



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 17 - N. 10
OTTOBRE 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 210/2007 del 23/05/07

POSTE ITALIANE S.P.A.
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004) n. 46

MENSILE
STAMPA: POSTEL S.P.A.

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
00185 ROMA - VIA MERULANA 272
Tel. 06/4746344 - Fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it

Lazio: il Progetto MESIR. Le nozze con i fichi secchi?

La Regione Lazio avvia un ambizioso progetto di comunicazione telematica senza alcuna consultazione ne' corrispettivo per i medici, forse appoggiati da "soliti amici"

Diversi colleghi hanno ricevuto dalla LAIT (ente informatico collegato alla Regione Lazio) l'invito a partecipare ad un ignoto progetto informatico, il Progetto Mesir. Dalla scarna documentazione allegata si evince che tale progetto si propone di collegare in rete tutti i medici del Lazio, mediante un collegamento a banda larga. Sembra di capire che i medici lavorerebbero trasmettendo alla Regione tutte le loro prescrizioni e i loro dati d'archivio.

Diciamo "sembra" perché questo progetto è stato sviluppato senza alcuna partecipazione dei sindacati, o almeno senza partecipazione "palese". Ignoriamo se ci siano stati contatti più o meno riservati con individui o associazioni particolarmente privilegiate a livello regionale. Abbiamo però rilevato parecchi punti critici:

- Il collegamento perpetuo con la Regione comporta il controllo in tempo reale di tutte le prescrizioni. Si può verificare quindi la situazione che il progetto, lungi dal costituire un miglioramento del nostro lavoro, si trasformi invece in un comodo strumento di controllo e verifica in tempo reale

delle prescrizioni del medico.

- Progetti analoghi attuati in altre Regioni sono adeguatamente compensati. Dalla brochure inviata ai medici risulta invece che non sia previsto alcun compenso se non un abbonamento gratuito ad una connessione ADSL per due anni. Considerando che il progetto si rivolge a medici già informatizzati e probabilmente già abbonati ad un servizio analogo, non si capisce bene quale utilità possano averne.

- Dall' informativa presentata dall'azienda si evince anche che i Termini di Utilizzo del servizio vengono portati a conoscenza del medico solo all'atto del collaudo.

Ci sembrerebbe logico che questi elementi vengano semmai comunicati e diffusi prima della messa in opera, in modo da offrire al medico la possibilità di valutare i pro e i contro del servizio. Tutto ciò, ovviamente, presumendo che non ci siano stati accordi o valutazioni preliminari "sottobanco", cosa che riterremmo impossibile da parte di un Ente di derivazione pubblica che si rivolga alla generalità dei medici e delle sigle sindacali che li rappresentano.



Il logo del progetto MESIR

La calligrafia, ovvero l'arte dello scriver bene (le ricette...)
(pag.4)

Glitazoni: due nuove metanalisi e qualche problema

Due nuove meta-analisi sui glitazoni inducono a chiedersi se il pioglitazone sia più sicuro del rosiglitazone, ma la risposta per ora manca perché non vi sono confronti diretti tra i due farmaci. Due nuove meta-analisi, pubblicate contemporaneamente da JAMA, riportano l'attenzione della comunità scientifica sui glitazoni. Una prima meta-analisi [1] ha valutato gli effetti del pioglitazone sugli eventi ischemici cardiovascolari. Sono stati considerati 19 trials randomizzati per oltre 16.000 pazienti, in doppio cieco, in cui pioglitazone veniva paragonato ad un placebo o ad un farmaco attivo. L'outcome primario considerato era composto da morte, infarto miocardico e stroke. La durata degli studi andava da 4 mesi a 3,5 anni. L'outcome considerato si verificò nel 4,4% dei pazienti trattati con pioglitazone e (pag. 6)

Interventi per ritardare lo sviluppo del diabete

Una metanalisi dimostra che, in soggetti con ridotta tolleranza al glucosio, gli interventi sullo stile di vita riescono a ridurre il rischio di progressione verso il diabete tipo 2 perlomeno con la stessa efficacia dei farmaci.

In questa revisione sono stati selezionati alcuni studi randomizzati e controllati pubblicati fino a luglio 2006, in cui erano stati effettuati interventi sullo stile di vita o farmacologici con lo scopo di ridurre o ritardare la comparsa di diabete tipo 2 in soggetti con ridotta tolleranza glucidica. La ricerca ha permesso di ritrovare 21 RCT, 17 dei quali (8084 partecipanti) sono stati ritenuti idonei per la metanalisi. Il rischio di sviluppo di diabete, espresso come hazard ratio, risultò ridotto sia dagli interventi sullo stile di vita, sia dai farmaci antidiabetici, sia dall'orlistat.

Anche un preparato di erbe cinesi (jiangtang bushen recipe) ha dimostrato di ridurre il rischio di diabete, ma l'intervallo di confidenza suggerisce che il dato non è

Il punto sulla sindrome da fatica cronica

Le linee guida del NICE sulla sindrome da fatica cronica.

Il NICE britannico (National Institute of Clinical Excellence) ha pubblicato le linee guida sulla sindrome da fatica cronica (<http://www.nice.org.uk/CG053>). È l'occasione per fare il punto sullo stato dell'arte di questa patologia oscura.

I sintomi

La sindrome da fatica cronica (nota anche come encefalomielite mialgica) è caratterizzata da malessere e/o affaticamento che compaiono dopo uno sforzo o un'attività fisica.

Tipicamente la fatica è ritardata rispetto allo sforzo (di solito compare dopo 24 ore) ed ha la tendenza a risolversi lentamente.

Tuttavia la fatica non è un sintomo sufficiente per sospettare la diagnosi. Deve essere presente almeno un altro dei seguenti: alterazioni del sonno (insonnia, ipersonnia, sonno non riposante, ecc.), dolore muscolare o articolare senza segni obiettivi di flogosi, cefalea, disfunzioni cognitive (difficoltà a concentrarsi, deficit della memoria a breve termine, difficoltà a trovare le parole o a organizzare piani (pag.3)

l'effetto poco riproducibile.

L'NNI calcolato per i vari interventi è di 6,4 per gli interventi sullo stile di vita, di 10,8 per gli antidiabetici, di 5,4 per orlistat. Per quanto riguarda il preparato di erbe cinesi si va da un NNT di 24,8 ad un NNH di 16,9 (non sappiamo, in altre parole, se usando questo preparato si ha un caso di diabete in meno ogni 24 trattati o di diabete in più ogni 16 trattati).

Gli autori concludono che sia gli interventi sullo stile di vita che i farmaci possono ridurre la progressione verso il diabete tipo 2 in soggetti con ridotta tolleranza al glucosio e che i primi sono efficaci almeno quanto i secondi.



Psicologia clinica? Solo psicologi!

Con la sentenza n. 4483 del 23 agosto 2007 la Sezione VI del Consiglio di Stato ha stabilito che la specializzazione in Psicologia Clinica è accessibile esclusivamente agli psicologi. La psicoterapia, però, resta pertinente anche alla facoltà di medicina

Alcuni stralci della Sentenza:

"... L'accesso all'esercizio della professione di psicologo è regolato dall'art. 2 della richiamata legge 18 febbraio 1989, n. 56. La norma riserva l'esercizio della professione di psicologo ai laureati in psicologia i quali abbiano conseguito la necessaria abilitazione superando l'esame di Stato e siano iscritti al relativo albo professionale. Solo la specializzazione in psicoterapia è aperta, congiuntamente, ai laureati in psicologia ed ai laureati in medicina (art. 3 della medesima legge). Il dato normativo (pag.3)



Stato di agitazione per la Dirigenza Medica

I medici Dirigenti del SSN sono in agitazione, protestando per il ritardo dei rinnovi contrattuali e per l'esiguità dei finanziamenti messi a disposizione dalle parti pubbliche. Sta diventando un'utile abitudine quella di rinviare a data da destinarsi (a Roma direbbero "a babbo morto") i rinnovi dei contratti, in barba ai patti stipulati in precedenza e alle normative in materia. Lo SMI è comunque in prima linea per lo sbolco di queste situazioni intollerabili. Vi terremo al corrente sugli sviluppi della situazione

Malattie "dimenticate"
Torna la poliomielite?
(pag.3)

Novità dalla rete — Scienza e Medicina su Internet —
A cura di Navigator (A. Ciammaichella)
(Pag.5)

ALTA CLOR

CLASSE A

750 mg - compresse a rilascio modificato - 6 compresse

J01DA08 cefaclor



Ai soli psicologi la psicologia clinica, la psicoterapia anche ai medici (da pag. 1)

in realtà univoco, e su tale base questa Sezione ha già affermato l'illegittimità dell'istituzione di scuole di specializzazione in psicologia clinica nell'ambito della facoltà di medicina, in vista della loro apertura ai medici (decisione 2 marzo 2004, n. 981) sostenendo, in particolare che "ai laureati in medicina non è consentito acquisire specialità psicologiche diverse dalla psicoterapia"....".

