polemiche sul "Caso ENPAM": una relazione sulla situazione attuale, sui problemi futuri, sui provvedimenti necessari. Rischi immediati non esistono, ma bisognerà agire

Penso che tutti i medici si siano sentiti coinvolti nel "Caso Enpam", e soprattutto confusi dalle informazioni contraddittorie, dal susseguirsi di accuse e smentite, dalle querele e controquerele. Tutto ciò ha portato a non saper prendere una posizione o, al contrario, prendere una posizione "di pancia", dettata più dall'emozione e da posizioni politiche che non da reali informazioni in merito.

Riporto appresso una relazione che ritengo sia una delle più obiettive comparse nei mezzi di informazione. Si tratta di una relazione sindacale (SMI) (e questo non è un bollettino sindacale), ma anche eliminando questi aspetti, finalmente se ne esce con le idee certamente più chiare.

Non c'è commissariamento, non c'è reale pericolo immediato per le pensioni; il problema sarà per i pensionati futuri, e ci dobbiamo attrezzare...
Daniele Zamperini

"L'Enpam ha sicuramente diversi problemi, ma le soluzioni non le troveremo nelle polemiche e neppure nello "stringiamoci a coorte" che viene spesso invocato dai vertici dell'ente, bensì in un serio processo riformatore della cassa previdenziale dei medici che dia risposte alle preoccupazioni della categoria e ai rilievi degli organismi di controllo: con l'obiettivo chiaro di difenderne l'autonomia e l'indipendenza.

Ma andiamo, con ordine, nel merito della questione, per orientarci in questo labirinto.

L'ENPAM, in precedenza Ente di diritto pubblico, è oggi una Fondazione di diritto privato nato dalla trasformazione prevista dal D.L. 530/1994.

La Fondazione continua a svolgere le attività previdenziali ed assistenziali a favore di medici ed odontoiatri per le quali l'Ente era stato originariamente istituito. La Fondazione è soggetta alla vigilanza dell'Autorità Governativa e ai controlli della Corte dei Conti.

Per gli effetti del successivo D.L. 231/2001 il Consiglio di Amministrazione dell'Ente procede all'approvazione

- del modello organizzativo della Fondazione ex D. L. 231/2001
- del codice etico
- dello statuto dell'organismo di vigilanza ex D. L. 231/2001
- del regolamento della funzione di Internal Auditing

L'Organismo di Vigilanza (OdV) si insedia il 30 maggio 2008 e presenta una relazione in data 15 maggio 2009 relativa al periodo giugno 2008-maggio 2009. In essa vengono segnalate forti criticità segnalando in particolare "la necessità di intervenire prioritariamente, e con ogni possibile urgenza, per una revisione complessiva di tutte le procedure di investimento...".

Per questo ed altri motivi l'OdV conclude che "non è in grado di riferire sull'attività del ... Servizio investimenti e gestione finanziaria e .. del Dipartimento del patrimonio immobiliare".

L'OdV viene soppresso e nel settembre 2009 viene unificata la funzione di "internal auditing" con il "Servizio pianificazione controllo e rischi" e viene istituito il Servizio Controllo di Gestione.

Il destino dell'OdV si lega ad una serie di avvenimenti e di nuovi soggetti di controllo che intervengono successivamente. Ma l'OdV pone all'attenzione un elemento fondamentale ovvero le scelte di investimento, mobiliare e immobiliare, che l'ENPAM adotta e che sono state oggetto di esposizione mediatica e di contrasti interni, nonché di contenziosi legali.

La Corte dei Conti, dal controllo sulla gestione finanziaria per gli esercizi 2008-2009, conclude:

"Le scelte di investimento compiute

dalla Fondazione nel corso dei due anni considerati hanno condotto a una ulteriore, progressiva riduzione del peso delle attività immobiliari, che a fine 2009 pesano appena più di un terzo sul totale.

All'interno degli investimenti immobiliari, continua a ridursi la quota degli investimenti detenuti direttamente, mentre aumentano le partecipazioni detenute in società e fondi immobiliari.

Di converso si accrescono la dimensione assoluta e il peso delle attività finanziarie, soprattutto nella componente delle immobilizzazioni, ma anche nelle attività non immobilizzate.

La Fondazione ha chiuso il 2008 con un utile di esercizio di 676 milioni di euro, in calo di oltre un quarto rispetto all'anno precedente.

Il peggioramento del risultato finale è stato in larga misura determinato dalle rilevanti rettifiche di valore che è stato necessario apportare alle attività finanziarie (-548 milioni): oltre alcune poste minori, queste ingenti svalutazioni sono state conseguenza di 145 milioni di differenza negativa fra il valore di bilancio e il valore di mercato di titoli iscritti nell'attivo circolante, nonché dell'accantonamento di 400 milioni a fronte della potenziale perdita di valore durevole delle immobilizzazioni finanziarie per effetto della crisi ...

....destano invece serio allarme le conclusioni cui giungono i nuovi bilanci tecnici, aggiornati a fine 2009, redatti per ciascuno dei fondi previdenziali gestiti dalla Fondazione.

Ne emerge una situazione economico finanziaria che diviene instabile entro un lasso di tempo piuttosto breve. Nel totale dei Fondi gestiti, le uscite previdenziali eccederanno i contributi già nel 2020. Anche aggiungendo alle entrate contributive le altre entrate derivanti dai redditi patrimoniali, e aggiungendo alle uscite le spese di assistenza e le spese amministrative, si giunge a una situazione di disavanzo a partire dal 2022. Il patrimonio rimane superiore a cinque volte le uscite correnti per pensioni fino al 2023; da allora diviene insufficiente rispetto al vincolo citato, e diviene addirittura negativo a partire dal 2032. Alla fine del 2040 il patrimonio sarebbe negativo per oltre 26 miliardi.

Il fondo specialisti esterni è in disequilibrio già oggi. Ma nessuno dei fondi mantiene un equilibrio economico neanche nella più breve prospettiva dei trenta anni; da qui a venti anni solo il Fondo generale - quota B - rispetterà il vincolo di un patrimonio almeno pari a 5 volte le pensioni correnti; ma già nel 2032 neanche questo Fondo lo rispetterà più.

La Corte concorda con quanto sottolineato nei bilanci tecnici aggiornati al 31 dicembre 2009 riguardo la necessità che vengano assunte con urgenza misure idonee a riportare la gestione in equilibrio".

