

ASSOCIAZIONE MEDICA

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

ANNO 17 - N.03
MARZO 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 0266/91 del 3/5/91

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

A Roma il Congresso Regionale del Lazio del Sindacato Medici Italiani

Il nuovo grande soggetto sindacale si presenta
e presenta i suoi progetti

“ I Medici Protagonisti del Rilancio della Sanità Pubblica”

Questo l'argomento del Convegno che si terrà il 17 maggio alle ore 18 presso il CCRS-BNL, Via Marco Polo 127.

Il Convegno rappresenta la Presentazione Ufficiale dello SMI-Lazio, la nuova forza sindacale presente in misura importante in questa Regione.

La Tavola Rotonda “Non solo Tagli” verra' moderata da Giuseppe Del Barone, già' Presidente FNOMceO.

Prezenteranno importanti Autorità' sanitarie, rappresentanti sindacali, esponenti della cultura e della politica.

Verranno presentati i nostri progetti per il futuro della sanità' italiana, e i suoi risvolti a livello regionale.

**Tutti sono invitati
a partecipare**

Il certificato rende poco? Facciamolo pagare 2 volte!

Il “colpo di genio” di un
Medico di Famiglia

Sembra che qualcuno (un medico di famiglia di cui in questa sede non facciamo il nome), con incredibile colpo di genio, abbia risolto l'annoso problema dei certificati INAIL e della loro discussa adeguatezza economica.

Il sistema (geniale!) e', a quanto pare, in uso da tempo, ed e' stato esposto in una lista di discussione medica su Internet (c.d. “mailing-list”); prevede un meccanismo semplicissimo: il doppio pagamento. (pag.6)



Meno burocrazia, più professionalità nel settore sanitario

Intervista all' Onorevole Mario Baccini,
senatore e vicepresidente del Senato

A cura di A. D' Ettore

d. On. baccini nell'agenda di un politico un settore che crea un bene non tangibile: la salute, non crea risorse economiche ma richiede sempre risorse economiche.

r. Assolutamente si – la sanità' in ogni società' civile e' la priorità' delle priorità'; uno stato che guarda concretamente alla salute dei cittadini e' uno stato in buona salute.

d. Pero' la sanità' occupa sempre le prime pagine dei giornali per la grande voragine che crea nelle casse dello stato e delle amministrazioni locali.

r. Questo succede perche' la sanità' e'



rati e coscienti operatori sanitari che, insieme ai pazienti, devono essere la centralità' del sistema sanitario.

(pag. 5)

Innumerevoli novità' sulla prescrizione dei farmaci!

Ketorolac: modificata la scheda tecnica dei medicinali per uso sistemico (gocce, compresse e fiale): rischio di complicanze gastrointestinali soprattutto se associato ad altri FANS o se somministrato nei pazienti anziani. La prescrizione viene riservata agli specialisti ed alle strutture sanitarie.

Ketoprofene: modificata la scheda tecnica dei medicinali per uso sistemico (ad esclusione dei medicinali di automedicazione OTC che hanno dosaggi massimi autorizzati inferiori a 200 mg): rischio di complicanze gastrointestinali soprattutto se associato ad altri FANS o nei pazienti anziani. Viene raccomandato di non superare la dose giornaliera massima di 200 mg e viene espressamente controindicato nella insufficienza cardiaca severa.

Cabergolina: (Dostinex, Cabaser, Actualene). Det. AIFA del 28 febbraio 2007, G. U. n. 53 del 05.03.07: segnalati gravi effetti indesiderati: fibrosi e valvulopatia cardiaca. Le specialità' medicinali a base di cabergolina devono essere dispensate, dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta, su prescrizione del medico specialista in neurologia. Sulla base della prescrizione specialistica, della durata di validità' massima di mesi sei, possono essere effettuate prescrizioni anche dal medico curante o da un medico del Servizio sanitario nazionale, alle quali va sempre allegata la prescrizione specialistica.

Abolita la nota 58 (Ossigeno Terapeutico). Nella Seduta del 13 Febbraio 2007 la Commissione Tecnico Scientifica dell' Agenzia Italiana del Farmaco ha stabilito che la Nota 58 è da ritenersi ABOLITA

.Per quanto concerne le modalità di dispensazione si sottolinea che sia l'ossigeno liquido sia quello gassoso sono inseriti nel prontuario della distribuzione diretta (PHT) e quindi possono essere erogati direttamente ai pazienti in dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale ospedaliero-territoriale.

Nota 13: dopo un balletto di modifiche e ripensamenti, la prescrizione di **Omega3** torna alle origini: nel post-infarto a tutti.

Nota 78: aggiunta delle specialità' Ganfort (bimatropost timololo), Combigen (brimonidina timololo) e Duotrav (voprost timololo)

Cambiano le Note (AIFA) ma la musica non deve restare la stessa
(pag. 2)

Case della Salute: un toccasana sospetto
(pag.2)

Burrascoso dibattito con l' Assessore nella ASL RMB
(pag. 3)

Oseltamivir: evitare l' uso indiscriminato nell' influenza
(pag. 3)

Le campagne di screening: il sospetto di risorse sprecate
(pag. 3)

Prevedere il futuro pensionistico
(pag.4)

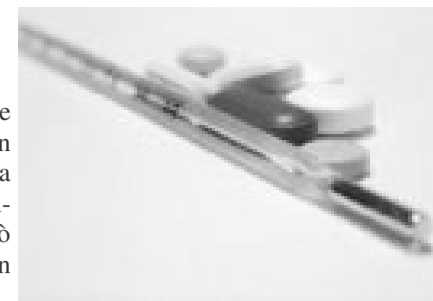
Sopprimere l' acidità gastrica aumenta il rischio di cancro gastro-esofageo?
(pag.5)

Quali sono le droghe più pericolose?
(pag.6)

I compensi arretrati degli specializzandi
(pag.6)

Lettera appropriata sull' “Appropriatezza Prescrittiva”
(pag.8)

Cambiano le Note ma la musica non deve restare la stessa



In questi giorni in ogni ASL pullulano gli incontri nel corso dei quali politica, spesso nella stessa persona dell' Assessore Battaglia, e vertici Aziendali, talora spalleggiati dai rappresentanti di un sindacato la cui sigla comincia per F e finisce con G, spiegano le nuove note AIFA ed illustrano le nuove modalità di distribuzione del farmaco – diretta ed in nome e per conto-, insistendo, da un lato, sul concetto che appropriatezza prescrittiva è sinonimo di adesione alle note AIFA suddette, ma dall'altro lasciando intendere che la finalità dell'incontro è comunque ottenere, in qualche misura, un contenimento della spesa farmaceutica. E tale contenimento è anche strategico nell'attuale momento finanziario regionale - sottoscrizione di un piano di rientro del debito attraverso l' accensione di un mutuo trentennale!-, anche se, paternalisticamente e nella certezza di quanto lontane siano alcune categorie di medici dalla consapevole applicazione delle note AIFA, si fa traparire che per l'immediato non c'è alcun intento persecutorio nei confronti della categoria, che peraltro, immancabilmente, reagisce piccata al momento della discussione e comunque ne esce turbata e preoccupata. Le considerazioni che seguono vogliono rappresentare un momento di rasserenamento degli animi, un versare acqua sul fuoco attraverso la scoperta che una legislazione caotica e esuberante finisce per ritorcersi contro chi l'ha pensata! Vediamo come.

Innanzitutto, per la medicina generale, quanto disposto dalla Legge 425/96 ha progressivamente perduto capacità e forza dissuasoria in quanto recepito dapprima da DPR (Convenzione) e successivamente dall'attuale ACN: in soldoni non rispettare le note AIFA si configura non come violazione di legge, ma come inadempienza contrattuale; ma è lo stesso ACN (Contratto

che disciplina, all'art 30, le procedure per eventuali sanzioni agli inadempienti e io ritengo che tali modalità non devono spaventare un medico " serio". Non conosco appieno la tipologia ed il contenuto degli altri contratti di categoria ed invito qualcuno ...dei miei venticinque lettori appartenenti ad altre aree diverse dall'assistenza primaria di segnalare, magari con lettera al Direttore, se questa ipotesi di reato, solo amministrativa e non penale, possa applicarsi anche nei confronti di altre figure professionali. Secondariamente, è di tutta evidenza che le Note AIFA applicano, di fatto, un modello di responsabilità prescrittiva " collettiva": ciascun medico italiano in quella situazione normativa non può che; ma l'AIFA nel momento un cui riconosce la non corrispondenza tra indicazioni come da note e indicazioni in scheda tecnica, e considera " in divenire" alcune delle stesse note, **deve lasciare, a tutela della responsabilità prescrittiva individuale, una certa discrezionalità al medico, a meno che non si assuma le responsabilità di eventuali danni o svantaggi causati al paziente da un rispetto totale della normativa.** Secondo un principio di reciprocità, infatti, se un medico " inappropriato" che magari avesse causato beneficio al paziente ma danno economico all'Azienda può essere sanzionato ai sensi art. 30 ACN, un medico "appropriato" che non avesse causato danni all'Azienda ma al paziente, direttamente (parziale rispetto indicazioni scheda tecnica) o indirettamente (incapacità solvente del paziente all'acquisto a prezzo pieno del rimedio, fattispecie al limite dell'incostituzionalità) deve potersi, nel caso di contestazione/ denuncia, rivalersi sull'Azienda che quel comportamento ha determinato! Ancora, il concetto nuovo di nota Aifa " in divenire" riafferma " l'inappropriatezza" di disciplinare

