



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA – AMI *Fondato da Mario Menaguale*
LA VOCE DELLO SMI-LAZIO *Sindacato Medici Italiani*

ANNO 17 - N.02
FEBBRAIO 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 0286/01 del 3/5/01

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: POSTEL S.P.A.

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

Le linee strategiche dello SMI delineate al Primo Consiglio Nazionale *Idee, proposte, progetti. Il nuovo Sindacato esordisce alla grande sul palcoscenico italiano*

Di Paolo Marotta
SI è svolto a Roma presso l'hotel villa Eur il primo congresso nazionale dello S.M.I. il primo ed unico di tutti i sindacati medici italiani ed essere poli-settoriale e, come consistenza associativa, il secondo sindacato di settore in Italia sia per il comparto della convenzionata che per la dirigenza. Al consiglio erano rappresentate 20 regioni su ventuno (mancava il Trentino Alto Adige) con una partecipazione di circa settanta consiglieri provenienti da tutte le regioni d'Italia. Una presenza massiccia tenendo presente che si trattava di un consiglio che eleggeva la nuova segreteria nazionale del sindacato e che doveva marcare i punti programmatici e i prossimi quattro anni del sindacato stesso. Tutto il consiglio si è svolto in due giornate dense di incontri e di reazioni ma soprattutto, caratteristica di un sindacato che si discute, con una grande dialettica interna ricca di spunti e di proposte. Tutto è iniziato con la relazione del segretario generale Salvo Cali che con

la sua sottile dialettica siciliana ha disegnato il percorso politico culturale che dovrà essere il viatico di questo nuovo sindacato. Nuovo? Certo!!! Se ripercorriamo brevemente il percorso fatto dallo SMI per la creazione di un soggetto centrale e forte in questo fumoso assetto politico sindacale che ci circonda, sicuramente lo possiamo definire: il nuovo sindacato autonomo di tutti i medici italiani. Infatti per gli smemorati occorre ricordare che il progetto nasce nel 2000 con la fusione fra CUMI-ANFUP e SIME -AISS, il primo soggetto sindacale fortemente ideologizzato e fortemente spostato sul comparto della convenzionata; il secondo sindacato nato dalla contestazione dei giovani medici specializzandi meno ideologizzato e spostato sull'asse giovanile del comparto della dirigenza. Dalla fusione di questi due gruppi nasce la CUMI-AISS. Nel 2004, dopo quattro anni, dalla frattura interna della FIMMG nasce

il suo interno la componente sindacale dell'AMI. Questo gruppo è composto prevalentemente convenzionati e dopo due anni di indecisione insieme all'API (gruppo di pediatri contrari alla FIMMG) ed al SEM (sindacato Lombardo costola dei CO-AS di prevalenza dirigente) si fonde con la CUMI-AISS per dare la luce allo SMI!
A questo punto, penserete voi, chissà che caos all'interno del Congresso nazionale di fondazione! Invece no! Dopo due anni di incontri e di medicazioni da parte delle dirigenze di tutti i sindacati, tutto è andato secondo l'idea comune, ovvero i piccoli interessi personali di "bottega" non hanno prevalso sull'interesse generale di sindacato. Qualcuno ha fatto un passo indietro ma l'idea rivoluzionaria di un sindacato autonomo unico di medici italiani è andata avanti e tutto hanno contribuito a stendere il progetto unitario di categoria.
Continua pag. 8

Il Governo cade e si rialza *Ma quale futuro per la sanità?*

La recente caduta del Governo si è trasformata in una capriola: di nuovo tutti in piedi ai loro posti. Il nuovo programma è stato espresso nei famosi "dodici punti" in cui la sanità brilla per la completa assenza. In compenso si insiste sulla riduzione "razionalizzazione", bah!) delle spese e sull'unificazione degli Enti Previdenziali. Non possiamo nascondere, siamo preoccupati

MEDICI IN LISTA D'ATTESA

La graduatoria della Medicina dei Servizi (pag.2)

Il futuro della Sanità Il Rapporto CEIS (pag.2)

Il Medico di Famiglia: L' Uomo Burocratico Come si soffoca una professione affascinante (Pag.3)

Novità dalla rete: Qua e là su Internet A cura di Navigator (pag.3)

Pazienti prepotenti e richieste inappropriate: tutto il mondo è paese Non sono solo i medici italiani che devono fronteggiare le richieste spesso inappropriate dei pazienti. (Pag.4)

Le Regioni non possono modificare il Rapporto Ottimale medico-paziente (pag.4)

In calo spesa farmaceutica Asl Viterbo (pag.7)

FNOMCeO: le nuove regole della pubblicità (pag.7)

Rimborsi IRAP (pag. 8)

SPESA SANITARIA Ne vogliamo parlare ?

Angelo Filardo

Il titolo di questo mio articolo sembrerebbe quasi una presa in giro, infatti da diverso tempo non si fa altro che parlare di spesa sanitaria, di razionalizzazione, di risparmio economico, stanco quindi di sentirmi ripetere la solita tiritera in tutte le salse e visto che, come medico di famiglia mi trovo sempre tra l'incudine ed il martello (scienza e coscienza o rispetto di disposizioni legislative), ho deciso di collegarmi ad internet e mi sono scaricato il rapporto sul monitoraggio dell'assistenza sanitaria in Italia - marzo 2006. Invito tutti i colleghi a fare uno sforzo e leggersi questo faldone, che alla fine risulterà essere sicuramente interessante, sia sotto il profilo culturale, per comprendere meglio come i burocrati abbiano suddiviso questo nostro mondo sanitario, sia sotto il profilo conoscitivo per essere coscienti di quanto siano realmente i costi di questo nostro SSN pagato interamente solo da una parte della popolazione e non dico tutta a ragion veduta, perché è ovvio ormai che a pagare sono sempre i soliti noti. Addentrandomi quindi nella sostanza del rapporto ma senza perseguire l'infinità di cifre che sono riportate mi soffermerò solo su quelle più generali e su quelle che a mio avviso ci danno il senso in maniera semplicistica di come siano distribuiti gli investimenti in questo SSN, non perché questi dati non siano conosciuti dai più, ma perché è ora che la classe medica e non solo, si renda conto di quante inesattezze vengano dette e riportate dai politici che dai mas-media ad uso e consumo propagandistico, gettando molto spesso la croce a chi di questo mondo sanitario ne è parte attiva con il fine di mascherare l'intento politico teso solo al risparmio e non all'investimento in un settore che è considerato più zavorra che profitto. (Continua a pag. 7)



Le due anime della FIMMG

La FIMMG Nazionale prepara un "Progettone" di riforma, la FIMMG-Lazio lo respinge aspramente. Il Ministro Turco presenta il progetto delle "Case della Salute" e di nuovo la FIMMG si spacca. Le due anime, evidentemente non conciliabili, continuano a tirare in direzione opposte, moderno e schizofrenico Giano Bifronte, tra la confusione degli iscritti e la preoccupazione di tutti. Ma quale delle due teste guiderà la medicina generale?

MEDICI IN LISTA D'ATTESA

Iniziati i lavori per definire i termini della graduatoria della Medicina dei Servizi

Con l'apertura di un tavolo tecnico, riunitosi a metà gennaio, la Regione Lazio ha dato il via alla seconda fase delle disposizioni inerenti il processo di stabilizzazione del rapporto di lavoro dei medici addetti all'attività Territoriale Programmata (in altri termini la cosiddetta sanatoria della Medicina dei Servizi). Come è noto, nel luglio 2006, l'Assessorato ha dato mandato alle Aziende USL di formalizzare il contratto a tempo indeterminato a tutti quei medici che stavano ricoprendo un incarico alla data del 19 luglio 2006 e che fossero stati in servizio anche alla data del 23 marzo 2005 (data di entrata in vigore del vigente ACN per la Medicina Generale). All'epoca, il nostro Sindacato sotto l'egida di Federazione Medici, ha richiesto ed ottenuto che la data del marzo 2005 fosse da intendersi in maniera estensiva, riferita cioè a tutto il primo semestre del 2005.

A seguito di questa determinazione assessorile numerosi colleghi hanno quindi sottoscritto il proprio contratto di convenzione a tempo indeterminato. Resta però il problema degli esclusi; di quei medici cioè che, pur avendo alle spalle anni di attività lavorativa precaria, hanno avuto la sfortuna di non essere al lavoro in uno dei due periodi temporali di riferimento. Davanti a questi colleghi si apre ora la strada della graduatoria, e, proprio per definire le modalità di graduatoria si è riunito un tavolo tecnico regionale. Prima di procedere nei lavori si rende, però, indispensabile avere il quadro

esatto della situazione: più in particolare non solo si deve conoscere il numero dei medici stabilizzati (nel terzo millennio non si parla più di sanatoria ma di stabilizzazione del lavoro) ma



Inizia la lista d'attesa

anche e soprattutto di quale sia l'entità delle ore di medicina dei servizi ancora vacanti.

A una lettura superficiale potrebbe sembrare che si tratti semplicemente di contare le ore di servizio che nel mese di luglio 2006 erano occupate da medici che non erano in possesso dei requisiti per essere occupati a tempo indeterminato (n.b. non solo l'occupazione nei due periodi temporali ma anche i requisiti previsti dall'art. xx dell'ACN per la medicina generale); ma non è esattamente così. Infatti, dietro espressa richiesta della Regione, le Aziende USL hanno segnalato come ore vacanti soltanto quelle che ritenevano necessario coprire, e non tutte quelle che avevano a disposizione in pianta organica. In

questo modo si è andata sempre più contraendo l'occupazione di un'area che era stata definita ad esaurimento ma che oggi non lo è più; generandoci, peraltro, in tal modo una serie di difficoltà e disservizi. Molti medici inseriti hanno esperienza diretta (come memoria storica) di attività che sono state soppresse e non più sostituite. Se le ore soppresse in un servizio sono state date ad un altro servizio, appare comunque evidente che la qualità del lavoro non può che risentirne e così pure il servizio al cittadino; quello che doveva essere risolto con un ampliamento della pianta organica o anche con una ridistribuzione ragionata del lavoro, è stato invece tagliato via come un ramo secco.

Recuperare queste ore fantasma deve essere considerato un preciso impegno sindacale che, quanto meno, potrà offrire maggiori possibilità di lavoro ai colleghi che oggi si trovano nella scomoda posizione di occupare soltanto un posto in graduatoria.

Riferimenti legislativi:

DGR n. 229 pubblicato sul suppl n. 5 al BUR n.15 del 30/05/2006

Determinazione n. D2060 del 19/07/2006 dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio

Norma finale n.15 dell'ACN reso esecutivo in data 23/03/2005 dalla Conferenza stato Regioni

Capo IV del DPR 270/00

Florianna Ridde

"Azienda e Medicina di base per la continuità' assistenziale"

Riflessioni a margine di un Seminario

Questo il titolo del Seminario che si è tenuto il 19 dicembre 2006 presso la splendida sala Baglivi del vecchio ospedale S. Spirito. L'incontro doveva fare il punto sull'esperienza estiva di controllo e sorveglianza medica degli anziani "fragili" nelle giornate a rischio di ondate di calore, nel territorio della ASL RM/E.

