



ASSOCIAZIONE MEDICA

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

ANNO 16° - N.
DICEMBRE 2006

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 00266/91 del 3/5/91

POSTE ITALIANE S.P.A.
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004) n° 46
Art. 1 Comma 1 - DCB Roma

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
00185 Roma - VIA MERULANA, 272
Tel. 06/474.63.44 - Fax. 06/487.10.92
E-mail: SIAMEG@tin.it

Confermata la presenza di macroscopici errori di sistema L'è tutto sbagliato, tutto da rifare! La Regione Lazio ricalcola nuovamente i conguagli

La Regione ci ha dato ragione: sottoposta a un pressing incessante, di fronte a errori macroscopici di innegabile evidenza, la Regione Lazio ha capitolato: e' necessario procedere ad una rielaborazione degli elenchi e a un ricalcolo dei conguagli.

Ma la storia non finisce qui, e rivela ancora risvolti inquietanti: per la correzione degli errori (morti resuscitati, quote mai pagate richieste indietro ecc.) e' stata disposta una verifica mediante confronto con i tabulati "storici", quelli vecchi, quelli cosi' sbagliati che piu' sbagliati non si può. Ma come è possibile correggere un tabulato sbagliato mediante uno ancora peggiore? Non si rischia di ritirare fuori vecchi errori ormai corretti, anziche' annullare quelli nuovi? E' grave inoltre il fatto che, dopo questa "ultima" correzione (c'è chi, all'aggettivo "ultima" non riesce a trattenere il riso) verranno distribuiti i nuovi ricalcoli nel mese di gennaio 2007, mentre le trattenute verranno prorogate (grazie, Regione!) al mese di aprile.

Il tempo lasciato per le verifiche dei medici (e l'esperienza fin qui dimostra che ce ne è bisogno, eccome!) è troppo breve, equivale quasi a un diktat del tipo "prendere o lasciare" e obbligherà molti medici ad intraprendere, anzichè un pacifico confronto, la strada del contenzioso.

E' ovvio e normale che si dovranno restituire quote riscosse indebitamente, anche se la responsabilità degli errori ricade sulla Regione e non sui medici, ma in un periodo di stringenti necessità economiche, non è realistico pensare ad un accomodamento generoso. Pretendiamo però criteri di trasparenza e di inequivocabilità, mediante riscontri precisi e positivi, senza calcoli presuntivi con correzioni effettuate a posteriori.

All' interno una rassegna di errori e di "bugs" da noi riscontrati nel programma della ex Laziomatica. I colleghi possono trane spunto per verificare le proprie condizioni personali.

(DZ, a pag. 6)



Il povero Babbo Natale della Sanità, visto da Enzo Brizio (Fossano)

Si e' sparsa come il vento, e con incredibile clamore, la notizia che gli onorevoli D' Amato (GRM) Carapella (DS) Di Carlo (DS, ex assessore al traffico Com. Roma) Dalia (Margherita, Pres. Comm. Sanita') avevano ufficialmente presentato la proposta, in sede di Finanziaria Regionale, di decurtare del 15% gli emolumenti dei medici di Famiglia fino a riduzione a regime del deficit farmaceutico regionale. Mentre scriviamo risulta che la proposta sia stata ritirata precipitosamente gia' il giorno successivo. Ma, ci chiediamo, sarà finita qui, o dobbiamo aspettarci qualche altro attacco di sorpresa?

Non più un solo leader, Milillo sarà Segretario ma poteri anche a Falconi Il declino dell' Impero Romano Spartizioni di poteri e di cariche all' interno della FIMMG, non più centralità romana

BUONE FESTE E BUON ANNO AI NOSTRI LETTORI!
Quali regali porterà Babbo Natale ai Medici Italiani?
E quali sorprese porterà l' anno nuovo?
Mah!
Prepariamoci ad una lotta molto dura!

Quando l' Imperatore Teodosio si rese conto che Roma non aveva più la potenza necessaria a tenere unito l' Impero sotto un' unica mano, preferì dividere l' enorme territorio tra i figli Arcadio e Onorio, creando l' Impero Romano d' Occidente e quello, romano almeno di nome, d' Oriente. Si salvava così, almeno nominalmente, la sovranità di Roma evitando lotte fratricide che ne avrebbero causato il dissolvimento. L' Impero Romano della FIMMG, finora detentore del potere totale e indiscusso, ha subito all' ultimo Congresso di Villasimius, uno scossone paragonabile a quello antico. La periferia, incarnata dal torinese Giacomo Milillo, ha fatto sentire prepotentemente il suo desiderio di contare qualcosa, ed ha rivolto al "potere centrale" critiche e accuse che, sebbene velate, non erano per questo meno pesanti.

La situazione prometteva uno scontro violento, in quanto il gruppo dei "pretoriani" fedeli all' Imperatore Falconi faceva intendere la volontà di fare quadrato e lottare per la riconquista della supremazia. Una divisione del territorio e dei poteri sembra invece ora la strada imboccata dai due contendenti.

Secondo indiscrezioni sfuggite ad una "gola profonda" della FIMMG, infatti, si preparerebbe il prossimo Congresso elettivo di primavera con una lista unica contenente candidati di entrambi gli schieramenti, con Milillo in posizione di leader (quindi Segretario) e Falconi in un ruolo lievemente subordinato (quello di Presidente, con poteri effettivi aumentati a scapito del Segretario). Due figure forti con ampi poteri, ambiti e localizzazioni diversi: Arcadio e Onorio, appunto.

Ma la storia insegna che due figure forti coabitano con difficoltà, anche perché gli interessi che girano intorno alla leadership della FIMMG sono davvero enormi. E così, dopo un iniziale atteggiamento di apertura e collaboratività del nuovo Segretario verso l' esterno, e una dichiarata volontà di mantenere tutti uniti ad ogni costo, si assiste a un rimescolamento di uomini e di cariche, con la difesa a oltranza di posizioni acquisite e l' arrembaggio al potere di figure di secondo piano, aggressive e conflittuali. Ma sarà davvero così come sfugge detto alla "gola profonda"? In realtà i giochi sono ancora aperti, e nel segreto delle urne possono accadere tante cose...

L' ira degli Dei colpisce ancora, ed emoziona lo spettatore

L' efficacia di un esperimento teatrale e terapeutico romano

Lo spettacolo, liberamente tratto dalle "Baccanti" di Euripide e messo in scena la teatro Anfritrone di Roma, è stato creato dal Centro Diurno Sperimentale "voce della Luna", con lusinghieri risultati

Pag. 8

La scienza "allegra" del periodo natalizio:

-L' "abbocco" da ECM
-Il medico "bello"
-Obbligo di silenziatore per cani
...e altro, a Pag. 5

Novità dalla Rete A cura di Navigator

Pag. 4

Attività fisica: quali consigli dare ai pazienti?

Una serie di consigli da fornire ai pazienti per aiutarli a praticare attività fisica in modo corretto e sicuro.

Pag. 3



ANCORA SENTENZE SULLA RESPONSABILITA' D'ÉQUIPE

Pag. 3

I farmaci nuovi sono veramente piu' efficaci?

Quando la ricerca consegue solo obiettivi di marketing

Pag.4

Dall' altra parte...

I disservizi della sanità visti dal medico quando deve trasformarsi in...paziente

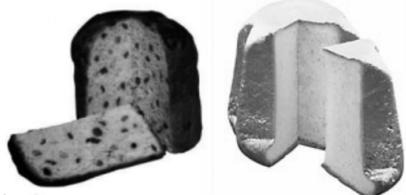
Pag. 7

AUGURI DI BUON ANNO A TUTTI I LETTORI!

Dove va la sanità del Lazio?

Intervista al vicepresidente della Commissione Sanità Regionale On. De Lillo Pag. 7

Il problema IRAP: perché pagare?
Una disamina di Alberto D' Ettore



ALTA CLOR

CLASSE A

750 mg - compresse a rilascio modificato - 6 compresse

J01DA08 cefaclor



La battaglia sull'IRAP: perché non dobbiamo pagarla

Una analisi del problema, anche se l'argomento è ancora controverso

di Alberto D'Ettore

In un momento in cui il MMG sta affogando in un oceano di incombenze (esenzioni - note AIFA che giornali autorevoli continuano a chiamare note CUF); ebbene in questo oceano di incombenze non mediche ci hanno distanziato anni luce dall'immagine del medico distributore di salute, divenuto attualmente ottimo burocrate, buon informatico e distributore non più di salute ma di ricette.

Riguardo a queste ultime aggiungo anche il nostro nuovo ruolo di correttori di bozze, ossia correttori di quelle ricette che ci arrivano dai colleghi ospedalieri non correttamente compilate. Eh si! Il povero medico di base si assoggetta a fare anche questo per non creare problemi ai colleghi, per non creare disagi ai pazienti, per non compromettere il rapporto con i pazienti, per non perdere i pazienti.

A proposito di pazienti è in arrivo il conguaglio per gli anni 2000 - 2001 - 2002 - 2003 od in alternativa 2001 - 2003 per quei casi in cui il conguaglio 2000 è stato già applicato.

In tutto questo dover fare - dover compilare - dover correggere - mediare è venuto uno spiraglio di luce per il MMG, venuto al dunque: si tratta dell'IRAP.

Non è una sigla di una nuova sindrome,

né di un nuovo soggetto politico o di un nuovo sindacato: è proprio lei l'imposta regionale sulle attività produttive.

Anche se recentemente la Corte di Giustizia Europea ha giudicato legittima e compatibile con l'IVA tale imposta i medici di base, convenzionati con le Aziende Sanitarie Regionali che poi fanno capo alle Regioni, non sono soggetti all'IRAP poiché non svolgono un'attività autonoma organizzata.

Il principio è stato affermato dalla Commissione Tributaria Regionale della Puglia, sezione XV con la sentenza 146 del 17 gennaio 2006.

Per il giudice pugliese non sono necessarie prove per la verifica dell'esistenza o meno di un'organizzazione quando questa è riferita ad una attività particolare come quella del Medico di base.

Quest'ultimo infatti esercita l'incarico sotto il potere di sorveglianza delle ASL, a seguito di un concorso per titoli o con l'iscrizione in speciali elenchi (la convenzione però parla di libera professione).

Per l'esercizio dell'attività, inoltre, il medico deve aprire un ambulatorio nella località che gli viene assegnata, non può superare un numero massimo di assistiti, è tenuto ad osservare un orario settimanale

di apertura e di esecuzione di visite domiciliari, ha un obbligo di preventiva comunicazione del periodo di ferie (la convenzione parla però di libera professione).

Anche il trattamento economico è prestabilito.

Tutti questi elementi, per il giudice, porterà ad escludere l'esistenza di un'organizzazione autonoma (la convenzione però parla di libera professione).

Per i medici di base, si legge nella sentenza 146, manca il presupposto per l'assoggettabilità all'IRAP poiché il professionista spende soltanto la propria opera, organizzata con decreto delle ASL (altro che libera professione).

