



# ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 23 - N. 5  
MAGGIO 2012

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  
Art. 1 comma 1 - DCB Roma

MENSILE  
STAMPA:

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

Non ancora chiarite tutte le novità. SMI e SIAMEG col medico in prima linea

## Le Nuove Regole per Educazione Continua in Medicina (ECM)

Gli Ordini saranno tenuti, per legge, a sanzionare i medici inadempienti. Prossima l'emanazione delle regole specifiche da parte della FNOMceO

Nell'Accordo Stato-Regioni del 19 Aprile 2012 sono state dettagliate alcune regole e normati alcuni aspetti finora non presi in considerazione. Restano alcuni punti oscuri che andranno a loro volta chiariti. Riportiamo una sintesi degli aspetti più importanti per i medici. Maggiori dettagli sul sito [smi-lazio.org](http://smi-lazio.org).

Il sanitario deve conseguire 150 crediti nel triennio 2011-2013 (min 25 max 75 l'anno).

SI POSSONO RIPORTARE DAL TRIENNI PRECEDENTE (2008-2010) fino a 45 crediti, con un obbligo "netto" quindi di 105 Crediti ECM. La circolare non specifica ancora se questo meccanismo valga per tutti i sanitari o solo per coloro che abbiano crediti eccedenti.

I terremotati abruzzesi hanno uno sconto (per il 2011) a 30 crediti anziché 50, con un minimo di 15

Per i libero-professionisti sono previste "modalità" flessibili per crediti/anno" che però non sono specificate nel dettaglio, probabilmente verranno disciplinate dagli Ordini.

E' possibile acquisire crediti attraverso autoformazione per attività tutoriale gestite dagli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e dalle Federazioni di riferimento.

### Per chi svolge attività di tutor

L'attività di tutoraggio effettuata per tirocini di valutazione e/o obbligatori (esame di abilitazione-internato studenti in medicina - formazione medici di medicina generale - professioni sanitarie), previa attestazione della documentazione a cura dell'Ente erogatore dell'attività di tutoraggio, deve essere inviata all'Ordine, Collegio o Associazione professionale per la definizione del numero dei crediti formativi e attestata dai predetti soggetti, per la successiva trasmissione al CO.GE.A.P.S.

### Le sanzioni per mancato aggiornamento:

E' stato affidato agli Ordini il compito di adottare sanzioni per i professionisti che non ottemperano all'obbligo di ECM.

Almeno il 50% delle attività effettivamente pianificate dai provider devono riguardare etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione. Tale offerta non può essere oggetto di sponsorizzazione commerciale e deve consentire la partecipazione gratuita o a costi minimi necessari alla copertura delle spese sostenute. Compatibilmente con le specifiche esigenze organizzative e territoriali, i professionisti sanitari che operano nelle strutture che erogano prestazioni sanitarie pubbliche o private accreditate (Aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie, private accreditate) come responsabili scientifici o in misura determinante sotto il profilo scientifico e culturale in un evento partecipazione attiva ECM non possono essere coinvolti nelle attività di auditor

per le attività formative ECM comprese nel territorio di competenza dell'azienda dove operano.

### Le Medicine non convenzionali

Le Medicine non convenzionali, come dichiarato negli obiettivi formativi, possono essere accreditate se prevedono nel programma prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale.

Non rientrano in questa fattispecie i corsi di formazione in Medicina non convenzionale.

### Registrazione dei crediti formativi

La registrazione a livello nazionale dei crediti acquisiti all'estero, i crediti relativi ad autoformazione e al tutoraggio individuale e compito del singolo professionista che deve farsi carico di darne comunicazione all'Ordine, Collegio, Associazione professionale di appartenenza che provvede per via informatica a trasmettere tali dati al CO.GE.A.P.S per l'inserimento nell'anagrafica nazionale.

### IL TESTO INTEGRALE DEL PROVVEDIMENTO SU

[http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/ECM\\_2012\\_GU.pdf](http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/ECM_2012_GU.pdf)

Daniele Zamperini



Rembrandt Harmenszoon van Rijn: la Lezione di anatomia del dottor Tulp, simbolo dell'ECM

## Il Tutor che vorrei (essere) di Beniamino Baldacci

Dieci anni di attività, uno studio con due stanze, un congruo numero di cittadini-pazienti nel tuo elenco. Potresti partecipare al corso di tutor organizzato da una certa sigla X per la regione, in un notevole albergo. Qualcuno lo propose e mi ritrovai di nuovo sui banchi di scuola. I colleghi che dovevano illustrarci e insegnarci il mestiere erano... bravi colleghi. Dedicati, entusiasti e un po' patetici. Si sentivano molto in cattedra. E' certo difficile stare in cattedra davanti a colleghi già più che vissuti. Idee interessanti infine ne uscirono. Presentarono casi simulati proiettando cassette (avanguardia tecnologica) in cui recitavano veri attori. Quando feci presente che in una cassetta c'era un errore di contenuto, mi risposero che era importante l'insieme e non i particolari. Fui deluso ed imparai che un "docente" non può permettersi superficialità e

pressapochismo e quando parla di medicina o sa cosa dice o tace e si riserva di consultare la letteratura! "Tutor" non si traduce "onnisciente". Non siamo professori universitari di medicina, siamo gli esempi attivi di come la medicina si applica nel territorio, ovvero sul singolo nostro paziente. Parlo della tutela della salute delle persone che si affidano a noi. Saper trasmettere al nostro tirocinante questo concetto e trovare il modo di farglielo apprezzare vivendolo insieme;

se riuscissi in questo avremmo raggiunto lo scopo del tirocinio. Le variabili da valutare sono molte, sicuramente la più importante è il rapporto che si instaura col tirocinante. Al di là della differenza di età e di esperienza è fondamentale ricordare che siamo fra colleghi. Per ottenere rispetto, ed il rispetto è fondamentale, bisogna rispettare. Ogni tirocinante è diverso. Si presenta con la propria personalità, il proprio bagaglio culturale, la propria esperienza, le proprie propensioni. È uomo o donna, appena laureato o già specializzato, single o sposato, magari già genitore. Al di là della nostra convinzione che il periodo di tirocinio dovrebbe essere diviso fra tre tutor, quattro mesi ognuno, oggi la regola ci affida il collega per un anno. Un lungo anno da "vivere" insieme, condividendo la professione. Si può lavorare un anno insieme se non si crea un'intesa che non coinvolga l'aspetto umano e quindi il piano affettivo? Come si potrebbe presentare un'attività che può costringerti per anni ed anni a prenderti cura di persone le più diverse, magari anche "difficili" ed "antipatiche", se non si riesce ad instaurare un rapporto che superi il mero freddo rapporto professionale? Comprensione, adeguamento ed in ogni caso stima per il collega e la sua attività di studio ed apprendi-



## Certificato telefonico: rischio di condanna per medico e paziente

Non è consentito al sanitario emettere un certificato (neppure di prolungamento malattia) senza previa visita del paziente in modo da verificarne le effettive condizioni. Commettono reato sia il medico che il paziente che se ne serve (Cassazione V penale n. 18687/12). Il medico come Superman?

Il medico aveva visitato la paziente 4 giorni prima stilando un primo certificato di malattia poi, informato telefonicamente del persistere dei disturbi, aveva prolungato ulteriormente il periodo di malattia senza controllare direttamente le condizioni della paziente. Denunciati, il medico e la paziente venivano entrambi condannati, l'uno (Pubblico Ufficiale) per aver stilato un certificato giuridicamente "falso" (art. 480 C.P.), la paziente per averlo consapevolmente utilizzato per propri fini (art. 489 C.P.). Ricorrevano entrambi in Cassazione.

Il medico sosteneva la "non-falsità" del certificato e la sua buona fede sostenendo di aver emesso il certificato sulla base di quanto rilevato in occasione della visita di 4 giorni prima, e di averlo poi prolungato in quanto i sintomi riferiti dalla paziente erano compatibili con quanto da lui diagnosticato precedentemente. La Cassazione respingeva il ricorso del medico sottolineando che "la falsa attestazione attribuita al medico non attiene tanto alle condizioni di salute della paziente, quanto piuttosto al fatto che egli ha emesso il certificato senza effettuare una previa visita e senza alcuna verifica oggettiva delle sue condizioni di salute, non essendo consentito al sanitario effettuare valutazioni e prescrizioni semplicemente sulla base di dichiarazioni (pag.5)

Attuare uno screening sistematico del cancro vescicale? Le prove di efficacia sono insufficienti (pag.2)

Exemestane per la prevenzione primaria del cancro mammario (pag.2)

Ancora sul cioccolato Buono per il palato, buono per il cuore (pag.2)

Linee guida per diagnosi e trattamento della stenosi dei vasi epiaortici (pag.3)

Proposta la TAC come standard per la diagnosi di appendicite acuta (pag.3)

Screening mammografico: quanto vale realmente? (pag.3)

Un vaccino per il melanoma (pag.4)

Lo specializzando risponde dei suoi errori, altrimenti deve astenersi (pag.4)

Il rischio di cadute nell'anziano: perché è importante valutarlo (pag.5)

S.I.A.M.E.G. (pag.6)

NOTIZIE DALLA RETE di NAVIGATOR (pag.7)

## Attuare uno screening sistematico del cancro vescicale? Le prove di efficacia sono insufficienti

La Task Force americana USPSTF, dopo una completa revisione dei dati di letteratura, ha concluso che non vi sono evidenze a favore o contro lo screening del cancro vescicale.

La United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha passato in rassegna le prove di letteratura sullo screening del cancro vescicale ed ha concluso che, per il momento, nei soggetti asintomatici a rischio medio, non ci sono evidenze per raccomandarlo o per sconsigliarlo.

La Task Force americana ricorda che il cancro vescicale è la quarta neoplasia, per frequenza, negli uomini e la settima nelle donne. Tuttavia la mortalità causata da questo tipo di tumore è relativamente bassa per cui vi è un rischio sostanziale che lo screening possa comportare sovradiagnosi e sovratratteamenti. Infatti circa il 90% dei cancri vescicali sono carcinomi a cellule transizionali e molti, al momento della diagnosi, sono superficiali: alcuni di questi tumori potrebbero non progredire mai a forme invasive.

Va considerato però che dal 50% al 70% dei cancri vescicali superficiali recidivano dopo trattamento e in circa il 10-20% dei casi progrediscono verso forme infiltranti e invasive. Nei casi avanzati la prognosi è grave perché i trattamenti disponibili hanno un'efficacia limitata.

