

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 8

SETTEMBRE 2009

CONGRESSI:

SCANNO (AQ)

11-12 Settembre:
XII edizione del
Congresso Medico
Interdisciplinare e
Premio Scanno

-VIAREGGIO:

II Festival della
Salute (24-27/9/09)

- CASCINA (PI):

IV Congresso Ip-
pocrate (3-4/10/09)

- PISA: V Con-

gresso Nazionale
"Promed Gali-
leo" (13-14/11/09).

V. a pag 16 e su

www.scienzaeprofessione.it

**La formazione
in Medicina
Generale NON
equivale ad una
specializzazione**

**INDICE
GENERALE
IN SECONDA
PAGINA**

Iscriversi al sito web per godere di tutti i servizi!

Alcuni servizi del nostro sito verranno riservati ai soli iscritti

(articoli full-test, commenti, comunicazioni riservate)

Per usufruirne vedi a pag. 17



**Approccio alle
neutropenie**



**Il medico a pa-
gamento e' sem-
pre piu' bravo**

**Conoscere meglio
il disturbo da defi-
citi di attenzione e
iperattivita'
(ADHD)**

**Importanti
novita' per gli
invalidi civili
Nuove norme da
gennaio**

**Non solo IPP
anche gli antiH2
sono efficaci per la
gastroprotezione
da FANS**



**BRACHITERAPIA
Superare il cancro prosta-
tico senza intervento**



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

"ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

BRACHITERAPIA: Cancro prostatico senza intervento	Pag. 3	Mensile di informazione e varie attualita'
Ricordare di mettere il bollo sulla fattura (quando serve)	Pag. 4	Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998
La Paroxetina e' sicura anche in gravidanza	Pag. 5	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
Conoscere meglio il disturbo da deficit di attenzione e iperattivita' (ADHD)	Pag. 5	Indirizzo web: http://www.scienzaeprofessione.it
E' affidabile la pressione arteriosa misurata dal medico?	Pag. 6	Patrociate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi
Sembrano ingiustificati gli allarmi su effetto oncogeno dell' insulina Glargine	Pag. 7	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)
Non solo IPP, anche antiH2 per la gastroprotezione da FANS	Pag. 7	Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Sicurezza della metoclopramide in gravidanza	Pag. 8	Per riceverla gratuitamente: dzamperini@gmail.com Cell. 333/5961678
Approccio alle neutropenie	Pag. 9	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Importanti novita' per gli invalidi civili	Pag. 9	Contenuti selezionati e altri servizi: www.scienzaeprofessione.it
Il medico a pagamento e' sempre il piu' bravo	Pag. 11	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
L' Italia e' una nazione di tossicodipendenti?	Pag. 11	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
La formazione in Medicina Generale NON equivale ad una specializzazione	Pag. 11	
Per rimuovere un medico convenzionato occorre passare per il tribunale	Pag. 12	
Referti medici on line: in arrivo le regole del Garante privacy	Pag. 12	
Timbro falso sul cartellino: e' illecito ma non sempre e' reato penale	Pag. 13	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	
News prescrittive: modifiche alle schede tecniche di numerosi farmaci	Pag. 14	
Convegni, Congressi e altre iniziative importanti	Pag. 16	
Altre informazioni utili	Pag. 17	
Il sito web apre dei settori riservati agli iscritti		



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da
ULIVETO E ROCCHETTA, "ACQUE DELLA SALUTE"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

BRACHITERAPIA: Cancro prostatico senza intervento

Una conferma a lungo termine della validità dei trattamenti alternativi alla prostatectomia: il tumore alla prostata può essere trattato senza demolizione chirurgica, mediante brachiterapia (infezioni di aghi radioattivi nella prostata) con risultati analoghi e assenza quasi totale di effetti secondari.

Tale trattamento va per la maggiore negli USA, dove nel 2004 il 51 per cento dei tumori prostatici sono stati trattati con brachiterapia prostatica, riservando al 49 per cento le altre due metodiche codificate: la prostatectomia radicale e la terapia radiante a fasci esterni. Questo perché gli studi evidenziavano una uguale efficacia con effetti secondari molto inferiori.

Sull'argomento infatti sono stati recentemente pubblicati i risultati di uno studio americano a lungo termine (Int J of Radiation Oncol Biol Physics 2009;74: 753) in cui sono monitorati per oltre 12 anni 742 pazienti con tumore prostatico trattati con brachiterapia con risultati positivi analoghi a quelli dei prostatectomizzati, ma con effetti collaterali (incontinenza urinaria e impotenza) enormemente ridotti.

Tra i pazienti trattati, il 97% era ancora libero da malattia dopo 10 anni; in nessuno dei casi seguiti dai ricercatori si sono dimostrate metastasi o si sono verificati decessi.

Fondamentale si è dimostrata la corretta selezione a priori dei candidati al trattamento.

Ma cos'è la brachiterapia, e cosa significa?

Il termine deriva dal greco ("corto", breve) e illustra la breve distanza tra sorgente radioattiva e il tessuto bersaglio, praticamente a contatto. Si distingue dalla Teleterapia (la radioterapia tradizionale transcutanea), dove sorgente radioattiva e "organo bersaglio" si trovano a una distanza discreta l'uno dall'altro (80-100 cm).

Si tratta infatti di un trattamento radioterapico in cui delle piccole capsule ("semi") contenenti materiale radioattivo (generalmente Iodio o Palladio) vengo-

no impiantate nella prostata sotto guida ecografica, con procedura minimamente invasiva effettuata in unica seduta operatoria della durata di circa 90-120 minuti.

I semi rilasciano energia radiante molto localizzata (al solo tessuto circostante) per cui, diversamente dalla radioterapia a fasci esterni, non vengono danneggiate le strutture adiacenti alla prostata (retto, vescica, uretra, fascio vascolo-nervoso); l'intensità dell'irradiazione è spazialmente limitata ma di intensità estremamente elevata. La radioattività decade in poche settimane.

A parità di efficacia, perché preferire la brachiterapia e quando?

I vantaggi della brachiterapia consistono essenzialmente nella ridottissima frequenza di effetti secondari sgradevoli: quasi assente l'incontinenza post-intervento, l'impotenza si verifica in percentuali assai più ridotte rispetto alla chirurgia tradizionale, il paziente è in grado di riprendere le comuni attività già dopo un paio di giorni dal trattamento.

Rappresenta quindi una sorta di "terapia del manager": il paziente entra in ospedale il venerdì sera e può tornare al lavoro il lunedì successivo. Un enorme balzo in avanti, rispetto alla radioterapia standard che richiedeva due mesi di sedute, o alla chirurgia tradizionale. Non è però indicata per tutti, è importante che si rispettino certi parametri nella selezione dei pazienti, come diremo in seguito.

Perché in Italia la brachiterapia è così poco diffusa?

Mentre negli USA la maggioranza dei pazienti con carcinoma prostatico viene trattata con brachiterapia, in Italia la percentuale è ancora molto bassa. Ciò è dovuto a motivi culturali e tecnici. Un primo motivo è dato dal fatto che negli USA il cancro prostatico viene diagnosticato in fase molto precoce per cui la maggior parte dei pazienti rispettano i parametri per la brachiterapia. Esiste poi in Italia un pregiudizio negativo, dovuto essenzialmente al retaggio delle prime esperienze di qualche decen-

nio fa, allorché la tecnica era molto carente, invasiva, e i risultati molto meno confortanti: il chirurgo accedeva alla prostata per via addominale (quindi con metodica "invasiva") e infiggeva gli aghi radioattivi a mano libera, non garantendo così la completa distruzione del tessuto neoplastico, con frequenti recidive.

Attualmente invece si procede mediante una mappatura della prostata effettuata intraoperatoriamente con una sonda ultrasonica (che ricostruisce un'immagine analogamente alla TAC) dopodiché la prostata viene divisa in settori in cui, con un sistema simile alla "battaglia navale" vengono virtualmente allocati con estrema precisione i "semi" (Iodio o Palladio radioattivi) in modo che venga coperta la totalità della ghiandola. Subito dopo si passa alla fase operativa vera e propria: mediante un ago sottile infisso nel perineo (lo spazio compreso tra l'ano e lo scroto), senza aprire l'addome, i semi radioattivi vengono collocati nelle posizioni calcolate prima, garantendo la totale copertura del tessuto interessato. La procedura comporta naturalmente la necessità di attrezzature e personale adeguati ai problemi di radioprotezione.

Esiste poi un problema economico: il materiale radioattivo deve essere importato volta per volta, in modo "mirato" caso per caso, dall'estero, in quanto in Italia non ci sono centrali nucleari che possano fornire tali prodotti.

Interviene inoltre un fattore amministrativo in quanto, se effettuata in regime ospedaliero, non sempre i sistemi di rimborso regionali (cosiddetti DRG) riescono a coprire adeguatamente il costo del trattamento.

Il problema culturale

Mentre tutte le Unità di Urologia possono contare su urologi culturalmente e tecnicamente preparati all'intervento chirurgico, è più raro trovarne di preparati ad un nuovo metodo quasi "ingegneristico", in cui necessitano conoscenze ed abilità tecniche extra-chirurgiche e il bisturi invece non ha cittadinanza.