In sintesi: la Corte dei Conti, dal controllo sulla gestione finanziaria per gli esercizi 2008-2009, ha rilevato la criticità degli investimenti mobiliari (che coprono oltre la metà del bilancio) e la tenuta economica dell'Ente nel lungo periodo.

Negli investimenti mobiliari a fine 2009 sono contenuti: "Titoli con rischio capitale" (non è garantito il rimborso del valore nominale quindi con

possibile perdita del capitale investito) per un valore di 665 mln e "titoli con rischio contrattuale" (il cui valore di mercato è già inferiore al nominale) per 265 mln, per un totale di 930 mln.

Sono titoli con presunta alta redditività ma con reale alto rischio, che già si è concretizzato.

Infatti, si è dovuto procedere ad un loro rifinanziamento (ristrutturazione pari a 102,6 mln) per tamponare le

perdite, sperando in una ripresa dei mercati, e ad accantonare, a copertura del rischio, al 2009, 317 mln. Una condizione di investimento che pone a rischio,

nell'ipotesi peggiore circa 1.350 mln. Tale trend è mantenuto nel bilancio 2010, in via di approvazione, nonché nel bilancio preventivo 2011.

Nello specifico settore finanziario ENPAM si è dotata della funzione di garanzia e di controllo finanziario, denominata Risk Manager. Archiviata la funzione interna dell'OdV, per il triennio 2009-2011 La Fondazione ha stipulato un contratto di assistenza tecnica e commerciale per la funzione di Risk Manager con la Società Mangusta Risk UK Ltd.

Nel Febbraio 2010 sulla gestione delle attività mobiliari e immobiliari dell'Ente è intervenuto il Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna e proponendo di sottoporle a analisti e consulenti finanziari. Il Consiglio di Amministrazione da mandato al presidente, tra gli altri, di nominare consulenti fiscali e legali, e contestualmente affida alla Società SRI Capital Advisers Ltd l'analisi del portfolio mobiliare e l'individuazione di eventuali criticità.

Benché il contratto prevedesse il divieto di divulgare i dati relativi alle prestazioni e servizi affidati, SRI rende noto il rapporto finale con una forte critica al Risk Manager Mangusta e al suo operato relativamente ai titoli CDO (Collateralized Debt Obligation, ovvero i famosi titoli tossici)

Su questa partita si è innescata la querelle riportata dalla stampa dove i dubbi sulla solidità finanziaria dell'Ente sono stati messi in relazione con la questione degli investimenti finanziari, cosa che di fatto non è. Dato l'antefatto bisogna puntualizzare alcuni aspetti:

- per effetto della Finanziaria 2007, l'equilibrio di gestione degli Enti previdenziali ha una proiezione trentennale (e non più quindicinale come nel caso dell'ENPAM) ovvero l'Ente deve prevedere una capacità di erogazione delle pensioni per un arco di 30 anni, intervenendo con misure idonee al raggiungimento dell'obiettivo

- lo spostamento della "asticella" verso l'alto ha richiamato l'attenzione sui bilanci che, se fino a poco tempo fa risultavano floridi e capienti rispetto all'obiettivo quindicinale, oggi appaiono, in assenza di interventi che invertano il rapporto entrate-uscite, il rischio concreto di insolvenza dell'Ente già a partire dal 2023 e per tutti i fondi gestiti

- l'attenzione sui bilanci e le modalità con cui sono stati resi noti ha

creato un forte allarmismo nella categoria ma ha rivelato, ad un pubblico molto più ampio, le scelte di investimento operate dall'Ente con particolare rilevanza per quelle finanziarie a rischio, per quanto queste ultime siano una percentuale abbastanza bassa degli interi investimenti.

LE PROPOSTE DELLO SMI

L'ENPAM, purtroppo, sembra solo oggi accorgersi dell'urgenza di interventi strutturali al fine di evitare quanto è nelle previsioni economiche e raccoglie anche la richiesta dello SMI di organizzare un incontro con i sindacati medici, che si tiene il 17 giugno scorso, presenti il Presidente Parodi, il Presidente Vicario Olivetti e il Vice Presidente Malagnino. I vertici illustrano i fatti, analizzano le diverse cause dello squilibrio economico dei fondi e ipotizzano interventi di riequilibrio, chiedendo alla categoria di supportare l'Ente in questo percorso. Lo SMI, presente all'incontro, costruttivamente ha posto alcune questioni che elenchiamo:

- L'innalzamento della "asticella" non può essere considerata la causa principale dello squilibrio economico e in ogni caso dal 2007 ad oggi non sembra aver rappresentato una preoccupazione per l'Ente che ha sempre rappresentato una situazione positiva, solida e dal futuro roseo, rimandando così nel tempo l'avvio di riforme strutturali dell'Ente stesso

- L'Ente ha apparentemente sottostimato, o non lo ha reso noto, gli effetti della precarizzazione dell'occupazione medica, fortissima negli ultimi anni, incentrando di più l'attenzione sul prolungamento della vita media e sul conseguente maggior numero di anni di erogazione individuale del trattamento pensionistico

- L'Ente ha sottostimato il dato certo del calo dell'occupazione medica e della conseguente riduzione delle entrate contributive

- L'Ente non può affermare che

tutti i medici sono rappresentati attraverso gli Ordini e quindi la non necessità della componente sindacale nella interlocuzione e nella partecipazione alle scelte di gestione, poiché la materia previdenziale e assistenziale, in particolare modo per la componente convenzionata è una componente della contrattazione e non certa materia ordinistica; sono quindi le .OO.SS. i veri portatori degli interessi previdenziali dei medici e con essi l'Ente deve rapportarsi anche come ovvia prosecuzione delle scelte sottoscritte nei rinnovi contrattuali.

Non è ammissibile che solo alcuni sindacati, in quanto forti nella rappresentazione ordinistica in seno al Consiglio Nazionale e al CdA dell'ENPAM, abbiano un ruolo privilegiato di incidere sulla materia

- Non è ammissibile che l'Ente faccia investimenti che mettano a rischio il capitale, ovvero i contributi versati dai medici

- Non è più rinviabile una riforma strutturale dello Statuto e degli organi statutari dell'Ente che vada nella direzione di una piena rappresentatività degli stessi legittimati da modalità elettive dirette e non mediate dai Presidenti di Ordine.