rigidamente un mondo, quello della medicina e, in particolare, della Medicina Generale, al quale non si possono applicare indicatori certi di rilevanza e prestazione per il semplice fatto che idiosincrasia, placebo, funzionalità di un disturbo o essenzialità di uno stato... rendono impossibile che esistano. A parte la nota considerazione per cui i pazienti dei trials da cui si traggono le evidenze non sono pazienti reali perché nella pratica quotidiana non sono previsti criteri di ammissione...all'assistenza, ora sta sempre più emergendo un'altra variabile devastante l'opera di un revisore dei conti: la comorbilità! Capita così che, in assenza di un criterio certo di equivalenza tra farmaci appartenenti alla stessa classe, lo "switching" è già opinabile di suo, ma ancor di più lo diventa laddove sia la comorbilità a rendere pressoché obbligatoria la scelta di un farmaco tra le tante opportunità offerte dalla classe di appartenenza (per esempio, il pantoprazoplo è sicuramente più adatto del lansoprazoplo per un paziente che assuma warfarin, o digitale); se questa scelta, viceversa, fosse determinata o disturbata dal prezzo di riferimento potrebbe essere alto il rischio di avere determinato una prescrizione **appropriata amministrativamente, ma inappropriata scientificamente e penalizzante (differenza di prezzo) per un cittadino già penalizzato!**

In conclusione il nostro sindacato, il sindacato della responsabilità, come si legge sul manifesto fondante, e la nostra Associazione riaffermano che è comune l'attenzione alla sostenibilità del Servizio Pubblico ma si aspettano che, da queste considerazioni si finisca per pensare ad un sistema di responsabilità prescrittiva individuale: un sistema che lasci, anche nel rispetto del codice deontologico, il medico libero di agire e pensare (la gastroprotezione

solo al soggetto di una certa età che abbia avuto già melena e che sia in trattamento cronico con FANS!?), ma l'Azienda libera di vigilare su qualunque altra deviazione, che non sia però solo da uno score (nota 79) o da un indice di rischio (nota 13)!

Case della Salute: un toccasana sospetto

Il ministro Livia Turco in vena di protagonismo inventa un'altra novità che potrà lasciare il segno negativo come le novità introdotte dal ministro Bindi in tema di snellimento delle liste di attesa.

Il ministro Bindi con la sua riforma ha creato le due sanità pubbliche italiane: una gratuita (per modo di dire perché spesso si paga di più del privato) e l'altra pubblica ma a pagamento (intra moenia), facendo ricadere sul cittadino la mancanza di volontà di sistemare gli stipendi dei medici delle strutture. Sarebbe stato sufficiente incentivare i Colleghi con il pagamento di straordinari e/o coinvolgerli più direttamente nell'aspetto economico per garantire una maggiore presenza nella struttura da dedicare all'utenza. Ora il ministro Turco (Livia) vorrebbe far passare il progetto " casa della salute " per una innovazione e soprattutto per un miglioramento epocale della sanità italiana. In queste case della salute dovrebbero essere presenti i MMG, i Pediatri, la Guardia Medica, il Sert, gli Assistenti sociali, i servizi per le domande di invalidità ecc. Le case dovrebbero riguardare un considerevole numero di assistibili ed esse dovrebbero diventare il secondo pilastro della sanità italiana.

Vi ricordate quando all'avvio della riforma sanitaria del '78 si inventarono le SAUB, le SAUI e LE SAUR come strutture salvifiche di Base, Intermedia, Regionale? Fino ad oggi ne' i Medici ne' i Cittadini hanno avuto miglioramenti rispetto a quanto offerto

dalle tanto vituperate Mutue.

Non esistono già le case delle ASL? e perché costringere i cittadini ad avere i medici lontani e poco raggiungibili soprattutto da parte di anziani, malati veri e bambini? Queste idee infelici sono sicuramente frutto di menti poco abituate a pensare ai bisogni delle persone. Del resto basta vedere la composizione della commissione che si è riunita il 22 Marzo per discutere di questo progetto, quindici componenti non medici e due rappresentanti di sindacati medici, per capire quanto questo progetto sia vantaggioso per i cittadini dal punto di vista sanitario.

Anche gli obiettivi sono assolutamente poco credibili:

I°) decongestionare gli ospedali

II°) essere più vicini ai cittadini

Per il primo punto, non si vede come si possano decongestionare gli ospedali concentrando in una sola struttura delle attività che già comunque non sono ospedaliere come le visite del MMG del Pediatra, la Guardia Medica, il Sert, le domande per invalidità, i consultori ecc.

Per il secondo punto e' estremamente semplice capire che il sistema si allontanerà in modo straordinario dai cittadini che non avranno più il Medico di fiducia vicino alle loro esigenze sia dal punto di vista fisico che da quello professionale.

Tutto questo ha il sapore del sovietismo massificatore.

Gianuario Marotta

Burrascoso dibattito con l'Assessore nella ASL RMB

Scienza, coscienza e burocrazia non vanno d'accordo

L'occasione un evento formativo aziendale "L'appropriatezza prescrittiva"

L'opportunità per l'Azienda, presenti i Direttori Generali e Sanitario, di illustrare le nuove note AIFA, la distribuzione in nome e per conto e la distribuzione diretta del farmaco, per la serie "E adesso lo sapete" e "sapete pure che con i nuovi sistemi informatici Io so tutto di voi.. per cui so che il 20% delle prescrizioni di statine è inappropriato per cui anche se non sono la Gestapo cercate di...."

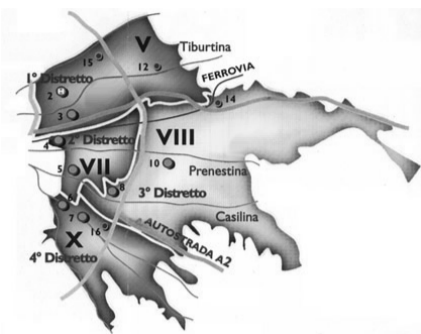
Lo show di Bartoletti superman che ha cercato di convincere la Platea e l'Assessore "Se mi concedi due minuti te lo spiego dopo!" che esiste un criterio certo di equivalenza del farmaco per cui è appropriato prescrivere il farmaco migliore al più basso prezzo, ma per alcune patologie gravi si ammettono deroghe, per cui per esempio per l'esofago di Barrett il lansoprazolo non va bene! (e come fa a spiegarcelo all'Assessore? E ai suoi iscritti?: un altro puzzle burocratico)

Un dibattito noioso tra mille sfaccettature delle note "ma l'ossigeno gassoso...." E le trite diatribe tra MMG e Dirigenza sull'uso e tracciabilità del ricettario

Poi ha preso la parola l'Augusto ed abbiamo capito quanto segue.

Il problema dell'appropriatezza è in questo momento strategico per la Regione nella misura in cui contribuisce a far risparmiare quei 770 milioni di Euro senza i quali, in assenza del rispetto dell'accordo spalmandebiti con

il Governo, ci sarà il commissariamento dell'Ente. Il piano di rientro regionale è basato sulla razionalizza-



La ASL RM B

zione dei beni e servizi, blocco del turnover del personale con revisione piante organiche, riformulazione o "adeguamento" (non tagli!) dei posti letto e interventi sulla farmaceutica; ora sui primi tre punti la giunta ha le idee chiare, ma sulla farmaceutica l'Assessore dopo aver parlato dei risparmi indotti dalle nuove modalità erogative ed illustrato la prossima rivoluzione del farmaco di riferimento con statina ad un pezzo alla volta, ha concluso con un "per il resto vedete voi a livello della commissione per l'appropriatezza e trovate voi il modo di, nell'attesa di un ripensamento degli aspetti organizzativi e dei percorsi, perché se siamo organizzati meglio..." e se ne andò non senza avere avuto un vivace scambio di opinioni con Angelo a proposito dell'ultimo rapporto sui LEA

Nel successivo dibattito con i vertici aziendali, noi abbiamo sostenuto che

il fate voi detto dalla politica è quantomeno singolare perché non accompagnato da alcuna delega, ma anzi da velate minacce, perché la politica può se non altro giocare la Carta dei Servizi Aziendali e non l'ordine di servizio come detto dal direttore Sanitario; poi i percorsi e l'organizzazione ci sembrano apertori di "risparmi" molto più che la lotta all'inappropriatezza per cui la Direttrice generale ha dovuto chiederci se vogliamo partecipare alla loro formulazione visto il nostro interesse; ed infine che appropriatezza è rispetto di note Aifa solo perché scritto in un ACN: non c'è nessuna ragione logica per uno strumento diverso dalla scheda tecnica, frutto di un ragionamento AIFA a partenza da una bibliografia che viceversa potrebbe portare il mio cervello a conclusioni diverse tanto che le note sono diventate rivalutabili e cambieranno, alcune, nel corso dell'anno; così come non c'è nessuna ragione logica ad una responsabilità prescrittiva collettiva, dovendo questa sempre rimanere individuale; Ma se serve nel breve periodo una mano che ce lo si chiedi ufficialmente e noi, come quella famiglia che non ha un soldo, non faremmo più colazione al bar ma se vedessimo che poi papà va a lavoro con la macchina e non col bus.....