Nonostante questo non vi sono in letteratura studi che dimostrino che lo screening riduca la mortalità specifica o totale.

Inoltre i test comunemente usati per lo

screening (esame urine per svelare una microematuria e/o l'esame citologico del sedimento urinario) hanno un valore predittivo positivo inferiore al 10%, per cui si potrebbero avere danni dovuti a procedure non necessarie (come per esempio ripetute cistoscopie o indagini radiologiche con mezzi di contrasto) oltre ai noti pericoli di tipo psicologico legati ai falsi positivi.

Fonte: Screening for Bladder Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Virginia A. Moyer, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force Ann Intern Med August 16, 2011 155:246-251; <http://www.annals.org/content/155/4/246.full.pdf>

Commento di Renato Rossi

Nel 2004 la USPSTF aveva raccomandato di non eseguire lo screening del cancro vescicale. Ora, aggiornando le sue linee guida, prende una posizione "politically correct" concludendo che non vi sono evidenze né a favore né contro.

In realtà nessuna società scientifica internazionale consiglia, al momento, lo screening del cancro vescicale in soggetti asintomatici. Per esempio secondo l'ACS (American Cancer

Society) la polica migliore che si possa fare per il cancro vescicale è la diagnosi precoce che presuppone una veloce valutazione dei disturbi vescicali. Invece l'EAU (European Association of Urology) pone l'attenzione sulla prevenzione (smettere di fumare).

I problemi sono i soliti di altri screening oncologici: la mancanza di evidenze forti a favore dello screening derivanti da RCT di buona qualità e l'esistenza di forme superficiali non invasive che comporta un rischio sostanziale di sovradiagnosi e sovratratteamento.

L'ideale sarebbe poter disporre di test in grado di prevedere quali sono le forme evolutive. E' quanto auspica la Task Force che si augura anche che in futuro si rendano disponibili trattamenti meno radicali della cistectomia, come per esempio l'immunoterapia.

Quali suggerimenti per il medico pratico? Nei soggetti a rischio medio e asintomatici lo screening non andrebbe effettuato. Discorso diverso per soggetti con sintomi di tipo vescicale che andranno indagati a fondo. Per i soggetti con familiarità positiva lo screening potrebbe avere un senso, ma mancano studi a conforto di questa posizione.



## Rapporti causali tra ASA, FANS ed emorragia diverticolare

Uno studio osservazionale mostra che l'ASA e i FANS aumentano moderatamente il rischio di diverticolite e di emorragia diverticolare.

Commento di Renato Rossi

Che l'ASA e i FANS potessero complicare i diverticoli del colon con un processo infiammatorio o con un'emorragia era noto già da altri studi.

Ora questo studio osservazionale con un follow up lunghissimo lo conferma.

Purtroppo gli inibitori di pompa riducono il rischio di

ASA e FANS a livello di complicanze gastroduodenali, ma non a livello del colon.

Nello studio osservazionale denominato Health Professionals Follow-Up Study sono stati seguiti circa 47.000 uomini con un follow up di 22 anni.

Di questi circa 14.000 partecipanti assumevano regolarmente ASA e 2.500 un FANS almeno due volte alla settimana.

Durante il follow up 939 soggetti hanno avuto una diverticolite e 256 una emorragia diverticolare.

Per l'ASA il rischio di diverticolite espresso come hazard ratio era di 1,25 e di emorragia diverticolare di 1,70.

Per il FANS il rischio era rispettivamente di 1,72 e di 1,74.

Gli autori hanno calcolato che si ha un caso in più di complicanza diverticolare per 1000 persone-anni.

Fonte: Strate LL et al. Use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding. Gastroenterology 2011 May; 140:1427.

Quali sono i messaggi per il medico pratico?

Anzitutto non va mai dimenticato che ASA e FANS devono essere usati solo se strettamente necessari.

In secondo luogo nei pazienti con storia di diverticolite o di emorragia diverticolare è opportuno usare farmaci alternativi (per esempio ticlopidina o clopidogrel come antiaggreganti, paracetamolo con/senza codeina oppure oppioidi nel caso di sindromi dolorose).

Infine potrebbe trovare spazio, in questi pazienti, l'uso dei coxib che probabilmente sono dotati di una minore tossicità a livello del colon.



## Per la prevenzione primaria del cancro mammario utile l' Exemestane

Exemestane riduce in 3 anni di trattamento del 65% i casi di cancro mammario invasivo in donne in post menopausa a rischio moderato per questo tipo di neoplasia.

In questo studio randomizzato e controllato, in doppio cieco, sono state arruolate 4.560 donne in post menopausa (età media 62,5 anni) che avevano almeno uno dei seguenti fattori di rischio per cancro mammario: età >= 60 anni, score di Gail a 5 anni > 1,66% (rischio in 100 donne di sviluppare un cancro mammario invasivo in 5 anni), anamnesi positiva per iperplasia duttale o lobulare atipica, carcinoma lobulare in situ oppure carcinoam duttale in situ con mastectomia.

Lo score mediano di Gail risultò essere di 2,3%.

Le partecipanti sono state randomizzate a exemestane oppure placebo.

Dopo un follow up medio di 35 mesi furono diagnosticati 11 cancri mammari invasivi nel gruppo exemestane e 32 nel gruppo placebo (HR 0,35; 95% CI 0,18-0,70; p = 0,002).

Eventi avversi si verificarono nell'88% del gruppo exemestane e nel 85% del gruppo placebo. Non ci furono differenze fra i due gruppi per quanto riguarda fratture, eventi cardiovascolari, altre neoplasie, mortalità totale o decessi associati al trattamento. Furono osservate differenze minime per quanto riguarda la qualità di vita.

Fonte: Goss PE et al. for the NCIC CTG MAP.3 Study Investigators. Exemestane for Breast-Cancer Prevention in Postmeno-

pausal Women. N Engl J Med 2001 Jun 23; 364:2381-2391.

Commento di Renato Rossi

La FDA ha approvato sia il tamoxifene che il raloxifene per la riduzione del rischio di cancro mammario nelle donne ad alto rischio per questa neoplasia, anche se, almeno in Italia, questa strategia è lontana dall'essere una pratica clinica frequente. Il passo successivo è stato, ovviamente,

quello di testare gli inibitori dell'aromatasi. Ed ecco quindi arrivare il primo studio sull'exemestane, che dimostra come la sua somministrazione per circa 3 anni a donne in post menopausa a rischio moderato di cancro mammario riduca del 65% (in termini relativi) tale rischio. In termini assoluti però l'efficacia del trattamento appare meno eclatante: i casi diagnosticati di cancro mammario invasivo sono stati 0,55% nel gruppo placebo e 0,19% nel gruppo trattamento. Tradotto in altri termini questo vuol dire che si devono trattare circa 277 donne per 3 anni per evitare un caso di neoplasia mammaria invasiva.

Un editoriale di accompagnamento [1], dopo aver osservato che probabilmente

i tre inibitori dell'aromatasi (letrozolo, anastrozolo ed exemestane) sono di efficacia paragonabile, conclude che attualmente i medici hanno a disposizione tre scelte (tamoxifene, raloxifene, inibitori dell'aromatasi) per la profilassi primaria del cancro mammario invasivo, che rappresenta la seconda causa di morte per cancro negli USA. Perciò non ci dovrebbero essere più scuse per ulteriori attese.

In effetti i dati degli studi sono a favore dei farmaci.

Tuttavia a nostro avviso rimangono alcuni dubbi legati

soprattutto ad un punto critico che assume molta importanza nella pratica di tutti i giorni: la corretta individuazione delle pazienti a rischio moderato o elevato che possono trarre giovamento dalla chemioprolifassi. In questo possono essere di aiuto dei sistemi a punteggio di cui abbiamo scritto in precedenza e a cui rimandiamo [2]

Fonte: 1. Davidson NE, Kensler TW. MAPping" the Course of Chemoprevention in Breast Cancer N Engl J Med 2011 Jun 23; 364:2463-2464 2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3019>



## Ancora sul cioccolato Buono per il palato, buono per il cuore

Il consumo di cioccolata per più di cinque volte alla settimana risulterebbe associato ad una riduzione degli eventi cardiovascolari totali e del rischio di ictus.

Lo scopo di questa revisione sistematica (7 studi osservazionali, circa 114.000 partecipanti, età 25-93 anni, follow up di 8-16 anni) era di determinare un'eventuale associazione tra

consumo di cioccolata ed eventi cardiovascolari.

Si è evidenziato che il consumo elevato di cioccolata (più di cinque volte alla settimana) risultava associato ad una riduzione statisticamente significativa degli eventi cardiovascolari del 37% e dell'ictus del 29% rispetto a chi non assumeva cioccolata. Non risultavano, invece, differenze per quanto riguarda il rischio di scompenso cardiaco.

Comunque gli autori suggeriscono la necessità di ulteriori studi che dimostrino questi benefici potenziali.

Fonte:

Buitrago-Lopez A et al. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: Systematic review and meta-analysis. BMJ 2011 Aug 29; 343:d4488.

Commento di Renato Rossi

Si ritiene che il cacao possa esercitare effetti benefici sul rischio cardiovasco-

lare grazie all'elevato contenuto in polifenoli.

I risultati della metanalisi recensita in questa pillola sembrerebbero confermare questa azione.

Tuttavia va considerato che gli studi analizzati erano di tipo osservazionale e quindi, come abbiamo avuto modo di ripetere molte volte, soggetti a vari tipi di distorsioni.

Per quanto gli autori abbiano corretto i dati per eliminare potenziali fattori confondenti, rimane sempre un margine di dubbio.

La prova del nove che la cioccolata è davvero efficace per la profilassi cardiovascolare potrebbe derivare solo da RCT disegnati ad hoc, che però sono probabilmente di difficile esecuzione.

D'altra parte non va dimenticato che spesso la cioccolata in commercio contiene una certa quantità di zucchero che, se eccessiva, potrebbe avere effetti nocivi in alcuni casi (per esempio diabetici).

Le conclusioni per il medico pratico sono ovvie: l'assunzione di cioccolata non va scoraggiata, ma si deve raccomandare di non esagerare.