Numerosi i Colleghi di MG presenti. L'occasione e' stata buona anche per rivedere amici e colleghi spesso dopo tanto tempo.

Gradito anche lo scambio di idee con alcuni funzionari della Asl seduti vicino a me.

Un po' meno gradito lo svolgimento del tema non per la solita polemica, ma per la palese mancanza di aderenza al titolo: infatti lo svolgimento era francamente fuori tema.

Basti pensare che i Medici di MG sono stati nominati solo un paio di volte e che solo nella relazione del Collega Giulio Di Gregorio si e' parlato del lavoro del Medico di Medicina Generale.

Non voglio entrare nello specifico

della trattazione dei dati, perché a parte la evidente buona volontà dei colleghi relatori, si è evidenziata una carenza scientifica straordinaria.

Molti dati infatti si sono rivelati in contraddizione tra loro e molti, a detta degli stessi Relatori erano francamente incompleti e/o dubbi.

Comunque la presenza di "amministratori e di rappresentanti del Sindacato" sul tavolo delle autorità, già da subito ha dato l'idea di quale considerazione goda il "Lavoro del Medico di Medicina Generale".

Dal tavolo delle autorità molto è stato detto in merito al lavoro svolto dai politici e dagli amministratori, e nulla è stato accennato per il lavoro vero, stancante e obiettivamente umiliante svolto da noi Medici.

Per analizzare alcuni aspetti del programma "Ondate di calore e anziani fragili" si è evidenziato Che:

I°) il ricorso alla prestazione del Cad e' stato quasi inesistente; II°) il servizio di avvertimento delle giornate a rischio non ha funzionato.

Per il primo punto (CAD) e' abbastanza semplice capire il motivo:

non si puo' certo programmare un

prelievo e attendere un referto quando ci si trova in un momento di urgenza/ emergenza. Erano inoltre necessarie 24 ore di attesa per avere una infusione endovenosa.

Si e' portati a credere che un sistema così organizzato sia frutto di menti non abituate a vivere la sanità sul territorio per non dire altro.

La medicina non si fa con la politica o con le chiacchiere, come ha voluto far capire il collega Luigi Milani nel suo apprezzato intervento finale.

Per il secondo punto (avvertimento per le giornate a rischio ondate di calore) si è messo in evidenza che in tutto il periodo sono stati inviati da uno a due messaggi di avvertimento e che quindi la sorveglianza nella quasi totalità dei casi e' stata autonoma svolta dai Medici a seconda della loro abnegazione e sensibilità.

Un sentito ringraziamento va comunque ai colleghi e agli operatori della ASL che hanno lavorato con impegno e sacrificio per rendere operativo un progetto che va studiato di nuovo con la partecipazione e l'aiuto dei MMG.

Gianuario Marotta

Il futuro della Sanità

Il Rapporto CEIS

Il IV rapporto CEIS Sanità diffuso a Roma nel dicembre ultimo scorso prevede per il 2007 una spesa di 105 miliardi di Euro con un disavanzo stimato compreso tra 2 e 4,3 miliardi di Euro, sicuramente inferiore ai 10 miliardi di Euro dell'anno precedente. Questo si deve da una parte all'incremento del Fondo Sanitario Nazionale e dall'altra all'efficacia dei piani di rientro delle Regioni "in rosso". Tutto bene, allora?

Non proprio, nella misura in cui più di un milione di famiglie si trovano in difficoltà economiche per far fronte a

non adeguata taratura dell'attuale regime di compartecipazione/ esenzioni e sulla differente distribuzione territoriale dell'impoverimento e della catastroficita' delle spese; così un possibile rimedio appare il passaggio a forme assistenziali più evolute dell'UTAP. I ricercatori pensano a Centri territoriali con responsabilità di budget, come in Gran Bretagna, che "promuovano la reale operatività degli incentivi per obiettivi di qualità ed appropriatezza: in questa prospettiva la medicina del territorio potrà giocare effettivamente un ruolo determinante nel governo



spese sanitarie inattese - è stato calcolato che la presenza di un anziano aumenti del 50% la probabilità di impoverimento di una famiglia - e nella misura in cui la mortalità femminile per tumori del seno,

dell'utero e del colon-retto è notevolmente più alta nel Sud del Paese rispetto al Nord; insomma la ripianificazione "efficace" del Sistema funzionale alla sua sostenibilità sembra generare disuguaglianze nonché iniquità sociale.

E i rimedi? A parte la sottolineatura che il disavanzo è strutturale in un'Azienda Sanitaria (meditate gente, meditate!), anche il CEIS finisce per rivolgere la sua attenzione alla necessità di provvedimenti correttivi in campo farmaceutico, partendo dalla constatazione che il centrosud spende molto di più del nord. Ho pensato: "ecco, siamo alle solite!", ma.....

Questa volta i ricercatori affermano un principio nuovo, quello di attuare politiche farmaceutiche più vicine alle necessità e alle culture locali, lasciando da parte l'illusione del tetto nazionale del 13%. E, analogamente, in riferimento alla politica di razionalizzazione ospedaliera basata sul taglio dei posti letto, i ricercatori affermano che non c'è relazione certa tra taglio dei posti letto e riduzione dei costi, rimanendo in campo ancora tante variabili: tassi di ospedalizzazione, livelli tariffari rispetto alle classi di età, costi per unità omogenea di ricovero, inadeguatezza DRG e squilibrio delle piante organiche.

Ergo, "occorre trovare nuovi strumenti di governo che premino le Aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performances peggiori"

Ma esiste anche una spesa sanitaria privata o fuori dalla copertura del Sistema: "l'età avanzata è un catalizzatore potente della fragilità socio-economica"...omissis "le aree assistenziali che più contribuiscono a mettere in ginocchio la famiglia sono la farmaceutica, la specialistica, ma anche l'odontoiatria e la long term care, per chi può permettersela." E da qui tutta una serie di considerazioni sulla

della domanda".

Fin qui gli economisti che sognano il modello inglese. Ma i medici? Ebbene i medici, e proprio quelli inglesi, hanno pubblicato un studio sul British Medical Journal del 22/10/2006 che ha inequivocabilmente dimostrato che non sempre mettersi in gruppo vuol dire offrire cure di migliore qualità e che, almeno nelle tre malattie croniche considerate: asma, diabete e angina, il tempo che il medico dedica in studio al paziente è più risolutivo del fattore organizzazione.

Così Edward Wagner, direttore del BMJ, può affermare che la medicina generale, attraverso la prevenzione, il monitoraggio della malattia e il coordinamento dell'assistenza, è insostituibile per non fare esplodere la spesa sanitaria, tanto che sarebbe meglio passassero alle cure primarie alcune competenze specialistiche, a patto che si salvaguardi il primario fattore di qualità della cura: più tempo da dedicare al paziente!

E Marco Cambielli può così ammonire la Regione Lombardia: "Questa pubblicazione dimostra come la qualità del servizio alla persona non dipende dalla struttura e quindi non è necessario pensare, come fa la Regione, ad accreditare i medici in base alle attrezzature che offrono; né è necessario spingere verso il gruppo misto (generalisti e specialisti)"

In conclusione l'organizzazione genera incerti risparmi; invece una visita più accurata (la qualità della prestazione) è la ricetta per la sostenibilità del sistema.

E se si trovasse "nuovi strumenti di governo che incentivino il lavoro virtuoso del MMG?"

Una ricetta che valorizzi la specificità del modello italiano, uno dei cofattori del primato continentale di longevità del nostro paese, mi sembra senz'altro da sperimentare prima di importare un modello, forse già superato!

Case della Salute: continuità assistenziale 24 ore per 7 giorni su 7

Al via la Commissione del Ministero della Salute— Ma molti temono un organismo inutile

L'organismo è stato insediato ieri dal ministro Livia Turco. Fra i principali obiettivi: assicurare la continuità assistenziale per l'intero arco della 24ore, 7 giorni su 7, favorire l'integrazione socio-sanitaria, potenziare l'assistenza alle persone non autosufficienti, ridefinire gli assetti istituzionali per un miglior raccordo tra servizi e professionisti. "La richiesta di continuità dell'assistenza da parte dei cittadini nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette - sottolinea il ministro - rappresenta una priorità assoluta. Il rapporto di fiducia tra cittadini e Ssn si basa essenzialmente sulla capacità di esserci, e di esserci nel modo giusto quando serve. In altre parole - aggiunge - il

nostro obiettivo è quello di costruire e garantire un'offerta adeguata di assistenza sul territorio, il più vicino possibile al domicilio e in grado di rispondere ai nuovi bisogni di assistenza: un vero e proprio secondo pilastro della sanità pubblica da affiancare all'ospedale. Ciò significa anche ripensare l'offerta di prestazioni da parte del medico di medicina generale. Dovremo infatti abituarci a pensare a questa figura anche in chiave di equiva costituita da più professionisti, che si danno il cambio nell'arco delle 24 ore e della settimana". La Commissione, di cui fanno parte rappresentanti medici e delle altre professioni sanitarie, nonché esperti del settore, ha

avuto il mandato preciso dal ministro di arrivare in tempi brevi a un vero e proprio Piano d'azione. Primo passo: fotografare la situazione regione per regione. "A tal proposito -annuncia il ministero della Salute - si svolgerà a Roma il prossimo primo marzo un convegno nazionale sulle 'Case della Salute', dove saranno illustrate le proposte di otto Regioni e si aprirà un primo confronto pubblico con tutte le professioni che opereranno nella nuova articolazione della medicina territoriale". Prossima tappa sarà la prima Conferenza nazionale sulle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria, in programma a Bologna a maggio. Giuseppe D'Alessandro

Case della Salute: anche molte voci contrarie

Molti temono una degenerazione del miglior SSN del mondo

Ogni nuovo Ministro ha la sua personale idea sulla migliore riforma del SSN, e ad ogni cambio di Governo si ricomincia tutto da capo, ripetendo spesso discorsi già fatti mille volte. La nascita delle strutture deputate all'assistenza continua, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, può, in linea generale (molto generale, intendiamoci) essere preoccupante perché sono possibili due scenari:

- Raggiungere questo risultato a costo zero (o comunque con costi molto bassi. In questo modo si fanno contenti politici e pazienti, ma a prezzo di un'usura insopportabile da parte degli operatori.