Commento di Maurizio Mottola
Nel documento finale approntato nel marzo 2006 dalla Commissione per i problemi della psicologia e psicoterapia della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ed approvato dal Comitato Centrale della FNOMCeO nel giugno 2006, per quanto attiene la psicologia clinica si è comunque affermato: "Obiettivo a medio/lungo termine della FNOMCeO, riguardo alla problematica "psicologia clinica", secondo la Commissione dovrà essere quello di giungere alla istituzione di una nuova specializzazione denominata "medicina psicologica", riservata ai medici, con programma formativo di indirizzo psicologico, psicodiagnostico e psicosomatico e di una ulteriore, diversa specializzazione denominata "psicologia clinica", riservata agli psicologi, con programma formativo congruo alle loro competenze; entrambe le specializzazioni preparatorie ad un inserimento nel SSN. L'istituzione di una specializzazione in linea con altre esistenti in Europa potrebbe portare ad un suo riconoscimento comunitario". Dunque da parte dei medici è stato scelto il percorso della proposta e del confronto. Certamente come professionisti gli psicologi possono essere contenti del consolidarsi delle prerogative della loro professione e però come cittadini hanno da riflettere su quanto l'essersi adoperati per l'esclusione dei medici dalla psicologia clinica contribuisca culturalmente a voler rinchiudere la medicina nel-

lo specialismo tecnologico, il che sancirebbe ulteriormente la scissione tra corpo e psiche, proprio in un momento in cui un filone consistente della medicina mira al recupero dell'unitarietà dell'individuo nell'ambito dell'approccio alla malattia ed alla salute. La psicologia clinica è l'anello di congiunzione tra la medicina e la psicologia, in quanto affronta la possibile integrazione tra corpo e mente. Le malattie esprimono una concorrenza di fattori organici, ambientali e psichici ed il trattamento deve per questo essere integrato ed olistico. L'intervento dello psicologo clinico agisce in modo virtuoso anche sull'ambiente e sul luogo della cura per rendere l'ambito terapeutico sempre più funzionale. Gli ambiti di intervento dello specialista in psicologia clinica sono molteplici: nella medicina ospedaliera e territoriale; nella medicina di base e nella medicina psicosomatica e nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale e tutti questi ambiti prescindono e sono indipendenti dalla psicoterapia. Nel 1949 nasceva la prima scuola di formazione in Psicologia presso l'Università Cattolica di Milano per iniziativa di padre Gemelli, a cui poi doveva seguire, dopo qualche anno, quella che Marcello Cesa Bianchi insieme a Cesare Musatti aveva organizzato presso l'Università degli Studi di Milano. Questa scuola nasceva sulle ceneri dell'Istituto di Psicologia sperimentale del Comune di Milano, che era stato diretto per molti anni dal medico fisiologo Casimiro Doniselli e che a seguito delle vicende belleche



era stato chiuso. La Scuola di Specializzazione in Psicologia aveva vari indirizzi, di cui uno era appunto l'indirizzo medico (anno 1956); questa specialità rappresentava nei primi anni in Italia l'unico strumento di formazione accademica per gli psicologi, che allora venivano

in parte dalla Facoltà di Medicina, in parte soprattutto dalla Facoltà di Lettere e Filosofia. Dunque in Italia la psicologia clinica ha un antico e solido sviluppo e radicamento in figure di medici che hanno contribuito e contribuiscono validamente in tale ambito, con un'impostazione che ritiene che la medicina non sia scindibile dal trattare - con competenza professionale- gli aspetti emozionali e le caratteristiche personali dell'individuo. Vuol dire che i medici approfondiranno la materia, ad integrazione della loro preparazione, al di fuori dell'iter formale di conseguimento della specializzazione in psicologia clinica, a loro precluso dalla sentenza della sezione sesta del Consiglio di Stato: la libertà di apprendimento rimarrà per loro la possibile maniera per mantenere un livello formativo basato su di un approccio unitario della medicina.

Maurizio Mottola rappresentante della FNOMCeO nella Commissione del Ministero dell'Università e della Ricerca per la valutazione dell'idoneità delle scuole di formazione in psicoterapia
Fonte: Ufficio stampa della FNOMCeO
Ripreso da www.pillole.org

Attenzione alla RMN con mezzo di contrasto! Puo' aumentare il rischio di mortalita'

Alcuni mezzi di contrasto (MdC) impiegati nella risonanza magnetica nucleare (MRI) sono risultati associati, in alcuni casi, ad un aumento della mortalità.

I MdC a base di gadolinio sono stati correlati ad insorgenza di fibrosi sistemiche nefrogeniche (NSF). La NSF, osservata per la prima volta nel 1997 solo in pazienti con insufficienza renale, è caratterizzata da gonfiore e ispessimento della cute con impedimento dei movimenti delle articolazioni; nei casi più gravi i pazienti non sono più in grado di camminare.

Può colpire anche fegato, polmoni, muscoli e cuore; nel 5% dei casi, progredisce rapidamente e aumenta la mortalità da comorbidità.

Non esistono trattamenti efficaci per la NSF; il miglioramento della funzionalità renale sembra rallentare o arrestare la malattia ed in molti casi sembra determinare la graduale reversibilità del processo.

L'FDA ha ricevuto 57 report di NSF da MdC di cui 43 con gadodiamide

(Omniscan®), 6 con gadopentato (Magnevist®), 2 con gadoversetamide (Optimark®, non in commercio in Italia).

Oltre ad avere modificato il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto a fine 2006, l'Agenzia USA raccomanda che i MdC per MRI, specialmente ad alte dosi, dovrebbero essere utilizzati solo se veramente necessari nei pazienti con insufficienza renale grave.

I soggetti con insufficienza renale sono ad alto rischio di sviluppare NSF a causa della loro limitata funzionalità escretoria: in condizioni di normale funzionalità renale, l'emivita del gadolinio è di 90 minuti, quindi, ogni 12 ore il 98% del MdC viene eliminato; in un paziente in dialisi, l'emivita del gadolinio aumenta a 54 ore.

L'American College of Radiology quest'anno pubblicherà un aggiornamento delle sue linee guida nelle quali una sezione sarà dedicata alla correlazione tra NSF e MdC a base di gadolinio.

Fonte: 2007; 297: 252-3. www.farmacovigilanza.org



CEFIXORAL®
J01DD08
cefixima



CEFT 06 03

Data presso AIFA in data 28/02/2006

MACLADIN
Claritromicina



Malattie "dimenticate": Torna la poliomielite ?

A causa di una bassa copertura vaccinale nel nord della Nigeria è scoppiata un'epidemia di poliomielite causata da un mutante del ceppo usato per il vaccino orale.

In Nigeria casi di trasmissione da bambini vaccinati a bambini non vaccinati hanno aperto la via a un nuovo ceppo del virus della poliomielite che sarebbe resistente alle vaccinazioni.

L'Organizzazione mondiale della Sanità avevano indicato il 2009 per la completa eradicazione della poliomielite, ma un raro ceppo del virus si sta diffondendo.

Le cause che hanno causato questa situazione sono molteplici.

La malattia nel 90% dei casi è asintomatica o paucisintomatica (si può avere diarrea che nei paesi sottosviluppati non desta certo allarme).

La copertura vaccinale si sta riducendo in modo drammatico per l'ignoranza, la diffidenza ed i pregiudizi politico-religiosi di alcune popolazioni che rifiutano di vaccinare i loro figli. "I nostri figli, se vaccinati, diventeranno sterili. Le gocce per la polio sono un complotto contro i musulmani". Queste le "motivazioni" addotte per il rifiuto alla vaccinazione dei genitori di oltre 24200 bambini.

Inoltre spesso il vaccino non è ben conservato e ci sono molte difficoltà a somministrarlo ai nomadi.

Infine alcune sperimentazioni avvenute nel passato hanno generato in alcune popolazioni il timore di essere utilizzati come cavie.

Fonte: OMS; <http://www.who.int/wer/2007/wer8239.pdf>

Commento di Luca Puccetti

Epidemie di poliovirus vaccino-derivato (cVDPVs, rara forma mutante del poliovirus "attenuato" usato per

la vaccinazione) non sono un fenomeno nuovo in quanto si sono verificate in varie parti del mondo.

La strategia è che la vaccinazione antipolio con vacino attenuato orale è utile non solo per l'individuo (come lo era anche quella di Salk), ma anche per la popolazione, poichè l'individuo che riceve il vaccino, oltre a sviluppare anticorpi e dunque a proteggersi contro il virus selvaggio, trasmette la forma attenuata del virus anche ad altri soggetti, stimolando gli anticorpi anche in costoro e dunque concorre a limitare la circolazione del virus selvaggio.

Ma cosa succede se il virus attenuato muta o se il soggetto vaccinato non ha la capacità di sviluppare un'adeguata risposta anticorpale per malattie congenite od acquisite?

Succede quello che sta avvenendo nel nord della Nigeria dove circola abitualmente anche il virus selvaggio. Il virus attenuato usato per il vaccino è mutato e dunque ha acquisito la capacità di circolare causando la malattia.

Negli ultimi 10 anni nel mondo sono state somministrate più di 10 miliardi di dosi di vaccino orale a più di 2 miliardi di bambini

Nello stesso periodo ci sono stati nove epidemie di cVDPV in nove nazioni in cui la copertura vaccinale è insufficiente causando 200 casi di polio.

Nel frattempo, più di 30.000 bambini sono stati paralizzati dal virus selvaggio mentre 6,5 milioni di casi sono stati prevenuti dal vaccino orale.

Le epidemie di cVDPVs passate sono state interrotte rapidamente con 2-3 cicli di campagne vaccinali ben fatte.

Per l'OMS la soluzione è sempre la stessa per tutte le epidemie di polio: immunizzare ogni bambino più volte con il vaccino orale per interrompere

la trasmissione del virus, indipendentemente dalla sua origine.

La diffusione di virus vaccino-derivati in Nigeria riconferma che un numero insufficiente di bambini sono protetti dalla polio (selvaggio o vaccino-derivato). Dei 69 bambini con cVDPV segnalati in Nigeria al Settembre 2007, 60 erano o non vaccinati o vaccinati in modo insufficiente.

L'ultimo caso di poliomielite è stato registrato nell'agosto 2007, ed un portavoce dell'Oms ha dichiarato che l'epidemia in corso indica che in Nigeria non sono stati vaccinati abbastanza bambini e che l'epidemia sta continuando. Pertanto è necessario convincere i genitori che l'unica via per proteggere i bambini è il vaccino.

La vicenda induce a riflettere sul conflitto generale tra la libertà individuale, rivendicata da alcuni genitori che rifiutano di vaccinare i figli per motivazioni ideologiche o per strumentalizzazioni etnico-religiose e le esigenze della sanità pubblica.

Le società multiculturali sotto questo aspetto possono presentare maggiori problemi anche per l'applicazione di interventi di sanità pubblica e questo perché possono esserci valori fondanti diversi, tanto diversi da far posporre ad altri "valori" la sacralità della vita.

Dopo i drammatici fatti dell'11 settembre occorre porre molta attenzione. Non è scontato che interventi di sanità pubblica vadano a buon fine, anzi possono persino diventare, in alcuni casi, un boomerang se il fanatismo si unisce all'ignoranza e soprattutto se questo mix micidiale viene snobbato od addirittura "giustificato" per senso di colpa occidentale o per coerenza al pensiero del relativismo socioculturale.

Telemedicina (e non solo) al Congresso di "Ippocrate" a Uliveto Terme

Presentato ad Uliveto Terme il Progetto CONFORM acronimo di TeleCONSulto e FORMazione

Nei giorni 27 e 28 ottobre si è tenuto presso l'Auditorio di Uliveto Terme il II Congresso Nazionale di Ippocrate (lista di discussione telematica dedicata alla clinica medica fondata da Enzo Brizio).

