

LOBIVON

Associazione Medica

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondato da Mario Menaguale

Un congresso di svolta: modernizzazione nella continuita'

Con il Congresso Nazionale nasce la nuova AMI

Sancita la fusione con UNAMEF, che gestisce in esclusiva l'aspetto sindacale. AMI mantiene il ruolo di Società Culturale e Movimento di Opinione. Eletto il nuovo Direttivo con l'apporto vitale dell'UNAMEF

L'A.M.I. il 10 Giugno 2006 si è riunito per modificare lo statuto. Il momento atteso da tempo dalla Presidenza è arrivato, da anni si stava lavorando affinché quest'Associazione, di lunga e gloriosa tradizione sindacale e culturale, facesse la svolta nel suo modo di essere come riferimento d'interlocuzione nel mondo socio-sanitario italiano.

I lavori assembleari si svolgevano con animo passionale tra un'ala tradizionalista e un'ala innovatrice, sempre e comunque nel rispetto delle proprie idee.

Il Presidente B. Baldacci dalle capacità eloquenti esprimeva l'operato della presidenza in questi anni, le difficoltà

Foto Menaguale con scritta "Mario Menaguale, il fondatore dell'AMI"



S. Maria Maggiore, presso la sede AMI, in una stampa dell' '800

confluire in un nuovo e più ampio soggetto sindacale più adatto a incidere nel mondo sanitario, sempre a difesa del cittadino e della dignità professionale medica.

Questi principi, insiti in noi fin dalla fondazione dell'AMI e portati magistralmente avanti in tanti anni di attività dal nostro e sempre amato Presidente Dott. Mario Menaguale, uniti sempre ad un'aggiornata e pregiata cultura scientifica, devono essere la genesi di questa trasformazione dell'AMI da soggetto sindacale e culturale in Movimento di pensiero politico socio-sanitario capace di confrontarsi, interloquire con le altre componenti della società, mantenendo sempre quella libertà, valore imprescindibile di questa nostra comunità, dai condizionamenti politici e settoriali.

Far valere comunque e sempre la nostra valenza ideal-politica sempre con quella forza, coraggio ed ostinazione che ci ha sempre contraddistinto nel voler raggiungere l'obiettivo fon-



Angelo Filardo

damentale del nostro essere e cioè Mutare Radicalmente la Sanità in ITALIA.

Queste le basi del nostro cambiamento: non più sindacato ma movimento d'opinione politico-socio sanitario. Angelo Filardo

Convocato per il 30 Settembre il nuovo Consiglio Nazionale composto dai neo-eletti, per il rinnovo delle cariche statutarie

Dobbiamo rendere onore al Presidente uscente, dott. Beniamino Baldacci, che ha saputo operare in un momento particolarmente difficile, gestendo una fusione complessa e talvolta animosamente dibattuta nei suoi risvolti pratici.

Quella che ne è derivata non è una conquista o una prevaricazione di un gruppo sull'altro, ma la fusione e l'integrazione di ideali, persone, capacità che altrimenti rischiavano di essere sottoutilizzate o addirittura sprecate.

In un momento in cui prevaleva il movimento disgregatore che ha caratterizzato le categorie mediche, frazionatesi in raggruppamenti sempre più piccoli e conseguentemente meno influenti sulla realtà politica e sociale italiana, UNAMEF e AMI hanno dato inizio al movimento opposto di fusione ed aggregazione, che si sta ampliando, in un'ondata che speriamo inarrestabile.

L'unione di queste diverse capacità consente di utilizzare al meglio le risorse umane disponibili, inserendo la persona giusta al posto più giusto, alleggerendo tutti dei compiti impropri ma necessari e gravosi che finiscono per impastoiare anche i più volenterosi.

Per dare un'immagine concreta di rinnovamento, il Presidente Baldacci ha esplicitamente rifiutato di candidarsi al nuovo Consiglio.

Il nuovo Consiglio Direttivo dell'AMI (Associazione Medica Italiana), dopo il Congresso tenutosi sabato 10 giugno e' così composto (in ordine alfabetico):

- Andresciani Stefano
- Catani Ottorino
- Compagnoni Claudio Monzino
- D'Angelo Donatella
- D'Ettore Alberto
- Delle Rose Pierluigi
- Filardo Angelo
- Fulcini Rocco
- Giannetti Roberta
- Giovanelli Renzo
- Iacone Paolo
- Leporelli Marina
- Marotta Gianuario
- Mastrorosati Cristina
- Mazzucconi Gaetano
- Messina Carlo
- Milani Luigi
- Niglio Francesco
- Patrizi Cristina
- Peliti Giovanni
- Pirrotta Enzo
- Pompili Marco
- Porru Enrico
- Racò Sergio
- Riddei Floriana
- Saliceti Francesco
- Sciarra Franco
- Tuli Paolo
- Zamperini Daniele

Malgrado ciò sono stati numerosi i voti che, in segno di stima, sono convenuti sul suo nome.

Il primo eletto è stato Daniele Zamperini, ma tale è stata l'omogeneità delle preferenze che quasi tutti i consiglieri sono stati racchiusi in una scarto di due-tre voti.

Il prossimo 30 settembre dovranno essere elette le principali cariche statutarie (Presidente, Segretario Generale, Tesoriere, nonché i vicepresidenti e vicesegretari). Avremo occasione di riparlarne

DZ

All'interno

La scheda clinica del Medico di Famiglia non è un atto pubblico, per ora...

I conguagli richiesti dalla Pubblica Amministrazione devono essere spiegati con chiarezza, altrimenti possono essere nulli

Chi si opera al seno è a maggior rischio di suicidio

L' "infarto senza infarto"

Se il ricovero è prolungato senza motivi, si è responsabili dei danni

Le nuove norme per la partecipazione dei medici a convegni e congressi scientifici

Attenzione a rispettare le indicazioni "ufficiali" dei farmaci! I Tribunali non perdonano

Nuove terapie per il diabete mellito

La "malattia degli scocciatori"

Novità dalla rete (a cura di Navigator)

Il parere dei lettori: fare il tutor



Beniamino Baldacci, Presidente uscente AMI

ALTA CLOR

Controversie sul diabete gestazionale: come trattarlo?

Circa il 7% delle gravidanze è complicata da diabete, nel 90% dei casi si tratta di diabete gestazionale (cioè di diabete insorto durante la gravidanza e non persistente ad essa).

Una ricerca su vari database elettronici, estesa poi a varie linee guida, ha cercato di sintetizzare lo stato dell'arte sull'argomento. I punti che seguono ne riassumono i risultati:

- 1) Alcuni autori negano che il diabete gestazionale sia un'entità nosografica a sé, sarebbe piuttosto semplicemente l'espressione di un'insulino-resistenza di base slatentizzata dallo stato gravidico e un fattore di rischio per lo sviluppo successivo di diabete tipo 2.
- 2) Anche circa lo screening esistono del-

le incertezze. Alcuni raccomandano di limitare lo screening solo alle donne ad alto rischio (età ≥ 35 anni, BMI > 30 , uso di corticosteroidi, storia personale o familiare di diabete, appartenenza a gruppi etnici a rischio); altri consigliano lo screening in tutte le gravidanze tra la 24° e la 28° settimana.

- 3) Non vi è accordo in letteratura sugli effetti avversi che il diabete gestazionale potrebbe comportare né sulla efficacia di vari protocolli per il suo trattamento.
- 4) È noto che l'iperglicemia, nelle prime 10 settimane di gestazione (cioè durante l'organogenesi) è teratogena e aumenta il rischio di malformazioni fetali e aborti da 2 a 3 volte: uno screening effettuato tra la 24° e la 28° settimana però non identifica l'iperglicemia precocemente,

proprio nel periodo in cui è invece più pericolosa.

- 5) A partire dalla 12° settimana di gravidanza le cellule beta fetali sono in grado di produrre insulina e quindi se la glicemia materna è elevata si ha un'iperinsulinemia fetale che può portare a macrosomia (peso alla nascita > 4 kg), che si verifica in circa il 20% dei casi. Il trattamento comporta una riduzione non significativa di questa percentuale mentre la diagnosi di

diabete gestazionale induce un aumento dei tagli cesarei. In alcune regioni del Canada dove lo screening del diabete



Il diabete gestazionale è qualsiasi grado di intolleranza al glucosio insorto per la prima volta durante la gravidanza.

gestazionale è stato sospeso, la percentuale di macrosomia fetale non è cambiata.

- 5) Diversamente dalle donne con pre-

dallo studio HAPO in cui sono state arruolate circa 25.000 donne gravide.

Ref: Kelly L, et al. Controversies around gestational diabetes. Practical information for family doctors. Can Fam Physician May 2005;51:688-95.

Uno studio recente [1], randomizzato e controllato, concludeva che la terapia intensiva del diabete gestazionale migliora gli outcomes perinatali rispetto alla terapia convenzionale, a scapito però di un maggior numero di ricoveri dei neonati e di induzione terapeutica del parto. Inoltre, come si faceva notare nella pillola relativa e a cui si rimanda per maggiori dettagli, i risultati nella pratica reale potrebbero essere inferiori di quelli realizzati nel contesto di uno studio controllato e portare a pericolose ipoglicemie sia nella madre che nel feto.

Questa revisione della letteratura conferma che vi sono numerose incertezze sul diabete gestazionale, financo a partire dalla sua stessa definizione di entità nosografica distinta.