La mancanza di organizzazione tra l'altro può essere dimostrata agevolmente: nella dichiarazione dei redditi non compaiono spese per il personale, mentre quelle per gli acquisti, per i beni strumentali, per consumi ed altro, rappresenta solo il 5,6% del reddito lordo.

Pertanto in presenza di un reddito che non è direttamente riconducibile ad un'organizzazione autonoma ma al titolare professionista non si può parlare di base imponibile ai fini IRAP. Del resto nel lavoro del medico di base prevale

l'esecuzione della prestazione d'opera intellettuale.

Non può essere mai eseguita senza il suo intervento, anche nei casi in cui si avvalga di lavoratori dipendenti o di beni strumentali.

Oltre la citata sentenza emessa dalla Commissione Tributaria della Regione Puglia (lo rammento ancora una volta è la 146 del 17/07/2006) la non assoggettabilità all'IRAP è stata sancita anche dalla Cassazione con sentenza n. 21203 del 5 Novembre 2004 su tutti i casi ove la struttura organizzativa è da considerarsi di scarsa consistenza e prevale, per la produzione, la prestazione del lavoro autonomo.

Abbiamo pertanto le basi per reclamare il nostro diritto e poiché si parla di prossimi conguagli per la nostra attività professionale perché non sperare a lottare per ottenere il rimborso dell'IRAP già pagate considerando che tale imposta esiste dal 1998, elaborata dall'allora Ministro delle Finanze.

In un momento in cui si parla e si agisce contro l'evasione fiscale perché non sentire la nostra voce per ciò che può essere considerata una pressione fiscale?

Carceri: Cassazione, detenuto troppo grasso? Non può stare in cella

Anche l'obesità deve essere considerata una malattia, e se comporta un rischio per la salute, bisogna tenerne conto, anche in riferimento al regime carcerario.

Infatti il detenuto troppo grasso è a rischio "patologie" e "complicazioni", e tali aspetti non possono essere ignorati, al punto di suggerire la necessità di una pena alternativa al carcere. Naturalmente questi aspetti devono essere verificati nella realtà dei fatti:

La Corte di Cassazione (prima sezione penale, sentenza n. 25114) ha quindi accolto il ricorso di un detenuto di 39 anni, obeso di 210 chili di peso. Il Tribunale di sorveglianza di Catania aveva negato la detenzione domiciliare in quanto a suo avviso le patologie accusate non erano "incompatibili con il regime carcerario", malgrado una relazione sanitaria che evidenziava le patologie causate dall'eccessivo peso, evidenziandone invece l'incompatibilità con il regime carcerario.

La Suprema Corte ha accolto il ricorso del detenuto, rinviando il caso per una revisione della sentenza, sottolineando che il tribunale aveva ommesso, in maniera "non congrua", di considerare la relazione sanitaria, che spiegava come il detenuto "dato il suo peso corporeo (kg 210), le sue patologie e le sue complicazioni, rientra nella categoria dei soggetti ad alto rischio d'accidenti cerebrovascolari e che pertanto sarebbe auspicabile che lo stesso potesse godere di strumenti alternativi di pena rispetto alla detenzione "nonché" la perizia medico legale, che si era pronunciata analogamente per l'incompatibilità delle condizioni di salute del detenuto con il regime di vita carcerario.

Guido Zamperini
Fonte: Adnkronos

Quali sono i trattamenti più efficaci nella eiaculazione precoce?

Per eiaculazione precoce si intende una eiaculazione che si verifica appena all'inizio del coito. Nella maggior parte degli studi si definisce precoce una eiaculazione che avviene entro il primo minuto dall'introduzione del pene in vagina, in altri studi tale periodo varia da meno di 2 minuti a meno di 3 minuti. Spesso il problema riguarda giovani alle prime esperienze, molto emotivi e ansiosi. Talora però compare anche in persone non alle prime armi, per esempio se cambiano partner. Esistono anche le eiaculazioni precoci secondarie da farmaci o da sostanze (amfetamine, cocaina, farmaci dopaminergici) e da malattie urologiche (prostatiti, vescicoliti, frenulo breve) o

neurologiche (sclerosi multipla, neuropatie periferiche, processi espansivi del midollo spinale). L'approccio farmacologico privilegia in primis l'uso degli antidepressivi. Uno degli effetti collaterali degli antidepressivi è infatti un ritardo della eiaculazione, effetto secondario che può essere sfruttato nella eiaculazione precoce. I farmaci più usati sono la paroxetina, la fluoxetina e la sertralina. Tutti sono in grado di aumentare il tempo intercorso tra la penetrazione vaginale e l'eiaculazione. La somministrazione può avvenire in modo continuato ma anche "on demande", da 4 a 6 ore prima del rapporto sessuale. Quest'ultima modalità sembra avere la stessa efficacia della dose

fissa giornaliera, l'unico problema è che bisogna prevedere in anticipo il coito, ma probabilmente si riducono gli effetti collaterali dell'assunzione continua. In alternativa agli SSRI si possono usare creme anestetiche se si sospetta che l'eiaculazione precoce sia dovuta ad una ipersensibilità del glande. Sildenafil e correlati si possono usare nei soggetti più anziani se alla eiaculazione precoce si dovesse associare una disfunzione erettile. Esistono anche delle opzioni terapeutiche non farmacologiche, invero poco pratiche. Alcuni consigliano una consulenza presso uno psicoterapeuta che si occupa specificamente della materia e che instruisce la coppia a praticare varie tecniche

messe a punto dagli sessuologi. Tra queste è nota quella di Master e Johnson detta "tecnica stop and go". La donna comincia a stimolare il pene finché l'uomo non avverte la sensazione che sta per avere l'orgasmo. A questo punto la donna, avvertita dal partner, smette la stimolazione e comprime con una certa forza il pene alla base, in modo da interrompere il riflesso eiaculatorio...Poi si ricomincia di nuovo (stop and go). Si tratta di una tecnica in molti casi poco praticabile perché presuppone di avere a disposizione una donna esperta e disinibita, cosa che per un giovane risulta abbastanza difficile. (Renato Rossi Journal of Impotence Research 2004 16: 369-381)

CEFIXORAL®
J01DA23
cefixima

Depositato presso il Min. Sal. in data 2/11/01

M
Menarini, salute senza confini

MACLADIN®
J01FA09
Claritromicina

Depositata al Ministero della Sanità in data 5/12/2000

M
Menarini, salute senza confini

Attività fisica: quali consigli dare ai pazienti? Una serie di consigli da fornire ai pazienti per aiutarli a praticare attività fisica in modo corretto e sicuro.

I benefici dell'attività fisica regolare sono ormai ampiamente accertati. Tuttavia è opportuno che i medici forniscano ai pazienti una serie di informazioni affinché l'esercizio fisico possa essere praticato in modo corretto e non pericoloso.

Quale attività fisica praticare?
L'esercizio fisico consigliato è di tipo aerobico. Deve essere un'attività che comporta un aumento della frequenza cardiaca e l'uso delle gambe e delle braccia. Il semplice camminare a passo veloce è un tipo di esercizio facile da mettere in pratica, economico, che non richiede attrezzature particolari,



non necessita di strutture ad hoc né di abilità specifiche. Altre attività ottime per la salute sono il nuoto, il ciclismo, la danza e il jogging.

Come iniziare?

È opportuno iniziare con un'attività leggera, soprattutto se non si è allenati, e incrementare l'intensità dello sforzo con il passare dei giorni. Una buona tecnica è quella di scegliere un percorso e di aumentare gradualmente la distanza percorsa ogni 2-3 giorni.

Quanto tempo deve durare l'attività fisica?
All'inizio si possono prevedere 15-20 minuti 3-4 volte alla settimana. Si incrementa poi gradualmente la durata dell'attività fisica fino ad arrivare a 40-60 minuti 4-6 volte alla settimana.

Quanto deve essere intenso lo sforzo?

All'inizio conviene partire con uno sforzo leggero per saggiare la propria performance. Un buon metodo per tarare l'intensità dello sforzo è quello di basarsi sulla frequenza cardiaca. In commercio esistono anche degli apparecchi dal costo accessibile che calcolano automaticamente la frequenza cardiaca per chi avesse difficoltà a misurarsi la frequenza radiale

o carotidea.

All'inizio si può attuare uno sforzo che porti la frequenza cardiaca al 60% di quella massima per quel soggetto. In seguito, man mano che si diviene più allenati, si può arrivare all'85% della frequenza massima. La frequenza massima si calcola, in modo semplificato, sottraendo l'età in anni a 220.

Così per un soggetto di 55 anni la frequenza massima sarà di $220 - 55 = 165$. All'inizio la frequenza cardiaca da raggiungere sarà $165 \times 0,60 = 99$ bpm. In seguito si potrà arrivare ad una frequenza cardiaca di $165 \times 0,85 = 140$

bpm.

Altri consigli

1. Prima di praticare l'attività fisica è opportuno sottoporsi ad un controllo medico ed eventualmente ad esami del sangue ritenuti utili dal medico

2. Se si soffre di malattie di cuore, pressione alta, diabete, asma, ecc. è opportuno chiedere consigli al proprio medico curante prima di intraprendere qualsiasi attività fisica

3. Salire le scale a piedi invece che in ascensore, andare a piedi invece che usare la macchina e altri accorgimenti di questo tipo possono utili per aumentare la quantità di attività fisica quotidiana.

4. Praticare un'attività che piace, non da soli ma in compagnia di amici o familiari, scongiura la noia e il precoce abbandono della pratica sportiva

5. Se compaiono dolori al petto, mancanza di respiro, vertigini o nausea interrompere lo sforzo e consultare il medico

6. Se ci si sente stanchi dopo aver praticato l'esercizio o si è appena passata una malattia acuta concedersi qualche giorno di riposo

Renato Rossi

ANCORA SENTENZE SULLA RESPONSABILITÀ D'ÉQUIPE

La Cassazione ribadisce ancora, con unico risultato finale".

Del danno risponde quindi ogni componente dell'équipe che non osservi le regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte e che venga meno al dovere di conoscere e valutare le attività degli altri medici in modo da porre ad eventuali errori.

Il caso preso in esame è stato quello di una partoriente sottoposta ad intervento di taglio cesareo: in seguito ad un'errata manovra di intubazione sopravvenivano delle gravi complicazioni e, infine, il decesso della donna.

La Corte ha ribadito che, in materia di colpa medica di équipe "ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'équipe in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un



però, nel comportamento di ciascuno, l'obbligo di verifica diligente degli atti altrui, qualora rientrino nella competenza del professionista medio. Il componente dell'équipe non verrà perciò chiamato a rispondere di errori che esulano dalla sua sfera di competenza, ma resta responsabile del fatto che, se vede commettere un errore da lui rimediabile, deve fare quanto in suo potere per emendarlo.

La Cassazione ribadisce ancora, con unico risultato finale". Del danno risponde quindi ogni componente dell'équipe che non osservi le regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte e che venga meno al dovere di conoscere e valutare le attività degli altri medici in modo da porre ad eventuali errori.