Al congresso hanno partecipato medici di medicina generale provenienti da molte regioni d'Italia. Essendo il Congresso di natura interdisciplinare si è discusso su vari argomenti e in particolare sull'evidenze scientifiche di alcune delle patologie di maggior riscontro in medicina generale quali il Morbo di Alzheimer, le patologie surrenaliche e la celiachia.

Si è parlato anche di screening oncologici, della gestione domiciliare dei pazienti in trattamento con terapia anticoagulante, degli aspetti relazionali con i propri pazienti, di medicina legale e di acque minerali.

Particolarmente interessante e curiosa la relazione del dr. Tom Jefferson dal curioso titolo "Attenti alle Bufale", autore dall'omonimo libro che ha evidenziato i suggerimenti per minimizzare il rischio di bufale nel campo dell'informazione medico scientifica.

Il momento clou del Congresso è stata la presentazione di CONFORM, progetto innovativo che coniuga la formazione "sul campo" con un sistema di Teleconsulto di secondo livello al fine di formare i medici di medicina generale mediante un tutoraggio espresso sotto forma di counseling applicato a veri casi clinici proposti dagli

stessi discenti.

Il Servizio di Teleconsulto è l'applicazione del moderno concetto di medicina in rete, finalizzato a:

- rendere accessibile, senza limiti di tempo e luogo l'expertise dei migliori centri di eccellenza
- valorizzare il lavoro dei medici impegnati sul territorio attraverso il confronto peer-to-peer con gli specialisti
- aiutare il medico curante nella ricerca dell'appropriatezza della cura mediante il counseling applicato allo specifico caso clinico.

La Società Medico Scientifica Multidisciplinare "Promed Galileo" www.promedgalileo.org ha realizzato in collaborazione con L.U.N.A. (Liver Unit Network Association) una prima applicazione di CONFORM "in campo epatologico".

Questa esperienza è stata presentata al Congresso dai dr. F. Olivieri e dr. L. Puccetti mediante una applicazione pratica di Telemedicina richiedendo in diretta dall'auditorio di Uliveto Terme un TeleCONSulto a distanza su di un caso epatologico al prof. Bonino che una volta esaminato il caso rispondeva in diretta dalla sua postazione.

La positiva conclusione di questa esperienza ad Uliveto Terme costituisce il primo passo verso questo tipo di applicazione che potrà essere esportata in tutti i campi della medicina.

Chi è interessato a ricevere gratuitamente un Teleconsulto in campo epatologico può collegarsi al sito <https://www.epatologi.it/teleconsulto/> ed iscriversi gratuitamente.

(da: Sanità'News 31/10/07)

Il punto sulla sindrome da fatica cronica (da pag. 1)

di comportamento e a processare le informazioni), malessere generale o sintomi simil-influenzali, mal di gola, dolore ai linfonodi senza adenomegalia, vertigini e/o nausea, palpitazioni in assenza di patologia cardiaca, peggioramento dei sintomi durante esercizio fisico o mentale.

Ovviamente ognuno dei sintomi menzionati, di per sé, non è specifico della sindrome e potrebbe essere dovuto ad altre patologie potenzialmente gravi. E' consigliabile quindi porre attenzione all'eventuale presenza di sintomi di allarme che potrebbero indicare patologie gravi: perdita di peso, anemia, linfadenomegalia, segni neurologici, segni di flogosi articolare, apnea del sonno, segni di malattie cardiache o respiratorie o intestinali.

La diagnosi

Non esistono test specifici per la sindrome, che rimane quindi una diagnosi di esclusione.

Una batteria di test utili ad escludere altre malattie può essere la seguente: esame completo delle urine, VES, emocromocitometrico, proteina C reattiva, azotemia, creatinina, calcemia, elettroliti, glicemia, CPK, test di funzione epatica compresi quelli per epatite virale, funzionalità tiroidea, test per celiachia, ferritina. Le linee guida del NICE non consigliano test sierologici per determinare se vi siano infezioni virali o batteriche a meno

che la storia o alcuni sintomi non indirizzino in questo senso. A mio avviso comunque la ricerca di virus epatici e un test HIV potrebbero essere utili. Aggiungo anche che talora, per l'esclusione di alcune patologie, è necessario ricorrere ad accertamenti strumentali di imaging radiologica.

La sindrome da fatica cronica dovrebbe essere diagnosticata in assenza di altre condizioni che possono spiegare i sintomi e solo se questi persistono da almeno quattro mesi.

La terapia

Purtroppo non esiste una terapia specifica. I farmaci (antidepressivi, steroidi, tiroxina, ecc.) non sono raccomandati, in assenza di evidenze sulla loro efficacia. Le linee guida richiamano invece l'attenzione sul mantenimento di una dieta bilanciata, tuttavia le vitami-



ne, i minerali e in genere gli integratori non sono consigliati. Però è esperienza di tutti i giorni che tali interventi sono quasi sempre richiesti dai pazienti e le linee guida che queste terapie potrebbero essere accettabili come parte del self-management. Importanti sono l'igiene del sonno ed adeguati periodi di riposo.

Durante le ricadute sarebbe utile se il paziente potesse mantenere qualche tipo di attività fisica. Se i sintomi sono così gravi da impedirlo il paziente,

quando migliore, dovrebbe ritornare gradualmente alle performance precedenti.

L'invio allo specialista dedicato è consigliato se il paziente lo desidera oppure se i sintomi lo richiedono. Comunque una consulenza specialistica è raccomandata entro i sei mesi anche se i sintomi sono lievi.

Lo specialista dovrebbe elaborare un programma perso-

nalizzato che comprenda anche sedute di terapia comportamentale e di esercizi gradualmente. Importante anche la corretta informazione del paziente e il counselling. Nelle forme più gravi, che impediscono al paziente di esplicare le normali attività lavorative quando addirittura non lo costringono a letto per periodi più o meno lunghi, si dovrebbero prevedere servizi domiciliari riabilitativi ad hoc.

Le linee guida riconoscono da una

parte la mancanza di servizi e di personale specializzato nella cura di questa patologia e dall'altra la necessità di ulteriori studi in quanto molte delle raccomandazioni sono basate sul consenso più che sul risultato di trials clinici.

Renato Rossi

Linee-Guida e regolamento del Tribunale di Roma per le Consulenze Tecniche d'Ufficio

Sono state diffuse dal Tribunale di Roma le linee-guida ad uso dei Consulenti Tecnici d'Ufficio, nonché il regolamento per la tenuta dell'Albo. Contengono importanti indicazioni sul corretto svolgimento delle operazioni di Consulenza Tecnica ma anche sulle sanzioni previste per errori e inadempienze.

Le linee-guida sono scaricabili, ad esempio, all'indirizzo web:

http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/LINEE_GUIDA_CTU_TRIBUNALE_ROMA.pdf

Anche il Regolamento è scaricabile dallo stesso sito Scienza e Professione, o direttamente all'indirizzo:

http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/REGOLAMENTO_CTU_TRIBUNALE_ROMA.pdf



ITALCHIMICI S.p.A.

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



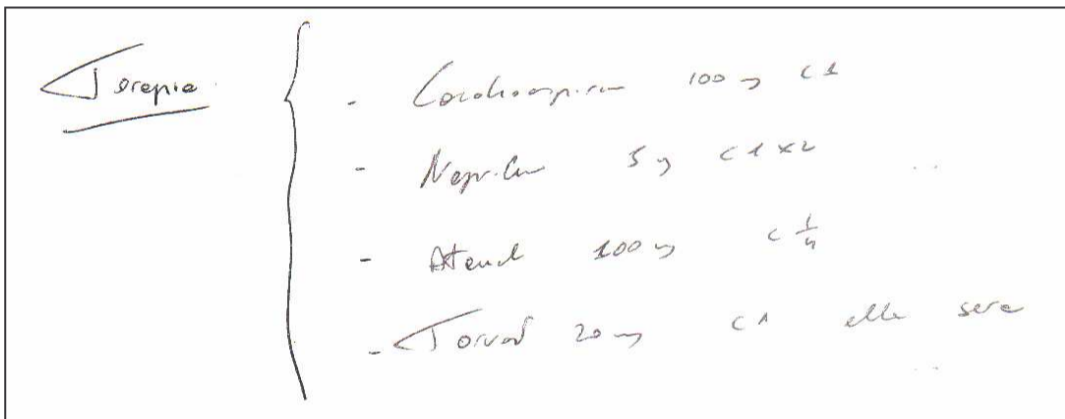
La calligrafia, ovvero l' arte dello scriver bene (le ricette...)

Calligrafia (dal greco *kalos*, bellezza e *graphia*, grafia) è oggi comunemente usato nel suo significato neutro, cioè "modo di scrivere" lettere e numeri, belli o meno che siano. Quest'ultima evenienza è la più frequente fra noi medici, spesso abituati fin da piccoli ad una scrittura di difficile comprensione. Tanti anni fa alcune scuole professionali avevano, tra i loro insegnamenti, l'arte della bella scrittura: se ci accadesse di consultare vecchi registri, di banche o di ditte ormai scomparse, troveremmo degli elenchi vergati a mano in maniera impeccabile. I medici, però, difficilmente hanno frequentato queste scuole prima dell'Università: con la riforma Gentile degli anni Trenta del secolo scorso solo Liceo Classico e Scientifico davano accesso alla nostra Facoltà. Nel 1969 queste differenze scomparvero, ma ormai anche la calligrafia era sparita da tutte le scuole: imperavano le macchine per scrivere, si affacciavano al mondo i primi computer e così nessuno, neanche gli insegnanti elementari, si preoccupava di addestrare alla bella scrittura. Un collega racconta che, arrivato in Prima Media, un professore lesse il suo tema e gli predisse: "Tu farai il medico!". E' diventato un luogo comune, talvolta può far sorridere, altre volte ha causato gravi problemi. E' rimasto famoso il caso del cardiologo americano condannato nel 1999 a risarcire

con 225.000 dollari i parenti di un paziente morto a causa della sua cattiva grafia: egli aveva scritto, molto malamente, Isordil, farmaco antianginoso, che il farmacista aveva invece letto Plendil, un ipotensivo. Il povero malato, ligio alla prescrizione, prese le sue due compresse al giorno di Plendil e... morì d'infarto qualche giorno dopo! Qualcuno ha recentemente calcolato che gli errori d'interpretazione provocano 7.000 (settemila) morti all'anno solo negli Stati Uniti: forse è ora di riflettere. Quelli che vedete, e forse riuscite a leggere, sono referti parziali: avete anche voi qualche dubbio sulla diagnosi (esempio 1) o sulla prescrizione (esempio 2)? Secondo un parere autorevole, i medici scrivono male perché da studenti sono pressati nel prendere appunti, e, in seguito, nel lavoro quotidiano hanno il tempo limitato. Eppure le prese di posizione sull'argomento non sono poche, e alcune anche molto dure: il Garante della Privacy nel 2003 ha ribadito che le cartelle cliniche debbono essere chiare a tutela del paziente, perché "la leggibilità delle informazioni è la prima condizione per la loro piena comprensione". La Corte dei Conti nel 2002 ha stabilito che le ricette illeggibili sono nulle, e non debbono essere accettate dal farmacista: qualcuno, al riguardo, ha simpaticamente osservato che "L'Ordine dei medici non

