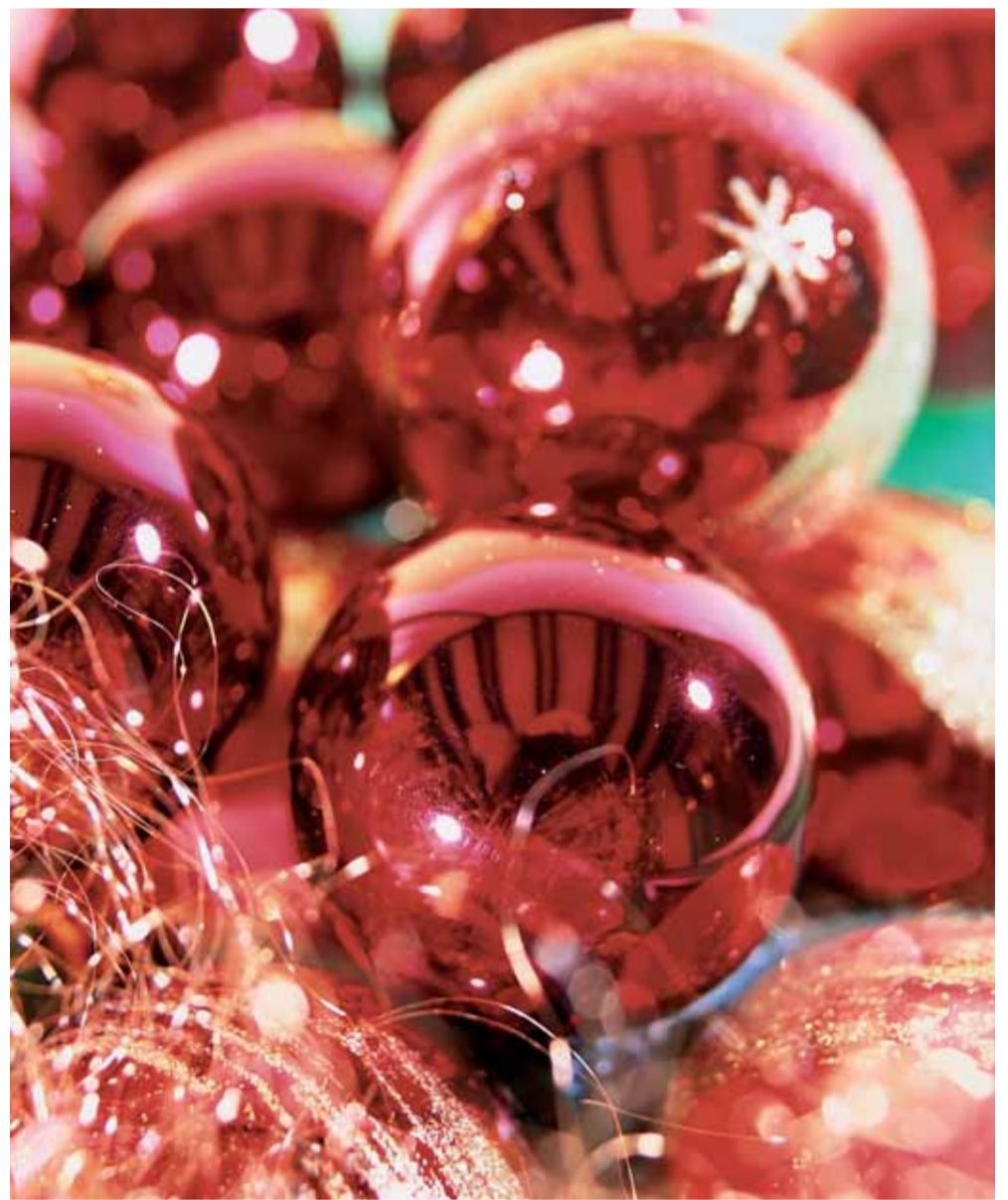




Gruppi di Studi SIMSI ... la resa dei conti

Carissimi Soci,
è la resa dei conti. Ogni fine anno è infatti tempo di bilanci e come ogni Società dobbiamo rendicontare che cosa abbiamo fatto nell'anno. Tra le varie attività, quelle dei Gruppi di studio, non nuove alla Nostra società, deve dimostrare i risultati che verranno portati in Consiglio Direttivo all'inizio del prossimo anno. Già nella riunione del CD di Marzo 2007, nella splendida cornice di Consubin a La Spezia, ci eravamo ripromessi di produrre, studiare, progettare idee. Erano così sorti nuovi gruppi di studio come quello della didattica, della gestione dei centri iperbarici, delle infezioni necrosanti dei tessuti molli, delle emergenze subacquee e iperbariche; vengono inoltre confermati i gruppi di studio sull'otologia subacquea e sulle ferite difficili. Quest'ultimo, già nato nel 2003 con la Pubblicazione su *Minerva Cardioangiologica* delle "Linee guida per il trattamento delle ulcere cutanee con ossigenoterapia iperbarica" ad opera del Dr Nasole, che vi scrive, si è di recente fuso in un Gruppo di studio intersocietario con l'AIUC che in occasione dell'ultimo Congresso Nazionale di Genova del settembre u.s., si è riunito producendo un documento programmatico per le attività del 2008. Auspichiamo che i Gruppi di Studio, come stabilito, abbiano proficuamente lavorato nel 2007 e che i vari elaborati prodotti siano di aiuto a tutti Noi e contribuiscano a divulgare presso le altre Società collegate la nostra Specialità e stimolino tutti Noi, il Consiglio Direttivo, i Soci, gli Addetti ai lavori e i simpatizzanti a lavorare per rendere la SIMSI maggiormente visibile e rappresentativa non solo in ambito nazionale ma anche all'estero, nonostante tutto!

Dott. Emanuele Nasole
Direttore Editoriale Rivista SIMSI



SOMMARIO

- | | |
|--|--|
| 1 ▶ Gruppi di Studi SIMSI... la resa dei conti | 7 ▶ Addestramento dei Sommozzatori nella camera Iperbarica |
| 2 ▶ Quali esami per l'idoneità alla terapia iperbarica? | 7 ▶ Misurazione NO utile nella pratica clinica... e se servisse anche per i pazienti settici??? |
| 3 ▶ Ringraziamenti | 7 ▶ ECCE: come fare la formazione a distanza, (<i>gratuitamente</i>), e maturare i crediti ECM |
| 4 ▶ Internet - Manuale per l'uso | 8 ▶ Indirizzi Centri Iperbarici |
| 5 ▶ Doctor News
Il quotidiano web del Medico Italiano | |
| 6 ▶ Annegamento e attività subacquea | |



Redazione: Istituto Iperbarico S.p.A. -
Via Francia, 35 - 37069 Villafranca di
Verona (VR) - Tel. 045 6300300 • Au-
torizzazione del Tribunale di Napoli n.
56 del 24/5/2004 - Direttore Responsa-
bile: G. Mirabella, Direttore Scientifico:
R.M. Infascelli, Ospedale Santobono,
Via M. Fiore 6 - 80129 Napoli • Edi-
trice La Mandragora, Via Selice 92 -
40026 Imola (BO) - Tel. 0542 642747 -
Fax 0542 647314.
info@editricelamandragora.it
www.editricelamandragora.it
L'Editrice La Mandragora è iscritta al
ROC col n. 5446 • Stampa: Industrie
Grafiche Galeati di Imola.

Quali esami per l'idoneità alla terapia iperbarica?

L'opinione e la proposta del Dr Lorenzo Bonetti, del Servizio di Medicina Iperbarica dell'Ospedale "Careggi" di Firenze

In occasione del CD Simsi di Varignano-La Spezia è stato posto il problema delle indagini da far effettuare ai pazienti ai fini della sicurezza del trattamento e anche per questo è stato istituito il Gruppo di studio per l'elaborazione delle "Linee guida gestionali dei centri di ossigenoterapia iperbarica".

Dato che mi è sembrato di capire che l'atteggiamento, a livello nazionale, è quello di adottare una sorta di routine di indagini per tutti i pazienti indiscriminatamente, mi sono assai preoccupato per vari motivi che vi riassumo. Se la SIMSI, da sola o in "comunione" con la SIAARTI, decide di produrre delle linee guida relative all'argomento di cui sto parlando e sostiene che determinati esami – giusto per esempio – Rx torace ed ECG – devono essere effettuati sempre prima di iniziare la OTI, questo avrà conseguenze nefaste: a) dal punto di vista medico-legale (perché in assenza di norme il magistrato o il perito di ufficio fa riferimento alle linee guida delle società scientifiche accreditate, quindi se un nostro paziente patisce un danno durante il ciclo di terapia

potremmo essere indiziati per non aver effettuato l'esame anche se per la nostra competenza/esperienza è del tutto inutile; b) dal punto di vista della spesa per il paziente e per il SSN (oltre che il maggior carico di lavoro che le indagini comportano; c) per la organizzazione dei nostri servizi che spesso accolgono pazienti in cui il trattamento deve iniziare – per la miglior efficacia – prima possibile (fate conto una sordità improvvisa od un lembo trapiantato a rischio). Per questi motivi, ma soprattutto perché sono fortemente ed onestamente convinto della assoluta inutilità di indagini indiscriminate vi chiedo di considerare il problema con la massima attenzione.