PS abbiamo capito che con questo bisogno di cassa, anche i conguagli saranno una bella battaglia: diffideremo della lettera che ha accompagnato l'ultimo stipendio!

Enzo Pirrotta, Angelo Filardo

Le campagne di screening: il sospetto di risorse sprecate

L'impatto reale delle varie campagne di screening è largamente inferiore a quello ottenibile eliminando anche un solo fattore di rischio quale il fumo.

L'imperativo categorico oggi per la maggior parte delle persone è riassunto nella frase "Prevenire è meglio che curare", una frase che ha avuto una tale fortuna da diventare qualcosa di assimilabile ad una formula magica rituale, che non può venire messa in dubbio o discussa in nessun modo. Di questa formula fanno ampio uso i medici nel proporre screening oncologici di massa, fondendo in realtà la prevenzione con la diagnosi precoce. Se si volesse però guardare le cose con occhio sgombro da condizionamenti si potrebbero fare considerazioni molto interessanti.

Si prenda per esempio un gruppo di 1.000 donne di 55 anni che non hanno mai fumato, un gruppo di donne di eguali caratteristiche, ma fumatrici ed un gruppo di fumatrici che aderiscano scrupolosamente a quattro programmi di screening (TC torace per il tumore

polmonare, mammografia, colonscopia, Pap-test) e si consideri l'ipotesi di un più favorevole (cioè che ogni

	Numero di decessi attesi nei prossimi 10 anni per 1000 donne di 55 anni		
	che non abbiano mai fumato e che non aderiscano agli screening oncologici	fumatrici	fumatrici che aderiscano agli screening oncologici
Infarto miocardico	7	24	24
Ictus	2	9	9
Cancro polmonare	3	36	18
Cancro mammario	6	6	3
Cancro del colon	3	3	1,5
Cancro cervicale	1	1	0,5
Totale	22	79	66

screening oncologico sia in grado di dimezzare la mortalità specifica, ipotesi tuttavia ancora di là da venire).

Da tale comparazione (vedi tabella) risulta evidente che se si facesse un'adeguata "lotta al fumo" si potrebbero risparmiare molti più decessi di quanto si riesca ad ottenere con intensivi programmi di screening, molto costosi sia in termini di risorse impiegate, sia di risorse economiche profuse.

Viene quindi spontanea una domanda: qual è la vera prevenzione?

Renato Rossi
Bibliografia
Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. Risk charts: putting cancer in context. J Natl Cancer Inst 2002;94:803

Oseltamivir: evitare l'uso indiscriminato nell'influenza

Reazioni neuropsichiche indesiderate e resistenza, soprattutto in giovane età



Nuove informazioni di sicurezza relative problemi neuropsichiatrici nei bambini e adolescenti associati alla somministrazione di oseltamivir.

L'Oseltamivir è un farmaco antivirale capace di inibire la moltiplicazione e la virulenza dei virus influenzali A e B, ed è indicato per la prevenzione e il trattamento dei sintomi dell'influenza negli adulti e nei bambini. Durante la riunione del CHMP dell'EMA del 17/02/07 sono state inserite nuove avvertenze nella scheda tecnica in merito a reazioni avverse di carattere neuropsichico quali: stato soporoso, allucinazioni, delirio che devono indurre ad uno stretto monitoraggio, specie nei bambini e negli adolescenti.

Commento di Luca Puccetti

Già FDA e il Ministero della Sanità canadese avevano lanciato avvisi circa reazioni avverse neuropsichiche connesse con l'uso di oseltamivir.

Gli inibitori della neuraminidasi sono disponibili per il trattamento dell'influenza. In molti paesi l'oseltamivir è pubblicizzato per la comune influenza. A prima vista parrebbe logico che in corso di epidemia influenzale i cittadini potessero disporre nell'armadietto di casa del farmaco che, oltretutto, è tanto più efficace quanto prima viene assunto. Tuttavia alcuni studi hanno posto il serio problema dell'insorgenza di ceppi virali resistenti all'oseltamivir.

Nel 2004 9 su 50 bambini con influenza A (H3N2) trattati con oseltamivir (18%) presentavano una resistenza, da mutazione del gene della neuraminidasi (R292K, N294S, o E119V). Uno studio giapponese del 2000-2001 ha evidenziato ceppi virali A

(H1N1) con la mutazione H274Y in 7 bambini su 43 trattati con oseltamivir (16%).

Queste alte percentuali di ceppi resistenti sono verosimilmente dovute ad un uso scorretto del farmaco per dosi troppo basse e/o per trattamenti troppo brevi. La prova è che su 147 bambini arruolati in un trial (che includeva 26 bambini di età inferiore a 5 anni), trattati con dosi appropriate di oseltamivir in base all'età ed al peso, nessuno sviluppò forme resistenti. I virus mutanti resistenti possono avere la capacità di trasmettersi da uomo ad uomo, come è stato evidenziato su una casistica di 1200 non esposti al farmaco, tra i quali 3 soggetti presentavano ceppi resistenti all'oseltamivir.

La questione assume la massima rilevanza in considerazione della possibile pandemia da virus H5N1. Ci sono state segnalazioni di casi di influenza umana da virus H5N1 resistenti all'oseltamivir. I casi descritti da de Jong et al. fanno ritenere che, anche a dosi terapeutiche, la resistenza ad oseltamivir possa insorgere durante il decorso della malattia da virus H5N1 e condizionarne l'esito. Le segnalazioni di reazioni avverse neuropsichiatriche e di morte connesse con l'uso di oseltamivir sono pervenute prevalentemente dal Giappone e le cause di ciò possono esse-

re molteplici:

- 1) i giapponesi possono metabolizzare oseltamivir in modo diverso rispetto ad altre razze
- 2) gli eventi neuropsichiatrici possono essere una conseguenza dell'influenza
- 3) la più alta incidenza di effetti indesiderati in Giappone può essere spiegata dal maggior consumo del farmaco
- 4) La maggiore segnalazione di eventi avversi gravi da parte del Giappone potrebbe essere dovuta ad un diverso sistema di farmacovigilanza.

In conclusione appare saggio a momento evitare al massimo il rischio di selezionare ceppi resistenti e dunque l'uso indiscriminato di massa di oseltamivir per la comune influenza appare molto rischioso per l'alta probabilità di trattamenti incongrui che possono facilitare l'insorgenza di ceppi resistenti indebolendo un'arma probabilmente utile contro H5N1.

(bibliografia e dettagli sono consultabili su www.pillole.org)

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.



La Colectomia laparoscopica in regime di Day Surgery

Esperienza di un ospedale universitario

La Colectomia laparoscopica, intervento che si esegue oramai dal 1988, rappresenta senza dubbio oggi il gold standard per il trattamento della colelitiasi. Questo tipo di chirurgia ha beneficiato negli ultimi anni dei miglioramenti tecnologici della strumentazione laparoscopica. Infatti abbiamo assistito ad una notevole riduzione della durata dell'intervento che si attesta oggi in media al disotto dei 60 minuti e soprattutto grazie all'impiego di strumenti di dissezione e coagulazione molto sofisticati (ultrasuoni, radiofrequenza o elettricità bipolare) si è ridotto anche il rischio di complicanze intra e post-operatorie come sanguinamenti o spillage biliare. Grazie a questi miglioramenti, associati anche al perfezionamento dei farmaci e delle tecniche anestesologiche, il decorso dopo un intervento di colectomia laparoscopica è breve e non presenta dolore o fastidi significativi, la ripresa dell'attività lavorativa è rapida e soprattutto non è più necessaria una lunga degenza ospedaliera. La degenza postoperatoria media nei Centri di eccellenza è pari a soli 2,6 gg. ai quali si aggiungono di solito almeno 1-2 gg. di degenza prima dell'intervento. Alla luce di questi dati si è cominciato ad ipotizzare di poter eseguire in Italia questo tipo di intervento in regime di ricovero giornaliero, negli USA o nei paesi scandinavi già dal 1996 è alcuni centri hanno iniziato ad eseguire la colectomia laparoscopica in regime di Day Surgery o di One Day Surgery su larga scala. Dal Novembre 2003 abbiamo istituito presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea un protocollo di trattamento della colelitiasi in Day Surgery. Tale protocollo è stato esteso come indicazioni a partire dall'Aprile 2005, quando anche il Pronto Soccorso è diventato operativo presso questa struttura. Attualmente il protocollo di inclusione prevede: un'età al di sotto dei 65 anni, una patologia non in stato di acuzie, l'assenza di controindicazioni all'anestesia generale (ASA I o II), una forte motivazione da parte del paziente ed un nucleo familiare in grado di supportarlo. Il nostro protocollo prevede un primo accesso prima dell'intervento in cui il paziente esegue gli esami preoperatori e viene valutato dal punto di vista anestesologico prendendo in considerazione anche la sua condizione psicologica ed il rispetto dei criteri di inclu-