Dell'argomento questa testata si è già ampiamente occupata in una pillola precedente alla quale rimandiamo: <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4991>



## Il proprietario della scalinata risarcisce l' infortunio anche se non c'è colpa

La responsabilità per i danni cagionati da cose in custodia prescinde dal carattere colposo del comportamento del custode e dall'accertamento della pericolosità della cosa, avendo natura oggettiva e necessitando, per la sua configurabilità, del mero rapporto eziologico con l' evento, escluso il solo caso fortuito (Cass. III Civ n. 27898/2011)

I fatti:

Una donna conveniva in giudizio il Comune, chiedendo il risarcimento dei danni subiti a seguito di una caduta per le scale di un edificio comunale, dichiarando di essere scivolata su uno dei gradini, a causa della mancanza di illuminazione nonché dei detriti e dei calcinacci sparsi a terra.

In primo grado la richiesta della donna veniva respinta.

In appello, invece, il Comune veniva condannato al pagamento in favore della donna della somma di circa 20 mila euro, oltre interessi e spese.



Il Comune ricorreva in Cassazione contestando l' applicazione della presunzione di responsabilità.

Ma la Cassazione respingeva il ricorso affermando che "la responsabilità per i danni cagionati da cose in custodia, prevista dall'art. 2051 cod.

civ., prescinde e dall'accertamento del carattere colposo del comportamento del custode e dall'accertamento della pericolosità della cosa, avendo natura oggettiva necessitando, per la sua configurabilità, del mero rapporto eziologico tra bene ed evento, di talché essa sussiste, in definitiva, in relazione a tutti i danni, cagionati dalla 'res', sia per i danni intrinseca natura, sia per l'insorgenza in essa di agenti dannosi, essendo esclusa solo dal caso fortuito".



## Un vaccino per il melanoma

L'aggiunta di un vaccino peptidico alla interleukina-2 migliora la risposta e la sopravvivenza libera da progressione nel melanoma avanzato.

In questo studio sono stati arruolati 185 pazienti HLA \* A0201+ con melanoma cutaneo in stadio IV o stadio III localmente avanzato.

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere l'interleukina-2 (un agente immunoattivante) da sola oppure associata ad un vaccino peptidico denominato gp100:209-217 (210M). Una risposta al trattamento si è osservata nel 9,7% dei pazienti trattati con interleukina-2 da sola e nel 20% dei pazienti trattati anche con il vaccino ( $p = 0,05$ ).

La sopravvivenza mediana libera da progressione della malattia fu rispettivamente di 1,6 mesi e di 2,2 mesi ( $p = 0,008$ ). La sopravvivenza totale non differiva tra i due gruppi.

Fonte:

Schwartzentruber DJ et al. gp100 peptide vaccine and interleukin-2 in patients with advanced melanoma. *N Engl J Med* 2011 Jun 2; 364:2119.

Commento di Renato Rossi

Si tratta di un piccolo studio da cui è difficile trarre conclusioni definitive. Per il vero già in uno studio precedente [1], su 31 pazienti con melanoma metastatico, si era visto che il vaccino associato alla interleukina-2 ottiene una risposta terapeutica superiore alla sola interleukina-2.

Questo nuovo studio, su una casistica superiore, conferma il beneficio del vaccino.

Si tratta di un beneficio statisticamente significativo, anche se dal punto di vista clinico l'impatto sembra modesto perché non porta ad un aumento della sopravvivenza totale, mentre l'aumento della sopravvivenza libera da progressione aumenta mediamente di 6 mesi.

E' anche vero che lo studio non aveva una potenza statistica tale da dimostrare una riduzione della mortalità totale.

Recentemente sono entrati nell'armamentario terapeutico dei medici per la terapia del melanoma avanzato due farmaci che sembrano promettenti. E' stato appena approvato l'ipilimumab, mentre risultati positivi vengono da un recentissimo trial sul vemurafenib [2].

In uno studio su 675 pazienti con melanoma metastatico mai trattato si è visto che a sei mesi la sopravvivenza era dell'84% con il vemurafenib del 64% con dacarbazina.

A causa di questi risultati a sei mesi il monitoring board ha raccomandato di trattare i pazienti del gruppo dacarbazina con vemurafenib.

In un altro studio sempre recentissimo [3] su 502 pazienti con melanoma metastatico mai trattati sono stati confrontati due regimi: ipilimumab più dacarbazina versus dacarbazina più placebo. La sopravvivenza mediana risultò di 11,2 mesi col primo schema e di 9,1 mesi col secondo schema. Ad un anno era vivo rispettivamente il 47,3% e il 36,3% dei pazienti. A due anni il 28,5% e il 17,9% e a tre anni il 20,8% contro il 12,2%.

Ovviamente la strada è ancora lunga e sono necessari studi di comparazione tra le varie terapie disponibili per stabilire quali sono quelle più efficaci.

Referenze

1. Schwartzentruber DJ et al. A phase III multi-institutional randomized study of immunization with the gp100: 209-217 (210M) peptide followed by high-dose IL-2 compared with high-dose IL-2 alone in patients with metastatic melanoma. *J Clin Oncol* Jun 2009 Suppl; 27:18S CRA9011. <http://goo.gl/gKjsR>

2. Chapman PB et al for the BRIM-3 Study Group.

Improved Survival with Vemurafenib in Melanoma with BRAF V600E Mutation *N Engl J Med* 2011 Jun 30; 364: 2507-2517

3. Robert C et al. Ipilimumab plus Dacarbazine for Previously Untreated Metastatic Melanoma. *N Engl J Med* 2011 Jun 30; 2517-2526

## Esofago di Barrett: qual è il rischio di cancro esofageo?

Secondo un ampio studio irlandese il rischio degenerativo dell'esofago di Barrett è inferiore a quello che comunemente si crede.

Gli autori di questo studio osservazionale sono partiti dalla constatazione che l'esofago di Barrett è una lesione precancerosa che può degenerare in adenocarcinoma esofageo.

Dato che tale rischio varia a seconda degli studi, gli autori hanno esaminato uno dei più importanti registri di esofago di Barrett del mondo: il Northern Ireland Barrett's esophagus Register. Sono stati seguiti 8.522 pazienti del registro fino al 2008.

Dopo un follow up mediano di 7 anni si sono registrati 79 pazienti con cancro esofageo, 16 con cancro del cardias gastrico e 36 con displasia di alto grado. L'incidenza di neoplasia o displasia di alto grado era di 0,22% per anno.

Metaplasia intestinale specializzata era presente nel 46% dei pazienti.

Il rischio di evoluzione in cancro era statisticamente significativo solo nei pazienti che avevano tale quadro istologico ma non in quelli che ne erano privi.

Il rischio era inoltre statisticamente più elevato:

- negli uomini rispetto alle donne: 0,28% per anno versus 0,13% per anno
- nei pazienti con displasia di basso grado rispetto ai pazienti senza displasia: 1,40% per anno versus 0,17% per anno.

Gli autori concludono che il rischio degenerativo dell'esofago di Barrett è inferiore a quanto precedentemente riportato e che le raccomandazioni attuali sul monitoraggio della malattia potrebbero essere non costo-efficaci.

Fonte:

Bhat S et al. Risk of Malignant Progression in Barrett's Esophagus Patients: Results from a Large Population-Based Study. *J Natl Cancer Inst.* Pubblicato anticipatamente online il 16

giugno 2011. doi: 10.1093/jnci/djr203. <http://goo.gl/NwEKH>

Commento di Renato Rossi

Per esofago di Barrett si intende la presenza, nell'esofago distale, di epitelio colonnare con metaplasia gastrica o intestinale. Questa condizione viene considerata a rischio evolutivo verso il cancro dell'esofago per cui le linee guida raccomandano un'attenta sorveglianza endoscopica del paziente, come riassunto nella tabella seguente.

A) Se la sostituzione dell'epitelio squamoso con epitelio colonnare è di tipo gastrico (cardiale o fundico) si consiglia una endoscopia dopo 5 anni

B) Se la sostituzione è di tipo intesti-



nale vero e proprio si esegue una EGDS dopo 2 anni se non vi è displasia, in caso di displasia di alto grado il paziente va inviato al chirurgo per ablazione della zona lesa, in caso di displasia di basso grado si controlla dopo 3 mesi e se persistono le lesioni di basso grado si ricontrolla dopo 6 mesi, se al contrario la displasia è scomparsa si ricontrolla dopo un anno.

Un editoriale di commento allo studio irlandese chiosa che se il rischio è molto basso i benefici della sorveglianza e della eventuale ablazione probabilmente non ci sono. Infatti benefici per pochi pazienti possono non essere bilanciati dai rischi delle procedure invasive e dell'effetto psicologico di etichettare un paziente come portatore di una condizione precancerosa [1].

In realtà i vari studi ad oggi disponibili hanno fornito risultati contrastanti circa il reale rischio evolutivo.

Lo studio irlandese, effettuato su un numero considerevole di pazienti con esofago di Barrett, ha il pregio di evidenziare quali sono i maggiori rischi di degenerazione: la presenza di metaplasia intestinale specializzata, il sesso maschile, l'età > 50 anni, la presenza di displasia di basso grado (rispetto alla sua assenza).

D'altra parte anche un recente studio danese suggerisce che il rischio di adenocarcinoma nel Barrett è circa un quarto di quanto stimato in precedenza [3].

Secondo altri studi il rischio evolutivo sarebbe minimo se la zona di mucosa metaplastica misura meno di 3 centimetri.

L'editoriale già menzionato conclude ricordando che la sorveglianza periodica e il trattamento sono utili solo se è provata la loro efficacia, ma per ora si tratta di un principio non dimostrato [1].

Quali sono, quindi, le conclusioni di massima che si possono trarre?

Ci pare ragionevole consigliare una sorveglianza frequente negli uomini, soprattutto dopo i 50 anni, con metaplasia intestinale specializzata e/o con displasia anche di basso grado.

La sorveglianza può essere meno intensa nei casi a minor rischio evolutivo (per esempio se dopo ripetuti controlli viene confermata l'assenza di metaplasia intestinale e di displasia).

Referenze

1. Douglas A. Corley. Understanding Cancer Incidence in Barrett's Esophagus: Light at the End of the Tunnel. *J Natl Cancer Inst.* Pubblicato anticipatamente online il 16 giugno 2011. doi:10.1093/jnci/djr223. <http://goo.gl/wbG0e>

2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4909>

3. Hvid-Jensen F et al. Incidence of Adenocarcinoma among Patients with Barrett's Esophagus *N Engl J Med* 2011 Oct 13; 365:1375-1383.

