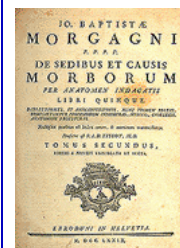




Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena



Consiglio Direttivo:

Presidente:
dott. Aulizio Giancarlo

Vice Presidente:
dott. Gaudio Michele

Segretario:
dott. Ragazzini
Alessandro

Tesoriere:
dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Consiglieri:
dott. Balistreri Fabio
dott. Cancellieri Claudio
dott. Dell'Amore Davide
dott. Di Lauro Maurizio
dott. Galassi Andrea
dott.ssa Gunelli Roberta
dott. Lucchi Leonardo
dott. Maiolo Pasquale
dott. Paganelli Paolo
dott. Ragazzini Marco
dott.ssa Rossi Maria
Antonietta
dott. Sbrana Massimo
dott. Simoni Claudio

Commissione Albo Odontoiatri:

Presidente:
dott. Di Lauro Maurizio

Segretario:
dott. Paganelli Paolo

Consiglieri:
dott. Alberti Andrea
dott. D'Arcangelo Vito

Notiziario OMCeO Forlì-Cesena n. I

Orari Segreteria Ordine

mattino: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00

pomeriggio: martedì - giovedì ore 15.30 - 18.30

sabato chiuso

Contatti

tel. 054327157 fax. 054324940

sito internet: www.ordinemedicifc.it

e mail : info@ordinemedicifc.it ordinefoce@legalmail.it

Convegni e Congressi Corsi ECM

Ordine dei Medici Forlì-Cesena **Piano Catastrofe dell'Azienda USL di Forlì: dalla teoria alla pratica.**

**Martedì 19 gennaio 2010
ore 20.00 - 23.30**

Sala G. Bezzi, Ordine dei Medici
Viale Bolognesi n. 19 Forlì

Ore 20.00 - 20.30: **Registrazione partecipanti** (ritiro registro ore 21.00)

Ore 20.30 - 21.00: **La gestione dell'emergenza: aspetti noti e meno noti**
Dott. Alberto Vandelli - *Responsabile Dip. Emergenze AUSL Forlì*

Ore 21.00 - 21.30: **La legislazione in tema di prevenzione e gestione
dell'emergenza**

Dott.ssa Magda Zignani - *Dirigente Responsabile del Servizio di
Prevenzione e Protezione Aziendale AUSL Forlì*

Ore 21.30 - 22.00: **I piani di emergenza, i piani catastrofe**

Dott. Alberto Vandelli - *Responsabile Dip. Emergenze AUSL Forlì*

**Collegio
dei Revisori dei Conti:**

Presidente:
dott. Tolomei
Pierdomenico

Revisori:
dott. Castellini Angelo
dott.ssa Orlandi Vania

Revisore supplente:
dott. Milandri Massimo

**Commissione
Comunicazione ed
Informazione**

Coordinatore:
Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Cancellieri Claudio
Dott. Dell'Amore Davide
Dott. Milandri Massimo
Dott. Ragazzini
Alessandro
Dott. Simoni Claudio
Dott. Gaudenzi
Francesco

**Commissione per
l'Aggiornamento
Professionale**

Coordinatore:
Dott. Cancellieri Claudio

Dott.ssa Frattini
Fiammetta
Dott. Galassi Andrea
Dott. Milandri Massimo
Dott.ssa Orlandi Vania
Dott. Paganelli Paolo

**Commissione per la
Pubblicità Sanitaria**

Coordinatore:
Dott. Di Lauro Maurizio

Dott. D'Arcangelo Vito
Dott. Milandri Massimo
Dott. Smeraldi Renato

Ore 22.00 – 22.30: **Simulazione e gestione di un incendio in struttura sanitaria**

Dott.ssa Magda Zignani - *Dirigente Responsabile del Servizio di
Prevenzione e Protezione Aziendale AUSL Forlì*
Dott. Alberto Vandelli - *Responsabile Dip. Emergenze AUSL Forlì*