Gli accertamenti a tappeto non possono essere un "paracadute" per eventuali grane medico-legali. Persino nel settore della anestesia, dove il contenzioso legale è molto più frequente e serio che nella iperbarica, si è avuto il coraggio di riconoscere che "tutti gli esami a tutti i pazienti" è una eresia.

Tutto ciò premesso (e scusate se sono stato prolisso), sono favorevole ad adot-

tare procedure che prevedano la effettuazione di determinate indagini in maniera mirata (esame specifico per condizione specifica).

Credo quindi che sarebbe cosa buona se adottassimo un protocollo comune, che propongo per la Valutazione della idoneità dei pazienti per il trattamento OTI.

1. Anamnesi ed es. obiettivo.

La valutazione deve includere l'analisi di tutti i fattori che costituiscono o possono costituire un rischio per la salute del paziente, sia come evento acuto che come danno da esposizione prolungata. Tali fattori sono desumibili dalla storia clinica, dai sintomi in atto, dall'esame obiettivo e da eventuali indagini laboratoristiche o strumentali.

2. Cause di non idoneità all'OTI.

Non costituiscono fattori di rischio, ma piuttosto cause di non idoneità al trattamento iperbarico:

- Incapacità assoluta e permanente a compensare per cause diverse (anatomiche, psichiche – mancata collaborazione e/o capacità di comprendere le istruzioni). Nei pazienti in cui la OTI è considerata salva vita o salva arto la incapacità a compensare può essere risolta con l'inserzione di drenaggio timpanico (grummet) o con una fase di compressione particolarmente lenta.
- Grave claustrofobia (non risolvibile con farmaci ansiolitici).
- Pazienti psichiatrici con comportamenti aggressivi.

3. Controindicazioni assolute.

- Pneumotorace non drenato.
- Attacco asmatico in corso.
- Trattamento (anche pregresso e a distanza di anni) con Bleomicina*.
- Trattamento in corso con doxorubicina (Adriamicina), cis-platino, disulfiram.

4. Controindicazioni relative.

- Stato di male epilettico.
- Iperpiressia.
- Infezioni/flogosi delle prime vie aeree.
- Storia di pnx. spontaneo.
- Sferocitosi congenita.
- Neurite del nervo ottico.
- Pacemaker impiantati (segnalato nel Kindwall ma sembra solo per vecchi modelli).
- Cardiopatie ischemiche.
- Scompenso cardiaco con FE < 35% (valore arbitrario ma adottato di regola per la anestesia).
- Chirurgia dell'orecchio medio.
- Insufficienza ventilatoria cronica con ipercapnia.

- Pazienti con instabilità emodinamica che necessitano di infusione continua con inotropi.
- Pazienti con frattura dell'etmoide e rinorrea (rischio di pneumoencefalo durante la compensazione).

* le segnalazioni sulle polmoniti da bleomicina indicano un rischio potenziale.

5. Indagini dirette a valutare l'eventuale rischio connesso al trattamento iperbarico.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze ed in base alla esperienza acquisita non appare giustificato sottoporre tutti i pazienti ad una routine di indagini che, oltre ad essere quasi sempre inutili, farebbero lievitare enormemente i costi a carico del SSN. Risulta invece opportuno effettuare indagini specifiche in riferimento sia alle patologie presenti nei pazienti che eventualmente ai trattamenti previsti di lunga durata. Per questo motivo è necessario individuare le situazioni "a rischio".

a) Rischio di barotrauma polmonare in risalita

È teoricamente possibile una lesione traumatica delle strutture polmonari da espansione delle cavità contenenti gas quali bolle (blebs) di varia origine, cisti aeree broncogene e distretti alveolari a valle di una ostruzione delle vie aeree. Il gradiente di pressione tra interno cavità gassosa e pressione ambiente necessario per avere la rottura della cavità aerea può essere modesto come dimostrato da casi limite di pnx. verificatisi in passeggeri di aereomobili commerciali affetti da cisti broncogene giganti. Di conseguenza il problema è: 1) definire quali sono le situazioni a rischio; 2) decidere, in tali situazioni, quali indagini effettuare.

a1) Situazioni a rischio

- *Pazienti con asma bronchiale in atto.* La situazione di asma in atto, con sibili espiratori, tempo di espirazione prolungato e dispnea di grado variabile è una controindicazione assoluta al trattamento iperbarico e dovrebbe essere riconosciuta sulla base della obiettività clinica.
- *Pazienti con patologie respiratorie croniche di tipo ostruttivo.* In questi pazienti esiste la possibilità di formazione di bolle enfisematose e/o di ostruzione delle piccole vie aeree per edema della mucosa o accumulo di secrezioni.
- *Pazienti fumatori da almeno 20 anni con > 15 sigarette/die.* Anche in questi pazienti, pur in assenza di obiettività clinica significativa, è possibile la presenza di bolle.
- *Pazienti con storia di pneumotorace spontaneo.* Il pnx. spontaneo primario (in assenza di dimostrabile pato-



(Associazione Nazionale Centri Iperbarici Privati)

c/o CENTRO IPERBARICO srl

Via A. Torre, 3 - 48100 Ravenna (RA)

(Associazione senza fini di lucro costituita il 23.01.1993)

Finalità dell'Associazione

promuovere iniziative culturali, sindacali e di opinione per il riconoscimento della validità dei Centri Iperbarici Privati presso organismi ministeriali, regionali e locali e presso enti assicurativi;

promuovere iniziative utili all'emanazione di norme che definiscano gli spazi terapeutici offerti alla medicina iperbarica e che siano punti di riferimento per le Regioni;

operare per favorire con la sanità pubblica rapporti di reciproco rispetto e chiarezza dei ruoli e per sollecitare la realizzazione di una programmazione nazionale che crei una reale integrazione tra pubblico e privato nell'ambito del S.S.N.;

individuare le aree di impegno ed il ruolo della medicina iperbarica privata, nell'ambito del servizio pubblico.

L'A.N.C.I.P. si prefigge di favorire la conoscenza e il ruolo della medicina iperbarica mediante:

- l'aggiornamento culturale e scientifico degli associati, assicurando una costante collaborazione con le società scientifiche;
- la creazione di un codice di autodisciplina;
- l'adozione di una Cartella Terapeutica ed un modulo di Consenso Informato unici per i Centri Associati;
- l'A.N.C.I.P. nel 2001 ha adottato le "Linee guida A.N.C.I.P. per la gestione delle camere iperbariche", e le ha rese note agli Enti Pubblici preposti. Dette Linee guida sono obbligatorie per tutti i Centri Iperbarici associati.

logia polmonare) risulta più frequente in soggetti giovani, longilinei e fumatori. Di regola è possibile dimostrare la presenza di bolle, così come nel pnx. spontaneo secondario a BPCO. Nei pazienti HIV positivi con polmonite pregressa o in atto da Pneumocystis carinii o TBC è stata segnalata ripetutamente l'insorgenza di pnx.

– *Pazienti con inserzione recente di catetere venoso centrale in giugulare interna o succlavia.* Di regola il posizionamento viene controllato mediante Rx. Se la radiografia viene effettuata subito dopo la inserzione del CVC, può accadere che un pnx. (complicanza nota della procedura) di modesta entità non venga diagnosticato e si accresca in seguito.

a2) Esami da effettuare

Nelle condizioni suindicate e con la eventuale esclusione della asma bronchiale in atto che può essere diagnosticata con la clinica, è probabilmente opportuno effettuare un Rx torace, soprattutto a scopo di tutela medico-legale, dato che l'indagine non è in grado di evidenziare bolle al di sotto di certe dimensioni critiche.

b) Rischio di eventi cardiocircolatori avversi

Le modifiche emodinamiche in corso di ossigenazione iperbarica e specificamente la vasocostrizione di regola non hanno alcun effetto clinicamente significativo. In letteratura sono stati pubblicati alcuni "case report" di edema polmonare acuto insorto in corso di tratta-

mento iperbarico, in pazienti con scompenso cardiaco. Da una ricerca clinica effettuata nel nostro centro su volontari sani mediante esame doppler transcranico, risulta che il flusso ematico della arteria cerebrale media torna a valori normali in 25-30 minuti dopo la fine della seduta. In assenza di altri dati è prudente prevedere che anche il circolo coronarico abbia tempi di recupero analoghi. In definitiva sia i pazienti con cardiopatia ischemica che quelli con scompenso cardiaco dovrebbero essere valutati con cautela perché il rischio del trattamento OTI è probabilmente maggiore rispetto a quello dei pazienti non cardiopatici. In genere i pazienti cui mi riferisco arrivano al centro iperbarico con una diagnosi di cardiopatia già fatta. Quindi il problema è identificare le situazioni in cui è opportuno effettuare un ECG, allo scopo di individuare una eventuale cardiopatia ischemica clinicamente silente e/o non ancora riconosciuta. Non avendo elementi certi di giudizio potremmo far riferimento alle linee guida SIAARTI per la effettuazione di ECG preoperatorio.