Esistono inoltre incertezze sia sulla utilità di uno screening generalizzato da effettuare tra la 24° e la 28° settimana, sia sulle varie opzioni di terapia che dovrebbe privilegiare, in prima istanza, provvedimenti non farmacologici come la dieta e l'attività fisica, riservando i farmaci ai casi di iperglicemia che non risponde alle misure dietetiche e comportamentali.

Renato Rossi - www.pillole.org

Bibliografia

1. Crowther Ca et al. for the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes. N Engl J Med 2005 Jun 16; 352: 2477-2486

Si possono usare le cefalosporine nei pazienti allergici alla penicillina?

Un problema dai pesanti risvolti professionali e medico-legali

Per determinarlo è stato effettuato uno studio retrospettivo di coorte utilizzando il database United Kingdom General Practice Research.

Sono stati selezionati tutti i pazienti che avevano avuto una prescrizione di penicillina seguita da una di cefalosporina e che avevano manifestato un evento di tipo allergico nei 30 giorni seguenti ogni prescrizione. È stato effettuato poi un paragone con i pazienti che avevano ricevuto una prescrizione di penicillina seguita da una di sulfamidico. In totale sono stati identificati 3.375.162 pazienti trattati con penicillina; di questi 506.679 (15%) hanno in seguito ricevuto una cefalosporina.

Il rischio di sviluppare un evento allergico per i pazienti che avevano avuto un evento precedente era di 10,1 (IC95% 7,4-13,8) rispetto a chi non aveva avuto un evento in precedenza. Il rischio assoluto di avere una reazione anafilattica dopo la somministrazione di cefalosporina era di 0,001%. Al contrario il rischio di avere una reazione allergica dopo

somministrazione di sulfamidico piuttosto che di cefalosporina, era di 7,2 (IC 3,8-13,5).

Gli autori concludono che nei pazienti allergici alla penicillina il rischio di reazioni allergiche ad una successiva somministrazione di cefalosporine o sulfamidici è aumentato, anche se il rischio di anafilassi è molto basso. Per tale motivo gli autori ritengono che le cefalosporine possano essere prese in considerazione per i soggetti con allergia nota alla penicillina.

Ref: Am J Med 2006 Apr; 119: 35-4.e11-354.e19

Commento di Renato Rossi

È stato affrontato uno spinoso problema: si può prescrivere con ragionevole sicurezza una cefalosporina a pazienti con anamnesi di reazioni di tipo allergico alle penicilline? Questo studio, effettuato su un database veramente notevole, conferma l'impressione clinica che le cefalo-

sporine siano in grado di causare reazioni allergiche in pazienti già allergici alle penicilline. Il rischio però non sembra diminuire di molto con l'uso alternativo di sulfamidici, aspetto quest'ultimo che non può essere spiegato con la cross-reattività invocata per le cefalosporine. È possibile che soggetti allergici alla penicillina abbiano una reattività aspecifica maggiore rispetto agli altri soggetti..

Nonostante lo studio in questione abbia documentato una percentuale veramente molto bassa di anafilassi, occorre comunque operare con molta prudenza. Infatti sarebbe difficile rispondere in sede medico-legale di fronte ad una eventuale contestazione di un evento grave, seppur molto raro, quando esistono antibiotici alternativi alle cefalosporine da usare nei soggetti allergici alla penicillina, che sono tra l'altro altrettanto efficaci e manageable. www.pillole.org

diabete, il diabete gestazionale non è associato ad un aumento delle malformazioni congenite rispetto alla popolazione generale. Anche la mortalità perinatale delle donne con diabete gestazionale varia molto da studio a studio ma le stime più recenti suggeriscono che essa sia paragonabile a quella delle pazienti di controllo senza diabete.

6) Nel 60-95% dei casi il diabete gestazionale può essere trattato adeguatamente con la sola dieta. Negli altri l'insulina riduce la macrosomia e i parti cesarei ma aumenta il rischio di ipoglicemia materna e neonatale. Vi sono inoltre poche evidenze che abbiano paragonato vari regimi di terapia insulinica. Recentemente è stata usata in alcuni RCT la gliburide, un antidiabetico orale che non passa la barriera placentare e che sembra ottenere risultati simili all'insulina quando iniziata alla 11° settimana di gravidanza. Anche gli outcomes gravidici sembrano buoni. Studi più datati suggeriscono che la metformina potrebbe essere sicura ed efficace e si attendono i risultati di nuovi trials. Gli autori della revisione concludono che lo screening del diabete gestazionale ne aumenta srettizamente la prevalenza ma non esistono prove conclusive che ciò si traduca in un miglioramento degli esiti. Alcune risposte potranno venire

Diverse le norme rispetto alla cartella clinica: evitare le facili confusioni
La scheda clinica del Medico di Famiglia non e' un atto pubblico, per ora...
 Non si rischiano denunce per reati commessi su un atto pubblico

La scheda clinica del Medico di Famiglia: e' un atto pubblico? Questo quesito ha comportato lunghe e appassionate discussioni tra gli operatori del settore, in quanto tale eventuale classificazione comporterebbe notevoli obblighi e responsabilità per il sanitario: diventerebbe reato la compilazione ritardata o differita, la modifica, la correzione, l'omissione di elementi importanti ecc. Secondo la nostra fondata opinione, già pubblicata dal Bollettino dell'O.M. di Padova e ormai accettata dai più, i colleghi possono stare tranquilli: la scheda clinica, almeno per ora, non e' un atto pubblico.

Esaminiamo i vari aspetti della situazione:

- Differenti fonti legislative:

La Cartella clinica ospedaliera e' sancita dal T.U. delle Leggi Sanitarie (Regio decreto 27 luglio 1934, n.1265) che ne indica con precisione le caratteristiche obbligatorie, i contenuti, i requisiti formali e sostanziali.

La Scheda clinica del MdF e' invece stabilita in base ad un Contratto nazionale di categoria (ai sensi dell'art.48 della legge 23 dicembre 1978 numero 833)

che ne da' descrizioni e disposizioni del tutto differenti: " Scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consente al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate e a quanto previsto dagli accordi regionali".

-Alcuni hanno sostenuto la natura di "atto pubblico" in conseguenza del ruolo di Pubblico Ufficiale" svolto dal Medico Convenzionato. In effetti il medico convenzionato e' generalmente riconosciuto come P. U.; tuttavia non e' vero che tutto cio' che fa il P.U. costituisca atto pubblico.

L'articolo 2699 del codice civile definisce atto pubblico il "documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto e' formato". La giurisprudenza ha poi stabilito che costituisce atto pubblico solo cio' che il P.U. compie utilizzando i suoi "poteri autoritativi o certificativi" a lui attribuiti dalla Legge al fine di attribuire una "pubblica fede".

Quindi il MdF e' P.U. quando emette un certificato; lo e' anche (ma non sempre) quando ricetta in quanto la ricetta presenta certi aspetti assimilabili ad un certificato: quando un farmaco, per esempio, e' sottoposto a condizioni particolari (Note AIFA, ecc.) la ricetta contiene implicitamente la certificazione che le condizioni del paziente rientrano in quei parametri; anche la data costituisce elemento certificatorio, tuttavia le normali ricette non sempre sono considerate atti pubblici: molte condanne della Corte dei Conti per ricetta impropria o falsa non sono

state infatti seguite da denuncia penale per falso ideologico, come sarebbe stato obbligatorio nel caso di atto pubblico. E' bene comunque essere molto prudenti sull'argomento.

-Alla luce di quanto detto, dobbiamo considerare che la scheda clinica, come definita negli Accordi Collettivi, non abbia alcun potere "autoritativo o certificativo".

Il potere certificativo puo' invece attuarsi (anche se tale aspetto e' tuttora dibattuto) allorché i contenuti della scheda vengano diffusi o trasmessi durante l'attività



medica (es: il medico stila una relazione per il riconoscimento di invalidità sulla base dei dati della cartella, oppure riporta i dati della scheda clinica nella scheda di accompagnamento al ricovero).

Il nostro parere negativo e' coincidente con quello della SIAR (Società Italiana Attività Regolatorie (<http://www.siar.it/>)).

" Un'ultima considerazione riguarda la scheda del medico di medicina generale, che quest'ultimo è obbligato a tenere e ad aggiornare, in base al recente accordo collettivo nazionale (DPR n. 270 del 28.7.00 art. 31), con lo scopo sia di migliorare la continuità assistenziale sia di contribuire ad eventuali indagini epidemiologiche mirate a quanto previsto dagli accordi regionali.

A differenza della cartella clinica ospedaliera, questa scheda rappresenta un documento d'uso personale del medico e non acquisisce il valore di vera e propria certificazione, salvo che in quelle situazioni che ne prevedono l'esibizione, come accade in caso di ricovero in ospedale. Infatti in questa evenienza è prevista la compilazione della scheda di accesso in ospedale, che accompagna la richiesta di ricovero e riporta i dati anamnestici (oltre che i provvedimenti terapeutici eventualmente intrapresi e gli accertamenti diagnostici effettuati) estratti dalla scheda sanitaria individuale.

Il medico convenzionato diventa in questo caso pubblico ufficiale e i suoi atti acquisiscono le caratteristiche di atti d'ufficio".

- Una considerazione pratica: perché la scheda clinica del MdF non viene accettata dalle Commissioni Pubbliche come

atto pubblico probatorio, come succede alla cartella clinica ospedaliera? Questo perché non ne e' ritenuta analoga, e non abilitata come documento fidefacente.