E' nulla la Consulenza Tecnica che abbia acquisito su Internet informazioni non "notorie"

Il Tribunale di Mantova ha stabilito, con ordinanza del 16/5/2006 (N. 3028/2003) la nullità di una Consulenza Tecnica d'Ufficio in quanto era stato rilevato che il CTU aveva tratto da Internet (e precisamente dal sito web della società convenuta in giudizio) una serie di elementi che erano stati introdotti in perizia senza che esistessero i presupposti degli artt. 198 c.p.p. o 2711 c.c., che disciplinano l'acquisizione di dati e documenti non presentati in causa.

Le notizie reperite su Internet, ha stabilito la Corte, non costituiscono di per sé nozioni di comune esperienza, godendo quindi, sulla base dell'art. 115 ult. co. c.p.c., di una deroga dal principio generale, dovendo essere interpretata, la norma di questo articolo, in senso restrittivo.

Basandosi su questo principio restrittivo la Corte ha sottolineato che possa essere ritenuto "notorio" solo il fatto che una persona di media cultura venga a conoscere in un dato tempo e in un dato luogo, mentre le informazioni pervenute da internet, quand'anche di facile diffusione ed accesso per la generalità dei cittadini, non costituiscono dati incontestabili nelle conoscenze della collettività.

GZ- fonte: www.studiocataldi.it

Il conducente e' responsabile se il passeggero non indossa la cintura di sicurezza

Prime pronunce su alcuni aspetti del nuovo Codice della Strada, dagli importanti risvolti assicurativi e risarcitori, che possono interessare anche i medici, in quanto utenti della strada.

La Corte di Cassazione (IV Penale, Sent. 30065/06) ha stabilito che, qualora il passeggero di una vettura non indossi la cintura di sicurezza, il conducente non risponderà in caso di incidente stradale, avendo egli l'obbligo di obbligare a sua volta i propri passeggeri al rispetto dei dettami del Codice. I Giudici della Suprema Corte hanno infatti precisato che la sicurezza della propria auto è sempre a carico del conducente il quale, nel caso che trasporti terze persone, non può limitarsi ad invitare i passeggeri ad allacciare le cinture di sicurezza, ma deve anche assicurarsi che lo abbiano realmente fatto. In mancanza egli potrà essere chiamato a rispondere, anche penalmente, (nel caso si verifichi un incidente) del reato di lesioni colpose. Ma allora, ci chiediamo, come comportarsi nei casi di passeggeri negligenti, o che rifiutino le cinture adducendo motivi più o meno autentici di intolleranza? Non ci sono vie d'uscita: a meno che il conducente non possa dimostrare di essere stato ingannato, egli dovrà rifiutare il trasporto di questi passeggeri, pena il rischio di una condanna.

Il punto sulla terapia delle vaginiti

Lo stato dell'arte su una delle patologie ginecologiche di più frequente riscontro nella pratica clinica.

La vaginite è probabilmente la patologia ginecologica più comune in assoluto.

Le vaginiti più note sono quelle infettive: da candida, vaginite batterica (gardnerella vaginalis, micoplasma, batteroides) e infine da tricomons. Esistono però anche le vaginiti atrofiche (deficienza estrogenica), quelle allergiche (dovute a prodotti per l'igiene intima, al diaframma, ecc.), quelle irritative (da tamponi vaginali, saponi, preservativi al lattice).

Infine sono descritte vaginiti da traumi (pessari, tamponi o dispositivi anticoncezionali intravaginali) e le vaginiti da lichen planus (lesioni desquamative di solito associate a lesioni buccali e vulvari).

I sintomi lamentati sono il prurito vulvare e vaginale che si può accentuare durante i rapporti sessuali e il ciclo mestruale, il bruciore, le perdite vaginali che possono essere di colorito biancastro come nelle forme da candida (perdite descritte come simili al caglio fresco), giallo-verdastre, più o meno maleodoranti.

Sebbene la diagnosi si basi spesso sui sintomi e sull'esame ginecologico (che può evidenziare eritema ed edema della vulva e delle piccole labbra, eritema va-

ginale, presenza di membrane biancastre, ecc.) in realtà per stabilire la causa esatta della vaginite spesso bisogna ricorrere ad indagini laboratoristiche. Infatti i sintomi e la tipologia delle perdite vaginali sono dei fattori poco affidabili per stabilire la causa etiologica della vaginite. Il tampone vaginale con successivo esame colturale è lo strumento più utile per la diagnosi microbiologica ma richiede tempo. Inoltre la gardnerella vaginalis si ritrova in molte donne asintomatiche e la candida può essere un semplice saprofito nel 10-25% delle donne, per cui bisogna sempre correlare i segni e i sintomi con i dati di laboratorio.

In alternativa può essere effettuato un esame microscopico "a fresco" prelevando dell'essudato dal fornice vaginale posteriore. All'essudato prelevato va aggiunto del liquido di KOH al 10% che permette una digestione del materiale cellulare presente e quindi una miglior osservazione del preparato; si può anche eseguire una colorazione di Gram grazie alla quale viene evidenziata la presenza di batteri.

Per la diagnosi di vaginosi batterica sono considerati accettabili i criteri di Amsel: perdite vaginali lattescenti, omogenee, aderenti, pH vaginale > 4,5, tipico odore di pesce delle perdite vaginali, presenza di "clue cells" nel preparato a fresco (le "clue cells" sono cellule epiteliali vaginali dai margini indistinti, oscurate da nu-

merosissimi batteri attaccati alla superficie che conferiscono alle cellule stesse un aspetto granulare). Se sono presenti 3 dei 4 criteri di Amsel la diagnosi di vaginite batterica è probabile al 90%.

Il trattamento di prima scelta nelle vaginosi batteriche è il metronidazolo (500 mgx2/die per 7 giorni per via orale). Altri trattamenti possono essere utili (metronidazolo in gel vaginale, clindamicina in crema oppure ovuli vaginali) ma sembra siano associati ad un rischio più elevato di recidiva. Le forme ricorrenti richiedono trattamenti più prolungati (in genere per 10-14 giorni).

Le vaginiti batteriche in gravidanza possono portare a parti prematuri e infezioni perinatali. Le linee guida non consigliano lo screening e il trattamento delle forme asintomatiche di vaginite batterica in gravidanza, almeno nelle donne a basso rischio. E anche una revisione Cochran conclude che vi sono poche prove che screening e trattamento nelle forme asintomatiche sia utile. Va ricordato tuttavia che un recente studio pubblicato dal Lancet suggerisce che il trattamento con clindamicina (300 mgx2/die per 5 giorni) delle vaginosi batteriche asintomatiche riduce la frequenza di aborti e parti pretermine.

Le vaginiti da candida albicans (15-30% delle vaginiti) sono caratterizzate da perdite vaginali bianche e spesse, prurito,

bruciore, talora disuria, eritema vaginale. Possono essere trattate con un'unica dose orale di 150 mg di fluconazolo, che viene spesso preferito per la sua semplicità. Tuttavia possono essere prescritti anche trattamenti per via vaginale (per esempio clotrimazolo 1 tavoletta vaginale da 100 mg per 7 giorni oppure miconazolo 1 ovulo vaginale da 100 mg per sette giorni o altri ancora).

È importante distinguere tra vaginiti da candida complicate e non complicate. Si considerano complicate le forme ricorrenti, quelle gravi, le forme dovute a specie di candida diverse dalla albicans e quelle che si verificano in donne con diabete, condizioni debilitanti, immunosoppressione o in gravidanza.

Le forme complicate sono trattate con terapia topica per 10-14 giorni oppure con fluconazolo 150 mg/die per 3 giorni. Lo schema di trattamento per le forme ricorrenti (4 o più episodi in un anno) prevede l'uso di clotrimazolo tavolette vaginali da 100 mg per 7 giorni seguito da una terapia di mantenimento di una tavoletta ogni settimana oppure fluconazolo 150 mg per os per 3 giorni seguito da una dose di 150 mg una volta alla settimana come mantenimento.

Le vaginiti da tricomons sono caratterizzate da perdite vaginali di colorito giallastro, schiumose, con aumento dell'odore, prurito, disuria, talora eritema cervicale o vaginale.

Vengono trattate con metronidazolo 2g per os in singola dose oppure 500 mgx2/die per 7 giorni. In caso l'infezione persista viene raccomandata un'ulteriore dose di 2 g per os.

Se nonostante questa seconda dose non si ottengono risultati si consiglia di somministrare 2 g per os di metronidazolo al giorno per 3-5 giorni.

Le vaginiti da tricomons in gravidanza possono complicarsi con parti pretermine e neonati di basso peso.

Il CDC americano consiglia di trattare solo le forme sintomatiche con metronidazolo 2g per os in unica dose ma non raccomanda il trattamento delle forme asintomatiche.

Le vaginiti atrofiche vengono trattate, se provocano sintomi, con l'applicazione topica di estrogeni.

Rento Rossi

Bibliografia

1. <http://www.cdc.gov/STD/treatment/2006/vaginal-discharge.htm>. Accesso del 25 settembre 2006.

2. Lancet 2003;361:983-8.

3. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000262.html>. Accesso del 25 settembre 2006

4. N Engl J Med 2006 Sept 21; 355:1244-1251

5. Am Fam Phys 2004; 70: 2125-2132





ITALCHIMICI S.p.A.

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




L'ICTUS E LA FAMIGLIA

"Ictus sanguinis extinctus est": è morto per un colpo di sangue. E' questa prima citazione della storia sull'ictus, attribuita ad Aurelius Victor del IV sec. d.C.: non precisa se ictus trombotico o emorragico.

"L'ictus cerebri: consigli per il paziente emiplegico e per la sua famiglia" è una pregevole monografia del Dott. Antonio COREA. La Medicina riabilitativa, si legge, è indicata nelle fasi non più acute dell'emiplegia, quando diminuisce il pericolo di perdere la vita, ma più crudamente emergono le difficoltà di convivere con l'handicap e di reinserirsi utilmente nella famiglia e nella società. La pubblicazione vuole essere un aiuto pratico per il paziente e per i suoi famigliari: vengono spiegati l'emiplegia - emiparesi, il significato, le modalità e i tempi della riabilitazione, la compromissione anche del linguaggio e della deglutizione, la disfunzione uro-genitale.

L'Autore, il dott. COREA, è un Medico della Clinica per riabilitazione Villa Fulvia, sulla Via Appia Nuova, che ospita anche periodici Incontri di aggiornamento per Medici e Infermieri.

IN AFRICA LA SANITA' MILITARE DELL'AERONAUTICA

Nel Togo, nel Ghana e nel Mali - tre Stati dell'Africa subsahariana senza acqua potabile e dove ogni giorno si muore per fame o per malattia infettiva - l'AFMAL e il CSA stanno svolgendo da alcuni anni attività di solidarietà internazionale, in chiave di volontariato.