Sicuramente fumatori, diabetici, ipertesi ed arteriopatici polidistrettuali sono gruppi a rischio, ed in questi soggetti, oltre i 50 anni (ma questo è un valore arbitrario) un ECG sarebbe opportuno.

Nei pazienti con scompenso cardiaco (che sicuramente hanno già effettuato ECG) con grave limitazione delle attività fisiche quotidiane (quindi dispnea per sforzi lievi o peggio dispnea a riposo ed ortopnea notturna) ritengo sia indicato un ecocardio con FE.

Ringraziamenti

Dopo 12 anni passati a Bologna, vorrei porgere ai medici, agli infermieri, ai tecnici e al personale della segreteria del centro iperbarico un sentito ringraziamento per la propria collaborazione, per la sensibilità dimostrata nella cura dei pazienti, per la professionalità manifestata nel lavoro svolto con me sempre con lo stesso entusiasmo in ogni diversa circostanza e situazione; tutto questo ha fatto dei miei collaboratori, per questi anni, il "mio" gruppo, il "gruppo del centro iperbarico di Bologna". A tutti loro un grazie di cuore.

Manuel Nasole



OTITE MEDIA CON EFFUSIONE

OSSIGENO TERAPIA IPERBARICA

GINNASTICA TUBARICA

DISTURBI DELLA COMPENSAZIONE



Viale Cassala 40, 20143 Milano - Tel. 02 581981 - Fax 02 58198207, commer@lofarma.it, www.lofarma.it

Internet - Manuale per l'uso

a cura di Emanuele Nasole (Prima parte)

Spesso, forse tutti i giorni, consultiamo Internet, ma non sempre conosciamo i termini "tecnici" di uso comune con i quali ci ritroviamo a "combattere". Mi è sembrato dunque utile elencare il glossario di Internet per i Soci incalliti Internauti.

Allegato - Un allegato è un file inviato in allegato ad un messaggio di posta elettronica. Con tale file, è possibile inviare dati in un gran numero di formati insieme ad un messaggio di posta elettronica. Ad esempio, i dati potrebbero essere file di testo o file audio o addirittura programmi di piccole dimensioni. In via di principio, gli allegati non presentano limiti in termini di dimensioni dei dati, ma in pratica raramente risultano superiori ai 5-10 MB. I file in allegato possono contenere virus informatici, pertanto si consiglia di trattarli con prudenza e di effettuarne il controllo con un software antivirus.

BCC o Blind Carbon Copy (Copia per Conoscenza Nascosta) - La BCC o Blind Carbon Copy (Copia per Conoscenza Nascosta) è la copia di un messaggio di posta elettronica che viene inviata ad un destinatario, senza che il destinatario compaia nella casella destinata all'indirizzo. Alcuni programmi di posta elettronica segnalano che le e-mail sono state inviate come BCC.

Blog - Un blog o un web log è una pagina web in cui l'autore può scrivere su qualunque argomento. Un blog è un diario on-line su Internet che è accessibile a chiunque ne possa essere interessato. Il termine blog è composto dalle parole 'web' e 'logbook' (giornale di bordo). I contributi più recenti vengono posizionati in cima all'elenco. I blog di solito sono dedicati ad attività come il surf, ad eventi quotidiani, a consigli, pareri ed argomenti vari, che risultano importanti per lo scrittore del diario on-line. I blog sono scaturiti dal desiderio di mandare ad amici e conoscenti dei messaggi di posta elettronica con interessanti pagine Internet. Esistono dei blog praticamente su qualsiasi argomento si possa immaginare.

Bookmark o segnalibro - Un metodo per memorizzare gli indirizzi Internet in cartelle differenti. Quasi tutti i browser offrono la funzione 'bookmark', denominata anche 'preferiti'. Tale funzione salva l'indirizzo della pagina Internet aperta in quel momento. L'indirizzo viene memorizzato in un file e gli può venire assegnata un'intestazione in modo da potervi accedere rapidamente quando necessario in un momento successivo.

Cavallo di Troia - Un cavallo di Troia, o "Trojan horse" abbreviato in Trojan, è un programma in grado di provocare danni, che può spiare o modificare file, come quelli contenenti le password, per poi riferirli a terzi. I cavalli di Troia sono in grado di insinuarsi e vengono inconsapevolmente installati sui computer perché danno ad intendere di essere programmi utili, ad esempio degli aggiornamenti. A quel punto, simulano il funzionamento del programma designato iniziando, intanto, in piena segretezza, a svolgere il loro effettivo compito in background. La funzione principale di tali programmi è

quella di rubare le password e le informazioni contenute nei file. Spesso i computer infetti vengono utilizzati per inviare materiale pubblicitario indesiderato. Un Trojan è addirittura in grado di cancellare l'intero disco fisso di un computer.

CC o Carbon Copy (Copia per Conoscenza)

- La CC o Carbon Copy (Copia per Conoscenza) è un servizio di un programma di posta elettronica, che invia una copia di un'e-mail ad altri destinatari. Gli indirizzi di posta elettronica dei destinatari, separati da una virgola o da un punto e virgola, vengono inseriti nella casella CC di un programma di posta elettronica. A quel punto, una copia dell'e-mail viene inviata agli indirizzi elencati. Il destinatario della copia è visibile a tutti gli altri destinatari del messaggio di posta elettronica.

Chat - Conversazioni in tempo reale su Internet. "Chattare" è il termine con cui si intendono le conversazioni fra due o più utenti in rete o su Internet. Le conversazioni vengono realizzate utilizzando la tastiera e la schermata ed il messaggio inserito risultano visibili contemporaneamente agli altri utenti. Possono essere create le cosiddette chat room, per fornire una migliore visione globale dell'insieme, che sono suddivise per categorie su svariate tematiche. Chattare è una semplice modalità per conversare on-line che viene utilizzata da molti visitatori su Internet per scambiarsi informazioni.

Dominio - Dominio è il termine con cui si intende un indirizzo Internet.

1. Il dominio di primo livello descrive l'ubicazione regionale o l'area funzionale dell'indirizzo. Ad esempio, '.de' indica la Germania, '.com' indica un'azienda/attività commerciale, '.org' indica un'organizzazione.
2. Il dominio di secondo livello è la denominazione della pagina Internet ed è separato dal dominio di primo livello tramite un punto, ad es. *google.de*
3. I domini di terzo livello vengono anche denominati sub-domini e forniscono un'ulteriore suddivisione per categorie dei domini, ad es. *adwords.google.de*

E-health o servizi sanitari on line - L'e-health raggruppa i servizi forniti con l'ausilio dei sistemi IT (Tecnologia dell'Informazione) nel settore dei servizi sanitari. Tali sistemi possono comprendere l'acquisizione, la memorizzazione, l'elaborazione, l'analisi e la valutazione di dati, col supporto del computer, nell'ambito dei servizi sanitari. Inoltre, possono essere scaricate da Internet le informazioni necessarie su tematiche sanitarie.

E-learning - Con il termine e-learning si intende la formazione impartita utilizzando PC, CD-ROM o Internet. Il termine di solito è correlato alle cosiddette lezioni in teleconferenza su Internet. Nel corso di una lezione in teleconferenza, l'istruttore è collegato tramite Internet con i partecipanti, che sono separati uno dall'altro. L'istruttore ha la possibilità di mostrare grafici, o può essere direttamente connesso con i partecipanti, con immagini e suoni, tramite videoconferenza.

FAQ - Le FAQ o Frequently Asked Questions (Domande Più Frequenti) sono documenti che rispondono alle domande che vengono poste più spesso. È prassi comune nell'EDP o Electronic Data Processing (Elaborazione Elettronica dei Dati) raccogliere i problemi ripetutamente ricorrenti, per poi presentarli all'utente insieme alla spiegazione ed alla risposta al problema. Le FAQ sono piuttosto diffuse su Internet e sono riscontrabili in numerosi settori di diverso genere.