sione. Il giorno dell'intervento il pz si ricovera intorno alle 7:00 del mattino in modo da poter iniziare l'intervento intorno alle 8:00, l'intervento ha una durata media di circa 40 minuti e viene eseguito con tecnica a 3 trocar con : colectomia trans-ombelicale, bagno intraperitoneale con anestetico locale (ropivacaina 7,5 mg/ml) e somministrazione antibiotica con Piperacillina 2 g (ripetuta alle ore 16:00). Terminata la procedura chirurgica il pz. torna in stanza, alle ore 14:00 potrà mangiare una minestrina ed eseguirà intorno alle ore 16:00 il controllo dell'emocromo, Bilirubinemia, Amilasemia e Lipasemia. All'atto della dimissione, di solito intorno alle ore 18:00, il pz. viene informato sul regime alimentare e la terapia da seguire (un analgesico associato ad un gastroprotettore, PPI). Il Pz. viene inoltre dotato dei numeri di telefono del reparto e del chirurgo con l'obbligo di comunicare le sue condizioni la sera ed il giorno dopo. La nostra struttura prevede la possibilità di trattenere in regime di ricovero ordinario quei pz che per motivi legati a condizioni dolorose, psicologiche o in seguito a complicanze intra o postoperatorie, non possono essere dimessi; inoltre il pronto soccorso, divenuto operativo ad aprile 2005, ci permette di riaccettare e trattare con tempestività anche i pz già dimessi. Abbiamo eseguito ad oggi oltre 70 colectomie in regime di Day Surgery, una sola paziente è stata trattata in regime di ricovero ordinario per la presenza di forte nausea postoperatoria, nessun paziente è rientrato dopo la dimissione e solo una paziente si è lamentata per il dolore una volta giunta a casa. Dalle interviste a distanza dall'intervento è emerso un sentimento di soddisfazione da parte di tutti i pazienti, molti hanno inoltre sottolineato la comodità del regime di ricovero che ha consentito un distacco limitato dal nucleo familiare e dall'ambiente lavorativo. In conclusione la Colectomia Laparoscopica in regime di Day Surgery rappresenta una valida ed efficace procedura che consente la riduzione dei costi gestionali di una patologia largamente diffusa con l'ulteriore vantaggio di avere una limitata interferenza sul normale stile di vita dei pazienti. Questo è possibile qualora esista

una struttura ben organizzata che sia in grado di effettuare una accurata selezione dei candidati, di gestire il postoperatorio in modo da identificare tempestivamente eventuali complicanze e che sia in grado di trattenere o riammettere in qualsiasi momento il paziente.

Riportiamo la nostra esperienza sui primi 40 casi consecutivi, 16 maschi e 24 femmine, l'età varia tra i 26 ed i 60 aa. Tutti i pazienti sono classificati come ASA I o II, gli interventi hanno tutti una durata media intorno ad i 40 minuti (25-70) le dimissioni sono avvenute a 8-10 ore massimo dall'intervento. Nessun paziente è stato trattenuto in regime di ricovero ordinario. Una pz si è lamentata per i dolori post-operatori e 3 pz per la nausea.

Questo studio dimostra la fattibilità organizzativa e realizzativa della colectomia laparoscopica in Day Surgery anche allargando notevolmente i criteri di inclusione.

E' ovvio che il confronto con i risultati degli studi sui regimi di One Day Surgery non possono offrire risultanze statisticamente significative quando si considera la sola degenza postoperatoria ma a nostro avviso la Day Surgery trova giustificazione nello snellimento delle procedure, nella riduzione dei costi gestionali e, come emerge dalle interviste con i nostri pazienti, anche nel ridotto impatto sulle normali abitudini di vita.

È proprio sulla spinta di questi risultati incoraggianti e nell'ottica del ormai inevitabile contenimento dei costi che abbiamo deciso di intraprendere uno studio mirato a valutare la fattibilità della Colectomia Laparoscopica Clip-less in regime di Day Surgery.

L. Masoni,
A. Brescia,
F.S.Mari.

U.O.C Chirurgia B (direttore Prof. L. Angelini)
U.O.D Day Surgery (direttore Prof. A. Brescia)

I problemi economico-previdenziali del medico Prevedere il futuro pensionistico Cambiano le regole del gioco, e' fondamentale sapersi adeguare

Come e' stato detto piu' volte, non è più possibile oggi prescindere, per chiunque, dall'opportunità di valutare la propria posizione previdenziale e di saper identificare i percorsi più idonei per ottenere la migliore prestazione possibile dai contributi obbligatori e volontari versati al proprio Ente. Il rischio comportato dalla "sindrome" di cui allo scherzoso titolo è un ridimensionamento del proprio tenore di vita che le proiezioni attuariali sembrano prospettare come realmente molto marcato. Ci proponiamo quindi in questa serie di articoli di promuovere nei nostri lettori una maggiore attitudine a questa valutazione, e di stimolare, tra l'altro, la propensione ad una integrazione volontaria e consapevole della contribuzione obbligatoria, oltre che ad una responsabile allocazione del risparmio. Esamineremo oggi un interessante strumento di riscatto previdenziale, sicuramente non noto a molti: il riscatto di allineamento. Da sempre il Legislatore ha inteso favorire la contribuzione volontaria al fine di agevolare l'estensione della tutela previdenziale, e tutti noi conosciamo gli Istituti classici del riscatto degli anni di Laurea, della Specializzazione o del Servizio militare. Dal 2004 è possibile attivare questo nuovo strumento, che permette di allineare alla media degli

si di contribuzione effettiva i contributi versati in anni precedenti, permettendo l'incremento della media retributiva relativa all'intera vita contributiva e di conseguenza dando luogo a un trattamento pensionistico di importo più elevato. Di tutta l'evidenza è il fatto che questo è lo strumento ideale per colleghi prossimi alla quiescenza e che hanno già i necessari anni di contribuzione o di iscrizione all'Albo, ma che magari negli inizi o in periodi di minore attività abbiano versato importi ridotti: il riscatto di allineamento permette in modo selettivo anche per un solo anno e godendo della totale deducibilità del costo dall'imponibile IRPEF di integrare sensibilmente l'importo del

trattamento pensionistico. A maggior ragione, un collega più giovane e consapevole può da subito gradualmente e progressivamente irrobustire il suo montante contributivo. Nel prossimo articolo, saranno prese in esame le caratteristiche del riscatto in confronto con altre forme previdenziali come i Fondi Pensione. A proposito, lancio un'idea: perché noi iscritti S.M.I. non valutiamo con attenzione, come previdenza complementare ed integrativa, l'opportunità di costituire un NO-STRO Fondo Pensione? Ne ripareremo!

Oreste Masilli



Rumeni e Bulgari non più STP ma cittadini Europei

Cambia il regime assistenziale di numerosi pazienti

Dall'01/01/2007 Romania e Bulgaria sono entrate nell'unione Europea, accrescendo a 27 il numero dei paesi che ne fanno parte. Di conseguenza Rumeni e Bulgari sono diventati cittadini Europei a tutti gli effetti, anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Fino al 31/12/2006, usufruivano della tessera STP (STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI nel territorio italiano), con possibilità di accesso a cure essenziali e urgenti. Dall'01/01/2007 Rumeni e Bulgari non sono più cittadini irregolari o clandestini e possono entrare nei paesi dell'unione e soggiornarvi senza autorizzazione per 3 mesi. Nel caso siano già presenti o ivi rimangono per lavoro, devono richiedere "la carta di soggiorno" (e non il permesso di soggiorno) al commissariato di Polizia del luogo di residenza, sia per sé, che per i propri familiari. Con tale documento possono richiedere alla ASL di competenza,



l'iscrizione al SSN e scegliere il medico di famiglia con accesso a tutte le cure previste (specialistiche, farmaceutiche, medicogenerali-ricoveri). Rumeni e Bulgari, come tutti i cittadini Europei, hanno diritto alla tessera T.E.A.M Tessera Europea Assicurazione Malattia (regolamento CEE 631/04). La tessera va richiesta all'atto della partenza o successivamente al paese d'origine dallo straniero stesso, e dà diritto alle cure sanitarie, ad accesso diretto per l'emergenza (PS e GM) e con ricetta del SSN per prestazioni ambulatoriali specialistiche e farmaceutiche, oltreché alle visite ambulatoriali o domiciliari medico-generiche e pediatriche.

Per ragioni organizzative, la regione Lazio ha prorogato la validità delle tessere STP al 30/06/07.