- Raggiungere questo risultato investendo cifre adeguate: c'è allora il rischio che vengano dirottate su questo settore risorse ricavate dai punti dolenti del sistema (cronicità, malattie ad alto impatto). Si rischia che per far contente (con gioia dei politici sempre a caccia di consensi) le mamme ansiose col bambino con diarrea da bignè, il paziente che vuole la ricetta alle 3 di notte, il banale mal di denti, vengano sacrificati il canceroso, il cardiopatico, il bronchitico cronico, che avranno invece meno risorse a disposizione. Certo, contano soprattutto i criteri di applicazione... Staremo a vedere.

Il Medico di Famiglia: L' Uomo Burocratico

Come si soffoca una professione affascinante

Appartiene ormai alla storia il ricordo del medico in camice bianco, che, con autorevolezza, procedeva con ordine all'anamnesi, all'esame obiettivo, alle ipotesi diagnostiche, alla prescrizione di esami, alla prognosi ed eventualmente alla terapia. Sbiadite rimembranze dei tempi giovanili della semeiotica, termine desueto, che non compare più neanche sullo Zingarelli. Questa strana figura professionale è passata al "setaccio", nel corso degli anni, con i più svariati appellativi: il Medico di Base (non ci si è costruito nulla sopra); il medico di Medicina Generale; il Medico di Famiglia, fra qualche giorno il Medico dei Pacs o dei Dico. Non sapendo più come chiamarlo, non sapendo più cosa farli fare, affidiamogli qualche pratica burocratica, dovesse restare a lungo inopero? Questo è quanto hanno pensato i nostri politici e amministratori della Sanità Italiana. Ecco, dunque, trasformato il medico della "mutua", come ancora ci chiamano alcuni pazienti, in un notaio o contabile che si voglia. Ci sono le gazzette sulle esenzioni, ci sono quelle sulle limitazioni prescrittive, e poi ancora quelle sulle ADP, ADI, PIP, RSA e via sigle in abbondanza. Ci sono i numeri dei codici per patologie, ci sono i numeri delle note AIFA, ci sono le indicazioni alfa-numeriche a 6



diato la Medicina, ora si trova ad avere a che fare con qualcosa di molto diverso. Abbiamo il coraggio di confessarcelo, trattasi di altro mestiere (scusatemi, ma a chiamarla professione, non me la sento). Questo è ciò che le Autorità vogliono da noi? Se lo è, ci sono riusciti in pieno, se non lo è, hanno fallito miserabilmente il loro compito. "Ad maiora", dicevano gli antichi, e noi, lo ripetiamo ancora una volta, rivolgendoci soprattutto ai nostri cari sindacati (pluralis maiestatis).

Luigi Cammarano

COMITATO DI REDAZIONE

nella nostra mente la nota 66 o forse no! È l'84, ma no! È la 4, e se fosse la 48, beh!, quella è meglio di no, con quella ti possono convocare. Pensando e ripensando a numeri e cifre, trascorrono altri 2 minuti, poi bisogna scrivere la ricetta, la signora ha l'esenzione, per invalidità, o per servizio, o per reddito, o per patologia, bisogna usare il codice giusto, e passano altri 2 minuti. Poi la paziente ti chiede come va preso il farmaco, e, poiché un po' di ipoacusia o di deficit cognitivo non si negano a nessuno (siamo la popolazione più longeva d'Europa), bisogna ripetersi un paio di volte, ma no, bisogna scriverlo, ma la signora non legge la scrittura dei Medici, allora le diamo carta e penna, ma la signora ha dimenticato gli occhiali a casa, e, pur, non concludendo molto, passano altri 2 minuti. Nel frattempo squilla il telefono, è la paziente di prima, che non ricorda come deve assumere la pasticca, anzi ha smarrito il block notes, e scorrono altri 2 minuti. Totalizziamo 12 minuti primi, calcolando una media di circa 10 minuti a paziente, siamo già fuori tempo, ma soprattutto, non abbiamo visitato nessuno. A volte ci salva la classica paziente che esordisce: "ma che! Me visita dotto'..." E pure questo volta ci è andata bene.

Se qualcuno di noi, per caso, ha stu-

D.E.A. DEL "SAN GIOVANNI": TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Il tromboembolismo venoso è una patologia importante della Medicina d'urgenza, e non solo. Compare spesso in modo drammatico, ma anche subdolo tanto che non di rado non viene diagnosticato: sintomi sfumati o addirittura assenti. Ciò ben si spiega sapendo che, quasi sempre, questa malattia origina da una trombosi venosa profonda la quale - a differenza della flebite - è un evento non flogistico e pertanto non doloroso. Multifforme l'etiopatogenesi: fattori trombotici, traumi, emopatie, neoplasie, gravidanza, estrogeni, obesità, varici. La profilassi - attuabile con mezzi fisici, con farmaci e con dieta - interessa numerose branche della Medicina e della Chirurgia: malattie interstiziali, chirurgia generale, urologia, ginecologia-ostetricia, ortopedia, neurologia, traumatismi.

Un'aggiornata e ben documentata puntualizzazione su questa problematica che è stata approntata da un "team" della Struttura complessa di Medicina Interna per l'Urgenza dell'Ospedale San Giovanni - Addolorata, coordinato dal Primario dott. Giannantonio Serqua. La pregevole pubblicazione "Il tromboembolismo venoso e lo studio GROMPFAC", Edizioni intem, CIC si avvale di una abundantissima bibliografia.

SCOPERTA RIVOLUZIONARIA: I BATTERI "OBESIOGENI"

Le popolazioni batteriche più rappresentate nell'intestino non solo dell'uomo ma anche del topo sono le famiglie dei "Firmicutes" e dei "Bacteroidetes". Due recenti studi pubblicati su "Nature" suggeriscono che questa flora intestinale, con i rispettivi genomi, è implicata nella regolazione del peso corporeo. Confrontando il materiale genetico di questi microbi intestinali di uomini e di topi obesi rispetto ai magri, i ricercatori hanno notato negli obesi una netta prevalenza dei Firmicutes e, per di più, che negli obesi i Firmicutes diminuiscono parallelamente al dimagrimento.

Ma si è fatto anche un altro esperimento. Trasferendo la flora intestinale dei topi obesi con deficit di Leptina nei topi magri, questi già dopo 2 settimane sono significativamente ingrassati. Prossima tappa: valutare se la manipolazione della flora intestinale può favorire il calo ponderale.

MORBO CELIACO: IL "PUNTO" A VICENZA

Il "Club del tenue", nel 15° Congresso nazionale svoltosi a Vicenza, ha puntualizzato gli aspetti più attuali della malattia celiaca o "enteropatia da glutine". È una patologia multisintomatica oppure silente.

In passato incideva di più in età pediatrica: arresto della crescita allo svezzamento, meteorismo addominale per la fermentazione dei carboidrati non digeriti, steatorrea, ipoprotidemia, deficit vitaminici. Oggi - non se ne conosce bene la causa - è maggiore il numero dei celiaci diagnosticati in età adulta: anemia iposideremica, ipocolosterolemia, osteoporosi, diarrea, ipotrofia muscolare, dimagrimento, tutti segni di malassorbimento. Patogenesi dovuta ad anticorpi. Nella

Novità dalla rete—Qua e là su Internet—

A cura di Navigator (Alessandro Ciammaichella)



Le condizioni che favoriscono la contaminazione sono: 1) Difetti anatomici: atrofia gastrica, diverticolosi duodenodigunale, stenosi, fistole, esiti chirurgici; 2) difetti motori: neuropatia diabetica, pseudostruzione intestinale, accelerata svuotamento gastrico, incompetenza della valvola ileocecale; 3) altre condizioni: malnutrizione, deficit immunitari, età avanzata, terapia protratta con H2-antagonisti.

MALATTIA DI PEYRONIE

Il 70% dei casi compare tra i 50 e i 70 anni. Una proliferazione progressiva dei fibroblasti dell'albuginea penis e poi anche dei corpi cavernosi causa placche dolenti e curvatura del pene con disfunzione erettile. In un primo tempo è sempre consigliabile la terapia medica con tamoxifene e acetil-L-carnitina per infiltrazioni intraplaacca e/o per via orale.

In caso di effetto scarso o nullo attendere 6-12 mesi prima di procedere all'intervento chirurgico, per evitare recidive e per controllare la stabilizzazione della malattia.

MISCELLANEA

DIABETE FAVORITO DAL FUMO?

Uno studio prospettico sul tabagismo da un elevatissimo numero di esaminandi ha portato alla conclusione che il fumo - attivo e passivo - aumenta il rischio nei giovani adulti di sviluppare intolleranza al glucosio (BMJ 2.006,332 : 1064)

CARDIOPATIE CONGENITE

Le malformazioni più frequenti: 1) Tetralogia di Fallot: difetto interventricolare, aorta "a cavaliere" sui due ventricoli, stenosi valvolare polmonare, ipertrofia del ventricolo dx; 2) Pervietà interatriale; 3) Cuore sn ipoplastico; 4) Coartazione aortica.

FUMO E CANCRENA ISCHEMICA

Per questa affezione in Emilia Romagna, dal 2000 al 2003, sono stati amputati agli arti inferiori 2.560 pazienti, con una nutria percentuale di fumatori. Il tabagismo poi, in quanto vasocostrittore, annulla l'efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica.

IPERTESI "DIPPERS" E "NO DIPPERS"

Il monitoraggio delle 24 ore dimostra che nell'ipertensione essenziale, nella quale è maggiormente operante il gioco simpatico-vago, vi è di regola il calo notturno della pressione (pazienti "dippers"), che manca invece nell'ipertensione secondaria ("no dippers").

LIFTING

Nella chirurgia estetica del volto, affinché l'aspetto del soggetto rimanga naturale, si deve sollevare - cioè spostare verso l'alto - non solo la cute ma, in blocco, cute, sottocutaneo e muscoli.

DISFUNZIONE ERETTILE E IPERTENSIONE

Uno studio su 96 ipertesi ha evidenziato una evidente connessione fra disfunzione erettile, ipertensione ed ipertrofia ventricolare sn (High Blood Press. And Cardiov. Prev. 2.006 : 77).

parete intestinale l'incontro del glutine (proteina di alcuni cereali) con le cellule epiteliali attiva una cascata infiammatoria che genera autoanticorpi: questo causano atrofia dei villi intestinali, donde il malassorbimento.

Tale patogenesi autoimmune rende ragione della celiachia come malattia talora asintomatica, coinvolgente molti organi: tiroidite, artrite, epatite autoimmune, diabete insulino-dipendente. Ricercare gli anticorpi antiendomisio e antitransglutaminasi. Indispensabile la dieta senza glutine. Oggi si stanno ipotizzando nuovi approcci terapeutici.

CAMERE IPERBARICHE

Due sono le affezioni per le quali l'ossigenoterapia iperbarica è indispensabile e urgente.