-Uno degli aspetti più importanti sull'argomento concerne il destino della scheda clinica dopo la cessazione di attività del medico. Mentre la cartella clinica ospedaliera, per la sua natura di atto pubblico, va conservata illimitatamente, la scheda del Medico di Famiglia, giuridicamente diversa, puo' usufruire delle regole molto più semplici stabilite nella legge sulla Privacy (art. 16) per i documenti contenenti dati sensibili: ne e' consentita la distruzione, la conservazione per uso non professionale, o la trasmissione ad altro professionista che venga a succedere al pensionato.

Le prospettive future: il recentissimo decreto del Ministero delle Attività Produttive detta una serie di regole che prevedono, per un prossimo futuro, la trasmissione per via informatica della cartella clinica (o meglio, dei dati clinici) dei pazienti in un archivio generale mediante il quale sia possibile, a qualsiasi sanitario, accedere ai dati salienti al dichiarato scopo di razionalizzare le prescrizioni, evitare duplicati inutili o altre forme di spreco.

Questa trasmissione di dati, costituendo un obbligo di legge, modifichera' la condizione giuridica della scheda clinica?

E' molto probabile che cio' avvenga, con una serie di oneri collaterali non indifferenti per il sanitario.

Daniele Zamperini—Guido Zamperini www.scienzaeprofessione.it

E' probabile la recidiva neoplastica se il PSA raddoppia in 8 mesi

Sono stati studiati 621 pazienti con cancro della prostata trattato con terapia ormonale e radioterapia fra 1989 e 2003 per determinare se la recidiva clinica correlasse con la velocità con cui il loro livello PSA fosse aumentato. La recidiva è stata definita come cancro che ricorre nella prostata o che si diffonde ad altre parti del corpo. I ricercatori hanno scoperto che la misura del tempo di raddoppio del livello di PSA rispetto alla fase immediatamente successiva al trattamento è un buon indicatore di recidiva o di morte per cancro prostatico. I pazienti in cui il livello di PSA si è

raddoppiato dopo otto mesi la recidiva è risultata più rara rispetto a quelli in cui il raddoppio del PSA era avvenuto entro 8 mesi. Il tasso di recidiva quinquennale stimato per i pazienti con un tempo di raddoppio del PSA di più di otto mesi era del 9,4 per cento mentre era del 60,4 per cento nei pazienti in cui il tempo di raddoppio era inferiore o uguale ad otto mesi.

Fonte: International Journal of Radiation Oncology*Biophysics 2005; 6-3:456-462
www.pillole.org

Inattesa relazione tra chirurgia al seno e suicidio.

Le donne che ricorrono alla chirurgia plastica al seno, hanno una percentuale di suicidio più alta rispetto a quelle che ricorrono ad altri interventi di chirurgia plastica.

Il risultato è sconcertante: le donne che hanno subito una plastica al seno hanno un tasso di mortalità ridotto per tutte le patologie (compreso il cancro al seno), escluso per il suicidio.

Lo studio, sviluppato dai ricercatori del National Cancer Institute di Bethesda e pubblicato su Epidemiology, analizza un gruppo di 12.144 donne sottoposte a mammoplastica additiva e lo confronta con un gruppo di 3.614 donne sottoposte ad altri tipi di chirurgia plastica, nel periodo che va dal 1960 al 1988.

Il tasso di suicidio, infatti, delle donne con protesi mammaria è quasi doppio rispetto alle altre categorie. Il motivo di questo scarto è da ricercarsi, affermano molti scienziati, nella depressione, nello stress e nella marcata non autoaccettazione di cui soffrono le donne che optano per una mammoplastica additiva.

I ricercatori, hanno comparato i tassi di mortalità fra i due gruppi per un periodo di circa 20 anni, e hanno inoltre confrontato il risultato con i tassi di mortalità medi nella popolazione femminile per lo stesso periodo.

Guido Zamperini

Fonte: Brinton LA, Lubin JH, Cay MM et al. Mortality Rates Among Augmentation Mammoplasty Patients: An Update. Epidemiology 2006; 17(2):162-69.

Nuovi trattamenti del Diabete mellito: insulina inalatoria, Exenatide
 Nuove terapie, non ancora poste a disposizione del MdF. Perché?'

Nel primo studio [1] sono stati reclutati 309 pazienti diabetici, senza patologia respiratoria significativa, con valori di glicemoglobinemia compresi tra 8% e 11%, già in trattamento con due farmaci antidiabetici orali. I partecipanti sono stati randomizzati in tre gruppi: insulina inalatoria da sola, insulina + antidiabetici orali, antidiabetici orali senza insulina. L'end-point primario era il cambiamento dei valori di glicemoglobinemia rispetto al baseline a 12 settimane. Rispetto al gruppo di controllo (quello che aveva continuato ad assumere solo i farmaci antidiabetici orali) la glicemoglobinemia si ridusse in media di 1,67 punti nel gruppo insulina inalatoria + antidiabetici per os e di 1,18 punti nel gruppo insulina da sola. Valori di glicemoglobinemia inferiori al 7% si ottennero nel 32% del gruppo insulina + agenti orali e solo nell'1% del gruppo antidiabetici orali. Ipo-glicemia, aumento lieve del peso corporeo e anticorpi anti-insulina si ebbero più frequentemente nei gruppi trattati con insulina inalatoria, mentre la funzione polmonare non differiva tra i tre gruppi.

exenatide e di 8,3 nel gruppo insulina glargina. Alla 26 settimana essa era ridotta di 1,11% in entrambi i gruppi.

Paragonata alla insulina glargine l'exenatide era associata ad una maggior riduzione delle escursioni della glicemia postprandiale mentre l'insulina riduceva maggiormente la glicemia a digiuno.

Il peso corporeo era ridotto di 2,3 kg in media nel gruppo exenatide e aumentato di 1,8 kg nel gruppo insulina. L'ipoglicemia notturna era meno frequente con l'exenatide mentre gli episodi di ipoglicemia sintomatica erano simili nei due gruppi.

Gli effetti collaterali maggiori dell'exenatide furono di tipo gastrointestinale: nausea (57,1% vs 8,6%), vomito (17,4% vs 3,7%) e diarrea (8,5% vs 3,0%).

Ref: 1) Ann Intern Med 2005 Oct 18; 143: 549-558

2. Ann Intern Med 2005 Oct 18; 143: 559-569

Il primo studio dimostra che l'insulina inalatoria migliora il controllo glicemico quando viene aggiunta oppure sostituisce gli antidiabetici orali. Come la terapia con insulina tradizionale può comportare episodi ipoglicemici e aumento di peso ma ha il vantaggio di una maggior accettabilità da parte del paziente. Tuttavia lo studio presenta alcune limitazioni: oltre a non essere in cieco (cosa che però non ha probabilmente comportato errori nel determinare i vari end-point) era di durata troppo breve, non ha confrontato l'insulina inalatoria con una terapia orale più aggressiva e con insulina tradizionale.

Il secondo studio, pur esso in aperto, ha valutato l'exenatide, un peptide sintetico iniettabile che stimola il rilascio di insulina dalle cellule pancreatiche. Lo studio però è stato caratterizzato da un tasso di drop-out elevato per l'exenatide (19,4% vs 9,7% dell'insulina). La percentuale di effetti collaterali di tipo gastroenterico è stata considerevolmente alta nel gruppo exenatide: un paziente su 2 lamentava nausea e quasi uno su 5 vomito.

Già studi precedenti avevano mostrato che l'exenatide, aggiunta alla terapia orale, può migliorare il controllo glicemico, ma anche che gli effetti collaterali a livello gastroenterico sono molto frequenti. Inoltre gli studi hanno avuto una durata troppo breve (in media 30 settimane) per cui non sono noti efficacia e sicurezza a lungo termine. La necessità di dover ricorrere alla somministrazione sottocutanea potrebbe costituire un altro limite del farmaco.

In conclusione l'insulina per via inalatoria e l'exenatide potrebbero costituire un passo in avanti nella terapia del diabete tipo 2, la prima perché migliora la compliance, la seconda perché non comporta un aumento del peso, effetto collaterale tipico dell'insulina. Tuttavia saranno necessari altri studi, di più lunga durata e di maggior casistica, per stabilire l'efficacia di queste nuove armi sia nei confronti di nuovi farmaci antidiabetici come i glitazoni sia sulle complicanze a lungo termine della malattia diabetica.