è un servizio segreto, e una ricetta o una diagnosi non sono un messaggio speciale.". Anche ASL e ASO si sono occupati del problema: è recente un avviso per i cittadini, stilato congiuntamente da ospedale e territorio in quel di Cremona, che, fra l'altro, recita: "Tutti i Medici sono tenuti alla massima leggibilità dei referti, attenendosi ad una grafia inequivocabile. Ogni referto deve riportare: recapito della struttura, timbro e firma del Medico." I rimedi: negli USA hanno già fiutato il business, così si sta sempre più diffondendo l'uso dei "Tablet PC", dei piccoli computer, simili ad un palmare, su cui trascrivere con esattezza le prescrizioni terapeutiche. Altri hanno suggerito di invitare i medici a seguire corsi di calligrafia, ma il sistema più semplice, poco costoso e facile da usare è il personal computer. Non c'è reparto ospedaliero che non ne possieda, ed è presente ormai in quasi tutti gli studi degli specialisti e dei medici di famiglia. Da anni la videoscrittura con Word o i programmi "opensource" (a disposizione gratuita di tutti, se non volete spendere) è veramente alla portata di tutti, anche dei digiuni d'informatica. Facciamo un piccolo sforzo, dimostrando così, in fondo, rispetto per pazienti, colleghi e farmacisti: ce ne saranno sicuramente grati. Franco Magnone— Boll. O.M. di Cuneo

Due esempi di calligrafia "a rischio"



Cinture di sicurezza: il referto di Pronto Soccorso non basta a provarne il non-uso

Importante per i Medici Legali e per gli infortunati: il referto del Pronto Soccorso non basta ai fini della prova del mancato utilizzo delle cinture di sicurezza.

La Corte di Cassazione (sez. III civile, n. 4954) ha stabilito che il referto medico ospedaliero e di Pronto Soccorso non è sufficiente a provarne il mancato uso, anche se da esso si può dedurre che le lesioni riscontrate siano conseguenza del mancato utilizzo delle cinture di sicurezza che al momento dell'incidente avrebbero potuto trattenere il corpo riducendo l'entità delle lesioni.

Tale referto, a parere della Suprema Corte, non è sufficiente ai fini della prova di detta circostanza non essendo funzionalmente e scientificamente diretto alla verifica della compatibilità delle lesioni mortali con l'utilizzo o meno delle cinture di sicurezza. Il referto può quindi costituire un indizio, non univoco, che però va consolidato attraverso l'individuazione di ulteriori elementi di prova.

Qualora non si usi questo criterio, attribuendo invece al referto ospedaliero valore di prova certa, si verrebbe ad addossare impropriamente alla vittima un onere probatorio che ad essa non compete, non rispettoso del combinato normativo degli artt. 1127, 2054, 2056 c.c. in materia di risarcimento del danno stante il fatto colposo del danneggiato.

La fattispecie era costituita da un risarcimento chiesto dalla vittima di un incidente stradale,

terzo trasportato a bordo di una vettura. Il risarcimento era stato decurtato del 30% dai giudici di primo grado, e così era stato confermato dalla Corte d' Appello, in quanto era stato attribuito al danneggiato un concorso di colpa a causa del mancato uso della cintura di sicurezza.

Tale mancato uso, però, non era stato confermato da alcun soggetto presente al sinistro o da altri elementi concreti, ma era stato ritenuto ugualmente (ma erroneamente) dimostrato in base a quanto riportato nel referto ospedaliero.

"Il danneggiato da illecito da circolazione stradale ha infatti l'onere di provare il fatto storico della circolazione, l'evento di danno e l'imputabilità soggettiva (per la colpa) ed oggettiva (per il nesso causale, che include la dinamica dell'incidente e la compatibilità delle lesioni), mentre è il danneggiante o il suo solidale, che si giova del concorso, a dover eccepire e provare il concorso del fatto colposo del creditore. (CFR. Cass. 20 novembre 2001 n. 14592 e Cass. 28 luglio 2004 n. 14235)."

Aggiunge poi la Corte che, in casi consimili "è presunta la responsabilità esclusiva del conducente che non provi di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno (cfr. Cass. 21 marzo 2001 n. 4022)."

Il procedimento è stato quindi rinviato ai giudici di merito per un riesame sulla base di tali indicazioni. DZ

Trattare precocemente l' ischemia cerebrale riduce grandemente le complicazioni successive

Un trattamento precoce dell'ischemia cerebrale riduce di 5 volte il rischio di ictus a 90 giorni.

Allo scopo di valutare se l'invio urgente in ospedale per una valutazione precoce dell'ischemia cerebrale e l'avvio rapido del trattamento standard possa ridurre il rischio di ictus rispetto ad una valutazione e ad un trattamento territoriale sono stati studiati 1278 pazienti inglesi, arruolati nello studio OXVASC, con TIA o ictus. Lo studio si è articolato in 2 periodi:

- nel primo periodo 634 pazienti sono stati valutati e trattati nel setting delle cure primarie e poi avviati alla valutazione specialistica;

-nel secondo periodo 644 pazienti sono stati subito inviati alla valutazione specialistica ospedaliera, 607 sono stati inviati o si sono presentati direttamente in ospedale per essere ricoverati, 620 sono stati inviati per una consultazione specialistica ambulatoriale e 51 non sono stati inviati a consultazione specialistica.

L' outcome primario era il rischio di ictus a 90 giorni dal primo evento ischemico accertato.

Le caratteristiche dei pazienti reclutati nei due periodi dello studio erano comparabili, ma il ritardo mediano prima della valutazione specialistica si è ridotto da 3 giorni nella fase I a meno di 1 giorno nella fase 2 (p<0,0001), ed il ritardo mediano per la prima prescrizione è passato da 20 giorni ad 1 giorno (p<0,0001). Il rischio di ictus o di recidiva di ictus dopo TIA è passato dal 10,3% (32/310 pazienti) della fase I al 2,1% (6/281 pazienti) della fase 2 (adjusted hazard ratio 0,20, 95% CI da 0,08 a 0,49; p=0,0001).

La riduzione del rischio è risultata indipendente da età e sesso ed il trattamento non ha aumentato il rischio di emorragia cerebrale. Gli Autori concludono che, anche se sono necessari studi con follow-up più prolungato, l'inizio precoce del trattamento attual-

mente esistente dopo un TIA o un ictus minore si associa con una riduzione dell'80% di recidiva precoce di ictus.

Fonte: The Lancet Early Online Publication, 9 October 2007
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607614482/>

Commento di Luca Puccetti

Il rischio di ictus in seguito ad un TIA è del dieci per cento nella prima settimana successiva all'evento, per poi aumentare sensibilmente nelle successive. Lo studio in questione ha inteso valutare l'importanza di una terapia (ospedaliera?) tempestiva sul paziente in cui sia stato riconosciuto un TIA o un ictus minore al fine di verificare se l'attuazione precoce dei trattamenti standard riducesse la probabilità di un nuovo ictus entro 90 giorni rispetto ad una conduzione meno tempestiva (territoriale e quindi più ritardata e/o di minore qualità?) dell'evento ischemico primitivo.

I risultati dello studio suggeriscono che se si attuano precocemente i normali interventi quali: correzione dei fattori di rischio, terapia antiaggregante o anticoagulante, eventuale trattamento chirurgico, il rischio di ictus si riduce di 5 volte.

Ciò che colpisce è il grande ritardo ben (30 giorni) come valore mediano tra l'insorgenza dell'evento ischemico primitivo e l'attuazione di una qualsiasi terapia nel setting delle cure primarie.

Questo dato appare francamente sorprendente e probabilmente poco o per nulla trasferibile alla realtà italiana.

Ben più importante sarebbe stato accertare se la somministrazione immediata ed indiscriminata di eparina o di ASA a tutti i soggetti con TIA (al limite anche se già trattati con warfarin), effettuata a livello territoriale ed il successivo invio in ospedale avesse sortito effetti diversi dall'invio immediato alla divisione neurologica.

Abbiamo cura della vita.

La vita prima di tutto. L'impegno di MSD è da sempre rivolto a migliorare, tutelarla, difenderla. Perché i valori in cui crediamo sono uniti alla vita da legami indissolubili. Gli stessi legami che ogni giorno esploriamo in profondità, per scoprire nuove relazioni ed estrarre linfa vitale. Dal 1891, il nostro lavoro ci mette continuamente in contatto con la vita. Per questo ne abbiamo fatto la nostra missione.

MERCK SHARP & DOHME
Innovazione è storia.

Merck Sharp & Dohme (Italia) S.p.A.
Via G. Falsoni, 6 00193 Roma
www.msd.it

Novità dalla rete — Scienza e Medicina qua e là su Internet —

A cura di Navigator (A. Ciammaichella)



TEST RAPIDO NELLE ALLERGIE RESPIRATORIE

Rinocongiuntivite allergica ed asma bronchiale, frequenti nei bambini e nei giovani e non sempre facilmente trattabili, spesso non sono ben diagnosticate nella loro precisa natura. Gli ALLERGENI più spesso in causa sono: 1) animali: gatto, cane, acaro, scarafaggio, topo; 2) vegetali: paritaria, graminacee, betulla, olivo, muffe.