Ore 22.30 – 23.30: **Discussione Test di valutazione e chiusura lavori**

Sono stati richiesti i crediti ECM

Ordine dei Medici Forlì-Cesena
**Mondo del lavoro e patologie muscolo scheletriche
degenerative delle donne**

Martedì 9 febbraio 2010
ore 20.00 – 23.30
Sala G. Bezzi, Ordine dei Medici
Viale Bolognesi n. 19 Forlì

Ore 20.00 – 20.30: **Registrazione partecipanti (ritiro registro ore 21.00)**

Ore 20.30 – 20.45: **Presentazione**

Dott. Giancarlo Aulizio, *Presidente OMCeO Forlì-Cesena*
Dott. Giancarlo Verità, *Sovrintendente Medico Regionale Inail – Emilia Romagna*

Ore 20.45 – 21.00: **INAIL e patologia da lavoro**

Dott.ssa Carla Castellucci, *Direttore Sede Inail Forlì*

Ore 21.00 – 21.20: **Patologie degenerative da over use della spalla e del gomito**

Dott. Carlo Andrea Veronesi, *Specialista in Ortopedia e Traumatologia*

Ore 21.20 – 21.40: **Patologie degenerative da over use del polso e della mano**

Dott. Marco Esposito, *Specialista in Ortopedia e Traumatologia*

Ore 21.40 – 22.00: **Reumatologia dell'arto superiore di genere**

Dott. Francesco Girelli, *Specialista in Reumatologia*

Ore 22.00 – 22.30: **Malattie professionali delle donne**

Dott.ssa Angela Fantini *Specialista in Medicina del Lavoro*

Ore 22.30 – 23.30: **Discussione Test di valutazione e chiusura lavori**

Ordine dei Medici Forlì-Cesena
Approccio clinico al paziente atopico: allergia respiratoria
Martedì 23 febbraio 2010

ore 20.00 – 23.30
Sala G. Bezzi, Ordine dei Medici
Viale Bolognesi n. 19 Forlì

**Commissione
Regolamento Ordine**

Coordinatore:
Dott. Gaudio Michele

Dott. Di Lauro Maurizio

Dott. Ragazzini
Alessandro

Avv. Farolfi Francesco

Patrocini Ordine

Sia Sezione Marche - Emilia Romagna - RSM
Congresso SIA Sezione Marche – Emilia Romagna - RSM
Forlì 30 gennaio 2010 ore 8.15 – 17.00
Sala Zambelli, Camera di Commercio
Info: 0543/720901

Si rammenta ai colleghi che a fine gennaio scade il termine per la presentazione all'Ordine del materiale per il bollettino del centenario.

Chi volesse pubblicare un articolo è pregato di inviare la documentazione al più presto.

Aggiornamento Professionale

Comunicazione importante a tutti i colleghi Odontoiatri

Gentilissimi Colleghi Odontoiatri, in questi giorni state ricevendo il Bollettino del nostro Ordine. Nel Bollettino è stato pubblicato un articolo, firmato da cinque medici dell'Unità Operativa di Chirurgia Toracica dell'Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni di Forlì, riguardante un caso di "Pneumomediastino iatrogeno dopo trattamento endodontico: una rara ma importante complicanza dell'attività odontoiatrica". A tale proposito desideriamo sappiate che:

-né il Presidente CAO (e la Commissione Odontoiatrica) nè il Presidente ANDI (ed il Consiglio ANDI) erano a conoscenza dell'articolo prima che ne venisse decisa la pubblicazione;

-avutane notizia e presane visione abbiamo chiesto che venisse fermata la pubblicazione, ma abbiamo avuto risposta che non era possibile in quanto già in stampa;

- La Commissione Odontoiatrica, di cui il Presidente Andi è Segretario, ha richiesto al Presidente dell'Ordine chiarimenti sull'iter della pubblicazione dell'articolo;

- il Presidente dell' Ordine, informato dell' accaduto, ha inserito l'argomento all' OdG del Consiglio per un primo confronto nella sede competente;

-il nostro disaccordo trae origine dal fatto che nell'elaborato sono evidenti sia inesattezze anatomiche che relative alle tecniche odontoiatriche, tali da nuocere all'autorevolezza della pubblicazione;

-nelle conclusioni vengono espresse raccomandazioni operative alla categoria odontoiatrica da parte di Colleghi, nessuno dei quali esercente la nostra Professione; infatti nessun Odontoiatra figura tra gli Autori.

