

LOBIVON

# Associazione Medica

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

Angelo Filardo e' il nuovo Presidente Nazionale

## Rinnovate le cariche nazionali AMI

Il Consiglio Nazionale, riunitosi il 30 Settembre presso la sede di Via Merulana, ha eletto il nuovo Esecutivo Nazionale  
Enzo Pirrotta e' il Segretario Generale; la Tesoreria resta a Rocco Fulciniti

Il 30 settembre, come stabilito in sede di Congresso Nazionale, si e' tenuta la prima riunione del nuovo Direttivo Nazionale Ami, finalizzato all'elezione del nuovo Esecutivo nazionale.

E' stata una riunione animata nelle idee e nelle proposte ma sempre nello spirito di un'amicizia consolidata col tempo e con la frequentazione. Il Presidente uscente, Beniamino Baldacci, ha introdotto la riunione, lasciandone poi la Presidenza a Guido Grasso, autorevole esponente della "vecchia guardia" dell'AMI.

Vecchia guardia rappresentata pure da Ottorino Catani, appassionato difensore del ruolo del medico nella societa'. Il Direttivo ha concordato sul percorso da effettuare nel prossimo futuro: rilancio del ruolo dell'AMI come polo di cultura e organo di opinione, libera e indipendente.

Il ruolo prettamente sindacale viene affidato all'UNAMEF, sindacato di recentissima fondazione ma gia' arrivato ad essere, per "peso" contrattuale, il secondo sindacato del settore.

La fusione delle due entita', AMI e UNAMEF, viene confermata e rafforzata dalla fusione e dalla condivisione delle risorse umane.

All' interno i particolari



Angelo Filardo, Presidente

Infuria la polemica sul ruolo del medico verso il paziente terminale  
**EUTANASIA: DELITTO O DIRITTO?**  
Tra il diritto di vivere e quello di morire: il bivio della coscienza

### E' giusto o no il diritto alla morte ?

Di Giuseppe Tortora  
L' opinione del Segretario Nazionale dei Medici di Famiglia

All' interno

### Modificati i Decreti, ma la sostanza non cambia

*Il Fisco tratta i professionisti come evasori incalliti, e ne vengono puniti proprio quelli piu' corretti.  
Ma chi protegge la Privacy del cittadino?*

Gli emendamenti proposti alla Legge Finanziaria e ai suoi collegati non sembrano apportare alcuna modifica all'atteggiamento punitivo verso le Professioni. Per un anno si potranno accettare pagamenti in contanti fino a mille Euro, ma si tratta solo di una breve dilazione, perche' l' anno successivo il limite scende di nuovo a cento euro. E non importa essere corretti e fatturare regolarmente tutto: ci

saranno salate sanzioni per il solo fatto di non aver rispettato la modalita' di pagamento. Ma gli 007 fiscali avranno inoltre campo libero per esaminare i conti correnti dei professionisti e verificare la natura dei movimenti bancari rilevati. Ma chi proteggera' la privacy del cittadino? Come potra' un paziente mantenere riservata la sua malattia se le parcelle pagate allo psichiatra, all' oncologo, all' infettivologo saranno accessibili a personale non sanitario, che magari si presentera' a verificarne la correttezza contabile? Il fisco prima della dignita' personale?

All'Interno:

**PERCHE' MI OPPONGO AL BALZELLO ONAOSI**

**CARDIOPATIA ISCHEMICA NELL'ETA' AVANZATA**

**Il fumo, anche passivo, favorisce l' insorgenza di diabete**

**AMI e UNAMEF procedono uniti, per il rafforzamento del Nuovo Polo Sindacale**

**Non assecondate i minorenni che vogliono un tatuaggio! Senza consenso dei genitori e' reato**

### Clamoroso su Lancet: pubblicate ricerche inventate.

Su prestigiose riviste internazionali si ripetono i casi di ricerche manipolate.

*Ma dove va la ricerca scientifica?*

All' interno

### Auguri di buona morte

Di Beniamino Baldacci

Facilmente e con leggerezza sentiamo dire che siamo nati per soffrire e che fin dal concepimento si innesca il meccanismo perverso che ci porta alla morte: la vita. Poiche' quindi la vita offre spesso dolori e guai auguriamoci almeno una buona morte. Potra' mai essere "buona" la morte? Sembra che i primi utilizzatori del termine "EUTANASIA" si riferissero ad una modalita' di morte semplicemente priva di tormenti, in particolare scevra dei tormenti imposti dai medici. Lontana dall'accanimento terapeutico. Vita e non vita: il destino degli esseri viventi.



lo della morte. Evviva l'eugenetica, evviva l'eutanasia. Con l'una e con l'altra ci togliamo tutti i pensieri. Nascono solo i sani selezionati. Quelli che rimangono dopo l'utilizzo degli

embrioni destinati a presunti nobili fini umanitari come pezzi di ricambio. Ci liberiamo di quei malati che non siamo piu' capaci di curare bene e guarire, uccisi da noi per fini chiaramente umanitari. Scusate, c'è una fermata? Perche' vorremmo scendere da questo nuovo mondo di salute tecnologica!

Quando l'allora vecchio preside della facoltà di medicina il buon professore Cimmino ci disse che eravamo dottori in medicina e chirurgia oltre la stretta di mano ci affidò un foglio con su riportato il giuramento di Ippocrate. L'abbiamo visto dare ancor oggi e lo abbiamo sentito leggere ad alta voce da giovani colleghi neolaureati. Non c'è scritto che quando non sei più capace di essere un buon medico per il tuo assistito tu debba divenire il suo boia. No, non c'è scritto che il tuo fine professionale è di togliere le sofferenze "incurabili" sopprimendo la vita del tuo paziente. No, neanche se è lui a chiederlo. Chi vuole l'eutanasia deve stravolgere la tua professione variandone i presupposti, evertendone i principi fondamentali. Devi perseguire il benessere del tuo paziente fino a sopprimerlo pur di evitargli il calvario prima della morte, dell'ormai ineluttabile morte. A saperlo, visto che abbiamo buona mira, avremmo optato per la certamente più remunerativa professione di killer, che rispetto a boia suona anche meglio. Per i pazienti interviene così un nuovo paramentro nella guida della scelta del medico: chi saprà uccidermi meglio? Per noi sarà solo questione di seguire linee guida o protocolli e in questo ci stanno già sufficientemente indottrinando. Eu tanatos a tutti.

### Può il medico diventare il "boia" del suo assistito?

Per ogni vita incombe la certezza della sua estinzione: dall'ovulo fecondato all'embrione al feto al bimbo all'anziano centenario. Legge che non regola solo la vita dei malati, ma anche quella dei "momentaneamente" sani.

Eutanasia: morire bene, una buona morte, una sorta di augurio, un buon presagio. La societa' di oggi abbatte i tabù, supera ogni giorno limiti un tempo considerati persino impossibili da raggiungere. La medicina segue le innovazioni tecnologiche e permette guarigioni e cure inimmaginabili solo qualche decennio addietro.

La nostra professione è cambiata, siamo molto più scientifici e tecnici, seguiamo linee guida e protocolli, ci serviamo di mezzi tecnici impensabili solo cinquanta anni fa o anche meno ed ogni giorno si prospettano ulteriori novita' diagnostiche e terapeutiche. Una evoluzione rapidissima verso...gia', verso cosa? Verso un senso di onnipotenza che il genere umano agogna da sempre. La societa', rappresentata dai politici, cambia le regole del gioco: vuole il controllo della vita e quel-



Finite le ferie, si riprende...Buon lavoro

# ALTA CLOR

## NOVITA' DAL DISTRETTO H - 6 : APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Nella prima riunione del consiglio di distretto H-6 è stata posta l'attenzione sull'appropriatezza prescrittiva (argomento di grande attualità in tutte le ASL. A tal proposito ho ritenuto opportuno sentire l'opinione del Fiduciario del capo distretto, dott. Stefano Fumi, iscritto nel nostro sindacato.

D - Dott. Fumi, quali sono state le indicazioni e i risultati della discussione?

Fumi - E' emersa la necessità del contenimento della spesa farmaceutica. E' parere comune che, paradossalmente, un'approvata condotta prescrittiva porterebbe sicuramente ad un contenimento della spesa senza negare al cittadino il diritto alla salute. Per tale motivo è stato programmato un ulteriore incontro con i rappresentanti degli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, per sensibilizzarli ad una maggiore collaborazione con i MMG e Pediatri di Libera Scelta sulla gestione del paziente pre-ospedalizzabile e dopo le dimissioni. Inoltre le rappresentanze

sindacali hanno posto l'accento sul fatto che gli specialisti in generale tendono a non prescrivere (come legge prevede) sull'apposito ricettario regionale, costringendo così il collega della Medicina Generale a "trascrivere" (brutta parola!) le loro terapie e quant'altro. Superando questo problema, il MMG potrebbe dedicare più tempo e attenzione (come si raccomanda da più parti) alla gestione dei suoi pazienti in ambulatorio, senza accendere conflittualità. Ma questa è storia vecchia...

La novità invece consisterebbe nell'individuare delle prescrizioni di settore, l'effettiva necessità di potenziare quelle strutture che dimostrano una richiesta di prestazioni maggiore, perchè verificabile dal numero di prescrizioni rilasciate. Vedremo nel prossimo incontro se c'è spazio e volontà per creare questa impresa.

Stefano Fumi

## L'Accordo Regionale del Lazio: i perché di una delusione Riflessioni di un medico impegnato sul fronte sindacale

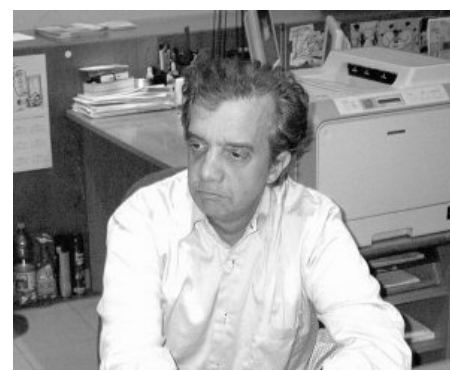
Siamo stati a lavorare sull'accordo regionale per la medicina generale per circa un anno.