L'AFMAL, "Associazione Fatebenefratelli per malati lontani" è stata costituita da numerosi Ospedali religiosi di varie

città italiane. Il CSA, "Corpo sanitario Aeronautica", è ora guidato dal Dott. MANLIO CARBONI, Generale Ispettore e Medico Oculista che, proprio per la sua disciplina, ha organizzato e continua a promuovere iniziative in Africa, per diagnosticare e curare in loco bambini e adulti con problemi oculistici. Nel dicembre u.s. l'8° Missione si è recata nella Repubblica del Mali: a bordo del C-130J della 46° Brigata aerea sono state imbarcate oltre 10 tonnellate di medicinali, materiale umanitario, microscopi e attrezzature per allestire 3 camere operatorie.

In una recente serata conviviale, promosso dal Lions Club Roma Colosseum, il Generale Carboni - per le sue iniziative altamente umanitarie - ha ricevuto dalle mani del Primario Medico Prof. Alessandro Ciammaichella, Presidente del club, il "Melvin Jones", la più alta onorificenza della "International Association of Lions Club" a ricordo del suo fondatore (Chicago, Illinois, 1917).

SCOPERTA LA PROTEINA DELLA CELIACHIA

Le vere tolleranze alimentari sono soltanto due: quella alla lattasi e quella al glutine (celiachia).

E' stata ora scoperta la PROTEINA "Vp7" del rotavirus - microrganismo responsabile dell'enterite del bambino e col quale il 90% degli italiani viene in contatto - la quale nei soggetti geneticamente predisposti può scatenare il morbo celiaco. I celiaci in Italia potrebbero essere circa 400 mila, ma si arriva ad una diagnosi precisa solo in un caso ogni sette: diagnosticati ad oggi solo 35.000 casi.



La ricerca, già disponibile on-line, è merito di un lavoro congiunto tra ricercatori dell'Istituto Gaslini di Genova e quelli dell'Università di Verona. Lo studio, durato due anni, è stato condotto su due campioni, di 60 e 200 soggetti, tra adulti e bambini, tutti celiaci.

"PALLOTTOLA ADIPOSA DEL BICHAT" E SUZIONE

Nel lattante in stato di grave denutrizione - evento frequente nell'Africa subsahariana - l'ultimo distretto adiposo a scomparire è quello delle guance, detto appunto "pallottola adiposa del Bichat". La causa fisico-chimica: i trigliceridi di questo settore hanno un più alto punto di fusione rispetto a quelli di altre zone.

Ciò soddisfa un preciso finalismo. Funzione fondamentale del lattante è la su-

zione, indispensabile per la sua sopravvivenza. La persistenza della pallottola adiposa - che non si affloscia - gli consente di mantenere beante il cavo orale il quale, a causa della pressione negativa dovuta alla suzione sul capezzolo materno, può in tal modo riempirsi facilmente di latte.

DISFUNZIONE ERETTILE NEL DIABETICO

La patogenesi di questo sintomo comprende 4 cause - 3 arteriose, 1 neurologica - che, variamente intrecciandosi fra loro, portano alla compromissione della "vis coeundi". 1) Macroangiopatia diabetica: ateroma stenotico di un'arteria di medio calibro, es. la ipogastrica; 2) Microangiopatia con riduzione di calibro delle arteriole e dei capillari dei corpi cavernosi: queste arteriole sono molto sottili, ancor di più di quelle coronariche; 3) Disfunzione con diminuita produzione di NO, vasodilatante, molto abbondante nei corpi cavernosi.

4) Neuropatia diabetica, che si inquadra nel vasto gruppo delle neuropatie disautonomiche: l'erezione richiede l'azione vasodilatatrice del parasimpatico. Questa complicità neurologica è molto frequente nel diabete tipo 1: nell'80% dei casi.

MISCELLANEA RASSEGNA ALLA FIBRILLAZIONE

Se dura da più di 3 anni. Se il paziente ha oltre 76 anni e/o è in 3° o 4° classe NYHA. Se l'atrio sn è maggiore di 65 mm. Se vi è refrattarietà ai farmaci antiaritmici.

OBESITA' E ASPETTATIVA DI VITA. Il continuo allungamento dell'età media

di vita subirà in Italia un brusco arresto per colpa dell'obesità, che notoriamente abbrevia la vita stessa. A metà di questo secolo gli epidemiologi prevedono che coloro che decederanno in quegli anni avranno vissuto meno dei propri genitori.

BLOCCO DEGLI AT-2 E MICROCIRCOLO. Il blocco dei ricettori dell'ANGIOTENSINA-2° dovuto ai SARTANI, comporta un miglioramento del microcircolo: aumentano il numero delle arteriole e dei capillari, rarefatti nell'Ipertensione arteriosa.

MOBBING. E' mobbing anche la pressione psicologica esercitata dal SSN sui Medici ospedalieri e di famiglia perché facciano di tutto per risparmiare. Purtroppo i vincoli di spesa sono sempre più ristretti e i parametri di salute dei cittadini vengono posposti alle esigenze economiche.

GRAVIDANZA E IPERTENSIONE. ACE-inibitori e bloccanti dei ricettori di AT-2 sono controindicati in quanto tossici per il feto: non dimostrato un effetto teratogeno. Sono invece indicati il metildopa, i beta-bloccanti (labetalolo) e i Ca-antagonisti: questi ultimi non vanno associati al solfato di magnesio per evitare un potenziamento dell'effetto ipotensivo.

TESSUTO ADIPOSO E SISTEMA RA. L'obesità addominale, specie dell'omento, causa una prematura mortalità cardiovascolare, molto più dell'obesità sottocutanea. Il tessuto adiposo va considerato un vero organo endocrino che produce diversi componenti del Sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAA): angiotensinogeno, ACE, ricettori dell'angiotensina-2.

I farmaci nuovi sono veramente piu' efficaci?

I farmaci di nuova introduzione sono spesso molto più costosi dei vecchi, ma solo raramente vi è una reale e importante maggiore efficacia.

L'ultimo numero di Therapeutics Letter [1] affronta il problema della spesa farmaceutica per medicinali di nuova introduzione.

Il bollettino inizia citando un articolo del BMJ [2] in cui sono state analizzate le ragioni dell'aumento della spesa in Canada dal 1993 al 2003, aumento che è passato dai 141 dollari ai 316 dollari pro capite. L'aumento è dovuto essenzialmente alla introduzione nel mercato di nuovi farmaci e al conseguente spostamento delle prescrizioni verso di essi. Tuttavia solo 68 dei nuovi farmaci sono stati giudicati realmente innovativi mentre per la quasi totalità (ben 1005 prodotti) non c'erano sostanziali vantaggi rispetto ai medicinali già in commercio. Circa l'80% della spesa era imputabile ai cosiddetti "farmaci me-too" o farmaci fotocopia. Da considerare che, mediamente, un farmaco me-too nuovo costa 2,5 volte di più di un farmaco usato per la stessa patologia ma già in commercio.

Secondo una revisione della rivista francese Prescrire solo il 2,2% dei nuovi farmaci rappresenta una vera innovazione terapeutica; nel 7% dei casi il nuovo farmaco porta ad alcuni vantaggi senza cambiare la pratica terapeutica già esistente; nel 15% dei casi il vantaggio terapeutico dei nuovi farmaci è stato giudicato minimo e nel 69% dei casi nullo rispetto alle alternative più datate; nel 4% dei casi il giudizio rimane sospeso perchè gli studi esistenti non permettono di trarre conclusioni affidabili.

Therapeutics Letter conclude che nella maggior parte dei casi i nuovi farmaci immessi in commercio non rappresentano un reale progresso rispetto ai vecchi e che una prescrizione oculata permetterebbe di allocare risorse sanitarie in modo più appropriato.

Fonti:
1. Therapeutics Letter n. 59. Disponibile al sito: <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter59.htm>.

2. Morgan SG et al. "Breakthrough" drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada. BMJ 2005;331:815-816.

**Parte la caccia alle streghe
Crocifiggi il medico prescrittore!**

Fedeli al principio "colpirne dieci per educarne mille" le attuali Autorità Sanitarie hanno scatenato una caccia all'untore che lascerà morti e feriti sul campo, ma che difficilmente porterà benefici reali, sia per quanto riguarda il risparmio che eventuali possibilità di collaborazione tra medici e istituzioni.

Le ASL hanno infatti ricevuto l'ordine di inquire (ma con risultati concreti, che lasciamo immaginare) un certo numero di "iperprescrittori" di ciascuna ASL, facendo le bucce mediante un minuzioso controllo a tutte le ricette da questi rilasciate. Non ci stancheremo mai di ripetere che "iperprescrittore" NON è sinonimo di "prescrittore inappropriato", e che un medico può avere cento o mille motivi per

prescrivere legittimamente più della media dei colleghi. La parte pubblica, però, da questo orecchio non ci sente: parecchi colleghi si vedranno presentare un minuzioso conteggio delle confezioni prescritte, preciso all'inverosimile. Se ci saranno state delle leggerezze, statera' alle Commissioni Ap-

propriatezza valutare la gravità; se ci sono state vere e proprie scorrettezze, allora saranno dolori...



LA RICERCA FARMACEUTICA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA.

MERCK SHARP & DOHME
MERCK SHARP & DOHME GmbH S.p.A.
Via E. Piaggio, 1 - 00197 Roma
www.merck.it

Chi dorme non piglia pesci. Ma chi lo dice?

Smentito un diffuso luogo comune

Sembra che andare a letto presto e alzarsi alle prime luci dell'alba non migliori la salute nè il portafoglio.

Un proverbio anglosassone recita che chi si corica con le galline e si alza al canto del gallo diventa più sano, più ricco e più saggio (ipotesi di Ben Franklin). Ma vi è un'altra interpretazione, meno favorevole (ipotesi di James Thurber), per cui si diventerà anche più sani e più ricchi ma si muore prima.

Per chiarire infine la questione alcuni ricercatori hanno chiesto a 949 infartuati ricoverati a che ora andavano di solito a letto e a che ora si svegliavano la mattina. In base al livello educativo e alla zona di residenza dei vari partecipanti è stata stimata la loro posizione economica e la loro saggezza. Poi per un periodo di 3,7 anni i pazienti sono stati seguiti per determinare il tasso di mortalità. Venivano definiti "early to be and early to rise" chi si coricava prima delle ore 23 e si alzava prima delle 6,30 del mattino.

Si vide che nè la mortalità nè il livello educativo erano in qual-

che modo legati alle abitudini dell'andare a letto presto o tardi e neppure all'ora dell'alzata mattutina.

Sulla base del loro studio gli autori bollano come falsa sia l'ipotesi di Franklin che quella di Thurber.

Fonte: CMAJ 2006 dec 5; 175: 1560-1562.

Commento di Renato Rossi

Da noi si dice che le ore del mattino hanno l'oro in bocca, ma sembra proprio che dovremo rivedere il nostro proverbio. E pensare che chi scrive ne faceva talmente affidamento da alzarsi ogni mattina alle cinque, addirittura prima che il gallo cominciasse a cantare la prima volta, non tanto perchè attratto da una migliore salute o da una maggiore saggezza, quanto dall'oro di cui favoleggiava la nostra sapienza popolare. Dovrà ricredersi ovviamente, però, nonostante le evidenze contrarie penso che persisterà in questa abitudine, anche perchè alle dieci della sera gli occhi gli diventano così pesanti che se non trova un letto nelle vicinanze si adatterebbe a dormire anche sul pavimento.