Forum - Un luogo virtuale su Internet che viene utilizzato per lo scambio di idee e di esperienze. Un forum, o forum di discussione, è spesso suddiviso in tematiche differenti. La comunicazione non avviene in tempo reale; i contributi, invece, vengono inseriti e memorizzati in un campo per argomenti (detto thread, ossia filone). Tali contributi possono essere letti dagli utenti interessati, che a loro volta vi possono rispondere. Scrivere un contributo viene detto 'to post' (postare). Esistono forum di discussione 'aperti' e 'chiusi' e sempre più forum richiedono una registrazione.

FTP o Protocollo di Trasferimento dei File - Il Protocollo di Trasferimento dei File è, proprio come la posta elettronica ed il WWW, un servizio fornito da Internet.

Gli FTP sono stati creati per lo scambio di file fra computer differenti mediante una rete concepita in modo semplice ma ampiamente estesa. Con l'ausilio degli FTP è possibile trasferire dei file (documenti in Word®, filmati, ecc.) dal PC dell'utente ad un server. I file possono essere trasferiti da un server al PC di un utente seguendo lo stesso metodo. L'accesso ai dati scambiati può essere limitato a file singoli. Gli unici requisiti necessari per l'utilizzo di un programma FTP sono la presenza di un programma FTP sul PC e l'accesso ad Internet.

Hosting o piattaforma di accoglienza - L'hosting, noto anche come web-hosting, consiste nel rendere disponibile uno spazio di memorizzazione su un web server, da cui possono essere visualizzati i siti Internet. Un cosiddetto provider noleggia spazio di memorizzazione sul Web e garantisce l'attività commerciale del server, così come la connessione ad Internet. Un utente, a quel punto, può realizzare l'upload (caricamento) dei propri file e di informazioni sul web server, rendendoli pertanto disponibili su Internet. Utilizzando un web-browser, un visitatore può quindi accedere alle informazioni sul Web.

continua



SISTEMI IPERBARICI INTEGRATI



Progettazione e realizzazione camere iperbariche ed impianti per ogni esigenza e dimensione

Manutenzione e assistenza tecnica per impianti di produzione propria e di terzi

Progettazione ed esecuzione di lavori di ristrutturazione dei locali con il sistema chiavi in mano

Stabilimento: Via Laurentina km 29,300 - 00040 Ardea (RM) • Tel. e Fax 06 9147186 - 06 9147198



9 maggio 2007 - Anno 5, Numero 80

Medici e farmacisti italiani bocciati in inglese

È quanto emerge da un'indagine telefonica, condotta su un campione di 1.200 fra medici e farmacisti. Il 61 per cento di essi non mastica la lingua, nonostante il 79 per cento la ritenga molto o abbastanza importante per la professione. È quanto emerge da un'indagine telefonica, condotta su un campione di 1.200 fra medici e farmacisti, per capire il livello di conoscenza della lingua inglese nella sanità italiana. In particolare, dall'indagine è emerso che il 18 per cento del campione ignora l'inglese, il 43 per cento ha un livello di conoscenza basso o elementare, il 36 per cento 'medio' e solo il 3 per cento dei professionisti 'elevato'. E a masticare di più la lingua di Sua Maestà sono i medici rispetto ai farmacisti. Alla domanda "Conoscere l'inglese tecnico per la sua professione è importante?" il 27 per cento degli intervistati dichiara che è 'molto importante', mentre il 52 per cento pensa sia 'abbastanza importante', il 16 per cento 'poco' e un 5 per cento lo ritiene 'senza alcuna importanza'. Quanto invece ai metodi utilizzati per aggiornarsi, il 41 per cento sceglie l'acquisto di riviste, libri e testi in lingua inglese, il 33 per cento lo fa attraverso internet, il 25 per cento partecipando a congressi, il 13 per cento con aggiornamenti messi a disposizione da aziende farmaceutiche, contro un 23 per cento che dichiara di non utilizzare nessun metodo.

Ma quanto tempo dedicano all'aggiornamento gli intervistati? Chi si aggiorna lo fa per l'83 per cento con una frequenza che va dalle 4 a oltre 6 volte l'anno, mentre solo il 17 per cento si aggiorna 1-2 volte l'anno. E il 35 per cento ritiene internet il metodo di aggiornamento più efficace. Infine, il 61 per cento degli intervistati confessa di non leggere mai riviste scientifiche in inglese, il 18 per cento di farlo raramente, il 18 per cento qualche volta, il 3 per cento spesso.

22 maggio 2007 - Anno 5, Numero 89

Ssn paga più sacerdoti che dentisti I dati del ministero della salute sui dipendenti

Il Servizio sanitario nazionale paga più sacerdoti che dentisti. Sono 417, infatti, gli 'assistenti religiosi', 389 uomini e 28 donne, che percepiscono uno stipendio dal Ssn, in base a convenzioni stipulate fra la diocesi e le Aziende sanitarie. Il numero degli odontoiatri del servizio pubblico si 'ferma' invece ad appena 163, su un totale di 105.652 camici bianchi. I 'numeri' dei dipendenti Ssn sono contenuti nell'ultimo Rapporto della Direzione statistica del ministero della Salute.

'Spulciando' la mappa del personale Ssn, figurano anche tre geologi, 125 architetti, 873 ingegneri e 179 avvocati. In totale, nel 'libro paga' del nostro servizio sanitario ci sono 648.384 dipendenti, suddivisi in 444.120 appartenenti a ruoli sanitari, 125.093 a ruoli tecnici, 76.555 a quelli amministrativi, mentre 354 rientrano nel personale con qualifiche atipiche, a cui si aggiungono altri 665 contrattisti. Fra i sanitari, oltre ai 105.652 medici e 163 odontoiatri, sono 18.758 gli altri professionisti laureati (veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi). Il personale infermieristico conta 252.506 dipendenti. Al ruolo tecnico appartengono, fra gli altri, sociologi (669), statistici (73), assistenti sociali (6.892), programmatori (734). Sul totale dei dipendenti, a farla da padrone è il 'gentil sesso', che rappresenta poco più del 60 per cento del personale. In controtendenza, però, la classe medica che è ancora molto 'maschile': ben 71.510 'camici bianchi' dipendenti dal Ssn sono uomini contro 33.979 donne. Un divario ancora più marcato fra gli odontoiatri pubblici: 123 contro 40. In tutti gli altri settori, prevalgono invece le donne: 9.761 contro 8.997 sul totale del personale laureato (veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi). Stesso discorso per gli altri ruoli tecnici e amministrativi.

Nella 'geografia' regionale, infine, al primo posto per numero di dipendenti Ssn figura la Lombardia, con ben 92.251 addetti, seguita dal Veneto (57.232), dal Piemonte (55.848) e dalla Campania (54.842). Al quinto posto l'Emilia Romagna, con 54.110 dipendenti, al sesto il Lazio (50.176). All'ultimo posto la Val d'Aosta con 1.889 lavoratori della sanità.

28 maggio 2007 - Anno 5, Numero 93

Stop al massacro mediatico

"Un 'battage' che induce "in pazienti e familiari il concetto che il risultato di una terapia debba essere solo positivo, e se così non fosse la responsabilità è della malasanità e dei medici che la rappresentano"

"Non possiamo pensare di essere uccisi in un parcheggio perché un paziente è morto". Dopo il tentato omicidio del cardiocirurgo di Lecce Giampiero Esposito da parte del marito di una malata deceduta, la Società italiana di chirurgia cardiaca (Sicch) punta il dito contro un "inaccettabile massacro mediatico nei confronti dei medici". Gli specialisti sottolineano che "il desiderio di immortalità della nostra società - si legge in una nota firmata dal presidente della Sicch, Ettore Vitali - non è compatibile con la realtà della clinica e delle risorse che abbiamo a disposizione".

La Sicch "è vicina al collega e gli augura di poter ritornare presto alla sua stimatissima attività professionale", esordisce il comunicato. Perché anche se "i risultati attuali dei centri italiani sono tra i migliori al mondo", precisano gli esperti, "la mortalità è un evento possibile dopo ogni intervento di cardiocirurgia". Una specialità "molto visibile e spesso utilizzata per fare notizia". Non solo dai media, ma anche dalle istituzioni che "talvolta hanno partecipato di persona al balletto mediatico". Per esempio "pubblicando sul 'Corriere della Sera' una classifica delle cardiocirurgie buone e cattive". Spesso, incalzano gli esperti, si parla di malasanità "quando le responsabilità sono solo amministrative e gestionali". E "pazienti e avvocati hanno creato una santa alleanza all'americana per chiedere risarcimenti, dimenticandosi che i professionisti italiani guadagnano pochissimo rispetto ai rischi che si prendono". In conclusione, "siamo stanchi di essere additati come responsabili dei problemi della sanità italiana, logorati dall'essere considerati come terminali di spesa e non di cure, ed esasperati dall'essere accusati e trascinati in tribunale senza materia, tanto non costa niente". La Sicch invita gli italiani a riflettere. "Anche se qualcuno forse non lo sa - scrive - il sistema si regge sul sacrificio personale degli addetti ai lavori, ma il vaso è ormai colmo. Che la società civile ci pensi: per avere le cure bisogna avere i dottori, ma noi non ce la facciamo più, e quindi chi e come ci curerà domani?".