Tutto ciò rende il suddetto articolo, pur riportante un fatto reale, inaccettabile per come è presentato e per le conclusioni. A questo proposito, preannunciamo la pubblicazione sul prossimo numero del Bollettino dell' Ordine e presto sul portale Ordiniistico di un lavoro che confuta la impostazione e le conclusioni del suddetto articolo a firma di un eminente esponente della nostra professione.

Un affettuoso abbraccio e un fervido augurio di un 2010 migliore del 2009

Presidente CAO
Dott. Maurizio Di Lauro

Presidente ANDI
Dott. Paolo Paganelli

Si parli di malpractice ma con dati certi

La scorsa settimana, il senatore Ignazio Marino, Presidente della Commissione Parlamentare di Inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale, aveva chiesto la istituzione di una "struttura pubblica per la verifica della qualità delle cure prestate". In un comunicato stampa, la Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente (AMAMI) ha così commentato la proposta: "Prima di parlare di un Garante per la Salute, si istituisca l'Osservatorio per il Contenzioso e l'Errore medico, che l'AMAMI richiede dal 2002, ma per il quale dalla classe politica ha ricevuto solo promesse" ha dichiarato Maurizio Maggiorotti, presidente dell' AMAMI. "E' necessario parlare di dati certi, altrimenti si rischia di essere ingannati da chi fa della malasana un business. E' facile mettere all'indice mediatico i medici, ma l' ottanta per cento dei procedimenti giudiziari intentati contro i colleghi vengono archiviati". Il Presidente Maggiorotti aggiunge: "La proposta dell'Osservatorio fu presentata al Ministro della Salute del precedente governo e proprio Anna Finocchiaro, tra i primi firmatari del disegno di legge che prevede l'istituzione del Garante, promise di accogliere le istanze di AMAMI (il 18 maggio 2007), senza però far seguire fatti alle parole. Perché l' Osservatorio non è stato fatto, chi ci guadagna?" L' Osservatorio che l'AMAMI (<http://www.associazioneamami.it/>) chiede da anni dovrebbe raccogliere le segnalazioni su contenzioso civile, penale e segnalazione di sospetto errore medico funzionando da collettore dei dati e realizzando poi una operazione di filtro e correzione per ogni evento. Esso prevederebbe la partecipazione di rappresentanti del ministero, delle associazioni di tutela dei cittadini, della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, dei sindacati medici, di associazioni mediche e società scientifiche, del mondo delle assicurazioni

Italia presto senza medici ?

Un articolo pubblicato in Dicembre sul sito nazionale dei chirurghi ospedalieri italiani www.acoi.it aggiunge qualche preoccupazione sul numero dei medici nel nostro paese. In Italia sembra davvero difficile programmare la formazione di un numero adeguato di professionisti. Dopo che nei decenni scorsi la "plethora medica" aveva portato a creare il numero chiuso nelle università e a restringere moltissimo l'accesso alle scuole di specialità, oggi sembra che abbiamo un problema opposto: nei prossimi anni mancheranno medici di famiglia e specialisti, a cui si potrà sopperire solo con l'arrivo di personale straniero, come già accade nella maggior parte degli ospedali per gli infermieri e come hanno dovuto fare per esempio in USA e Gran Bretagna. Il tutto mentre si impedisce di intraprendere questa strada a molti nostri giovani che si sentono chiamati a svolgere questa professione. E molte Società Scientifiche stanno dando l'allarme: l'ultimo in ordine di tempo viene dal 19° Congresso Nazionale di Video Chirurgia dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, dove Elda Baggio dell'Università di Verona ha sottolineato che ai pensionamenti previsti nel 2015 non subentrerà un numero sufficiente di giovani chirurghi. Cosa aspettano il MUIR e le istituzioni ad allargare da subito l' accesso alle nostre facoltà ?