Renato Rossi www.pillole.org

**ASSOCIAZIONE
 MEDICA**

ITALCHIMICI

Corso di Aggiornamento per i medici romani 2006

Management e trattamento della gravidanza a "basso" ed "alto" rischio
Sala Conferenze S.I.A.M.E.G. Via Merulana 272 - 00185 Roma Prot. ECM n. 5298/264347

Giovedì 7 Dicembre 2006

Ore 20.00 - 20.15
Ore 20.15 - 21.30

Ore 21.30 - 22.00
Ore 22.00 - 22.30

Giovedì 14 Dicembre 2006

Ore 20.15 - 21.30

Ore 21.30 - 22.00
Ore 22.00 - 22.30

Giovedì 21 Dicembre 2006

Ore 20.15 - 21.15
Ore 21.15 - 22.15
Ore 22.15 - 22.30

PROGRAMMA

D.ssa Rosa Savone

Pre Test

"Principi Generali di sorveglianza della gravidanza a "basso rischio"
Presentazione Casi Clinici
Discussione Temi trattati

Prof. Giancarlo Paradisi

Docente Patologia Ostetrica Policlinico Gemelli
"Identificazione e management della gravidanza ad alto rischio"

Presentazione Casi Clinici
Discussione Temi trattati

D.ssa Brigida Carducci

"I farmaci in gravidanza"

Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
Post Test



Percorsi diagnostico - terapeutici in gastroenterologia:

dalla gestione del paziente epatocirrotico alla diagnostica ecografica delle lesioni epatiche al trapianto di fegato
sala conferenze SIAMEG - Via Merulana 272 - Roma Prot. ECM n. 5298/257446

Giovedì 12 ottobre: Relatore: Prof. Adolfo F. Attili

20.00 - 20.30 **Pre test**

20.30 - 21.30 **"Gestione del paziente epatocirrotico"**
21.30 - 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati

Giovedì 19 ottobre: Relatore: Prof. Puoti Claudio

20.00 - 21.30 **"Epatiti acute e croniche: percorsi di diagnosi e trattamento"**
21.30 - 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati

Giovedì 26 ottobre: Relatore: Dr. De Santis Adriano

20.00 - 21.30 **"Diagnostica ecografica delle lesioni occupanti spazio del fegato"**
21.30 - 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati

Giovedì 9 novembre: Relatori: Dr. Tatti Patrizio

20.00 - 21.00 **"Insufficienza epatica cronica e diabete mellito"**
21.00 - 21.30 **D.ssa Sarnelli Anna**

"Complicazioni infettive ginecologiche ed urinarie"
21.30 - 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati

Giovedì 16 novembre: Relatore: Dr. Pietro Paolo Vincenzo

20.00 - 21.30 **"Screening del cancro colon-rettale"**
21.30 - 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati

Giovedì 23 novembre: Relatore: Prof. Attili Adolfo F.

20.00 - 21.30 **"Gonfiore di pancia"; fisiopatologia clinica e percorsi diagnostico terapeutici"**
21.30 - 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati

Giovedì 30 novembre: Relatore: Prof. Ginanni Corradini Stefano

20.00 - 21.00 **"Trapianto di fegato da donatore vivente"**
21.00 - 22.00 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
22.00 - 22.30 **Post Test**

Quota di iscrizione : € 120,00 + iva
Per gli iscritti AMI: € 70,00 + iva

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Merc. 10⁰⁰-17⁰⁰

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

La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti

Quota di iscrizione : € 90,00 + iva

Per gli iscritti AMI: € 50,00 + iva

"Infarto senza infarto"

La Sindrome di "TAKO-TSUBO"

Nella multiforme variabilità patologica cardiocoronarica, recenti ulteriori acquisizioni scientifiche hanno permesso di conoscere un singolare quadro morboso similinfartuale. La sindrome definita "TAKO-TSUBO" (infarto senza infarto), conosciuta da circa otto anni, descritta inizialmente da Autori Francesi, è stata confermata, come entità clinica, in decine di pazienti nel 1905 ed è tuttora in fase di molteplici studi.

Gli aspetti peculiari, basilari per fini diagnostici, sono i seguenti:

Dolore precordiale tipico similinfartuale e frequente.

Sesso femminile colpito nel 95% dei casi.

Ipotensione arteriosa.

Assenza di lesioni ostruttive endoluminali del circolo arterioso coronarico.

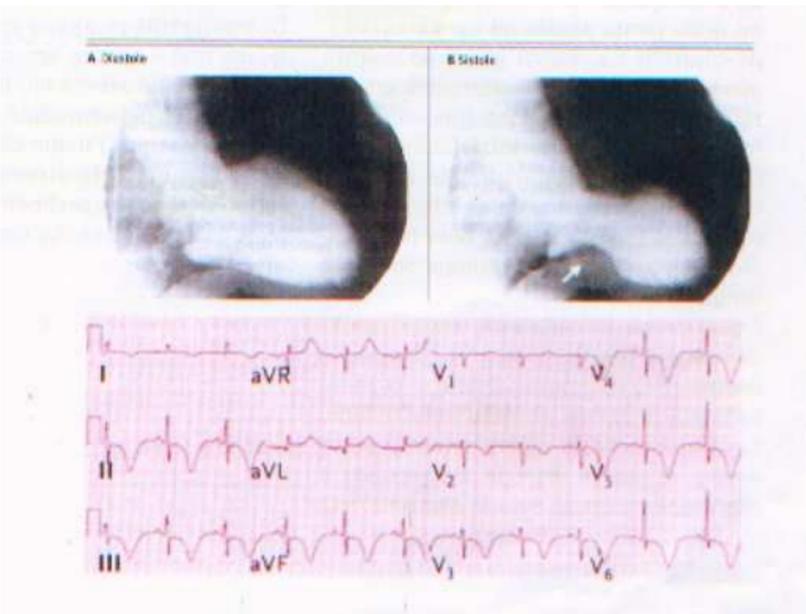
Caratteristica deformazione del ventricolo sinistro, che, in fase mesosistolica, assume un caratteristico aspetto definito dai Giapponesi "Tako-Tsubo" (cioè a mò di clessidra o di pentola a base larga con collo stretto e punta arrotondata simil aneurismatica. (foto p. 135 maggio-giugno 2006)

Alterazioni elettrocardiografiche di tipo ischemico similinfartuale, senza onda di lesione ed onda di necrosi, che scompaiono lentamente nell'arco di diverse settimane, fino alla normalizzazione.

Assenza di ostruzioni endoarteriose.

Iniziale ripresa contrattile funzionale dopo circa quattro giorni e, completa ripresa dell'attività inotropica dopo circa tre settimane, dopo deficit contrattile iniziale di circa 60-70%.

Rilievo clinico-anamnestico costante di stress psicofisico, fattore etiopatogenetico basi-



lare.

La terapia, tuttora non conosciuta, si basa sul riposo persistente, su farmaci psicosedativi ed antispastici, sotto controllo clinico elettrocardiografico.

PATOGENESI

Verosimile spasmo del microcircolo arterioso coronarico con ipersensibilità di alcune zone muscolari alle catecolamine (adrenalina), che aumentano nello stress psicofisico. A proposito di stress è opportuno menzionare l'inventore, il canadese Haus Selye, autorevole studioso negli anni 1950-1960 di quadri patologici similari alla sindrome "Tako-Tsubo" in topi sottoposti ad esperimenti protratti di laboratorio.

F. SCIARRA

MSD

Se il ricovero e' prolungato senza motivi, si e' responsabili dei danni

Anche se il paziente soccombe per un' affezione il cui rischio e' intrinseco al ricovero, il medico e' responsabile se tale ricovero non era motivato

Il paziente era stato ricoverato per un intervento neurochirurgico di decompressione da tumore midollare. L' intervento si era concluso positivamente ma il paziente decedeva in seguito ad una polmonite nosocomiale da pseudomonas insorta successivamente, ed evoluta in uno shock settico.

Il CTU sottolineava come, nel caso specifico, la lunga ospedalizzazione fosse il principale fattore di rischio per la colonizzazione con batteri nosocomiali e quindi per l'infezione nosocomiale postoperatoria". Il CTU citava a tale proposito due lavori scientifici non recentissimi, ma, a suo avviso, basilari: la prolungata degenza ospedaliera preoperatoria aumenta il rischio di infezione in modo lineare, sia come numero generale di infezioni sia a carico dell'apparato respiratorio. Anche la terapia immunosoppressiva farmacologica - cortisone - rappresenta un documentato ed importante fattore di rischio". Il paziente sarebbe quindi stato "colonizzato" da tali pericolosi microrganismi durante il prolungato ricovero; questi poi avrebbero acquistato patogenicità in seguito all' immunosoppressione causata dal trattamento cortisonico prolungato effettuato in attesa dell' intervento (due mesi) e dall' intervento stesso.

Il CTU (e poi la Corte) individuavano quindi una responsabilità nell' ingiustificatamente prolungato periodo di ricovero preoperatorio e di conseguente trattamento cortisonico, tali da accrescere il generico rischio intrinseco.

La responsabilità, a parere della Corte, va rapportata al concetto di "trattamento medico", ampiamente evolutosi negli ultimi decenni. Esso non può essere ridotto all'atto chirurgico, come si riteneva in origine, ma va esteso a qualsiasi atto che coinvolga la persona del paziente nella sua dimensione personale, sia fisica

che psichica, e comprenderà tutti gli atti e le decisioni che interferiscono con il diritto alla salute e alla libertà personale del paziente ad opera del medico. Potrà, quindi, trattarsi di atti chirurgici, di trattamenti farmacologici, di attività diagnostiche e di tutto quanto si svolge in un contesto medico, ivi compreso il ricovero ospedaliero. Questo non può essere considerato qualcosa di estraneo all'attività medica, come un mero sfondo neutro della stessa; pur necessario per lo svolgimento di alcune attività mediche, è anche fonte di rischi specifici, ben noti nella letteratura medica, ai quali è esposto il paziente per il solo fatto di trovarsi in ospedale.