Un recente test, l' "Immuno-CAP rapid" consente entro 20 minuti di sapere se si tratta esattamente di una forma allergica o meno. Una goccia di sangue capillare viene messa in un particolare dispositivo, 6 cm x 4, che contiene in vaschette diverse i suddetti allergeni. La comparsa di una linea rosso-rosa (a seconda della positività della reazione) depone per una risposta positiva per quel particolare allergene venuto a contatto col sangue dell'esaminando.

Dopo questa diagnosi preliminare sulla natura allergica dell'affezione, in sede specialistica si potrà poi approfondire ulteriormente il problema (Dott. A. Genghini, tel. 335 - 842835-8)

TRAPIANTO DI PANCREAS: SINGOLARE CASO CLINICO

Paziente di 45 anni, affetto da diabete tipo I e dedito a notevole e prolungato abuso di superalcolici fin dalla giovanissima età. Tossicodipendente, ha poi contratto l'epatite C.

Diagnostica a 41 anni una cancrirosi (osservazione personale), ci siamo subito attivati presso l'Università di Perugia per programmare nella stessa seduta il trapianto non solo di fegato ma anche di pancreas: quest'ultimo l'avrebbe liberato dalla schiavitù dell'insulina. Per essere sicuri dell'efficacia di tale trapianto, si deve conteggiare - grazie ad una moderna tecnologia - la quantità di insule presenti nel pancreas del donatore: l'optimum è di 500.000 INSULE. Ma è accettabile anche un valore di 300.000 - 500.000. Senonché il pancreas disponibile (donatore deceduto in un sinistro stradale) conteneva sol-

tanto 250.000 insule, per cui si è eseguito soltanto il trapianto di fegato.

Il paziente continua a curarsi con l'insulina in attesa di un pancreas adatto.

STAMINALI IN PEDIATRIA: AUMENTANO LE INDICAZIONI

Poiché, per legge, non è ammesso l'uso delle cellule staminali embrionali si stanno cercando alternative di cellule totipotenti: sangue del cordone ombelicale e della placenta, sangue midollare, liquido amniotico, singole cellule dell'embrione senza danneggiarlo. Il sangue placentare, conservato in banche di raccolta, ha due vantaggi: è subito disponibile, ha una compatibilità che può essere anche parziale. L'Oncoematologia del Policlinico S. Matteo di Pavia realizza il 25% di tutti i trapianti in Pediatria in Italia, con bilancio largamente positivo.

I trapianti ALLOGENICI, da donatore, sono indicati nelle leucemie, linfomi, talassemia, immunodeficienze, altre affezioni geneticamente determinate. I trapianti AUTOLOGHI, dallo stesso paziente, sono impiegati per i tumori solidi, specie il neuroblastoma e - negli adulti - per l'artrite reumatoide e la sclerosi sistemica.

Per l'immediato futuro si stanno concretizzando altre due applicazioni. Interventi prenatali con l'impiego in utero delle staminali midollari. Trasfusione di epatociti per correggere i difetti congeniti del metabolismo epatico, come l'Iperbilirubinemia congenita da deficit di coniugazione, quale è la Sindrome di Crigler Najjar, causa di gravi danni neurologici.

VADEMECUM SULLE TOSSICODIPENDENZE

Un prezioso libello tascabile, un utile vademecum che in forma molto chiara e sintetica inquadra il sempre più attuale problema delle TOSSICODIPENDENZE è quello di recente pubblicato dal Dott. Pasquale Mauro, che si è sempre interessato del disagio giovanile.

Sono sinteticamente esposti gli effetti



di tutte le droghe. Marijuana: ipocausia, tachicardia, ansia, bronchite, congiuntivite. Ecstasy: ansia, depressione, ipertono muscolare, nausea, bruxismo, ipertensione arteriosa. LSD: midriasi, insonnia, tachicardia, inappetenza,

bocca asciutta, tremori, allucinazioni. Eroina: vene sclerotizzate, ascessi, epatiti batteriche e virali, eiaculazione precoce. Cocaina: tachicardia, precordialgie, dispnea, ictus, perforazione del setto nasale, nausea, dolori addominali.

Viene trattato anche l'alcolismo: tipologia dell'alcolista, sindrome alcolica, aspetti sociali, alcool-dipendenza, terapia. (Dott. Pasquale Mauro: tel. 06 - 6243843, cell. 328 - 9058292).

Q-T LUNGO E CORTO

La ben nota Sindrome del Q-T lungo, ereditaria e caratterizzata da un allungamento della ripolarizzazione ventricolare superiore a 440 mm.sec., pre-dispone ad aritmie ventricolari a tipo "torsione di punta" con sincope e/o morte improvvisa. E' importante diagnosticarla per tempo, anche in portatori e nel genotipo, poiché esistono efficaci terapie: beta-bloccanti, defibrillatore, simpaticectomia cervicale. Ma nel 2000 è stata evidenziata anche la SINDROME DEL Q-T CORTO, inferiore a 300 mm.sec., ereditata come carattere autosomico dominante, anch'essa associata a rischio di morte improvvisa.

MALATTIE PROFESSIONALI IN AGRICOLTURA

Negli ultimi anni le Malattie professionali in agricoltura denunciate in Lucania hanno presentato questa sequenza decrescente: Tendinite, Sindrome del tunnel carpale, Neuropatie periferiche, Asma bronchiale, Discopatie vertebrali, Alveoliti allergiche. Nel territorio nazionale le affezioni professionali risultate più frequenti si

sono verificate in Emilia Romagna, nelle Marche e in Toscana. In tutta Italia, tranne che in Emilia, gli uomini sono risultati più colpiti delle donne.

Dati riferiti nel Convegno della Sezione lucana dell'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria, presieduta dal Prof. Antonio MOLFESSE, svoltosi a Sant'Arcangelo di Potenza.

MISCELLANEA

MEDICO DI FAMIGLIA E INFARTO. 150.000 circa i casi di infarto miocardico in Italia in un anno. Essenziale per salvare il malato non perdere tempo: "il tempo è muscolo". Il Medico di base dovrebbe conoscere gli Ospedali del territorio attrezzati per questa patologia: coronarografia, eventuale TAC coronarica, trombolisi, angioplastica con stent.

HERPES LABIALIS? ATTENTI AL SOLE. I raggi ultravioletti abbassano le difese immunitarie della cute, motivo per cui risvegliano il virus: aggravante lo stress fisico e psichico. Proteggere le labbra dal sole, fare attenzione agli asciugamani che si infettano.

APOE e ALZHEIMER. Il GENE della APOLIPOPROTEINA-e è il principale determinante per la comparsa del morbo di Alzheimer. I portatori di APO-e hanno una possibilità doppia di contrarre la malattia: se poi concomita ipertensione arteriosa il rischio sale a 5 volte, dalle poi a 8 volte se è presente anche ipercolesterolemia.

ESTROGENI IN MENOPAUSA? Argomento sempre molto controverso. Un autorevole e attendibile studio su 16.000 donne ha portato a questa conclusione: la cura ormonale è indicata per le pazienti molto sofferenti per i disturbi da climaterio, ma solo nei primi anni e per brevi periodi (Jama 2.007)

SIFILIDE TUBERCOLOSI LEBBRA. Poiché possono causare alterazioni scheletriche, sono tra le malattie che meglio si prestano per le ricerche di PALEONTOLOGIA.

TEST DEL SUDORE. Oltre che per

depistare le tossicodipendenze - vedi le recenti proposte di alcuni parlamentari - il test è utile per diagnosticare la MUCOVISCIDIOSI o Malattia fibrocistica del pancreas: è positivo se nel sudore il cloro e/o il sodio superano i 60 - 80 mEq/l.

ROSIGLITAZIONE: ATTENZIONE. La maggior cautela nell'uso di questo antidiabetico orale - segnalata anche sul "The Lancet" - deve essere impiegata nei CARDIOPATICI, specie nelle forme ischemiche.

PREECLAMPSIA E IPERTENSIONE IN GRAVIDE. I fattori di rischio anamnestici per preeclampsia (PE) presentano la seguente incidenza decrescente: MOLA IDATIDEA e idrope fetale, pregressa PE, familiarità per PE, nulliparità, obesità, ipertensione, diabete, nefropatie, gravidanza gemellare.

SCOLIOSI CONGENITA E GIUSTIZIA. Nel mondo, in apparenza, non c'è giustizia. Nascono due bambini gobbi: uno è LEOPARDI, l'altro vende i biglietti della lotteria alla fiera.

ORMONE DELLA CRESCITA. Limitazione a quei bambini di bassa statura con deficit del "growth hormone" è oggi disponibile un EROGATORE: questo ha un sottilissimo ago che permette iniezioni indolori quotidiane, nella coscia, che suppliscono al deficit ormonale.

TRICOGRAMMA NELLA CALVIZIE. L'esame del capello è utile per studiarne al meglio la caduta. La calvizie è più frequente dopo gravidanze, allattamenti, interventi chirurgici, stress psicofisici, menopausa. In casi selezionati INNESTO di 2.000 - 4.000 bulbi capilliferi.

I Farmaci omeopatici sono prescrivibili soltanto dai medici

Omeopatia: che ci si creda o no, e' comunque una terapia, quindi riservata ai medici

Non tutti coloro che praticano in modo attivo l'omeopatia prescrivendo a terzi rimedi "naturalisti" omeopatici, sono medici, tuttavia tale attivita' viene spesso tollerata in base alla considerazione dell'innocuita' di tali prodotti.

Questa tolleranza non e' ammissibile, per la Cassazione che, in

una recente sentenza emessa dalla VI Sezione Penale, ha posto un freno agli omeopati improvvisati precisando che anche se i rimedi omeopatici non sono riconosciuti dallo Stato devono comunque essere sempre prescritti da chi è medico.

I Giudici hanno sottolineato che in caso contrario, chi prescrive tali prodotti pur non essendo medico va incontro a una condanna

penale per esercizio abusivo della professione medica ai sensi di quanto previsto dall'art. 348 c.p., anche se il paziente era d'accordo e si era affidato pur sapendo che il suo terapeuta non era in possesso della laurea in medicina.

DZ- Fonte: www.studiocataldi.it Altro materiale scientifico sull'omeopatia e' rinvenibile su www.pillole.org

Il vecchio Narlism pediatrico (con i suoi analoghi) e' ora controindicato nei bambini



Narlism bambini prevalenza di sospette reazioni avverse, alcune anche gravi, che vede coinvolti i bambini più piccoli, sotto i tre anni.