Un intervento chirurgico è inoltre effet-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

tuabile in qualsiasi ospedale o clinica, da una comune equipe, con costi e tempi standardizzati che garantiscono un adeguato margine di profitto; e' quindi effettuabile in modo redditizio, con un grosso giro anche di interessi economici. La brachiterapia invece necessita di coordinamento e impegno pluridisciplinare, da parte di piu' strutture, con un costo oggettivamente piu' alto che riduce e talvolta annulla i margini di profitto delle strutture e degli operatori.

Quali pazienti possono avvalersi della brachiterapia?

Le terapie per il K prostatico vanno diversamente indirizzate a seconda della tipologia dei pazienti.

Nei pazienti con tumore ormai extraprostatico o metastatico sono indicate la chirurgia e la radioterapia esterna, capaci di colpire anche le parti del tumore situate fuori della prostata; la brachiterapia andrebbe invece riservata ai soli casi di forma ancora limitata alla ghiandola prostatica.

I parametri piu' comunemente accettati per l' indicazione al trattamento sono: PSA fino a 10 ng/ml, punteggio di Gleason sulla biopsia fino a 6; inoltre il volume prostatico dovrebbe essere compreso fra 20 -50 cc e devono essere assenti sintomi di tipo ostruttivo alla minzione (questo perche' all' inizio del trattamento puo' aversi una transitoria tumefazione della ghiandola con rischio di ritenzione urinaria acuta).

Come avviene il trattamento?

Possiamo schematizzare una procedura in piu' fasi:

- Dapprima si realizza una eco-

stratigrafia della prostata a strati successivi distanziati di circa 1 cm; queste "fette" sono acquisite da un sistema computerizzato che crea un modello 3D della prostata esaminata

- Poi il computer calcola e rappresenta graficamente la sistemazione virtuale ottimale dei semi in modo che venga irradiato tutto il volume considerato
- Infine si passa all' infissione vera e propria degli aghi nella prostata, nella posizione prevista dal piano di trattamento computerizzato.

I semi verranno lasciati in loco, ed il paziente non avvertira' in alcun modo la loro presenza.

Dopo alcuni mesi (4 - 6 mesi a seconda del materiale impiegato) la radioattivita' decade e diventano totalmente inerti.

Nel periodo di radioattivita' il paziente dovra' osservare alcune precauzioni onde non irradiare involontariamente i soggetti sensibili (soprattutto donne in gravidanza e bambini). E' sufficiente, anche nei periodi di massima attivita', osservare una distanza minima di un metro.

Alcuni centri, ad esempio quello di Lucca, forniscono al paziente una sorta di gonnellino piombato indossabile sotto i comuni indumenti e tale da bloccare completamente qualsiasi radiazione.

Dove si effettua questo trattamento?

Per i motivi descritti sopra, in Italia i Centri che effettuano tale trattamento sono relativamente pochi e localizzati quasi tutti nel nord. Una statistica precisa e aggiornata non e' agevole, perche' le situazioni locali variano con rapida frequenza, essendo molto legate alle singole persone, alle possibilita' di coor-

dinamento interdisciplinare, a eventuali situazioni di "concorrenza".

Piu' Centri si sono contesi, negli anni passati, il titolo di Leader del settore: Milano, Trento, Savona, e, da alcuni anni, Lucca, che con i suoi 40 interventi l' anno sta acquisendo una delle casistiche nazionali piu' consistenti, se non addirittura la piu' consistente. E, come puo' desumersi da quanto gia' detto, l' esperienza pratica e' di fondamentale importanza per la riuscita ottimale del trattamento.

Un grosso Ospedale romano ha aperto, da alcuni mesi, un servizio analogo.

Uno dei nostri collaboratori, recentemente trattato proprio presso l' **Ospedale di Lucca**, ha riferito dell' estrema competenza degli operatori sanitari, della rapida ed efficiente organizzazione ospedaliera, della completa gratuita' dell' intero ciclo di prestazioni.

Il Prof. Pinzi e il dott. Paoluzzi, l' uno Primario e l' altro Coordinatore del servizio, da noi intervistati, hanno confermato l' elevato standard delle loro casistiche, in linea con le piu' quotate casistiche internazionali.

Questa metodica, insomma, rappresenta la soluzione ottimale per quei casi borderline, in cui il medico stesso e' incerto sulla condotta da seguire: nei tumori non tanto avanzati da imporre un trattamento demolitivi ma neppure tanto insignificanti da poter essere lasciati tranquillamente in loco in "vigile attesa": la brachiterapia permette in questi casi di effettuare un trattamento risolutivo senza essere demolitivo.

Ricordare di mettere il bollo sulla fattura (quando serve)

Mentre il certificato medico e' soggetto, in alcuni casi, alla marca ENPAM, le fatture rilasciate per prestazioni sanitarie possono a loro volta essere soggette a bollo, di cifra irrisoria ma obbligatoria.

Le fatture esenti da IVA e superiori ad Euro 77,47, in base alla normativa vigente, richiedono l' apposizione di una marca da bollo di Euro 1,81.

Tipico e' il caso di fatture per prestazioni sanitarie.

Tale marca va applicata a cura di chi emette fattura (professionista), ed a carico di chi la riceve (cliente).

Qualora il professionista emetta fattura senza apporre la marca, il cliente e' tenuto alla regolarizzazione.

Il cliente, regolarizzando l' atto, e' esen-

te da sanzioni che ricadono invece sul professionista omissivo, come specificato dalla risoluzione dell' Agenzia delle Entrate n. 44E del 18/11/08.

Trattandosi di importi modestissimi (e oltretutto addebitabili al cliente) al medico conviene prestare attenzione.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

La Paroxetina e' sicura anche in gravidanza

La paroxetina appare farmaco sufficientemente sicuro anche in gravidanza; non e' stata evidenziata associazione tra assunzione di paroxetina in gravidanza e aumento del rischio di malformazioni cardiovascolari nei neonati.

La valutazione della sicurezza in corso di gravidanza degli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) ha subito nel tempo oscillazioni dovute alla mancanza di dati precisi e a lungo termine: dapprima considerati sicuri, con tassi di rischio sovrapponibili a quelli della popolazione generale, era stato poi evidenziato in base ad alcuni studi, un rischio di malformazioni cardiovascolari in percentuali variabili dall'1,5% al 2%.

In seguito a tali studi venivano emanati degli avvisi da parte della FDA, dell'Health Canada e dell'American College of Obstetricians and Gynecologists con raccomandazione di evitare, quando possibile, l'utilizzo di paroxetina in gravidanza.

Restava pero' il problema del trattamento delle donne gravide affette da depressione e ad alto rischio di ricadute. E' stato percio' effettuato uno studio di coorte avente l'obiettivo di valutare la teratogenicit  della paroxetina, mediante

la raccolta del maggior numero di dati su neonati che sono stati esposti in utero a paroxetina durante il primo trimestre di gravidanza in confronto con neonati non esposti.

Sono stati quindi valutati 1174 casi di assunzione di paroxetina nel primo trimestre di gravidanza, a cui si aggiungevano 2061 casi tratti da studi precedentemente pubblicati. Si trattava di donne in terapia con paroxetina nel periodo precedente alla gravidanza che ne avevano proseguito l'assunzione nel primo trimestre, periodo critico nell'embriogenesi del cuore.

I tassi di malformazioni cardiovascolari nei nuovi casi erano uguali tra neonati esposti e non esposti alla paroxetina (0.7%). Invece nei casi estratti da studi precedenti il tasso di malformazioni cardiovascolari nei soggetti esposti era circa il doppio (1.5%). Il calcolo globale esprimeva un tasso medio di 1.2%.

Gli autori ipotizzano che la differenza tra il tasso dei nuovi casi e quelli "storici" possa dipendere da una insufficiente definizione (negli studi precedenti) della gravita' dei casi, per cui venivano inclusi anche casi transitori di lieve entita' che poi andavano incontro a remissione spontanea con il successivo sviluppo.

Nonostante cio' l'incidenza delle malformazioni ricadeva, comunque, all'interno dell'intervallo osservato nella popolazione generale (1-3%).

Commento: Nel caso di una gravida in trattamento antidepressivo va inoltre tenuto conto dei rischi a cui, in caso di interruzione della terapia, si possono sottoporre sia il neonato che la madre; in particolare il rischio di depressione post-partum aumenta in modo esponenziale, con il possibile corollario di ideazioni suicidiarie o omicidiarie della madre, con l'aggiunta di rischi perinatali costituiti anche da ipertensione, rischio di aborto, preeclampsia.

Alla luce di questo studio, considerando che non si rileva un'effettiva associazione tra assunzione di paroxetina in gravidanza e aumento del rischio di malformazioni cardiovascolari del neonato, e che non si rilevano rischi aggiuntivi, il rapporto rischio-beneficio appare assolutamente favorevole per cui e' importante non interrompere la terapia farmacologica della depressione materna.

Am. J Psychiatry 2008; 165: 749-52.

Conoscere meglio il disturbo da deficit di attenzione e iperattivit  (ADHD)

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattivit  (in inglese Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, ADHD)   una vera e propria patologia psichiatrica dell'et  infantile e scolare, ancora abbastanza controversa in alcuni suoi aspetti.