- Intossicazione da ossido di carbonio, gas incolore e inodore. Forma acutissima: cute rosso-accesa, rapido exodus. Forma acuta: cefalea, nausea, vomito, allucinazioni, caduta a terra con impossibilità a muoversi; può trapassare nel coma con cianosi, tachipnea, convulsioni, assenza del riflesso corneale.

- Embolia gassosa o malattia da decompressione dei sub. L'azoto, sciolto in gran quantità nei tessuti e nel sangue per l'aumentata pressione atmosferica, si libera tumultuosamente nel sangue in forma di bollicine: ne derivano emboli gassosi, infarti, emorragie.

Altre patologie - meno urgenti a confronto - si giovano dell'ossigeno sotto pressione. Infezione necrotizzanti e progressive dei tessuti molli, da anaerobi: ad es. la cancrena ischemica e la rarissima cancrena venosa (caso di osservazione personale). Lesioni radionecrotiche. Osteomielite cronica refrattaria. Innesti cutanei e ossei a rischio di rigetto.

A Roma sono disponibili tre camere iperbariche: due, pubbliche, al Policlinico Umberto I, una privata, al Calvary Hospital.

"OVERGROWTH" BATTERICO DEL TENUE

I meccanismi fisiologici che si oppongono alla contaminazione batterica del tenue sono l'HCl gastrico, la peristalsi intestinale, la secrezione delle immunoglobuline, la continenza della valvola ileocecale.

Pazienti prepotenti e richieste inappropriate: tutto il mondo e' paese

Non sono solo i medici italiani a dover fronteggiare le richieste spesso inappropriate dei pazienti

I medici generalisti italiani sono, non di rado, accusati di incompetenza per l'eccessiva richiesta di esami, visite specialistiche o uso di farmaci nuovi e costosi. Oppure, senza arrivare a questi estremi, li si rimprovera di non sapere indirizzare correttamente le richieste dei pazienti. In termini più brutali, di non saper negare accertamenti, visite specialistiche o nuovi farmaci al paziente che li richieda. Farmaci, accertamenti e visite che, si sottintende più o meno velatamente, sono nella maggior parte dei casi inutili. Però anche gli stessi MMG lamentano spesso questo fenomeno, sostenendo di essere in una posizione di debolezza in quanto facilmente ricattabili dall'arma della revoca.

Ma i medici di famiglia italiani sono i soli a vivere situazioni così frustranti? In altre realtà le cose sono più rosee? Non sembrerebbe, secondo uno studio americano [1]: negli USA i pazienti farebbero esplicite richieste ai medici di esami, visite specialistiche o prescrizione di farmaci nuovi, in circa un quarto delle consultazioni. Queste richieste inoltre influenzano fortemente le decisioni prese in seguito dai medici consultati. Gli autori dello studio hanno video-registrato 559 visite di 45 medici nel 1999. Venivano escluse dalla registrazione visite eseguite per follow-up o a scopo preventivo. Ben il 23% dei pazienti domandava esplicitamente al medico almeno un test diagnostico, una visita



specialistica o una nuova prescrizione farmacologica. Solo nel 13% dei casi il medico non soddisfaceva la richiesta ricevuta. Secondo lo studio, se il medico riceve una richiesta di visita specialistica ha 4,1 volte più probabilità di richiederla, rispetto al sanitario a cui non viene formulata alcuna richiesta. Per la prescrizione di un nuovo farmaco la probabilità è di 2,8 volte. Per contenere i costi e migliorare l'appropriatezza delle decisioni mediche gli autori dello studio auspicano che i medici siano espressamente istruiti su come indirizzare le richieste dei pazienti; ciò dovrebbe entrare a far parte della educazione medica continua. Inoltre essi suggeriscono che la medicina basata sulle evidenze e i programmi per contenere i costi siano resi accessibili non solo ai medici ma anche ai pazienti.

Ma evidentemente la faccenda non

deve essere così semplice se persino nella favolosa America i medici non sanno dire di no alle richieste dei pazienti.

Se questa è la situazione negli USA, quello che succede ogni giorno nei nostri ambulatori non dovrebbe perciò stupire. O meglio può stupire solo chi non sa cosa sia la Medicina Generale. Fa poi un po' tenerezza quanto suggerito dagli autori dello studio americano, soprattutto perchè sa molto di ingenuo idealismo ma poco di pratica quotidiana. Riesce francamente difficile immaginare come possano essere indirizzate le pretese dei pazienti, visti sempre più come "clienti a cui sottoporre consigli per gli acquisti". Riesce difficile pensare che il solo medico di famiglia, dotato di armi antidiluviane, riesca a fare una efficace azione di filtro quando l'ipermedicalizzazione e la pubblicizzazione di nuove tecniche diagnostiche o di nuovi farmaci invade le case degli italiani con frequenza giornaliera. Basta aprire una qualsiasi rivista femminile o un qualche inserto di quotidiani dedicato ai problemi di salute: è tutto un fiorire di consigli salutistici, di nuovi test, di screening e controlli periodici a cadenza sempre più ravvicinata. Tanto che viene da chiedersi se resta un po' di tempo anche per qualche altra attività che sia meno stressante della ricerca spasmodica della malattia.

Renato Rossi
Bibliografia
1. Arch Intern Med 2003;163:1673-1681

AIFA: no al "farmaco di riferimento"

Ma le Regioni continuano imperterrite. Verso una Sanità-Arlecchino?

Comunicato:
"L'AIFA a fronte di quanto appreso dalla stampa e dai primi riscontri sulle iniziative assunte da alcune Regioni in merito alla adozione di prezzi di riferimento per la rimborsabilità dei medicinali già inseriti in fascia A ai fini del ripiano degli sfondamenti di spesa farmaceutica, precisa quanto segue: anzitutto viene espressa vivissima preoccupazione in quanto l'adozione di prezzi di riferimento stabiliti dalle singole regioni ai fini della rimborsabilità dei medicinali, introducendo differenziazioni da Regione a Regione in merito ai prezzi di rimborso e alla accessibilità gratuita dei farmaci. In questo modo si lede il principio a legislazione vigente della unitarietà del sistema farmaceutico, poiché la materia di prezzi e rimborso dei farmaci di fascia A, costituisce un LEA, che non può essere modificato nelle singole Regioni, con il rischio di produrre 21 Prontuari farmaceutici

diversi. Il diritto del cittadino di avere un accesso uniforme ai farmaci di fascia A, indipendentemente dalla sua collocazione geografica, costituisce nella normativa vigente un diritto che non può essere messo in discussione dalle politiche di ripiano della spesa farmaceutica assunte nelle singole Regioni. In ogni caso l'Agenzia si rende disponibile a verificare con le Regioni e con i Ministeri vigilanti tutte le misure idonee e necessarie che consentano di governare la spesa farmaceutica e di rispettare il tetto di spesa, senza però pregiudicare i livelli essenziali di assistenza e l'unitarietà del sistema farmaceutico."

Il parere dell'AIFA non ha incontrato particolari favori nelle Regioni, che hanno scoperto questo nuovo meccanismo di risparmio e continuano su questa strada. Vedremo come finirà' la produzione di 21 Prontuari farmaceutici

Telitromicina, l'FDA mette in guardia

Usare solo per la polmonite

La Food and Drug Administration (FDA) ha annunciato la restrizione delle indicazioni approvate per l'uso della telitromicina alla sola polmonite acquisita in comunità. Originariamente le indicazioni approvate negli USA per la telitromicina erano: sinusite batterica acuta, riascibazioni della bronchite cronica e polmonite acquisita in comunità. Un'esausta del rapporto rischio beneficio secondo la FDA non giustifica più la persistenza delle tre indicazioni, ma della sola polmonite acquisita in comunità di entità moderata severa. Inoltre la FDA ha imposto un avviso con riquadro (il massimo grado di attenzione) che ricorda che il farmaco è controindicato nella miastenia gravis.

La FDA ha inoltre obbligato la ditta produttrice a predisporre una guida per il paziente che lo informi sui rischi connessi all'uso del farmaco e sulle modalità per ridurli e tale guida dovrà essere rilasciata al paziente in occasione di ogni prescrizione. Altri avvisi riguardano specifici eventi avversi che includono disturbi visivi e perdita di coscienza. Gli avvisi concernenti la tossicità epatica erano già stati inseriti in USA nel Giugno 2006.

Va tuttavia ricordato che gli avvisi dell'FDA non sono vincolanti per il medico italiano.

<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/telitromycin/default.htm>
Articolo completo e commenti su www.pillole.org

PUBBLICITA'

"Siamo troppo abituati ad attribuire ad un'unica causa ciò che è il prodotto di molteplici, e la maggior parte delle nostre controversie deriva da questo"

J. Von Liebig

Oppiacei: OK nel dolore addominale acuto

Rivisti i vecchi criteri

Somministrare oppiacei nel dolore addominale acuto non porta ad un maggior numero di errori di trattamento o di esiti negativi.

Gli autori di questa ricerca si sono proposti di rispondere alla seguente domanda: somministrare oppiacei nel dolore addominale acuto impedisce o rende più difficile una diagnosi corretta e comporta quindi un maggior numero di errori (definiti come interventi chirurgici non necessari o al contrario mancati interventi chirurgici necessari)?

La ricerca ha permesso di ritrovare 9 trials in pazienti adulti e 3 nei bambini. In tutti i trials la somministrazione di oppiacei determinava un trend di aumento del rischio di alterare il quadro clinico all'esame obiettivo. Quando l'analisi veniva ristretta agli 8 trials in cui veniva riportata una analgesia maggiore nei pazienti trattati con oppiacei rispetto a quelli trattati con placebo il rischio di cambiamenti all'esame obiettivo diventava significativo (RR 2,13; IC95% 1,14-3,98).

Siccome però i trials mostravano una importante eterogeneità gli autori hanno valutato se questi cambiamenti del quadro obiettivo apportati dagli oppiacei si traducevano poi in un aumento degli errori nel successivo trattamento. La risposta è che non si aveva un numero maggiore di errori nei soggetti trattati con oppiacei, anzi limitando l'analisi ai trials in cui si otteneva una adeguata analgesia si trovò che la somministrazione di oppiacei era associata ad una riduzione, peraltro statisticamente non significativa, degli errori di management (-0,2%; IC95% da -4,0% a +3,6%).

Gli autori concludono che la somministrazione di oppiacei nel dolore addominale acuto può alterare il quadro obiettivo ma questo non si traduce in un aumento degli errori di trattamento; stando agli studi pubblicati nessun paziente è andato incontro a maggiore morbilità o mortalità a causa della somministrazione di oppiacei.

Fonte:

Ranji SR et al. Do Opiates Affect the Clinical Evaluation of Patients With Acute Abdominal Pain?

JAMA. 2006 Oct 11;296:1764-1774.