- È necessario un ridimensionamento dei costi dell'Ente in particolare per alcune voci, come osservato anche dal Collegio Sindacale in merito all'alta posta di bilancio per consulenze esterne.

È evidente che non è più sufficiente richiamare la categoria alla difesa acritica dell'Ente: è giunto il momento di aprire una fase nuova per la riforma dell'Enpam all'insegna della partecipazione, basata una politica di saggi e oculati investimenti, scevri da conflitti di interesse, in assoluta trasparenza e con una informazione puntuale ed esauriente. Ora attendiamo le proposte e le possibili soluzioni alle criticità presenti e future nell'ottica di un confronto costante e costruttivo, nell'interesse dei medici."



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 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 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'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



PROGRAMMA MASTER DI 2° LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO



Dipartimento Medico-Chirurgico Di Scienze
Cliniche, Tecno-Biomediche e Medicina
Traslazionale

Facoltà di Medicina e Psicologia
UNIVERSITÀ SAPIENZA DI ROMA

IN COLLABORAZIONE CON

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

SOCIETÀ ITALIANA PER L'AGGIORNAMENTO DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE



Master Universitario
di II Livello in

Medicina Generale e del Territorio

A.A. 2011-2012

FINALITÀ

L'obiettivo del Master è fornire agli iscritti gli strumenti e le nozioni per poter elevare il grado di preparazione dei medici che si accingono a cimentarsi con la medicina generale a livello territoriale. Il Master si propone inoltre come strumento di aggiornamento per i medici di medicina generale già inseriti nel sistema sanitario nazionale e che intendono ampliare le loro conoscenze ottenendo anche un titolo universitario di II livello. L'ulteriore obiettivo del Master è quello di fornire al medico gli strumenti per gestire nella sua completezza il processo di cura del paziente nel percorso tra medici, strutture sanitarie e socio assistenziali. Il corso di Master è rivolto a soggetti interessati a sviluppare una concreta professionalità nel campo della Medicina Generale e della Medicina del Territorio.

Per lo svolgimento dei corsi e per l'organizzazione delle attività formative, il Master si avvale:

- delle competenze didattiche e scientifiche, nei campi di base ed applicativi delle discipline inerenti gli obiettivi del Master, presenti nella Facoltà di Medicina e Psicologia e della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- degli specifici apporti di esperti ed operatori di provata e documentata esperienza che svolgono la loro attività in strutture di ricerca pubbliche e private ed in strutture private volte all'aggiornamento professionale dei medici di medicina generale.

PROGRAMMA

MEDICINA DI FAMIGLIA E DEL TERRITORIO

- Ospedale e territorio: un'integrazione attraverso la telemedicina
- La cartella orientata per problemi
- Il paziente e la famiglia: eugenetica, ereditarietà, sterilità e separazione

Dott.ssa Flaminia Riddei

- Contracezione, Aborto, Abuso e Maltrattamenti

Dott.ssa Laura Vitto

- La medicina di iniziativa: la prevenzione la il governo clinico e la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici
- Come e cosa fare per attuare una prevenzione attenta e corretta
- Stile di vita - sonno veglia, ritmi circadiani,
- Il counselling e la comunicazione medico-paziente

Dott.ssa Flaminia Riddei

- PNL - Programmazione Neurolinguistica
- La calendarizzazione dei controlli in prevenzione: linee guida e protocolli nazionali e regionali - l'Audit Clinico
- L'informatizzazione dell'ambulatorio del MMG
- Gestionali di studio: Utilizzo base e funzioni avanzate
- Estensione del programma a: Laboratorio, RX, Ecografia, specialistica ecc.;
- Visualizzare e stampare immagini (TAC, RMN, ECO)
- La gestione in equipe: ADP, ADI, forme associative presa in carico ospedale territorio, domiciliazione, dimissioni protette, prestazioni di particolare impegno professionale (PIP)

Dott.ssa Cristina Patrizi

ASPETTI DI BIOETICA, MEDICINA LEGALE E DEL LAVORO NELLA MEDICINA DEL TERRITORIO

- Le problematiche socio-economiche nel rapporto medico-paziente

- Legislazione medica: il fisco, la L. 81, i rifiuti speciali, i rapporti con i dipendenti, le associazioni di medici, la privacy, la certificazione, il TSO ed altre leggi
- Le certificazioni "difficili": morte, capacità civile, ecc.
- Problematiche di fine vita

Dott. Beniamino Baldacci

- Denunce e referti
- La prescrizione farmacologica: la normativa nazionale, note AIFA, scheda tecnica ministeriale, la normativa regionale e le CAP

Dott. Flaminia Riddei

ECONOMIA SANITARIA

- Le basi costituzionali della sanità pubblica
- Rapporti tra economia e salute
- Bisogno di salute e caratteristiche dell'offerta in Sanità pubblica e privata
- Appropriatezza, efficacia e produttività
- Il finanziamento delle attività sanitarie
- La qualità nei servizi sanitari, nazionale e regionale
- L'informatica medica e problemi connessi
- La medicina di iniziativa: la prevenzione la monitoraggio e l'importanza dell'informatizzazione dell'ambulatorio del MMG e
- L'appropriatezza prescrittiva

IL PAZIENTE ANZIANO ED I DISTURBI NEUROLOGICI E PSICHIATRICI

- La diagnosi precoce delle demenze: ruoli e compiti del MMG
- La capacità di intendere e volere nell'anziano
- La protezione sociale: invalidità civile e altre tutele RSA, Centri Diurni, Case Famiglia, e altre strutture
- L'anamnesi gerontologica e la valutazione psicometrica
- Disturbi neurologici, psicologici e comportamentali dell'età involutiva
- Il counselling ai familiari
- Terapia farmacologica e riabilitativa
- Psicosi e depressione: segnali d'allarme della psiche
- Patologia psichiatrica
- Il percorso Alzheimer e le U.V.A.