Descritto per la prima volta dall'inglese George Still agli inizi del XX secolo, viene di solito diagnosticato nei primi anni della scuola, dove il bambino iperattivo viene notato per la sua irrequietezza.

Esso mostra pesanti problemi di concentrazione ed attenzione,   incapace di rimanere seduti per lungo tempo o di restare tranquillo a lungo, spesso presenta movimenti incoordinati e improvvisi, non finalizzati.

Segni tipici sono anche la disorganizzazione delle attivit , una grande facilit  nel distrarsi, una quasi totale assenza di concentrazione, la facile e frequente perdita delle proprie cose.

Inoltre possono essere molto evidenti l'irrequietezza, l'incapacit  di rimanere fermo e/o seduto a lungo, una tenace logorrea, una forte rumorosit  nelle attivit , una continua interruzione degli altri, una tonalit  di voce piuttosto alta nelle risposte.

Il bambino affetto da tale patologia, a differenza del semplice "discolo" si mostra incapace di controllare il proprio comportamento.

E' cruciale il problema della diagnosi perche' puo essere facile attribuire i

disturbi a problematiche psicologiche, come, al contrario la diagnosi puo' essere posta con eccessiva leggerezza.

La cosa e' di fondamentale importanza perche' e' stato verificato come l'ADHD sia un vero disturbo neurobiologico basato su fondamenta organiche.

Sono emerse dagli esami strumentali effettuati sui pazienti con ADHD anomalie a carico di alcune regioni cerebrali, in particolare si e' rilevato uno squilibrio funzionale tra alcune aree (quelle dell'attenzione e dell'inibizione, che funzionano in modo rallentato) rispetto ad altre (alcune aree motorie, iperfunzionanti).

In altre parole, le aree motorie attiveranno

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

bero i movimenti del bambino "irrequieto" mentre le aree inibitorie non reagirebbero con sufficiente velocità per bloccarli.

Non è ancora chiarita con precisione la patogenesi di queste anomalie: sembra che possa essere coinvolto l'uso di tabacco in gravidanza da parte della madre (con influssi sul sistema dopaminergico del feto) così come inciderebbe anche una nascita pretermine o comunque un peso ridotto del bambino.

La particolare tipologia del disturbo spiega la terapia molto particolare: a

differenza dei bambini "discoli", i tranquillanti non risultano particolarmente efficaci, bensì occorre un trattamento con farmaci psicostimolanti. Questi, stranamente, mostrano un effetto "tranquillante" in questi pazienti.

Questo perché gli psicostimolanti (derivati da anfetamine) riescono ad attivare le aree inibitorie accelerandone le funzioni e mettendole in condizione di controllare l'iperattività involontaria del bambino.

È intuibile come sarebbe un grave errore considerare tali farmaci come "tranquillanti" e somministrarli ad un

soggetto semplicemente "discolo" pensando di migliorarne il comportamento: anziché mostrare l'effetto sedativo ne verrebbero accentuati i comportamenti aggressivi.

È necessario quindi affidarsi a professionisti competenti e ad evitare le diagnosi "fai da te".

Il periodo di assunzione varia per i diversi soggetti, gli effetti collaterali sono generalmente modesti (mal di testa o di stomaco, inappetenza, disturbi del sonno, calo di peso, depressione).

E' affidabile la pressione arteriosa misurata dal medico?

Publicato un altro studio che dimostra la superiorità prognostica dell'Holter pressorio rispetto alle misurazioni della pressione effettuate in ambulatorio.

In questo studio prospettico sono stati reclutati 556 pazienti con ipertensione resistente.

I pazienti sono stati sottoposti a misurazione della pressione in ambulatorio ed a Holter pressorio/24 ore.

Gli end-point primari erano gli eventi cardiovascolari fatali e non fatali e la mortalità totale e da cause cardiovascolari.

Dopo un follow-up mediano di 4,8 anni, il 19,6% dei pazienti aveva presentato l'end-point primario e il 12,5% era deceduto.

Dopo aggiustamento per età, sesso, BMI, diabete, abitudine al fumo, inattività fisica, dislipidemia, precedenti cardiovascolari, creatininemia, numero dei farmaci antipertensivi assunti, si è visto che la misurazione della pressione in ambulatorio non aveva alcun potere prognostico.

Al contrario un valore predittivo indipendente mostrava l'Holter pressorio/24 ore. In questo caso l'aumento di una deviazione standard nei valori della pressione sistolica era associato ad un aumento del rischio del 26% (HR 1,26; CI95% 1,04-1,53) per i valori diurni e del 38% (HR 1,38; CI 95% 1;13-1;68) per i valori notturni.

I corrispondenti HR per la pressione diastolica erano 1,31 (CI95% 1,05-1,63)

e 1,36 (CI95% 1,10-1,69).

Per quanto riguarda la mortalità totale solo l'Holter pressorio permetteva di diagnosticare una reale ipertensione resistente ed era un fattore predittivo indipendente.

Fonte:

Salles GF et al. Prognostic Influence of Office and Ambulatory Blood Pressures in Resistant Hypertension. Arch Intern Med. 2008 Nov 24;168:2340-2346.

Commento di Renato Rossi

Ci si può fidare della pressione misurata dai medici nel corso di una visita?

Questo studio brasiliano dice di no, ma il dato non stupisce perché non è l'unico. Vi sono numerosi altri lavori che suggeriscono che la misurazione della pressione effettuata tramite Holter 24 ore, la ripetuta automisurazione domiciliare e, forse, anche la misurazione effettuata da personale infermieristico, sono più veritieri della pressione misurata dai medici [1].

I "dottori" sono quindi incapaci di misurare la pressione arteriosa?

Evidentemente non è questa la spiegazione: è invece probabile un effetto "camice bianco" che porta ad una reazione di allarme, con conseguente incremento di catecolamine e rialzo dei valori pressori, quando il paziente "vede" il medico con il bracciale dello sfigmomanometro in mano.

Le conseguenze pratiche di tutto questo sono facilmente intuibili:

1) l'Holter pressorio non è proponibile in tutti i pazienti, ma, prima di etichettare un soggetto come vero iperteso resistente ai farmaci, è preferibile avere la controprova del monitoraggio continuo/24 ore

2) non è consigliabile cambiare e/o potenziare una terapia antipertensiva sulla base di pochi valori elevati riscontrati durante la visita; meno ancora variare una terapia per un unico riscontro di pressione elevata durante una visita specialistica

Può essere utile valorizzare l'automisurazione domiciliare: se il paziente è ben istruito e affidabile si può riporre più fiducia (o comunque altrettanta fiducia) in questi valori che in quelli riscontrati in ambulatorio; i valori automisurati possono essere registrati in cartella differenziandoli da quelli riscontrati dal medico, per esempio antepponendo un segno convenzionale (come un asterisco o simili).

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1775>

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Sembrano ingiustificati gli allarmi su effetto oncogeno dell' insulina Glargine

Alcuni studi recentemente pubblicati avrebbero evidenziato la possibilità che l' insulina Glargine favorisca l' insorgenza di neoplasie. L' EMEA, dopo un esame di questi studi, conclude che finora non esiste nessuna prova convincente di un'associazione tra insulina glargine e cancro

L'Agenzia europea per il controllo dei farmaci, EMEA, ha diramato un comunicato in cui si afferma che in base ad un'analisi approfondita dei dati disponibili non ci sono prove di un legame tra insulina glargine e rischio di cancro.

La Food and Drug Administration ha lanciato un "early warning" in merito ad una possibile associazione tra l'uso di insulina glargine ed un incremento del rischio di insorgenza di cancro. In base ai risultati di quattro studi recentemente pubblicati.

I risultati sono di difficile interpretazione per la presenza di molti fattori confondenti e per il numero esiguo di casi registrati in alcune serie e soprattutto per il tempo assai breve tra l'inizio dell'esposizione e l'insorgenza del cancro, tempo ritenuto non idoneo a dimostrare una relazione causale tra esposizione all'insulina glargine e l'insorgenza di cancro. L'Agenzia europea per il controllo dei farmaci, l'EMEA, aveva diramato nel

giugno 2009 un comunicato in cui avvertiva che il problema era tenuto sotto osservazione, ma che c'erano delle incoerenze nei risultati degli studi sopracitati. Infatti in 2 studi l'aumento del rischio di cancro si è evidenziato solo per il seno e solo nei pazienti che facevano uso esclusivo di insulina glargine, ma non in coloro che la assumevano assieme ad altre insuline.

In uno studio è stato evidenziato un aumento del rischio di cancro senza specificare di quale tipo ed infine nell'ultimo studio non è stata evidenziata alcuna significativa associazione tra rischio di cancro ed uso di insulina glargine.

Pertanto secondo EMEA, non c'erano elementi per confermare o escludere una associazione tra uso di insulina glargine e aumento del rischio di cancro.

La raccomandazione dell'EMEA ai pazienti era di continuare la loro terapia abituale.

In data 23 luglio 2009 l'EMEA ha pubblicato un ulteriore comunicato in cui si confermano le perplessità già menzionate in merito ai risultati degli studi sulla relazione tra insulina glargine e insorgenza di cancro.