Le Regioni non possono modificare il Rapporto Ottimale

L'accordo integrativo regionale non può modificare il rapporto ottimale medico-paziente stabilito dagli accordi nazionali. Sentenza del TAR della regione Friuli Venezia Giulia n. 50/2007

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) stipulato in data 15.12.2005 tra la Regione e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, approvato dalla predetta delibera della Giunta Regionale n. 269 dd 20.2.2006, stabilisce che il rapporto ottimale medico/popolazione è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650. Tale norma modifica quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN).

Secondo i rocerrenti tale norma introdotta dall'AIR viola di legge (art. 48, comma 3 n. 1 della l. 23.12.1978 n. 833, art. 3, comma 1 lett. d e 33, comma 9, dell'Accordo collettivo nazionale dd 20.1.2005) nell'assunto che le norme citate riservano la determinazione del rapporto ottimale alla contrattazione nazionale e non a quello regionale che è meramente attuativa di quella nazionale, la quale demanda alle Regioni unicamente la possibilità di introdurre eccezioni a tale rapporto, per determinati ambiti territoriali, con possibilità di aumento fino al massimo del 30%. La disposizione impugnata avrebbe invece arbitrariamente rovesciato la ratio della citata disposizione dell'art. 4 dell'Accordo collettivo nazionale facendo sì che la regola generale diventi quella del rapporto indiscriminatamente di 1 a 1300 mentre solo in via di eccezione per determinati ambiti (zone montane e a popolazione sparsa) tale rapporto può essere inferiore.

Il TAR stabilisce che il ricorso è quindi fondato e deve essere accolto.

Invece di ristrutturare il Policlinico perché non ristrutturare gli specializzandi ?

Vita quotidiana in un Policlinico del 2000

Vedere, rivedere i sotterranei della mia università, il Policlinico Umberto I ha risvegliato in me tanti ricordi. Vedere i sotterranei su internet e sulle pagine di un settimanale mi ha prima provocato stupore e poi rabbia. Rabbia perché valutare un ospedale dai sotterranei mi sembra, anche giornalisticamente eccessivo, rabbia perché vedere mandare dal ministro della sanità i NAS a controllare tutti gli ospedali mi sembra inutile, rabbia perché dai servizi giornalistici e dai tanti servizi televisivi è sembrato che le morti per infezioni ospedaliere nascano dalla scarsa igiene dei medici che vanno al Bar a prendere un caffè, ma soprattutto rabbia perché, come al solito, un servizio giornalistico può molto di più delle mille continue denunce dei medici e dei Sindacati che forse meglio di un pur valido giornalista potrebbero far luce sulla vere disfunzioni degli ospedali.

Quanto tempo passato in quei sotterranei. Ricordo che le prime volte i sotterranei mettevano paura ..., erano molto più sporchi di come appaiono oggi, molto spesso non illuminati e casa sicura di topi. Alle prime piogge parte di quei sotterranei si allagavano, parte erano chiusi, transennati. Quante volte mi sono perso: di segnaletica neanche a parlarne. Risalivo in "superficie" dalla prima scala che trovavo e mi orientavo. Alla fine della specializzazione li conoscevo a menadito, ogni angolo ogni porticina nascosta. Ma parliamo di 17 anni fa. La cosa che nessuno ha detto è che a correre i rischi maggiori non sono stati mai i malati ma sono da sempre i

portantini ed i portatini/specializzandi, si fa la solita figura: l'ultima ruota del carro. Quante volte da specializzandi "per il bene del paziente", per "imparare andando a vedere la diagnostica" abbiamo spinto malati lungo quei sotterranei, d'altronde allora di specializzandi ce ne erano tanti e di

portantini e/o infermieri sempre pochi e quei pochi svogliati. Ed allora via a spingere. A parte il freddo, nei sotterranei non vi era riscaldamento, il malato poco vedeva e poco capiva di quei corridoi bui.

Oggi probabilmente i sotterranei sono molto meglio conservati e mi auguro che gli specializzandi di oggi, molto meno di quanti eravamo noi, non siano più costretti a .. accompagnare o spingere barelle. Eppure in tanti anni passati lì sotto (otto per la precisione) non mai visto nessuno rubare come mai asserito dal direttore generale. Dovevo proprio essere cieco. O forse le hanno tolte a me e non me ne sono mai accorto? Nessuno in tanti servizi dice , ha detto l'unica verità 1) le nostre strutture, o meglio più del 50%

delle strutture in Italia (molte di più al sud), come denunciato dal "Veronesi Ministro", sono vecchie ed andrebbero abbattute 2) tutte le strutture costruite a "padiglioni" non dovrebbero più esistere in una sanità del 2000. La sporcizia dei sotterranei non ha certo mai ucciso nessuno (se non di polmonite viste le temperature e gli sbalzi di temperatura) ma il ritardo in cure ed accertamenti si, tante volte presumo. Se per fare una TAC urgente in un post operatorio, invece di prendere un ascensore bisogna attendere una barella un

barelliere un medico una anestesista e fare correndo vari chilometri (tale può essere la distanza) per arrivare all'istituto di radiologia questo si che è malpractice. Se l'istituto di malattie infettive (quante volte) chiede una consulenza urgente ed il medico deve fare tanti Km per arrivare per poi chiamare l'equipe fare altrettanti Km con il malato per farlo arrivare in sala operatoria questo si che mette a rischio la vita del malato. E' per questo e solo per questo motivo che tutte queste strutture andrebbero chiuse per la me-

tà riconvertendo i vecchi e distanti padiglioni in strutture di riabilitazione, hospice, rsa, lungodegente e al contempo ricostruire strutture moderne monoblocco dove prestare la vera assistenza come scritto e proposto da Veronesi ma anche da sempre dalle OOSS e dalle tante persone dotate di buon senso. Invece leggo che si ristruttureranno i sotterranei.... Certo la politica mangia dalle ristrutturazioni, la politica non chiude mai una struttura ma lo fa soprattutto non scontenta mai l'Università. Ed allora andremo avanti buttando soldi tanto che sorge il dubbio che tali servizi scandalistici servano proprio a questo ... a far buttare soldi, a trovare giustificazioni ad ulteriori sprechi, regalie. Intanto il direttore generale che nulla poteva contro il degrado ma che fa scortare le salme dalla "securitas" per paura che vengano rubate le comee ancora è là e probabilmente dovrà gestire i soldi delle necessarie (a chi non si sa) opere di bonifica dei sotterranei. Intanto i medici specializzandi ancora non hanno diritto ad una retribuzione per .. mancanza di fondi. Peccato non si possa ristrutturare anche loro, se fosse possibile avere una tangente politica sulla ristrutturazione degli specializzandi da tanto tempo le normative CEE sarebbero state applicate anche in Italia. Alla fine della storia a noi medici, rei di prendere il cappuccino ed infettare i malati, rei di spendere troppo, rei di rubare le comee non resta che stare a guardare inermi il teatrino dell'ipocrisia.

Francesco Medici -Vice segretario Nazionale SMI

Fumo passivo: la responsabilità e' del datore di lavoro

Se il datore di lavoro non fa quanto è in suo potere per eliminare i danni del fumo passivo, risponde per negligenza, ed è tenuto a risarcire i danni. Se il lavoratore non-fumatore ha richiesto ripetutamente al datore di lavoro di fare rispettare il divieto di fumo nell'ambiente lavorativo, e questi non ha fatto nulla ed anzi ha tenuto un comportamento "negligente in termini di doveri di protezione", è possibile chiedere il risarcimento del danno qualora si verificano conseguenze negative per la salute. Questo principio è stato sottolineato dalla Corte di Cassazione (Sezione Lavoro) che ha respinto il ricorso presentato dalla Rete ferroviaria italiana, oppostasi alla richiesta di una ausiliaria di stazione in servizio a Lecce la quale affermava di aver subito un danno alla salute avendo contratto una serie di affezioni nella stanza d'ufficio saturata di fumo di sigaretta. Si trattava di malanni quali rinite cronica, crisi asmatiche e faringite per cui era stata in malattia per un periodo prolungato con il conseguente taglio di un terzo della retribuzione. Il danno alla salute era stato comprovato da una adeguata certificazione medica per cui la Suprema Corte confermava che se il lavoratore si è sempre lamentato in danno dell' inosservanza del divieto di fumo, e da questo fumo derivava un danno alla salute, la richiesta di risarcimento era del tutto legittima. La lavoratrice otteneva quindi il reintegro della decurtazione stipendiale e il risarcimento vero e proprio del danno alla salute.

DZ- Fonte: ADNkronos



La siesta riduce la mortalità coronarica

Fare la pennichella allunga la vita

In questo studio greco sono stati arruolati 23.681 individui che al baseline non avevano una storia di cardiopatia ischemica, ictus o neoplasia. I partecipanti sono stati seguiti per 6,32 anni. Dopo aver controllato i dati per vari fattori di confondimento (dieta, comorbidità, attività fisica) i ricercatori hanno potuto evidenziare che coloro che si prendevano il tempo per una siesta durante il giorno avevano una mortalità coronarica più bassa (0,66; IC95% 0,45-0,97). In particolare coloro che usufruivano della siesta in modo occasionale avevano una riduzione della mortalità coronarica del 12%, mentre quelli per i quali la pennichella era sistematica tale riduzione saliva al 37%. Per gli uomini questa associazione risultò più forte per coloro che al momento dell'arruolamento lavoravano, mentre per le donne un'analisi simile non fu possibile per il numero limitato di decessi.

Fonte: Naska A et al. Siesta in Healthy Adults and Coronary Mortality in the General Population Arch Intern Med. 2007 Feb 12; 167: 296-301.

Commento di Renato Rossi

Prendersi una pennichella durante la giornata è un'abitudine diffusa tra le popolazioni con bassa mortalità coronarica, come per esempio le popolazioni meridionali e editerranee.

Gli autori confermano che un sonnello dopo pranzo è benefico e garantiscono di aver corretto i dati per i principali fattori di confondimento. Per una volta devo dire che crederò sulla parola a questi risultati, senza andare a cercare i limiti dello studio e l'eventuale "pelo nell'uovo". Debbo però dichiarare un formidabile conflitto di interessi e una clamorosa mancanza di imparzialità, dato che sono, da sempre, un accanito sostenitore della pennichella, di cui non posso assolutamente privarmi, pena un calo di performance lavorativa durante il pomeriggio. Sapere che questa mia sana abitudine mi riduce il rischio di mortalità coronarica non può far altro che incoraggiarmi nel perpetuarla. E che nessuno, per cortesia, mi venga a dire che la mortalità coronarica non è un end-point così forte e che sarebbe stato meglio valutare la mortalità totale tout court. Per quanto mi riguarda in questo caso mi accontento.

Coniugato? No, grazie! Da celibe vivo di più...

Il matrimonio diventa un fattore di rischio. Meglio soli...

Secondo uno studio essere celibi risulta associato ad un aumento della mortalità.