## Lo specializzando risponde dei suoi errori, altrimenti deve astenersi

Non costituisce giustificazione, per lo specializzando che commette errori in corsia, la pretesa che si trovi lì solo per formazione: ne deve rispondere e deve rifiutare di effettuare mansioni di cui non si senta in grado, altrimenti se ne assume piena responsabilità' (Cass. IV Penale n. 6981/2012)

La Cassazione ha convalidato le condanne inflitte dai giudici di merito ad una dottoressa che, frequentando una corsia ospedaliera per conseguire la specializzazione, aveva cagionato con condotte colpose gravi lesioni ad un bambino malato di tumore, con diagnosi improprie e cure inadeguate.

La difesa della dottoressa ne sosteneva la non incolpabilità in quanto a suo dire il suo ruolo era solo quello di praticare il tirocinio di formazione e non era responsabile di eventuali errori

commessi dietro disposizione del medico strutturato.

La Corte ha respinto questa argomentazione, in quanto la presenza in ospedale della specializzando non è limitata alla sola formazione professionale ma anche allo svolgimento di attività mediche che, qualora non si senta in grado di svolgere, può comunque decidere di evitare astenendosi.

Ha quindi confermato le condanne del medico strutturato e della dottoressa (condannata a due mesi) in base al principio della "colpa per assunzione" (che si può smentire in poche parole nel concetto "se non so fare una cosa me ne astengo, se la faccio me ne assumo la responsabilità").

Dice la Corte: "il medico specializzando non è presente nella struttura per la

sua formazione professionale, la sua non è una mera presenza passiva né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia".

(Si tratta della cosiddetta "autonomia vincolata", come già espresso in precedenti sentenze della Cassazione (Cass. Sezione IV, n. 32424 del 1-0.7.2008)).

Se lo specializzando - osserva ancora la Corte nella sentenza in oggetto - "non è o non si ritiene in grado di compiere le attività deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità".

## L'omeopata è tenuto a praticare anche la medicina tradizionale

E' stato condannato un medico omeopata che praticava esclusivamente terapie omeopatiche con conseguente danno (da omissione terapeutica) alla salute del paziente. (Cassazione III Civ n. 7555 del 01/04/2011)

Un paziente con disturbi visivi si era rivolto ad un medico generico che aveva riscontrato presenza di cataratta, curandola con prodotti omeopatici da lui preparati.

A causa dell'aggravarsi dei disturbi il paziente si recava a visita, dopo alcuni mesi di cure, da un altro medico dove veniva riscontrata una patologia diversa (un intorbidimento essudativo del vitreo).

La Cassazione confermava la condanna inflitta al medico dai giudici di merito (risarcimento del danno di oltre 50.000 Euro) in quanto il ritardo diagnostico aveva aggravato irreversibilmente la patologia a carico dell'occhio provocando una grave perdita di campo visivo.

to organo del corpo umano".

La Corte contestava questa tesi affermando che l'omeopatia pur costituendo un sistema di medicina alternativo, mira pur sempre alla guarigione dei pazienti.

Anche se uno dei principi fondamentali dell'omeopatia è costituito dal fatto che diagnosi e terapia devono riguardare l'intero corpo, ciò non significa che l'omeopata debba evitare gli accertamenti diagnostici specialistici riguardanti il singolo organo, ma semmai vuol dire che egli non potrebbe fermarsi alle indagini specifiche riguardanti il singolo organo.

### SMI LAZIO E' SU FACEBOOK

**Il Sindacato Medici Italiani (SMI) Lazio ha aperto una pagina su Facebook. Gli iscritti a Facebook possono chiedere l'accesso al sito. Ma anche chi non volesse iscriversi può consultarne la Home Page dal sito [www.smi-lazio.org](http://www.smi-lazio.org)**

### ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA-AMI  
Fondato da Mario Menagiale  
Presidente Angelo Filardo

La voce del Sindacato Medici Italiani SMI-Lazio  
Direttore Responsabile Daniele Zamperini

REDAZIONE  
Angelo Filardo  
Gaetano Mazzucconi  
Cristina Patrizi  
Enrico Porru  
Floriana Riddei  
Beniamino Baldacci



Direzione Redazione e Amministrazione  
Via Merulana 272 00185 Roma  
Tel. 06/4746344 Fax 06/4871092

Fotocomposizione e stampa  
PrimeGraf srl

Questo Periodico è iscritto  
All'Unione Stampa Periodico Italiana

## Il rischio di cadute nell'anziano: perché è importante valutarlo

Le cadute sono piuttosto frequenti negli anziani: nel Regno Unito esse sono responsabili del 14% dei ricoveri urgenti e del 4% di tutti i ricoveri, che avvengono generalmente per i traumi correlati alla caduta.(1).

Le cadute possono essere la conseguenza di un problema neuro-motorio (paresi, Parkinson, neuro-miopatie ecc.), di un problema internistico (sincope, crisi vertiginose ecc.) oppure più semplicemente di un problema legato all'ambiente in cui è inserito l'anziano (barriere architettoniche, arredamento non adeguato, mancanza di ausili).

Vi sono tuttavia autorevoli ricerche che dimostrano che buona parte delle cadute possono essere prevenute mediante individuazione dei soggetti e delle situazioni a rischio e mediante correzione dei fattori di rischio.(2) Possiamo anzitutto elencare le più frequenti condizioni che favoriscono le cadute nell'anziano (Tab1)

### TABELLA 1

#### Condizioni che favoriscono le cadute nell'anziano

1. Disturbi dell'equilibrio e della mobilità
2. Disturbi Visivi non corretti
3. Problemi cognitivi : deficit e demenze
4. Episodi sincopali
5. Episodi Vertiginosi
6. Problema ai piedi od agli arti inferiori: dolori,deformità, calzature inadeguate
7. Uso di farmaci che riducono la vigilanza od il coordinamento motorio o la forza muscolare
8. Fattori ambientali: barriere architettoniche, accessibilità e sicurezza dei vari ambienti, disponibilità di ausili e supporti
- 9.

(\*)(\*) Nota: La larga maggioranza degli anziani vive in abitazioni che non sono state costruite né arredate

per le necessità degli anziani. Con il passare degli anni il divario tra le necessità dell' anziano e le offerte dell'ambiente domestico diviene sempre più accentuato e richiede inevitabilmente interventi correttivi



#### La Valutazione del rischio di caduta

La conoscenza delle condizioni che favoriscono le cadute è il primo importante fattore di prevenzione.

Il passo successivo è quello di una accurata anamnesi e di un diligente esame clinico del paziente: la raccolta e la integrazione di questi dati ci permettono di inserire il paziente in una fascia di rischio (valutazione qualitativa: rischio basso medio alto). Esistono inoltre numerosi test di valutazione quantitativa, alcuni dei quali controllati e validati da studi su un numero adeguato di pazienti.

Nell'ambito della medicina pratica i requisiti essenziali sono la affidabilità ma anche la applicabilità, che è direttamente correlata al tempo ed alla difficoltà di esecuzione: in questi anni si è affermato nei paesi anglo-sassoni un test semplice validato ed affidabile: il "Get up and Go Test".(3)(4) Nella Tabella 2 una descrizione del test e delle preziose indicazioni che esso ci può fornire.

### TABELLA 2

#### Get up and Go Test

##### Descrizione

Il paziente siede in una sedia senza braccioli ed indossa indumenti e calzature comode; può utilizzare un bastone se lo fa usualmente

Si richiede al paziente:

1. Alzarsi dalla sedia senza aiu-

2. Restare nella posizione eretta
3. Camminare per 3metri
4. Girarsi di 180°
5. Ritornare alla sedia
6. Sedere senza aiutarsi con le braccia

#### Cosa può svelarci il Test

1. Lentezza nella esecuzione ( un tempo superiore a 12 secondi viene considerato anormale)
2. Necessità di un supporto esterno
3. Andatura "aprassica"(passi corti, strascicati)
4. Andatura "atassica" (instabile, su base allargata)
5. Andatura "festinante" e mancata oscillazione degli arti
6. Andatura esitante
7. Andatura "antalgica"

#### Conclusioni

Quando un anziano cade e si procura una frattura, le sue condizioni psicofisiche possono deteriorarsi definitivamente: la famiglia può subire un considerevole stress e le condizioni di vita dei familiari possono peggiorare compromettendo così anche il loro stato di salute.

Le ricerche dei colleghi inglesi ci dimostrano come un medico diligente abbia necessità di poche conoscenze, poche competenze e qualche buon test per individuare i soggetti a rischio e mettere in atto le misure preventive che possono evitare o rinviare nel tempo la caduta e le sue complicanze. Un minimo sforzo insomma, per conseguire un importante risultato...

#### Bibliografia

1. Close J et Al.: Prevention of Falls in the Elderly Trial (PROFET): a randomized controlled trial Lancet 1999;353:93-7
2. Close JCT et Al.: Fall Assessment in older people BMJ 2011;343:d5153
3. Mathias S et Al.: Balance in elderly patient: the "get up and go test" Arch. Phys. Med. Rehabil 1986;67:387-9
4. Rose DJ et Al.: Predicting the probability of falls in community residing older adults using the 8-foot up-and-go J. Aging Phys. Activ. 2002; 10: 466-75

Riccardo De Gobbi

(da pag 1)

effettuate per telefono dai suoi assistiti. Cio' rende irrilevanti le considerazioni sulla effettiva sussistenza della malattia o sulla induzione in errore da parte della paziente".

Veniva poi confermata anche la condanna della paziente: una volta "ritenuta la falsità della certificazione medica ne discende necessariamente la responsabilità della ricorrente per aver fatto uso dell'atto falso".

#### Un commento:

Non e' possibile contestare, in linea di principio, la correttezza della sentenza. Ritengo pero', con tutto il rispetto per i principi legali, che sarebbe necessario un approccio piu' realistico e meno dogmatico al problema.

La "certificazione telefonica" (ma occorre sottolineare che la sentenza parla piu' genericamente di "prescrizione", per cui nella fattispecie potrebbero rientrare anche le semplici ripetizioni di ricette, qualora richieste solo telefonicamente) e' certamente atto anomalo e irregolare, tuttavia la richiesta assoluta di "visita medica" per ogni atto e' pure irrealistica e impossibile da ottemperare nel caos dell' esistenza quotidiana, dove l' affollamento degli studi medici e la burocratizzazione sempre piu' spinta richiederebbero al contrario, per lasciare al sanitario il tempo per il suo compito fondamentale, curare gli assistiti) un approccio semplificato e meno forma-

le.