Divieto di anticipare farmaci senza ricetta

Dalle norme che impongono alle farmacie di erogare i farmaci in convenzione dietro presentazione di ricetta medica, si desume il divieto di anticiparli, dal momento che le infrazioni riguardano appunto l'anticipazione di medicinali per i quali è richiesta la relativa prescrizione e sussiste anche a prescindere dal fatto che per le confezioni non sia stata fatta richiesta di rimborso. Di conseguenza, non vale sostenere che nella scelta della sanzione non si sarebbe tenuto conto del principio per cui l'atto professionale svolto dal farmacista e la prestazione effettuata hanno prevalenza sull'eccezione disattesa di adempimenti previsti in convenzione, in quanto, nel caso, si accertava la mancanza dell'eccezionalità, trattandosi di infrazioni "rilevanti e reiterate". (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

Aspirina in prevenzione nel diabete mellito: si o no?

Il Diabete Mellito (DM) è una patologia che conferisce ai pazienti un rischio cardiovascolare pari a quello indotto da un pregresso infarto miocardico acuto (IMA). Partendo da questo assunto è ormai pratica abituale prescrivere l'aspirina a tutti i diabetici, anche a quelli che non hanno mai avuto in precedenza un IMA o un ictus; prescrizione finalita di prevenzione primaria di patologie ischemiche acute.

Questa abitudine è anche fortemente raccomandata dalle linee guida delle più prestigiose società scientifiche diabetologiche, come l'American Diabetes Association, e cardiologiche, come l'America Heart Association (*Diabetes Care* 2007; 30:162-172). Tuttavia se si analizzano a fondo le linee guida, come ha fatto un gruppo di ricercatori italiani del gruppo del professor Tognoni dell'Istituto Mario Negri Sud (*Nicolucci A, et al. Eur Heart J* 2007;28:1925-1927), si potrà osservare come gli estensori abbiano dato molto credito ad alcuni trial come l'ETDRS (*JAMA* 1992;268:1292-1300) o l'US Physicians' Health Study (*N Engl J Med* 1989;321:129-135) che evidenziavano qualche effetto protettivo (statisticamente non significativo) dell'aspirina in prevenzione primaria nei diabetici,

piuttosto che ad altri come il PPP (*N Engl J Med* 1989;321:129-135) che tale effetto non confermavano. Nel corso del 2008 sono stati pubblicati due studi specificamente disegnati per verificare se l'aspirina fosse utile in prevenzione primaria nel DM. Il primo è lo studio POPADAD (*Belch, J. et al. BMJ* 2008; 337: a1840), randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo che ha arruolato 1.276 pazienti con DM ed arteriopatia ostruttiva periferica asintomatica, seguiti per circa otto anni, durante i quali l'incidenza di eventi cardiovascolari e di mortalità non è stata per nulla influenzata dall'aspirina. Il secondo è The Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial, disegnato e condotto con il metodo PROBE (Prospective Randomised Open Blinded Endpoint) che ha arruolato 2.539 diabetici senza storia di patologia aterosclerotica, seguiti per una media di 4.37 anni (*Ogawa, H. et al. JAMA* 2008;300:2134-2141). Anche in questo caso l'aspirina non ha comportato un significativo beneficio sulla prevenzione primaria di eventi coronarici o ictus fatali o non fatali e di arteriopatie periferiche. Lo studio di Nicolucci è stato ripubblicato dal *British Medical Journal* del 6 Novembre 2009 (*Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials*) assieme ad un altro (*Evaluating the causal relevance of diverse risk markers: horizontal systematic review*) ed ancora è emerso che che l'aspirina NON ha dimostrato di abbassare il rischio CV né per quanto riguarda gli infarti né gli stroke e neppure la mortalità da causa CV nei diabetici non cardiopatici. L'unico ma modesto vantaggio si è ottenuto verso la prevenzione dell'infarto nei soggetti maschi (ma non nelle femmine).