L'EMEA conclude che i dati disponibili non sono fonte di preoccupazione e che

non ci sono motivi per cambiare le prescrizioni.

Si sottolinea ancora l'incoerenza dei risultati degli studi e pertanto si afferma che in base ai risultati disponibili non ci sono prove per escludere o per confermare l'esistenza di una relazione tra insulina glargine ed insorgenza di cancro.

L'EMEA ha richiesto alla ditta produttrice SANOFI AVENTIS di porre in essere una strategia finalizzata a produrre ulteriori dati in merito e la stessa EMEA si riserva di avviare iniziative di concerto con le istituzioni accademiche per generare tali dati.

Fonte: European Medicine Agency:
<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Lantus/47063209en.pdf>

Referenze

<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169722.htm>

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Lantus/40847409en.pdf>

Non solo IPP, anche antiH2 per la gastroprotezione da FANS

In pazienti in trattamento cronico con ASA a basse dosi la famotidina riduce il rischio di ulcera e di esofagite erosiva rispetto al placebo.

In questo studio randomizzato, in doppio cieco, denominato FAMOUS, sono stati arruolati 404 soggetti (età \geq 18 anni).

I pazienti erano tutti in trattamento cronico con ASA a basse dosi (75-325 mg/die) per motivi vascolari, senza ulcera peptica od esofagite erosiva all'endoscopia eseguita al baseline.

I partecipanti sono stati trattati con famotidina (20 mg x 2 /die) oppure placebo.

Il follow-up è stato di 12 settimane, al

termine del quale veniva eseguita un' endoscopia di controllo.

L'end-point primario era lo sviluppo di ulcera gastrica o duodenale oppure di esofagite erosiva.

Dei pazienti arruolati 82 (33 in trattamento con famotidina e 49 con placebo) non vennero sottoposti ad endoscopia finale e, nell'analisi effettuata secondo l'intenzione a trattare, si è ipotizzato che in essi il quadro endoscopico fosse normale.

Un'ulcera gastrica si sviluppò nel 3,4% dei pazienti trattati rispetto al 15% del gruppo placebo (OR 0,20; 95%CI 0,09-0,47), un'ulcera duodenale rispettivamente nello 0,5% e nel 8,5% (OR 0,05; 95%CI 0,01-0,40) ed un'asofagite erosi-

va nel 4,4% e nel 19% (OR 0,20; 95%CI 0,09-0,42).

Quattro pazienti del gruppo placebo dovettero ricoverarsi per emorragia del tratto digestivo superiore.

Gli autori concludono che famotidina è efficace nel ridurre il rischio di ulcera gastro-duodenale e di esofagite erosiva in pazienti che assumono basse dosi di ASA.

Questi risultati aumentano le opzioni terapeutiche a disposizione per la gastroprotezione nei pazienti che necessitano di protezione vascolare.

Fonte:

Taha AS et al. Famotidine for the pre-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

vention of peptic ulcers and oesophagitis in patients taking low-dose aspirin (FAMOUS): a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2009 Jul 11; 374: 119-125.

Commento di Renato Rossi

Nei pazienti in trattamento cronico con ASA o con FANS aumenta il rischio di eventi avversi gastrointestinali e la classe di farmaci generalmente usata a scopo protettivo è rappresentata dagli inibitori di pompa protonica (PPI).

Lo studio recensito in questa pillola mostra che anche la famotidina (appartenente alla classe degli antagonisti dei recettori H2) è in grado di esercitare un'azione gastroprotettiva.

Invero, non si tratta di una novità perchè una revisione Cochrane di 40 RCT aveva dimostrato che sono in grado di prevenire le ulcere gastriche e duodenali endoscopiche da uso cronico di FANS

sia il misoprostol che i PPI e gli H2 bloccanti, questi ultimi purchè usati a dosaggio doppio [1].

L'efficacia della famotidina era quindi attesa.

Infatti un editorialista [2] ricorda un RCT del 1996 in cui famotidina ad alto dosaggio dimostrò di ridurre l'incidenza di ulcere da FANS [3] e sottolinea che la storia della gastroprotezione avrebbe potuto prendere una piega diversa se la ditta produttrice del farmaco avesse battuto questa strada invece di scegliere quella della cox 2 inibizione.

Per tornare al trial recensito in questa pillola non si può non osservare che, forse, sarebbe stato più utile usare, nel gruppo di controllo, non il placebo ma un PPI, che, al momento, è la terapia di riferimento.

Recentemente è stato stilato un documento di consenso sulle strategie da adottare per ridurre il rischio gastrointestinale da antiaggreganti, al quale si

rimanda [4].

Referenze

1. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicœur E, McGowan J. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD002296. DOI: 1-0.1002/14651858.CD002296.
2. Hawkey CJ. NSAIDs and aspirin: notorious or FAMOUS? *Lancet* 2009 Jul 11; 374:93-94
3. Taha AS et al. Famotidine for the prevention of gastric and duodenal ulcers caused by nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1996 May 30; 334:1435-1439.
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4708>

Sicurezza della metoclopramide in gravidanza

Uno studio osservazionale israeliano evidenzia che la metoclopramide usata nel primo trimestre di gravidanza per trattare la nausea ed il vomito non è associata ad un aumento del rischio di eventi avversi.

Questo studio di tipo osservazionale si è riproposto di determinare il rischio di malformazioni congenite associato all'uso di metoclopramide nei primi tre mesi di gestazione.

E' stato analizzato un vasto database israeliano per il periodo 1998-2007 durante il quale erano state registrate 8-1.703 nascite e 998 aborti.

Furono esposti alla metoclopramide durante il primo trimestre di gravidanza 3.458 bambini (4,2%).

Questa esposizione non è risultata essere associata ad un aumento statisticamente significativo del rischio di malformazioni congenite maggiori (5,3% nel gruppo esposto e 4,9% nel gruppo non esposto), di basso peso alla nascita (8,5% vs 8,3%), di parto pretermine (6,3% vs 5,9%) o di morte perinatale (1,5% vs 2,2%).

Questi risultati si sono mantenuti anche quando nell'analisi sono stati inclusi gli aborti terapeutici.

Gli autori concludono che la metoclopramide nel primo trimestre di gravidanza non è associata ad un aumento del rischio di esiti avversi.

Fonte:

Matok I et al. The safety of metoclopramide use in the first trimester of pregnancy. *N Engl J Med* 2009 Jun 11; 360:2528-2535.

Commento di Renato Rossi

La nausea e il vomito durante la gravidanza sono molto comuni e si calcola che siano interessate circa quattro gravidanze su cinque.

In genere il disturbo si attenua o scompare dopo il terzo- quarto mese di amenorrea, anche se in circa il 20% dei casi può persistere per tutta la durata della gestazione con gravità variabile [1].

Il trattamento farmacologico viene consigliato quando i sintomi non sono controllati con le misure non farmacologiche.

Anche se nessun farmaco è attualmente approvato per il trattamento dell'emesi gravidica, le linee guida consigliano

vitamina B6 e antistaminici come la prometazina [1].

La metoclopramide è considerata di seconda scelta qualora i trattamenti precedenti si dimostrino inefficaci.

Viene ritenuta, in genere, un farmaco sicuro, anche se finora gli studi al riguardo erano pochi e di piccole dimensioni.

Lo studio di coorte recensito in questa pillola colma tale lacuna e suggerisce che la metoclopramide usata nel primo trimestre di gestazione non è associata ad un aumento del rischio di malformazioni congenite o di altri esiti negativi.

L'unico aspetto a cui il medico deve prestare attenzione è la possibile comparsa di effetti extrapiramidali nella madre.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=4458>

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Approccio alle neutropenie

Come comportarsi di fronte ad un paziente con neutropenia?

Per neutropenia s' intende un numero di neutrofili inferiore a 1.500 per mm³. Negli Afro-americani e negli ebrei il valore soglia di normalità è considerato di 1.000 neutrofili per mm³. La neutropenia espone ad un aumentato rischio di infezione, che è basso nei casi di neutropenia lieve (neutrofili compresi tra 1.000 e 1.500 per mm³), cresce in caso di neutropenia moderata (neutrofili compresi tra 500 e 1.000 per mm³) e diviene importante per le neutropenia severe (neutrofili inferiori a 500 per mm³).

Primo punto: escludere una neutropenia da farmaci

La neutropenia da farmaci è senza dubbio la forma più frequente di neutropenia. L'elenco è lungo e potenzialmente qualsiasi farmaco può causare neutropenia. Questa può comparire sia per farmaci di impiego recente sia per farmaci che il paziente sta assumendo da molto tempo. Tra i farmaci più frequentemente implicati ricordiamo i farmaci antineoplastici, gli antibiotici, gli anticonvulsivanti, gli antitiroidei, i FANS, l'alfametildopa, le fenotiazine, l'allopurinolo, gli H₂ bloccanti, i diuretici, la clozapina, gli antistaminici, la chinidina, il propanololo, i sulfamidici. Una neutropenia può essere causata anche dall'esposizione al benzene od a radiazioni ionizzanti.

Secondo punto: escludere un'infezione

Una neutropenia transitoria, in genere di lieve entità, è comune in molte virosi.

Alcuni virus possono però causare neutropenia più importante e durevole: mononucleosi, epatite B, HIV, parvovirus B19, morbillo, varicella.