Il medico non e' dotato di superpoteri e il carico di richieste e' diventato ormai insostenibile e, spesso, impossibile da soddisfare nel pieno rispetto di tutte (ma proprio tutte) le regole formali.

Il ruolo di Pubblico Ufficiale attribuito al Medico di Famiglia, poi, rende la situazione ancora piu' complessa e opprimente, in quanto vengono puniti come reati comportamenti che possono rivelarsi perfettamente adeguati dal punto di vista sanitario, ma effettuati in deroga ai sempre piu' estesi "doveri d' ufficio".

Tralasciando i casi dei "furbi" e degli approfittatori (che certamente ci sono) molto spesso cadono nella rete dei medici soltanto "ingenui", convinti in buona fede di stare facendo il meglio nell' interesse dei malati.

Va tenuto conto, inoltre, dell' impatto delle nuove tecnologie: un medico mediante la teleconferenza, ad esempio, potrà lecitamente certificare di aver riscontrato una patologia dermatologica?

Forse la situazione andrebbe un po' ripensata...

Daniele Zamperini

## 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,



#### Segreteria Nazionale:

Via Livorno, 36 - 00162 Roma  
Tel. 06.44254168 - Fax 06.44254160  
Cod. Fisc. 07442340580

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

Spett.le

A.U.S.L. \_\_\_\_\_

o Azienda \_\_\_\_\_

o Università di \_\_\_\_\_

della Regione \_\_\_\_\_

Ente Previdenziale:  ENPAM  INPDAP

#### 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 - codice IBAN: IT 57 A 02008 41160 000400075597 UNICREDIT BANCA - Corso Umberto I, 47 - Vinchiatura (CB) secondo le seguenti modalità

Euro 18,00

#### 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 del Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega non 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 \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

Al sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice 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 nelle banche dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dei dati è facoltativo ma è condizione necessaria per la gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge medianti la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, il raffronto, l'interconnessione, la comunicazione/effusione, cancellazione o distribuzione dei dati e del complesso di operazioni previste per chi, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-8-9-10-13 del citato D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, anche che potrà esercitare il diritto di limitare o il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione o l'opposizione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e saranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativa, di comunicazioni delle relative partecipazioni da questa O.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edo da questa O.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. I dati saranno disponibili a responsabili ed agli incaricati proposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, contribuzione, consegna e spedizione rivista, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile dei trattamenti dati è il Sindacato dei Medici Italiani. Con sede in Roma, via Livorno n. 36, presso cui i dati sono trattati e raccolti il presso cui sono disponibili ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, rettifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati.

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

#### Pronta il proprio consenso:

affidare i propri dati personali essere trattati nelle forme e con le modalità, sopra indicate (ricorrendo di essere stato informato, in modo esauriente, orale o scritto sui 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 artt. 7, 8, 9, 10, 13 del D.Lgs. 30/06/2003).

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Copia per la A.U.S.L.

Copia per la Sede Regionale

Copia per la Segreteria Organizzativa

## Anche l'omeopata deve rispettare le regole del consenso informato

### Praticare medicine alternative o complementari non esime dagli obblighi generali

Condannato un medico omeopata per carenza informativa sulle potenzialità terapeutiche, sulle alternative e sulle possibili complicazioni da omissione diagnostica.

Tribunale di Pavia - Sez. I, Sent. del 30.12.2011

I fatti:

Una paziente sofferente di stomatite aftosa, insoddisfatta delle cure tradizionali ricevute, si rivolgeva ad un medico omeopata che, effettuate indagini sulla funzionalità tiroidea, le prescriveva poi una cura omeopatica che avrebbe apportato i primi benefici entro trenta o quaranta giorni.

In questo periodo la paziente manifestava pienamente in realtà i sintomi del pemfigo volgare, patologia molto più grave, evolutosi poi nella Sindrome di Cushing.

Il medico si difendeva affermando che la paziente aveva espressamente richiesto di essere curata con l'omeopatia e che non si era più recata da lui fino all'aggravamento dei disturbi, allorché era stato raccomandato un ricovero immediato

Il Tribunale di Pavia sottolineava innanzitutto la differenza della medicina omeopatica da quella tradizionale: la prima infatti si basa sul "principio di

similitudine del farmaco", secondo cui "il rimedio appropriato per un determinata malattia sarebbe dato da quella sostanza che in una persona sana induce sintomi simili a quelli osservati nella persona malata".

La sostanza individuata a questo scopo viene somministrata al malato, a scopo curativo, in quantità estremamente diluita in modo da provocare una malattia artificiale molto simile a quella naturale, sostituendosi ad essa fino a farla scomparire. Inoltre la diagnosi e terapia omeopatiche devono riguardare l'intero corpo del paziente, non solo i singoli organi, come recentemente affermato dalla giurisprudenza di legittimità (Cass., 1 aprile 2011, n. 7555).

A questo punto la Corte sottolinea che il paziente che sceglie la terapia omeopatica effettua una scelta "forte", soprattutto se deluso dalle precedenti terapie mediche ufficiali.

Rientra nel suo diritto la libera scelta della medicina omeopatica.

Questa scelta deve però effettuarsi in modo pienamente consapevole per cui il paziente deve essere correttamente informato dal medico omeopata sulle modalità di cura e di diagnosi della medicina omeopatica; questa informazione avviene sotto responsabilità del medico, e l'onere della prova di aver

correttamente adempiuto al suo dovere e' a suo carico.

Inoltre l'omeopata è tenuto a interrompere la terapia quando questa si dimostri inefficace o dannosa, e ad informare (sotto sua responsabilità) il paziente delle alternative offerte dalla medicina tradizionale.

Nel caso di specie il medico non soddisfaceva l'onere della prova, ed in particolare non aveva adeguatamente informato la sua paziente, né l'aveva avvertita sulla necessità di ricorrere ad accertamenti diagnostici della medicina tradizionale alla comparsa di disturbi anomali, quali quelli poi manifestatisi.

Una diagnosi precoce, stabiliva il giudicante, avrebbe impedito sofferenze alla paziente e avrebbe consentito una risposta terapeutica più rapida ed efficace.

Il medico veniva condannato ad un risarcimento di oltre 200.000 Euro.

Presidente:  
**Beniamino Baldacci**  
Segretario Generale:  
**Cristina Patrizi**  
Coordinatore:  
**Enrico Porru**

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

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



## Le tossinfezioni alimentari: epidemiologia, sorveglianza e clinica

Giovedì 31 Maggio e 7-14- Giugno - 5 Luglio 2012 dalle ore 19.30 alle ore 22.30  
Presso la Sala Conferenze SIAMEG - Via Merulana 272 Roma  
Prot. ECM n. 813-34274 Crediti ECM: 12,1

### Programma

#### Giovedì 31 Maggio 2012

ore 19.30 - 22.30

La Barbera

Titolo: La clinica delle tossinfezioni alimentari: sintomatologia, diagnostica e terapia

#### Giovedì 7 Giugno 2012

ore 19.30 - 22.30

Scavia/Luzi

Titolo: \* Sorveglianza delle tossinfezioni alimentari in Italia e in Europa:

i patogeni, le fonti d'infezione e la prevenzione (Gaia Scavia)

\* Diagnostica ed Epidemiologia delle Tossinfezioni alimentari:

la rete dei laboratori Enteret Italia (Ida Luzzi)

#### Giovedì 14 Giugno 2012

ore 19.30 - 22.30

La Barbera

Titolo: La clinica delle tossinfezioni alimentari" sintomatologia ,diagnostica e terapia

#### Giovedì 05 Luglio 2012

ore 19.30 - 22.30

Scavia/Luzi

Titolo: \* Sorveglianza delle tossinfezioni alimentari in Italia e in Europa:

i patogeni, le fonti d'infezione e la prevenzione (Gaia Scavia)

\* Diagnostica ed Epidemiologia delle Tossinfezioni alimentari:

la rete dei laboratori Enteret Italia (Ida Luzzi)

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Giov. 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>

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

La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti

Quota di iscrizione: € 90,00 + iva

Per gli iscritti SIAMEG e SMI: € 50,00 + iva



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

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale  
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 813  
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. e fax 06 4881702 - E Mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it) - [www.siameg.it](http://www.siameg.it)

## Diagnosi in Medicina Parassitosi sistemiche 2012

Ed.1: Venerdì 8 Giugno - Sabato 23 Giugno 2012- presso l'Aula Magna ISAS Via Stazione di San Lorenzo 54  
Palermo

Prot. ECM n. 813/35064

Crediti ECM n. 11,3

### Programma

#### Venerdì 8 Giugno 2012

14.00 - 16.00 F.CAVATAIO-  
UO Gastroenterologia Pediatrica Osp.le  
dei Bambini Palermo-  
Percorsi diagnostici in  
gastroenterologia  
Lezione-Casi clinici-Discussione

16.00 - 18.00 G.G.MANCUSO-  
Responsabile Laboratorio Biologia  
Molecolare Osp.le Buccheri La Ferla  
Palermo-  
Diagnosi sierologica delle malattie da  
infezione: istruzioni per l'uso-  
Lezione-Casi clinici-Discussione

18.00 - 18.30 Pausa Caffè  
18.30 - 20.30 S.TERESI  
Patologo Clinico-  
Esiste una medicina di laboratorio per  
la pediatria?-  
Lezione-Casi clinici-Discussione

#### Sabato 23 Giugno 2012

08.00 - 10.00 C.COMPARATO -  
U.O. Cardiologia Pediatrica Osp.dei  
Bambini - Palermo  
Miocarditi-Endocarditi-Pericarditi:  
dai sintomi alla diagnosi  
Lezione-Casi clinici-Discussione  
10.00 - 10.15 Pausa Caffè

10.15 - 12.15 F.SCARLATA -  
Prof.Aggregato Mal.Infettive Università  
di Palermo  
• La Leishmaniosi Viscerale  
• Le parassitosi sistemiche minori  
Lezione-Casi clinici-Discussione

12.15 - 13.15 A.ROMANO -  
U.O.Malattie Infettive Osp.le dei  
Bambini - Palermo  
Toxoplasmosi e altre neuroparassitosi  
Lezione-Casi clinici-Discussione