Per questi motivi il ricovero ospedaliero, al pari di ogni altro trattamento, deve rispondere a corretti criteri di indicazione medica, e deve quindi essere il risultato di una valutazione bilanciata tra i benefici attesi (la realizzabilità di necessarie attività di diagnosi e cura) e i noti rischi connessi. Di conseguenza, così come una dimissione anticipata può essere ingiustificata e fonte di responsabilità, alla stessa stregua può divenire fonte di responsabilità un ricovero protratto senza necessità medica, se non altro come condotta imprudente e contraria alle corrette pratiche cliniche, quando ha esposto il paziente ai rischi connessi al ricovero, in primis le infezioni nosocomiali, senza alcuna necessità di tipo medico. In tale ultima ipotesi il ricovero costituisce un'indicazione errata e una fonte di danno sotto il profilo della negligenza, avendo esposto inutilmente il paziente agli agenti patogeni. Veniva quindi confermata la condanna dell' Ospedale.

(Cass. Sez. II n. 369 del 16/02/2006)

Daniele Zamperini—Guido Zamperini www.scienzaeprofessione.it



Abbiamo siglato una convenzione con Club Medici.

In base a tale convenzione, gli iscritti UNAMEF, AMI, CUMI-AISS avranno un sostanzioso sconto sulle quote di iscrizione (da 70 a 5 Euro).

Ci sono opportunità interessanti: le polizze di responsabilità civile (per malpractice, tanto per capirci) partono, per un medico di famiglia da appena 109 Euro l' anno.

L' assicurazione infortuni parte da 180 Euro l' anno, ma ha una enorme sopravvalutazione dei danni che interessano gli organi più importanti per la nostra professione: la perdita di un pollice o di un dito indice arriva al 100%, la perdita di un occhio e' valutata 50% (le tabelle più elevate arrivano in genere solo al 30%). E così via... Ci sono anche possibilità di prestiti o mutui a tassi convenienti.

Per informazioni e depliants, venite pure alla nostra sede in Via Merulana 272.

L' indirizzo del Club e' Via G. Marchi 10 - Roma.

Novità dalla rete A cura di Navigator

DESMOGLEINA-2, IL GENE DELLA MORTE IMPROVVISA

L'equipe del prof. Andrea NAVA, dell'Università di Padova, ha identificato un nuovo gene, la DESMOGLEINA-2: questa contiene il DESMOSOMA, con struttura proteica, che è un vero e proprio collante ad unire le fibre muscolari del cuore. Se la desmogleina-2 è difettosa, causa la miocardiopatia aritmogena del ventricolo dx, grave malattia ereditaria responsabile di aritmie severe e di morti improvvise. La diagnosi genetica di questa affezione permette di identificare le persone a rischio molto prima della comparsa dei sintomi.

PIOGGE VENTI E PSICHE

Le piogge, spesso precedute e/o accompagnate da brusche variazioni climatiche e con venti particolari, si accompagnano ad aumento degli IONI POSITIVI dell'atmosfera, che causano alterazioni ormonali, specie aumento della serotonina: questo evento da un lato favorisce nei predisposti l'infarto miocardico, dall'altro altera l'equilibrio psichico. Questa osservazione va attribuita alla genialità del Prof. Seppilli, già Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università di Perugia, che si servì di originali esperimenti. L'osservazione è stata ripresa e confermata di recente dal Prof. Maracchi, Servizio meteo del CNR di Firenze. Le legislature della Svizzera e dell'Austria, esposte al vento Fohn, e di Israele, esposta ad un altro tipo di vento, prevedono di conseguenza una depenalizzazione di alcuni reati se commessi in queste circostanze climatiche.

"MAGLIETTA "INTELLIGENTE" NEL POST-INFARTO

Nel recente congresso congiunto della Società europea e della Società mondiale di Cardiologia, svoltosi a Barcellona, è stata presentata con successo dall'Istituto S. Raffaele di Milano una particolare maglietta per monitorare la terapia riabilitativa nel post-infarto e la riabilitazione cardiologica in genere. Progetto finanziato dalla Commissione europea. La maglietta è realizzata con fibre di tipo diverso. Oltre a quelle di cotone, sono



aggiunte fibre sensibili al segnale elettrico (ECG), alla temperatura ed ai movimenti dell'attività respiratoria. I vari segnali, tramite un connettore posto sul capo, sono inviati nell'ospedale per l'elaborazione.

Il paziente viene dotato anche di un palmare: in caso di caduta con perdita di coscienza, egli non risponde alla chiamata: scatta il sistema di emergenza e un'ambulanza accorre in loco.

IPERTENSIONE ENDOCRANICA: CATETERE E/O CRANIECTOMIA

Di fronte ad una importante ipertensione endocranica - che danneggerebbe molto l'encefalo - si deve attuare d'urgenza una decompressione. Se ne è responsabile un idrocefalo, l'introduzione di un cateterino nel ventricolo risolve il problema.

Negli altri casi, in particolare nelle neoplasie, si deve eseguire la craniectomia, che però allenta la pressione endocranica solo parzialmente, giacché è la dura madre che impedisce una efficace decompressione: si deve allora procedere all'incisione della "dura", che rapidamente e di molto diminuisce la pressione.

SARTANI E PLACCA AT

L' ANGIOTENSINA-2 svolge intensa azione flogistica, spesso presente nelle complicanze vascolari dell'ipertensione e del diabete. La flogosi vascolare, dovuta all'espressione di numerose sostanze (citochine, chemochine, molecole di adesione, fattori di crescita substrati reattivi all'ossigeno), destabilizza la placca aterosclerotica (AT) attraverso un'erosione del suo cappuccio fibroso e favorisce le nefropatie croniche.

Ricerche su placche AT delle carotidi hanno dimostrato che i SARTANI - inibitori dei recettori dell'Angiotensina-2 - hanno ridotto l'infiltrazione infiammatoria e le metalloproteasi (responsabili

dell'erosione del cappuccio), mentre hanno fatto aumentare il collagene.

MISCELLANEA

L'UOMO LA DONNA E LA SIGARETTA.

Per quanto in aumento tra i fumatori, il sesso debole a tutt'oggi fuma meno rispetto all'uomo. Ma c'è di più. Uno studio condotto dai Dott.ri Roberto VOLPE e Gianluca SOTIS presso il CNR, iniziato nel 2000 ed esteso a 285 donne e 174 uomini, ha dimostrato che è l'uomo che più spesso ha la forza di non fumare più.

EMORRAGIA CEREBRALE IN NEONATI: TEST SULLA MADRE.

Una ricerca dell'Istituto Gaslini di Genova - in collaborazione con 5 Centri di ricerca italiani - ha puntualizzato un nuovo test che identifica i feti a rischio di danno cerebrale emorragico. L'ipossia fetale è responsabile del 40% dei difetti neurologici congeniti. La dimostrazione nel sangue materno di un aumento della PROTEINA S100B è probante in tal senso.

CRIOAGGLUTININE E BRONCOPNEUMOPATIE.

Le crioagglutinine, o agglutinine da freddo, aumento nella POLMONITE DA MICOPLASMI, nota in passato come "polmonite atipica primaria". Compare una bronchite o broncopneumite febbrile con faringite e talora otite. Cura antibiotica: in particolare eritromicina e tetraciclina.

ALLARME PIDOCCHI.

Il "pediculus capitis" nel GALELLES sta creando problemi al Servizio sanitario inglese: nelle scuole ne è colpito l'8% dei bambini. I vari insetticidi si stanno rivelando poco efficaci. La spesa annua sostenuta al riguardo è di circa 30 milioni di sterline.

FOSFOLIPASI A2: UTILE O DANNOSA?

Individuato di recente un nuovo possibile marker di rischio aterosclerotico, associato alle lipoproteine: la fosfolipasi A2. Svolge due effetti opposti: uno proaterogeno, l'altro antiaggregante. Quale dei due prevale "in vivo"? Questa ambivalenza biologica attende di essere chiarita.

MORBO DI BARLOW

E' l'incapacità delle cellule connettivali a sintetizzare il collagene l'alterazione fondamentale dello SCORBUTO INFANTILE, dovuto a carenza di acido ascorbico. Fin dal 1° anno di età compaiono anemia, dolori agli arti, ingrossamenti condro-costali, ecchimosi.

PROMEMORIA:

Il Giovedì' sera, presso la nostra sede, si tengono le riunioni culturali e i Corsi ECM.

Il martedì' sera si discutono argomenti sindacali
INTERVENITE!