Una neutropenia può evidenziarsi anche in alcune infezioni batteriche (tifo, paratifo, brucellosi, tularemia, tubercolosi), nelle setticemie, nelle infezioni da rickettsie, nella malaria, nella leishmaniosi, nella psittacosi.

Punto terzo: escludere un deficit di vitamina B12 e/o folati

La neutropenia dovuta a deficit di vitamina B12 e folati, generalmente, è associata ad anemia macrocitica e ne riconosce le stesse cause.

Punto quarto: escludere un ipersplenismo

L'ipersplenismo, oltre a neutropenia, causa di solito anche anemia e piastrinopenia. L'esame obiettivo può mettere in evidenza una splenomegalia ed un'epatomegalia se l'ipersplenismo è causato da una patologia del fegato.

Punto quinto: escludere una malattia del connettivo

Nel caso di malattie del connettivo di tipo autoimmune si possono formare anticorpi anti neutrofili (che possono essere dosati), responsabili della neutropenia. Tra le più frequenti patologie del connettivo che possono causare neutropenia ricordiamo il lupus eritematoso sistemico, l'artrite reumatoide, la sindrome di Felty.

Punto sesto: escludere malattie ematologiche e del midollo osseo

Una neutropenia può essere dovuta all' invasione del midollo osseo da parte di cellule tumorali, a forme leucemiche acute, a sindromi mielodisplastiche. Spesso alla neutropenia si associano anemia e piastrinopenia, mentre lo striscio periferico può mostrare forme immature.

Qualora gli esami per escludere le patologie di cui ai punti 1-5 non siano dirimenti occorre inviare il paziente a consulenza ematologica per l'esame del midollo.

Conclusioni

In caso di riscontro occasionale di neutropenia lieve in paziente del tutto asintomatico, una volta esclusa una causa iatrogena con un'attenta anamnesi, è ragionevole monitorare il quadro con un emocromocitometrico 2 volte alla settimana per otto settimane per diagnosticare una forma transitoria dovuta ad una causa benigna (per esempio una comune virosi) oppure una neutropenia ciclica, che dimostra l'aumento e la diminuzione dei neutrofili, caratteristica tipica di questa condizione.

Nel caso di paziente sintomatico, neutropenia moderata-severa o persistenza di quadro ematologico lieve oltre i due mesi è opportuno procedere con gli accertamenti per cercare la causa della neutropenia.

Se gli accertamenti non invasivi risultano non diagnostici si deve ricorrere all'esame del midollo.

Renato Rossi

Importanti novità' per gli invalidi civili

Sono previste importanti novità' procedurali per il riconoscimento di invalidità civile, handicap (legge 104), cecità e sordomutismo. I provvedimenti potrebbero però essere modificati in Parlamento

Il DL 1/7/2009 n. 78 (c.d. "decreto anticrisi") all' art. 20 ("Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile") modifica, con intento di snellire e velocizzare le procedure (ma anche, come dal titolo, prevenire eccessi nella concessione delle provvidenze), alcune delle precedenti

normative per l'ottenimento delle provvidenze per invalidità civile, cecità, sordomutismo ed handicap.

Molte di queste modifiche riguardano nuove competenze (o modifica delle precedenti) dell' INPS.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Va tenuto conto che si tratta di un Decreto-legge (quindi va sottoposto ad approvazione definitiva ed e' passibile di modifiche).

Entra in vigore, se il testo attuale non viene modificato, il 1/1/2010.

Vengono riviste le modalità di presentazione delle domande di accertamento, della valutazione, della concessione, e del ricorso giurisdizionale.

Tutto cio' dovrebbe portare (ma non tutto e' chiaro) i tempi medi - fra la domanda e la definitiva concessione - dagli attuali 11 mesi a 4 mesi.

L'articolo del DL riguarda sia le domande di accertamento delle minorazioni civili (invalidità, cecità, sordomutismo) che le domande di accertamento dell'handicap (Legge 104/1992) che quelle per la disabilità (Legge 68/1999).

Presentazione delle domande:

Attualmente le domande si presentano presso l'Azienda Usl di residenza che provvede, entro 90 giorni a fissare la data di accertamento.

E' previsto invece che dal primo gennaio 2010 le domande verranno presentate esclusivamente all'INPS che provvederà all'invio, per via telematica, all'Azienda Usl di competenza che provvederà alla convocazione.

L'accertamento e la verifica

Attualmente l'accertamento degli stati invalidanti viene effettuato da una specifica Commissione presente in ogni Azienda Usl.

Il verbale della visita viene trasmesso all' INPS (Commissione di verifica) che puo' confermare l'esito, oppure sospendere il procedimento richiedendo chiarimenti alla Commissione Usl, oppure convocare a visita l'interessato per approfondimenti.

La nuova normativa prevede che la Commissione dell'Azienda Usl sarà integrata con un medico INPS, per cui il successivo passaggio alla Commissione di verifica dovrebbe essere soppresso. Cio' non e' ben chiaro, e non e' ben chiaro (il testo dice: "In ogni caso, l'accertamento definitivo è effettuato dal-

l'INPS") se il medico INPS abbia diritto di veto e di decisione finale sui singoli casi. In questo caso verrebbe di fatto annullata la collegialità delle Commissioni e i poteri dei Presidenti, con ripercussioni anche sull' aspetto della responsabilità in materia.

La composizione delle Commissioni Usl , a parte il medico INPS, non viene modificata, e restano inclusi i medici rappresentanti delle associazioni "storiche", ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS.

La successiva permanenza dei requisiti sanitari è affidata all'INPS.

La valutazione delle invalidità civili

Le Commissioni di accertamento e le Commissioni di verifica INPS, per valutare le invalidità civili, applicano le modalità e le tabelle riportate nel Decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992, per molti aspetti ormai superate; successive normative (Legge n. 328/2000) avevano delegato il Governo alla revisione dei criteri di accertamento dell'invalidità "tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap - International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità."

Inoltre l'Italia ha recepito l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) dell'OMS.

Le nuove norme prevedono quindi un aggiornamento delle tabelle di invalidità da effettuarsi da una Commissione nominata dal Ministero della Salute entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto.

Le provvidenze economiche

Se il verbale dell' accertamento della minorazione contiene i presupposti sanitari per l'erogazione di provvidenze economiche (pensioni, indennità, assegni), inizia un iter burocratico che valuta gli altri requisiti (reddito personale, ricove-

ro).

Una volta concluso, il decreto di concessione viene trasmesso all' INPS.

La concessione delle provvidenze economiche è attribuito alle Regioni dall'articolo 130 del D. Legisl. 31 marzo 1998, n. 112

In futuro le competenze concessorie saranno trasferite totalmente all'INPS.

Il ricorso

Attualmente il ricorso contro i verbali e contro la mancata concessione delle provvidenze è possibile solo davanti al giudice.

Non è possibile il ricorso amministrativo.

Il Decreto attuale prevede che l'INPS diventi l' unica "controparte"; nel caso che nel corso del Giudizio venga nominato dal giudice un Consulente Tecnico d' Ufficio, questi dovrà obbligatoriamente essere affiancato da un medico INPS: torna (improvvidamente, a nostro parere) l' obbligo, da parte del CTU, di richiedere, a pena di nullità, tale affiancamento mediante apposita comunicazione al direttore della sede provinciale dell'INPS competente.

E' evidente come il D.L. interpreti di per se' l' istanza comune di evitare sperpero di denaro pubblico con elargizioni a soggetti che non ne abbiano diritto e, nel contempo, favorire e velocizzare le pratiche di coloro che invece siano effettivamente bisognosi di tutela.

L' accentramento sull' INPS di poteri decisionali e di controllo così vasti, però, rischia di desautorare le commissioni ASL e, in ultima analisi, di spostare semplicemente all' INPS il "centro di potere" togliendolo alle Regioni e alle ASL, con dubbi sulla correttezza di questa spoliatura di competenze e con risultati che potrebbero non rispondere alle aspettative.

E' importante inoltre che le eventuali modifiche al Decreto chiariscano i punti non abbastanza chiari: non c'è nulla di peggio di una legge interpretata difformemente dai diversi interessati.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Il medico a pagamento e' sempre il piu' bravo

Perche' tanti pazienti, pur sinceramente stimando il proprio medico, in caso di malattia vanno sempre a caccia di un secondo parere?

Probabilmente il fatto che esso sia gratuito ne sminuisce il "valore" professionale.

Alcune categorie di medici del SSN, obbligati a prestare la loro opera gratuitamente, come ad esempio i Medici di Famiglia (MdF) e categorie assimilate, lamentano spesso come, nel caso di patologie di forte impatto emotivo, il loro parere venga sovente ignorato e il paziente vada alla ricerca di un "secondo parere" spesso totalmente o parzialmente oneroso; e questo indipendentemente dall' impegno, dall' assiduita', dalla capacita' umana e professionale del medico stesso.

Il secondo parere, poi, indipendentemente dall' effettiva qualita', viene generalmente sentito come prevalente; anche nei casi in cui in tale sede viene totalmente confermato il parere e l' indirizzo del primo medico (quello gratuito), questi viene rappresentato e valutato essenzialmente in rapporto alla conferma successiva, come se il medico di famiglia avesse superato un esame tenuto da un superiore ("ho un medico di famiglia

proprio bravo: l' ha detto anche quello dell' Ospedale!").