Fiorella Cappelletto

Il futuro della Sanita': intervista a Mario Baccini (da pag. 1)

(da pag. 1)

d. Sembra invece che la politica abbia fatto il sorpasso rispetto a queste categorie.

r. La politica deve interessarsi di tutti i problemi dei cittadini e non puo' essere distante dalle problematiche sanitarie che piu' delle altre coinvolgono tutti i cittadini. La politica interviene la' dove occorre emettere delle regole, degli orientamenti.

d. Purtroppo attualmente le regole sembrano aver scontentato tutti: medici e pazienti.

r. Indubbiamente quello attuale e' un periodo di incertezze, di decisioni prese sia a livello nazionale che locale penalizzanti sia per il settore pubblico sia privato creando a cascata disagio ai cittadini.

d. Si spieghi.....

r. Tagliando posti letto, aumentando la retta degli ospiti delle rsa, riducendo l'assistenza nel settore riabilitativo in una societa' come quella nostra popolata abbondantemente da over sessanta si e' venuto a creare una

sanita' accessibile solo ai piu' abbienti.

d. Anche i medici affermano di essere penalizzati non solo per la carenza di posti di lavoro, ma anche per un trattamento economico non adeguato e di essere mortificati nella professione: troppa burocrazia e poca attenzione all'esercizio professionale.

r. La burocrazia e' un male che va' estirpato perche' soffoca ogni forma di entusiasmo: chi governa, potenziandola, da' un esempio di mal governo. personalmente quando sono stato ministro della funzione pubblica mi sono battuto per alleggerire alcune esasperanti procedure burocratiche (ricordo il principio del silenzio - assenso). In particolare per i medici ogni intervento politico deve mirare a potenziare l'aspetto professionale e non far irretire quest'ultimo nelle ragnatele della burocrazia.

d. Il medico di famiglia o medico di assistenza primaria cosi' come e' definito attualmente avra' ancora un ruolo nell'attuale servizio sanitario? Oppure avra' un ruolo piu' marginale? r. Tutt'altro! penso che per ridurre le

spese in ambito di ricovero ospedaliero la medicina territoriale va' guardata con piu' attenzione.

d. La medicina territoriale ha anche dei costi di gestione che all'inizio dell'attivita' lavorativa penalizza i giovani medici che sono costretti a lavorare con un bilancio negativo.

r. Quando parlavo di attenzione intendevo anche questo: attenzione all'attuale sistema di gestione di tale attivita'.

d. E della medicina ospedaliera ha qualche messaggio da inviare?

r. Si, ascoltare piu' attentamente gli specializzandi che attualmente richiedono risposte rapide e concrete su un contratto atteso da anni.

d. Per concludere ci puo' dire qualcosa di una politica che guarda al centro?

r. L'intenzione mia, del mio partito, indiscutibilmente di centro e' di guardare a tutti: alle categorie meno abbienti ma anche a coloro che con il loro lavoro creano lavoro per altri; una mia personale ammirazione per i medici che sempre e comunque sono le sentinelle della salute.

Puo' esistere una terapia medica degli Aneurismi dell'Aorta Addominale?

Gli aceinibitori potrebbero ridurre il rischio di rottura degli aneurismi dell'aorta addominale, effetto non riscontrato per gli altri antipertensivi. Gli aneurismi dell'aorta addominale sono una patologia tipica degli anziani. In genere si considera il diametro di circa 5,5 cm la soglia decisionale per l'intervento chirurgico perche' oltre tale limite il rischio di rottura diviene molto elevato. Ma esistono farmaci in grado di prevenire o ritardare l'ingrandimento e la rottura degli aneurismi? Teoricamente i farmaci che agiscono riducendo la pressione arteriosa potrebbero essere utile a questo scopo. Uno studio caso-controllo su oltre 15.000 pazienti (eta' > 65 anni) ricoverati per aneurisma (in fase di rottura o non) ha cercato di far luce sulla questione. Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori confondenti gli autori hanno trovato che l'uso degli aceinibitori era associato ad una riduzione del rischio

di rottura del 18% (IC95% dal 10% al 26%). Al contrario questo effetto protettivo non era evidente per altri farmaci antipertensivi compresi tiazidici, alfa e beta - bloccanti, calcioantagonisti e sartani. Ovviamente trattandosi di uno studio osservazionale questi risultati vanno interpretati con cautela. Si puo' ipotizzare che gli aceinibitori riducano il rischio di rottura di un aneurisma indipendentemente dall'effetto ipotensivo? Se fosse cosi' si potrebbe spiegare perche' gli stessi risultati non sono stati osservati con gli altri antipertensivi. Una risposta dovrebbe venire da studi di tipo randomizzato e controllato progettati ad hoc.

Renato Rossi

Bibliografia: Hackam D et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and aortic rupture: a population-based case-control study.

Lancet 2006 Aug 19; 368:659-665

La soppressione prolungata della secrezione acida sembra aumentare il rischio di cancro gastro-esofageo Ma forse e' dovuto alla patologia di base

L' aumentato rischio di cancro gastro-esofageo e' legato alla sottostante patologia piu' che alla inibizione prolungata della secrezione gastrica.

Questo studio caso-controllo si proponeva di valutare se una prolungata inibizione della secrezione acida gastrica sia associata ad un aumento del rischio di cancro gastrico od esofageo. A questo scopo sono stati analizzati i dati di pazienti (eta' 40-84 anni) registrati in un database di general practitioners inglesi durante il periodo 1994-2001. Il follow-up ha riguardato oltre 4.300.000 soggetti: sono stati registrati 287 casi di adenocarcinoma esofageo, 195 di adenocarcinoma cardiace e 327 di adenocarcinoma gastrico non cardiace, confrontati con un campione di 10.000 soggetti scelti a caso dal database.

Quando vi era una indicazione "esofagea" alla terapia soppressiva gastrica (reflusso G-E, esofagite, esofago di Barrett o ernia jatale) il rischio di adenocarcinoma esofageo aumentava di circa 5 volte, mentre non vi era alcun aumento del rischio quando la terapia gastrica veniva prescritta per indicazioni diverse (ulcera peptica, sintomi gastroduodenali). Quando la terapia soppressiva veniva prescritta per l'ulcera peptica vi era un aumento del rischio di circa 4 volte di adenocarcinoma gastrico non cardiace negli utilizzatori long-term mentre non vi era alcun aumento del rischio se la terapia veniva prescritta per altre indicazioni come patologie esofagee o sintomi gastroduodenali. Gli autori concludono che se e' vero che la terapia soppressiva gastrica e' un marker di aumentato rischio di adenocarcinoma gastrico od esofageo questo e' do-

vuto, molto piu' probabilmente, alla sottostante patologia piuttosto che ad un effetto collaterale dei farmaci antisecretivi.

Fonte: Gut 2006 Nov;55:1538-1544
Commento di Renato Rossi
Sempre a proposito degli studi caso controllo si e' gia' scritto che questi studi servono, in linea generale, a "generare ipotesi" piu' che a dimostrare un rapporto di causa-effetto. Tuttavia l'associazione tra l'uso di un determinato farmaco e la comparsa di un effetto collaterale puo' essere segno di un rapporto causale quando l'odds ratio (OR) e' particolarmente elevato. Cosi' per un OR compreso tra 2,0 e 5,0 la probabilita' di un rapporto causale e' debole/moderata, mentre comincia a diventare forte per valori di OR superiori a 5,0. Nel caso di questo studio si potrebbe pensare quindi che la probabilita' che il rapporto tra uso di antisecretivi long-term e il rischio di una neoplasia gastro-esofagea possa essere di tipo causale e moderata. Tuttavia il particolare disegno dello studio ci suggerisce che in realta' e' la sottostante patologia per cui si prescrive il trattamento la causa probabile della comparsa delle neoplasie, non tanto l'inibizione prolungata della secrezione acida. Infatti quando i farmaci antisecretivi vengono prescritti per patologie esofagee il rischio aumenta per tumori esofagei e non gastrici e viceversa. Si tratta di un riscontro che permette di guardare con sufficiente tranquillita' ai pazienti che necessitano di una terapia long-term con PPI o H2 bloccanti.

Attenzione ai bambini in trattamento con steroidi inalatori Alterazioni comportamentali possono essere colpa del farmaco

In base alle segnalazioni di farmacovigilanza olandesi gli steroidi inalatori possono associarsi nei bambini ad alterazioni comportamentali di iperattivita' ed agitazione.