Lo scopo di questo studio è stato quello di investigare la relazione fra stato civile e sopravvivenza. Dati provenienti dal National Health Interview Survey del 1989 (indagine sullo stato di salute della popolazione basato su interviste ai singoli) sono stati confrontati con l'anagrafe del 1997. Fra tutti i partecipanti, 5876 (pari al 18,77%) risultarono deceduti prima del 1997. Dopo aggiustamento per caratteristiche demografiche e socioeconomiche, attraverso una analisi statistica di regressione multipla il tasso di mortalità per soggetti non sposati risultò significativamente più alta rispetto agli sposati. Sebbene l'effetto fosse significativo per tutte le categorie dei non sposati (celibi/nubili, separati, divorziati, vedovi/e), il tasso di mortalità risultò molto più alto nei soggetti che non avevano mai contratto matrimonio in entrambi i sessi ma con prevalenza nei maschi. Nel gruppo più giovane (19-44 anni)

la causa predominante di morte prematura risultarono le malattie infettive (verosimilmente l'AIDS) mentre nella mezza età e nell'età anziana la causa di morte più frequente furono le malattie cardiovascolari.



Fonte: Robert M Kaplan, Richard G Kronick Marital status and longevity in the United States population J Epidemiol Community Health 2006;60:760-765.

Commento di Marco Grassi

Più di 25 anni fa il cardiologo James Lynch pubblicò il libro " Il cuore spezzato: le conseguenze mediche della solitudine" dove sosteneva che le morti premature per problemi cardiaci erano più frequenti nei soggetti non sposati e/o che vivevano soli. Questa considerazione non è nuova e numerosi studi epidemiologici hanno suggerito in passato che vivere in un contesto ricco di relazioni sociali aumenta l'aspettativa di vita. E' tuttavia verosimile che una ricca rete di relazioni sia anche legato ad un più elevato stato sociale, che come noto, è un forte predittore di longevità. Non è noto invece quanto influisca il solo stato civile, indipendentemente dalle condizioni economiche. Questo studio epidemiologico dà una risposta a questa domanda, senza tuttavia chiarire le cause di questa minore longevità di celibi e nubili.

Questo genere di studi si presta a numerosi bias di confondimento. Per esempio morti premature in soggetti

non sposati potrebbe anche essere causate dal fatto che tali soggetti non si sono mai sposati proprio perché sofferenti di malattie croniche o difetti fisici che li hanno resi, per così dire, poco concorrenti nella ricerca di un partner. Ci si aspetterebbe quindi che il rischio di morte prematura sia più alto nei soggetti con scadente stato di salute. Lo studio ha verificato questa ipotesi esaminando nel dettaglio il rischio di morte in relazione sia allo stato civile che allo stato di salute. Il rischio di morte è risultato più alto nei soggetti più sani: celibi con stato di salute eccellente hanno un OR (odd ratio) di 1,8 di morte prematura rispetto agli sposati mentre i celibi in discreta salute hanno un rischio di solo 1,3 rispetto agli sposati in discreta salute.

Un'altra spiegazione potrebbe essere legata a stili di vita particolari dei celibi/nubili (maggior consumo di alcool, droghe, fumo, minore attività fisica con sovrappeso) che rappresentano noti fattori di rischio per morti premature. Dall'analisi dei dati risulta invece come i celibi/nubili siano, seppure di poco, più morigerati e attenti alla salute degli sposati.

C'è quindi da ritenere che l'eccesso di mortalità nei non sposati sia da addebitare genericamente all'isolamento sociale e affettivo, sebbene questa ipotesi manchi tuttora di concrete prove che la avvalorino.

Questo studio, curioso ma dalle implicazioni pratiche modeste, ci dice anche che lo stato civile di celibe o nubile ha un rischio in termini di odd ratio che uguaglia il rischio da ipertensione o da ipercolesterolemia. L'unica precauzione che può prendere il MMG nei confronti di questa particolare popolazione di pazienti, non potendo prescrivere una moglie o un marito a chi ne è sprovvisto, può essere quella di porre particolare attenzione agli altri fattori di rischio di malattia cardiovascolare modificabili e tenere conto di questo fattore di rischio aggiuntivo.

Infezioni e Problematiche correlate

14 Aprile- 4-5 Maggio 2007 – P.O. Aiuto Materno Aula Albergiani
Biologi e Chimici Prot. ECM n. 5298/272221- Tecnici di Laboratorio Biochimico prot. ECM
n. 5298/272222

CREDITI FORMATIVI: IN FASE DI VALUTAZIONE

3° Corso di Aggiornamento ECM per Biologi Chimici E Tecnici di Laboratorio Biomedico

SABATO 14 APRILE 2007

- 8.00 : Pre-Test
8.15 : **F.SCARLATA** – Professore Aggregato di Malattie Infettive – Università di Palermo – Sensibilità, specificità e valore predittivo dei tests diagnostici - Lezione – Casi simulati – Discussione
9.15 : **M. SAPIENZA** – Direttore U.O. Malattie Infettive – P.O. Nicosia Epatiti virali oggi in Sicilia – Lezione-Casi simulati-Discussione
11.15 : Pausa Caffè
11.30 : **F.SCARLATA** – I markers diagnostici delle epatiti virali: tecniche ed interpretazione - Lezione – Casi simulati – Discussione
12.30 : **D.PUGLIESE** - Dirigente Biologo P.O. Aiuto Materno – Palermo Autoimmunità ed epatite - Lezione – Casi simulati - Discussione
13.30-14.30 : Esercitazioni in laboratorio (metodiche RIA)

VENERDI' 4 MAGGIO 2007

- 14.00 : **R.AGLIASTRO** - Direttore U.O. Medicina Trasfusionale e Immunoematologia – ARNAS Civico-Palermo – Sicurezza del sangue e organizzazione del Servizio Trasfusionale secondo la nuova normativa -Lezione-Casi simulati-Discussione
16.00 : **F.GERVASI** – Responsabile Laboratorio UO Ematologia con TMO- ARNAS Civico – Palermo – Il Laboratorio integrato di ematologia – Lezione-Casi simulati-Discussione---
18.00 : Pausa Caffè
18.15-20.15 : Esercitazioni in laboratorio (metodiche ELISA)

SABATO 5 MAGGIO 2007

- 8.00 : **S.GIORDANO** – Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive ARNAS Civico - Palermo – Le micosi nel paziente immunocompetente - Lezione – Casi simulati – Discussione
10.00 : Pausa Caffè
10.15 : **M.MILICI** – Professore Associato di Microbiologia – Università di Palermo Responsabile Servizio Micologia AOU Policlinico - Palermo Dallo scotch-test alla PCR: tecniche di identificazione dei miceti - Lezione – Casi simulati - Discussione
12.15-14.15 : Esercitazioni in Laboratorio (metodiche fluorescenza)

INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI (€ 40,00)

Dott.DOMENICO PUGLIESE

(Tel. 091.7035522/320.8587222/328.3685937)

Laboratorio di Patologia Clinica – P.O. Aiuto Materno – Palermo
INOLTATA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO E.C.M.
(al precedente corso attribuiti n.11 crediti formativi)

EMERGENZE IN INFETTIVOLOGIA

- 1ª Ed. : 21-28 Aprile-12 Maggio 2007 - Osp.le dei Bambini-Palermo
2ª Ed. : 10-22-29 Maggio 2007 – Osp.le dei Bambini- Palermo
3ª Ed. :9-23-30 Giugno 2007-Castello Chiaramontano – Favara(AG)
Prot. ECN n. 5298/273072 Crediti ECM: in fase di valutazione

PRIMA GIORNATA

- 8.00 : Pre-Test
8.15 : **L.ABBAGNATO** – Infettivologa – Istituto di Patologia Infettiva e Virologia – Università di Palermo-Le meningiti oggi: epidemiologia e diagnostica - Lezione – Casi clinici – Discussione
10.15 : Pausa Caffè
10.30 : **A.ROMANO** – Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive – ARNAS Civico – Palermo Aspetti clinici e terapeutici delle meningiti – Lezione – Casi Clinici - Discussione
12.30-14.30 : **M.G.SCHIMMENTI** – Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive ARNAS Civico – Palermo – Le meningiti del neonato - Lezione-Casi Clinici-Discussione

SECONDA GIORNATA

- 8.00 : **C.MAMMINA** – Professore Associato di Igiene – Università di Palermo Meningiti: isolamento, disinfezione, chemioprophilassi, vaccini - Lezione-Casi clinici-Discussione
10.00 : **A.NASTASI** – Professore Ordinario di Igiene – Università di Firenze Le infezioni ospedaliere – Lezione – Casi Clinici - Discussione
11.00 : Pausa Caffè
11.15 : **P.COLLETTI**–Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive – Policlinico – Palermo-L'infezione Acuta da HIV: emergenza clinica (raramente) ed epidemiologica(sempre) - Lezione-Casi Clinici-Discussione
13.15-14.15 : **G.VIANI** – Responsabile U.O. Radiologia – P.O. Aiuto Materno – Palermo Infettivologia di Urgenza: cosa il clinico può chiedere al radiologo - Lezione – Casi clinici - Discussione

TERZA GIORNATA

- 8.00 : **F.SCARLATA** – Professore Aggregato di Malattie Infettive- Università di Palermo Sensibilità, specificità e validità delle indagini diagnostiche in Infettivologia di Urgenza: Lezione – Casi clinici – Discussione
10.00 : Pausa Caffè
10.15 : **C.COMPARATO** – Dirigente Medico U.O. Cardiologia – ARNAS Civico – Palermo Le Endocarditi Infettive – Lezione – Casi Clinici - Discussione
12.15 : **C.MARCELLETTI** – Direttore U.O. Cardiologia Pediatrica – ARNAS Civico Palermo – Professore Associato Università di Amsterdam – Componente Commissione Rischio Clinico Ass.to Reg.le Sanità – L'errore clinico nelle urgenze infettivologiche: problema etico,professionale,medico-legale - Lezione – Casi simulati - Discussione
14.15-14.30 : Post-Test

PER INFORMAZIONI E PRESCRIZIONE (€ 40,00)

Tel. 091.6666276 – 091.7035522 - 328.3685937
La prescrizione telefonica dovrà essere confermata presso
Ist.to Patologia Infettiva/Osp.le dei Bambini-Palermo

Corso ECM su Medicina legale

dal 24/05/07 al 28/06/07 - Sala Conferenze SIAMEG – Via Merulana 272 -00185
Roma – Prot. ECM n. 5298/276267 Crediti ECM: in fase di valutazione