PREVENZIONE ONCOLOGICA E GESTIONE DEL MALATO

- Screening Oncologici
- Percorsi integrati nella terapia delle malattie neoplastiche
- Gestione domiciliare del malato terminale
- Terapie palliative e terapia del dolore
- Comunicazione medico-paziente e psiconcologia

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE E RESPIRATORIO

- Il rischio cardiovascolare globale e suo monitoraggio
- Il progetto CUORE e le carte del rischio
- La cardiopatia ischemica
- Lo scompenso cardiaco cronico - l'ipertensione e l'aritmia
- Broncopneumopatie acute e croniche; le prove di funzionalità respiratorie;
- Il paziente in ossigenoterapia
- Aspetti regolatori dell'ossigenoterapia
- Il ruolo del MMG nella diagnosi precoce delle neoplasie polmonari
- Elementi di diagnostica per immagini in cardiologia e pneumologia

MALATTIE IMMUNOLOGICHE ED INFETTIVE

- Influenza pandemica e stagionale, la gestione dei pazienti a rischio
- Le campagne vaccinali obbligatorie e facoltative: aspetti regolatori e clinici

- Problemi legali nelle patologie infettive: privacy, rischi di contagio per terzi, tutele per il medico
- Le denunce di malattie infettive

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

- La patologia tiroidea acuta e cronica;
- La nutrizione assistita;
- Le anemie croniche e le anemie senili
- Linfomi: leucemie e mielomi
- La gestione domiciliare e il coordinamento territoriale dei pazienti in NAD e PEG
- Malassorbimento e Celiachia

LA DIAGNOSTICA SPECIALISTICA

- L'imaging radiologico
- L'endoscopia digestiva
- La diagnostica senologica
- La diagnostica cardiologica avanzata
- La diagnostica di laboratorio
- La patologia oculistica negli anziani

IL MALATO CRONICO

- La dialisi
- Il diabete
- Le epatopatie croniche
- Gestione degli stomizzati

I PERCORSI CHIRURGICI E LE NUOVE TECNOLOGIE

- La chirurgia oncologica
- La chirurgia in regime ambulatoriale e in oneday-day surgery
- La chirurgia senologica
- Le patologie del pavimento pelvico
- La proctologia, diagnostica e trattamento
- Le ernie della parete addominale
- Le patologie benigne dell'apparato digerente di interesse chirurgico

LA GESTIONE DELL'URGENZA NEL TERRITORIO ED IL PRIMO

- SOCCORSO
- BLS
- Valutazione e stabilizzazione dei parametri vitali
- La catena del soccorso

AVVELENAMENTI E REAZIONI AVVERSE AI FARMACI

- Tecniche di intervento su pazienti affetti da dipendenze da: fumo, droga, alcool ecc.
- Intossicazioni acute
- Prevenzione e gestione delle reazioni avverse ai farmaci
- La segnalazione degli Eventi avversi (ADR): aspetti regolatori

TIROCCINO PRATICO

STUDIO INDIVIDUALE PER LA PREPARAZIONE DELL'ELABORATO FINALE

MASTER UNIVERSITARIO DI 2° LIVELLO IN COLLABORAZIONE TRA SIAMEG E UNIVERSITÀ DI ROMA LA SAPIENZA, 2° FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA E PSICOLOGIA CLINICA MASTER DI 2° LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO

approvato il "MASTER DI SECONDO LIVELLO IN MEDICINA GENERALE E DEL TERRITORIO" per l'anno accademico 2011-2012, dall'Università degli studi La Sapienza di Roma, 2° Facoltà di Medicina e Psicologia Clinica, in collaborazione con S.I.A.M.E.G., Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale.

S.I.A.M.E.G., vanta un curriculum di oltre 300 eventi scientifici accreditati con il sistema ECM, un'esperienza nel campo dell'aggiornamento professionale continuo e della Formazione professionale, di oltre 20 anni, numerose esperienze nel campo della formazione e della divulgazione su tematiche sociali e sociosanitarie, con rapporti di collaborazione su progetti specifici con numerosi organismi istituzionali: Regione Lazio, Provincia, Iniziative culturali etc.

Abbiamo il pregio di godere della collaborazione fornita da un Comitato Scientifico ricco di oltre 100 illustri colleghi, tra Universitari, Ospedalieri e Medici di Medicina Generale e di Emergenza e un Comitato Direttivo del quale fanno parte colleghi di comprovata esperienza e competenza professionale, espressione delle migliori capacità ideative, propositive, didattiche e cliniche.

L'Università La Sapienza di Roma, è la 20a Università al mondo per competenze e qualità clinico-didattiche: insomma un MIX vincente!

Il Master Universitario è un titolo accademico che rappresenta il massimo della formazione universitaria, oltreché costituire un ingresso a pieno titolo della nostra specificità professionale e di ruolo, all'interno del mondo accademico e universitario.

Una reale chance di crescita professionale, di rivendicazione di specificità, di spessore clinico e di competenze specifiche.

La dimensione accademica della Medicina generale è indispensabile per la piena realizzazione di tutte le potenzialità proprie del ruolo, un ruolo unico nella gestione complessiva del paziente, dalla adolescenza alla senectus, unici veri Gate- Keeper di tutte le problematiche non solo di "salute" ma socio assistenziali.

Riteniamo che la opportunità di rivendicare quella dimensione UNIVERSITARIA ed accademica di "Specialità" per la Medicina Generale sia una sorta di prerequisito per successive e più approfondite strategie di crescita professionale, in termini di spessore e valenza clinica, progressione di carriera, gestione del governo clinico, ruolo e funzioni all'interno degli auspici "Dipartimenti di Medicina Generale".

Il Master avrà durata annuale, con inizio delle lezioni entro febbraio 2011.

E' strutturato in 13 Moduli didattici aventi per oggetto tematiche di forte impatto e ricaduta professionale. Le modalità di iscrizione con i dettagli amministrativi, saranno rese note entro la fine di febbraio 2011, quando il bando pubblico di partecipazione verrà emesso dal Dipartimento universitario e pubblicato sul sito dell'Università La Sapienza.

Il Master si avvale della Direzione Scientifica di un Comitato Didattico Scientifico di grande spessore e valenza clinico - didattica. Direttore del master è il Prof. Antonio Brescia, componente e Coordinatore del Comitato scientifico SIAMEG, Direttore della Day Surgery dell'Ospedale S. Andrea di Roma 2° Facoltà di Laurea in Medicina e Chirurgia e Psicologia Clinica.