Ricercatori olandesi hanno preso in esame le sospette reazioni avverse segnalate in Olanda con l'uso di corticosteroidi inalatori in pazienti pediatrici al fine di valutarne frequenza e gravita'. Sono state analizzate le reazioni avverse riguardanti i corticosteroidi per via inalatoria pervenute al centro di Lareb nell'arco di un trimestre e ne e' stato stimato il nesso di causalita' utilizzando l'odds ratio tra la frequenza della reazione considerata attribuibile ai corticosteroidi per via inalato-

ria e la frequenza assoluta della stessa reazione nel registro di farmacovigilanza. Delle 2.499 segnalazioni di reazioni avverse che riguardavano pazienti con meno di 17 anni, 89 vertevano sull'uso dei corticosteroidi per via inalatoria in pazienti la cui eta' media era di 6 anni. I farmaci sospettati erano fluticasone in 46 pazienti (52%), budesonide in 21 (24%) e beclometasone in 22 (24%). La maggior parte delle segnalazioni riguardava sintomi psichiatrici (19 casi, 21%) quali agitazione e iperattivita' (10 casi), aggressivita' (7) ed ansia (2), con odds ratio statisticamente significativo di 3,8 ed una maggiore incidenza nei bambini piu' piccoli. In 6 pazienti

(7%) sono stati segnalati ritardo di crescita (odds ratio: 47,8) e in altri 4 (4%) alopecia (odds ratio: 4,2). Sono pervenute anche 7 segnalazioni di alterazioni dentali quali decolorazione e carie (8%, debole significativita' e possibile interferenza con l'assunzione di altri farmaci), 6 di rash cutaneo e 3 di irsutismo e ipertricosi (dati entrambi non significativi). In un caso e' stata segnalata un' insufficienza surrenalica. Non sono state descritte reazioni avverse fatali ed una sola (insufficienza surrenalica) ha messo in pericolo di vita il paziente. Fonte: Eur J Clin Pharmacol 2006; 6:62:343-6

Antiossidanti: vanno maneggiati con cura Alcuni di essi aumenterebbero addirittura la mortalita'

Alcuni supplementi antiossidanti possono aumentare la mortalita' mentre l'effetto di selenio e vitamina C richiede ulteriori studi. Sono stati esaminati gli effetti dei supplementi di antiossidanti sulla mortalita' come evidenziati negli studi di prevenzione sia primaria che secondaria. Sono stati inclusi nell'analisi 68 RCT con 232.606 partecipanti. Gli studi dovevano confrontare betacarotene, vitamina A, vitamina C, vitamina E e selenio (da soli o in combinazione) con placebo o non trattamento. L'end-point considerato e' stato la mortalita' totale e l'analisi e' stata effettuata con la tecnica detta "random-effects". Quando si considerano insieme tutti gli RCT, sia quelli di qualita' sia quelli con piu' elevato rischio di bias, non si nota nessun effetto sulla mortalita'. Tuttavia i trials migliori,

quelli con basso rischio di bias e quelli con selenio erano associati a dati statisticamente significativi. In 47 RCT con basso rischio di bias (per oltre 18 mila partecipanti) i supplementi di antiossidanti aumentavano in modo significativo la mortalita'. Dopo aver escluso gli studi con selenio, si rilevava che il betacarotene, la vitamina A e la vitamina E, da soli o in combinazione, aumentavano il rischio di morte. Vitamina C e selenio invece non avevano un effetto significativo sulla mortalita'. Gli autori concludono che betacarotene, vitamina A e vitamina E possono aumentare la mortalita' totale mentre il ruolo potenziale di vitamina C e selenio necessita di ulteriori studi. Fonte: JAMA 2007 Feb 28;297:842-857. Commento di Renato Rossi:

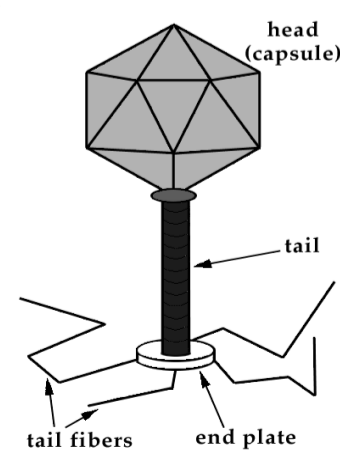
La revisione sintetizzata in questo

articolo e' stata effettuata da autori del centro Cochrane di Copenaghen in collaborazione con studiosi serbi e italiani. Le conclusioni fanno il paio con quelle dei National Institutes of Health americani secondo i quali esistono poche prove dell'utilita' di preparati contenenti vitamine e minerali nella prevenzione del cancro e delle malattie croniche. Vi sono anzi fondati motivi per ritenere che alcuni supplementi antiossidanti possano portare ad un aumento della mortalita' totale, suggerisce la revisione pubblicata da JAMA. Insomma e' meglio lasciar perdere le pillole e affidarsi alle cure e vecchie vitamine presenti in natura sotto forma di frutta e verdura che hanno anche il vantaggio di soddisfare il palato.

Diagnosi rapida di mononucleosi

Un rapporto linfociti/globuli bianchi superiore a 0,35 permette di differenziare nella quasi totalita' dei casi una tonsillite da mononucleosi da una tonsillite batterica.

Esaminando i dati di 100 pazienti con tonsillite batterica e di 120 pazienti con tonsillite da mononucleosi alcuni ricercatori hanno proposto un metodo rapido per differenziare le due condizioni. Il metodo consiste nel calcolare il rapporto tra linfociti e numero totale dei



globuli bianchi. Infatti questo rapporto era in media di 0,1 nel gruppo tonsillite batterica e di 0,54 nel gruppo mononucleosi. Gli autori consigliano un cut-off di 0,35. Per valori inferiori non vale la pena di chiedere un mono-test, mentre per valori superiori si ha una sensibilita' per diagnosi di mononucleosi del 90% e una specificita' del 100%.

Fonte: Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133:61-64.

Certificato INAIL

(da pag.1)

Funziona così: il collega, richiesto di un certificato per malattia professionale o per infortunio sul lavoro, non accetta la preintesa recentemente firmata con l'Ente (27,5 Euro), e preferisce farsi pagare direttamente dall'assistito: tariffa 50 Euro tondi.

Poi si dà il caso che l'INAIL, applicando appunto la convenzione, invii eventualmente a sua volta il pagamento della certificazione.

A questo punto, perché stare a lambiccarsi il cervello e crearsi problemi per la restituzione dell'assegno? Si incassa, e via!

Ecco che il certificato viene a rendere, al medico, ben 77,5 Euro. Una cifra non disprezzabile, anche se uscita per la maggior parte dalle tasche dell'infortunato.

Ma è corretto, questo modo di fare?

Il collega afferma di seguire questo sistema da tempo, senza aver avuto alcun problema, e si dice intenzionato a continuare così. Non ne abbiamo dubbi sulla soddisfazione economica di questa tecnica.

A chi ha espresso dubbi sulla liceità di tale comportamento, il collega ha risposto di andare tranquilli, perché l'avvocato fiduciario del proprio Sindacato (che certamente, sottolineava sarcasticamente, ne sa più dei poveri medi-

ci) lo ha rassicurato a tale proposito. Dal punto di vista deontologico, invece, il collega afferma di non difender-



ne la correttezza, tuttavia questo aspetto non è stato considerato tale da indurre a modificare questi suoi comportamenti, sempre col conforto del legale sindacale.

Gia', perché questo è il problema! Siccome il collega riveste (o rivestirebbe, a suo dire) una carica che gli dà un ruolo di portavoce ufficiale di un "grande" Sindacato medico, le sue affermazioni non sono le semplici opinioni personali di uno qualsiasi, le sue azioni non sono semplici fatti privati, ma vengono a costituire un esempio e una guida di comportamento; le opinioni dell'avvocato sindacale poi, pur rimanendo opinioni, verrebbero ad essere ben più significative di un semplice parere privato!

Ci chiediamo quindi se l'opinione e il suggerimento del collega rappresentino veramente la linea ufficiale del suo sindacato (che in quest'ultimo periodo non sembra dimostrare una grande concordanza di opinioni al suo interno) o se rappresenti solo la sparata personale di uno che vuole attribuirsi un'importanza che non ha, millantando una rappresentatività e un'autorevolezza non molto fondate.

E ci chiediamo se questo comportamento verso gli assistiti INAIL sia effettivamente lecito e corretto: se così fosse, avremmo trovato un ottimo sistema (eventualmente esportabile ad altre situazioni) per arrotondare i nostri introiti.

Non posso entrare nei dettagli del personaggio, in quanto invoca l'anonimato e il diritto di privacy (stranamente, se parla, come dice, a livello ufficiale davanti a centinaia di iscritti); eventuali Autorità ed altri, interessati ai particolari, possono rivolgersi a qualcuno degli iscritti o ai Responsabili della mailing-list "MIR-Medicina-in-rete" reperibili all'indirizzo <http://mir.zadig.it/MIR-regolamento.html>

Noi, da parte nostra, preferiamo non seguire i consigli del collega: saremo un po' più poveri, ma con la coscienza pulita.

Quali sono le droghe più pericolose?

Il Lancet stila una classifica

Uno studio pubblicato dal Lancet offre una classificazione delle varie droghe sulle droghe.

La classifica che ne è uscita riporta al primo posto come pericolosità l'eroina, al secondo la cocaina e al terzo i barbiturici. Seguono al quarto posto il metadone, al quinto posto l'alcol, al sesto la chetamina, al settimo le benzodiazepine, all'ottavo le anfetamine, al nono il tabacco e al decimo la cannabis.