Abbiamo accettato dei compromessi significativi con la FIMMG e con la contro-parte pubblica al fine di arrivare alla composizione di un progetto di medicina territoriale che fosse diverso dal modello spendaccione e scarsamente funzionale degli ultimi "accordi integrativi".

di cedere la formazione da un "centro unico regionale" di fatto gestito dall'assessore a da suoi uomini "fidati" nella speranza di ottenere rapidamente una capacità di formazione regionale migliore di quella degli ultimi anni. che l'assistenza primaria, a differenza delle altre figure professionali, non venisse privilegiata con l'obiettivo di ridurre i "carichi di lavoro" del medico di medicina generale spostando su altre strutture funzionali i compiti che non possono e, a nostro avviso, non devono essere svolti dai medici di assistenza primaria.

di spostare risorse economiche sul versante dell'associazionismo a discapito

dell'assistenza domiciliare al cittadino convinti che, nonostante la scarsa funzionalità per il cittadino di questo metodo, rappresenti l'unico sistema per migliorare



re la comunicazione fra medici di medicina generale che venisse creato un "tavolo tecnico" che si occupasse di ristrutturare la Centrale di ascolto di Roma e provincia al fine di migliorarne l'efficienza ed implementarne la produttività anche in funzione di sviluppare altre potenzialità.

Oggi ad un mese dalla firma dell'accordo e dopo una riunione del "tavolo tecnico" di cui sopra, in cui è stato presentato un

progetto per il rinnovamento della centrale d'ascolto di Roma, tutto si è fermato! Prima per le politiche e forse ora per le comunali di Roma in cui c'è stata la candidatura di noti esponenti sindacali di una parte del mondo sindacale medico. Tutto ciò è assolutamente intollerabile! Intollerabile è il fatto che qualunque tipo di innovazione, sebbene antecedente a qualunque tipo di vittoria politica, debba necessariamente passare attraverso le "forche caudine" di un accordo arraffazonato e slegato dal contesto e dalle necessità della popolazione per il quale lo stesso è stato ratificato. Si potrebbe obiettare chiedendoci perché l'abbiamo firmato! Bene la risposta è semplice! Senza la firma non avremmo potuto contrattare miglioramenti nelle aziende periferiche e nella stessa regione Lazio ... Quindi se i medici che non sono ancora nostri iscritti hanno dubbi sappiano che l'unico modo per essere alternativi è iscriversi al nostro sindacato per aumentare la nostra forza e permetterci, nel prossimo accordo nazionale e regionale, di rifiutarci di firmare ma non come ha fatto lo SNAMI ..... Paolo Marotta

### Privacy: ultimatum del Garante ai gestori telefonici

*Dopo gli scandali delle intercettazioni abusive, e delle fughe di notizie giudiziarie, maggior protezione per i cittadini*

Il Garante per la protezione dei dati personali ha pungolato (dopo le recenti polemiche sulle intercettazioni telefoniche più o meno legali e sull'uso disinvolto dei tabulati, con Provvedimento del 26 settembre 2006, i gestori telefonici perché si mettano in regola al più presto.

In particolare ) ha reso noto di aver stabilito il termine di novanta giorni entro i quali i gestori telefonici debbono mettersi in regola con le misure di sicurezza per proteggere dati personali e flussi informativi che derivano dalle intercettazioni legali. I gestori che non ottemperassero corrono rischi grossi, in quanto il Garante ha precisato che allo scadere del termine potrà vietare i trattamenti effettuati dai gestori non in regola.

Sebbene le disposizioni tese a garantire la privacy telefonica fossero già state prescritte nel dicembre 2005 con la prescrizione di ottemperare entro 180 giorni, e' stato riscontrata la quasi totale inattuazione di tali misure (tra cui l'adozione di accorgimenti per garantire maggiore sicurezza dei dati nei flussi informativi tra gestori e uffici giudiziari, la riduzione degli incaricati con accesso ai dati, una revisione delle procedure di autenticazione, l'adozione di sistemi più avanzati di cifratura e autenticazione, e così via).

Il Garante ha ammonito anche gli uffici giudiziari che sono stati invitati ad adottare un aggiornamento tecnologico e organizzativo.

### Focolai epidemici di morbillo nel Lazio

L'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio ha segnalato la presenza di focolai epidemici in diversi campi nomadi del Lazio. L'epidemia è iniziata i primi di luglio in un campo nomadi della ASL RM D e, nonostante gli interventi di profilassi effettuati, si è progressivamente estesa. A tutt'oggi sono stati segnalati numerosi casi, soprattutto bambini, molti dei quali ricoverati in diversi ospedali romani.

I medici sono invitati quindi ad esercitare la massima sorveglianza e a notificare immediatamente (come prevede la legge) eventuali casi sospetti alla ASL competente, secondo le normative vigenti, anche al fine di favorire l'attivazione della profilassi post-esposizione.

### Bere molta acqua previene davvero i calcoli urinari?

Le evidenze provenienti da RCT in favore dell'utilità dell'aumento dell'idratazione per la prevenzione delle recidive di litiasi delle vie urinarie sono abbastanza scarse.

Una recente revisione sistematica della Cochrane ha analizzato tutti gli studi fatti sull'utilità dell'aumento dell'idratazione al fine di prevenire le recidive di litiasi delle vie urinarie. Gli autori non hanno trovato RCT che soddisfacessero i criteri di inclusione. Solo un trial con 199 pazienti mostrava una diminuzione delle recidive in chi beveva molta acqua (12% vs 27%, P = 0.008).

L'intervallo della recidiva era di 3.23 +/- 1.1 vs 2.09 +/- 1.37 anni, rispettivamente, in chi beveva molta acqua rispetto a chi beveva normalmente, (P = 0.016).

Clementino Stefanetti

Fonti: The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 3 2006

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=15266525&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15266525&dopt=Abstract)

Am Fam Physician. 2006 Jul 1;74(1):86-94.

<http://www.aafp.org/afp/20060701/86.pdf>

## IO LA PENSO COSÌ...

Sulle forme associative in Medicina Generale

Nelle forme associative dei medici di medicina generale, la parte dei compensi relativa alla quota che si riferisce alla medicina di gruppo, medicina in rete, UCP, ecc., viene calcolata per singolo medico. Si calcola il numero degli assistiti di ognuno e lo si moltiplica per la quota pro capite stabilita per quella particolare forma associativa. In questo modo ad esempio, un medico con 1500 assistiti percepirà il doppio di chi dividendo con lui la medicina di gruppo, o in rete, ecc. ha 750 assistiti. In realtà se in uno studio opera un massimalista e due o più medici con un numero sensibilmente inferiore di assistiti, chi dovrà affrontare un lavoro maggiore per sostenere gli interventi sui pazienti non propri sarà infatti chi ha meno assistiti, e non chi è già pagato come massimalista quando deve provvedere alle esigenze previste dalle forme associative per il collega che ha ad esempio 500 assistiti. Considerando poi che le

spese per la gestione dello studio sono difficilmente e suddivisibili in base al numero degli assistiti anche e soprattutto per motivi fiscali ciò complica ulteriormente le cose. Prendiamo ad esempio il canone di affitto: è possibile intestarlo a più persone, ma in parti uguali. Non parliamo delle segretarie; anche in questo caso più assistiti più contributi. La mia proposta è che, fermo restando il compenso relativo ai propri assistiti, la voce che riguarda l'associazione dovrebbe essere equamente ripartita tra i medici associati tenendo conto del numero totale degli assistiti diviso il numero degli associati. Capisco di suscitare l'ira del 30% dei medici, l'applauso di un 45% e l'indifferenza del 20%, ma il buon senso e la giustizia sono spesso nemici delle statistiche e dei tornaconto personali.

Gaetano Mazzucconi

## E' utile l'agopuntura nella gonartrosi? Vera o falsa, per me pari son

Migliorerebbe la situazione clinica, ma non dipende dai punti stimolati

L'agopuntura tradizionale cinese non sarebbe più efficace dell'agopuntura simulata nel migliorare l'indice WOMAC nell'artrosi del ginocchio

Questo studio si proponeva di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'agopuntura paragonata all'agopuntura simulata e alla terapia conservativa in pazienti con gonartrosi. Sono stati reclutati 1007 pazienti che lamentavano dolore cronico da gonartrosi da almeno 6 mesi. I partecipanti sono stati trattati da 320 medici con almeno 2 anni di esperienza in agopuntura.

La randomizzazione ha suddiviso i soggetti in 3 gruppi: oltre a 6 sedute di fisioterapia e all'uso di farmaci antinfiammatori al bisogno un gruppo riceveva 10 sedute di agopuntura tradizionale cinese, un secondo gruppo 10 sedute di agopuntura simulata mentre al terzo gruppo veniva visto dal medico curante 10 volte nell'arco di 6 settimane.

Se il trattamento iniziale dava risultati solo parziali erano permesse altre 5 sedute o altre 5 visite addizionali. L'end-point primario era il miglioramento di almeno il 36% nello score WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index). Si tratta di un questionario di valutazione artrite-specifico che valuta il dolore, la rigidità articolare, la funzione fisica, la scala VAS

(risposta su scala da 0 a 100). Questo end-point venne raggiunto nel 53,1% del gruppo agopuntura, nel 51,0% del gruppo agopuntura simulata e nel 29,1% del gruppo terapia conservativa. Gli autori concludono che rispetto alla fisioterapia e ai farmaci antinfiammatori, l'aggiunta di agopuntura tradizionale cinese oppure di agopuntura simulata porta ad un miglioramento dell'indice WOMAC a 26 settimane. Lo studio non ha rilevato differenze statisticamente significative tra agopuntura vera e simulata il che fa supporre che possa acquisire



importanza, in questo tipo di patologie, l'effetto placebo o l'intensità e il tipo di relazione tra medico e paziente. Fonte: Ann Intern Med 2006 Jul 4; 145:12-20

Commento di Renato Rossi

I limiti di questo studio sono numerosi, come fanno

notare gli stessi autori. Infatti non c'era cecità tra agopuntura e terapia conservativa, non è stata monitorata la compliance del gruppo agopuntura con il protocollo dello studio, e infine i contatti tra il medico e il paziente erano meno intensi nel gruppo di controllo rispetto agli altri due gruppi.