MONOBIOS

Io la penso così Il parere dei nostri lettori

SULLE UCP

Nessuno conosce esattamente i mesi di arretrati che A.S.L. Regione Lazio, o chi per loro, devono ancora a noi medici. Nessuno sa effettivamente se i mesi estivi del 2005 a chi non ha interrotto il servizio, sono stati pagati. Questo perché il metodo di pagamento è stato concepito (volutamente?) in modo contorto: numero degli assistiti moltiplicati per i mesi in cui è in vigore l'UCP moltiplicati per la quota per singolo assistito = totale da cui si ricava, dividendo per i mesi totali, quanto bisogna pagare mensilmente, che va moltiplicato per i mesi da pagare parzialmente, dalla quale cifra aggiungere o sottrarre eventuali revoche o scelte nel frattempo intervenute... Se non fossero passati ormai 9 o 10 mesi da quando aspettiamo di essere pagati, forse non avrei scritto questa lettera, ma ormai, anche se con le competenze di agosto, da percepire a fine settembre, verranno pagati tutte o in parte tali competenze, i tempi sono ormai diventati insostenibili! E si', caro presidente della Regione Lazio Piero Marrazzo e caro assessore alla salute Augusto Battaglia, e "per conoscenza" caro ministro della sanità Livia Turco! Dovete sapere, ma lo sapete benissimo, che quando si firmano dei contratti questi si devono onorare nei tempi e nei modi stabiliti. Se un cittadino comune chiama a casa un idraulico o un muratore, se porta la propria auto da un meccanico o si rivolge a un avvocato o a un commercialista, dovrà pagare il dovuto nei modi e nei tempi stabiliti preventivamente; certamente se dopo un anno non paga una lira (scusate un euro) si vedrà rec apitare a casa una bella lettera più o meno minacciosa, nella quale lo si invita a versare il dovuto anche con gli interessi, se non vuole beccarsi una bella denuncia. Questo perché oltre al lavoro effettuato, vi sono anche le spese per effettuarlo. Noi abbiamo tenuto aperti i nostri

studi onorando il contratto, per 10 ore al giorno ininterrottamente e questo cari amici ci è costato tanti bei soldi, perché se non lo sapete, ma lo sapete benissimo, questo significa pagare più ore alle segretarie, pagare sostituti per tamponare eventuali buchi che si possono creare per malattia o per ferie dei medici (siamo anche noi soggetti a questi "vizi") e se voi non ci pagate, diciamo pure tra amici, il piatto piange, il che significa che i nostri conti correnti diventano sempre più magri e a fine mese vanno in rosso e così non abbiamo i soldi per pagare le tasse che il vostro amico Visco ci chiede. A proposito di Visco; ma perché egli minaccia ganascce fiscali, manette, sanzioni a chi paga in ritardo le imposte e voi che siete suoi amici non pagate in tempo chi lavora? Vi pare giusto toglierci quel gusto soave di pagare in tempo ICI, IRE, RAP, IVA, INPS, INAIL, ENPAM, TARS U, luce, telefono, facendoci rischiare ganascce e manette?... Perché nessuno prevede qualche sanzione anche per voi? Ad aprile del 2006 abbiamo firmato un nuovo contratto che rinnovava le UCP per il futuro, anzi faceva di esse qualcosa di strutturale, con retribuzioni che sarebbero diventate mensili? Cari amici anche di questi soldi non abbiamo visto un'ombra. Eppure molti di noi hanno speso diversi soldini già pagati e ripeto già pagati ai muratori, pittori, elettricisti, tecnici informatici ecc. per rendere più accoglienti e idonei o come dite voi più a norma i nostri studi, ma anche qui tutto per la vostra gloria. E si, così il cittadino dice "vedi come funzionano bene adesso le cose"? Marrazzo, Battaglia, e per conoscenza Turco, riflette un po'. Fatelo per Visco, perché se guadagnamo qualche euro in più possiamo pagare più tasse e lui ci tiene tanto...

Gaetano Mazzucconi

Le UTAP: sempre più vicine. Cosa ne pensano i medici di famiglia?

Da diversi anni, ormai, si sente parlare di una misteriosa entità che promette (o minaccia?) cambiamenti radicali del settore della Medicina di base: la UTAP, o Unità Territoriale di Assistenza Primaria.

Se ne è discusso accesamente, mancando anche la chiarezza sui termini della questione: cosa sono in realtà le UTAP? Il passare del tempo ci ha permesso ora di capire meglio. Le UTAP sono state ora anche incluse, seppure come entità sperimentali, nel recente accordo

collettivo nazionale dei medici di famiglia. I sindacati, anche quelli non troppo favorevoli, stanno quindi preparandosi ad affrontare la gestione di queste nuove entità.

Non è ancora certa la figura giuridica delle UTAP, che vengono descritte soprattutto in base ai compiti e alle funzioni loro attribuite: si tratterebbe di una nuova forma associativa, a forte caratterizzazione distrettuale, che raccoglierebbe diverse figure professionali (in particolare, ma non esclusivamente) sanitari di primo livello (Medici di Famiglia, Pediatri, Medici di Continuità Assistenziale, specialisti ambulatoriali) in modo da gestire l'intero ciclo di assistenza primaria, sia dal punto di vista diagnostico che nelle terapie e interventi sanitario-assistenziali extraospedalieri.

La genericità e l'apertura alle forme di sperimentazione anche "spinta" ha provocato un serrato dibattito interno nelle categorie interessate, preoccupando e allarmando molti medici, che vedono stravolta la loro figura professionale.

In effetti i sondaggi informali svolti da alcuni sindacati rilevano la contrarietà della maggioranza dei medici, soprattutto quelli di anzianità medio-elevata; più aperti appaiono i medici molto giovani e quelli con attività lavorativa non consolidata. Le maggiori preoccupazioni riguardano generalmente il timore di perdere il rapporto fiduciario esclusivo medico-paziente e di venir gravati da ulteriori impegni lavorativi, onerosi e compensati a un prezzo "sociale".

Molti medici, in altre parole, non vedono le UTAP come una ulteriore opportunità professionale, utile per ampliare i settori di intervento, qualificarsi meglio dal punto di vista professionale, migliorare la propria situazione economica; essi temono invece di venir usati dalla parte pubblica come comodi ed

economici strumenti, utili per coprire i servizi attuali a costi minori per il SSN.

Entrando più nel dettaglio, possiamo evidenziare diversi ordini di motivi: In primo luogo molti medici ritengono che queste forme "forti" di assistenza di gruppo, una volta che siano state definitivamente strutturate e rese di fatto obbligatorie, possano costituire il primo passo verso la disgregazione del rapporto fiduciario personale che tradizionalmente lega il paziente al medico di famiglia da lui scelto. Questo processo di "spersonalizzazione" del rapporto avrebbe poi conseguenze molto importanti in quanto porterebbe ad una diminuzione del peso contrattuale della categoria per l'indebolimento del sostegno che il medico riceve dai suoi assistiti. Quando il medico diventa "intercambiabile", esso

perde evidentemente quel legame col cittadino-paziente che costituisce la sua maggiore difesa. Qualcuno ricorderà come un Ministro della Sanità di alcuni anni fa rispose ai sindacati che respingevano alcuni suoi progetti ritenuti troppo punitivi: "Se non vi va, lasciate pure la medicina convenzionata: ci sono tanti medici pronti a prendere il vostro posto...". In una situazione di assistenza spersonalizzata, il diktat avrebbe potuto avere esito assai preoccupante.

Un ulteriore aspetto, che preoccupa soprattutto i medici non più giovanissimi, è quello tecnico-organizzativo: dato che le UTAP si rifanno essenzialmente al modello inglese, dove l'assistenza viene effettuata a ciclo continuo (a fronte di ben altri emolumenti rispetto a quelli italiani) essi temono di venir trasformati in una "copia povera" di questo modello: gestire senza interruzioni l'intero ciclo di assistenza primaria, con turni di guardia anche di notte e nei giorni festivi, perdendo le attuali (sempre più scarse) tutele lavorative e senza adeguati miglioramenti economici.

Alcune paure: gestire i turni in modo da coprire l'intero arco temporale, gestire le notti, i turni di riposo, i recuperi dopo le notti, le festività più prolungate, i "ponti", le eventuali indisponibilità e le malattie dei componenti le UTAP, i meccanismi di "filtro" per le richieste degli assistiti ecc.

I medici, viste precedenti esperienze negative, temono di diventare così i factotum e i capri espiatori di disservizi che non li riguardano.

Un altro problema, già accennato, è costituito dagli aspetti prettamente economici: da tempo la Parte Pubblica lamenta l'eccessiva spesa sanitaria e si ingegna per trovare nuovi meccanismi di contenimento; viste le premesse, quindi, molti medici si dichiarano scettici circa la possibilità di adeguati miglioramenti,



Studenti e tutors: considerazioni su un dialogo tra generazioni.

Il primo approccio tra gli studenti ed il proprio tutor è, nella maggior parte dei casi, deludente. Gli studenti arrivano con la convinzione che quelle siano ore perse sottratte allo studio ed agli esami, il tutor capisce che quei ragazzi considerano la sua attività "superata" o "obsoleta". Se questa prima impressione non viene superata il tirocinio si risolve, purtroppo, in una perdita di tempo inutile sia per gli studenti che per il medico.

Ma se si riesce a superare questo primo impatto e si cerca la collaborazione degli studenti si aprono le dighe ed una alluvione di domande, di richieste di voglia di partecipare investe il medico. Si scopre, allora, che gli studenti attualmente non vedono, praticamente, gli ammalati; che non gli è permesso visitarli; che non sanno fare un esame obiettivo o raccogliere un'anamnesi.

Devo dire che in alcuni casi mi sono commosso vedendoli disputarsi il privilegio di prendere la pressione: la gioia di poter eseguire un esame diagnostico in prima persona! Poi, al momento

delle prescrizioni, ecco venire fuori il nuovo medico molto più aggiornato di me in esami ultraspecialistici. Alla fine del periodo di tutoraggio ecco la domanda: posso ritornare, posso seguirla? E molti, ritagliando il loro tempo tra seminari, esercitazioni ed esami, ritornano con reciproca soddisfazione.

Quali sono le considerazioni finali: il nostro ruolo di medici "degli uomini" e non "delle malattie" è sempre più prezioso in una società che ha cambiato anche le regole della formazione dei propri medici indirizzandoli sempre più verso la visione settoriale della specialistica e dove la visione d'insieme dell'uomo con le sue patologie e le sue problematiche diventa retaggio del solo Medico di Medicina Generale; questa esperienza e questa visione "olistica" è un bene prezioso che possiamo donare ai giovani che ci seguiranno nella nostra professione.