28 giugno 2007 - Anno 5, Numero 116

Errori in ospedale per "brutta scrittura" medici sotto accusa: la compilazione di ricette e prescrizioni

La proverbiale brutta scrittura dei medici è responsabile di circa il 61 per cento degli errori negli ospedali statunitensi. 'Sotto accusa': la compilazione di ricette e prescrizioni. Ma i camici bianchi hanno ora un prezioso alleato nelle tecnologie: grazie all'uso di palmari in corsia, questo tipo di errori è diminuito di ben il 66 per cento, come risulta da una recente metanalisi, condotta negli ospedali americani. Eppure, gli errori in ospedale causati dalla scrittura incomprensibile dovrebbero fare alzare la guardia, considerando che basta un semplice decimale fuori posto per sbagliare dosaggio, con conseguenze anche gravi sulla salute del paziente. Per non parlare dei nomi dei farmaci che spesso sono simili. Qualche esempio? L'antidepressivo Celexa e l'antinfiammatorio di nuova generazione Celebrex, lo psicofarmaco Zyprexa e l'antistaminico Zyrtec. "Questi errori sono pericolosi non solo per i pazienti - sottolinea Tatyana Shamliyan, a capo dello studio della University of Minnesota - ma anche per i medici che li commettono. A nessuno piace fare errori, soprattutto quando si ha a che fare con la salute della gente". La metanalisi ha preso in considerazione i dati emersi da 12 studi sul tema, ricerche che analizzavano sia le prescrizioni tradizionali che quelle via PC. I sistemi informatici per compilare ricette sono attualmente in uso solo nel 9 per cento degli ospedali Usa.

9 luglio 2007 - Anno 5, Numero 122

Una legge per non ripetere il caso Riccio

Il controverso e discusso caso Welby ha smosso le coscienze di medici, politici e titolisti di giornali. Oggi se ne torna a parlare per la presa di posizione della Società Italiana di Neurologia (SIN) che auspica una rapida soluzione giudiziaria della vicenda ma anche il varo di una legge che chiarisca una volta per tutte responsabilità dei medici e competenze della magistratura.

L'antefatto, è noto, risale alla decisione di Mario Riccio, anestesista all'Ospedale di Cremona, di accogliere la richiesta, lo scorso 20 dicembre, di Pierni Welby di interrompere la ventilazione artificiale che lo teneva in vita. La decisione del medico passò al vaglio dell'Ordine dei medici di Cremona che decise all'unanimità di non aprire un procedimento disciplinare nei suoi confronti dal momento che la richiesta di distacco del respiratore artificiale, da parte di Welby, costituiva la negazione del consenso ad un trattamento terapeutico da parte di un paziente capace di intendere e di volere e pienamente consapevole delle conseguenze che l'interruzione del trattamento avrebbe determinato. Un parere analogo era stato espresso il 5 marzo dal Procuratore della repubblica di Roma che, visto l'esito dell'autopsia, aveva formulato la richiesta di archiviazione del caso, non ravvisando alcuna ipotesi di reato nei fatti che la sera del 20 dicembre avevano portato alla morte di Pierni Welby. Il 7 giugno il GIP ha però valutato diversamente i fatti e ha rigettato la richiesta di archiviazione del PM disponendo che Riccio fosse rinviato a giudizio per "omicidio del consenziente". Il GIP ha affermato che il diritto alla vita è inviolabile, e limita anche il diritto a rifiutare le cure sancito dall'articolo 32 della Costituzione e adottato dagli articoli 35 e 53 del Codice Deontologico dell'Ordine dei Medici. Su quest'argomento è arrivato il commento della SIN: "Noi neurologi - si legge in una nota a firma di Mario Manfredi, Presidente della SIN, Virginio Bonito e Carlo Alberto Defanti del Gruppo di Studio per la Bioetica e le Cure Palliative della SIN - incontriamo quotidianamente persone con patologie neurodegenerative che possono portare a una disabilità talvolta gravissima paragonabile a quella di Pierni Welby. La nostra responsabilità professionale nei loro confronti sta cambiando. In passato sembrava che il nostro compito potesse limitarsi alla diagnosi e alla ricerca sulla malattia: ora sappiamo che prendersi cura di queste persone richiede équipe multi-professionali capaci di operare con continuità sia a domicilio che in ospedale, capaci di comunicare con il paziente e i suoi familiari per aiutarlo a vivere meglio con una malattia che le cure non possono guarire.

Questo approccio - dicono i neurologi - richiede un cambiamento di mentalità e una riorganizzazione dei servizi che consenta ai pazienti un'assistenza specialista da parte di un neurologo anche nei momenti terminali della malattia. È in questa fase, caratterizzata da gradi di disabilità che dipendono dalla qualità delle cure e degli ausili adottati, che può maturare la decisione in merito alla paralisi respiratoria irreversibile: alcuni sceglieranno di non sopravvivere alla paralisi; altri potranno decidere di vivere ancora diversi anni grazie alla ventilazione artificiale; alcuni la subiranno in condizioni di emergenza. Le decisioni in questo ambito delicato secondo moltissimi punti di vista, sono critiche e molti colleghi - continua la nota - non se la sentono di accogliere le richieste dei malati. Prevalle la ripugnanza istintiva a compiere un atto che conduce alla morte, o il timore di essere denunciati per un atto di eutanasia".

Va anche evitato di creare un meccanismo perverso in conseguenza del quale i pazienti non vogliono iniziare una ventilazione solo per il timore di non poterla più sospendere quando le circostanze dovessero renderla inaccettabile. "Se fosse definitivamente stabilito che anche la ventilazione può essere lecitamente sospesa, sarebbe più facile iniziarla. Per questo chiediamo che in parlamento si arrivi a una legge che ridia univocità alle interpretazioni dei magistrati, e auspichiamo che si arrivi in tempi brevi ad una sentenza sul caso Riccio. Speriamo - concludono - che al più presto la morte di Pierni Welby possa essere raccontata come una testimonianza coraggiosa, per la vita e per la sua qualità".

12 dicembre 2007 - Anno 5, Numero 207

A carico Ssn medicazioni piaghe da decubito

Buone notizie per i due milioni di italiani alle prese con ferite difficili, come le piaghe da decubito. Dal 2008, i prodotti per la cura di queste lesioni cutanee non saranno più a carico dei malati, ma del Ssn.

Entro Natale, infatti dovrebbero essere inseriti nei nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza). È quanto è stato deciso nel corso di un incontro a Roma tra il sottosegretario alla Salute Serafino Zucchelli, il direttore generale del ministero di Lungotevere Ripa, Filippo Palumbo e una delegazione di Federanziani.

A renderlo noto è proprio il presidente di Federanziani, Roberto Messina, "pienamente soddisfatto" dei provvedimenti presi dal ministero della Salute, "proprio alla vigilia della protesta in piazza dei malati con piaghe da decubito prevista per oggi (ieri ndr)" a Roma, davanti alla Camera. In sintesi, nella nuova normativa tutti i malati con 'ferite difficili' (piaghe da decubito, ulcere cutanee) potranno dal 2008 ritirare i presidi curativi in farmacia a nelle Asl e averli in ospedale o in case di cura se ricoverati. "Praticamente - spiega Messina in una nota - tutte le medicazioni avanzate, come gli alginati a base di sali calcio e/o sodio della miscela di mannuronico e glucaronico, le medicazioni in idrocolloidi o idrofibrina, medicazioni in gel idrofilo, in argento e in poliuretano in forma di schiuma o in forma gelificata, saranno dispensate gratuitamente nelle diverse modalità, concentrazioni e formati".

Annegamento e attività subacquea

a cura del Dr Carlo Oggioni

Definizione (Congresso Amsterdam 2002 - Utstein - Circulation 2005;112 IV:133-135).

L'Annegamento è una patologia progressiva (*process*) che ha come conseguenza una insufficienza respiratoria primaria, derivante da una sommersione/immersione in ambiente (*medium*) liquido.

La conseguenza implicita in questa definizione è la presenza di una interfaccia liquido/aria all'entrata delle vie aeree della vittima, condizione che impedisce alla vittima di respirare aria.

La vittima può vivere o morire dopo l'instaurarsi dell'Annegamento, ma qualsiasi sia stato l'esito, essa deve essere definita come coinvolta in un incidente da Annegamento. Una vittima può essere soccorsa in un qualsiasi momento dell'Annegamento e può o non richiedere alcun intervento, o ricevere adeguate misure di rianimazione.