In studi precedenti l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento del dolore artro-

## PERCHE' MI OPPONGO AL BALZELLO ONAOSI

lettera aperta di un Medico di Medicina Generale

No, non sono proprio d'accordo con chi sostiene la "correttezza" della Tassa ONAOSI. Un po' di storia non guasta, perché sono convinto che il 90% dei sanitari italiani non sanno di che cosa stiamo parlando. L'ONAOSI nacque alla fine del 1800, ed un Regio decreto del 1901 gli permise di sopravvivere, con una la creazione di una contribuzione obbligatoria dei Sanitari...pubblici, MA SOLO DIPENDENTI; e di avere la possibilità di contributi "volontari" da parte di Sanitari non dipendenti; quasi sciolto negli aa. '80, insieme a tanti altri Enti considerati inutili, fu trasformato in Fondazione. Non so in quale modo, ma mi piacerebbe sapere il Deputato che ha presentato la mozione di modifica dell'art. 23 art. 22, la Legge Finanziaria del dic. 2002 per il 2003 ha introdotto l'obbligo di contribuzione obbligatoria per tutti i SANITARI, rimandando poi all'ONAOSI il diritto-dovere (chissà quale dei due) di stabilire l'entità della tassa (uso questo termine in modo improprio) o meglio "gabellata". Nessuno discute la moralità dell'ONAOSI, né le sue nobili funzioni, ma ripeto sono assolutamente contrario per due motivi principali:

a) di carattere giuridico:  
1) La Legge dello Stato NON può obbligare un Cittadino, ed in particolare una parte dei Cittadini, a finanziare un ENTE

PRIVATO, il cui fine è assistenziale; sarebbe la stessa cosa se domani venisse imposto l'obbligo del versamento ad una ONLUS: es. Medici senza Frontiere; oppure ad Emergency, per rimanere nel settore "ASSISTENZIALE SANITARIO", oppure ad un dopolavoro di una qualsiasi associazione o Ente Pubblico o privato (ad esempio la "Colonia della FIAT")

2) La Legge dello Stato NON può lasciare, ove venisse ritenuto lecito il punto 1), all'Ente percettore della gabella, la libertà di individuare l'importo della stessa (e se il Consiglio dell'ONAOSI avesse ritenuto congruo la cifra di mille Euro??)

3) La Legge dello Stato NON può imporre il pagamento di una TASSA, che non sia proporzionale al reddito percepito; ove trattasi invece di un servizio, si deve parlare di "tariffa"; ebbene quale è il servizio "pubblico" che rende l'ONAOSI??

b) di carattere morale/etico

1) perché l'ONAOSI non ha richiesto a tutti i Sanitari un contributo "volontario"? Perché di soldi ne servono tanti; proviamoci, tanto molti Sanitari, il 31 luglio pagheranno; per i morosi vedremo.

2) perché non ha preventivamente - il 2/1/2003 - inviato una lettera a tutti i

Sanitari, spiegando lo stato delle cose? ma perché la sollevazione sarebbe stata immediata.

3) Le fondazioni sono organismi PRIVATI, al pari delle Associazioni, etc, regolate da uno Statuto (approvato è ovvio), con obbligo di bilancio etc etc: ma tutto rimane assolutamente nella sfera del diritto privato.

Gli Ordini sono d'accordo; la FIMMG è d'accordo: grazie tante!

E che cosa potrà fare poi l'ONAOSI ai morosi; è ovvio solo chiamarli in causa (sempre diritto privato); spero che un GIUDICE, in tale occasione richieda il parere alla Consulta sulla costituzionalità del comma 23 / art. 22 / Legge finanziaria 2002. E che gli appigli siano molto labili, si evince dalla mancata evidenziazione delle penali (vedere Bollettini ICI; vedere bollettini EMPAM etc.), e dalla sforzo di convincere i Sanitari che fare il versamento è conveniente fiscalmente. (vedere la risposta di Paci sul sito ONAOSI); ciò vale anche se faccio una donazione ad una ONLUS, pari pari. Scusatelo sfogo, ma sono proprio deluso.

Dott. Alberto Spaziani

## "Dall'Altra Parte" a cura di Paolo Barnard, BUR ed. Uno sguardo intenso e dolente dall'altra parte della malattia

Il fuoco brucia, ma fin quando non ci si scotta o peggio non ci si ustiona, non lo si crede. Un giovane talentuoso giornalista ci diceva che l'umanità può dividersi in due grandi categorie: chi legge libri e chi no. Speriamo che i medici, magari per abitudine e costrizione universitaria, siano per la stragrande maggioranza nel primo gruppo e ci sentiamo di invitarli non solo alla lettura ma anche allo studio e alla riflessione. Il libro in questione dovrebbe essere collocato tra i primi delle nostre librerie e dovrebbe divenire un best seller da almeno 350000 copie in Italia... esageriamo e lo indichiamo come testo universitario nella disciplina di Etica Medica di cui tanto sentiamo il bisogno. Non siamo critici letterari, non sappiamo dirvi se siamo di fronte ad alta letteratura, questo no, ma possiamo assicurarvi che la realtà sanitaria italiana emerge in tutte le sue contraddizioni. Tre colleghi coordinati da un bravo e valente giornalista propongono la loro esperienza di vita da medici prima e DALL'ALTRA PARTE poi. Il libro ha questo titolo emblematico Dall'Altra Parte. Ognuno dei tre colleghi, medici ben affermati in campo nazionale ed oltre, impattano nel pieno dell'attività con la malattia, malattia grave ed invalidante.

Si incontrano e scontrano con la realtà dell'ospedalizzazione e dell'assistenza in Italia, divengono "pazienti", divengono oggetto e non più soggetto, subiscono la patologia e le conseguenze assistenziali che ne derivano. Cito poche righe forse neanche le più significative: "Stavo morendo. Sì, stavo morendo, ma non era questo il punto. Tutti stiamo morendo. L'appuntamento con la morte è un fatto inevitabile. Solo non ci pensiamo. Improvvisamente la mia vita era cambiata, tutto era finito. La vita era finita. Fu solo



successivamente che realizzai che forse stavo iniziando un'altra vita completamente diversa dalla prima, vissuta dall'altra parte della barricata. Non ero più il "Professore", ma uno dei tanti malati di cancro, di una malattia tremenda, mortale, che non ti dà scampo. Le mie certezze erano dissolte, non sapevo cosa fare (Pag. 43 - Sandro Bartocci). Riporto ancora qualche frase da pag. 118 e 119, stesso autore. "Non bisogna dimenticare che noi facciamo la chemio per vivere e non che viviamo per fare la chemio". "Molti medici un po' supponenti ritengono, ad esempio, le medicine integrate del cancro solo una perdita di tempo..." "Cosa può capire un medico frettoloso del beneficio di un massaggio? Eppure, quando qualcuno si prende cura ancora del tuo corpo anche se ridotto a poco più che pelle e ossa, ti fa sentire che non è ancora da buttare..." "Userebbero gli stessi aggettivi nello spiegare la malattia e la terapia alla loro Madre?"

Riportiamo ancora un breve tratto da pag. 153 (Gianni Bonadonna). "A quel tempo ancora non riuscivo a esprimermi chiaramente, ma Fabio Guerrini mi capì e accettò. Sa non solo prescrivermi i farmaci e gli esami più adatti nelle varie situazioni cliniche: sa trattarmi da persona e non solo da malato".

Solo ancora poche righe da pag. 191 poi il "Decalogo" che chiude il libro-testo lo lasciamo direttamente a Voi. Scrive Francesco Sartori: "Più in là incontrai l'oncologo. <Tutto negativo> ripetei. Con un sorrisetto mi rispose <con quelle malattie non si sa mai...>. <Vai a farti fottere> pensai e tornai a casa di cattivo umore, la cultura del conforto certi medici proprio non la conoscono".

Beniamino Baldacci

## Alcuni nuovi problemi con i bifosfonati

La ASL RME ha inviato ai medici una lettera di allerta sulle prescrizioni di neridronato (Nerixia), impropriamente prescritto per l'osteoporosi. Si ricorda che il farmaco ha come indicazione l'"osteogenesi imperfetta" e non l'osteoporosi. La prescrizione impropria può portare sanzioni, e non è difendibile, soprattutto dopo l'avviso della ASL. Tutti i medici stiano accorti: i tribunali ormai condannano le prescrizioni fuori indicazione della scheda tecnica senza possibilità di opposizione, perché la violazione della legge è palese.

Viene poi segnalato l'incremento di un effetto collaterale finora considerato raro, ma ormai arrivato a percentuali non indifferenti (7%, secondo alcuni autori): l'**osteomielite mascellare** (o necrosi ossea con osteomielite associata). Insorge in pazienti che praticano terapia prolungata con bifosfonati per neoplasie ossee o per osteoporosi. La frequenza della complicazione aumenta in caso di estrazioni dentarie o terapie implantologiche, ma si manifesta anche senza causa apparente. Inizia come una banale patologia infiammatoria alveolare, però assolutamente refrattaria sia alle terapie locali che a quelle sistemiche con tendenza ad estendersi coinvolgendo le strutture ossee, dantali, alveolari o sinusali. Successivamente si manifesta la necrosi vera e propria dell'osso.

E' possibile che i MdF non vedano queste patologie perché il paziente può rivolgersi direttamente al dentista, ma è bene tenerle presenti...

Alcune linee-guida francesi consigliano infatti di effettuare un esame odontoiatrico prima d'iniziare un trattamento con bifosfonati nei pazienti che presentano fattori di rischio associati come neoplasia, chemioterapia, corticosteroidi o trascurata igiene orale). Durante il trattamento, questi pazienti dovranno evitare, per quanto possibile, tutti gli interventi dentari invasivi.