13.15 - 14.15 Pausa Pranzo  
14.15 - 16.15 S.GIORDANO -  
Infettivologo ARNAS Civico-Di Cristina-  
Ascoli - Palermo  
L'echinococcosi

16.15 - 16.30 Pausa Caffè  
16.30 - 17.30 ESCALICI -  
Professore Aggregato Medicina Legale  
Università di Palermo-  
La tutela della privacy  
Lezione-Discussione

17.30-18.30 F.SCARLATA  
TAVOLA ROTONDA:  
La prevenzione delle parassitosi in  
Africa  
18.30 Test di valutazione dell' apprendimento

#### INFO:

ISCRIZIONE € 50.00-INFORMAZIONI:  
TEL. 091. 6554061- 320.8587222 / 328.3685937  
IL CORSO È STATO ACCREDITATO PER TUTTE LE PROFESSIONI

## Update in Neurologia

Sala conferenze SIAMEG - Via Merulana 272 - Roma

nei giorni 24 Maggio - 21 Giugno - 27 Settembre - 18 Ottobre e 22 Novembre 2012 dalle ore 19.30  
alle ore 22.30

Prot. ECM n. 813-34263 Crediti ECM n. 15,1

### Programma

#### 24 maggio 2012:

Prof. Francesco E. Pontieri

"Update sulla malattia di Parkinson"

Presentazione casi clinici/Discussione

#### 21 giugno 2012:

Prof. Franco Giubilei

"Update sulla malattia di Alzheimer"

Presentazione casi clinici/Discussione

#### 27 settembre 2012:

Prof. Giovanni Antonini

"Inquadramento diagnostico-strumentale del paziente con malattia neuromuscolare"

Presentazione casi clinici/Discussione

#### 18 ottobre 2012:

Prof. Francesco Orzi

"La patologia cerebrovascolare cronica"

Presentazione casi clinici/Discussione

#### 22 novembre 2012:

Prof. Marco Salvetti

"Update sulla sclerosi multipla"

Presentazione casi clinici/Discussione

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Giov. 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>

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

La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti

Quota di iscrizione: € 140,00 + 21% IVA

Per gli iscritti SIAMEG - SMI: € 70,00 + 21% IVA



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

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale  
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 813  
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. e fax 06 4881702 - E Mail [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it) - [www.siameg.it](http://www.siameg.it)

## Viaggi Internazionali e salute 2012

Ed.1: Sabato 9 giugno e Venerdì 22 Giugno 2012 - presso l'Aula ANFE-Via Stazione di San Lorenzo 54  
Palermo

Prot. ECM n. 813/35068

Crediti ECM n. 11,3

### Programma

#### Sabato 9 Giugno

08.00 - 10.00 C.MAMMINA -  
Professore Associato di Igiene -  
Università di Palermo  
Chemiofilassi e vaccini  
Lezione-Discussione-Casi clinici

10.00 - 10.15 Pausa Caffè

10.15 - 11.15 M.NOTO -  
Professore a Contratto di Terapia  
Pediatrica Università Palermo I rischi  
non infettivi  
Lezione-Discussione-Casi clinici

11.15 - 13.15 P.QUARTARARO -  
U.O. Malattie Infettive Policlinico di  
Palermo  
Cucina esotica: quali pericoli?  
Lezione-Discussione-Casi clinici

13.15 - 14.15 Pausa Pranzo

14.15-16.15 G.LORIA -  
Istituto Zooprofilattico Sperimentale  
della Sicilia - Palermo Uomo e animali  
ai tropici  
Lezione-Discussione

16.15-16.30 Pausa Caffè

16.30-17.30 F.FIORINO -

Professore Aggregato Ostetricia-  
Ginecologia-Univ.Palermo Sexualità e  
gravidanza ai tropici  
Lezione-Discussione-Casi clinici

17.30-18.30 F. SCARLATA  
TAVOLA ROTONDA:  
L'esperienza in ospedale per la cura  
della Tubercolosi in Africa

#### Venerdì 22 Giugno

14.00 - 16.00 F.SCARLATA-  
Professore Aggregato Malattie Infettive  
Università Palermo  
Infezioni batteriche e virali  
Lezione-Discussione-casi clinici

16.00 - 16.15 Pausa Caffè

16.15 - 18.15 S.GIORDANO -  
Infettivologo ARNAS Civico-Ascoli-Di  
Cristina Palermo  
Infezioni parassitarie  
Lezione-Discussione-Casi clinici

18.15 -20.15 L.CAMILLO -  
Direttore Ospedale Militare di Palermo  
-Infettivologo  
Problematiche sanitarie nelle missioni  
militari all'estero  
Lezione-Discussione

20.15 Test di valutazione dell' apprendimento

#### INFO:

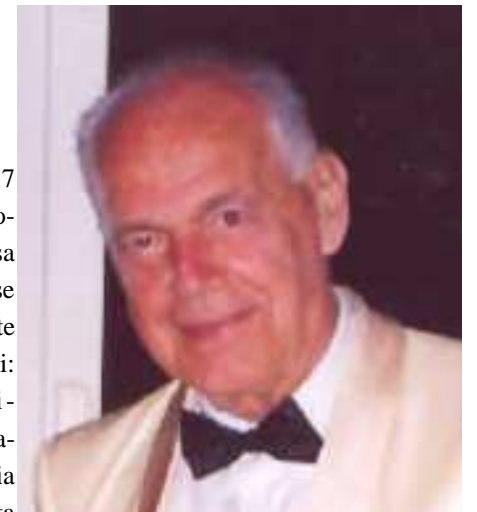
ISCRIZIONE € 50.00-INFORMAZIONI:

TEL. 091. 6554061- 320.8587222 / 328.3685937

IL CORSO È STATO ACCREDITATO PER TUTTE LE PROFESSIONI

# NOTIZIE DALLA RETE

di NAVIGATOR (A. Ciammaichella)



## ALCOOL O ALCOOLISMO ?

Molto spesso, nelle riviste e nei convegni medici, il problema dell'alcool etilico e delle droghe è superficialmente etichettato come "alcool e droghe". Grossolano errore! In tal modo l'uso della droga, sempre nocivo, viene messo sullo stesso piano con quello dell'alcool che - a differenza delle droghe - se consumato in moderata quantità, non solo non fa male, ma presenta anche aspetti positivi su vari apparati. Del resto, il primo miracolo di Gesù alle nozze di Cana - la trasformazione dell'acqua in vino - avrà pure un qualche significato.

Ciò vale soprattutto per il vino rosso che contiene il **RESVERATROLO**, un antiossidante che stimola un gene che impedisce l'apoptosi, cioè la morte precoce delle cellule. Si ricordi al riguardo il "paradosso francese" nella Francia del sud. In tale regione - nonostante ci sia un notevole consumo di grassi animali, aterogeni - si è rilevato all'opposto una bassa incidenza di infarto miocardico, ciò che è dovuto, appunto, all'ingestione di vino rosso.

## LIPOPROTEINA Lp(a)

Fattore di rischio indipendente per le malattie circolatorie, ha una distribuzione filogenetica limitata ai primati. I suoi valori sono geneticamente determinati: se alti, predispongono alle affezioni cardiovascolari; se bassi, sono connessi con i **GENI DELLA LONGEVITA'**. Multiformi i suoi effetti nocivi: legami col gene del plasminogeno e con la fibrina, azione aterotrombotica, potente stimolo alla proliferazione delle cellule muscolari lisce, formazione di cellule schiumose, disfunzione endoteliale, refrattarietà alla cura con statine. L'iperomocistemia aumenta la sua affinità per la fibrina. La Lp(a) favorisce la cardiopatia ischemica precoce, dato confermato anche da una ricerca svolta presso l'Ospedale San Giovanni: questo rischio è maggiore per la donna rispetto all'uomo. Il suo aumento predispone altresì all'ictus ed all'aterosclerosi periferica, comprese le macroangiopatie diabetiche nel diabete tipo 2; nel diabete tipo 1 invece essa aumenta solo se vi è una nefropatia o una retinopatia.

## VISUS IN DIABETICO E IN IPERTESO

**RETINOPATIA DIABETICA.** Comprende microaneurismi, petecchie, essudati. Nella degenerazione maculare umida e nella retinopatia l'Angiogenina, fattore di crescita dell'endotelio, favorisce la cecità: un suo anticorpo, il ramibizumab, è molto efficace se usato in loco. Nell'ischemia retinica viene stimolata a scopo compensatorio la sua formazione, che stimola la crescita di nuovi vasi e quindi la retinopatia diabetica proliferante.

La cura prolungata del diabete con metformina comporta mal assorbimento della vitamina B 12 e conseguente iperomocistemia, col rischio della retinopatia proliferante. In questi casi è molto utile un periodico controllo dell'omocisteina.

## RETINOPATIA IPERTENSIVA.

Frequente nell'ipertensione non ben controllata, è responsabile dei **TIA**, dell'ictus e dell'encefalopatia ipertensiva: opportuno un periodico esame del fundus oculi. Se poi con l'ipertensione concomita il diabete, il paziente deve essere seguito con attenzione poiché la coesistenza di queste due affezioni è una "associazione a delinquere": l'una esalta i danni cardiovascolari provocati dall'altra, e viceversa.

## DEFIBRILLATORE AI NON VEDENTI

L'Unione nazionale italiana Volontari pro-ciechi (**UNIVOC**) di Napoli, in collaborazione con i Club Lions e Leo Napoli Castel Sant'Elmo, ha promosso giornate di addestramento al primo soccorso con l'uso del defibrillatore semiautomatico.

E' la prima volta in Italia che il Corso di "primo soccorso" è stato aperto anche ai non vedenti e ipovedenti, che hanno così potuto conseguire l'attestato di abilitazione. Il tutto è stato possibile grazie ad una squadra di istruttori della **OIEC** (gruppo intervento emergenze cardiologiche), che hanno modificato il percorso di addestramento vali dato dalla "American Heart Association" nel 2010. In particolare sono stati utilizzati defibrillatori provvisti di **INDICAZIONI TATTILI BRAILLE**, integrate con i comandi audio già inseriti nei dispositivi.