Cristina patrizi Segretario Generale SIAMEG

Beniamino Baldacci Presidente SIAMEG



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. 813
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it

Corso di Formazione teorico-pratico per Medici Pediatri e Medici di Medicina Generale e Infermieri pediatrici

"Pedofilia, abuso e maltrattamenti: saper riconoscere l'infanzia negata"

Responsabile Scientifico: Prof. Pietro Ferrara
Coordinatore del corso: - Dott. Renzo Giovanelli
Relatori: Prof. Giuseppe Fabiano, Prof. Pietro Ferrara
Sede del corso: Sala Riunioni S.I.A.M.E.G. - Roma, via Merulana 272
Prot. ECM n. 813-11504 - Crediti ECM 9,1

Programma

Prima sessione (Venerdì 23 Settembre 2011)

17 - 17.30 Registrazione partecipanti

Saluto di benvenuto: Dott. Baldacci Beniamino e Dott.ssa Cristina Patrizi

Presentazione corso: Obiettivi e Finalità (Dott. Giovanelli)

17.30 - 18.30 Generalità

- Alle radici del problema
- Il bambino abusato nella storia e ai nostri giorni
- Saper riconoscere e interpretare gli indicatori di maltrattamento
- Principali norme legislative e procedure da attuare (Prof. Ferrara)

18.30 - 19.10 La patologia delle cure

- L'incuria, la discuria, l'ipercuria: come riconoscerle e cosa fare - il punto di vista del Medico (Prof. Ferrara)
- Il maltrattamento fisico - dal caso clinico al referto (Prof. Ferrara)
- Opinioni a confronto: dal referto alla presa in carico agli effetti a distanza - il punto di vista del Medico (Prof. Ferrara)

19.10 - 19.40 La rete e internet: il ruolo della Polizia Postale (Dr. Andrea Rossi)

19.40 - 20.00 Presentazione casi clinici - Role Playing

20.00 - 20.20 Dinner lunch

20.20 - 22.30 L'abuso sessuale

- Saper sospettare un abuso sessuale
- Dal caso clinico al referto (Prof. Ferrara)
- La pedofilia: aspetti generali e caratteristiche (Prof. Ferrara)

Seconda sessione (Sabato 24 Settembre 2011)

8.30 - 9.30 Presentazione casi clinici (Prof. Fabiano)

9.30 - 11.00 Il maltrattamento fisico

- Quando sospettare l'abuso
- Opinioni a confronto: dal referto alla presa in carico agli effetti a distanza - il punto di vista dello Psicologo (Prof. Fabiano)
- L'incuria, la discuria, l'ipercuria: come riconoscerle e cosa fare - il punto di vista dello Psicologo (Prof. Fabiano)

11.00 - 11.20 Coffee-Break

11.20 - 13.30 Presentazione casi clinici - Role Playing (Prof. Fabiano)

- Lavoro a piccoli gruppi
- Verifica 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 + 20% IVA

IX GIORNATE MEDICHE OSPEDALIERE

Molto completo il programma dell'evento, promosso dal Collegio Reumatologici Ospedalieri Italiani (**CROI**) e dalla Federazione Associazione Dirigenti Ospedalieri Internisti (**FADOI**), svoltosi presso Villa EUR e presieduto da Vincenzo Bruzzese. I crediti formativi **ECM** sono stati richiesti per le seguenti discipline: Reumatologia, Medicina generale e interna, Gastroenterologia, Immunologia clinica ed Allergologia, Medicina fisica e Riabilitazione.

Notevole importanza è stata sottolineata per la **SEMEIOTICA MEDICA**. Il continuo aumento delle metodiche strumentali sta favorendo - purtroppo - il progressivo impigritimento mentale del giovane Medico: ne conseguono "visita a letto del malato" sempre più superficiale ed ingiustificata richiesta di indagini tecnologiche.

Sono state trattate anche le Malattie professionali in Agricoltura, nell'Industria e nei Servizi (recenti segnalazioni di tumori da amianto negli elettricisti), nei Dipendenti statali. Particolare risalto si è dato all'incremento delle turbe psichiche lavoro-dipendenti.

Vivace la discussione finale: è stata auspicata, tra l'altro, una più convinta collaborazione fra Medico di base e Medico ospedaliero, a tutto vantaggio del paziente ricoverato.

LATERALIZZAZIONE DEL CERVELLO

Oggi la lateralizzazione cerebrale, ossia l'**ASIMMETRIA STRUTTURALE E FUNZIONALE DEI DUE EMISFERI**, trova il consenso della comunità scientifica. I destrimani sono il 90 %.

Capacità proprie dell'emisfero sinistro sono quella logica, la razionale, la matematica, la discorsiva; quelle dell'emisfero destro la capacità visuo-spaziale, la musicale ed anche le



emozioni. Gli scienziati concordano sui vantaggi dell'asimmetria encefalica. Poiché questa consente nei due emisferi l'esecuzione di processi separati e paralleli, ne viene potenziata la capacità cerebrale: per l'esecuzione di ciascun compito basta l'attivazione di un numero mini-

mo di neuroni. Pesci ed uccelli, ad esempio, che hanno gli occhi posti lateralmente, possono vedere due scene anche totalmente diverse: una loro destra, un predatore in arrivo a sinistra. Una metà dominante, per la decisione, è essenziale per la salvezza.

Le moderne neuroimmagini ben documentano la lateralizzazione.

TERAPIA INSULINICA CONTINUA CON MICROINFUSORE

È indicata nei diabetici tipo 1 che - pur seguendo un regime multiiniettivo ottimale - non ottengono un buon controllo glicemico, ma presentano elevata emoglobina glicata e/o ipoglicemie frequenti o imprevedibili o un'alta variabilità glicemica, o che sono molto sensibili all'azione dell'insulina.

Il microinfusore è un piccolo dispositivo computerizzato contenente una siringa con insulina ad azione rapida, collocato nel tessuto sottocutaneo con un "set" di infusione, costituito da un catetere e da una cannula in teflon. Lo strumento riproduce la secrezione di insulina di un pancreas normale erogando l'insulina stessa con due modalità d'infusione: una continua, detta **INSULINA BASALE**, ed una intermittente, a comando, al momento dei pasti, detta **BOLO DI INSULINA**.

Il diabetico così trattato deve sapere che occorrerà qualche settimana prima che sia in grado di gestire in modo autonomo il microinfusore: deve poi saper gestire gli eventuali spuntoni e le glicemie notturne.

La qualità della vita è senz'altro migliorata.

TEST PRECOCISSIMO PER IL CANCRO POLMONARE

Un particolare esame di sangue in oltre 6.000 forti fumatori, monitorizzati per 5 anni, ha evidenziato che il 100 % di coloro che si ammalavano di questo tumore presentavano valori alterati di particolari micro-Rna: si tratta di piccole molecole circolanti nel sangue che, come "interruttori", accendono e spengono i geni.