ASSOCIAZIONE  
MEDICA

ITALCHIMICI



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

COORDINATORE **F. SCIARRA**

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale - Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298/1272  
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)



## Percorsi diagnostico – terapeutici in gastroenterologia:

dalla gestione del paziente epatocirrosico 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.<sup>00</sup> – 20.<sup>30</sup> **Pre test**  
20.<sup>30</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Gestione del paziente epatocirrosico”**  
21.<sup>30</sup> – 22.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 19 ottobre:** *Relatore: Prof. Puoti Claudio*  
20.<sup>00</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Epatiti acute e croniche: percorsi di diagnosi e trattamento”**  
21.<sup>30</sup> – 22.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 26 ottobre:** *Relatore: Dr. De Santis Adriano*  
20.<sup>00</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Diagnostica ecografica delle lesioni occupanti spazio del fegato”**  
21.<sup>30</sup> – 22.<sup>30</sup> 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*  
21.30 – 22.30 **“Complicazioni infettive ginecologiche ed urinarie”**  
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 tera-  
peutici**  
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**

## 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

## PROGRAMMA

- Giovedì 7 Dicembre 2006** *D.ssa Rosa Savone*  
Ore 20.<sup>00</sup> – 20.<sup>15</sup> **Pre Test**  
Ore 20.<sup>15</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Principi Generali di sorveglianza della gravidanza a “basso rischio”**  
Presentazione Casi Clinici  
Discussione Temi trattati
- Ore 21.<sup>30</sup> – 22.<sup>00</sup>  
Ore 22.<sup>00</sup> – 22.<sup>30</sup>
- Giovedì 14 Dicembre 2006** *Prof. Giancarlo Paradisi*  
Ore 20.<sup>15</sup> – 21.<sup>30</sup> **Docente Patologia Ostetrica Policlinico Gemelli**  
**“Identificazione e management della gravidanza ad alto rischio”**  
Presentazione Casi Clinici  
Discussione Temi trattati
- Ore 21.<sup>30</sup> – 22.<sup>00</sup>  
Ore 22.<sup>00</sup> – 22.<sup>30</sup>
- Giovedì 21 Dicembre 2006** *D.ssa Brigida Carducci*  
Ore 20.<sup>15</sup> – 21.<sup>15</sup> **“I farmaci in gravidanza”**  
Ore 21.<sup>15</sup> – 22.<sup>15</sup> Presentazione casi clinici e discussione temi  
trattati  
Ore 22.<sup>15</sup> – 22.<sup>30</sup> **Post Test**

**INFO: SIAMEG:** da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Merc. 10<sup>00</sup>-17<sup>00</sup>

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

La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti

Quota di iscrizione : € 90,00 + iva

Per gli iscritti AMI: € 50,00 + iva

**INFO: SIAMEG:** da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Merc. 10<sup>00</sup>-17<sup>00</sup>

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

La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti

Quota di iscrizione : € 120,00 + iva

Per gli iscritti AMI: € 70,00 + iva

## CARDIOPATIA ISCHEMICA NELL'ETA' AVANZATA

Linee guida di diagnosi e terapia (seconda parte)

Di **F. SCIARRA**

### CLASSE FUNZIONALE NYHA II:

Benessere a riposo, ma comparsa di affaticamento, dispnea, palpitazioni con l'attività fisica abituale.

In pazienti senza preesistente cardiopatia gli esami da eseguire in 7-10 giorni sono:

Rx torace

ECG a riposo, refertato da un cardiologo

Esame emocromocitometrico con formula leucocitaria

Protidemia ed elettroprotidoforesi

Creatininemia

Esame urina

TSH e FT4 sierici se l'età è ≥ a 65 anni, e se il paziente è affetto da fibrillazione atriale o tireopatia.

La conferma diagnostica impone da parte del collega cardiologo la prescrizione terapeutica che si fonda su: ACEinibitori, sartanici, diuretici, betabloccanti, antiaritmici, glucosidi digitali, statine e richiede periodici controlli specialistici oltre a frequenti controlli del medico di fiducia.

### CLASSE FUNZIONALE NYHA III:

Benessere a riposo, ma comparsa di affaticamento, dispnea, palpitazioni per attività fisica di entità inferiore a quella abituale, con conseguente grave limitazione dell'attività fisica, in paziente con anamnesi cardiopatica positiva o negativa; in tale secondo caso e soprattutto in:

### CLASSE FUNZIONALE NYHA IV:

Dispnea, astenia, cardiopalmo a riposo che si accentuano al minimo movimento, si impone un controllo cardiologico urgente con ricovero ospedaliero, soprattutto se non è possibile una adeguata assistenza domiciliare.

Indipendentemente dalle classi NYHA, il ricovero è indicato in ogni caso di grave, improvvisa instabilizzazione:

ischemia miocardica acuta; sincope; ipotensione arteriosa sintomatica (obnubilamento del visus, presincope, marcata astenia); ipotensione arteriosa asintomatica (pressione sistolica < 80 mmHg); stato anasarcatco o imponenti edemi declivi, oliguria o anuria, asma cardiaco, edema polmonare, tachiaritmie (frequenza cardiaca > 130 sistoli/minuto); bradiaritmie (< 50 sistoli/minuto).

### COMPITI DEL CARDIOLOGO OSPEDALIERO

Il cardiologo dell'azienda ospedaliera deve assolvere diversi compiti:

Valutazione clinico-diagnostica e prognostica.

Impostazione terapeutica e dietetica con educazione sanitaria di pazienti e familiari.

Monitoraggio di efficacia, tollerabilità ed effetti indesiderati farmacologici.

Eventuali indicazioni cardiocirurgiche conservative o sostitutive e/o indagini cruente (es. coronarografia).

Redazione di relazione clinica alla dimissione, da inviare in busta chiusa al medico curante di Medicina Generale ed al Cardiologo referente dell'azienda territoriale.

Controllo periodico ambulatoriale o in regime di day-hospital o di assistenza domiciliare integrata per i pazienti dimessi in classe funzionale NYHA III o IV, in collaborazione col medico di fiducia e col cardiologo dell'azienda territoriale.

Prescrizione diretta su modulario-ricettario di visita di controllo da eseguire nell'arco di tre settimane con esenzione ticket.

Eventuale sostituzione terapeutica motivata ed esplicitata per iscritto al MMG con prescrizione di farmaci definiti chimicamente col principio attivo.

Consenso scritto del paziente su indagini clinico-diagnostiche e sulla terapia, il costo delle quali non è a carico della spesa indotta dal MMG, che, in caso di divergenza di opinione, può inviare il paziente ad altra consulenza specialistica, almeno ogni mese se classe NYHA III, almeno ogni tre mesi se classe NYHA I o II e richiedere almeno annualmente: ECG, RX torace standard, esami ematochimici di laboratorio, in presenza di stabilità clinica della cardiopatia.

### CRITERI DI STABILITA'

Assenza di dispnea, astenia, cardiopalmo a riposo.

Assenza di angina pectoris.

Stazionarietà di dispnea, astenia e cardiopalmo

MSD

## E' giusto o no il diritto alla morte ?

di Giuseppe Tortora

In questi giorni ha fatto molto scalpore l'appello lanciato da Piergiorgio Welbi, affetto da distrofia muscolare, al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano sull'applicazione dell'eutanasia anche in Italia.

E' un tema molto complesso e affascinante che implica problemi di ordine etico, problemi di ordine professionale e teologico. Il nostro sindacato proporrà un grande dibattito sul tema, dove ognuno potrà liberamente esprimere le proprie idee. Per quanto mi riguarda nessuna legge potrà mai legalizzare la scelta di morire. Non si può chiedere il diritto a morire, ma solo quello a vivere nel modo migliore.

Il problema è garantire da una parte il no all'accanimento terapeutico, dall'altra quello all'abbandono terapeutico. Quindi qualsiasi norma per regolamentare le dichiarazioni anticipate di fine della vita devono muoversi all'interno di questi

due ambiti.

Per chiarire meglio questo concetto, preciso che l'accanimento terapeutico è tutto quello che va oltre l'appalliazione, cioè la tutela del dolore e dalla sofferenza, e quegli interventi per l'idratazione e la nutrizione, che se sospesi si tramuterebbero in abbandono terapeutico.

Ma il vero problema è stabilire come si fa per legge a delimitare questi ambiti quando il progresso medico e scientifico sposta continuamente in avanti la frontiera della vita.

Posso concludere dicendo, che non si può rivendicare nessun diritto su qualcosa di cui non si ha la disponibilità.

La vita non è qualcosa di cui un paziente ha la disponibilità di chiedere al medico di porvi fine.

Come medico la mia coscienza mi impone di garantire il diritto a vivere fino alla fine, nel modo migliore, ma non quello a morire.



## Il fumo, anche passivo, favorisce l'insorgenza di diabete

Esiste una relazione tra fumo attivo e passivo e rischio di sviluppo di intolleranza al glucosio.

Commento di Renato Rossi

Nonostante lo studio possa essere gravato da bias, in quanto non è mai possibile correggere completamente tutti i fattori di confondimento, i risultati sono concordi con l'ipotesi che il fumo possa aumentare la resistenza all'insulina.



Lo studio CARDIA (Coronary artery risk development in young adults) prospettico di coorte, iniziato nel 1985-86, aveva lo scopo di valutare se esiste un legame tra l'esposizione al fumo e lo sviluppo di intolleranza al glucosio o diabete.

In realtà studi precedenti avevano dato risultati contrastanti.

I partecipanti erano rappresentati da uomini e donne di razza bianca e nera (età 18-30 anni) con nessuna alterazione del metabolismo glucidico al baseline: 1386 erano fumatori, 621 ex-fumatori, 1452 non fumatori con esposizione al fumo passivo (concentrazioni sieriche di cotinina comprese tra 1 e 15 ng/ml) e 1113 non fumatori senza esposizione al fumo passivo.

Quest'ultimo lavoro ha alcuni pregi, rispetto agli altri, come la casistica che è stata stratificata per sesso e razza ed è relativamente numerosa (oltre 4.500 partecipanti), un follow-up molto lungo (15 anni) e la determinazione di stato di esposizione al fumo passivo tramite la concentrazione sierica di cotinina. Per contro i limiti, come si è detto, sono i soliti degli studi di questo tipo, soprattutto l'impossibilità di tener conto di tutti i fattori confondenti che potrebbero aver influenzato lo sviluppo dell'intolleranza al glucosio.