## ETILISMO: ASPETTI PSICOLOGICI E NON SOLO

Un grande bevitore può o non può creare danni a se stesso o ad altri: importante è riconoscerlo ed avere la consapevolezza che egli "beve" con i conseguenti danni. Criteri per l'**ALCOL-DIPENDENZA**: 1) introduzione alcoolica giornaliera oltre 80 grammi; 2) tolleranza: concentrazione ematica di alcool superiore a 150 mg %; 3) crisi di astinenza; 4) continuare ad assumere alcool nonostante la comparsa di disturbi fisici, psicologici, sociali; 5) esami ematologici alterati. La donna è leggermente più predisposta al danno alcoolico rispetto all'uomo.

Quanto mai varia la psicodinamica dell'etilismo. Predisposizione genetica, rifiuto o iperprotezione infantile, ansia, senso di colpa, fallimento, negativismo, fattori socio-culturali. Molto numerosi i danni da alcool: mezzo milione di ricoveri ospedalieri in fase acuta in un anno, interventi psichiatrici ricorrenti, morte per incendi, omicidi, sinistri stradali spesso letali. Ed ancora: divorzi, abusi sui figli, alti costi delle imprese per i dipendenti alcoolisti.

## VARICI: EZIOPATOGENESI.

Incontinenza o diminuito numero delle valvole venose che negli arti inferiori consentono il deflusso del sangue verso l'alto, e non viceversa. **LASSITA' COSTITUZIONALE**

**NALE** della parete venosa, molto spesso su base genetica e quindi trasmissibile per via ereditaria, specie nella donna. Insufficienza delle vene perforanti (così dette perché perforano l'aponeurosi) che permettono di coinvolgere il flusso ematico dalle safene alle vene profonde, e non viceversa. Obesità. Stipsi che, nello sforzo della defecazione, causa aumento della pressione intraaddominale. Gravidanza e contraccettivi estro-progestinici.

Importanti anche i fattori professionali che comportano un prolungato ortostatismo, l'esposizione al calore, i traumi ripetuti sugli arti inferiori.

## DISPNEA DA SFORZO NELL'ANZIANO

Sarebbe errato ritenerla sempre patologica. Ciò perché va sempre tenuto presente che, con l'avanzare degli anni, si verifica in tutti gli organi una fisiologica diminuzione sia del peso, sia della funzione.

Si è calcolato che in un maschio di 75 anni, rispetto a uno di 30, avvengono i seguenti cali. Cervello: il peso residuo è del 56 %, il flusso ematico è l'80 %. Portata cardiaca ridotta al 70 %. Ventilazione polmonare diminuita al 53 %. **MASSIMA CAPACITA' DI SFORZO** ridotta al 40 %. Pertanto, ad esempio, se un soggetto a 30 anni può fare una camminata di 10 Km senza dispnea, non si deve preoccupare se a 75 anni compare l'affanno dopo 5 Km, dovuto ad una fisiologica senescenza del miocardio: se non vuole accusare dispnea, deve camminare per 5 Km e poi fermarsi.

## CERVELLO E ANOSSIA

Nello stilare la prognosi di un paziente colpito da ischemia cerebrale, va tenuto presente che la resistenza all'anoxia del sistema nervoso centrale non è uniforme, bensì varia nei vari distretti.

Nella **CORTECCIA CEREBRALE** essa è **MINIMA**, appena 3 - 4 minuti, oltre i quali subentra un danno irreversibile. Ciò si spiega col fatto che si tratta della struttura anatomica che ha la massima richiesta di ossigeno, costante nelle 24 ore, e che pertanto perdura anche nel sonno. Questa resistenza dell'encefalo all'anoxia aumenta gradualmente nelle strutture sottocorticali. E' massima nel midollo spinale che può sopportare senza danni una carenza di ossigeno fino a 30 - 35 minuti.

## SINISTRI STRADALI : IERI E OGGI

In una ricerca espletata nell'Ospedale San Giovanni, e pubblicata nel 1975 su "Difesa sociale", è stato evi-

denziato per gli incidenti stradali che 7 volte su 10 è in causa il "fattore uomo". E più precisamente sono in causa le affezioni cardiovascolari, comprese le sindromi cardiocerebrali, e il diabete mellito con le sue varie complicazioni: precoma iper- e ipoglicemico, microangiopatia cerebrale, retinopatia e cataratta diabetica, neuropatia degli arti inferiori. Si è anche notata una netta correlazione tra morti stradali e "morti bianche".

Da qualche anno la situazione è completamente ribaltata. Un'altra indagine del 2008 ha dimostrato che, per questa mortalità, sono al primo posto **ALCOOLISMO E DROGHE**, molto più delle "morti bianche". Una proposta in merito: nei posti di controllo con l'etilometro sarebbe molto opportuno dare al guidatore risultato positivo un elenco di esami chimici da eseguire, pertinenti soprattutto alla funzionalità epatica.

## ENCEFALITE DA ZECCA

Dovuta al virus **TBE** (tick-borne encephalitis), è trasmessa dalla zecca Ixodes Ricinus, che si trova in zone montuose, nelle foreste e nelle radure. In Italia colpisce soprattutto il nord est (Trentino -Alto Adige, Friuli, Veneto) ma anche l'Aspromonte ed i monti della Sicilia.

E' utile in merito la **SIERO-PROTEZIONE**, che può essere dovuta a pregressa infezione o alla vaccinazione. In Europa si sta sviluppando una maggiore attenzione per questo problema. Il vaccino è consigliabile per coloro che stanno partendo per zone endemiche: non ha controindicazioni maggiori rispetto a quelle del vaccino antinfluenzale.

## NOVITA' LAMPO

**VISITA DI LEVA ADDIO.** Tra le conseguenze negative dell'abolizione della visita medica "di leva" figura la mancata diagnosi precoce: 1) delle **VARICI** con il relativo consiglio ai giovani a non intraprendere professioni con prolungato ortostatismo; 2) di **CARDIOPATIE SILENTI** con possibile arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare: recente caso del calciatore del Livorno.

**DIABETE E OBESITA'.** Se un diabetico è obeso, deve dimagrire anzitutto muovendosi di più e mangiando meno. E' stato di recente accertato che il **GRASSO VISCERALE ADDOMINALE** è un organo indipendente che produce insulina in modo autonomo: si apre a questo punto un nuovo orizzonte di ricerca.

**VOLO SULLE ALPI CON LA TUTA ALARE.** Incredibile impresa del "base jumper" Remo Lang di Berna: ha attraversato le Alpi in caduta libera per 25 km con una tuta alare che gli ha permesso di sopportare una temperatura di **50 GRADI SOTTO ZERO** ad una velocità fino a 300 km orari.

## CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA.

L'ora consigliata è all'

inizio della giornata, prima di qualsiasi attività. Ottimale è l'uso dei moderni **APPARECCHI ELETTRONICI DIGITALI**: 3 misurazioni intervallate da 1 -2 minuti. Scartato il primo risultato, valgono i due successivi.

## LATTOFERRINA NEL PREMATURO.

Si tratta di una glicoproteina presente nel latte dei mammiferi, coinvolta con l'immunità congenita. La lattoferrina del latte vaccino può prevenire la **SEPSI TARDIVA** nel neonato prematuro con basso peso alla nascita (2012).

**CRIPTORCHIDISMO** E' una delle più frequenti anomalie dei genitali maschili, specie nei bambini con compromissione neurologica. Comporta un maggior rischio di tumore del testicolo e infertilità. L'**ORCHIDOPESSI CHIRURGICA** è raccomandata nel primo anno di vita.

## COCA COLA E RISCHIO CANCRO.

La Coca e la Pepsicola, le bibite con bollicine più famose nel mondo, saranno più chiare poiché avranno meno "4-Mei", di colore marroncino. Il tutto dopo che lo Stato della California ha inserito la Coca fra le sostanze **PO-TENZIALMENTE CANCEROGENE**.

## ORANGO E CAPACITA' COGNITIVA.

I responsabili dello Zoo di Toronto hanno trovato il modo di intrattenere l'orango annoiato: l'**i-PAD**. Questo strumento di **ALTA TECNOLOGIA** consente alle scimmie di giocare: i visitatori dello zoo possono così godersi anche questo spettacolo.

## ASPORTATE DUE TIROIDI

Una paziente di 45 anni è stata sottoposta ad asportazione di 2 tiroidi, entrambe malate, presso il Policlinico Umberto 1°. L'intervento li è reso necessario poiché la **TIROIDE ECTOPICA** intratoracica, a contatto del cuore e dei grossi vasi, si ingrandiva sempre di più: Prescritta poi cura ormonale sostitutiva.

## ANTIAGGREGANTI NELLA FIBRILLAZIONE?

Per prevenire le embolie nella fibrillazione atriale parossistica recenti studi confermano la **SCARSA EFFICACIA** di questi farmaci. Occorrono gli anticoagulanti.

Il Prof.  
**Alessandro Ciammaichella**  
che da oltre 5 anni collabora attivamente col nostro giornale - risponderebbe volentieri alle vostre richieste di chiarimenti circa le sue recensioni nelle due forme di:  
1) Qua e là da Internet;  
2) Novità lampo.  
Tutto ciò in quanto, per esigenze di spazio, concetti e notizie esposti potrebbero talora richiedere maggiori approfondimenti.  
Alessandro Ciammaichella

## PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE maggio 2012

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](http://www.medicoeleggi.com)

### Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 111 del 14.05.12)

ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE «IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - LINEE GUIDA PER I MANUALI DI ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER, ALBO NAZIONALE DEI PROVIDER, CREDITI FORMATIVI TRIENNIO 2011/2013, FEDERAZIONI, ORDINI, COLLEGI E ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI, SISTEMA DI VERIFICHE, CONTROLLI E MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ, LIBERI PROFESSIONISTI». (REP. ATTI. N. 101/CSR)

Il documento ha l'obiettivo di realizzare un sistema integrato nel quale soggetti con responsabilità e ruoli istituzionali diversi hanno il compito di concorrere alla realizzazione della funzione di governo della formazione continua.

Esso definisce:

- i criteri minimi che devono essere adottati da tutti gli enti accreditanti (nazionale e regionali/provinciali) per l'accreditamento dei provider;
- le procedure per la costituzione dell'Albo nazionale dei provider;
- i crediti formativi (per il triennio 2011/2013, sono fissati nel numero di 150);
- i compiti degli ordini, collegi, associazioni professionali e le rispettive federazioni;
- i sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità;
- l'ampliamento dell'offerta formativa in favore dei liberi professionisti.

Destinatari del documento sono gli enti accreditanti (nazionale e regionali/provinciali), le rappresentanze degli ordini, collegi, associazioni professionali e le rispettive federazioni, i provider e i professionisti sanitari.