Le reazioni gravi segnalate per Narlism bambini sono state principalmente a carico dell'apparato respiratorio sotto dei 12 (dispnea, edema della faringe e del naso, anni di età sofferenza respiratoria, congestione nasale), della cute (eruzione cutanea) e del sistema nervoso (ipotonia, iporeattività). Sono attualmente in corso la modifica del regime di fornitura con passaggio da OTC a ricetta medica ripetibile e l'aggiornamento degli stampati per adeguarli al provvedimento dell'AIFA (Determinazione pubblicata in GU n.177 del 1 agosto 2007).

La Ditta Laboratori Baldacci S.p.A in accordo con l'Agenzia Italiana del Farmaco informa che il medicinale Narlism bambini gocce nasali (Lisozima/Fenolpropamina/Tonzilamina) è ora controindicato al di sotto dei 12 anni di età.

Questa controindicazione è stata introdotta a seguito di una rivalutazione del rapporto beneficio/rischio condotta dall'AIFA e risultata sfavorevole nei bambini al di sotto dei 12 anni per Narlism bambini così come per tutti gli altri decongestionanti nasali simpaticomimetici per uso topico.

Questa fascia di età è infatti stata considerata più a rischio in quanto più rappresentata nelle segnalazioni, sia a livello nazionale che internazionale, con una

Le Autorità Sanitarie hanno pertanto ritenuto necessario richiamare l'attenzione dei pediatri, raccomandando loro quanto segue:

- il medicinale non deve essere prescritto nei bambini al di sotto dei 12 anni di età;
- ai pediatri spetta anche il compito di informare/educare i genitori in merito al corretto uso dei farmaci nei bambini.

Si sottolinea inoltre l'obbligo per i farmacisti di dispensare il medicinale, dopo l'aggiornamento degli stampati, solo dietro presentazione di ricetta medica.

Fonte: AIFA (www.pillole.org)

CITIFLUX

CLASSE A

**soluzione da nebulizzare 0,1 %
flacone 30 ml**

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

**R03BA03
flunisolide**

LABORATORIO FARMACEUTICO



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 - www.siameg.it

Continua l'odissea della Nimesulide: ricetta non ripetibile

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha modificato la classificazione del regime di fornitura dei medicinali contenenti nimesulide con il passaggio della dispensazione da ricetta ripetibile a ricetta utilizzabile una sola volta.

Dopo l'opinione espressa dal Comitato per i medicinali ad uso umano (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) sul mantenimento in commercio dei medicinali contenenti nimesulide, con limitazione della durata di trattamento e modifica degli stampati, in attesa che la Commissione Europea rilasci una decisione vincolante per tutti gli Stati Europei, la Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA, nella riunione di ottobre 2007, ha stabilito un'ulteriore azione limitativa modificando la classificazione del regime di fornitura dei medicinali contenenti nimesulide con il passaggio della dispensazione da ricetta ripetibile a ricetta utilizzabile una sola volta (o ricetta non ripetibile, RNR). Tale azione è finalizzata a limitare l'esposizione dei pazienti sco-

raggiando fenomeni di uso improprio e/o abuso del medicinale, soprattutto nei casi in cui i sintomi presentati possono essere trattati con farmaci da banco. Contestualmente, l'intervento dell'AIFA lascia la disponibilità del medicinale ai pazienti ritenuti idonei per una terapia con nimesulide.

La prescrizione medica da rinnovare volta per volta, prevista in particolare per i medicinali già soggetti a prescrizione il cui uso continuato può comportare stati tossici o rischi particolarmente elevati per la salute, ripropone in modo più restrittivo il significato della necessità di una ricetta, con un maggiore coinvolgimento anche della responsabilità del farmacista che deve ritirare e conservare la RNR per sei mesi.

Nel caso della nimesulide, la prescrizione effettuata dal medico, dopo attenta valutazione del profilo complessivo di rischio del singolo paziente, va trattenuta e conservata dal farmacista che, solo nel rispetto di questa modalità, potrà dispensarla. In un primo mo-

mento le confezioni potranno essere commercializzate anche senza la specifica frase nell'imballaggio esterno "Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta".

In ogni caso il trattamento con nimesulide dovrà durare il minor tempo possibile e non superare i 15 giorni.

In conclusione, l'introduzione della ricetta non ripetibile per la nimesulide è un ulteriore intervento cautelativo che coinvolge diverse figure quali medici, farmacisti, pazienti, aziende e autorità sanitarie e regolatorie e che richiama tutti gli operatori sanitari a vigilare sull'uso appropriato di questo medicinale. Gli effetti di questa limitazione in termini di tutela della salute pubblica dipenderanno ovviamente anche dal comportamento responsabile dei singoli soggetti, ognuno per la propria parte.

Fonte: AIFA

La prima iniziativa di una serie

Corso di Primo Soccorso per l'annegato

A Nettuno i medici si aggiornano e fanno pratica, con istruttori di alto valore professionale.

Si è svolto sabato 23 giugno, presso la Sala Multimediale dell'Istituto per Sovrintendenti e di Perfezionamento per Ispettori (ISPI) della Polizia di Stato - Nettuno un corso ECM organizzato dalla SIA-MEG dal Titolo "Il Primo Soccorso per l'annegato: BLS-D". Responsabile Scientifico il Dott. Gavino Cossu; coordinatori la Dott.ssa Cristina Patrizi e il Dott. Renzo Giovanelli. Scopo del Corso è stato cercare di ridurre il numero dei decessi per annegamento che si verificano in questa zona durante la stagione balneare, formando n. 30 Medici di Medicina Generale e Medici Internisti e Medici Internisti di primo soccorso (BLS - D). Dopo il saluto di benvenuto del Dr. Pietro Ieva, Direttore della Scuola ISPI della Polizia di Stato, sono intervenuti il dottor Francesco Cirella responsabile dell'U.O. Ares 118 Lazio, Gavino Cossu Dirigen-

te Medico Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza UOSD Pronto Soccorso S. Camillo, Emanuele Guglielmelli, Laura Conversano, unitamente alle Infermiere Professionali Silvia Scelsi e Monica Rinaldi, entrambe del centro formazione ARES 118. Il Corso si è svolto con la completa partecipazione degli iscritti, che hanno potuto lavorare con i relativi istruttori su 7 "isole" contemporaneamente. Durante lo svolgimento del Corso, i partecipanti hanno potuto anche assistere, presso la piscina dell'Istituto, ad una dimostrazione pratica in acqua delle tecniche di avvicinamento e recupero dell'annegato. Al termine, dopo l'esame finale, sono stati consegnati gli attestati di esecutore BLS-D ed i relativi crediti ECM (8 punti). Il Corso è stato svolto con il patrocinio gratuito del Consiglio Regionale del Lazio.

Gli steroidi rallentano l'evoluzione dell'artrite reumatoide?

Secondo una revisione Cochrane (DMARD = Disease Modifying Anti Rheumatic Drug). Alla domanda cerca di rispondere una revisione Cochrane [1] che ha selezionato RCT effettuati dal 1966 al febbraio 2005. Per essere inclusi gli RCT dovevano avere un braccio di trattamento con steroidi e un braccio controllo senza steroidi. Si tratta di 15 studi per un totale di 1.414 pazienti. Nella maggior parte dei casi i pazienti avevano una artrite reumatoide iniziata da meno di 2 anni. La dose totale media di steroidi usati nel primo anno di terapia risultò essere equivalente a 2.300 mg di prednisone (range da 270 mg a 5.800 mg). Di solito gli steroidi erano aggiunti ad altri DMARD. L'uso degli steroidi risultò asso-

ciato ad una riduzione del rischio di progressione delle lesioni radiologiche, sia ad un anno (0,45; IC95% 0,24-0,66) che a due anni (0,42; IC95% 0,30-0,55). In tutti gli studi, eccetto uno, risultò evidente l'effetto benefico degli steroidi, tanto che gli autori concludono che, pur facendo stime prudenti, lo steroide aggiunto alla terapia di fondo riduce in modo sostanziale e convincente la progressione delle erosioni. Rimangono preoccupazioni circa gli effetti collaterali degli steroidi a lungo termine, soprattutto cardiovascolari, per i quali necessitano ulteriori studi. Per ulteriori particolari si rimanda ad una pillola precedente. Renato Rossi

ciato ad una riduzione del rischio di progressione delle lesioni radiologiche, sia ad un anno (0,45; IC95% 0,24-0,66) che a due anni (0,42; IC95% 0,30-0,55). In tutti gli studi, eccetto uno, risultò evidente l'effetto benefico degli steroidi, tanto che gli autori concludono che, pur facendo stime prudenti, lo steroide aggiunto alla terapia di fondo riduce in modo sostanziale e convincente la progressione delle erosioni. Rimangono preoccupazioni circa gli effetti collaterali degli steroidi a lungo termine, soprattutto cardiovascolari, per i quali necessitano ulteriori studi. Per ulteriori particolari si rimanda ad una pillola precedente. Renato Rossi

Glitazoni: due nuove metanalisi e qualche problema

nel 5,7% di quelli del gruppo controllo (HR 0,82; IC95% 0,72-0,94). I singoli sottoelementi dell'outcome primario risultarono similmente ridotti dal pioglitazone. Uno scompenso cardiaco grave si ebbe nel 2,3% dei casi nel gruppo pioglitazone e nell'1,8% del gruppo controllo (HR 1,41; IC95% 1,14-1,76). Gli autori riferiscono che l'effetto favorevole del pioglitazone sugli eventi ischemici e quello sfavorevole sullo scompenso cardiaco erano omogenei in tutti i trials considerati, indipendentemente dalla loro durata, dal comparator usato e dalla presenza o meno di malattia cardiovascolare.

Nella seconda metanalisi [2] sono stati valutati i rischi a lungo termine del rosiglitazone. Sono stati selezionati solo studi randomizzati e controllati in pazienti diabetici della durata di almeno 12 mesi: da una prima cernita di 140 studi ne sono stati ritenuti idonei per l'analisi solo quattro, per un totale di oltre 14.000 pazienti (6421 trattati con rosiglitazone e 7.870 trattati con terapia di controllo) e follow-up di 1-4 anni. Il rosiglitazone risultò associato al rischio di infarto miocardico (RR 1,42; IC95% 1,06-1,91) e di scompenso cardiaco (RR 2,09; IC 95% 1,52-2,88) senza tuttavia che vi fosse un aumento del rischio di mortalità cardiovascolare (RR 0,90; IC95% 0,63-1,26). Anche in questa metanalisi non si riscontrò eterogeneità tra i trials per quanto riguarda i tre end-point esaminati.