Lo *Statement Utstein* raccomanda che il termine "Pre-Annegamento" (*Near-Drowning*) non sia più usato. Si raccomanda, inoltre, che sia abbandonata la classificazione basata sul tipo del *medium* (acqua salata contro acqua dolce). Sebbene vi siano differenze teoriche, che sono state riscontrate in condizioni di laboratorio, nella realtà non sono clinicamente significative.

Il fattore prognostico nell'Annegamento è la gravità della Ipossia e la sua durata.

Statistica (Convegno UHMS¹ Near Drowning² in Cancun Mexico 1997)

Per un Sub, perfettamente attrezzato per affrontare il mondo subacqueo e con la sua scorta di aria, incorrere nell'Annegamento potrebbe sembrare un fatto eccezionale, dovuto soltanto ad un errore grave dello stesso Sub, ad un guasto dell'attrezzatura per il rifornimento dell'aria, alla mancanza dell'aria stessa oppure a condizioni ambientali rischiose.

Invece la più comune causa finale di morte nell'Attività sub ricreazionale è proprio l'Annegamento. Le statistiche sono molto chiare ed esaurienti.

Una statistica del DAN (Divers Alert Network) riporta che circa il 63% della mortalità è causata dall'Annegamento.

Altre statistiche americane ed australiane riportano una percentuale del 74-82%.

Tutto questo, quindi, in contrasto con l'opinione comune che vede la MDD (Malattia Da Decompressione), di per sé, al primo posto delle cause di morte.

In realtà, l'Annegamento può essere la complicazione di una qualsiasi PDD (Patologia Da Decompressione) e/o di un Barotrauma. Può essere, come scritto sopra, anche l'evento finale di un Incidente sub di qualsiasi genere: esaurimento dell'aria, intrappolamento, guasto dell'attrezzatura, ecc. Non solo: può essere anche la complicazione di una qualsiasi grave patolo-

gia medica, che insorge durante l'im/ne, ma non a causa della im/ne; ad esempio: una aritmia cardiaca, come la Fibrillazione ventricolare, un Infarto del miocardio, un Ictus, ecc.

Quindi nel caso della Attività sub, l'Annegamento non deve (quasi mai) essere considerato come un evento isolato, ma, spesso, come una patologia che complica un'altra patologia. Ovviamente, tutto questo non può che peggiorare la prognosi. Ma per nostra "fortuna" la terapia di questa emergenza/urgenza è sempre la stessa: infatti il fattore comune da affrontare e possibilmente risolvere è sempre l'Ipossia.

In breve:

- Ossigenoterapia (normobarica) 100%, con mezzi idonei
- BLS con O₂ supplementare
- Essere pronti ad affrontare vomito & rigurgito; quindi pulizia/aspirazione delle vie aeree e Posizione Laterale di Sicurezza (PLS), quando è possibile.

Primo Soccorso (BLS) nell'Annegamento

Nelle ultime Linee Guida BLS 2005 (LG) di ILCOR² il soccorso di un Arresto Respiratorio primario (come è l'Annegamento) non viene più considerato come una metodica da insegnare ad un non-sanitario (*laico*), con l'eccezione dell'Assistente Bagnanti.

In realtà anche il Sub, per quanto detto sopra, deve essere preparato ad intervenire correttamente e rapidamente in questa condizione, per cui deve conoscere quali sono le regole e le metodiche opportune. Inoltre, in questo caso, la sequenza usuale del BLS è stata modificata.

Questa è la sequenza **modificata**, in breve:

1. Valutazione dei rischi ambientali
2. Valutazione della coscienza: la vittima è incosciente
3. Apertura delle vie aeree
4. Valutazione della Respirazione: non è presente una Respirazione normale
5. **NON** iniziare le compressioni toraciche, ma
6. Eseguire **5 ventilazioni artificiali**, ad una frequenza di 10 vent/min, cioè 1 ventilazione ogni 6 sec
7. Poi eseguire **30** compressioni alla frequenza di 100 compr/min, cioè 30 compressioni in circa 18 sec
8. Poi **2** ventilazioni e si continua con il rapporto **30:2**, senza fermarsi mai.

Se il Soccorritore è da solo, deve continuare con la sequenza 30:2 per 1 min prima di allontanarsi per chiedere aiuto. Lo scopo di questa modifica alla sequenza normale del BLS, è che facendo in questo modo si spera di correggere subito, almeno in parte, il fattore patogenetico fondamentale dell'Annegamento e cioè l'Ipossia. Inoltre, così facendo, si spera

che l'Arresto Respiratorio non prosegua verso un Arresto Cardiorespiratorio, ovviamente più grave.

Questa modifica viene applicata anche nel **BLS pediatrico**, perché nel bambino l'evenienza più frequente è l'Arresto Respiratorio primario; a differenza dell'adulto in cui, in generale, l'evenienza primaria è l'Arresto Cardiaco, come può essere una Fibrillazione ventricolare o un Infarto del Miocardio, nei quali l'Arresto Respiratorio è secondario. Una volta che nel bambino si è instaurato l'Arresto Cardiaco, la possibilità di un recupero è ancora più difficile.

Sempre questa stessa modifica della sequenza BLS viene consigliata in tutti gli altri casi di Arresto Respiratorio primario, come ad esempio l'impiccagione, il soffocamento, il corpo estraneo, alcuni traumi, l'overdose da droghe, ecc., cioè quando è sempre l'Ipossia il fattore determinante e l'Arresto cardiaco è una conseguenza ineluttabile, se non si interviene nello spazio di pochissimi minuti.

Se il Primo Soccorritore è in grado di valutare con certezza la presenza dei "segni di circolo"³ e del polso carotideo e se questi sono presenti, ad eccezione del respiro, allora si tratta di un Arresto Respiratorio. Le LG prevedono in questo caso la sola ventilazione con le seguenti raccomandazioni:

1. Frequenza: 10 vent/min, cioè 1 ventilazione ogni 6 sec
2. Valutazione del Circolo circa ogni minuto, cioè ogni 10 ventilazioni.

Primo Soccorso (BLS) in acqua del Sub con sospetto Annegamento

Ripartire **in superficie** il Compagno infortunato, senza ulteriori danni né per il Soccorritore, né per la vittima, è già una azione veramente grande ed encomiabile, una azione che richiede preparazione, determinazione e coraggio!

Da tutto quanto detto sopra, a questo punto è chiaro che, una volta riportato il Compagno Sub infortunato in superficie, è vitale e fondamentale iniziare, già in acqua, prima possibile, la ventilazione. Quindi, dopo aver valutato la coscienza, aperto le vie aeree e valutata la assenza del respiro, non rimane altro che ventilare, secondo le regole già esposte, cioè **una ventilazione ogni 6 sec**. Infatti, date le condizioni operative, non è praticamente possibile in acqua sia valutare la presenza del circolo, sia, tanto meno, effettuare le compressioni toraciche. Il Compagno deve, pertanto, essere soccorso come nel caso di un Arresto Respiratorio primario: di qui la necessità che il Sub, pur essendo un *laico*, debba essere istruito ed addestrato per poter intervenire, **il più precocemente possibile**, in questa condizione patologica.

Le LG specificano ulteriormente quale

potrebbe essere il comportamento del Soccorritore a seconda delle condizioni della vittima e della distanza/tempo da impiegare per un soccorso completo. Se non vi è respiro spontaneo, dopo l'apertura delle vie aeree, ventilare per circa 1 min [cioè in pratica eseguire le 5 ventilazioni, di cui sopra]. Se la vittima non riprende a respirare spontaneamente, il comportamento successivo dipende dalla distanza dalla riva:

- se la vittima può essere portata a riva in un tempo < **5 min**, continuare con la ventilazione, durante il trasporto
- se il tempo stimato è > **5 min**, ventilare di nuovo per 1 min, quindi portare la vittima a riva il più rapidamente possibile, senza ulteriori ventilazioni.

In realtà, quanto suggerito qui sopra dalle LG, secondo la mia opinione, si adatta bene alle condizioni operative di un soccorso effettuato da un Assistente bagnante, ma meno bene a quelle di un Sub; infatti non viene considerato né il tempo che può essere stato necessario per arrivare in superficie, né il fatto che in superficie dovrebbe esserci l'imbarcazione di supporto che, se fosse distante dal punto dell'affioramento, alla richiesta di aiuto del Soccorritore, dovrebbe avvicinarsi rapidamente. Non si tiene nemmeno conto dei tempi di attesa che potrebbero presentarsi e che possono essere utilizzati con la ventilazione, dal momento che è l'unico soccorso disponibile in quella condizione.

Non bisogna dimenticare che il momento cruciale e spesso difficile è quello del trasferimento della vittima dall'acqua alla riva o alla imbarcazione e che può richiedere molti minuti.

Tenere presente che in acqua può essere molto utile la **ventilazione bocca-a-naso**, al posto di quella bocca-a-bocca.