Certo si rimane un po' disorientati, ma nell'attesa che future revisioni delle linee guida ci risolvano i dubbi, l'atteggiamento più saggio può essere quello di assumere decisioni prescrittive basate sulla valutazione del rischio cardiovascolare complessivo (non solo sul diabete) e sul rischio emorragico del singolo paziente, e di puntare sull'abbassamento dei fattori di rischio personali (peso corporeo, fumo di sigaretta, ecc.)

Uso (ed abuso) dei PPI e sicurezza nel lungo periodo

Un altro pilastro della terapia cronica a lungo termine con aspirine e FANS è la protezione gastrica con Inibitori di pompa protonica (PPI). Ebbene, anche qui sembra che le cose debbano cambiare un po'. Nel numero di ottobre dell'*American Journal of Medicine* è stata pubblicata una interessante review (*Ali, T, et al. Am J Med* 2009; 122, 896-903) sulla sicurezza dell'uso prolungato dei PPI, farmaci tra i più usati al mondo, che producono una spesa annuale superiore ai 24 miliardi di dollari, ma anche ad alto potenziale di uso inappropriato (fino al 50%-60% dei casi) e non sempre così innocui come comunemente ritenuto.

Nell'articolo vengono criticamente valutate le pubblicazioni relative agli eventi avversi che sono stati segnalati in corso di utilizzo cronico di PPI. Deficit di vitamina B12 e di ferro: segnalati da diversi autori, ma sempre in studi di piccole dimensioni non sufficienti a permettere di trarre conclusioni definitive, anche se i presupposti fisiopatologici sono coerenti; tuttavia non viene consigliato di ricercare sistematicamente questi deficit in tutti gli utilizzatori di PPI. Stessi limiti relativi alle segnalazioni di deficit di calcio con conseguente osteoporosi ed aumento del rischio di fratture: negli osteoporotici non è necessario sospendere la terapia con PPI, se i pazienti ne hanno bisogno. Più consistenti i dati relativi all'aumentato rischio di infezioni dell'apparato respiratorio, già segnalata anche per gli H2 antagonisti e legata alle ridotte difese collegate alla minore acidità gastrica, soprattutto nelle persone allettate. Uno studio caso controllo su oltre 300.000 pazienti aveva evidenziato come l'incidenza di polmonite fra gli utilizzatori di farmaci soppressori della secrezione gastrica fosse di gran lunga superiore (2.45 per 100 persone per anno) rispetto ai non utilizzatori di tali farmaci (0.6/100persone/anno) (*Laheij RJ, et al. JAMA.* 2004;292:1955-1960). Segnalazioni emergenti e consistenti anche per l'infezione da *Clostridium Difficile* (CD) più frequenti fra i pazienti ricoverati, verso i quali spesso si fa un uso eccessivo di PPI. In questi pazienti il rischio di contrarre una infezione da CD è raddoppiato (OR 1.96; 95% CI, 1.28-3.00) (*Leonard J, et al. Am J Gastroenterol.* 2007;102:2047-2056). Inoltre viene segnalata una possibile maggiore suscettibilità ai tumori dello stomaco e del colon, peraltro non sufficientemente suffragata da forti dati.

In conclusione, se è vero che per tutte le patologie attribuite ad evento avverso rispetto ai PPI non è stata riscontrata una sicura correlazione in quanto mancano studi disegnati a tale scopo, è altrettanto vero che compito del medico sarebbe non tanto prescrivere i PPI acriticamente, in automatico, bensì iniziare l'uso di tali farmaci quando esiste una chiara ed appropriata indicazione e poi comunque rivalutare la necessità di proseguire il trattamento in tutti i pazienti che utilizzano cronicamente questi farmaci

Consapevolezza del peso per perdere chili

Si chiama "Health-At-Every-Size" (HAES) ed è un sistema innovativo di approccio al controllo del peso corporeo e più in generale allo stato di salute. I suoi bersagli sono la disinibizione nei confronti del cibo e sul senso della fame. In uno studio pubblicato sul "Journal of the American Dietetic Association", dei ricercatori canadesi hanno potuto confermare l'efficacia di questo metodo che non si basa sull'adozione di regimi alimentari restrittivi (come le convenzionali strategie finalizzate esclusivamente alla perdita di peso), ma su tre aspetti completamente innovativi: a) la consapevolezza della diversità di corporatura fisica tra gli individui; b) la percezione e il rispetto delle sensazioni profonde di appetito e sazietà; c) il piacere di compiere attività fisica per diventare più vitali.