Commento di Renato Rossi

Mentre un editoriale di commento [1] ammonisce che le recenti polemiche sul rosiglitazone dovrebbero servire di lezione alle autorità regolatorie e ricorda che il panel di esperti della FDA che si è recentemente pronunciato sul farmaco mancava di strumenti certi per una valutazione appropriata, viene da chiedersi se, sulla base di queste due ultime meta-analisi, si possa considerare il pioglitazone più sicuro del rosiglitazone. In realtà anche questi due ultimi apporti lasciano margine a numerose incertezze. Intanto non è corretto paragonare i due glitazoni in quanto mancano studi di confronto diretto. Inoltre vi è da notare che l'80% di tutti gli eventi riportati nella meta-analisi sul pioglitazone derivano dallo studio PROactive, che però non era riuscito a dimostrare una superiorità del farmaco sul placebo per quanto riguarda l'end-point primario.

Infine suona un po' strano l'aumento degli eventi cardiovascolari (infarto e scompenso cardiaco) riscontrato per il rosiglitazone senza un contemporaneo aumento della mortalità per

cause cardiovascolari. Si dovrebbe ipotizzare che gli eventi associati al farmaco non sono di gravità tale da portare ad un aumento dei decessi? Oppure che il follow-up degli studi è troppo breve?

Per il momento si tratta di domande senza risposte certe.

Contemporaneamente una revisione pubblicata dagli Annals of Internal Medicine [4] richiama l'attenzione circa le incertezze che ancora ci sono sul rischio di infarto legato al rosiglitazone e un editoriale si rammarica che ci siano così poche evidenze da non poter dissipare i dubbi e conclude che ci vogliono RCT ben fatti e non meta-analisi [5].

Sembra comunque che ogni rivista medica di prestigio non possa esimersi dal pubblicare una meta-analisi sui glitazoni e ci prova quindi anche il Lancet: in quest'ultima (7 RCT) risulta confermato il rischio di scompenso cardiaco associato all'uso dei glitazoni mentre la mortalità da cause cardiovascolari non aumenta con entrambi i farmaci [2].

Un editoriale non firmato [3] ricorda che le meta-analisi hanno importanti limiti, soprattutto quando considerano studi che, in origine, prevedevano degli end-point surrogati e suggerisce che, in futuro, le autorità regolatorie e in primis la FDA, pretendano studi disegnati per valutare outcomes clinici importanti, gli unici che servono ai pazienti.

Come non essere d'accordo?

Bibliografia su www.pillole.org

LEGGE PRIVACY

(Comunicazione al lettore)

I suoi dati, raccolti e trattati nel rispetto degli Articoli 10 e 13 della Legge 675/96 per la Tutela dei Dati Personali, vengono utilizzati per l'invio di materiale informativo e/o promozionale.

In qualsiasi momento - ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento:

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

Via Merulana, 272 00185 ROMA,

140/90
120/80

SFIDA
ALL'IPERTENSIONE

Vincere l'ipertensione, giorno dopo giorno

Una notizia tranquillizzante: il ritardo diagnostico nel cancro mammario potrebbe non peggiorare la prognosi

Secondo uno studio nel cancro della mammella il ritardo di diagnosi fino a tre anni non peggiorerebbe la prognosi.

In questo studio gli autori hanno identificato 40 donne che aveva avuto una diagnosi di cancro mammario invasivo tra il 1995 e il 2005 e nelle quali la diagnosi era stata posta in ritardo (attribuibile al medico) di almeno 3 mesi. I dati raccolti per ogni paziente comprendevano il diametro del tumore, lo stadio, il numero di linfonodi ascellari positivi, e la morte da cancro mammario. Il ritardo medio era di 14,2 mesi (range da 3 a 36 mesi); la causa più comune del ritardo era la mancata biopsia di una massa palpabile quando mammografia e/o ecografia risultavano negative. Lo studio non è riuscito a dimostrare nessuna correlazione tra il ritardo diagnostico e il grado del tumore o lo stadio metastatico. Sei pazienti morirono e il decesso era associato con lo stadio III o IV della malattia ma non con la durata del percorso diagnostico.

Gli autori concludono che, contrariamente a quanto si crede, un ritardo diagnostico fino a 36 mesi non sembra



per un periodo medio di 13 anni, ad eseguire annualmente solo l'esame clinico della mammella oppure l'esame clinico associato a mammografia si notò che nel gruppo mammografia il tumore veniva scoperto mediamente 2 anni prima, era più piccolo e più spesso i linfonodi ascellari erano negativi. Tuttavia questo apparente vantaggio non si traduceva in un aumento della sopravvivenza perché alla fine dello studio non vi era una riduzione della mortalità nel gruppo mammografia [1].

La polemica sulla utilità dello screening mammografico è già stata ampiamente trattata in precedenza da questa testata [2,3,4,5,6,7]: se fosse vero che un ritardo diagnostico anche di qualche anno non influisce sulla storia naturale della malattia si spiegherebbe perché i vari studi sullo screening non sono riusciti a dimostrare una riduzione della mortalità totale.

Ovviamente un ritardo diagnostico legato al medico, come sottolineano gli autori dello studio qui recensito, non è mai augurabile perché va a minare il delicato rapporto medico/paziente e innesca dinamiche di tipo conflittuale e financo di tipo legale

peggiore la prognosi o la sopravvivenza, tuttavia ricordano che il ritardo dovuto al medico è comunque un evento da evitare in quanto influenza in maniera negativa il rapporto con la paziente.
Fonte:
Am J Surg October 2006;192:506-8.
Commento di Renato Rossi
Le conclusioni di questo lavoro vanno prese con molta prudenza sia per la casistica molto limitata sia per il disegno stesso dello studio. Tuttavia questi dati potrebbero spiegare il risultato di alcuni studi sullo screening mammografico. Per esempio nello studio CNBCSS-2 che aveva randomizzato più di 39.000 donne di 50-59 anni,

Glitazoni: il parere dell' EMEA è positivo, con qualche avvertenza

L'EMEA ha concluso che per quanto riguarda rosiglitazone e pioglitazone, nelle indicazioni approvate, i benefici di questi farmaci antidiabetici continuano a superare i loro rischi.

Nel finalizzare una revisione dei benefici e dei rischi dei tiazolidinedioni, rosiglitazone e pioglitazone, l'EMEA ha concluso che, nelle indicazioni approvate, i benefici di questi farmaci antidiabetici continuano a superare i loro rischi. Comunque, l'Agenzia ha raccomandato di cambiare le informazioni del prodotto del rosiglitazone ed ha raccomandato ulteriori iniziative per incrementare la conoscenza scientifica sulla sicurezza di entrambi questi farmaci.

Il CHMP, nell'ambito della sua attività di monitoraggio continuo sulla sicurezza dei farmaci, ha intrapreso questa revisione a causa di nuove informazioni sugli effetti collaterali di questi farmaci. Queste nuove informazioni comprendono il rischio di fratture ossee nelle donne e, un possibile rischio di malattia cardiaca ischemica (ridotta perfusione di sangue al muscolo cardiaco) in tutti i pazienti trattati con rosiglitazone. Questo solleva preoccupazioni sul profilo rischio-beneficio

sia di rosiglitazone che di pioglitazone.

Avendo valutato tutti i dati disponibili il CHMP ha concluso che i benefici di rosiglitazone e pioglitazone nel trattamento del diabete di tipo 2 continuano a superare i rischi. Comunque le informazioni prescrittive devono essere aggiornate per includere l'avvertenza che, nei pazienti con malattia cardiaca ischemica, il rosiglitazone deve essere usato solo dopo un'attenta valutazione del rischio individuale di ogni paziente. Inoltre, la combinazione di rosiglitazone ed insulina dovrebbe essere usata solo in casi eccezionali e sotto stretto controllo.

Questi cambiamenti saranno introdotti nelle prossime procedure regolatorie per i farmaci contenenti rosiglitazone. Nessun cambiamento delle informazioni prescrittive è stato considerato necessario per i farmaci contenenti pioglitazone.

Il CHMP riesaminerà i risultati degli studi attualmente in corso. Inoltre ha raccomandato di condurre ulteriori studi per incrementare il livello di conoscenza scientifica dei due farmaci.

A.M.I. ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272
Tel.. 06/ 4746344 - 06/ 4871092 (fax)
E.mail SIAMEG@tin.it

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

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

CHIEDE

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

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

DICHIARA che l'iscrizione

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

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

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

FIRMA _____

L'Omeopatia nell'ambito della medicina contemporanea

di Francesco Macrì

Sorta nel 1999, la SIOMI (Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata) è, in Italia, tra le Società più rappresentative nel settore delle Medicine Complementari (MC). Come afferma la sua stessa denominazione, la SIOMI, tra i suoi obiettivi prioritari, ha la promozione del principio di integrazione tra le MC in generale, l'Omeopatia in particolare, e la Medicina Ufficiale (MU).

L'esigenza di tale integrazione deriva da una parte dal dato riguardante il numero di cittadini (circa dieci milioni) che più o meno regolarmente si rivolgono alle MC, dall'altra dalla constatazione che la MU per vari aspetti (inadeguatezza del rapporto medico paziente, rilevanza dei costi di acquisto, controllo dei sintomi incompleto o ottenuto a fronte di rilevanti effetti collaterali) spesso non offre una risposta esauritiva alla richiesta di salute.

Il concetto di integrazione consiste nella possibilità di utilizzare le MC e la MU in alternativa

ragionata o in efficace complementarietà in base alle caratteristiche dello specifico quadro clinico.

L'applicazione pratica della integrazione presuppone, da parte del Medico, una conoscenza adeguata degli aspetti teorico-pratici alla base delle MC di più frequente impiego e la SIOMI promuove tale conoscenza attraverso iniziative di vario tipo (convegni, rivista "CARE", newsletter "Omeo33", etc.) e tra esse, più recenti e significative, il supporto scientifico a livello legislativo (progetto legge per le MC della regione Toscana) a livello assistenziale (apertura del primo ospedale in Italia per la Medicina Integrata a Pitigliano) e l'apertura di scuole SIOMI per la formazione in Omeopatia nelle sedi di Milano, Firenze e Roma. Il medico non può non considerare come questa possibilità di integrazione sia la risposta adeguata alla spinta di trasformazione della medicina moderna.