Da non dimenticare ancora, l'estrema utilità della **Maschera per la ventilazione** (ad esempio la *Pocket Mask*®) con l'ingresso per l'ossigeno supplementare: ormai in tutte le barche dei Centri di immersione (*Diving Center*) deve essere presente la bombola dell'O₂! Questa Maschera può essere utilizzata anche in acqua.

A questo punto, mi permetto di ricordare, la grandissima importanza che ha la somministrazione di Ossigeno nella PDD (anche sospetta!). Per questo il DAN ha creato un Corso specifico per insegnare ai Sub l'uso dell'Ossigeno, in sicurezza e con efficacia.

¹ UHMS = Underwater & Hyperbaric Medical Society (USA) una delle più importanti Società di Medicina Subacquea & Iperbarica.

² ILCOR = International Liaison Committee On Resuscitation, il massimo Organismo internazionale della Rianimazione Cardio-Polmonare.

³ Mi riferisco alla valutazione della presenza dei Movimenti (spontanei), della TOSse e del RESpiro (normale): acronimo MO.TO.RE.

Addestramento dei Sommozzatori nella camera Iperbarica

Grosseto - Sabato scorso si è svolto l'addestramento annuale dei Sommozzatori Vigili del fuoco del Comando di Grosseto presso la camera Iperbarica dell'Ospedale della Misericordia. L'addestramento, oltre a simulare una preparazione profonda a 50 metri, consente di effettuare approfondimenti e verifiche di ordine scientifico per i sanitari del Centro diretti dal Dott. Marco Brauzzi, una delle figure preminenti in ambito di medicina iperbarica in Italia anche per le competenze altamente professionali derivate dalla lunga esperienza con la Marina Militare presso il Centro Comsubin di La Spezia. Ai dottori Brauzzi e Tanasi e a tutto il loro staff tecnico un grazie ed un plauso dai Sommozzatori dei Vigili del Fuoco anche a nome di tutti i subacquei non professionisti per l'importanza della presenza e del mantenimento della perfetta efficienza del Centro che, come è ormai noto, non rappresenta solo una salvaguardia per i subacquei ma insostituibili ossigenoterapie in tanti casi come per esempio, per grandi traumatizzati, intossicati da monossido di carbonio ecc. Da maremmanews del 26/11/2007



ECCE: come fare la formazione a distanza, (gratuitamente), e maturare i crediti ECM

Grazie al Progetto ECCE ogni operatore sanitario, medico o infermiere, può effettuare la formazione a distanza registrandosi nel sito dell'AIFA (agenzia italiana del farmaco): <http://aifa.progettoecce.it> e maturando i crediti ECM.

Alla registrazione segue l'invio per posta elettronica (che va indicata nella scheda di registrazione) del codice ID e PIN che servono per accedere ai vari percorsi formativi ECCE (educazione continua centrata sulle evidenze). Alla fine di ogni percorso possono essere maturati da 1 a 2 punti ECM; ogni giorno possono essere attuati 3 percorsi.

I percorsi consistono in casi clinici (per medici) e casi infermieristici (per infermieri) in cui cimentarsi per l'aggiornamento della propria pratica quotidiana. Nel sito sono disponibili le fonti informative per poter affrontare i percorsi formativi che necessitano fino a 60-120 minuti a seconda del percorso prescelto.

Se il percorso è superato (80% delle risposte esatte) viene inviato per e-mail il certificato che attesta il numero di crediti maturati.



Destinatari: medici
Numero casi disponibili: 175
Accesso: gratuito
Scadenza: 31 dicembre 2007
Modello: casi clinici



Destinatari: infermieri
Numero casi disponibili: 74
Accesso: gratuito
Scadenza: 31 dicembre 2007
Modello: casi di pratica quotidiana

Misurazione NO utile nella pratica clinica ... e se servisse anche per i pazienti settici???

I livelli frazionali di ossido nitrico espiratorio (FeNO) misurata dal NIOX MINO, un nuovo strumento portatile, rappresentano marcatori surrogati affidabili, riproducibili e non invasivi di infiammazione delle vie aeree. Dato che quest'ultima è l'anomalia fisiopatologica chiave nell'asma allergica, vi è stata enfasi per l'incorporazione dei marcatori infiammatori nella diagnosi e valutazione dell'asma. I risultati del presente studio supportano l'uso del NIOX MINO nella pratica clinica: tale apparecchio è già in uso in Europa, ed è in attesa di approvazione per l'applicazione anche negli USA (*Allergy* 2007; 62: 1171-4).

AVVISO AI SOCI

Più soci, più puntualità nel ricevere la Rivista e il Bollettino. Mettersi in regola con la quota associativa aiuta la Società a crescere

PATIOX
Enantiomero R(+)-acido α -lipoico

COADIUVANTE NELLE NEUROPATIE DIABETICHE

NEW

TIELLE Xtra
MEDICAZIONE ADERENTE A BASE DI GOMME SENZA ALCOL
Per una soluzione personalizzata

Xtra

Xtra assorbenza
Xtra conformabilità
Xtra protezione

La sua guarigione è nelle tue mani

Indirizzi Centri Iperbarici

Nel bollettino allegato al n. 2 della Rivista SIMSI sono stati pubblicati a pagina 8 (ultima di copertina) gli indirizzi sui Centri Iperbarici Italiani. Comuniciamo con questo numero le variazioni avvenute nell'ultimo trimestre segnalate dai lettori del Bollettino e della Rivista che ringraziamo.