Il medico e' bello? Deve fare il chirurgo!

E' confermato: sono i chirurghi i medici piu' belli, secondo il gentil sesso

Scopo di questo studio era di testare l'ipotesi che i chirurghi maschi sono più alti e più belli dei loro colleghi internisti; l'end-point secondario era di paragonare entrambi con gli attori che impersonano i medici sullo schermo.

Lo studio è stato effettuato a Barcellona: sono stati scelti in modo casuale 12 chirurghi maschi e altrettanti internisti, confrontati poi con 4 attori che sullo schermo impersonano dei medici, paragonabili per età (50 anni). Un comitato indipendente, composto da donne, esprimeva il giudizio finale, insindacabile.

I chirurghi sono risultati in media più alti degli internisti (179,4 cm vs 172,6 cm; P = 0,01). Tuttavia i 4 attori scelti come controllo erano, a giudizio unanime delle giudicanti, più belli sia dei



chirurghi che degli internisti reali.

Gi autori concludono che non è ancora chiaro se le differenze riscontrate siano genetiche o dovute a fattori ambientali.

Fonte: Trilla A et al. Phenotypic differences between male physicians, surgeons, and film stars: comparative study. BMJ 2006 Dec 23; 333: 1291-1293.

Commento di Renato Rossi

Lo studio, pubblicato dal prestigioso BMJ, mette finalmente fine ad un dubbio che mi pervade da quando frequentavo le cliniche universitarie: come mai dovevo sempre guardare i chirurghi dal basso verso l'alto mentre potevo fissare direttamente negli occhi gli internisti?

Forse qui sta l'intima ragione che mi

ha portato a rifiutare di primo acchito le branche chirurgiche.

Lo studio non spiega come mai i chirurghi siano più alti dei medici, afferma solo che si potrebbe trattare di fattori genetici o ambientali. In realtà le conclusioni sono minate da un formidabile bias di selezione. Probabilmente gli autori dello studio non hanno mai frequentato una sala operatoria altrimenti se ne sarebbero resi conto immediatamente. Il fatto è che i lettini operatori sono incredibilmente alti e solo chi supera una certa statura può lavorare comodamente

senza doversi alzare in punta di piedi o farsi portare uno sgabello. Ma, si dirà, i chirurghi non sono solo più alti degli internisti, sono anche più belli, ad unanime ed insindacabile giudizio delle componenti del comitato indipendente. Mi pare una conclusione inconfutabile: il verde della maglietta da sala operatoria è già di per sé molto glamour, se poi il bellocchio di turno è alto e abbronzato non c'è sfida. Per fortuna a riportare le cose un po' in equilibrio ci pensano le major hollywoodiane che, anche per i ruoli di internista, scelgono a ragion veduta. In effetti basta pensare al dr. Kilder oppure al più moderno dr. House (definito l'uomo più sexi del momento, forse per la sua ombra di barba che gli dona un aspetto cupo e tormentato che attira molto le donne) e ci si rende conto che sullo schermo anche gli internisti acquistano quello charme che non hanno nella vita reale. Ah mamma cara, perchè non mi hai fatto più alto?

Poco chiari nocività' e rischi dell' "abbiocco" da Sessione Scientifica, soprattutto ECM

Lo studio, eseguito in Canada durante una sessione di ECM della durata di due giorni, ha posto sotto osservazione una platea di circa 120 medici. Osservatori abilmente mimetizzati alle spalle del pubblico, ignaro di essere osservato, ha contato il numero di teste che si piegano repentinamente in avanti, considerate come segno di abbiocco, durante ogni singola relazione del corso ECM. L'abbiocco è stato arbitrariamente considerato un segno di attenzione sub-massimale, in mancanza di segni scientificamente più corretti (come ad esempio un EEG).

Per non far torto ai relatori è stato conteggiato solo un abbiocco per partecipante/relazione. Per l'analisi di regressione logistica l'evento-abbiocco è stato dicotomizzato come presenza ad una frequenza sopra o sotto la media.

Risultati: L'analisi ha dovuto subire un aggiustamento per l'abbandono di molti partecipanti prima del termine regolare dei lavori. La qualità delle relazioni variava da piacevole e istruttiva o monotona e ripetitiva, ad abborracciata e tirata via o istrionica e felliniana. La curva di incidenza degli abbiocchi ha variato da 3 a 23 per 100/partecipanti/relazione con una media di 16.

Commento di Marco Grassi

Nonostante la loro nota inefficacia didattica, le lezioni ex-cattedra (un modo monotono di trasferire nozioni dalle pagine di appunti dell'oratore alle pagine dell'ascoltatore, senza fermarsi nei cervelli di entrambi) continuano a dominare la scena dell'aggiornamento medico, detto anche pomposamente Educazione Medica Continua.

Alla luce di queste considerazioni preli-

minari non sorprende quindi che durante questi corsi succeda quanto i brillanti ricercatori canadesi hanno osservato e diligentemente riportato: l'abbiocco dell'ascoltatore. Questa evenienza, tutt'altro che rara, come ci documenta lo studio, sembra essere dose-dipendente (più è lunga la relazione, maggiori sono i casi di abbiocco) e correlato fortemente alle caratteristiche dell'oratoria (a maggior rischio di abbiocco il modo di argomentare tedioso, pedante, monocorde).

E' sor-



prendente invece notare come relazioni intrinsecamente noiose (quelle con argomenti oscuri e iperspecialistici o con pochi dati e analisi superficiali) presentano un basso tasso di abbiocco. Ciò potrebbe essere spiegato con la bizzarria della presentazione e/o dell'oratore. Spesso queste presentazioni sono infatti gravate da difetti tecnici (come il malfunzionamento del microfono o del computer) oppure l'oratore cammina avanti e indietro impallando continuamente lo schermo. Sebbene questi inconvenienti possano sconcertare l'uditorio aiutano a tenere svegli gli ascoltatori (anche se non vi è correlazione stretta fra stato di veglia e attenzione).

Lo studio presenta però importanti limitazioni. Innanzitutto non si tratta di uno studio in doppio cieco, anche se non è escluso che anche qualche osservatore si sia addormentato mentre avrebbe dovuto contare i colleghi in abbiocco. Questa evenienza rende ragione di una possibile sottostima del fenomeno. Alla possibile fonte di sottostima è l'osservazione di spalle (soluzione tecnica adottata dai ricercatori) che può far sfuggire dal conteggio coloro che si addormentano senza apparenti movimenti del capo (per esempio i soggetti con collo taurino o soggetti già allenati da precedenti esperienze a dormire senza dare nell'occhio). Un occhio ed un udito esperto è tuttavia in grado di cogliere il russamento e le apnee repentine di questi dormitori professionali. Escluse queste fonti di sottostima lo studio canadese ci presenta comunque un quadro realistico del fenomeno che potrebbe essere estrapolabile anche al contesto italiano.

In conclusione si può dire che il fenomeno dell'abbiocco durante i corsi di aggiornamento è più frequente di quanto si pensi. Studi ulteriori sarebbero necessari per verificare quanto questo deprecabile fenomeno possa mettere a repentaglio la salute dei pazienti dei medici disattenti (fino all'abbiocco) ai corsi di aggiornamento. Non è tuttavia priva di senso l'ipotesi che l'abbiocco sia una forma più o meno conscia di protezione verso aggiornamento di scarsa qualità e possa pertanto risultare perfino utile ad impedire l'acquisizione di nozioni di scadente qualità o superficiali e dunque inutili e pericolose.

Bibliografia: CMAJ; December 7, 2004; 171 (12)

Il silenziatore per cani! Una invenzione ormai improcrastinabile!

Un nuovo tassello sull'argomento del danno biologico: non solo traumi o malattie, ma anche situazioni di disagio che rechino disturbi alle normali funzioni fisiologiche.

La Corte di Cassazione ha infatti stabilito (con sentenza n. 26107/06) che la persona che abbia il sonno frequentemente disturbato o interrotto dal continuo abbaiare del cane del vicino, ha diritto ad essere risarcita. Un adeguato riposo costituisce un diritto, ne' sono rilevanti le difficoltà di far tacere l'animale, ne' conta il fatto che il disturbo sia arrecato ad un ristretto numero di persone (o addirittura ad una unica persona).

I magistrati hanno infatti precisato che il continuo lamento dei cani, specialmente di notte, è una circostanza potenzialmente idonea a disturbare il riposo e l'occupazione delle persone che risiedono nelle vicinanze, e che il diritto spetta anche nel caso in cui il disturbo dei cani venga arrecato a una sola persona. Solo: come dovrà essere fatto, un silenziatore per cani? E dove bisognerà omologarlo?

GZ Fonte: IPSOA

La Tazzina non fa male. E' ufficiale!

Finalmente gli amanti del caffè possono stare tranquilli: il loro cuore è al sicuro!

Un grande studio osservazionale prospettico, ottenuto combinando i dati dell'Health Professionals Follow-up Study (n = 44,005) e Nurses' Health Study (n = 84,488), ha seguito per 14 e 20 anni rispettivamente una coorte di soggetti sani al momento dell'arruolamento. I partecipanti hanno comunicato ogni 4 anni le loro abitudini riguardo al consumo quotidiano di caffè. L'esito rilevato è stato l'infarto miocardico non fatale e la mortalità cardiovascolare. Dopo aggiustamento per età, fumo e altri fattori di rischio cardiovascolare, il rischio relativo di sviluppo di patologia cardiovascolare nei soggetti consumatori abituali di caffè vs non consumatori non è risultato statisticamente significativo. I risultati sono sovrapponibili anche nel sesso femminile. Nè la quantità, nè il tipo di caffè assunto (decaffeinato o meno) sono associati ad un aumento di rischio.

Fonte Lopez-Garcia E, et al. Coffee consumption and coronary heart disease in men and women: a prospective cohort study. Circulation 2006;113:2045-53.

Commento di Marco Grassi

Molti pazienti evitano l'assunzione di caffè, spesso su consiglio medico, per paura che possa aumentare il rischio di malattie cardiovascolari. E' infatti nota la capacità della caffeina di aumentare la pressione arteriosa, importante fattore di rischio cardiovascolare. I dati sull'effetto della caffeina sulla pressione arteriosa non sono tuttavia univoci. Nel follow up di 32 anni di 1017 studenti di medicina (nel frattem-



po diventati medici, si spera) l'incidenza di ipertensione è risultata circa 3 volte superiore in quelli che bevevano da 1 a 5 tazze di caffè al giorno rispetto a quelli che non le bevevano. D'altra parte, un aumento dell'assunzione di caffè, documentato con accurati e ripetuti controlli, era associato ad una PA inferiore nei partecipanti allo studio MRFIT. Il caffè è, inoltre, una miscela di molte altre sostanze tra cui il potassio ed il magnesio che hanno effetti positivi sul sistema cardiovascolare. Anche il metodo di preparazione del caffè può influire sugli effetti dello stesso: il caffè espresso influenza la pressione arteriosa meno di quello "bollito" (per intenderci alla turca). Questo ampio e prolungato studio osservazionale non dimostra una relazione causale fra consumo di caffè e rischio di sviluppo di malattia cardiovascolare. Il caffè può quindi essere considerato una delle poche abitudini voluttuarie che ci possiamo ancora tranquillamente permettere senza mettere a repentaglio il nostro apparato cardiovascolare.