Perche' tutto questo?

Una delle ragioni addotte intuitivamente dagli interessati e' la totale gratuitita' del servizio: cio' che non si paga viene sempre considerato di qualita' inferiore.

L' effettiva verita' di questa intuizione e' stata ora confermata scientificamente: alcuni ricercatori americani hanno riscontrato che le persone tengono in massima considerazione i consigli per cui hanno pagato, indipendentemente (e questo e' sorprendente) dalla loro effettiva qualita' e dal profilo di chi li elargisce.

Con gli accorgimenti usuali nelle ricerche comportamentali, tendenti a mascherare i fini della ricerca in modo da evitare comportamenti e risposte tendenziose, gli studiosi hanno messo le "cavie" nella condizione di scegliere, per i loro problemi, un consulente che poteva operare (a loro scelta) in modo gratuito o a pagamento, con l' assicurazione che i pareri sarebbero stati dati dalla stessa persona con la medesima accuratezza e qualita'.

I controlli effettuati successivamente evidenziavano che i consigli ricevuti a pagamento venivano seguiti con cura e

attenzione maggiore di quelli gratuiti.

Anzi, si rilevo' che maggiore era il costo della "consulenza", piu' cura veniva posta nel seguirne i pareri.

I pareri gratuiti, sebbene accurati e veritieri, godevano di un basso gradimento e una bassa compliance da parte degli utenti.

Gli autori spiegano questo fenomeno con un meccanismo gia' noto in psicologia: la cosiddetta "sunk cost fallacy", l' effetto del costo sommerso per cui gli individui tendono a giustificare gli investimenti fatti, e il loro costo.

E' possibile ipotizzare, quindi, che un eventuale ticket sulle visite del medico di famiglia ne accrescerebbe l' autorevolezza e potrebbe diminuire il ricorso continuo ad inutili "secondi pareri"; questa strada, tuttavia, sembra assai poco perseguibile nell' attuale situazione sociale, per cui i MdF dovranno probabilmente rassegnarsi al loro ruolo di "cenerentole" della Sanita'. E questo indipendentemente dalla loro effettiva capacita' e utilita'.

Fonte:

F.Gino, 2008, <http://dx.doi.org/10.1016/j.obhdp.2008.03.001>

L' Italia e' una nazione di tossicodipendenti?

Non sono l' Olanda o i Paesi Bassi i "paradisi della droga". Una sorprendente statistica dell' ONU classifica l' Italia al secondo posto in Europa per numero di persone con problemi di droga

Il nostro Paese risulta al 2° posto nella classifica europea per numero di persone (326 mila) affette da problemi di droga.

La nazione che detiene il non invidiabile primo posto e' la Gran Bretagna.

I drogati, in Italia, assommerebbero alla bella cifra di 326.000 soggetti.

Queste statistiche risalgono al 2007, e sono quindi piuttosto recenti, ne' c' e' motivo di ritenere che si siano verificati sostanziali cambiamenti nel numero totale di soggetti interessati, anche se secondo le statistiche del 2008 diffuse dal Dipartimento delle Politiche antidroga il numero dei decessi imputabili all'

uso di stupefacenti e' diminuito, in tale periodo, di circa il 17%.

La non invidiabile classifica tra le nazioni europee e' stata stilata dall' Unodc, (United Nations office for Drugs and Crime), organismo dell' ONU.

Fonte:

Centro Studi FNOMCeO

La formazione in MG NON equivale ad una specializzazione

Medici di Famiglia sempre di serie B, malgrado gli anni di studio!

Doccia fredda per i medici che praticano il corso di formazione in medicina gene-

rale nella speranza di venire equiparati, prima o poi, a "specialisti in medicina

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

generale”: il Consiglio di Stato, con sentenza 456/2009, giudicando sul ricorso di un chirurgo che presentava tale titolo per un posto di dirigente medico: il corso di formazione in mg, stabiliva che questo “non e’ equipollente ad una specializzazione ne’ esiste una specializzazione in mg”.

Infatti il titolo di abilitazione alla Medicina Generale “non consiste in una specializzazione perche’ conseguito all’

esito di corsi organizzati e attivati dalle Regioni (non gia’ da scuole di specializzazione delle facolta’ universitarie di medicina a chirurgia) diretti alla formazione (non gia’ specializzazione) dei medici ai fini dell’ esercizio dell’ attivita’ di medico chirurgo di mg nell’ ambito del SSN. Ne’ puo’ essere considerato equipollente ad una specializzazione valida...”

Questo perche’ il DM 30/01/98 disci-

plina le equipollenze prevedendo una specifica “specializzazione i Medicina Generale” (da conseguirsi in base ai criteri detti sopra) e non “la formazione specifica” nella stessa materia.

In assenza di una improbabile revisione normativa, quindi, gli iscritti ai corsi di formazione in medicina generale non possono vantare un titolo di specializzazione a fini concorsuali.

Per rimuovere un medico convenzionato occorre passare per il tribunale

Un medico che venga rimosso dalla Convenzione per la Medicina Generale per non aver raggiunto i parametri previsti dall’ art. 19 (ed eventuali modificazioni) puo’ fare opposizione in quanto le cause del mancato traguardo vanno valutate in regime di fatto dal giudice ordinario.

Il TAR Emilia-Romagna (II sez., sent. 145/2009) ha reintegrato un medico che, in base all’ articolo 19 della Convenzio-

ne del 2005, era stato rimosso dagli elenchi dei convenzionati non avendo raggiunto, dopo tre anni, il numero minimo previsto di 300 assistiti.

La norma pero’ indicava la possibilita’ di deroga qualora “la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo”.

La Convenzione attribuisce alla ASL il compito di applicare tale provvedimento, tuttavia la valutazione delle

“situazioni di carattere oggettivo” impone un accertamento di fatto non soggetto a discrezionalita’ della ASL, per cui la competenza sull’ effettiva oggettivita’ della situazione di fatto va rimessa al giudice ordinario.

E’ stata quindi annullata la disposizione della ASL, per rimuovere il medico occorrera’ una procedura giudiziaria.

Referti medici on line: in arrivo le regole del Garante privacy

Il Garante consente alla trasmissione elettronica di dati sanitari, risultati di analisi cliniche, radiografie e referti medici ma solo con il consenso dell’assistito e nel pieno rispetto delle misure di sicurezza stabilite dalla legge.

Benche’ si avvertisse da tempo la necessita’ di facilitare, mediante il mezzo elettronico, la trasmissione di referti di esami clinici, e benche’ molte normative vadano in questa direzione nell’ ottica di un importante ed innovativo processo di ammodernamento tecnologico della Pubblica Amministrazione e in particolare della sanita’, finora mancavano precisi riferimenti tecnici che disciplinassero questa nuova modalita’ di consegna. Proprio a questo scopo il Garante per la protezione dei dati personali ha approvato specifiche “Linee guida in tema di referti on line”

www.garanteprivacy.it/garante/doc.jsp?ID=1630271

che individuano misure e accorgimenti da eeguire sia nel caso di trasmissione/ ricezione di referti via mail, sia nel caso

in cui invece sia il paziente a collegarsi alla struttura sanitaria per effettuare il download dei referti che gli interessano.

Su tali Linee guida l’Autorita’ ha anche avviato una consultazione pubblica che si concludera’ il 30 settembre www.garanteprivacy.it/garante/doc.jsp?ID=1632483

in modo da acquisire, prima della definitiva adozione, osservazioni utili e commenti da parte di organismi sanitari, professionisti sanitari pubblici e privati, medici di base, pediatri, societa’ scientifiche, organismi rappresentativi, associazioni di pazienti.

Questi i punti principali stabiliti al momento dalle Linee guida.

- L’adesione al servizio non sara’ obbligatoria ma dovra’ essere facoltativa; restera’ comunque disponibile il referto cartaceo. L’assistito dovra’ dare il suo consenso sulla base di una informativa chiara e trasparente che spieghi tutte le caratteristiche del servizio.

- Le strutture che offrono la possibilita’

di archiviare e continuare a consultare via web i referti dovranno fornire una ulteriore specifica informativa e acquisire un autonomo consenso.

- Il referto dovra’ essere accompagnato da un giudizio scritto e dalla disponibilita’ del medico a fornire ulteriori indicazioni su richiesta dell’interessato. E’ previsto che possano essere esclusi dal servizio di refertazione on-line alcune indagini particolarmente delicate che necessino di una consulenza medica appropriata all’ atto della consegna (ad es. le consulenze genetiche e quelle prenatali)

- I referti resterebbero a disposizione on line per un massimo di 30 giorni.
- Vanno garantite elevate misure di sicurezza tecnologica, quali l’utilizzo di standard crittografici, sistemi di autenticazione, convalida degli indirizzi e-mail con verifica on line, uso di password per l’apertura del file.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Timbro falso sul cartellino: e' illecito ma non sempre e' reato penale

Non può esserci condanna penale per truffa se non si dimostra il dolo del lavoratore (Cassazione VI penale n. 303-46/2009). Un lavoratore assente dal lavoro pur con il cartellino-presenza timbrato non e' passibile di condanna penale se non risultano provati tutti gli elementi costitutivi del reato.