Programma

- Giovedì 24 Maggio 07** *Dott. Daniele Zamperini*
20.00 – 20.15 Pre Test
20.15 – 21.30 Medicina Legale e SSN
21.30 – 22.30 Presentazione Casi clinici e Discussione temi trattati
- Giovedì 31 Maggio 07** *D.ssa Cristina Patrizi*
20.00 – 21.30 Privacy e consenso informato: obblighi per il MMG
21.30 – 22.30 Presentazione Casi clinici e Discussione temi trattati
- Giovedì 07 Giugno 07** *Dott. Ermenegildo Anselmi*
20.00 – 21.30 Il nuovo Codice Deontologico
21.30 – 22.30 Presentazione Casi clinici e Discussione temi trattati
- Giovedì 14 Giugno 07** *Dott. Ermenegildo Anselmi*
20.00 – 21.30 Responsabilità Professionale
21.30 – 22.30 Presentazione Casi clinici e Discussione temi trattati
- Giovedì 21 Giugno 07** *Dott. Ermenegildo Anselmi*
20.00 – 21.30 Problematiche Medico Legali di Previdenza e Assistenza
21.30 – 22.30 Presentazione Casi clinici e Discussione temi trattati
- Giovedì 28 Giugno 07** *Dott. Claudio Monzio Compagnoni*
20.00 – 21.30 Tanatologia e certificazione di morte
21.30 – 22.30 Presentazione Casi clinici e Discussione temi trattati

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Giov. 10⁰⁰-21⁰⁰
Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail : siameg@tin.it
La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti
Quota di iscrizione : € 60,00 + iva
Per gli iscritti AMI: € 30,00 + iva

A.M.I. – ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA – VIA MERULANA 272 – Tel. 06 4746344

Fax 06 4871092 – E-mail: siameg@tin.it

Il sottoscritto Dr. Nato a
Prov....., il/...../....., residente..... Prov.....
Via N. CAP tel.....
con stu. in Via N. CAP tel.....
cell..... E-mail.....
ASL di appartenenza Codice Fiscale

Operante nel/i seguente settore/i:

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

CHIEDE

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

DICHIARA che l'iscrizione

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

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

DATA _____ FIRMA _____

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

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

FIRMA _____

SPESA SANITARIA, NE VOGLIAMO PARLARE ?

Ecco quindi i dati per macrolivelli : tezza) e fuori dal sistema "output" (fig. 1) sociali- culturali-economici- ambien-

Fig.1

Livelli di assistenza	Costo (in migliaia di euro)
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro	Tot. 3.325.847
di cui Igiene e sanità pubblica	1.593.051
Igiene degli alimenti e della nutrizione	272.970
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	579.814
Sanità pubblica veterinaria	880.012
Assistenza distrettuale	40.966.328
di cui Medicina generale e Guardia Medica	5.110.794
Assistenza Farmaceutica	12.661.644
Assistenza Specialistica	10.387.993
Assistenza Tossicodip. e alcolisti	795.002
Assistenza Riabilitativa ai disabili	1.649.416
Assistenza agli anziani	2.312.878

Assistenza Ospedaliera Tot. 41.586.844
(prestazioni erogate in regime ordinario- day hospital- day surgery)

Totale spesa SSN. 85.879.019
Continuando l'analisi dei macrolivelli si può verificare che gli investimenti sono così suddivisi :

Il 3,9 % è per l'Assistenza Sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro con costo pro-capite di 57 euro.

Il 47,7 % è per l'Assistenza Distrettuale con costo pro-capite così distinto :

Medico di Famiglia- Pediatri - Guardia medica	89,00	euro
Assistenza Farmaceutica	220,89	"
Assistenza Specialistica	181,22	"
Assistenza Domiciliare-Residenziale-Semiresidenziale	212,00	"
Assistenza Tossicodip.- Alcolisti	33,00	"
Assistenza Disabilità- Psichica-Fisica	29,78	"

Il 48,4 % è per l'Assistenza Ospedaliera con un costo pro-capite medio di 726 euro

Con un minimo di 646 euro della Toscana ed un massimo di 1.154 euro per la P.A. di Bolzano.

Crede che chi si sia soffermato a riflettere su questi dati abbia la netta sensazione che nonostante i bassi costi e livelli certamente non eccelsi d'investimenti si sono ottenuti risultati decisamente invidiabili in rapporto ad altri stati sia in europa che nel mondo.

L'esito degli interventi sanitari misurati con indicatori all'interno del sistema " input" (efficacia, appropria-

tali- ecc.) dimostrano che il nostro SSN esprime soprattutto una buona sanità e poca mala sanità, ma solo quest'ultima fa notizia.

Lo stesso rapporto afferma oltretutto che " il quoziente di mortalità infantile " indicatore utilizzato a livello internazionale per misurare non solo lo stato di salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, ma anche lo stato di salute di una popolazione, nella comunità europea ha un valore medio di 5 mentre in Italia siamo al 4,1 - così come il tasso di mortalità riferito alla popolazione di età compresa tra 5 e 64 anni è passato da 2,36 decessi per 10.000 abitanti a 1,86 dal 1992 al 2002.

Volendo concludere questo excursus

sugli indicatori diciamo che la speranza di vita alla nascita è salita per gli uomini a 76,9 anni e per le donne a 82,9 e cioè tra i più elevati del mondo.

Orbene non vogliate parlare più di risparmio economico, parliamo di razionalizzazione ma di non di economicità, basta per favore non usate più questa parola è un'offesa alla nostra intelligenza e professione e non solo quella medica, ma di tutti quelli che in questo mondo sanitario lavorano e sudano anche con mezzi non sempre adeguati. Terminando questo mio sfogo, vogliamo dirla tutta ma proprio tutta ? Quale azienda, perché di azienda si parla, termine introdotto da "VOI", ditemi quale azienda al mondo ha un profitto come quello della sanità italiana, dove si dimezza la mortalità in dieci anni e si accresce la speranza di vita come in questa nostra amata terra, con che cosa pensate che questi risultati siano stati raggiunti ? Le capacità professionali di tanti uomini e donne in campo medico-infermieristico, nel campo della ricerca e della farmaceutica e dell'ingegneria medica ecc. ecc. insomma grazie a tutti questi professionisti della sanità, mi scuso con quelli che involontariamente ho dimenticato, si sono potuti raggiungere quegli obiettivi una volta impensabili il cui valore non può essere sconosciuto da nessuno men che meno da chi considera la speranza di vita come un problema e non come una risorsa, almeno su questo non abbiamo concorrenza producendo maggiore economia e potendola anche esportare, cosa che per fortuna già in parte sta accadendo. Tutto ciò non può essere mortificato da chi pensa che la speranza di vita sia un problema e non una risorsa, allora investiamo di più, razionalizziamo meglio ma non parlate più di risparmio, grazie.

Di Angelo Filardo
Presidente AMI

FNOMCeO: le nuove regole della pubblicità

Documento ufficiale del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, in cui si delineano i requisiti indispensabili per la pubblicità



Simbolo della FNOMCeO

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI (Consiglio Nazionale - Roma 22 febbraio 2007)

Il percorso di responsabilità riguardo alla tematica dell'esercizio professionale delle Medicine e pratiche non convenzionali, già avviato a Terni dalla Federazione Nazionale nel 2002, vede oggi la FNOMCeO esercitare nuovamente, a distanza di cinque anni, un ruolo di riferimento per i Colleghi medici e odontoiatri a garanzia della dignità della Professione ma soprattutto un compito di tutela della salute dei cittadini e di salvaguardia del livello qualitativo delle prestazioni professionali rese anche in ambito non convenzionale.

La presa di posizione di Terni rimane a tutt'oggi l'espressione concreta della doverosa attenzione che la FNOMCeO deve porre in essere in tutti i campi dell'esercizio professionale.

Non è stato un percorso facile e ancora oggi rivendichiamo la giustezza di quella scelta. Ritenere che l'esercizio professionale di nove Medicine e pratiche non convenzionali costituisce atto medico già all'epoca fu espressione della volontà di offrire al cittadino la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica. Libertà di scelta che secondo noi medici ed odontoiatri non può prescindere dalla piena informazione dei possibili e diversi approcci diagnostici e terapeutici.

Sulla base, quindi, del consenso libero e informato si ritiene consapevolmente di trasferire nella sfera delle responsabilità etiche, civili e tecnico-professionali un sistema di conoscenze e di attività quali le Medicine e pratiche non convenzionali, pur nella consapevolezza delle difficoltà esistenti sul piano della metodologia scientifica che caratterizza e definisce la Medicina ufficiale.

L'Ordine professionale riafferma anche in questo campo la propria competenza e responsabilità in ambito deontologico con particolare riguardo ai doveri dei medici in tema di trattamento terapeutico, di informazione al cittadino e di acquisizione del consenso.

Oggi si ritiene opportuno ribadire la necessità di definire a livello legislativo il sistema delle prestazioni mediche non convenzionali, in considerazione della sempre più frequente richiesta professionale non convenzionale, nell'intento della massima tutela della salute e a garanzia del livello qualitativo delle prestazioni dei medici e degli odontoiatri.

Riteniamo che i pilastri di tale normativa dovranno fondarsi su una puntuale definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti formativi nonché dei curricula formativi, ovvero delle regole e norme di regolamentazione dell'esercizio professionale e dell'autorizzazione di farmaci, rimedi e presidi non convenzionali. In tale senso la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

CHIEDE con forza un intervento legislativo del Parlamento che porti all'approvazione

di una normativa specifica sulle Medicine e pratiche non convenzionali che consenta anche in tali ambiti il rispetto del diritto sancito dalla Costituzione alla tutela della salute dei cittadini,

possibile solo attraverso una piena realizzazione e valutazione della competenza professionale, DECIDE

nelle more di tale normazione legislativa di esercitare fino in fondo il proprio ruolo di garanzia e di tutela dei cittadini indicando, quale atto di indirizzo e coordinamento, norme di prima applicazione (all.to 1) per gli Ordini provinciali finalizzate esclusivamente a consentire loro di svolgere in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari informativi relativamente all'esercizio delle Medicine e pratiche non convenzionali così come previsto dall'art. 2, comma 1, lett. b) della legge 4 agosto 2006 n. 248.

All.to 1)
Requisiti indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio professionale non convenzionale : PRIMA APPLICAZIONE
a) Certificazione di una scuola almeno biennale, ad orientamento clinico, frequentata per un minimo di 200 ore di monte orario che attesti la formazione teorica e il superamento di un esame finale nonché autocertificazione attestante l'esercizio professionale non convenzionale da almeno 3 anni.
Le scuole devono garantire i seguenti requisiti:

1. il responsabile didattico della scuola deve essere medico,
2. i docenti titolari/ordinari della formazione devono essere medici salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia...),
3. la scuola deve avere un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica deve essere almeno di 2/3 del corpo docente;

oppure
b) Certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal direttore sanitario o comunque dal responsabile sanitario della struttura.

Tale fase di prima applicazione ha la durata di 6 mesi dalla data di approvazione della deliberazione cui il presente testo è allegato.