L'indagine ha riguardato 144 donne in sovrappeso o obese e in premenopausa sottoposte al metodo HAES, a programmi di supporto psico-sociale, oppure a nessun tipo di intervento (controllo). Al termine del trattamento, dopo 6 mesi e a distanza di un anno per i tre gruppi sono stati valutati: comportamento alimentare, senso dell'appetito, attività fisica, profilo metabolico e antropometrico. In breve, l'indice di assunzione di cibo, in risposta alla sensazione di fame, è risultato significativamente più basso nei due gruppi sottoposti all'approccio Haes e a programmi assistenziali rispetto a quello controllo ($4,2\pm 0,5$ vs $5,9\pm 0,5$)

(*Journal of the American Dietetic Association 2009, 109, 11, 1854-1861*)

La dialisi è dannosa nell'anziano fragile

La terapia emodialitica su una insufficienza renale cronica terminale viene proposta oggi anche a prescindere dall'età avanzata di un paziente. In realtà, però, non vi erano dati sul reale impatto di questo trattamento nei confronti della qualità di vita dei pazienti. In un recente articolo pubblicato sul New England Journal of Medicine, Kurella Tamura M e collaboratori (Div.Nefrologia della Stanford University School of Medicine di Palo Alto) hanno esaminato in via retrospettiva i dati relativi a 3.702 pazienti anziani, ospitati in residenze sanitarie degli Stati Uniti, che tra giugno 1998 e ottobre 2000 erano stati immessi in un programma di emodialisi periodica per insufficienza renale terminale. Lo stato funzionale dei pazienti fu esaminato utilizzando il classico score MDS-ADL (Minimum Data Set-Activities of Daily Living, con una scala da 0 a 28 punti - gli alti score sono indicativi di avanzato deficit funzionale).

I risultati meritano di una riflessione: lo score MDS-ADL aumentò da un valore di 12 nei 3 mesi prima dell'inizio della dialisi, e a 16 durante i 3 mesi successivi all'inizio del trattamento emodialitico; dopo 12 mesi dall'inizio della dialisi, però, il 58% dei pazienti era deceduto e lo stato funzionale pre-dialitico era mantenuto solo nel 13%. Gli Autori concludono che tra gli anziani ospiti di residenze sanitarie l'inizio di un trattamento emodialitico si associa inesorabilmente ad un sostanziale declino nello stato funzionale. Nell'editoriale che accompagna l'articolo (a firma di Arnold RM e Zeidel ML) viene riproposto fortemente il ruolo delle cure palliative in questi pazienti come alternativa non negativa alla emodialisi (*N Engl J Med. 2009 Oct 15;361(16):1597-8*)

La "diabolica" Curva J

La Curva J non è una curva difficile in un autodromo, ma un concetto clinico introdotto circa vent'anni fa da Cruickshank e collaboratori. Essi notarono che l'abbassamento della pressione arteriosa riduceva la mortalità cardiovascolare, ma anche che dopo il raggiungimento di un nadir di mortalità cardiovascolare, la mortalità aumentava nuovamente con il ridursi della pressione diastolica. Gli autori ritennero che la spiegazione del fenomeno fosse la compromissione della perfusione coronarica, che in effetti avviene esclusivamente durante la diastole, per cui l'abbassamento della diastolica sarebbe particolarmente dannoso per il flusso coronarico. A dispetto di alcune osservazioni in accordo con questa ipotesi, questa "Curva J" rimane ancora controversa. Il punto cruciale è se esista un punto di pericolo per dei valori comunemente raggiunti durante un trattamento anti-ipertensivo, almeno in certe patologie. Da anni si pensa che abbassare la PAD < 75 mmHg può esporre al rischio di una Curva J soprattutto nei pazienti con malattia coronarica e negli anziani.