Bibliografia

1. Mead LA et al. A prospective study of coffee intake and hypertension: the John Hopkins precursor study. J Hypertension, 1996;14:S210
2. Stamler J. et al. Influence of body mass, alcohol, nutrient, fiber and caffeine intake to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Am J Clin Nutr 1997; 65 (suppl.):338-365

MONOBIOS

CLASSE A*

1000 mg - polvere e solvente per soluzione iniettabile
1 flaconcino polvere + 1 fiala solvente da 2,5 ml
per uso intramuscolare

J01DA17
cefonicid



I conguagli della Regione Lazio: non e' ancora finita

I numerosi errori contenuti negli attuali "perfetti" tabulati obbligano la Regione ad un riesame degli stessi e ad una serie di correzioni. Ma il rimedio rischia di essere peggiore del male

Dopo le nostre proteste, e le proteste di coloro che hanno protestato seguendo le nostre indicazioni, la Regione Lazio ha capitolato: ha dovuto riconoscere che i tabulati attuali contengono errori assai gravi, e che e' necessario procedere ad una rielaborazione degli elenchi. Pero'... non tutto, in questa storia, va ancora per il verso giusto.

La Regione ha infatti riconosciuto la presenza di gravi errori, e ha disposto, per la loro correzione, il controllo mediante confronto con i tabulati "storici". Ma se quelli erano addirittura piu' sbagliati di quest' ultimo, come possono servire per un controllo serio???

Si puo' correggere un tabulato sbagliato mediante uno ancora peggiore? Non si rischia di ritirare fuori vecchi errori ormai corretti, anziche' annullare quelli nuovi?

I tabulati "definitivi" poi (il termine comincia a suonare comico) verranno distribuiti al medico nel mese di gennaio 2007; le trattenute inizieranno (grazie, Regione!) solo ad aprile.

Ci chiediamo: ma come e' possibile ricontrollare tutto in un cosi' breve lasso di tempo?

Insomma la confusione non sembra affatto risolta.

E' ovvio e normale che si debbano restituire quote riscosse indebitamente, anche se cio' e' avvenuto incolpevolmente, per errori e ritardi certamente non imputabili al medico. E' necessario pero' che tali restituzioni vengano effettuate in base a criteri di trasparenza e di inequivocabilita', mediante riscontri positivi effettuati a priori, e non mediante calcoli presuntivi con correzioni effettuate a posteriori.

Per favorire la Regione nelle sue correzioni, ed i colleghi nei loro controlli, riportiamo appresso una serie di situazioni realmente riscontrate, che indicano la presenza di errori molto gravi, sistematici, indici di "bugs" (cioe' di difettosa programmazione dei sistemi computerizzati)

zati) e ben diversi dai "normali" errori di digitazione e di classificazione facilmente riparabili.

Vogliamo sottolineare, infatti, che il computer non opera scelte di criteri o di soluzioni a suo giudizio, bensì applica ciecamente e inesorabilmente le regole dettate dai programmatori; e se ci sono errori di impostazione, questi non possono essere corretti paziente per paziente, ma va rivista l'impostazione generale del programma.

La Regione presenta i suoi tabulati come "autentici fino a prova contraria"?

Ha l'obbligo, allora di far si' che riportino dati veramente dimostrati, e non solo presunti; se operasse secondo questo criterio, tradirebbe l'incarico assuntosi.

Ecco qualche caso clamoroso:

- Un collega ha lasciato da diversi anni la Medicina Generale per la Pediatria di base. Naturalmente ha perso tutti i pazienti "anziani" restando confinato all'ambito pediatrico, ne' ha piu' ricevuto emolumenti derivanti da assistenza a pazienti non pediatrici. Eppure la Regione contesta per gli anni 2000-2003 dei soldi che avrebbe percepito per quote anziani e perfino per visite in pazienti ricoverati in RSA, cosa ovviamente impossibile. Eppure il computer afferma che queste somme sono state effettivamente versate!

- Una collega lavorava in una diversa provincia del Lazio finche' , negli anni '90, decideva di trasferire il proprio studio a Roma. In seguito al trasferimento perdeva i pazienti dell'altra provincia e ricominciava da zero. Ora la Regione le richiede indietro una serie di quote che sarebbero state pagate negli anni 2000-2003 per pazienti deceduti che, all'analisi dei nominativi, si rivelano essere i "vecchi" pazienti, quelli non piu' in carico dagli anni 90, certamente non pagati al medico ma che il computer (o i suoi

programmatori) continua a considerare in carico.

-Un collega va in pensione prima degli anni "incriminati".Riceve tuttavia un tabulato con richiesta di rimborso per i soliti morti che gli sarebbero stati pagati fino al momento attuale. La cosa e' palesemente impossibile; per sua fortuna il computer ha effettuato (nel suo caso) un controllo a posteriori che riporta a zero la richiesta di rimborso. Il fatto pero' che in un primo momento il computer gli avesse attribuito delle quote NON REALMENTE PERCEPITE, dimostra che il procedimento attuato dal computer si basa verosimilmente su calcoli e situazioni "presuntive" e non su dati reali. Se il medico non fosse andato in pensione ma fosse ancora in servizio, avrebbe avuto molte difficolta' a dimostrare di non aver percepito quelle quote!

-Un caso simile per un medico, malato e sostituito per alcuni mesi senza aver percepito in quel periodo alcun compenso (in quanto la Regione aveva pagato direttamente il sostituto). Anche a lui sono state richieste indietro quote per quel periodo in cui non poteva averle ricevute.

- Una paziente e' stata iscritta tra i deceduti, pur essendo tuttora vivissima. Fin qui nulla di male, un errore di digitazione puo' capitare a tutti. Si reca quindi, per sanare la situazione, alla ASL dove viene riiscritta. Nel nuovo tabulato, pero', la paziente risulta ancora deceduta dal 2000 al 2004 (per cui la Regione chiede indietro le relative quote) e risuscitata, (nello stesso CD della Regione!) nel 2005. Il programma del computer regionale e' cosi' "stupido" che neanche la scoperta dell'errore ha portato alla sua correzione. Per un caso scoperto, quanti ce ne possono essere di non individuabili per un motivo o per l'altro?

- Esistono i casi dei "deceduti dopo trasferimento": si tratta di pazienti (alcuni

perduti da molti anni) trasferiti in altro ambito territoriale. Questi pazienti andrebbero quindi cancellati con il recupero di 3 mensilita', come concordato. Ma siccome gli anni passano, e tutti dobbiamo morire, alcuni di questi pazienti sono poi deceduti e la Regione richiede indietro le quote di molti anni. Ma, riteniamo noi, se il paziente e' stato perso per trasferimento, il rapporto va chiuso in quel momento, e nulla conta cio' che succede in seguito; il paziente puo' essersi iscritto ad altro sanitario, e questo puo' non essere stato registrato per errore, semmai, della Regione.

- Si rileva inoltre, nell'elenco dei "deceduti", una serie di pazienti "dispersi", probabilmente non correttamente identificati, in quanto spesso non vengono riportati ne' il codice fiscale ne' le generalita' corrette; si tratta probabilmente di pazienti andati persi negli anni, prima che l'anagrafe generale degli assistiti fosse a regime. Questi pazienti vengono conteggiati per morti, ma in realta' non e' detto che lo siano. Chi scrive ne ha individuati alcuni perduti per trasferimento in altre Regioni diversi anni fa. Forse che la data del trasferimento sia stata annotata invece come decesso? E in tal caso non andrebbero conteggiati come trasferiti? E' molto difficile verificare tali aspetti, dato il tempo trascorso, ma non riteniamo lecito che la regione li classifichi come "deceduti in carico" senza una prova positiva ma con criterio presuntivo.

- Nel 2000 la Regione ha operato un primo conguaglio, a cui molti medici si opposero in via giudiziaria. Altri invece preferirono accettare e chiudere le pendenze arretrate (e alcune ASL riscossero in toto le somme di chiusura del conguaglio). Ora la Regione ripescia i dati del 2000. Ma se si e' effettuato un conguaglio definitivo proprio sulla base di richieste avanzate allora dalla Regione, e' lecito e ragionevole riaprire il discorso?

- I casi del 2000, inoltre hanno ormai superato la soglia di prescrizione di 5 anni. La riapertura di questo periodo

appare finalizzata solo a far cassa e a "provarci", come dicono a Roma.

Avete fatto caso che le correzioni sono tutte e sempre in negativo, e non viene mai aggiunta una quota in positivo, cioe' a favore del medico? Occorre perciò poter verificare non solo QUANTE, ma anche QUALI quote andavano pagate, mese per mese. I riepiloghi mensili presenti nel CD Regionale (oltre ad essere di dubbia affidabilita' in quanto spesso diversi da quelli pubblicati sul sito web regionale ufficiale) indicano i nominativi che all'epoca sarebbero stati in carico al medico ma NON INDICANO le quote-paziente da pagarsi. Infatti e' facile verificare come spesso manchino sia le quote concernenti la continuita' assistenziale degli extracomunitari per i mesi di interruzione dell'iscrizione, che le quote percepite dal medico per i pazienti trasferiti, anteriormente agli ultimi tre mesi richiesti indietro dalla Regione.

In altre parole occorre ricordare che, se un paziente si e' trasferito a gennaio e la regione ha annotato il trasferimento solo il 31 dicembre, il medico dovra' restituire tre quote (ottobre, novembre, dicembre) ma ha diritto alle quote concernenti i mesi da gennaio a settembre.

Tutto questo va riportato nei tabulati.

Esistono altri elementi che fanno sospettare procedure non proprio trasparenti, come i numerosi casi di pazienti iscritti e cancellati nello stesso giorno; la procedura puo' essere stata inventata per sanare certe manchevolezze organizzative, ne' possiamo valutare se comportino danno per il medico, ma siccome riteniamo inverosimile che tanta gente abbia scelto un medico per poi ricusarlo lo stesso giorno (o viceversa), riteniamo che si tratti di elementi "non veri" che rendono quindi inattendibili i dati dei tabulati.

Daniele Zamperini

L' "animale burocratico" : in bilico tra il suicidio collettivo e la rivoluzione armata.

Come si rovina una categoria professionale

Ogni giorno viene introdotta qualche novita' tesa a controllare le prescrizioni, ridurre le spese e limitare (per sfinimento, pensiamo) la capacita' e l'autonomia prescrittivi del medico.