Giovanni Peliti

I lavoratori con neoplasia hanno diritto al tempo parziale

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (Circ. n. 40 del 22/12/2005) ha sottolineato una serie di benefici, spesso poco conosciuti dai lavoratori stessi, che tutelano i portatori di invalidità civile, di handicap, di malattia oncologica.

E' evidente come tali situazioni possano intrecciarsi e coincidere nello stesso soggetto, con diverse importanti conseguenze. Particolarmente tutelati appaiono i lavoratori afflitti da patologie oncologiche, per i quali l'ordinamento giuridico ha introdotto ulteriori importanti istituti che, tuttavia, risultano ancora poco conosciuti ed utilizzati. Tali strumenti stabiliscono ad esempio periodi predeterminati durante i quali è giustificata la sospensione dell'obbligo di prestazione lavorativa, e durante i quali non è lecito licenziare il lavoratore malato.

essere incentivata la flessibilità dell'attività lavorativa mediante il diritto al tempo parziale, conciliando esigenze di cura e mantenimento del posto di lavoro.

Gia' il DL n. 276 del 2003 prevede infatti per i lavoratori affetti da neoplasie e che presentino ridotta capacità lavorativa (anche per gli effetti invalidanti delle terapie salvavita) il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale.

Il diritto a richiedere tale modifica contrattuale è un diritto soggettivo che mira a tutelarne, unitamente alla salute, la professionalità e la partecipazione al lavoro come importante strumento di integrazione sociale e di permanenza nella vita attiva.

(DZ-GZ)

In particolare si sottolinea come debba

VALPRESSION 160

Le nuove norme per la partecipazione dei medici a convegni e congressi scientifici

Decreto legislativo n. 219 del 2-4.04.06, G. U. n. 142 del 21.06.06 - Suppl. Ordinario n. 153

L'articolo 124 del citato provvedimento definisce le regole che le imprese farmaceutiche devono seguire nell'organizzazione e nel finanziamento delle riunioni scientifiche, che devono essere orientate allo sviluppo delle conoscenze nei settori della chimica, tecnica farmaceutica, biochimica, fisiologia, patologia e clinica; è invece espressamente vietata la loro partecipazione a convegni o riunioni a carattere sindacale.

I medici possono partecipare a queste riunioni scientifiche con oneri a carico delle imprese farmaceutiche. Questi oneri non possono essere estesi ad eventuali accompagnatori e l'ospitalità non può eccedere le 12 ore precedenti l'inizio del congresso e le 12 ore successive alla conclusione dello stesso.

Tale modalità di partecipazione è consentita anche ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, limitatamente ai convegni e congressi di tipo educativo su temi pertinenti e con accreditamento ECM e previa segnalazione alla struttura sanitaria di competenza.

Il provvedimento è molto complesso, e presenta numerose sfaccettature che certamente saranno oggetto di dibattito. Può essere sottolineato, ad esempio, che le norme restrittive citate prima non vanno applicate nei casi in cui un'

Azienda Farmaceutica sponsorizzi un convegno non attinente ai propri farmaci, né se l'eventuale sponsor sia un' Azienda non farmaceutica. È ipotizzabile quindi la possibilità di sponsorizzazioni incrociate.

Per un esame dettagliato si invita alla lettura integrale del provvedimento.

La normativa entra in vigore il 6 luglio 2006.

Commento di Luca Puccetti

E così è stata ribadita la schedatura dei MMG e PLS. Una sorta di categoria speciale da tenere sotto stretto controllo. Chiarissimo è il segnale che viene mandato: i MMG e i PLS sono a rischio di comportamenti illeciti più dei dipendenti del SSN o di Enti accreditati e vanno schedati. Non si comprende da chi dovrebbe essere fatta la segnalazione, forse dal medico stesso? o dalla ditta che lo sponsorizza? Già si sente puzza di incroci tra i profili di spesa e le segnalazioni di sponsorizzazione.... Nessun trattamento da sorvegliato speciale per i dipendenti, nemmeno per coloro che operano nei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di altissimo costo e che possono orientare la prescrizione di un'intera area vasta o regione. Nessun archivio speciale per chi partecipa o realizza clinical trials e gira il mondo a "spiegare" i mirabolanti risultati raggiunti passando da un aereo all'altro in una sorta di giostra perpetua.

I Tribunali scelgono la linea dura

Attenzione a rispettare le indicazioni "ufficiali" dei farmaci!

Ogni trattamento "fuori scheda tecnica" deve seguire regole precise



Il Tribunale di Pistoia (sentenza del 20/1/2006) ha deciso di seguire una linea dura e severa sull'interpretazione della normativa che regola la prescrizione dei farmaci, in quanto la prescrizione "sperimentale" può trasformare

la colpa professionale in "dolo eventuale"; non viene tollerato il medico che "azzardi" delle terapie al di fuori delle regole.

È stata riconosciuta colpevole, e condannata per lesioni volontarie, una dottoressa pistoiese che aveva prescritto un farmaco ad una bambina obesa, al di fuori delle indicazioni previste dalla scheda tecnica.

L'evento era ulteriormente aggravato dal fatto che non era stato richiesto un adeguato consenso informato da parte dei genitori; secondo il Tribunale, inoltre, tale strumento terapeutico non godeva neppure di un adeguato sostegno da parte della letteratura scientifica.

Secondo il Tribunale, la dottoressa si era impropriamente posta nell'alveo del cosiddetto "dolo eventuale", sbagliando la valutazione costi/benefici, e accettando un indebito rischio (che dalla somministrazione del farmaco insorgessero ulteriori e indesiderati effetti collaterali).

La dottoressa poi avrebbe violato una serie di norme indicate tassativamente dalla legge:

-Aveva prescritto la cura senza informare i genitori delle possibili conseguenze (mancanza del Consenso Informato richiesto dal D.L. 17/02/1998 n.23 per i casi in cui si debba prescrivere un farmaco per indicazioni diverse da quelle previste in scheda)

-Mancavano pubblicazioni scientifiche che suffragassero un tale uso terapeutico di quel farmaco (altro requisito richiesto dalla legge citata).

Tutto ciò ha configurato una condotta scorretta e temeraria, tale da convincere il Tribunale a considerare il comportamento del medico come meritevole di condanna.

Giova ricordare le regole stabilite dal D.L. n. 23; per la prescrizione di farmaci al di fuori delle indicazioni ufficiali occorrono dei requisiti precisi:

- 1) Informazione del paziente (o del genitore, trattandosi di minorenni) e acquisizione del consenso dello stesso.
- 2) Che il farmaco usato sia prodotto industrialmente e già regi-

strato per un'indicazione o una via di somministrazione diversa da quella che intenda usare il medico.

3) Che non esistano altri farmaci utili e regolarmente registrati per quella indicazione terapeutica.

4) Che sia documentabile l'inesistenza di trattamenti alternativi "ufficiali".

5) Che esistano in proposito lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Anche rispettando tutti questi criteri, il paziente non avrebbe diritto all'erogazione del medicinale a carico del Sistema Sanitario Nazionale per cui la ricetta dovrebbe essere fatta sempre in regime libero professionale non convenzionato. Non sembra però che questo aspetto abbia avuto importanza nel caso in oggetto.

Altra possibilità di deroga consentita è quella prevista dal D.L. 21/10/97 n. 536, convertito dalla Legge 23/12/96 n. 648 (e successivi aggiornamenti) che prevede un elenco di farmaci "innovativi", erogabili a carico del Sistema Sanitario Nazionale, allorché:

1) La commercializzazione degli stessi sia stata autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale

2) I farmaci, pur non essendo ancora autorizzati, siano sottoposti a sperimentazione clinica oppure vengano usati con indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata.

Anche in questo caso è necessario che sia documentabile l'assenza di un farmaco alternativo regolarmente autorizzato per la cura di quella patologia; è inoltre necessario un iter burocratico piuttosto complesso in quanto occorre inviare una relazione di carattere scientifico alla CUF che valuta l'opportunità della concessione di tale terapia, pubblicando periodicamente un apposito elenco, periodicamente aggiornato, di questi trattamenti alternativi. Si tratta in genere di farmaci di uso molto specialistico, non di comune uso nell'ambito della medicina generale.

Daniele Zamperini- Guido Zamperini

Fonti:

Il Sole 24 Ore, 07/03/2006

<http://www.ordinemedicilatina.it/index.php?article=762>

Si ripropone la scheda di iscrizione all'Associazione Medica Italiana

L'A.M.I. dopo aver unificato in U.Na.Me.F. l'attività sindacale degli iscritti che sono a rapporto di lavoro subordinato (per es. Dirigenza Medica), o para subordinato (per es. Medicina del Territorio), rivendica il proprio ruolo autonomo di espressione di cultura medica intesa nell'occupazione più ampia del termine. Cultura e capacità di osservazione e critica autonoma della realtà in cui opera oggi il medico, quale che sia la sua qualifica.

L'iscrizione all'AMI è la partecipazione attiva alle sue iniziative ed alla redazione del Giornale è un atto di grande sensibilità professionale.

CEFOTOXIMA CT

E' fissato? E' pauroso? E' ipocondriaco? No, e' affetto da disnosognosia!!

DISNOSOGNOSIA: la malattia degli scocciatori

Ogni medico ha avuto l'occasione di cimentarsi, almeno una volta, con uno di quei pazienti che fanno disperare. Uno di quelli, per intenderci, che è convinto di essere gravemente malato (e si comporta da tale) pur non avendo nulla di ciò che teme.