Un recente lavoro di Franz H. Messerli, pubblicato su JACC, percorre criticamente i meccanismi, la storia e i vari studi che si sono occupati della Curva J. Le conclusioni sembrano portare verso una vera e propria individualità nosologica, da non trascurare.

L'articolo dà anche molto spazio alla crescente importanza che nella patogenesi della Curva J viene assegnata alla pulse pressure (PP), per cui sarebbe importante non tanto il valore della pressione diastolica, quanto il valore della pressione differenziale. Si ritiene che il "J point" potrebbe essere ragionevolmente collocato tra gli 80 e i 70 mmHg: infatti nei pazienti a rischio (anziani, coronaropatici, con elevata PP), abbassare ulteriormente la pressione, a livelli pur utili per prevenire lo stroke e l'insufficienza renale, può precipitare un'ischemia miocardica. L'argomento è scottante, anche se, non ci si deve esimere dall'essere aggressivi nel controllare la pressione, tenendo presente che nella pratica clinica è a target solo in circa un terzo dei casi (*Franz H. Messerli, J Am Coll Cardiol 2009;54:1827-34*)

Diritto Sanitario

Corte dei Conti

Dirigenza medica e prescrizione su ricettario regionale

La Corte dei Conti veniva chiamata a giudicare una ipotesi di danno erariale presuntivamente arrecato da un dirigente medico di una Azienda Ospedaliera il quale - secondo la tesi della accusa - aveva prescritto farmaci a carico del SSN a pazienti in regime di ricovero ordinario e di day hospital, nonché a favore di pazienti assistiti mediante prestazioni intra moenia. Le disposizioni che si asserivano violate, mirano prevalentemente a consentire che - al sovvenire di determinate situazioni, (ricovero, anche in day hospital, periodo immediatamente successivo alle dimissioni dal ricovero) - l'assistito riceva i farmaci necessari alla terapia direttamente dalla struttura sanitaria e non attraverso il percorso prescrizione farmacologica - acquisizione in farmacia a carico del SSN - rimborso, da parte di quest'ultimo, alla farmacia dispensatrice. Il minor onere finanziario per il SSN risiede nel consistente minor costo al quale le strutture del SSN, anche convenzionate, acquisiscono i farmaci, rispetto al costo del rimborso alla farmacia dispensatrice, di entità a volte molto più onerosa. La Corte dei Conti, all'esito del giudizio, valutando anche la non sussistenza della prova che il paziente, per il soddisfacimento delle sue necessità curative, avesse la certa facoltà di acquisire i farmaci direttamente dall'Azienda sanitaria (a minor costo per il SSN), ha pronunciato sentenza di proscioglimento.

Corte di Conti

Risarcimento da mancata visita domiciliare

Assolto il medico dalla contestazione di danno da disservizio e danno alla immagine della ASL per il ritenuto illegittimo rifiuto di una visita domiciliare in favore di un paziente minore affetto da stati febbrili. La Corte dei Conti - Sezione Giurisdizionale Centrale - ha confermato il giudizio assolutorio reso in primo grado ove si sottolineava: che fin dalla prima chiamata telefonica ricevuta, il medico ha potuto avere chiaro che il bambino fosse stato già visitato il giorno precedente dal pediatra che ordinariamente lo seguiva, deponendo in tal senso l'annotazione sul registro delle chiamate, cosicché sussisteva già un elemento di rassicurazione circa l'effettiva non gravità della patologia sofferta; - che il disappunto manifestato dalla madre del paziente emergeva non all'atto del diniego di intervento domiciliare, bensì a fronte dell'indicazione di assunzione di un farmaco inalatorio del quale era sprovvista in casa e che riteneva fosse la stessa guardia medica a doverle recapitare, con evidente fraintendimento circa le prestazioni che detto servizio deve fornire agli assistiti; - che in nessuna delle due occasioni di contatto telefonico tra i genitori e la guardia medica venne mai fornito l'indirizzo presso il quale - eventualmente - l'intervento sarebbe dovuto essere effettuato, così da rendere non censurabile la condotta del sanitario neppure sotto il profilo della mancata ricerca di uno dei colleghi già in visita, per inviarlo anche presso i richiedenti non appena ritornasse libero.