Durante il follow-up di 15 anni il 16,7% dei soggetti sviluppò una intolleranza al glucosio che si dimostrò essere più probabile nei fumatori (21,8%), nei non fumatori esposti al fumo passivo (17,2%), negli ex-fumatori (14,4%) contro l'11,5% nei non fumatori non esposti al fumo passivo. Lo stato di fumatori aumentava il rischio di sviluppo di diabete del 65% mentre l'esposizione al fumo passivo lo aumentava del 35%.

E' ormai ampiamente accettato che il fumo provoca danni alla salute a livello di numerosi organi e apparati (respiratorio, cardiovascolare, urinario, ecc.) ed è una delle concause o un fattore di rischio importante per patologie molto frequenti come la cardiopatia ischemica, la broncopatia cronica ostruttiva, le neoplasie polmonari e laringee. Ora si aggiunge anche la possibilità concreta che il fumo (sia attivo che passivo) aumenti il rischio di diabete, una patologia cronica che a sua volta influenza numerosi esiti negativi a livello di organi bersaglio come il cuore, il cervello, i reni, gli occhi. Insomma una ragione in più per consigliare con forza ai fumatori di smettere e per far applicare diffusamente la proibizione di fumare nei luoghi pubblici.

Gli autori concludono che l'esposizione al fumo (sia attivo che passivo) aumenta il rischio di sviluppo di intolleranza al glucosio nei giovani adulti. Tale associazione risulta più evidente negli individui di razza bianca, sia di sesso maschile che femminile.

Fonte: BMJ 2006 May 6; 332:1064-1069

## Gli Inibitori di Pompa Protonica nella tosse da reflusso esofageo

Un trattamento molto usato ma poco efficace

Gli autori di questa revisione sistematica hanno passato in rassegna varie fonti (Cochrane, Medline, Embase, ecc.) alla ricerca di RCT in cui sia stata valutata l'efficacia della terapia del reflusso gastro-esofageo in soggetti con tosse cronica senza sottostante malattia polmonare.

La ricerca ha permesso di ritrovare 11 studi; di 5 di essi, in cui inibitori di pompa protonica (PPI) venivano paragonati con placebo, è stata fatta una meta-analisi.

La revisione conclude che il trattamento della tosse cronica associata a reflusso gastro-esofageo con PPI può essere utile in alcuni soggetti ma l'entità del beneficio è probabilmente minore di quanto generalmente si creda e di quanto lascino intendere le linee guida.

nica perchè causa irritazione e infiammazione della laringe e della trachea e stimolazione vagale. Le linee guida raccomandano in questi casi un trattamento empirico con un PPI, che potrebbe essere visto anche come criterio ejuvantibus. Tuttavia l'esperienza comune è che spesso occorrono molti mesi per vedere un miglioramento del sintomo, quando la terapia funziona.

La revisione sistematica del BMJ conferma questa impressione: in media si ottiene un beneficio solo nel 20% dei pazienti e comunque l'entità del miglioramento non è eclatante. Una ulteriore complicazione è costituita dal fatto che il reflusso gastro-esofageo talora può causare anche una vera e propria asma, per cui può valere la pena di associare al PPI una terapia inalatoria con betastimolanti e steroidi.



I pazienti affetti da tosse cronica spesso costituiscono una sfida per il medico. Se una radiografia del torace esclude cause polmonari (e se il paziente non assume aceinibitori) bisogna pensare essenzialmente a tre possibili cause: il post-nasal drip, l'asma o il reflusso gastro-esofageo. In effetti il reflusso gastro-esofageo è spesso associato a tosse cro-

Ref: Chang AB et al. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux. BMJ 2006 Jan 7; 332:11-17.

Commento di Renato Rossi

## Le donne sofferenti di emicrania con aura hanno un maggior rischio di eventi cardiovascolari

In questo studio prospettico di coorte è stata valutata l'associazione tra emicrania e rischio di eventi cardiovascolari nelle donne.



Le partecipanti erano arruolate nel Women's Health Study (n = 27.840, età >= 45 anni) ed esenti da malattie cardiovascolari ed angina al momento del reclutamento (1992-1995).

Il follow-up è stato condotto fino al 31 marzo 2004.

Al baseline 5125 donne (18,4%) riferivano una storia di emicrania (3160 riferivano emicrania attiva, cioè presente nell'anno precedente e 1434 la presenza di aura). Durante il follow-up (media 10 anni) si verificarono 580 eventi cardiovascolari maggiori.

Rispetto alle donne non emicraniche, quelle che soffrivano di emicrania attiva con aura avevano un rischio aumentato di eventi cardiovascolari maggiori (HR 2,15), di stroke ischemico (HR 1,91), di infarto miocardico (HR 2,08), di angina (HR 1,71), di rivascolarizzazione coronarica (HR 1,74) e di morte da cause ischemiche cardiovascolari (HR 2,33). Al contrario le donne che riferivano di soffrire di emicrania attiva senza aura non mostravano alcun incremento di eventi cardiovascolari o angina.

Fonte:

Kurth T et al. Migraine and Risk of Cardiovascular Disease in Women. JAMA. 2006 Jul 19; 296:283-291.

www.pillole.org

## Nuove Note AIFA: dall'Ente regolatorio figli e figliastri

In data 5/7/2006 l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) per mezzo del Presidente Nello Martini convocava per il 12/7/2006 "le associazioni dei Medici per una audizione circa le nuove Note AIFA".

Viene specificato che "obiettivo prioritario delle NOTE AIFA è di provare una base di consenso con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta" nonche "scorporare dalla attuale versione le cosiddette Note specialistiche".

Peccato che "le associazioni" si siano ridotte ad UN SOLO SINDACATO (la FIMMG, interessante oltretutto solo una parte della Medicina Generale) e a UNA SOLA SOCIETA' SCIENTIFICA (la SIMG, certamente non l'unica e forse neppure la piu' rappresentativa). Anzi, no, e' stata invitata anche la FNOMCeO, ma questo apparentamento non fa altro che accrescere le nostre perplessita'. Eppure le categorie interessate sono molteplici, come pure sono molteplici i Sindacati rappresentativi della Medicina Generale nonche' le Società' Scientifiche ad essa afferenti.

Forse l'AIFA non e' al corrente della variegata composizione del panorama sindacale medico, e forse e' convinta che la FIMMG e la SIMG siano rappresentative dell'intera categoria dei Medici di Famiglia. Dobbiamo, a questo proposito, smentirla.

Riteniamo in realtà poco consoni per un Ente regolatorio pubblico invitare solo alcuni gruppi selezionati (in base a quale criterio?) a proporre pareri e correzioni e non gia' ascoltare e considerare, come logica e trasparenza imporrebbe, come pluralità di Società dal momento che le note AIFA riguardano sia i medici dipendenti che quelli convenzionati con il SSN e persino, indirettamente, i medici libero professionisti.

Esistono Sindacati e soprattutto Società Scientifiche ad alta valenza e tradizione culturale. Ignorarle, come si e' fatto, assume il sapore di una manovra politica assai poco democratica, checche' se ne dica.

DZ-GZ

## Agopuntura—segue da pag 3

sico aveva dato luogo a risultati contrastanti.

Alcuni RCT hanno suggerito che l'agopuntura vera è superiore a quella simulata [1,2], altri hanno negato questo effetto [3].

Un RCT ha evidenziato che l'agopuntura potrebbe portare a miglioramenti della sintomatologia ma solo temporanei [4], tuttavia ci sono state critiche per il disegno e la scarsa numerosità del campione [6]. (segue a pag. 5)

Una revisione sulla qualità dei trials sull'agopuntura punta il dito su una questione cruciale: gli studi che si sono occupati della questione sono in genere di scarsa qualità metodologica e quelli buoni si contano sulle dita di una mano [5].

Quest'ultimo RCT aggiunge un altro tassello a tale complesso mosaico ma, come abbiamo visto, non è esente da limitazioni per cui rimane ancora valida la domanda: quello che funziona è l'agopuntura in sé oppure il rituale magico legato alla inserzione degli aghi e/o alla particolare tipo di relazione tra medico e paziente che si viene ad instaurare [7]?

Fonti: 1. BMJ 2004 Nov 20; 329:1216

2. Ann Intern Med 2004 Dec 21; 141: 901-910

3. Ann Intern Med 2004 Dec 21; 141: 911-919

4. Lancet 2005 Jul 9; 366:136-143

5. Pain 2000 86: 217-225.

6. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1819

7. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2318

## CONVEGNO IMPORTANTE!

Dopo il grande successo ottenuto nel 2005, il giorno 11 novembre 2006 dalle ore 9,30 alle 18 si replica, nell'aula magna dell'Ospedale CTO - Andrea Alesini, nell'ottica di un aggiornamento costante e di informare l'utenza su nuove iniziative, il Convegno sul tema

"LESIONI ACUTE E CRONICHE DEGLI ARTI INFERIORI".

Partecipano in prima persona, sotto il patrocinio dell'UNAMEF, i colleghi Antonio Bertolini e Floriana Riddei. Il corso gode di accreditamento ECM

MONOBIOS

# LA PAGINA SINDACALE UNAMEF

## AMI e UNAMEF procedono uniti, per il rafforzamento del Nuovo Polo Sindacale Il 16 novembre si terra' il Congresso di fusione con CUMIAISS, SEM, API

Chi l' avrebbe mai detto, un anno fa, che il panorama sindacale avremmo subito una scossa del genere?

Dopo la manovra suicida dello SNAMI che, rifiutando la firma della nuova Convenzione, si e' messa al di fuori di ogni possibilita' di intervento, la FIMMG sembrava destinata a detenere, in pratica, il monopolio del settore. Ne' sembrava preoccuparsi delle altre forze in campo, unite in Federazioni costituite da una miriade di sigle spesso discordi o scollate tra di loro. Non basta far parte di una Federazione, se i componenti di questa non avanzano compatti nella stessa direzione.

Ma il continuo frazionamento che ha portato la categoria a dividersi in sigle sempre piu' piccole, alimentate da singole personalita' piu' tese a mantenere un piccolo centro di potere che a portare effettivi vantaggi alla categoria, ha finalmente mutato direzione.