Questo paziente percepisce come gravemente devastante sintomi o segni di ridotta o nulla importanza clinica, e persiste in questo atteggiamento malgrado il fatto che il

medico gli abbia offerto ogni esauriente spiegazione sulla reale natura dei suoi disturbi. Egli spesso interpella più sanitari, alla ricerca di una diagnosi tranquillizzante che, qualora offerta, viene in ogni caso ignorata.

Questo comportamento è inquadrato nosograficamente come **comportamento abnorme da malato** (o **Abnormal Illness Behaviour**, o ancora **disnosognosia**). Questo

Scheda di iscrizione AMI

UTAP, da pag. 6 temendo invece aumenti illusori e insufficienti a remunerare adeguatamente gli aumentati costi gestionali e l' aumentato carico di lavoro.

Molti hanno riferito di temere problemi di tipo medico-legale: come gestire, in una struttura composita di questo tipo, le problematiche connesse con i problemi della privacy, con le prescrizioni indotte, con il coordinamento dei vari sanitari nella prescrizione e nell' attuazione delle varie (e magari non condivise) strategie di diagnosi e terapia? Come discriminare le responsabilità del singolo da quelle condivise da tutto il gruppo?

Infatti mentre la responsabilità penale per la malpractice è strettamente personale, la responsabilità organizzativa e amministrativa può invece, sovente, ricadere sull' intera Associazione, con problemi economici e assicurativi non indifferenti. Si pensi, ad esempio, all' evenienza di visite o prestazioni richieste ma non effettuate o ai diversi punti di

vista nell' effettuazione di diagnosi no terapie. E' ben noto l' aumento enorme della conflittualità tra medici ed assistiti, ma mentre i medici delle strutture pubbliche godono in parte dell' ombrello protettivo dell' Istituzione da cui dipendono, questo non accadrebbe per i convenzionati riuniti in UTAP. Va considerato anche che parte degli obblighi giuridici che ora sono a carico delle ASL (copertura totale dell' assistenza, organizzazione dei turni, sostituzioni in caso di indisponibilità o di malattia, organizzazione del call-center e del filtro, le responsabilità civili, penali e amministrative, il costo delle assicurazioni contro infortuni o responsabilità ecc.) verrebbero ad essere totalmente a carico diretto dei medici. E molti si chiedono se ne valga effettivamente la pena. Torna perciò a spuntare, sorprendentemente, la richiesta di un passaggio dei medici territoriali ad un rapporto di dipendenza. In effetti, di fronte ad una tale mole di

obblighi e di responsabilità, molti sanitari si chiedono se non sia preferibile, piuttosto, un lavoro con orari garantiti, stipendio certo e privo di spese, piuttosto che un lavoro potenzialmente gratificante ma aleatorio e pieno di rischi, per di più condizionato da meccanismi imposti dall' alto.

Non c'è dubbio che la sanità italiana abbia bisogno di una profonda ristrutturazione; e' anche vero che questo processo di cambiamento può essere gestito in senso positivo, sfruttandone le opportunità senza demonizzarne i difetti. Tuttavia resta inderogabile la necessità di non alterare il rapporto personale e fiduciario tra medico e paziente; l' UTAP, quindi, può essere un valido strumento se inteso come struttura finalizzata a migliorare l' aspetto organizzativo, non è accettabile se va ad intaccare questo aspetto fondamentale.

Daniele Zamperini

Disnosognosia da pag. 7 concetto, introdotto inizialmente da Mechanic e Volkart (1960), è stato sviluppato successivamente da Pilowsky (1978). Egli lo definisce come "un' inappropriata o disadattata modalità di percepire, valutare o agire in rapporto al proprio stato di salute, che persiste nonostante che il medico (o un' altra adeguata figura sociale) abbia offerto un' accurata e ragionevolmente lucida spiegazione della natura dell' affezione e le indicazioni da seguire per un' appropriato decorso del trattamento, sulla base di un attento esame di tutti i parametri fisiologici e prendendo in considerazione l' età dell' individuo, l' istruzione e il background socioculturale".

Questa patologia si esprime, dunque, con la preoccupazione o la paura di avere una grave malattia fisica, di cui sono "prova evidente", per il soggetto, i segni e, soprattutto, i sintomi fisici e persiste nonostante le rassicurazioni mediche. Questo comportamento non si associa ad attacchi di panico. Per la diagnosi e la valutazione clinica Pilowsky e Spence (1975) hanno messo a punto un questionario di autovalutazione, l' *Illness Behaviour Questionnaire*.

Una nota autocritica da parte di chi, come il sottoscritto, gestisce siti internet di

natura sanitaria: questi comportamenti, in epoca attuale, vengono a nostro parere accentuati e sostenuti dalla facile diffusione dell' informazione medica (tramite Internet, stampa anche non specializzata, televisione eccetera). Tali informazioni, liberamente e diffusamente disponibili, non essendo filtrate da un adeguato retroterra culturale specifico, tendono ad essere assorbite in modo acritico e quindi facilmente travisate e universalizzate. E' facile ad esempio che il paziente che riscontri un modesto aumento delle transaminasi, sentendo che i malati di cirrosi presentano tale caratteristica, compia una indebita equazione ipertransaminasemia=cirrosi. Il soggetto affetto da disnosognosia resta sordo, però, ad ogni spiegazione successiva che tenda a ricondurre l' evento alle sue giuste proporzioni.

Non c'è chi non veda l' enorme potenzialità inabilitante di questa patologia che, se non adeguatamente affrontata (e non è facile, perché spesso questi pazienti rifiutano l' etichetta di "disturbo psichico") rischia di inabilitare dei soggetti per il resto perfettamente sani. Forse, nel trattare argomenti sanitari, sarà necessario prestare più attenzione al fatto che chi legge può non essere adeguatamente pronto.

Guido Zamperini - Daniele Zamperini

Il vecchio e il nuovo si fondono nel nuovo organismo

AMI-UNAMEF

Un amalgama che porterà avanti le vecchie idee e le nuove aspirazioni di miglioramento professionale

I volti vecchi e nuovi del Consiglio Nazionale



Cristina Patrizi - Segretario Nazionale uscente AMI



Daniele Zamperini Segretario Provinciale UNAMEF—Roma



Alberto D' Ettore—Consigliere AMI



Enzo Pirrotta (Direttivo UNAMEF) in animata conversazione con Carlo Messina (fondatore AMI)



Ottorino Catani Fondatore AMI e Direttore del Periodico "Il Medico Italiano"



Floriana Riddei Segretaria Organizzativa e Tesoriere UNAMEF-Roma

“L' insuccesso gli ha dato alla testa!”

Sul sito FIMMG cercano di far passare una sonora batosta per grande vittoria Ma ci prendono per scemi?

Senza scomodare pifferi (più o meno di montagna), o eserciti che risalgono in rotta le valli discese con tracotante sicurezza, pensiamo che all' estensore del resoconto pubblicato sul sito FIMMG-Roma sull' "enorme successo" elettorale dell' Associazione (addirittura nazionale!) Salute e Democrazia si adatti magnificamente la stoccata di Ennio Flaiano riportata nel titolo.

Venne diretta ad un attore che cercava di far passare per grande trionfo quello che in realtà era un flop; poverino, evidentemente il colpo aveva ottenebrato la sua capacità di giudizio. Bisogna averne compassione, perbacco!

Certo però lo stesso concetto sembra adattarsi magnificamente anche a quelli che cercano di convincere tutti che sia stato un trionfo:

- la mancata elezione del 90% dei propri candidati,
- un numero di preferenze modestissimo,
- la sostanziale disaffezione dei medici (che dovevano trainare, e non l' hanno fatto, il successo del capolista e candidato al Comune Bartoletti)
- la disaffezione dei cittadini, che a loro volta si sono

rifiutati di trasformare il rapporto di fiducia sanitaria in voti politici -essersi fatti contare, ed aver evidenziato l' inconsistenza del loro peso politico

Ma non si rendono conto di quanto siano preoccupanti questi segnali, e di come la politica perseguita finora stia perdendo il consenso da parte della base? Ma ne ripareremo...

PRIVACY

SCHEDE DI ISCRIZIONE

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia, per i testi e le recensioni scientifiche, il sito *Pillole* (www.pillole.org).

I contenuti umoristici sono tratti dalla "Piazzetta dei Medici" (http://piazzetta.sfera.net).

Le vignette originali sono di Enzo Brizio.

Collegli disponibili per sostituzioni e collaborazioni con medici di Medicina Generale:

Dr. Russillo Michelangelo

Laureato in medicina e chirurgia con 110 e lode

Abilitato il 15 /2/2006

Iscritto all' Albo dei medici Chirurghi e degli odontoiatri della provincia di PZ il 15/3/2006

Recapiti: 339-2816627

E mail: michelangelorussillo@libero.it

Dott.ssa Linda Cerbone

Laureata in medicina e Chirurgia il 25.10.2005 con 110 e lode

Iscritta all' Ordine dei Medici Chirurghi dal 14.3.2006

Recapiti: 339.7462214

Dott.ssa Emanuela Proietti

Laureata in medicina e Chirurgia il 31.3.2004 con 110/110 e lode;

Abilitazione in data Luglio 2004;

Iscritta all' Ordine dei medici dal Novembre 2004