Farmaci con nota AIFA e Piano Terapeutico, farmaci con nota AIFA ma SENZA, piano Terapeutico, farmaci con Piano Terapeutico ma SENZA nota AIFA, farmaci senza Piano Terapeutico e senza nota AIFA ma distribuibili solo dall'Ospedale, farmaci distribuibili solo dalle ASL, farmaci distribuibili in farmacia ma per none e per conto della ASL. E sempre con l'incubo della responsabilita', di dover rispondere anche di errori incolpevoli causati dalla burocrazia.

Basta!

Vogliamo un lavoro gratificante, un guadagno dignitoso, una possibilita' di progressione di carriera e di mutamento di incarico, quando l'eta' e la salute ce lo dovesse richiedere.

Vogliamo fare i Medici!!!

Il Medico di Famiglia



Dove va la sanità del Lazio?

Intervista al vicepresidente della Commissione Sanità Regionale

On. De Lillo



“La Sanità non è innanzitutto un problema di bilanci ma un servizio al cittadino: una verità quasi ovvia che oggi, nel Lazio, sembra invece dimenticata. Da un anno e mezzo dalla Giunta regionale arriva sempre e soltanto un messaggio, tagliare. Un messaggio a senso unico: quasi mai i tagli, i nuovi ticket e tutte le altre iniziative in materia di Sanità vengono elaborate o almeno confrontate con gli addetti ai lavori.” La testimonianza diretta sui metodi del nuovo corso in materia di sanità regionale viene da Stefano De Lillo, vicepresidente della Commissione Sanità della Regione Lazio dove è stato eletto consigliere con Forza Italia. “Nel primo anno e mezzo la Commissione ha lavorato pochissimo. Come le altre Commissioni regionali, anche questa ha perso il suo ruolo, che il centrodestra nei suoi cinque anni di gestione aveva esaltato, di fucina di provvedimenti fondati sulla base solida di una preventiva e accurata costruzione. Ora a decidere è sempre più la Giunta, con effetti a volte sorprendenti come l’ipotesi di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale. UNA INIZIATIVA GIUSTIFICATA DALLA RIDUZIONE DEI COSTI “Secondo la Giunta Regionale il valzer degli ospedali dovrebbe ridurre la spesa sanitaria del Lazio, ma chiudere ed aprire i centri di una rete ospedaliera importante e complessa come quella del Lazio non è certo cosa indolore, non solo per i disagi che rischia di provocare ma in primo luogo proprio per i costi che promette di avere. Anche dopo una eventuale ristrutturazione infatti la rete non potrebbe non continuare a garantire i livelli attuali di servizi essenziali, come quelli di pronto soccorso, la cui efficienza è strettamente legata alla più ampia distribuzione sul territorio: ed è chiaro che chiudendo ospedali si ridurrebbero drasticamente anche il numero dei pronto soccorso, rendendo più difficili e a rischio gli interventi di emergenza. E’ poi necessario tenere conto del servizio offerto da alcuni ospedali che oltre a soddisfare la domanda di posti letto regionale offrono la possibilità di cura ai cittadini di tutto il Paese: parliamo in primo luogo dei Policlinici della Capitale che grazie alla competenza di strutture e funzioni diverse svolgono attività di studio e ricerca di rilevanza internazionale. Smembrarli significherebbe perdere il valore di eccellenza e con esso un servizio essenziale per tutto il Paese. Chiudere ospedali è inoltre più facile che aprirne di

nuovi, gli stessi tempi necessari per le due operazioni sono molto diversi, e si rischia quindi di togliere qualcosa di certo affidando ad un futuro incerto gli ospedali da costruire.” COLLEGATA ALL’IPOTESI-TAGLI C’E’ LA PROPOSTA DI RIDUZIONE DEI GIORNI DI DEGENZA E’ evidente che la riduzione “forzosa” dei giorni di degenza previsti per le singole casistiche è la via per giustificare il taglio dei posti letto. Il problema però è che quando si parla di sanità e soprattutto di degenza non è possibile mettere il carro delle esigenze economico-amministrative davanti ai buoi della terapia, né è possibile che fra i criteri per l’elaborazione delle diagnosi rientrino o peggio ancora prevalgano le esigenze di cassa. Il fatto è che da un anno a questa parte la Sanità della Regione Lazio sembra aver perso del tutto il suo contenuto profondo di servizio al cittadino per divenire un mero problema di bilancio che si vuol far pagare ai cittadini e al personale sanitario. Solo così si spiegano tagli di posti letto che non si possono giustificare con i soli criteri terapeutici: una misura che crediamo debba essere rivista alla luce dei reali tempi di degenza previsti nei singoli reparti per le singole terapie. PASSANDO AL SETTORE FARMACEUTICO, MOLTI SI CHIEDONO COME MAI, DOPO TANTE PROMESSE, I TICKET STANNO PER TORNARE. Si tratta in effetti di una vicenda a dir poco contraddittoria: l’eliminazione del ticket sui farmaci era stata infatti una battaglia con cui il centrosinistra al governo della Regione aveva voluto marcare la discontinuità col centrodestra: dopo un anno e mezzo, e con il fattivo contributo del Governo nazionale anch’esso di centrosinistra, la Giunta regionale imporrà non uno ma molti ticket. Oltre a quelli sulla specialistica, dieci euro a ricetta e quarantatre per il pronto soccorso, nuovi ticket arriveranno perché quello del Lazio è uno dei sistemi sanitari che hanno superato i tetti di spesa: una questione, questa, su cui il centrosinistra regionale avrà molta difficoltà a farsi schermo con la Finanziaria del Governo nazionale, con la quale è definitivamente terminato l’idillio primaverile e un po’ equivoco dell’affiancamento per il ripianamento del deficit sanitario. Si tratta infatti della logica conseguenza delle politiche della Sanità della Giunta e dell’assessore Battaglia, che non solo eliminando il ticket sui farmaci ma anche sospendendo le cartolarizzazioni ha invertito il trend di risanamento che il centrodestra aveva imposto alla spesa sanitaria regionale, che quindi è tornata a salire. RIENTRANO NELLA STESSA LO-

GICA ANCHE LE NUOVE PROCEDURE PER L’OTTENIMENTO DEI FARMACI DA PARTE DEI MALATI DI TUMORE O DEI MALATI PSICHIATRICI? Non ci può essere spiegazione diversa ma non si capisce quali vantaggi derivino al sistema sanitario regionale dalla astrusità di norme come quelle per l’ottenimento dei farmaci da parte dei malati di tumore e dei malati psichiatrici. L’imposizione di code per l’ottenimento di timbri e autorizzazioni varie finisce per essere soltanto una inutile vessazione nei confronti di persone malate, considerate come un problema economico anziché innanzitutto come persone: non si può infatti immaginare, come forse si è fatto, un percorso di dissuasione all’acquisto di farmaci nei confronti di persone che ne hanno una necessità non saltuaria o estemporanea ma letteralmente vitale, e che per questo continueranno comunque a farvi ricorso.

E’ necessario quindi rivedere le procedure per l’acquisizione dei farmaci. Al centro del progetto terapeutico devono tornare ad esserci il medico curante ed il paziente e non, come accade nel Lazio da un anno e mezzo a questa parte, la burocrazia. INSOMMA, SCELTE DISCUTIBILI NEL MERITO E NEL METODO. E’ difficile prendere decisioni di questa portata in maniera unilaterale. Purtroppo per la Giunta regionale, la responsabilità di decisioni che si stanno per tradurre in nuovi ticket non è stata condivisa con il Consiglio, che non ha potuto prendere atto delle iniziative dell’assessore neppure in Commissione Sanità. Decine di nostri appelli per riportare la politica regionale della Sanità nei binari di un percorso democratico sono caduti nel vuoto. Ancora più imbarazzante il fatto che anche gran parte delle parti sociali, non coinvolte nell’elaborazione delle politiche regionali sulla Sanità, a cose fatte non ha condiviso e anzi ha decisamente avvertito le decisioni della Giunta regionale in materia di Sanità.

Il risultato è che ora la Giunta regionale del Lazio e l’assessore Battaglia si trovano con le spalle al muro, in primo luogo di fronte ai cittadini vittime dei nuovi ticket.”

Dall’altra parte...

I disservizi della sanità visti dal medico-paziente

Ieri sono andata a fare una mammografia ed eco prenotata in luglio, in una radiologia di un ospedale della mia asl. L’impegnativa aveva il mio nome intestato come utente e il timbro come medico. Io non parlo, mi siedo e aspetto. C’è una sola signora prima di me e la sala vuota con 5-6 infermiere che si affaccendano a cercare cartelle che non trovano. Ore 14.20. Passano e ripassano camici bianchi, forse tecnici con le mani in tasca. Penso, quanto poco lavoro hanno oggi. Tocca a me e già il tecnico mi apostrofa che sono sulla sedia sbagliata, le mamme in attesa sono sulle sedie a dx e non a sin. Cavolo rispondo, mettete un cartello. Entro nell’ambulatorio, passano i minuti, il tecnico legge e rilegge l’impegnativa, sbuffa poi fa, guardi signora non c’è il suo nome negli appuntamenti, forse doveva andare nell’altro ospedale. Stranamente non mi incazzo, rido dentro di me ed immagino i miei pazienti. Gli rispondo che l’appuntamento è presso di loro e che l’ho pure scritto a matita sull’impegnativa. Lui la riguarda e mi dice che sbaglio, il mio nome non c’è nella lista. Rivelo la mia identità...cavolo sono la dssa xy il CUP mi ha detto che dovevo essere qua e qua rimango. Intanto è passata mezzora. Ero indecisa se chiamare il DG sul suo cellulare, poi rinuncio tanto non è in grado di prendere decisioni. Cavolo ecco come si spiegano i tempi di attesa. Il tecnico si rabbionisce, va a parlare non so con chi, torna dicendomi che “tutti sono dalla sua parte dott” ma mi fa vedere (ammazza la privacy) la lista dei pazienti sul Pc. Nomi di persone con relativo esame, presi dal CUP appuntamenti a gruppi di 3-4 per lo stesso orario, una specie di overbooking. In effetti il tecnico ha

le sue ragioni, io non risuldo!!! Fuori non c’è anima viva, dove sono i pazienti?? Comunque mi fa la mammografia e parliamo dei problemi organizzativi. Loro ce l’hanno con la CUP, dice che sono impreparati, non sanno prendere gli appuntamenti e si ritrovano con un sovraccarico di lavoro. I geni dell’amministrazione vogliono da loro un esame ogni 15 minuti 8 (qualunque esame) come del resto scadenzano le visite specialistiche ogni quindici minuti. Poi la gente si stupisce della scarsa umanità e di uscire semivestiti. Entro nello studio delle ecografie, c’è una brava dottoressa, paziente da piccola di mio marito, insieme le salvammo la vita, quando a 15 anni ce la portarono una sera a casa con ponfi da puntura di ape. In attesa dell’ambulanza si trasformò in elefant man e con mio marito prendemmo una strizza che stava morendo... Disturbata nei minuti che mi faceva l’eco da mille interventi delle infermiere, dei colleghi. Sembrava un mercato e lei povera si incavolava che non la lasciavano lavorare. Durante l’esame si è lamentata delle identiche cose di cui mi lamento io quando lavoro. In conclusione...anche io lavoro di più dei radiologi, se la loro routine è quella che ho visto, mi organizzo meglio nella distribuzione del lavoro anche se non posso affermare di accontentare tutti. Cosa vogliamo quando siamo pazienti??? Cosa vogliamo quando siamo medici o operatori sanitari? Di chi è la colpa di questo sistema di cose che pare non soddisfi nessuno? Io mi sono divertita...mi sono resa conto che forse siamo un pò tutti da cambiare. Elena Villani

A.M.I. – ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA – VIA MERULANA 272 – Tel. 06 4746344

Fax 06 4871092 – E-mail: siameg@tin.it

Il sottoscritto Dr. Nato a
 Prov....., il .../.../..., residente..... Prov.....
 Via N. CAP tel.....
 con stu. in Via N. CAP tel.....
 cell..... E-mail.....
 ASL di appartenenza Codice Fiscale

Operante nel/i seguente settore/i:

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

CHIEDE

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

DICHIARA che l’iscrizione

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

SOCIO ORDINARIO:	Settori dal n° 1 al 10	€ 100,00 annue
	Settori dal n° 11 al 15	€ 60,00 annue
SOCIO SOSTENITORE:	tutti i settori	€ 200,00

DATA _____ FIRMA _____

Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale:
 SI NO

LEGGE 675/96: ai sensi della Legge 675/96, presto il mio consenso a che l’AMI utilizzi i miei dati personali.