La ricerca, tuttora in corso presso l'Istituto italiano dei tumori di Milano, in collaborazione con la Ohio State University di Columbus (USA), ha il singolare pregio di permet-



tere una diagnosi precoce, fino a 2 anni prima di quella permessa dalla **TAC** spirale, lo strumento diagnostico più avanzato. Ressa ha inoltre il vantaggio di una diagnosi rapida ed economica: ed inoltre, se vi è il tumore, consente

di quantificarne il **GRADO DI AGGRESSIVITA'**.

Essendo in gioco diversi micro-Rna, si deve anche valutare la singola variazione di ciascuno di essi.

ANELLO DI WALLDEYER E PATOLOGIA RESPIRATORIA

Formato da tessuto linfatico che circonda le coane e l'istmo delle fauci, è rappresentato dalle tonsille palatine (amigdale), tonsille faringee (adenoidi), tonsille tubariche e linguali.

In età pediatrica specie in inverno - si verifica ipertrofia adenoidica, dovuta a virus e batteri, ciò che depone per un sistema immunitario efficace. Questa ipertrofia ostacola la respirazione nasale per cui il bambino respira (e dorme) a bocca aperta. Se tale situazione persiste a lungo - ciò che avviene nella **DIATESI LINFATICA** - il volto assume una particolare conformazione: la "facies adenoidica".

Se manca un sufficiente flusso linfatico possono essere compromesse le reazioni immunitarie, ed in particolare quelle cellule immunitarie che intervengono nella patologia delle alte vie respiratorie.

BIOPSIA NELLA MALATTIA CELIACA

L'affezione è dovuta ad intolleranza ad una proteina, il glutine, contenuta nel grano, nell'orzo e nell'avena. Patogenesi: non si tratta di imperfetta digestione, bensì di un vero e proprio malassorbimento. Il glutine infatti esercita un'azione tossica sulla mucosa dell'apparato digerente con danno dei villi intestinali: ne consegue incapacità di assorbire anche il cibo ben digerito.

Sintomi generali: astenia da anemia, fragilità ungueale, perdita di capelli, ipoplasia dello malto dentario, dimagrimento o mancata crescita nei bambini, aborti spontanei. Sintomi locali: gonfiore addominale, diarrea, steatorrea.

La diagnosi, affidata al dosaggio di particolari anticorpi nel sangue, oggi dovrebbe essere confermata dalla **BIOPSIA DELLA 2° PORZIONE DEL DUODENO**. Il glutine non dovrà più essere introdotto nella dieta.

A cura di Alessandro Ciammaichella

VERRUCHE GENITALI DA HPV

L'infezione da Papillomavirus può avere un basso carico virale senza segni clinici, oppure un carico elevato con segni clinici. Le infezioni genitali a basso rischio possono causare papule ricorrenti o lesioni simili a cavolfiore (**CONDILOMI ACUMINATI**), oppure verruche piane (condilomi **PIANI**).

Fino al 90 % dei soggetti infetti "si libera" dell'infezione entro circa 2 anni. Nella donna fino al 30 % delle verruche genitali regredisce in modo spontaneo entro 4 mesi. Nei pazienti trattati la scomparsa delle verruche genitali avviene dopo circa 6 mesi. La minoranza dei soggetti che non elimina l'infezione è a rischio di **NEOPLASIA MALIGNA**. L'intervallo di tempo tra l'infezione e la diagnosi di carcinoma è di 10 - 20 anni: poiché il picco d'incidenza del carcinoma cervicale compare dopo i 40 anni, gli esami per la ricerca di un'infezione da **HPV** sono più utili se praticati tra i 30 e i 40 anni.

SINDROME FETO-ALCOOLICA

L'esposizione prenatale all'alcool compromette spesso lo sviluppo del feto. Molto numerose le **ALTERAZIONI CEREBRALI** documentate: gangli basali, corpo calloso cervelletto, varie aree della corteccia. Ne derivano deficit nelle funzioni esecutive e nei comportamenti motori e neuropsichici. Frequenti il ritardo nell'età ossea e nella crescita, la microcefalia, le malformazioni cerebrali.

Caratteristiche le anomalie facciali: rime palpebrali brevi, filtro naso-labiale allungato ed appianato, labbro superiore sottile. Per la prevenzione è fondamentale evitare l'abuso di alcool fin dalle primissime settimane di gravidanza.

NUOVA COLLA DI FIBRINA IN NEUROCHIRURGIA

Per gli interventi neurochirurgici il nuovo tipo di colla di fibrina "Tisseel" è un'evoluzione del precedente tipo "Tissucol", più sicuro. Ne hanno discusso in un recente convegno 3 Professori di Neurochirurgia: Paolo Cappabianca della 2° Università di Napoli, Giulio Maira del Policlinico Gemelli di Roma. Riccardo Vannozzi dell'Azienda ospedaliera di Pisa.

Il nuovo tipo di colla presente **3 VANTAGGI**: a) una volta scongelata, può essere utilizzata ancora per 72 ore: l'ampia finestra temporale di utilizzo garantisce assenza di sprechi e riduzione dei costi; b) non comporta perdite di liquor cefalora-

chidiano; c) ha due effetti terapeutici: emostatico locale e adesivo tissutale; consente pertanto maggiore sicurezza per il paziente e maggiore serenità per il chirurgo.



LA PROTESI CHE CRESCE

In un bambino di 11 anni, affetto da **OSTEOSARCOMA** del femore, è stata impiantata una protesi in titanio su misura la quale grazie ad un meccanismo in parte elettronico ed in parte meccanico - può allungarsi nel tempo per ridurre il rischio della differenziale lunghezza degli arti inferiori.

Tale intervento, eseguito per la prima volta nel Lazio, presso il Policlinico Gemelli, è stato il quinto in Italia.

COMPLEANNO DEL "DIABETE GIOVANILE". Presso il Senato della Repubblica sono stati festeggiati i **30 ANNI** di vita della Federazione nazionale Diabete giovanile: sottolineata in particolare l'indispensabile collaborazione con le istituzioni e le organizzazioni sanitarie del territorio.

ROBOT MOTORIO IN PEDIATRIA

Per la prima volta viene usato un robot che aiuta a camminare i **BAMBINI MOTULESI**. È un "esoscheletro", come una tuta meccanica, progettata da un ingegnere israeliano, che è stato presentato nel nuovo Laboratorio di robotica, di recente inaugurato presso l'Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Santa Marinella.