Nei casi in cui gli Ordini ritengano sussistere una accertata competenza e professionalità clinica del richiedente potranno valutare in alternativa ai requisiti di cui ai punti a) e b), e limitatamente alla fase di prima applicazione, il possesso di almeno 3 dei titoli che seguono, ai fini della verifica del messaggio da pubblicizzare
Titoli aggiuntivi al fine della definizione del curriculum
a. pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;
b. partecipazione a convegni in qualità di organizzatore scientifico;
c. effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia;
d. partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia;
e. partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti la richiesta dell'attestazione.

In calo la spesa farmaceutica della Asl Viterbo



Marco Ricchi, rappresentante SMI della MG per la Provincia di Viterbo

15/01/07 - La spesa farmaceutica nella Tuscia inizia a scendere in maniera significativa, e la Asl di Viterbo si rivela una delle più virtuose della regione Lazio. Novembre 2006 registra una diminuzione della spesa, rispetto allo stesso mese del 2005, del 5,5%. Meglio ancora i dati di dicembre,

periodo nel quale si è riscontrato un calo di ben 18 punti percentuali rispetto a quanto si era corrisposto dodici mesi prima. Ciò significa un risparmio di oltre di un milione di euro in spesa farmaceutica negli ultimi due mesi del 2006 confronto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Un risultato che è stato accolto dalla direzione della Asl di Viterbo con naturale soddisfazione. "I numeri che possiamo esibire oggi - commenta il direttore sanitario generale, Alessandro Compagnoni - sono il frutto di un impegno costante e continuo che parte da lontano". Già nel 2002, infatti, la Regione aveva lanciato il grido d'allarme relativo ai livelli insostenibili raggiunti e relativi alla spesa farmaceutica.

stenibili raggiunti e relativi alla spesa farmaceutica.

"La necessità - prosegue Compagnoni - era quella di riorganizzare l'intero sistema, riducendo la spesa senza restringere il livello di assistenza degli utenti. La vera svolta si è avuta lo scorso anno con l'accordo tra Regione e Federfarma, che ha portato alla distribuzione di alcuni farmaci presso le farmacie esterne in nome e per conto della Regione stessa". In altre parole, grazie a questa intesa, le farmacie territoriali distribuiscono farmaci consegnati dall'amministrazione regionale, che li acquista a prezzi decisamente scontati. (www.regionelazio.it)

PUBBLICITA'

Da pag. 1
Ma torniamo al consiglio ... Dopo il segretario generale ha parlato il presidente nazionale Giuseppe del Barone che con la sua istrionica napoletanità ha voluto ribadire la Sua autorevolezza all'interno di un quadro sindacale che lo vede sempre attento ai cambiamenti della società e delle tendenze politico-sindacali.

Successivamente hanno parlato in ordine sparso tutti i consiglieri regionali proponendo ipotesi di lavoro necessari per la strutturazione e l'organizzazione del sindacato iniziando un dibattito inteso che è terminato nel pomeriggio di domenica 28 gennaio con la presentazione del manifesto dello SMI e della elezione dei membri di segreteria nazionale che comprendono tutti i comparti della sanità e rappresentano il 70% delle regioni italiane. Insomma un consiglio perfetto!

Che ipocrisia!
Certo dire che lo SMI è nato dalla fusione di anime diverse e nonostante tutto si scioglie e forma un sindacato perfetto vuol dire che sei ipocrita!
Certo sarebbe falso dire che ci vogliamo tutti bene e che ci siamo spocati con la certezza che "vissero felici e contenti"!

Sarebbe falso dire che tutti provengono dalla stessa famiglia e che tutto sarà fatto secondo quello che ce che "la famiglia" vuole!

Sarebbe falso dire che tutti i componenti sono stati contenti e sono usciti dal congresso nazionale e dal consi-



glio nazionale avendo ottenuto tutto quello che volevano!

Ma la straordinarietà di questo nuovo sindacato è che tutti hanno accettato di lavorare insieme dimenticandosi delle diversità e delle differenze cntando l'obiettivo comune: la creazione di una sola casa per tutti i medici italiani dentro la quale, come in tutte le sane famiglie italiane ci si scazza, si litiga, ci si insulta a vicenda ma che, alla fine, come in tutte le situazioni, si trova una via mediana attraverso la quale possano essere condivise idee comuni: ai pediatri di libera scelta ed agli specialisti ambulatoriali; ai medici di famiglia ed i medici di guardia medica; ai primari ospedalieri (dirigenti di II° livello) per gli assistenti (dirigenti di I° livello); agli specializzandi ed i professori universitari.

Il Sindacato dei Medici Italiani ha idee e progetti che vanno oltre gli schieramenti politici e che hanno come unico obiettivo trascinare l'onda lunga della politica verso quelle aspettative che sono necessarie al benessere del cittadino ma fondamentali per il recupero della credibilità e della professionalità del medico che è e resterà sempre il tutore della salute degli italiani.

Il parere del legale SMI in merito alla richiesta di Rimborso Irap

Spett.le Sindacato dei Medici Italiani
Oggetto: ricorsi per rimborso I.r.a.p.

In ordine ai ricorsi in oggetto promossi presso diverse Commissioni Tributarie, si comunica che con sentenza n. 03/03/07 depositata il 30 gennaio 2007 la Commissione Tributaria Regionale del Molise, sede di Campobasso, ha rigettato l'appello promosso dall' Agenzia delle Entrate avverso la sentenza di primo grado che aveva accolto la richiesta di rimborso dell'Irap avanzata da un medico di medicina generale addetto alla assistenza primaria.

La sentenza, rigettando l'appello dell'Ufficio, conferma quindi il diritto al rimborso dell'imposta per assenza

dei presupposti impositivi.

E' il caso altresì di segnalare che la Corte di Cassazione, con undici sentenze emesse qualche giorno addietro ha sancito taluni principi in materia rimborso Irap: in particolare la Corte ha respinto la tesi secondo cui l'attività professionale è sempre esente dall'imposta, evidenziando che, affinché ci sia organizzazione, e quindi sussista il presupposto dell'imposta, occorre che il professionista sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione e non sia, quindi, inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità e interesse; impieghi beni strumentali eccedenti le quantità che costituiscono il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività op-

pure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui, ponendo comunque un onere probatorio a carico del contribuente. La Corte ha altresì precisato che l'adesione ai condoni intervenuti negli anni passati esclude la possibilità di rimborso dell'Irap.

Sulla scorta di tali principi, i medici di medicina generale addetti alla assistenza primaria, privi del requisito organizzativo nei termini indicati nelle sentenze suddette, avrebbero diritto, in esito ai ricorsi già promossi, al rimborso dell'Irap versata.

Roma, 21 febbraio 2007
Avv. Antonio Puliatti

Adesso l'appendicite acuta si diagnostica col sistema "a punti"

Lo "score" all' americana può essere utile

Un sistema a punteggio di facile determinazione permette un buon orientamento diagnostico per escludere o confermare l'appendicite acuta nei bambini.

Per un periodo di 5 anni sono stati valutati i segni clinici di 1.170 bambini (età 4-15 anni) con dolore suggestivo di appendicite. I bambini furono suddivisi in due gruppi: gruppo 1 (734 bambini, appendicite presente) e grup-

po 2 (436 bambini, appendicite assente). Sono state poi valutate otto variabili:

- 1) migrazione del dolore
- 2) anoressia
- 3) nausea o vomito
- 4) leucocitosi (GB > 10.000)
- 5) aumento dei polimorfonucleati neutrofili
- 6) dolorabilità del quadrante addominale inferiore destro
- 7) dolorabilità che aumenta col salto,

dolorabilità che aumenta con tosse, percussione o salto, arrivando ad un totale di 10 punti

I pazienti del gruppo 1 avevano una media di 9,1 punti e quelli del gruppo 2 una media di 3,1.

Se si usa una soglia discriminante di 5 punti per escludere l'appendicite si sarebbero evitate complicanze come la perforazione al prezzo di operare 19 bambini inutilmente.

Con un punteggio di 6 si può dire che la diagnosi di appendice è probabile, mentre per 7-10 punti la probabilità può ritenersi elevata.

In alcuni casi può essere utile rivedere e rivalutare lo score a distanza di qualche ora.

La sistema non è stato validato per bambini inferiori ai 4 anni, nei quali,

pur troppo, la diagnosi può essere spesso difficile.

Per il medico di famiglia questo studio è interessante perchè ben 6 degli 8 punti sono facilmente valutabili senza ricorrere ad esami di laboratorio e permettono già un buon orientamento diagnostico.

Curioso che non sia stato considerato il "dolore addominale di rimbalzo" perchè ritenuto troppo doloroso per il bambino.

Renato Rossi

Fonte:
Samuel M. Pediatric appendicitis score. J Pediatr Surg 2002 Jun; 37:877-81

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

00001/...

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

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

AUTORIZZA
L'Amministrazione ad effettuare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile a favore del Sindacato dei Medici Italiani da versare sul C.C. bancario n. 65137, cod. ABI 3002, CIN Q, CAB 41160 della Banca di Roma ag. 363, Corso Umberto I, 47 - Vinchiatiuro (CB) secondo le seguenti modalità

Euro 15,00

CHIEDE
che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti
Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega ~~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 _____

SETTORE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO
ASSISTENZA PRIMARIA		
CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
DIPENDENZA		
EMERGENZA TERRITORIALE - CONV.		
EMERGENZA TERRITORIALE - DIP.		
MEDICINA DEI SERVIZI - CONV.		
MEDICINA DEI SERVIZI - DIP.		
MEDICINA PRIVATA		
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA		
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
UNIVERSITARIO		
SPECIALISTA IN FORMAZIONE	CONVENZIONATA	DIPENDENZA

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

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

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

Data _____ Firma _____

Copia per la A.U.S.L.

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:

Confermata in appello la condanna al medico che aveva somministrato psicofarmaci a un minore senza preventivo consenso dei genitori.

Preoccupati molti psichiatri per la prossima introduzione sul mercato italiano del Ritalin, un farmaco molto discusso. Utilizzato con buoni risultati nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività, e' in realtà un derivato anfetaminico, diventato ormai, in USA, uno dei principali farmaci da abuso. Se ne teme essenzialmente un uso troppo disinvolto o basato su diagnosi approssimative. Molti psichiatri hanno quindi applaudito verso questo atteggiamento rigido della Magistratura verso gli psicofarmaci, anche se un uso appropriato del farmaco può essere, in certi casi, molto utile.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano, per i testi e le recensioni scientifiche, i siti "Pillole" (www.pillole.org) "Scienza e Professione" (www.scienzaeprofessione.it). I contenuti umoristici sono tratti dalla "Piazzetta dei Medici" (<http://piazzetta.sfera.net>). Le vignette originali sono di Enzo Brizio.

PUBBLICITA'