(da pag.1)

Il nostro scopo è rendere partecipe della gestione dello studio e dei pazienti il tirocinante perché, comprendendole ed applicandole, acquisisca le peculiari espressioni della medicina di famiglia. Insomma un tutor per essere tale deve saper accogliere il tirocinante, coinvolgendolo nel lavoro quotidiano comunicando costantemente con lui. Fin dal primo giorno non pensare al collega come ad una sorte di "topolino apprendista stregone" di cui non fidarsi, aspettandosi chissà quali "danni". Il tutor che vorrei essere trova nel tirocinante un "alter ego" che necessita di aiuto e di pratica per prendere sicurezza in se stesso e, comprendendo il proprio ruolo, acquisti la padronanza della professione. Chi avesse l'intensione di cimentarsi non creda che tutto ciò sia banale o facile: è una sfida dura e piena di insidie, ma di grande fascino e soddisfazioni.

### Precisate alcune garanzie nei procedimenti disciplinari

Professionisti e sanzioni disciplinari, per la Cassazione vale il sistema di garanzie offerto dalla L. 241/1990.

Anche in ambito di procedimenti disciplinari si osservano tutte le garanzie e tutele applicabili al procedimento amministrativo. (Cassazione, sentenza n. 1776 dell'8/2/2012)

La Cassazione, in una recente sentenza, ha stabilito che la sanzione disciplinare notificata al professionista ma priva dell'indicazione del termine per proporre l'opposizione e dell'autorità competente per l'impugnativa, non è legittima in quanto in contrasto con la L. 241/1990, art. 3, cioè con la legge generale sul procedimento amministrativo.

Per questi motivi è stata dalla Corte ritenuta legittima l'impugnazione tar-

diva della sanzione priva dei predetti requisiti.

Infatti, in base all' art. 3 L. 241/1990, che stabilisce che in ogni atto notificato al destinatario devono essere indicati il termine e l'autorità cui è possibile ricorrere, viene ritenuto scusabile l' eventuale errore del destinatario della sanzione qualora abbia sbagliato nell' individuare l' Autorità a cui rivolgersi per l'impugnazione dello stesso provvedimento.

In questo caso verrebbe leso l'affidamento che il destinatario ripone nel corretto operare dell'amministrazione e la stessa possibilità di tutela giurisdizionale, garantita dall'articolo 24 della Costituzione.

### Importanti sviluppi per la Medicina dei Servizi nella ASL RM/F

Lo scorso 9 maggio si è svolta la riunione del Comitato Aziendale della ASL RM/F, a cui ha partecipato in rappresentanza dello S.M.I. Ermanno De Fazi.

Tra i vari temi in discussione ha assunto particolare rilevanza l'applicazione dell'art. 76 dell'ACN 2009 per l'aumento delle ore settimanali ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato nella Medicina dei Servizi, come richiesto dal nostro delegato in occasione della precedente riunione.

Con il pieno accordo del Direttore Sanitario e dei Direttori di Distretto, trattandosi di una operazione contrattuale ad "isorisorse", è stato approvato quanto segue:

1) censimento di tutte le ore disponibili per la Medicina dei Servizi ricoperte

con incarichi di sostituzione, suddivise per Distretto e tipologia di attività;

2) definizione dei criteri di assegnazione degli incarichi, con priorità per quelli a minor numero di ore/sett., con riunione tecnica intersindacale (il delegato FIMMG si è dichiarato non interes-

ato alla questione);

3) applicazione dell'art. 76 dell'ACN 2009 ai titolari a tempo indeterminato, con possibilità di prelazione delle ore indipendentemente dalla tipologia di attività;

4) l'obiettivo del precedente punto è quello di consentire al maggior numero di medici titolari di MdS il raggiungimento delle 24h/settimanali, riservando alla successiva disponibilità di ore l'aumento fino a 38h/sett.

Ermanno De Fazi



AZIENDA USL RM F

## Assistenza legale in materia PENALE

Un nuovo importante servizio SMI-Lazio per gli iscritti

Considerando la frequenza con cui in questi ultimi periodi vengono segnalate denunce, avvisi di garanzia, segnalazioni giudiziarie contro i medici, ed un progressivo inasprimento generale dei rapporti medico-paziente fomentato anche da sedicenti associazioni in difesa del cittadino, lo SMI -Lazio ha ritenuto utile stipulare un accordo con un avvocato PENALISTA del Foro di Roma, per tutti i casi che, appunto, presentino risvolti penali.

L' avvocato Guerra e' gia' da tempo conosciuto nel nostro ambiente ed ha in piu' casi gia' prestato la sua assistenza a colleghi in difficoltà.

Sperando di non doversi mai servire della sua opera, riportiamo il testo della convenzione stipulata.

Avv. Stefano Guerra  
Circ. Clodia 36 - 00195 - Roma  
Tel 06.39750730 - 348.5464994  
avvstefanoguerra@hotmail.com

ACCORDO-CONVENZIONE CON SMI - SINDACATO MEDICI ITALIANI SEZ. LAZIO, IN MATERIA DI ASSISTENZA IN AMBITO PENALE

L'avvocato Stefano Guerra, iscritto all'albo tenuto presso il Foro di Roma (tess. n. A31955), con Studio in Circonvallazione Clodia n. 36, è disponibile ad assumere la difesa degli iscritti all'organizzazione sindacale Sindacato Medici Italiani - Lazio (SMI-Lazio) i quali, in relazione a fatti avvenuti nell'espletamento della propria attività professionale, ovvero comunque ad essa riconducibili, vengano coinvolti, a qualunque titolo (indagati / imputati /

persone offese), in procedimenti penali in relazione a fatti avvenuti nell'ambito dell'attività professionale o comunque ad essa riconducibili.



A tal fine propone le seguenti condizioni:

Per ogni evento, n. 2 consulenze personali gratuite, presso il proprio studio o mediante modalità di comunicazione a distanza;

**Medici iscritti all'organizzazione sindacale titolari di polizza assicurativa ad hoc:**

- al conferimento della nomina verrà redatto il formale "atto di conferimento di incarico professionale" tra il cliente e l'avvocato.

Al cliente verrà richiesto solo il numero di polizza, in quanto sarà cura del legale interessare la competente compagnia assicuratrice per la corresponsione di eventuali anticipi a copertura delle prime spese;

- l'onorario complessivo per le prestazioni professionali fornite verrà corrisposto solo alla conclusione del procedimento o del processo penale di primo grado significando che, qualora l'iscritto venga prosciolto, l'avvocato attenderà che la compagnia assicuratrice liquidi la propria parcella senza che sia integrata e/o anticipata alcuna som-

ma dall'iscritto al sindacato; - diversamente, nell'ipotesi di riconosciuta responsabilità dell'iscritto, caso in cui la compagnia assicuratrice potrebbe non rifondere alcuna spesa legale, l'interessato sarà tenuto al pagamento di un importo forfettario il cui ammontare, variabile in relazione al caso concreto, sarà comunque quello preventivamente pattuito al conferimento dell'incarico;

**Medici iscritti all'organizzazione sindacale che non siano titolari di polizza assicurativa:**

a. consegna da parte dell'avvocato di "atto di conferimento dell'incarico professionale" redatto ad hoc con indicazione dell'importo forfettario applicabile nel caso l'evento si chiuda in sede extraprocessuale e di quello dovuto in caso si vada in giudizio, che quindi resterà valido per tutta la durata del processo di primo grado e corresponsione di un importo minimo a copertura delle prime spese;

b. al termine dell'attività procedimentale, rateizzazione per il saldo dell'importo rimanente e pagamento della prima tranche entro il mese successivo a quello di pubblicazione della sentenza;

La presente convenzione sarà valida per tutti i fatti che avessero a verificarsi dal 1/7/2012 e fino allo scioglimento del presente accordo, effettuabile da ciascuna delle due parti con comunicazione scritta.

Qualora gli iscritti intendano presentare querele, denunce, ovvero costituirsi parti civili nel procedimento penale, non saranno tenuti ad anticipi di spesa;

### Precisate alcune garanzie nei procedimenti disciplinari

Professionisti e sanzioni disciplinari, per la Cassazione vale il sistema di garanzie offerto dalla L. 241/1990. Anche in ambito di procedimenti disciplinari si osservano tutte le garanzie e tutele applicabili al procedimento amministrativo. (Cassazione, sentenza n. 1776 dell'8/2/2012)

La Cassazione, in una recente sentenza, ha stabilito che la sanzione disciplinare notificata al professionista ma priva dell'indicazione del termine per proporre l'opposizione e dell'autorità competente per l'impugnativa, non è legittima in quanto in contrasto con la L. 241/1990, art. 3, cioè con la legge generale sul procedimento amministrativo.

Per questi motivi è stata dalla Corte

ritenuta legittima l'impugnazione tardiva della sanzione priva dei predetti requisiti.

Infatti, in base all' art. 3 L. 241/1990, che stabilisce che in ogni atto notificato al destinatario devono essere indicati il termine e l'autorità cui è possibile ricorrere, viene ritenuto scusabile l' eventuale errore del destinatario della sanzione qualora abbia sbagliato nell' individuare l' Autorità a cui rivolgersi per l'impugnazione dello stesso provvedimento.

In questo caso verrebbe leso l'affidamento che il destinatario ripone nel corretto operare dell'amministrazione e la stessa possibilità di tutela giurisdizionale, garantita dall'articolo 24 della Costituzione.

### Nuova Nota AIFA 92: benzatilpenicillina

L' Aifa ha reso nuovamente disponibile per la prescrizione gratuita la Benzatilpenicillina, riservandola a coloro che non dispongono di valida alternativa terapeutica (a nuova Nota, la 92 (Nota AIFA 92, Gazzetta Ufficiale n. 128 del 4 giugno 2012). La Nota regola la prescrizione e la dispensazione della benzatilpenicillina da parte dei centri specializzati Universitari e dalle aziende sanitarie, secondo modalità adottate dalle Regioni.

La Benzatilpenicillina è stata perciò riclassificata in fascia A PHT (Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio) consentendone la dispensazione gratuita per la profilassi della febbre reumatica e per il trattamento della sifilide in tutti i suoi stadi.

Con il passaggio al regime PHT il paziente potrà ritirare gratuitamente il farmaco in distribuzione diretta, ricorrendo, in caso di necessità alla struttura ospedaliera specialistica.