INATTIVITA' E NEOPLASIE DEL COLON. La vita sedentaria favorisce lo sviluppo di tumori del colon-sigma e del retto, per l'**IPERGLICEMIA** presente spesso nei soggetti sedentari (American Journal of Epidemiology).

EMICRANIA: RESEZIONE DEL TRIGEMINO. Buona notizia per gli emicranici, più spesso donne: una **RESEZIONE ENDOSCOPICA FACIALE** nella zona innervata dal trigemino risolve il problema nell'80 % dei casi.

LATTE MATERNO E Q.I. Uno studio su 10.000 bambini allattati al seno presso l'Università di Oxford ha evidenziato che presentano un **QUOZIENTE D'INTELLIGENZA PIU' ALTO** rispetto ai nutriti con latte artificiale. Il latte materno comporta due vantaggi: maggior presenza di acidi grassi a catena lunga che migliorano lo sviluppo del cervello, più stretto rapporto madre-figlio per lo sviluppo psico-comportamentale.

SPRAY NASALE E DOLORE NEOPLASTICO. È stato presentato il primo spray nasale per il dolore acuto dovuto a tumori: è una **VALIDA E RAPIDA TERAPIA** che significativamente migliora lo stato psicologico del paziente.

(Continua a pag. 8)

Diuretici nello scompenso cardiaco acuto : efficaci anche a basse dosi

In pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto congestizio basse dosi di furosemide sono efficaci come dosi elevate.

In questo studio, denominato DOSE (Diuretic Optimization Strategies Evaluation), effettuato da ricercatori del National Heart, Lung, and Blood Institute HF Clinical Research Network, sono stati arruolati 308 pazienti (età media 66 anni, 25% di sesso femminile, frazione di eiezione media 35%, creninemia media 1,5 mg/dL) con un quadro clinico di scompenso cardiaco acuto nelle precedenti 24 ore. Tutti i partecipanti soffrivano di insufficienza cardiaca cronica ed erano stati trattati con diuretici precedentemente da almeno un mese. I pazienti sono stati randomizzati al trattamento con furosemide a basso dosaggio (dose totale uguale alla loro precedente dose giornaliera) oppure ad alto dosaggio (2,5 volte la loro dose giornaliera precedente). La somministrazione avveniva per infusione oppure in bolo IV ogni 12 ore.

L'end point primario dello studio era la valutazione dei sintomi dopo 72 ore; l'end point primario di "safety" era il cambiamento, a 72 ore, della creatinemia. I due end point primari non differivano significativamente tra i vari gruppi: basse versus alte dosi e boli IV versus infusione continua. Per il vero il miglioramento dei sintomi era leggermente più evidente nei gruppi alte dosi, ma la differenza non risultava statisticamente significativa (p = 0,06). Tuttavia a questo risultato si contrappo-

neva una maggior percentuale di pazienti con aumento della creatinina superiore a 0,3 mg/dL nel gruppo ad alte dosi (p = 0,04).

Altri parametri come la durata della degenza e la percentuale di riammissioni in ospedale non differiva tra i gruppi.

Fonte: Felker GM et al for the NHLBI Heart Failure Clinical Research Network. Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. N Engl J Med 2011 Mar 3; 364:797.



Commento di Renato Rossi

Nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto è prassi consolidata usare diuretici dell'ansa a dosi medio-elevate per via endovenosa. Tuttavia questa strategia non è mai stata sottoposta al vaglio di uno studio clinico controllato e randomizzato.

Lo studio DOSE ha paragonato in pratica quattro regimi diversi: basse dosi in infusione continua, basse dosi in bolo IV, alte dosi in infusione continua, alte dosi in bolo IV. I risultati non erano scontati. Il dato più sorprendente è che dosi basse di furosemide sono

efficaci come dosi elevate.

Un editorialista, nel suo commento, sottolinea che, a suo avviso, è preferibile usare le alte dosi perchè si ha un miglioramento più rapido della dispnea senza gravi effetti avversi sulla funzionalità renale; inoltre, data la comodità di somministrazione, è da preferire l'uso di boli IV [1].

Tuttavia si tratta di un punto di vista discutibile: se è vero che il miglioramento della dispnea a 72 ore era a favore delle alte dosi (p = 0,04) è anche vero che un aumento della creatinina superiore a 0,3 mg/dL si verificò nel 14% dei pazienti trattati con basse dosi e nel 23% di quelli trattati con alte dosi (p = 0,04). In ogni caso questi due parametri non erano un end point primario, l'unico sul quale deve essere interpretato un trial.

E l'interpretazione è che le basse dosi sono efficaci come quelle più elevate.

Pertanto, in omaggio al principio che in medicina non c'è motivo di usare un intervento più aggressivo se uno più "soft" è altrettanto efficace, ci sembra di poter concludere che in base ai risultati del DOSE trial il paziente ricoverato con scompenso cardiaco acuto possa ben essere trattato, in generale, con basse dosi di diuretico dell'ansa, riservando quelle più elevate a casi selezionati. In questa evenienza si impone un attento monitoraggio della funzionalità renale.

Referenze

1. Fonarow GC. Comparative effectiveness of diuretic regimens. N Engl J Med 2011 Mar 3; 364:877.

(da pag.1) E' stato osservato che, presentando alcune figure complesse a questi soggetti, i pensatori magici prestavano maggiore attenzione alla parte sinistra della figura, mentre i cosiddetti scettici si concentravano di più sulla parte destra. Ora e' ben noto come l'elaborazione degli stimoli provenienti da sinistra si effettua dall'emisfero cerebrale destro, per cui si è dedotto che sarebbe appunto l'emisfero destro ad alimentare il pensiero magico. Precedenti studi neurofisiologici avevano già ipotizzato che l'emisfero destro cerebrale fosse quello preposto alla fantasia e ai collegamenti mentali " illogici ", mentre l'emisfero sinistro sarebbe deputato al pensiero logico, matematico e consequenziale. L' emisfero destro alimenterebbe quindi la creazione di connessioni significative tra eventi tra loro non associati o associati solo tenuemente. E' da considerare, inoltre, che lo sbilanciamento di attività cerebrale in favore dell'emisfero destro è stato rilevato anche in pazienti affetti da schizofrenia; e' stato perciò ipotizzato anche che un'attività eccessiva dell'emisfero destro, oltre a produrre il "pensiero magico" (solo parzialmente avulso dagli elementi concreti), potrebbe giungere, in casi estremi, a indurre invece veri e propri deliri, totalmete dissociati dalla realtà. E' stato osservato che l'iperattività dell'emisfero destro porterebbe gli schizofrenici ad una situazione di neglect destro (cioè a trascurare lo spazio di destra controllato dall'emisfero sinistro); in effetti la gravità di questo disturbo è spesso correlata con i sintomi deliranti: più i soggetti e evidenziano una trascuratezza dello spazio destro, più tendono ad avere deliri e allucinazioni.