FIRMA _____

Associazione Medica

Pubblicazione Mensile dell’ Associazione Medica Italiana
 La Voce del Sindacato Medici Italiani - SMI –Lazio
 Direttore Responsabile Daniele Zamperini

Redazione:
 Angelo Filardo—Gaetano Mazzucconi
 Cristina Patrizi—Franco Sciarra
 Floriana Riddei—Beniamino Baldacci

Dir. E Ammin.: Via Merulana 272— 00185—Roma
 Tel. 064746344— 064871092
 Fax: 064871092

CEFOTAXIMA CT

CLASSE A*

1g/4ml - polvere e solvente per soluzione iniettabile per uso intramuscolare

J01DA10
 cefotaxime sodico



Come ci vedono (e non ci devono vedere...)

Sabato 21/10/2006 ho partecipato ad un incontro scientifico presso l'Ospedale Fatebenefratelli all' isola Tiberina.

In una cornice di bellezza straordinaria che ci riappacifica con una Roma spesso disumana, ha partecipato un buon numero di colleghi evidentemente interessati all' argomento: "La misurazione della pressione arteriosa".

Buona l'esposizione del collega Dario Manfellotto, che ha dato all'argomento così' elementare, una certa rilevanza.

Scrivo queste considerazioni quasi parlando a me stesso e rifletto sulla gaffe iniziale, assolutamente non voluta, da parte del collega quando ha aperto i lavori dicendo: "IMMAGINO SIATE TUTTI MEDICI DELLA FIMMG".

Dopo appena un istante di gelo a gran voce e' stato ribadito che i MMG non sono tali perché' iscritti alla Fimm e che la Fimm non e' assolutamente la MEDICINA GENERALE ITALIANA.

Comunque, a prescindere da questa giusta puntualizzazione, l'incontro e' servito soprattutto per ribadire l'importanza dell'automisurazione domiciliare della P.A. e della MAP (monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore detto Holter pressorio).

Alla fine dell' incontro sono stati presentati alcuni apparecchi misuratori di ultima generazione.

Gianuario Marotta

L'ira degli Dei colpisce ancora, ed emoziona lo spettatore L'efficacia di un esperimento teatrale e terapeutico romano

Al Teatro Anfione di Roma le Baccanti di Euripide, nell' efficace regia di Raffaele Castria, hanno danzato, riso, delirato e infine pianto, nella tragedia dell' uccisione involontaria del figlio prediletto.

E la tragedia, colma di riferimenti archetipici, di atmosfere oniriche e di misteri, con l' apporto decisivo di una splendida coreografia, ha emozionato e coinvolto il pubblico in sala.

Importante anche il contributo dell' intera équipe scenografica, capace di creare atmosfere di profonda suggestione.

Lo spettacolo e' stato tenuto dal gruppo teatrale "La Voce della Luna", formato da allievi (e nessuno direbbe che sono solo dilettanti appassionati) del Centro Diurno Sperimentale Integrato della ASL RME di Roma (diretto da Anna Cacciotti), che unisce soggetti con disagio psichico a utenti ASL "esterni", semplicemente appassionati di teatro.

La professionalita' di Stefano Abbati e Ida di Lullo (rispettivamente Dioniso e Agave) ha costituito un forte punto di riferimento per le diverse personalita' degli altri attori, dilettanti ma estremamente coin-



Intolleranza al lattosio: come si diagnostica e come si cura?

L'intolleranza al lattosio può spesso essere diagnosticata sulla base dell'anamnesi e di una dieta di esclusione, mentre con i nuovi approcci non necessariamente si deve ricorrere alla eliminazione di latte e prodotti caseari.



Per intolleranza al lattosio si intende una sindrome clinica caratterizzata da dolore addominale, diarrea, nausea, flatulenza e/o meteorismo, e crampi addominali che compaio-

no dopo ingestione di lattosio o di cibi contenenti lattosio. Può essere dovuta ad insufficienza primaria di lattasi, che si sviluppa nei bambini a varie età ed è la causa più frequente, oppure ad insufficienza secondaria di lattasi, causata da lesioni del piccolo intestino come gastroenteriti da rotavirus, parassitosi intestinali, diarrea persistente, chemioterapia ecc. e che può svilupparsi ad ogni età. Nei bambini fino ai 2-3 anni se compaiono sintomi sospetti bisogna escludere altre cause perché' fino a quell'età l'intolleranza primaria al lattosio è rara.

Anche se la malattia non è pericolosa per la vita può portare a limitazioni dell'attività quotidiana e ad un peggioramento della

qualità di vita.

Come si diagnostica?

L'anamnesi può far sospettare la sindrome quando i sintomi (soprattutto dolore addominale e diarrea) mostrano uno stretto legame con l'assunzione di lattosio. La diagnosi può essere confermata con una dieta di 2 settimane priva di lattosio (attenzione ad eliminare non solo il latte ma controllare l'etichetta dei vari cibi per vedere se contengono lattosio). Se si tratta di vera intolleranza i sintomi si risolvono mentre la successiva reintroduzione dell'alimento

li scatena di nuovo. Nei casi più subdoli si può ricorrere all'hydrogen breath test: si somministra una dose standard di lattosio (2g/kg, massimo 25 g) e si misura la quantità di idrogeno espirato nelle 2-3 ore successive (un aumento dell'idrogeno espirato è diagnostico per malassorbimento di lattosio). La determinazione del pH fecale può essere un test non specifico ma utile di malassorbimento di lattosio in quanto la presenza di acidi grassi nelle feci ne fa aumentare l'acidità con conseguente riduzione del pH stesso. La diagnosi differenziale si pone con altre cause di dolore addominale e diarrea, non ultima la celiachia.

Come si cura?

La terapia di basa su una dieta priva di

latte e di prodotti caseari. E' importante perciò includere nella dieta altri cibi ricchi di calcio oppure supplementi di calcio, per non esporre il bambino o l'adolescente a possibili danni ossei. Tuttavia spesso i pazienti possono tollerare piccole quantità di lattosio (per esempio 1-2 bicchieri di latte al giorno) senza sviluppare sintomi e d'altra parte è importante avvisare i genitori che l'eventuale assunzione di lattosio non porta a danni della mucosa (al contrario della celiachia con l'assunzione di glutine). Molti bambini possono tollerare lo yogurt (meglio se naturale e non aromatizzato) dato che i batteri presenti digeriscono parzialmente il lattosio, e anche i formaggi stagionati, in cui la quantità di lattosio è inferiore a quella dei formaggi freschi. In alternativa si possono usare lattini privi di lattosio, lattini derivati dalla soia o dal riso, prodotti caseari contenenti lattasi, lattini con lattosio predigerito, o anche capsule contenenti lattasi, o prodotti contenenti Lactobacillus acidophilus. Con questi nuovi approcci una dieta completamente priva di latte e prodotti caseari è raramente necessaria.

Renato Rossi

Bibliografia:

Pediatrics 2006; 118:1279-1286. DOI: 10.1542/peds.2006-1721

volti e coinvolgenti.

E viene confermata la tesi degli organizzatori-terapeuti: il Teatro, nel suo coinvolgimento emotivo ed esistenziale, riunisce tutti in un' unica espressività e favorisce l' integrazione e il superamento dei propri limiti personali. Non e' un caso che questo gruppo ci sia chi sta trovando, nel mestiere di attore, un vero sbocco professionale.

Il Centro

Diurno

intende

dimostrare

così' che le terapie ed il sostegno ai soggetti in difficoltà' psichica non sempre necessitano solo di cure di tipo medico-psichiatrico ma possono positivamente attuarsi mediante meccanismi soft di piacevole e sentita partecipazione comune, creando una sorta di liberatorio "spazio di salute".

Ma lo spettacolo va visto indipendentemente dall' origine del gruppo teatrale: si tratta di uno spettacolo avvincente che, con solo qualche occasionale sbavatura (del tutto insignificante nell' economia generale della rappresentazione) regge benissimo il confronto con concorrenti ben più' blasonati e non fa rimpiangere allo spettatore ne' il tempo impiegato ne' il prezzo del biglietto. Da vedere.

DZ



Il Centro Diurno "La Voce della Luna" opera presso il Complesso S. Maria della Pietà, pad. 19 (Piazza S. Maria della Pietà - Roma). Possono partecipare (ed effettivamente partecipano) alle iniziative teatrali anche comuni cittadini amanti del teatro, riuniti presso una omonima Associazione Teatrale.

Le scenografie e i costumi sono prodotti presso i laboratori di falegnameria e sartoria annessi al Centro diurno e messi in opera dagli stessi pazienti, così come le elaborazioni delle sceneggiature.

I finanziamenti sono forniti dalla ASL RME, dal Comune di Roma e da eventuali sponsors di buona volontà'.



Segreteria Nazionale:

Via Livorno, 36 - 00162 Roma
Tel. 06.44254168 - Fax 06.44254160
Cod. Fisc.97442340580

www.sindacatomedicitaliani.it - email: info@sindacatomedicitaliani.it

Spett.le

A.U.S.L.

o Azienda Ospedaliera

o Università di

della Regione

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto dott. nato a

il residente a CAP Prov. in via

tel. cell. E-mail

AUTORIZZA

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

Euro 15,00

CHIEDE

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

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

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

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

Data

Firma

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

PRIVACY

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

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

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

Presto il proprio consenso:

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

Copia per la A.U.S.L.

Firma

CITIFLUX

CLASSE A

soluzione da nebulizzare 0,1 %
flacone 30 ml

soluzione da nebulizzare 0,1 %
15 contenitori monodose 2mg/2ml

R03BA03
flunisolide