Alcuni dipendenti del Comune di Milano erano stati rinviati a giudizio avendo firmato il foglio delle presenze pur risultando assenti dal lavoro.

Il Tribunale di primo grado li aveva condannati per truffa aggravata, abuso d'ufficio e peculato.

In seguito al ricorso in Appello, erano stati assolti dal reato di truffa ma veniva confermata la condanna per gli altri reati.

Gli imputati avevano proposto ricorso in Cassazione, lamentando che il giudi-

zio di colpevolezza fosse stato ottenuto sulla base di una sola omessa timbratura relativa ad un'unica giornata di lavoro e richiamando una prassi generalizzata che coinvolgeva tutti, compresi coloro che avrebbero dovuto vigilare sul rispetto dell'orario di lavoro.

La Suprema Corte, annullava con rinvio la sentenza d' Appello, indicando la necessita' di un esame piu' approfondito dei fatti; il giudice del rinvio in effetti dovrebbe porre rimedio al rilevato "deficit argomentativo", in quanto la sussistenza del dolo da parte del lavoratore non e' genericamente presumibile, tenendo conto della giustificazione adottata dai lavoratori secondo cui la condotta illecita accertata rientrava in una prassi ambientale abitudinaria posta in essere da tutti, nel contesto di riferimento lavorativo, senza che venisse specificato l'apporto del dipendente

all'individuato accordo fraudolento.

In altre parole non si può condannare penalmente un dipendente che abbia seguita una condotta illecita quando non sia dimostrata l'esistenza del dolo, e cioè della precisa volontà di conseguire un ingiusto profitto con altrui danno, e quindi di danneggiare a proprio vantaggio il datore di lavoro, soprattutto se un comportamento analogo viene tenuto anche da chi dovrebbe vigilare sul rispetto degli orari di lavoro.

Il comportamento illegittimo, quindi, sebbene contestabile e sanzionabile per via amministrativa, non sempre riveste aspetti penali. L' applicazione del C.P. richiede criteri di prova diversi e piu' rigidi rispetto alle norme amministrative.

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE luglio-agosto 2009

La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti

Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 22.05.09 (Gazzetta Ufficiale n. 150 del 01.07.09)

MODIFICHE, CON RIFERIMENTO ALLA NOTA AIFA 79, ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007: «NOTE AIFA 2006-2007 PER L'USO APPROPRIATO DEI FARMACI»

Con questo provvedimento viene modificata la nota AIFA numero 79:

- inserimento, tra i farmaci prescrivibili con nota, dell'acido zoledronico;
- aggiunta della frattura di femore tra i vari fattori di rischio da considerare per decidere o meno la prescrivibilità in nota dei farmaci;
- la prescrivibilità in nota di teriparatide viene considerata anche a parte e prevede la stesura del piano terapeutico della durata di 6 mesi, rinnovabile per sole 2 volte (massimo 18 mesi totali di terapia).

N.2 deliberazioni del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 16.07.09 (Gazzetta Ufficiale n. 178 del 03.08.09)

LINEE GUIDA IN TEMA DI FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E DI DOSSIER SANITARIO.

(DELIBERAZIONE N. 25)

PRESCRIZIONI IN TEMA DI FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO. (DELIBERAZIONE N. 26)

Con questi due provvedimenti vengono affrontate le varie problematiche concernenti il trattamento dei dati sanitari con metodi elettronici e la loro organizzazione in banche dati.

Il primo provvedimento si articola in una prima parte (aspetti generali e ambito di applicazione delle linee guida) ed in una seconda parte, nella quale vengono affrontate le problematiche inerenti le garanzie per l'interessato: diritto alla costituzione di un fascicolo sanitario elettronico o di un dossier sanitario, individuazione dei soggetti che possono trattare i dati, accesso ai dati personali contenuti nel fascicolo sanitario elettronico e nel dossier sanitario, diritti dell'interessato sui propri dati personali, limiti alla diffusione e al trasferimento all'estero dei dati, informativa e consenso, comunicazione al Garante, misure di sicurezza.

Con il secondo provvedimento il Garante per la Protezione dei dati Personali prescrive (alle strutture coordinatrici delle iniziative di fascicolo sanitario elettronico e, in via residuale, in caso di assenza di tale struttura, ai singoli titolari del trattamen-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

to coinvolti) di comunicare i trattamenti dei dati personali effettuati tramite fascicolo sanitario elettronico (prima dell'inizio del trattamento e, nei casi di iniziative già in corso, entro il termine del 31 dicembre 2009).

N. 3 determinazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 16.07.09 (Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05.08.09)

ABOLIZIONE DELLA NOTA 5 «ENZIMI PANCREATICI: PANCRELIPASI» DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007

ABOLIZIONE DELLA NOTA 57 «ANTIEMETICI (ANTAGONISTI DEI RECETTORI SEROTONINERGICI)», DI CUI ALLA DETERMINAZIONE 4 GENNAIO 2007

MODIFICHE ALLA NOTA AIFA 79 DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO DEL 22 MAGGIO 2009

I primi due provvedimenti aboliscono la nota 5 e la nota 57.

Con il terzo provvedimento, invece, viene ulteriormente modificata la nota 79: viene escluso l'acido zoledronico dal gruppo dei farmaci concedibili con tale nota. Conseguentemente, vengono eliminati tutti riferimenti a tale molecola e pure 2 voci bibliografiche.

Tutti questi provvedimenti entrano in vigore il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Erbitux - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Trattamento di pazienti affetti da carcinoma metastatico del colon-retto con espressione del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) e con gene KRAS non mutato (wild-type):

- in combinazione con chemioterapia;
- in monoterapia nei pazienti nei quali sia fallita la terapia a base di oxaliplatino e irinotecan e che siano intolleranti a irinotecan.

Velcade - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Trattamento, in associazione con melfalan e prednisona, di pazienti con mieloma multiplo precedentemente non trattato non candidabili a chemioterapia ad alte dosi con trapianto di midollo osseo.

Ramipril + idroclorotiazide Sanofi-Aventis - Idroquark - Triatec HCT - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

Trattamento dell'ipertensione nei pazienti la cui pressione arteriosa non è adeguatamente controllata con ramipril da solo o idroclorotiazide da sola.

Quinapril - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Insufficienza cardiaca congestizia.

Noxafil - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Profilassi di infezioni fungine invasive nei seguenti pazienti:

- Pazienti in chemioterapia per induzione della remissione di leucemia mieloblastica acuta (AML) o sindromi mielodisplastiche (MDS) per le quali si prevede una neutropenia prolungata e che sono ad alto rischio di sviluppare infezioni fungine invasive;
- Soggetti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) in terapia immunosoppressiva ad alto dosaggio per malattia del trapianto contro l'ospite e che sono ad alto rischio di sviluppare infezioni fungine invasive.

Prezista 300mg - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

In associazione a una dose di ritonavir da 100 mg: trattamento antiretrovirale dell'infezione da HIV-1 (virus dell'immunodeficienza umana), in combinazione con altri antiretrovirali, in pazienti adulti pre-trattati, inclusi quelli fortemente pre-trattati. La scelta di iniziare un trattamento con PREZISTA cosomministrato con 100 mg di ritonavir, deve tenere in attenta considerazione i precedenti trattamenti del singolo paziente e le mutazioni associate ai diversi farmaci. L'analisi del genotipo o del fenotipo (laddove disponibile) e la storia di trattamento devono fungere da guida nell'impiego di PREZISTA

Prezista 400mg - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

In associazione a una bassa dose di ritonavir: trattamento dell'infezione da HIV-1 (virus dell'immunodeficienza umana), in combinazione con altri antiretrovirali, in pazienti adulti naive al trattamento antiretrovirale (ART).

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Prezista 600mg - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

In associazione a una dose di ritonavir da 100 mg: trattamento antiretrovirale dell'infezione da HIV-1 (virus dell'immunodeficienza umana), in combinazione con altri antiretrovirali, in pazienti adulti naive pre-trattati, inclusi quelli fortemente pre-trattati. La scelta di iniziare un trattamento con PREZISTA co-somministrato con 100 mg di ritonavir, deve tenere in attenta considerazione i precedenti trattamenti del singolo paziente e le mutazioni associate ai diversi farmaci. L'analisi del genotipo o del fenotipo (laddove disponibile) e la storia di trattamento devono fungere da guida nell'impiego di PREZISTA.

Tatig - Zoloft - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

Episodi depressivi maggiori; prevenzione delle recidive di episodi depressivi maggiori; disturbo da attacchi di panico, con o senza agorafobia; disturbi ossessivo-compulsivi (OCD) in pazienti adulti e nei pazienti pediatrici di età compresa tra 6 e 17 anni; disturbo da ansia sociale; sindrome da stress post-traumatico (PTSD).