(da pag.7) **FUMO E ASPETTATIVA DI VITA** L' Istituto Mario Negri di Milano informa : 1) un non fumatore su 2 arriva a 80 anni di età, mentre a questa età tra i fumatori arriva **SOLO UNO SU 4**; 2) cessato il fumo, già entro qualche mese diminuisce il rischio circolatorio, mentre per la bronchite cronica ed enfisema il recupero avviene entro 20 - 25 anni.

ULTIME SUGLI ANTI-IPERTENSIVI. Mentre è stata confermata l'efficacia degli **ACE-INIBITORI** e dei **SARTANI** nel ridurre il rischio di fibrillazione atriale nei cardiopatici, si è ora notato che l'aggiunta di **ALISKIREN**, inibitore diretto della renina, ai suddetti farmaci ne potenzia l'azione sulla pressione ed in più protegge organi-bersaglio, come cuore e reni.

DISFUNZIONE ERETTILE. Nuova acquisizione del 2011. Strettamente connessa con la **DISFUNZIONE ENDOTELIALE** (diminuita produzione di **NO**, potente dilatatore dei corpi cavernosi), va oggi considerata essa stessa un fattore di rischio circolatorio, al pari di fumo, colesterolo, ipertensione.

TESTOSTERONE E CUORE. Bassi livelli dell' ormone maschile, correlato con la **SINDROME METABOLICA** e col diabete mellito, imprimono maggior gravità agli eventi cardiaci maggiori (2011).

Corso di Aggiornamento per i Medici 2011

"L'Ipertensione arteriosa"

dal 06 Ottobre 2011 al 27 Ottobre 2011 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. 813/..... Crediti ECM:

Programma

Giovedì 06 Ottobre "Fisiopatologia dell'Ipertensione arteriosa"

Relatore: Prof. Lanfranco Antonini

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Giovedì 13 Ottobre Sintomatologia dell'Ipertensione arteriosa

Relatore: Prof. Alessandro Ciamaichella

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Giovedì 20 Ottobre Diagnosi e monitoraggio ambulatoriale

Relatore: Prof. Pietro Cugini

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Giovedì 27 Ottobre Prevenzione e terapia dell'Ipertensione arteriosa

Relatore: Dott. Giorgio Scaffidi

Presentazione casi clinici

Discussione temi trattati

Test finale

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 40 partecipanti

Quota di iscrizione : € 90,00 + iva

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

Corso di Aggiornamento per i Medici 2011

"Il Diabete Mellito"

Sabato 5 Novembre 2011 dalle ore 08.30 alle ore 14.30

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

Prot. ECM n. 813/..... Crediti ECM:

Programma

08.30 Registrazione partecipanti

09.00 Epidemiologia e clinica

Prof. Sergio Leotta - Primario Diabetologo Ospedale Pertini - Roma

10.00 Presentazione Casi clinici/Discussione

10.30 Coffee Break

10.45 Diabete e Infezioni

Prof. Alessandro Ciamaichella - Primario Medico

11.45 Presentazione Casi clinici/Discussione

12.15 Attività fisica e Diabete

Dott. Claudio Tubili - Dirigente Diabetologo Ospedale San Camillo

13.15 Presentazione Casi clinici/Discussione

13.45 Pausa pranzo

14.45 Terapia del Diabete

Prof. Alberto Paris - Ricercatore confermato, Dipartimento di Medicina Clinica Università La Sapienza

15.45 Presentazione Casi clinici/Discussione

16.15 Test finale

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 40 partecipanti

Quota di iscrizione : € 90,00 + iva

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

Si e' responsabili del cane anche senza esserne proprietari

Risponde dei danni provocati dall' animale anche colui che non ne e' proprietario vero e proprio (in senso legale e civilistico) ma anche chi ha con esso semplici rapporti di detenzione o relazione con l' animale (Cass. IV Pen. N. 8875)

La sentenza prende in esame il caso di un uomo (mero detentore dell' animale, non formalmente proprietario) che portava a spasso il suo cane senza museruola ne' guinzaglio, cosicche' aveva morso un passante.

L' uomo e' stato condannato per lesioni colpose in quanto la Corte ha affermato il principio che non è necessario che con l'animale sussista una relazione di proprietà in senso civilistico, essendo sufficiente la mera detenzione. "Sussiste la responsabilità anche dell'imputato - (mero detentore dell'animale) -, in quanto, in tema di custodia di animale, l'obbligo sorge ogniqualvolta sussista una relazione di possesso o di semplice detenzione tra l'animale e una certa persona, dal momento che l'art. 672 cod. pen. collega l'obbligo di non lasciare libero l'animale e di custodirlo con le debite cautele al semplice possesso dell'animale, possesso da intendersi come detenzione anche solo materiale di fatto, senza che sia necessario che sussista una relazione di proprietà in senso civilistico".



Attualmente in programmazione:

Ottobre:

gg	GIOVEDI'	gg	SABATO
6	C.A. L'IPERTENSIONE ARTERIOSA Prof. Lanfranco Antonini- Fisiopatologia dell'ipertensione arteriosa	1	
13	C.A. L'IPERTENSIONE ARTERIOSA Prof. Alessandro Ciamaichella - Sintomatologia dell'ipertensione arteriosa	8	Dott. Zamperini Corso di Aggiornamento di informatica Medica 1
20	C.A. L'IPERTENSIONE ARTERIOSA Prof. Pietro Cugini - Diagnosi e monitoraggio ambulatoriale dell'ipertensione arteriosa	15	
27	C.A. L'IPERTENSIONE ARTERIOSA Dott. Giorgio Scaffidi - Prevenzione e terapia dell'ipertensione arteriosa	22	Dott. Zamperini Corso di Aggiornamento di informatica Medica 2
		29	