Probabilmente alimentato dall' atteggiamento arrogante di una FIMMG che si sentiva ormai unica e indiscussa protagonista, e' iniziato un movimento di accorpamento che non sembra destinato a fermarsi presto: il CUMI si e' fuso con l' AISS; l' UNAMEF si e' fusa con l' AMI; a questi si sono poi aggiunti SEM e API.

E forse non finisce qui...

Si e' cosi' formato, all' interno di Federazione Medici (contenitore ancora piu' ampio) un forte Sindacato intercategoriale che si chiamera', terminato il processo di fusione, "Medici Italiani".

Un nome, un programma.

Perche' la struttura intercategoriale del nuovo Sindacato, pur con qualche prevedibile rallentamento iniziale, permettera' cio' che per anni non e' stato possibile: un fronte compatto dei medici nei confronti della Parte Pubblica.

Lotteremo perche' non sia piu' possibile il gioco del "divide et impera", che generava accordi scollegati e contrastanti tra di loro, opponendo una categoria all' altra, in una lotta interna che perdeva di vista la vera controparte, sempre pronta ad appoggiarsi all' una o all' altra parte, secondo le convenienze.

Lotteremo per contratti remunerativi per tutti, nella stessa misura; per normative coordinate e coerenti. E se la FIMMG vorra' continuare a fare cio' che ha fatto finora, una semplice occupazione di poltrone e di interessi personali, be', continui pure. Noi non ci saremo.

DZ



Sopra: Guido Grasso, alla Presidenza della riunione Direttivo Nazionale AMI



A Sinistra: Enzo Pirotta, nuovo Segretario AMI e Responsabile Assistenza Primaria per il Lazio di Medici Italiani

## Vogliamo un Ordine "veramente" di tutti

L' Ordine dei Medici di Roma (di "tutti" i Medici di Roma) ha inviato il 23 maggio 2006 (prot. 9043) una lettera di ringraziamento e di istruzioni ai medici che avevano chiesto di partecipare ai corsi per il titolo di Tutor per i laureati in Medicina.

La lettera, firmata da Mario Falconi, Presidente dell' Ordine e Segretario Nazionale della FIMMG, informa che i corsi saranno tenuti dall' Ordine in collaborazione (appunto)

-con la FIMMG, -con la SIMG (che nel Lazio e' stata assorbita dalla FIMMG)

-e con la Scuola di Formazione in Medicina Generale (emanazione anch' essa della FIMMG).

Viene presentato l' elenco dei relatori, tutti rigorosamente iscritti FIMMG; si poi informa che il corso si terra' non presso la sede dell' Ordine, bensì (qualcuno ha indovinato?) presso la sede FIMMG di Piazza Marconi!!

Nulla di illecito, per carità! Pero' sappiamo che nel Lazio sono attive altre numerose e valide associazioni culturali e professionali. Nella SIMMG e nella Scuola di Formazione sono iscritti numerosi colleghi che ormai non fanno piu' parte della FIMMG ma che continuano ad essere attivi nel settore culturale e formativo. Eppure nessuno di questi soggetti e' stato chiamato a far parte di questa iniziativa di un Ordine che dovrebbe essere un "ponte" tra le diverse formazioni sindacali

Ecco, ci farebbe davvero piacere che l' Ordine "di tutti" possa essere, magari solo un pochino, anche nostro...

## A margine del Direttivo

**Le nuove cariche AMI, come da mandato dell' Assemblea Generale, avranno una durata annuale, dopodichè' le elezioni verranno rinnovate.**

**E' stato eletto alla carica di Presidente Emerito il dott. Mario Menaguale, fondatore dell' AMI e suo fervente sostenitore per molti anni. Non era possibile dimenticare tutto cio' che egli ha fatto finora per la nostra Associazione!**

**Presidente Onorario e' stato eletto Ottorino Catani, collega di Napoli, anch' egli tra i fondatori dell' Associazione.**

**Sono poi stati eletti all' unanimita' Angelo Filardo, Presidente; Enzo Pirotta, Segretario Generale; Rocco Fulciniti, tesoriere.**

**Il Presidente e il Segretario hanno avuto mandato per nominare e proporre alla ratifica del Consiglio i soggetti scelti come loro Vice. La Direzione del giornale Associazione Medica e' stata affidata a Daniele Zamperini, pubblicista iscritto all' Ordine dei Giornalisti del Lazio e attuale Segretario Provinciale UNAMEF.**

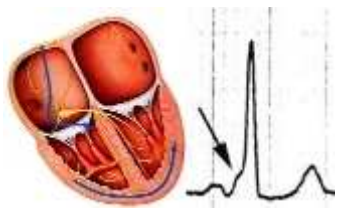
**E' stata proposta la cooptazione in esecutivo del dott. Luigi Milani e del dott. Carlo Messina.**

*Ricordiamo a tutti che il martedì' sera nella nostra sede di Via Merulana 272 siamo disponibili per problemi di tipo sindacale*

*I giovedì' sera, secondo il calendario riportato nella pagina SIAMEG, si tengono i corsi di aggiornamento e di formazione accreditati ECM. Le tariffe di questi corsi (comprensivi del tradizionale spuntino serale) sono ridotti, per gli iscritti AMI-UNAMEF-CUMI, di circa il 50%  
Per informazioni telefonare in sede*

## Il Viagra aiuta il cuore a sopportare lo stress?

Buone notizie per chi soffre di deficit erettile: il sildenafil diminuisce l'attivazione della funzione cardiaca indotta dalle catecolamine, con una funzione protettiva.



Sildenafil inibisce la fosfodiesterasi 5 (PDE5A) innalzando i livelli intracellulari di GMPc ed induce vasodilatazione. Recenti studi animali hanno indicato che il sildenafil esercita un potente effetto sul cuore stimolato da mediatori  $\beta$ -adrenergici o sovraccarichi pressori.

Il presente studio è stato realizzato per verificare l'effetto del sildenafil sul cuore umano sottoposto ad attivazione adrenergica.

Trentacinque volontari sani sono stati arruolati in uno studio a doppio cieco, controllato con placebo, nel quale è stata valutata la risposta cardiaca alla stimolazione con dobutamina, sia prima che dopo una dose di 100 per os di sildenafil (100 mg, n=19) o di placebo (n=16).

Dopo infusione di dobutamina sia la pressione sistolica che diastolica aumentarono significativamente in entrambi i gruppi (l'indice di picco aumentò dell'  $80 \pm 28\%$  nel gruppo placebo e dell'  $82 \pm 31\%$  nel gruppo sildenafil; P=NS).

Dopo la seconda somministrazione di dobutamina, il gruppo Sildenafil mostrò una risposta molto meno pronunciata, con variazioni a carico dell'indice di picco, della frazione di eiezione, e dell'elastanza sistolica rispettivamente del  $32 \pm 34\%$ ,  $6-6 \pm 64\%$  e  $56 \pm 63\%$ , (P<0.001 vs risposta iniziale), molto più ridotte rispetto a quelle misurate dopo la prima somministrazione di dobutamina.

Nel gruppo placebo invece le risposte alle due iniezioni di dobutamina dettero risultati sovrapponibili. Il Sildenafil non determinò alcuna variazione a carico dei parametri diastolici.

Conclusioni — l'inibizione della PDE5A ad opera del sildenafil determina una riduzione della risposta cardiaca alla stimolazione  $\beta$ -adrenergica. Questo studio dimostra che la PDE5A modifica la funzione cardiaca anche in ambito umano e che la sua azione si esercita quasi esclusivamente allorché il cuore è sottoposto ad uno stress.  
Fonte: Circulation. 2005;112:2642-2649.

## Non assecondate i minorenni che vogliono un tatuaggio! Senza consenso dei genitori e' reato

E' passibile di denuncia per lesioni dolose colui che effettua un tatuaggio permanente ad un minorenne senza il consenso dei genitori.

Questa e' la sostanza della sentenza n. 45345 del 14/12/2005 della Cassazione (sez. V penale).

Questo perche' sono perseguibili, secondo il Codice Penale, tutte le lesioni dolose che comportino una "malattia".

Ma il tatuaggio puo' essere considerato "malattia"?

La Corte ha specificato che per la sussistenza della "malattia" di cui all'art. 582 c.p. non è necessario che si verifichi un' apprezzabile riduzione di funzionalità della parte del corpo interessata dal fatto lesivo (la "malattia" dunque non si identifica con la "menomazione funzionale") ma quel concetto abbraccia "tutti i fatti lesivi di modesta entità, quali le ecchimosi, i graffi, le scalfitture, le abrasioni etc."

Nel caso in oggetto un soggetto aveva praticato sul corpo di una minorenne un tatuaggio senza il consenso dei genitori della stessa.

Questo tatuaggio aveva comportato (come avevano stabilito i periti "una alterazione delle funzioni sensoriali e protettive della cute".

Percio' sulla base di questa "menomazione cutanea" la Corte di Cassazione ha confermato la sentenza di condanna nei confronti dell' operatore inflitta dalle Corti di merito, senza dar peso alle argomentazioni difensive circa la scarsa entita' della lesione.

(DZ- GZ) 6/3/2006

## VALPRESSION 160

## Garante Privacy: Informativa semplificata per i medici di base

Istruzioni per l'uso

E' noto che i Medici di Famiglia, al pari di tutti gli altri professionisti del settore, sono tenuti a fornire un' adeguata informativa ai pazienti da loro curati, e ad ottenere un esplicito consenso al trattamento dei dati personali (da non confondere con il consenso alle cure, che costituisce un capitolo diverso).

Data la peculiarità del rapporto medico/assistito per il MMG, il garante ha elaborato un testo informativo semplificato: con provvedimento del 19/07/06 (G.U. del 08/08/06 n. 183) indica gli elementi essenziali che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono includere nell'informativa stessa..