Uno studio provocatorio pubblicato dal Lancet ha cercato di rispondere alla domanda se sia possibile classificare in modo obiettivo la pericolosità delle droghe. I ricercatori sono partiti dalla classifica attualmente esistente nel Regno Unito che divide le droghe in tre categorie: A, B e C, essendo quelle di categoria A le più pericolose e quelle di categoria C le meno dannose. A parere degli autori questa classificazione non è evidence based. I danni che le droghe possono causare sono di tre tipi: danni fisici, danni dovuti alla dipendenza e danni causati alla società. Gli autori hanno chiesto ad un panel di esperti di classificare le varie droghe sulla base di questi tre tipi di danno. Fonte: Lancet 2007 Mar 24; 369.1047-1053

Al dodicesimo posto si classifica l'LSL e al sedicesimo l'ecstasy. Gli autori, in una tabella allegata allo studio, fanno notare che alcol e tabacco attualmente non sono classificati in nessuna delle tre categorie ufficiali di droga mentre rendono conto per circa il 90% dei decessi causati ogni anno da abuso di sostanze. Gli studiosi, nelle loro conclusioni, auspicano che le autorità regolatorie tengano conto di queste nuove evidenze nella classificazione della pericolosità delle droghe. Tra i membri che hanno partecipato allo studio vi sono anche esperti che

I compensi arretrati degli specializzandi

L'Ufficio legale dello SMI: molta prudenza, e attenti alla prescrizione

Alcune riflessioni sulla sentenza del Tribunale di Roma sui medici specialisti che hanno frequentato le scuole di specializzazione nel periodo 1983/1991

In esito alla richiesta di informazioni in ordine ad una sentenza del Tribunale di Roma che ha condannato lo Stato Italiano al pagamento in favore di un consistente gruppo di medici della c.d. adeguata remunerazione dovuta in virtù della direttiva comunitaria n. 82/76, corre obbligo fare alcune precisazioni.

Diverse sono le azioni promosse nel corso degli anni nei confronti dello Stato Italiano per ottenere il risarcimento per il tardivo recepimento delle direttive comunitarie in materia.

Tuttavia l'orientamento prevalente nei maggiori Tribunali d'Italia, è quello di ritenere inesistente il diritto dei medici per intervenuta prescrizione del diritto, in forza della relativa eccezione proposta in giudizio dall'Avvocatura dello Stato.

E' infatti noto che l'eccezione di prescrizione, secondo cui l'azione andava promossa, al più tardi, entro cinque anni dalla entrata in vigore del d.lgs. 257/1991, deve essere necessariamente eccepita dalla parte e non può essere rilevata d'ufficio. L'avvocatura dello Stato ha quindi eccepito l'intervenuta prescrizione nella quasi totalità delle controversie. Ed infatti da una ricerca eseguita presso diversi Tribunali si evince un orientamento consolidato di rigetto delle domande per intervenuta prescrizione*

Senonché, in taluni casi, l'Avvocatura dello Stato, non essendosi costituita, ovvero non avendo tempestivamente eccepito la prescrizione, non ha consentito che la relativa eccezione venisse esaminata dal Tribunale adito (che ribadiamo può esaminare la relativa eccezione soltanto in presenza di

apposita deduzione ad opera di una delle parti)

E' questo il caso della recente sentenza del Tribunale di Roma (precisamente la n. 24828 depositata il 01 dicembre 2006) emessa in esito ad un procedimento in cui le Amministrazioni convenute in giudizio (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministeri dell'Università, della Salute, dell'Economia) sono rimaste contumaci.

Paradossale è quanto poi avvenuto in taluni casi in cui la domanda è stata parimenti accolta soltanto nei confronti di talune delle parti del giudizio. Ci riferiamo alle sentenze n. 11539/2004 del Tribunale di Roma, n. 789/2005 del Tribunale di Catania e n. 1918/2006 del Tribunale di Messina.

In questi casi infatti, sebbene l'Avvocatura si sia costituita in giudizio, ha sollevato l'eccezione di prescrizione nel primo atto di costituzione e quindi nei confronti degli attori principali; intervenute nel medesimo giudizio altre parti, non veniva rinnovata nei confronti di queste ultime la relativa eccezione. Il risultato derivato è quello di un rigetto delle domande degli attori principali, per intervenuta prescrizione, e l'accoglimento delle stesse domande proposte solo in fase di giudizio da parte degli intervenienti.

La circostanza dell'accoglimento delle domande, allora ha come unica spiegazione che l'Avvocatura dello Stato o non si è difesa in giudizio, rimanendo contumace, oppure non ha formulato correttamente l'eccezione di prescrizione.

Deve allora rilevarsi come siffatte sentenze non possono in alcun modo rappresentare l'orientamento dominante maturato nella giurisprudenza, e naturalmente da noi da sempre avverso perché del tutto infondato giuridicamente.

E' evidente che focalizzare

l'attenzione unicamente su pronunce di questo tipo, ignorando l'orientamento dominante, purtroppo negativo, significa non dare una informazione corretta ed esauriente, ed in sostanza spingere i medici ad intraprendere nuove cause sulla base di un evento meramente accidentale ed assolutamente imprevedibile quale la mancata difesa dell'avvocatura in giudizio. Oltretutto a rendere il quadro ancora più incerto è anche la notizia che l'Avvocatura dello stato ha già fatto appello contro questa sentenza.

Un ultimo avvertimento si rende necessario: proprio perché espressione di orientamento assolutamente minoritario, e nei limiti in cui sia consentito dalla regole di procedura, tali pronunce possono essere riformate in grado di Appello, con conseguente condanna alla restituzione da parte dei medici di quanto eventualmente ricevuto, con condanna altresì al pagamento delle spese sia del primo che del secondo grado di giudizio.

L'ufficio legale

*(ex multis Trib. Bari Sez. I, 09.01.2007; Trib. Roma Sez. II 09.03.2006; Trib. Bari Sez. I, 05.10.2006; Trib. Bari Sez. II, 13.09.2006; Trib. Catania Sez. I, 25.08.2006; Trib. Bari Sez. I, 26.07.2006; Trib. Bologna Sez. II, 19.07.2006; Trib. Genova Sez. II, 10.07.2006; Trib. Genova Sez. II, 07.06.2006; Trib. Bari Sez. I 11.04.2006; Trib. Bari Sez. I, 01.04.2006; Trib. Catania Sez. I, 22.02.2006; Trib. Napoli Sez. Lavoro, 0-2.02.2006; Trib. Napoli Sez. Lavoro, 02.02.2006; Trib. Genova Sez. II, 26.01.2006; Trib. Genova Sez. II, 12.12.2005; Trib. Genova Sez. II, 2-0.09.2005; Trib. Genova Sez. II, 20.09.2005; Trib. Bari Sez. I, 28.07.2005; Trib. Genova 05.05.2005; Trib. Genova Sez. II, 05.05.2005, Trib. Roma, Sez. II 06.04.2005.....).

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 03212, 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
	Settori dal n° 11 al 15	€ 60,00 annue
SOCIO SOSTENITORE:	tutti i settori	€ 200,00

DATA FIRMA

Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale:

SI

NO

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

FIRMA

Roma, 3 – 4 Maggio 2007

Corso Base di
Radiologia Odontostomatologica

Direttore:
Dott. Paolo Diotallevi
Responsabile Area Didattica
Radiologica Siameg

Segretario Scientifico:
Dott. Enrico Moglioni
Responsabile Area Didattica
Implantologica Siameg

Docenti
Dott. Enrico Moglioni, Dr.ssa Emanuela Rastelli, Dr.ssa Giuseppina Laganà,
Prof. Eugenio Pezzuti, Odtc. Michele Pascucci, Dott. Paolo Diotallevi

Sede del Corso
EOSMED - Via Prenestina 321 Roma

18 CREDITI ECM
n. acc. 5298/274661

Segreteria Organizzativa
SIAMEG Via Merulana 272 Roma 06-4746344

Il corso è patrocinato da



**IMPORTANTE NOVITA': LA SIAMEG ISTITUISCE DUE
NUOVE AREE DIDATTICHE PER LA RADIOLOGIA E
L'IMPLANTOLOGIA ORALE**

La SIAMEG, da sempre attenta alle esigenze di tutte le categorie professionali, non poteva rimanere indifferente davanti alla crescente richiesta di formazione in ambito Radiologico, Odontoiatrico e Implantologico. Per tale motivo l'Accademia ha istituito due nuove Aree Didattiche, quella Implantologica e quella Radiologica, il cui coordinamento è stato affidato rispettivamente al Dr. Enrico Moglioni e al sottoscritto. La prima iniziativa è stata, senza alcuna esitazione, l'attivazione del Corso Base di Radiologia Odontostomatologica. Infatti, nonostante sia dimostrato che ben un terzo degli esami radiologici eseguiti nel mondo è di tipo Odontoiatrico (*White e Pharoah, 1993*), nel nostro Paese esistono

gravi carenze nell'offerta formativa, che nell'esercizio della professione si traducono nella frequente esecuzione di indagini inutili o inadeguate e nella difficoltà ad interpretare correttamente le immagini radiografiche, TC e Dentscan. Il Corso, che sarà ripetuto almeno due volte l'anno, si rivolge principalmente agli Specialisti in Odontoiatria e in Radiologia, ma può anche rappresentare una utile occasione di crescita professionale anche per tutti quei Medici di base che sono desiderosi di ampliare le proprie conoscenze. Si tratta del primo di una serie di eventi compresi nel nuovo programma didattico della Siameg che, da quest'anno, includerà Corsi in ambito Radiologico e

Implantologico. Al di là dei crediti formativi, comunque importanti, desideriamo sottolineare che si tratta di una iniziativa molto rilevante da punto di vista formativo, anzi di una vera e propria "sfida", che testimonia quanto la nostra Società sia caratterizzata da una mentalità "giovane" e dinamica, tesa ad ampliare i propri orizzonti a abbracciare progressivamente tutte le branche specialistiche. Siamo sicuri che il nostro lavoro sarà apprezzato e invitiamo tutti i Colleghi interessati a rivolgersi presso la nostra Segreteria per ricevere informazioni sulle nuove attività.
Paolo Diotallevi