Quark - Ramipril FG - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

- Trattamento dell'ipertensione.
- Prevenzione cardiovascolare: riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare in pazienti con:
 - patologie cardiovascolari aterotrombotiche conclamate (pregresse patologie coronariche o ictus, o patologie vascolari periferiche) o
 - diabete con almeno un fattore di rischio cardiovascolare (vedere paragrafo 5.1)
- Trattamento delle patologie renali:
 - Nefropatia glomerulare diabetica incipiente, definita dalla presenza di microalbuminuria
 - Nefropatia glomerulare diabetica conclamata, definita da macroproteinuria in pazienti con almeno un fattore di rischio cardiovascolare (vedere paragrafo 5.1)
 - Nefropatia glomerulare non diabetica conclamata definita da macroproteinuria $\geq 3\text{g/die}$ (vedere paragrafo 5.1).
- Trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica.
- Prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto: riduzione della mortalità dopo la fase acuta dell'infarto miocardico in pazienti con segni clinici di insufficienza cardiaca quando iniziato dopo 48 ore dall'insorgenza dell'infarto miocardico acuto

Selectin - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Bambini ed adolescenti (8-18 anni) con ipercolesterolemia familiare eterozigote (il dosaggio raccomandato è di 10-20mg in unica somministrazione giornaliera, tra gli 8 ed i 13 annidi età, dato che dosi maggiori di 20 mg non sono state studiate in questa popolazione, e di 10-40 mg al giorno tra i 14 ed i 18 anni di età).

Konaktion - Aggiunta via di somministrazione:

Aggiunta la via di somministrazione orale alla confezione da 3 fiale da 1ml/10mg (AIC n. 008776015)

Lortaan - Neo-Lotan - Losaprex - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Trattamento dell'ipertensione essenziale in bambini e adolescenti di età compresa tra i 6 e 16 anni.

Noroxin - Utinor - Modificate le indicazioni terapeutiche. Le nuove indicazioni sono:

Trattamento delle infezioni delle alte e basse vie urinarie (cistite, pielite, cistopielite), causate da batteri sensibili; con dosi usuali sono state trattate con successo infezioni causate da microrganismi patogeni pluriresistenti.

Pravastatina Ranbaxy - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Bambini ed adolescenti (8-18 anni di età) con ipercolesterolemia familiare eterozigote.

Relenza: Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

- Trattamento dell'influenza, sostenuta sia da virus di tipo A che di tipo B, nei bambini (di età uguale o maggiore di 5 anni);
- Prevenzione dell'influenza: è indicato per la profilassi post esposizione dell'influenza, sostenuta sia da virus di tipo A che di tipo B, negli adulti e nei bambini (di età uguale o maggiore di 5 anni) in seguito ad un contatto con un soggetto clinicamente diagnosticato in un nucleo familiare.

Humira - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Artrite giovanile poliarticolare idiopatica (in adolescenti di età compresa tra i 13 e i 17 anni - in combinazione con metotressato in caso di risposta inadeguata ad uno o più farmaci anti-reumatici modificanti la malattia; in monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuato con metotressato non sia appropriato).

Copaxone - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Trattamento di pazienti che hanno manifestato un primo episodio clinico ben definito e che sono considerati essere ad alto ri-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

schio di sviluppare sclerosi multipla clinicamente definita.

Lamotrigina Arrow - Lamotrigina Breath - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Disturbo bipolare di tipo I in adulti di età pari o superiore ai 18 anni che presentano prevalentemente episodi depressivi.

Zinadiur - Inserite alcune note riguardanti le possibili interazioni quando gli ACE inibitori siano somministrati simultaneamente con farmaci anti-infiammatori non steroidei.

Convegni, Congressi e altre iniziative importanti

Il Microcarcinoma papillifero della Tiroide

Scienza, cultura, società, fotografia, medicina e chirurgia endocrina
XII Congresso Multidisciplinare - Scanno, 11-12 settembre 2009

Interessantissimo congresso, organizzato da ben 3 Università romane, nonché dall'Università di Napoli, da quella di Perugia e da quella di Pisa, con patrocinio di altissime Autorità.

Relatori di gran prestigio tra cui (senza nulla togliere agli altri, ma come segno di stima e conoscenza personale pluriennale), il prof. Guglielmo Ardito (promotore da tanti anni dell'evento), il prof. Rocco Bellantone e l'amico dott. Luca Revelli, instancabile organizzatore.

La brochure: www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/SCANNO_2009.pdf

II "FESTIVAL DELLA SALUTE"

Viareggio, 24-27/09/09. Nella prima edizione ha superato i 100.000 visitatori, presenta nel Comitato Scientifico nomi di assoluto prestigio, e' prevista partecipazione di relatori di fama internazionale. Gratuita iscrizione e partecipazione, Si prevede l'accreditamento ECM per alcune sessioni.

Previsto un ampio spazio ai medici "artisti" (pittori,scultori, musicisti, scrittori, poeti ecc.) che potranno esporre gratuitamente le loro opere personali o di associazioni di cui fanno parte, anche mediante presentazioni virtuali per chi non potesse partecipare direttamente.

Gli organizzatori: www.goodlink.it

Altre informazioni: www.festivaldellasalute.com/.

I medici artisti possono contattare, per informazioni o partecipazione, il sottoscritto a dzamperini@gmail.com

IV CONGRESSO DI "IPPOCRATE"

A Cascina (PI), il 3-4 Ottobre 2009, si terrà il IV Congresso Nazionale organizzato dagli iscritti della Mailing-List "Ippocrate", gestita da Enzo Brizio e dedicata ad argomenti esclusivamente clinici. Iscrizione gratuita. Accreditato 7 punti ECM.

Il programma e' consultabile su www.listaippocrate.it/congr_4/congresso.html ove si possono scaricare la scheda di iscrizione e le necessarie informazioni logistiche.

V CONGRESSO NAZIONALE "PROMED GALILEO"

A Pisa si terrà il 13—14 Novembre il V Congresso Nazionale della Società Medica Interdisciplinare PROMED GALILEO, presieduta da Luca Puccetti, organizzata in più sessioni parallele, con foltissima partecipazione di relatori di alto livello. E' previsto accreditamento ECM.

Si terrà presso il My Hotels Galilei www.myonehotel.it/ita/galilei_pisa/hotel_pisa.htm

Il programma definitivo sarà pubblicato sul sito www.promedgalileo.org

Iscrizione: Euro 300 + IVA, gratuita per gli specializzandi e per i "medici artisti", ai quali sarà dedicato uno spazio espositivo, soprattutto per l'esposizione di opere figurative o letterarie, e possibilità di esposizione "virtuale" tramite filmati o simili. Contattare dzamperini@gmail.com o 333.5961678

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Per informazioni logistiche o alberghiere: Briefing Studio Tel/Fax 050 526456— info@briefingstudio.it
Affrettatevi a contattare uno sponsor personale per organizzare la partecipazione!

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Formare i gruppi di medici di famiglia, ma senza obbligo di cambiare programma gestionale

E' in commercio "MMG-NET", il sw che collega tutti i gestionali medici

Per ovviare ai nuovi obblighi che impongono ai medici di famiglia (che spesso utilizzano software diversi) a riunirsi in mega-gruppi collegati in rete, e' stato implementato un nuovo Software che sostituisce i programmi di collegamento offerti dai produttori di sw e quindi senza aggravio di spese permette l' utilizzo in rete di programmi gestionali diversi da quello proprio. E' utilissimo anche in caso di sostituzioni e per medici che abbiano piu' studi. Gira anche su macchine poco potenti; effettua automaticamente aggiornamenti, allineamenti di archivi, copie di sicurezza. Totalmente rispettate tutte le normative in vigore
Per maggiori informazioni tel. 091.323834/333493 - fax. 091.6118839
e-mail: info@mmg-net.it . Altre info su <http://www.mmg-net.it/>

“ CAMICI IN GIALLO ”

Informazioni, aneddoti, racconti, sulla medicina forense.

Scritto a quattro mani da Luciano Sterpellone e Daniele Zamperini

Medici-scienziati e investigatori, tecniche di indagine forense, delitti famosi e serial-killer. In linguaggio piano, adatto sia per gli appassionati della disciplina che per i semplici curiosi, vengono presentate le moderne tecniche di indagine scientifica, accompagnate da casi ed episodi del passato, con i loro successi ed i loro errori.
Si presentano le indagini alla CSI, cosi' come funzionano nella realta', come invece i telefilm possano essere lontani dalla realta' stessa
Una lettura divertente e, speriamo, appassionante! In libreria

RECUPERATE LA VOSTRA PASSWORD!

Alcuni mesi fa tutti gli iscritti a questa newsletter ricevettero una email in cui si comunicava il login e la password personali per accedere ai servizi riservati del sito “SCIENZA E PROFESSIONE” (www.scienzaeprofessione.it).

Ora questi dati possono diventare importanti perche' non tutti gli articoli pubblicati sul sito saranno accessibili anche ai visitatori occasionali, ma solo a coloro che risultano iscritti ed in possesso di una password.

Per godere di questi servizi bastera' inserire tali dati altrimenti, se non interessa, non verrete minimamente disturbati.

Chi l' avesse smarrita lo segnali al sottoscritto, cerchero' di recuperarla.

Il mensile continuera' comunque ad arrivare regolarmente a tutti.

Altri servizi verranno aperti prossimamente. Maggiori dettagli sulla Home Page del sito.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:
ULIVETO e ROCCHETTA “ Acque della Salute “
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>