Vengono inoltre specificati altri aspetti importanti:

a) le informazioni relative allo stato di salute dei pazienti possono essere rese note ai familiari o conoscenti solo se gli assistiti abbiano manifestato uno specifi-

co consenso al proprio medico. Al riguardo, l'informativa e il consenso possono intervenire anche successivamente alla prestazione nei soli casi di impossibilità fisica o di incapacità dell'interessato;

b) i suddetti medici raccolgono, di regola, i dati personali presso l'interessato e possono trattare informazioni relative ai suoi ricoveri, agli esiti di esami clinici e diagnostici (effettuati sulla base della prescrizione dello stesso medico) solo quando l'interessato abbia manifestato alla struttura sanitaria o al professionista presso cui si è rivolto il suo consenso. Gli elementi vanno integrati in base a situazioni specifiche (sperimentazione clinica, medicina mediante comunicazioni elettroniche ecc.).

I contenuti dell'informativa possono essere comunicati direttamente all'assistito, a voce o per iscritto, oppure affiggendo il testo dell'informativa, facilmente visibile,

nella sala d'attesa dello studio medico ovvero con altra idonea modalità (in aggiunta o in sostituzione delle altre forme) quale, ad esempio, la riproduzione dell'informativa in carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli; generalmente vanno comunicati prima della prestazione salvo casi particolari.

Riportiamo in questa pagina il testo consigliato dal Garante, da adattare eventualmente alle specifiche necessità del singolo medico.

Tale testo non è tassativo, e possono essere usate dizioni diverse. **In particolare il testo da noi precedentemente consigliato in questo sito è perfettamente idoneo, ed anzi è anche più esaustivo, per cui resta pienamente valido e chi lo avesse usato può essere del tutto tranquillo; non è necessario raccogliere nuovamente il consenso.**- Daniele Zamperini -Guido Zamperini

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 è 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 depliant, venite pure alla nostra sede in Via Merulana 272.

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

## Clamoroso sul Lancet: i dati sulla riduzione del rischio di cancro orale da parte dei FANS erano inventati

### Ma non è il primo caso...

Dove sta andando la ricerca scientifica?

Il Lancet aveva pubblicato uno studio caso-controllo (Lancet 2005; 366: 1359-1366) da cui risultava che l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei è associato ad una riduzione del rischio di cancro orale.

Commentando quello studio Luca Puccetti faceva giustamente notare che questi dati andavano interpretati con molta cautela in quanto vi potevano essere numerosi fattori confondenti. Ora la rivista pubblica una cosiddetta "Espression of concern" a firma di Richard Horton (Lancet 2006; 367:196) in cui si dice in buona sostanza che i dati dello studio sono stati "inventati", per ammissione dello stesso autore. La notizia ha quasi dell'incredibile, anche se non è la prima volta e probabilmente non sarà l'ultima (la vicenda della memoria dell'acqua è ancora stampata nella memoria di noi tutti).

Del tutto recentemente il New England Journal of Medicine ha pubblicato qualcosa di analogo per quanto riguarda lo studio VIGOR. In questo studio sarebbero stati taciuti tre infarti nel gruppo in trattamento con rofecoxib.

La ditta produttrice ha risposto alle accuse dicendo che gli eventi cui si riferisce l'editoriale del NEJM sono stati riportati dopo il periodo di cut-off prespecificato

e dunque per tale motivo non sono stati inclusi nel rapporto preliminare (per altri particolari vedi pillola reattiva del 10 dicembre 2005).

Tutto questo pone un grosso interrogativo: quanto dobbiamo/possiamo fidarci dei ricercatori e in seconda istanza delle riviste che pubblicano gli studi, siano esse le più quotate e famose?

La ricerca scientifica, che era nata per chiarire i dubbi e togliere la pratica della medicina dalla soggettività, sembra aver perso la bussola. Per averne un esempio basta scorrere, sempre nel numero del Lancet del 21 gennaio 2006, i vari botte e risposta tra studiosi sulla interpretazione dello studio ASCOT-BPLA (vedi pillola relativa).

Leggendo i vari interventi che citano studi e metanalisi tra loro in contraddizione fa fatica a trovare il bandolo anche chi di queste cose si appassiona, figuriamoci come ci si trova un medico pratico che, ovviamente incapace di dirimere una diatriba tra esperti, si chiede: ma chi ha ragione?

L'impressione è di trovarsi sempre più sulla cima di una vera e propria torre di Babele di biblica memoria.

Renato Rossi

### INFORMATIVA AI PAZIENTI

Gentili signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici. Anche in caso di uso di computer, adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso."

### Avviso per i donatori di Midollo osseo

Nell'ottica di facilitare le donazioni di midollo evitando di penalizzare i donatori, con Circolare n. 97 del 15/9/2006 l'INPS ha stabilito che al donatore di midollo osseo deve essere garantita, per il periodo di assenza dal lavoro, l'intera retribuzione.

### 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

Ringraziamo, per le recensioni e gli aggiornamenti scientifici i siti "Pillole" ([www.pillole.org](http://www.pillole.org)) e "Scienza e Professione" ([www.scienzaeprofessione.it](http://www.scienzaeprofessione.it))

Per gli aggiornamenti legislativi: "Medico e Leggi" ([www.medicoeleggi.it](http://www.medicoeleggi.it))

Per i contenuti umoristici "La Piazzetta dei Medici" (<http://piazzetta.sfera.net>)

Le vignette originali sono di Enzo Brizio

Scheda di iscrizione AMI

durate attività fisica.  
Assenza di aritmie extrasistoliche ventricolari.  
Obbiettività clinica invariata rispetto al precedente controllo.  
Variazione ponderale inferiore a 3 Kg. rispetto al precedente controllo.  
Pressione arteriosa sistolica invariata rispetto al precedente controllo, comunque > a 90 mmHg.  
Creatinemia ed azotemia invariate rispetto al precedente controllo.  
Sodiemia > 134 mEq/l.  
Assenza di intolleranza farmacologica.

I pazienti dimessi che restano in instabilizzazione grave o in classe NYHA IV richiedono un controllo specialistico settimanale per 3-4 settimane, successivamente mensile per 1-2 mesi e, successivamente, vengono affidati al MMG che deve monitorare dati biochimici di insufficienza renale a livelli di creatinemia ≤ a 3 mg/dl, di danno epatico con transaminasemia ≤ a 80 U/l ed iponatremia con NA non ≤ a 134 mEq/l.  
La gestione dei pazienti cardiopatici gravi può essere condotta in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).  
Esperienza pilota è stata nel 1999 quella di Trieste con un gruppo di operatori composto come segue:  
Medico di Medicina Generale (MMG).  
Cardiologo dell'Azienda Ospedaliera e/o dell'Azienda Territoriale.  
Infermiere professionale dei Distretti.  
Geriatra dell'Azienda Ospedaliera o Azienda Territoriale.  
Dietista o Medico Nutrizionista.  
Medico del Distretto (coordinatore delle varie figure professionali).  
Il MMG è responsabile della gestione in ADI (art. 39, comma 1, lettera C, protocollo allegato H del D.P.R. 484/96) è il referente primo dell'assistenza al paziente ed attiva e coordina le consulenze specialistiche e di altri sanitari, nonché gli interventi infermieristici e programma con appropriatezza le metodiche diagnostiche non invasive considerate: esami di II livello.

#### ESAMI DI II LIVELLO

Test Ergometrico.  
Ecocardiogramma monodimensionale e Doppler cardiaco.  
ECG dinamico secondo Holter.  
Ecografia color doppler vascolare (vasi epiaortici, aorta toracoaddominale, arterie iliache, femorali, tibiali, peroniera).  
Gli esami su elencati di II livello sono indagini di "appropriatezza" sia riguardo all'aspetto clinico-diagnostico che al rapporto costo/beneficio, con evidente prevalenza del denominatore; gli esami di II livello devono essere preceduti da un'attenta valutazione anamnestico-clinica, corredata da un esame elettrocardiografico a 12 derivazioni.

#### TEST ERGOMETRICO

Il T.E. è un esame ampiamente validato in letteratura, di indiscussa utilità diagno-

stica nel follow-up del paziente cardiopatico.  
Il T.E. può essere effettuato con tappeto rotante (treadmill) o con cicloergometro con protocolli standardizzati (protocollo di Bruce) in monitoraggio di ECG e di Pressione Arteriosa.  
Frequente è l'identificazione di pazienti con cardiopatia ischemica clinicamente asintomatica, affetti da coronarosclerosi di significato prognostico analogo e sovrapponibile a quello della coronaropatia sintomatica..  
Oltre alle anomalie della fase di ripolarizzazione ventricolare (slivellamento del tratto ST, negativizzazione dell'onda T), il T.E. è utile per monitorare la frequenza ed il ritmo cardiaco nelle varie fasi dello sforzo fisico calibrato.  
Il T.E. è indagine da eseguire nei soggetti ad attività sportiva agonistica, in pazienti con sincope da causa sconosciuta, nei pazienti sottoposti a rivascularizzazione coronarica o a cicli riabilitativi, a pazienti portatori di pace-maker a stimolazione fissa e "rate-responsive", che verifica la capacità di adeguare la frequenza cardiaca all'attività fisica e/o l'esistenza di ritmi spontanei che sopprimono l'attività del P.M.  
Il T.E. è da evitare in pazienti in instabilità clinica, affetti da angina instabile, infarto acuto miocardico, scompenso cardiaco in fase acuta.