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
INOLTRATA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO E.C.M.
(al precedente corso attribuiti n.11 crediti formativi)

EMERGENZE IN INFETTIVOLOGIA

1^a Ed. : 21-28 Aprile-12 Maggio 2007 - Osp.le dei Bambini–Palermo
2^a Ed.: 10-22-29 Maggio 2007 – Osp.le dei Bambini- Palermo
3^a 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

Lettera appropriata sull' "Appropriatezza Prescrittiva" Di Alberto D' Ettore

Caro paziente, e' arrivato il momento di rinsaldare il nostro rapporto che in questo ultimo periodo e' andato deteriorandosi e non per colpa nostra. come dire? Fra i due litiganti (siamo noi) il terzo gode. Chi e' costui che mette "zizzania" fra noi? E' chi oramai detiene il comando, muove il timone dell'attuale sistema sanitario. La sanita' ormai e' gestita da politici, economisti, informatici che a forza di leggi, delibere, tagli, files, hanno messo all'angolo il medico che e' una "comparsa", quindi un attore marginale in questa grande rappresentazione che vede quali protagonisti direttori generali, assessori alla sanita', commissioni sanita', e il medico? Deve ubbidire e deve interpretare bene il suo ruolo: il capro espiatorio di tutto cio' che non funziona nel pianeta sanitario.

Tu, caro paziente, devi sapere che quando prescribo un farmaco sul ricettario bianco (quello privato come tu lo definisci) o in alternativa lo prescrivo sul ricettario rosa (quello che non ti fa pagare come tu auspichi) tutto questo lo faccio non per mia decisione, non con autonomia, ma perche' le decisioni le hanno prese gli altri ed IO le applico. Per cui non e' con me che devi dimostrare la tua impazienza, la tua giustificata incomprensione, il nervosismo che ti porta a dire: "con il reddito basso come faccio a curarmi se attualmente si pagano diversi farmaci e diverse prestazioni di terapia fisica? Non sono IO cosi' importante, cosi' decisivo a decidere se farti pagare o meno un farmaco; percio' non merito d'essere ruscato perche' applico delle regole. il nostro rapporto di fiducia deve essere basato sulla mia capacita' professionale di farti una diagnosi giusta, corretta e stabilire poi contestualmente la terapia. Fa questo punto che iniziano i problemi. Tu noti che

quando ti affligge un fastidioso dolore allo stomaco o hai un reflusso esofageo io "ti prescribo un farmaco ed accanto scrivo un numero (si chiama nota aifa): cosi se ti perseguita una fastidiosa lombalgia ti prescribo un farmaco che accanto richiede un numeretto (e' un'altra nota aifa): se il tuo colesterolo aumenta o rimane costantemente elevato nonostante tu segua una dieta adeguata allora intervengo con una prescrizione di un farmaco che e' accompagnata da un altro numeretto (altra nota aifa). Che cosa significa tutto questo? Significa che per prescrivere alcuni farmaci sono obbligato a precisare le ragioni di questa scelta che e' sintetizzata nelle note aifa (In quei numeretti incasellati sulla ricetta tutto questo e' giusto, occorre mettere delle regole dappertutto. Occorre far riferimento oltre che alla salute anche alla spesa sanitaria. Ma mi viene da chiedere: tutto lo spreco, la voragine economica che attualmente ci fanno sapere interessa la sanita', e' solo colpa delle prescrizioni dei medici di famiglia? Caro paziente, il tuo medico di fiducia suo malgrado, deve lavorare sentendosi uno dei responsabili del deficit nella sanita'; anche se opera con scienza e coscienza. Qualche volta ti suggerisco di vivere una vita di relazioni e lavorativa evitando lo stress, ma poi faccio una rifles-



sioni: "predico bene ma razzolo male". In che senso? A te suggerisco tranquillita' al contrario io vivo fra l'incudine, e fanti martelli: i farmacisti che a te dicono di rivolgerti al tuo medico per farti prescrivere un farmaco sul ricettario del ssn (quello rosa come tu lo definisci) con accanto la nota aifa (il famoso numeretto) cosi tu non paghi, gli specialisti ospedalieri e privati che prescrivono sul loro ricettario privato e ti invitano a venire da me perche' io ricopi il farmaco da loro prescritto sul ricettario del, ssn affinché tu non paghi nulla. Ma non sempre e' cosi' consequenziale a questo punto ci sono le regole da seguire e a rimetterci e' il nostro rapporto di fiducia. Se non ve lo prescribo e' perche' io sono obbligato a seguire delle regole, contestualmente tu apporti mille motivazioni. plausibili giustificazioni che non mi consentono egualmente di assecondarti. La tua reazione a volte drastica: ricusi il tuo medico di fiducia. Quindi la fiducia era mal riposta o non era fiducia anche perche' se il tuo medico omette cio' che prevedono le regole attualmente In vigore viene

richiamato dal suo distretto, dalla sua asl e' non per essere sgridato o per essere punito ma certamente non lo chiamano per dargli un premio od un' onorificenza o per dirgli bravo. Caro paziente, quando ho accettato io di fare il medico di fiducia (o medico di base o soggetto prescrittore - ci definiscono anche in questo modo) sapevo di accettare alcuni obblighi e doveri (orario di studio da rispettare; visite domiciliari da effettuare; una mia eventuale malattia o le stesse ferie le vivo male in quanto il sostituto lo pago di tasca mia) ma mai mi sarei aspettato di aver timore di prescrivere e non per paura di sbagliare terapia ma per paura di far lievitare troppo la spesa sanitaria con le cure a te prestate cosi caro paziente se tu hai il colesterolo che lievita, se hai dolori scolio-scheletrici se hai un' allergia fastidiosa, se i dolori persistenti allo stomaco non ti fanno dormire, se non guarisci in seguito ad una terapia antibiotica somministrata per via orale, se mi chiedi una prescrizione che necessiti dell'acronimo dp, se voi donne siete affette da una marcata osteoporosi, io, tuo medico di famiglia, comincio ad avere dei timori e ml chiedo: quanto dureranno i tuoi sintomi e la tua patologia? Per quanto tempo dovro' curarti e; quindi per quanto tempo dovro' prescriverti i farmaci? Mi impegnerò sempre a curarti secondo scienza e coscienza, ma devi sapere che il tuo medico di famiglia, oltre a rispondere alla tua domanda di salute, non puo'

*La medicina è non è solo una scienza, è anche un'arte.
Non consiste nel preparare pillole e impiastri;
si occupa dei concreti processi della vita,
che prima di essere regolati vanno capiti.
Paracelso (1493—1541)*

LEGGE PRIVACY

(Comunicazione al lettore)

I suoi dati, raccolti e trattati nel rispetto degli Articoli 10 e 13 della Legge 675/96

per la Tutela dei Dati Personali, vengono utilizzati per l'invio di materiale informativo e/o promozionale.

In qualsiasi momento-ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento:

**ASSOCIAZIONE
MEDICA ITALIANA**
Via Merulana, 272 00185
ROMA,

Dieta nella diverticolite del colon e diarrea acuta per i pazienti—A Cura di Enrico Porru

Nella fase acuta, cioè quando i diverticoli si infiammano, sono necessari: riposo a letto
terapia farmacologica (a base di antibiotici e probiotici)
sospensione dell'alimentazione per un giorno per tenere l'intestino a riposo.
A partire dal secondo giorno la dieta dovrà essere leggera, poco irritante e povera di residui e di fibre.

Alimenti consigliati:
Pasta di piccolo formato, semolino, riso, creme di riso, il tutto ben cotto per favorire la digeribilità
Pane tostato e fette biscottate al posto del pane perché più digeribili.
Brodo di carne totalmente sgrassato.
Carne magra e poco fibrosa (vitella da latte, petto di pollo o tacchino) preferibilmente sminuzzata o macinata.
Latte scremato non crudo, yogurt e formaggi magri bianchi secondo la tolleranza individuale
Succhi di frutta e spremute filtrate di agrumi (ricche di potassio) al posto della frutta.
Solo quando l'infiammazione regredisce si ritorna gradualmente ad un'alimentazione ricca di fibre.



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 - Vinchiatura (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 ^{annulla} non annulla e ^{sostituisce} non sostituisce qualsiasi altra precedentemente firmata, ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata salvo revoca scritta.

L'adesione tramite la presente delega vale anche in caso di trasferimento ad altra A.U.S.L., passaggio ad altro incarico o acquisizione di primo incarico.

Data Firma

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

Al sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 "Codice di materia di protezione dei dati personali", i dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti 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 mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, il raffronto, l'interconnessione, 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. 7-8-9-10-13 del citato D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, 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 patrocinate da questo O.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questo O.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. Dati personali sono disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convegnamento, consegna e spedizione rivista, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è 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 facoltà e diritti in essa menzionati, e delle relative modalità d'esercizio, io sottoscritto.....

Preala il proprio consenso:

affinché i propri dati personali possano essere trattati nelle forme e con le modalità, sopraindicate dichiarando di essere stato/a informato/a, 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.