Regione	Centro	Indirizzi	Città	Telefono	Fax	Legenda
LOMBARDIA	Servizio di Medicina Iperbarica - Casa di cura Habilita SpA	Via Bologna, 1	24040 Zingonia (BG)	035-4815511	035-882402	*(P)
	ILMI	Via Premuda, 34	20129 Milano	02-76022511-76004035	02-76004035	*(P)
	Servizio OTI - Istituto Clinico Città di Brescia	Via Gualla, 15	25128 Brescia	030-3710358/357	030-3710357	*(P)
	Centro Medicina Iperbarica del Verbano srl	Via Bellorini, 48	21014 Laveno (VA)	0332-626384	0332-667373	*(P)
	Centro iperbarico - Ospedale Niguarda	P.zza Ospedale Maggiore, 3	20162 Milano	02-6444447		*(P)
PIEMONTE	OTIP srl	Via Pola, 33	10135 Torino	011-3978900	011-3978890	*(P)
	Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista - Serv. An. Rian. - Centro OTI	Corso Bramante, 88	10126 Torino	011-6335500	011-6335173	&
	S.I.Pi. - Soc Iperbarica Piemontese - Centro Iperbarico c/o "I Cedri"	Largo Don Guanella, 1	28073 Fara Novarese (NO)	0321-818519-818111	0321-829875	*(P)
VENETO	OTI Medica	Via Avieri, 19	36040 Torre Quartesolo (VI)	0444-380240	0444-380377	*(P)
	ATIP Ass. Tecn. Iperb. Padova - Centro Iperbarico	Via Cornaro, 1	35128 Padova	049-8070843	049-8071939	*(P)
	Istituto Iperbarico SpA	Via Francia, 35	37069 Villafranca di Verona (VR)	045-6300300	045-6300597	*(P)
	OTI Services	Via delle Macchine, 15	30175 Marghera (VE)	041-5381182	041-921969	*(P)
FRIULI V.G.	Centro Terapia Iperbarica Ospedale di Cattinara	Strada di Fiume, 447	34149 Trieste	040-3994178		*(P)
LIGURIA	Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova U.O.S. Terapia Iperbarica	Largo R. Benzi, 10	16132 Genova	010-5552071-5552088	010-5556897	*(P)
TRENTINO	Istituto Iperbarico di Bolzano srl	Via Del Vigneto, 31	39100 Bolzano	0471-932525	0471-200025	*(P)
EMILIA-ROMAGNA	Ospedale di Vaio - Serv. Anestesia, Rianimazione e Terapia Iperbarica	Via Don Tencati	43063 Fidenza (PR)	0524-515238-9	0524-515236	*(P)
	Centro Iperbarico srl	Via A. Torre, 3	48100 Ravenna	0544-500152	0544-500148	*(P)
	Centro di Medicina Iperbarica Aria S.r.l.	Via T. Cremona, 8/2	40137 Bologna	051-19980426-19982562	051-19982967	*(P)
MARCHE	Iperbarica Adriatica srl	Via delle Quercie, 7/A	61032 Fano (PS)	0721-827558	0721-827558	§(P)
TOSCANA	CEMIS	Via Aurelia ovest, 349	54100 Massa	0585-834141	0585-837203	*(P)
	Azienda Osp. Pisa - S. Chiara - Serv. Terapia Iperbarica	Via Roma, 67	56100 Pisa	050-992738-992111		*(P)
	Centro OTI "Nautilus" srl c/o Ist. Prosperius	Viale F.lli Rosselli, 62	50123 Firenze	055-2381637	0337-333009	*(P)
	Ist. Anest. Rianim. Policlinico Careggi	Viale Morgagni, 85	50134 Firenze	055-4279138/100	055-4279101	*(P)
	Osp. Elbano - Centro Iperbarico		Porto Ferraio (LI)			&
LAZIO	Ospedale Misericordia - Serv. di Ossigenoterapia Iperbarica	Via Senese, 18	58100 Grosseto	0564-485446-485111	0564-485691	*(P)
	Centro Iperbarico - Ass. Vol. Francesco Forno	Porto Comm. - ex Darsena Petroli	00053 Civitavecchia (RM)	0766-31666	0766-31666	&
	ICOT	SS 148 Pontina km 73,100	04100 Latina	0733-6511		*(P)
	Policlinico Umberto I - Serv. Medicina Iperbarica - Ist. An. Rian. - Università "La Sapienza"	Viale Policlinico, 155	00161 Roma	06-49970424	06-4461967	*(P)
SARDEGNA	Policlinico Gemelli	L.go Gemelli, 8	00168 Roma	06-30154490		&
	CIR	Via S. Stefano Rotondo, 6	00184 Roma	06-7008953	06-7008953	*(P)
	Casa di Cura Città di Quartu - Camera Iperbarica	Via Silesu, 6	09045 Quartu (CA)	070-810052	070-822481	§(P)
	Ospedale Marino - Serv. Ossigenoterapia Iperbarica	Viale Poetto, 12	09126 Cagliari	070-6094424		*(P)
	Centro Iperbarico Sassarese	Via della Torre località Platamona	07100 Sassari	079-3120071	079-3120072	§(P)
CAMPANIA	Ospedale Civile La Maddalena	Via Amm. Magnaghi, 3	07024 La Maddalena (SS)	0789-791200	0789-735162	*(P)
	Ist. Anestesia I - Ateneo Univ. - Serv. Ossigenoterapia Iperbarica	Via Pansini, 5	80131 Napoli	081-7463547		*(P)
	Azienda Ospedaliera "Cardarelli" - Camera Iperbarica	Via Cardarelli	80100 Napoli	081-7474082		(P)
	Ospedale Civile "G. Rummo"	Via dell'Angelo	82100 Benevento	0824-57111		
	Ospedale Santobono - Centro Regionale di Med. Sub. Iperbarica	Via M. Fiore, 6	80129 Napoli	081-2205790-2205712	081-2205790	*(P)
	Ist. Mediterraneo di Med. Subacquea	Via Europa, 23	80053 Castellammare S. (NA)	081-8726730	081-669393	(?)
	Casa di Cura M. Rosaria - Camera Iperbarica	Via S. Bartolomeo, 50	80045 Pompei (NA)	081-5359111		§(P)
	Iper srl	Via Celle, 2	80078 Pozzuoli (NA)	081-5268339	081-5267745	*(P)
	CE.M.S.I. srl	Via Margotta, 32	84100 Salerno	089-791323		*(P)
	CE.M.S.I. srl	Porto c/o Guardia Medica	84059 Marina di Camerota (SA)			#
	Ospedale "Umberto I" - Camera Iperbarica	Via F. Ricco, 50	84014 Nocera Inferiore (SA)	081-938247		*(P)
	PUGLIA	Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino	Viale Italia	83100 Avellino	0825-203323	0825-32625
Azienda Ospedaliera di Caserta - Amb. OTI		Via G. Tescione, 1	81100 Caserta	0823-232361/346	0823-232507	&
Ospedale S. Giovanni di Dio. Servizio di Medicina Iperbarica		Loc. San Lorenzo	84100 Salerno	089-672111		*(P)
Centro GF c/o Clinica Villa dei Fiori - Centro Iperbarico		Corso Italia, 1	80011 Acerra (NA)	081-3190310		§(P)
Ospedale Civile Nuovo - Serv. Anestesia e Terapia Iperbarica		Via Provinciale per Alezio, 12	73014 Gallipoli (LE)	0833-270429	0833-270455	*(P)
MOLISE	Osp. S. Paolo - U.O. Medicina Iperbarica	Via Caposcardicchio	70123 Bari	080-5843480		*(P)
	Nike srl	Via Arnesano, 6	73100 Lecce	0832-352992-354259	0832-352992	*(P)
	Centro Iperbarico Vieste	Loc. Coppitella	71019 Vieste (FG)	0884-701520-711239		*(P)
	Centro Iperbarico Isole Tremiti	Isola S. Domino	71040 Tremiti (FG)	0882-463234		#(P)
CALABRIA	Ospedale "G. Vietri" - Serv. Terapia Iperbarica	Via Marra, 14	86035 Larino (CB)	0874-827242/245		*(P)
SICILIA	S. Anna Hospital - Ambulatorio Iperbarico	Via Pio X, 111	88100 Catanzaro	0961-741574	0961-701509	§(P)
	Ospedale Pontimalli - Serv. Ossigenoterapia Iperbarica	Via B. Buozzi	89015 Palmi (RC)	0966-45471	0966-418268	*(P)
SICILIA	Azienda Ospedaliera Papardo U.O. SUES 118 e Camera Iperbarica	Contrada Papardo	98158 Messina	090-3992745/393207		*(P)
	Policlinico Universitario Ist. Anest. Rianim. e Ter. Iper. - U.O. Med. Iperbarica	Via Consolare Valeria	98125 Gazzi di Messina (ME)	090-2212805	090-2926414	§(P)
	Azienda Ospedaliera "Umberto I" - Serv. Anest. Rianim.	Via Testaferrata, 1	96011 Siracusa	0931-724292		*(P)
	Ospedale Civile - Serv. Anest. Rianim. Med. Iperbarica	Via S. Anna	98055 Lipari (ME)	090-9885246/257	090-9880847	*(P)
	Azienda Ospedaliera Reg. Cannizzaro II - Serv. Anestesia e Med. Iperbarica	Via Messina, 829	95126 Catania	095-7264203/211		*(P)
	Ospedale Nagar - ASL 9 Trapani - Serv. Anest. Rianim. Ter. Iperbarica	Via S. Leonardo, 2	91017 Pantelleria (TP)	0923-911844		*(P)
	Serv. Terapia Iperbarica ASL Trapani c/o Poliambulatorio Favignana	C. da Fosse	91023 Favignana (TP)	0923-92283		#(P)
	Azienda Osp. S. Antonio Abate - Serv. Anest. Rianim. Terapia Iperbarica	Via Cosenza Erice Casasanta	91016 Trapani	0923-809475		*(P)
	Azienda ospedaliera OCR - Sciacca U.O. Anestesia Rian. e Ter. Iperbarica	Via Figuli, 2	92019 Sciacca (AG)	0925-28148		*(P)
	CMI - Ist. Ort. "Villa Salus"	Strada provinciale per Brucoli, 507/A	96011 Augusta (SR)	0931-990111-990530	0931-512066	*(P)
	Ospedale Civico di Palermo - Serv. di Ossigenoterapia Iperbarica	Via Lazzaro	90127 Palermo	091-6665104		*(P)
	Ospedale Policlinico Universitario - Ist. Anest. Rianim. - Centro Iperbarico	Via Giuffrè, 5	90127 Palermo	091-6552722		*(P)
	ASL 6 - Palermo P.O. di Partinico (PA) - Centro iperbarico	Via Circonvallazione, 1	90047 Partinico (PA)	091-8911204/205		*(P)
	Serv. Terapia Iperbarica ASL 6 c/o Poliambulatorio Isola Ustica	Isola di Ustica	90010 Ustica (PA)	091-8449630		#(P)
	Serv. Terapia Iperbarica ASL 6 c/o Poliambulatorio Isola Lampedusa	Isola di Lampedusa	92010 Lampedusa (AG)	0922-971988		#(P)

LEGENDA: (P) camera iperbarica multiposto - (M) camera iperbarica monoposto.

* In funzione 24/24 hh, 7/7 gg - § in funzione in orario ambulatoriale - # in funzione nei periodi estivi - & inattiva - ? non si conosce l'attuale situazione.

N.B. L'elenco delle camere iperbariche riportato è un servizio offerto da SIMSI ed è da considerarsi "dinamico" nel senso che occorre verificare i dati. Infatti, il continuo evolversi della situazione logistica e operatività delle Camere Iperbariche Italiane, dovuta a chiusure e aperture di Centri non sempre comunicati alla SIMSI, può rendere non attendibili i dati. La SIMSI declina ogni responsabilità al verificarsi di situazioni non corrispondenti ai dati riportati. SI PREGA PERTANTO DI COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (ciperbar@iperbole.bologna.it) AL FINE DI COMUNICARLE CON I PROSSIMI NUMERI DEL BOLLETTINO.