Francesco Macrì—SIOMI

Facilitazioni in caso di parto gemellare

Raddoppiano le ore di riposo per i genitori

La nota n. 23 del 3/9/2007 del Ministero del Lavoro ha chiarito che l'articolo 41 del D. Lgs. 151/2001 prevede che in caso di parto plurimo, spetti alla madre e al padre (lavoratori) il doppio delle ore di riposo.

La precisazione contenuta nel provvedimento (con il quale la Direzione Generale per l'attività ispettiva ha risposto a una interpellanza del Consiglio Nazionale dell'ordine dei Consulenti del lavoro) si è resa necessaria dinanzi a una situazione familiare che vedeva la nascita di due gemelli, il padre lavoratore dipendente e la madre lavoratrice subordinata.

Il Ministro ha quindi chiarito che "in sintonia con l'evoluzione legislativa e giurisprudenziale

sempre più tendente ad assicurare ad entrambi i genitori un ruolo paritario nelle cure fisiche ed affettive del bambino [...] fermo restando che per madre lavoratrice non dipendente deve intendersi la lavoratrice autonoma (artigiana, commerciante, coltivatrice diretta, colona, mezzadra, imprenditrice agricola professionale, parasubordinata e libera professionista) avente diritto ad un trattamento economico di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale, nulla osta a che il padre, lavoratore dipendente, possa fruire, in caso di parto plurimo, dei riposi giornalieri aggiuntivi (e quindi raddoppiati) secondo quanto previsto dall'art. 41 D.Lgs. n. 151/2001".
www.studiocataldi.it

Aggrediti da un paziente? Anche l' Azienda ha obbligo di risarcire il dipendente

Un'infermiera, in servizio presso un Centro di Igiene Mentale viene aggredita da un paziente, riportando una serie di lesioni con postumi permanenti. Pur ravvisandosi la sussistenza di infortunio sul lavoro, l' infermiera ritenne di chiedere il risarcimento del danno all' Azienda presso la quale lavorava, e la Cassazione (Sezione Lavoro sentenza n. 17066/2007) le ha dato ragione. La Corte ha stabilito che rientra nella responsabilità dell' Azienda adottare tutte le misure astrattamente idonee ad evitare danni all' integrità fisica e alla salute del lavoratore.

"Il datore di lavoro, la cui attività consista tra l'altro nel trattamento e cura di pazienti oligofre-

nici, soggetti incapaci della sorveglianza dei quali egli è tenuto erga omnes ex art. 2047 c.c., è specificamente responsabile ex art. 2087 c.c. dell'infortunio sul lavoro subito dal personale sanitario per comportamenti aggressivi degli stessi pazienti ove non provi in positivo di aver adottato tutte le più idonee misure di prevenzione che, secondo la particolarità di tale attività, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro, non essendo sufficiente, per l'esonero da responsabilità, la mera prova dell'imprevedibilità del comportamento aggressivo del paziente".

DZ Fonte: www.studiocataldi.it

Accademia di Storia dell'Arte sanitaria

Lions Club Roma Colosseum

Club ZONTA Roma Ostia

Convegno

IL DIABETE INFANTILE E DELL'ADULTO

PROBLEMI MEDICI E SOCIALI

Presidente

Prof. Giovanni GHIRLANDA, Direttore Istituto Patologia medica del Policlinico Gemelli

Moderatore

Prof.ssa Sonia ALBANESE, Cardiocirurgo Pediatra Ospedale Bambin Gesù

1° Sessione

Prof. Alessandro CIAMMAICHELLA, Primario Medico emerito

"Diabete mellito e Medicina interna"

Dott. Pier Paolo VISENTIN, Primario di Anestesia e Rianimazione Osp. S. Spirito

"Iperglicemia e paziente critico"

Interventi preordinati:

Dott. Francesco CARRERA, Dirigente Ginecologo Ostetrico 1° livello, Osp. S. Giovanni

"Diabete mellito e gravidanza"

Dott. Marco NICOLETTI, Dermatologo Università Tor Vergata

"Diabete mellito e cute"

2° Sessione

Dott. Armando GROSSI, Endocrinologo Osp. Bambin Gesù

"Il diabete in età infantile e giovanile"

Prof.ssa Valeria DEL BALZO, Scienza dell'Alimentazione Università La Sapienza

"Dieta mediterranea e diabete: solo prevenzione?"

Intervento preordinato:

Dott. Mauro RAGONESE, Coordinatore sanitario Centri diabetologici dello SMOM

"Il ruolo dello SMOM nel controllo della popolazione diabetica"

27 ottobre 2007 ore 9 - 13

Accademia di Storia dell'Arte sanitaria Ospedale S. Spirito

Lungotevere in Sassia, 3 - Roma

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano, per i testi e le recensioni scientifiche, i siti:

"Pillole" (www.pillole.org)

"Scienza e Professione" (www.scienzaeprofessione.it).

I contenuti umoristici sono tratti dalla:

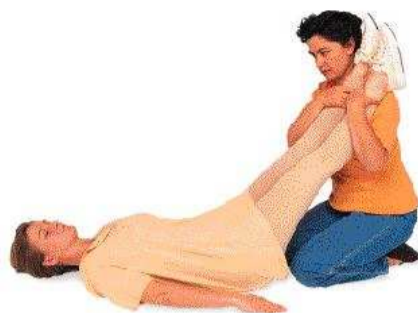
"Piazzetta dei Medici" (<http://piazzetta.sfera.net>).

Le vignette originali sono di Enzo Brizio.

Prevenire le sincopi: potrebbe essere semplice!

Può una semplice manovra di contro-pressione prevenire la sincope vasovagale in pazienti suscettibili?

Una semplice manovra (incrociare e spremere le gambe, stringere una palla con forza, mettere in tensione le braccia) è efficace nel diminuire il numero di episodi sincopali nei pazienti che sperimentano sintomi presincopali. Le manovre sono semplici e possono essere insegnate ai pazienti che dovranno metterle in pratica durante la fase dei sintomi prodromici o quando compiono manovre che potrebbero causare la sincope (Livello di Evidenza = 1b) Lo dimostra uno studio di cui si sintetizzano i risultati.



Disegno dello studio: Trial controllato e randomizzato (non in cieco) Finanziamento dello studio: Statale Gli autori hanno reclutato 223 pazienti con episodi di sincope vasovagali ricorrenti e sintomi prodromici identificabili. I pazienti avevano un'età media di 38 anni, avevano almeno 3 episodi sincopali nei precedenti 2 anni o almeno un episodio sincopale e 3 presincopali nei precedenti 2 anni. La sincope vasovagale era diagnosticata usando le Linee Guida dell'European Society of Cardiology e includevano il tilt-table test. Tutti i pazienti avevano un ECG basale

normale. I pazienti venivano allocati in cieco (non sapevano a quale gruppo appartenevano) ed erano randomizzati a ricevere o una terapia convenzionale o ad essere

istruiti sulle contromanovre fisiche. La terapia convenzionale consisteva di nella spiegazione del meccanismo della sincope e istruendoli su come modificare il loro stile di vita. Ai pazienti nel gruppo sperimentale venivano insegnate le manovre (incrociare le gambe, stringere forte le mani o tendere forte le braccia) in caso di sintomi premonitori di sincope.

L'incrocio delle gambe includeva la tensione delle gambe, addominale e dei muscoli delle natiche. Stringere forte le mani consisteva nello stringere forte una palla o un oggetto tra le mani usando la parete addominale. La tensione delle braccia consisteva in stringere le mani spingendo una contro l'altra. I pazienti erano istruiti a respirare normalmente e scegliere una manovra continuando fino alla scomparsa dei sintomi o a cambiare la manovra se necessario. Su 14 mesi il numero di pazienti che hanno riportato un episodio presincopale erano simili nei due gruppi: circa il 75%. Tuttavia i pazienti nel gruppo sperimentale hanno avuto meno episodi sincopali (32% contro il 57%).

Clementino Stefanetti

Ancora diatribe sulla certificazione INAIL

Un Sindacato Medico ci informa che l'Ordine dei Medici di Ferrara ha interpellato la Direzione Generale dell'INAIL di Roma a proposito della nuova convenzione siglata con lo stesso ente da alcune organizzazioni sindacali. Ecco in sintesi le risposte -non esiste normativa che renda cogente erga omnes quanto sottoscritto tra l'INAIL e OO.SS

-ogni Medico può aderire o meno a tale convenzione indipendentemente dall'appartenenza o meno alle OO.SS di categoria

-per coloro che non aderiscono non è prevista alcuna modalità di comunicazione formale all'istituto

--l'utilizzo della nuova modulistica attiva automaticamente la procedura prevista dall'accordo



Il pagamento della prestazione-certificazione qualora venga richiesta dal sanitario è (o dovrebbe essere ndr) rimborsata dall'ente all'assistito secondo quanto dispone il DPR 30 Giugno 1965 n.1124 secondo cui le prestazioni di assistenza sanitaria, curativa e riabilitativa devono essere garantite fermo restando l'esclusione di qualunque concorso degli assistiti al pagamento della prestazione sanitaria. Consigliamo tuttavia, fino a definitivo chiarimento, di aderire alle regole della nuova Convenzione.



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

00001/...

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

DELEGA SINDACALE

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

AUTORIZZA

L'Amministrazione ad effettuare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile a favore del Sindacato dei Medici Italiani da versare sul C.C. bancario n. 65137, cod. ABI 3002, CIN Q, CAB 41160 della Banca di Roma ag. 363, Corso Umberto I, 47 - 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 annulla 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 PRIVATA		
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA		
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
UNIVERSITARIO		
SPECIALISTA IN FORMAZIONE	CONVENZIONATA	DIPENDENZA

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

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

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

Presta il proprio consenso:

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

Data Firma

Copia per la A.U.S.L.

VALPRESSION® 160 mg
C09CA03
valsartan

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

COMBISARTAN® 160 mg / 25 mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide



Menarini, salute senza confini

Conferma il tuo gusto per la salute. 02/76000000. 02/76000000. 02/76000000. 02/76000000.