#### ECOCARDIOGRAMMA MONODIMENSIONALE E DOPPLER CARDIACO

L'ecocardiogramma è indagine diagnostica basilare nei versamenti pericardici; è di indubbia utilità nei pazienti pneumopatici (BOC) per le alterazioni del cuore destro, la comparsa di insufficienza valvolare tricuspidale, l'ipertensione arteriosa sistolica polmonare.  
In caso di TIA o ictus cerebri può essere decisiva per la diagnosi l'ecocardiografia transesofagea che può rilevare la presenza di apposizioni trombotiche in atrio sinistro o in aorta ascendente; in caso di dissecazione aortica la specificità diagnostica è pressoché assoluta.  
L'ecocardiogramma è indagine diagnostica basilare nei versamenti pericardici; è di indubbia utilità nei pazienti pneumopatici (BOC) per le alterazioni del cuore destro, la comparsa di insufficienza valvolare tricuspidale, l'ipertensione arteriosa sistolica polmonare.  
In caso di TIA o ictus cerebri può essere decisiva per la diagnosi l'ecocardiografia transesofagea che può rilevare la presenza di apposizioni trombotiche in atrio sinistro o in aorta ascendente; in caso di dissecazione aortica la specificità diagnostica è pressoché assoluta.

frazione di eiezione eventuale comparsa di insufficienza valvolare mitralica e tricuspidale, di aneurisma ventricolare, di rottura del setto interventricolare, di trombosi endocavitaria, di versamento pericardico.  
Tre mesi dopo l'insorgenza dell'IMA o dell'angioplastica e/o stenting delle arterie coronarie o del bypass aortocoronarico le linee guida sono per l'appropriatezza esecutiva, ritenuta tale per controllo annuale nella cardiopatia ischemica stabile, per controllo semestrale in presenza di modificazioni significative del quadro clinico.  
L'ecocardiogramma è indagine diagnostica basilare nei versamenti pericardici; è di indubbia utilità nei pazienti pneumopatici (BOC) per le alterazioni del cuore destro, la comparsa di insufficienza valvolare tricuspidale, l'ipertensione arteriosa sistolica polmonare.  
In caso di TIA o ictus cerebri può essere decisiva per la diagnosi l'ecocardiografia transesofagea che può rilevare la presenza di apposizioni trombotiche in atrio sinistro o in aorta ascendente; in caso di dissecazione aortica la specificità diagnostica è pressoché assoluta.

#### ECG DINAMICO SECONDO HOLTER

Le linee guida inerenti la richiesta "appropriata" dell'ECG dinamico si riferiscono alla task Force dell'ACC/AHA del 1989, aggiornate con apposito Statement nell'agosto del 1999; il medico richiedente l'esame si impegna ad attenersi ad indicazioni cliniche corrette inerenti aritmie, episodi presincopali e/o sincopali, ischemia miocardica.  
L'ECG dinamico è un test largamente disponibile, non invasivo, di costo medio-basso, che permette di monitorare intervalli PQ, RR, analisi del tratto QT, del tratto ST, aritmie extrasistoliche, pause asistoliche, basilari per la diagnosi di malattia del Nodo Senoatriale (Sick Sinus Syndrome), per la durata di 24-48 ore.  
Il limite temporale, talora tale da non permettere di registrare eventi sporadici, oggi è superato dall'uso dei loop recorders, registratori impiantati sottocute, in grado di registrare l'ECG per lunghi periodi di tempo.  
Le registrazioni grafiche permettono di classificare le aritmie extrasistoliche ventricolari secondo varie classi delle quali elenchiamo la classe di Lown:

1°	BEV monomorfi < 30/ora
1B	BEV monomorfi > 30 ed < 60/ora
2	BEV monomorfi > 60/ora
3	BEV polimorfi
4-A	BEV ripetitivi a coppia
4B	BEV ripetitivi con salve di 3 o più battiti
5	BEV precoci con fenomeno R/T

## PRIVACY

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

L'ECG dinamico è considerato riferimento essenziale in presenza di sospetto malfunzionamento di pace-maker.

#### ECOGRAFIA COLOR-DOPPLER VASCOLARE

L'ecografia Color-Doppler dei vasi epiaortici, dell'aorta toracica ed addominale, delle arterie iliache, femorali e degli arti inferiori sono ulteriori indagini spesso appropriate, per fini diagnostici in uno screening di pazienti affetti da aterosclerosi distrettuale, soprattutto in presenza di segni clinici, rilievi anamnestici ed obbiettivi di ipoafflusso ematico.  
TERAPIA

Morfina ed analoghi: la morfina è indicata in caso di IMA in fase iniziale algica, soprattutto in presenza di ansia e dispnea; la somministrazione in bolo endovenoso di 3 mg, ripetibile, è la più consigliata da diversi studi randomizzati; l'attività analgica e psicofisica rilassante è notevole ed immediata.

L'alternativa alla terapia endovenosa è quella intramuscolare in posologia di 10 mg, ripetibile ogni quattro ore.

La morfina induce dilatazione venosa, lieve dilatazione arteriosa, diminuzione della frequenza cardiaca.

Farmaci anticoagulanti: sono indicati nel trattamento preventivo e/o curativo antitrombotico delle sindromi coronariche acute e/o della fibrillazione atriale, soprattutto nei pazienti in prostrato decubito supino a letto (prevenzione di trombosi venose profonde).

Il farmaco impiegato è l'eparina calcica o sodica, non frazionata in dose media di 5000 U.I./2-3 volte/die o di eparina a basso peso molecolare (LMWH) tipo Enoxaparina (40 mg/sottocute), in monitoraggio accurato della coagulazione ematica con controllo dell' INR su valori oscillanti da 2 - 3.

Vasodilatatori: sono indicati come farmaci di prima scelta, soprattutto in presenza di stasi ematica, ipoperfusione, riduzione della diuresi, al fine di migliorare la perfusione periferica arteriosa e venosa diminuendo precario e postcarico in pazienti con normale o elevata pressione arteriosa.

I nitrati riducono la stasi polmonare, senza alterare la gittata sistolica ed aumentare la richiesta miocardica di ossigeno; a dosi adeguate provoca vasodilatazione bilanciata sia venosa (ottenibile anche a basse dosi), che arteriosa.

La somministrazione può essere orale, inalatoria e, preferibilmente, endovenosa (nitroglicerina da 20 a 200 mg/minuto, oppure isosorbide dinitrato da 1 a 10 mg/ora, in monitoraggio pressorio arterioso, con riduzione posologica se la P.A. scende sotto 90-100 mmHg).

Recenti studi randomizzati hanno dimostrato maggiore efficacia emodinamica associando ai nitrati basse dosi di furosemide in bolo endovenoso.

Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE): non sono indicati nella stabilizzazione precoce dello scompenso cardiaco (SC) acuto, ma lo sono in fase di mantenimento terapeutico; provocano una diminuita sintesi di angiotensina II ed un aumento dei livelli di bradichinina con conseguente riduzione delle resistenze vascolari periferiche e stimolazione natriuretica.

Numerosi studi hanno dimostrato una significativa riduzione di morbilità e mortalità in pazienti ad alto rischio. La somministrazione farmacologica endovenosa deve essere evitata e condotta per via orale con dosi basse, aumentabili in condizioni di stabilizzazione clinica, con monitoraggio della pressione arteriosa e della funzionalità renale, soprattutto nei pazienti con bassa portata cardiaca, nei quali si può verificare un calo della filtrazione glomerulare.

Il rischio di intolleranza ai farmaci suddetti si accentua in concomitanza di somministrazione di agenti antiinfiammatori non steroidei e in presenza di stenosi di entrambe le arterie renali.

Sartanici: Sono farmaci di uso sempre più diffuso con profilo di sicurezza valutato in oltre 2500 pazienti, ben tollerati, con sporadici effetti collaterali, di solito di breve e transitoria durata, di incidenza pressoché pari a quelli osservati col placebo (tranne che per la sensazione di "capogiro" > 1% dei pazienti).

La proprietà farmacologica da antagonista dell'angiotensina è di natura recettoriale, tramite un legame selettivo al recettore AT1; l'azione metabolica differisce da quella degli Ace-inibitori, che, invece, bloccano l'attività dell'angiotensina I ed aumentano la risposta alla bradichinina, senza interferire sull'angiotensina II. Frequentemente i sartanici vengono associati coi diuretici.

Diuretici: sono un presidio terapeutico di uso comune di indubbia efficacia, universalmente dimostrata, tanto da rendere superflui studi clinici su larga scala.

I diuretici agiscono incrementando l'escrezione di acqua e cloruro di sodio, diminuendo di conseguenza il volume plasmatico extracellulare con riduzione della pressione di riempimento di cuore destro e sinistro; vanno somministrati in dosi minime efficaci; maggiore è l'efficacia in associazione con nitroderivati.

I diuretici sono comunemente ed empiricamente usati in pazienti cardiopatici ischemici-iperetesi:

- Tiazidici: attivi per via orale (Esidrex). Agiscono bloccando il riassorbimento del sodio nel tratto ascendente dell'ansa di Henle; inibiscono l'escrezione del calcio ed aumentano quella del potassio, dell'ammoniaca e del magnesio.

In presenza di ipopotassiemia, aritmie complesse, terapia digitalica in corso, si può ricorrere alla somministrazione di sali di potassio, di una dieta ricca di potassio o di farmaci diuretici risparmiatori di K: spironolattone, triamterene.

(lasitene= furosemide+ spironolattone). La durata di azione oscilla da 18 ore o poco più (idroclorotiazide) a 48-72 ore (clortalidone di solito associato ad un betabloccante).

- Diuretici drastici o di ansa: sono caratterizzati da una breve durata di azione (4-8 ore) e vengono eliminati per via renale immutati per il 50%, coniugati per l'ulteriore 50%.

Il principio attivo di uso più comune è la furosemide che blocca il riassorbimento di Na e Cl nel tratto ascendente dell'ansa di Henle e nei tubuli prossimali e distali, aumentando anche l'escrezione di K.

- Diuretici osmotici: mannitolo (flaconi 500 cc, 5-10%); glicerolo (flaconi 500 cc, 10%); vengono filtrati a livello glomerulare, non riassorbiti a livello tubulare e, con effetto osmotico, inibiscono il riassorbimento idrico.

Sono usati nella terapia dell'edema cerebrale e nella prevenzione di una tubulonecrosi da emolisi o da mioglobinuria. - Inibitori della anidrasa carbonica: acetazolamide, di uso raro, talvolta impiegato nella terapia delle alcalosi e del glaucoma.

- Risparmiatori di potassio: spironolattone; l'azione diuretica è lenta (7-10 giorni); il farmaco può essere associato a tiazidici e/o furosemide soprattutto in presenza di iperaldosteronismo e/o per contrastare l'iperpotassiemia; in alternativa si può usare il Canreonato di potassio con analogo meccanismo di azione, ma più rapido.

- Mercuriali: essendo nefrotossici, non sono più impiegati.

(Continua e finisce nel prossimo numero)

#### 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