

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 17 - N. 08
LUGLIO-AGOSTO 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

**Ufficiali i dati SISAC sulle rappresentatività sindacali: Grande successo SMI
LO SMI E' L'UNICO SINDACATO RAPPRESENTATIVO
PER LA MEDICINA GENERALE
E PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Voce in capitolo in tutte le trattative per le Convenzioni—Ci faremo ascoltare!**

**Importante il contributo ASSIMEFAC
Animatori di Formazione?
Sì grazie!**

*La SIAMEG, col sostegno dell'AMI, organizza il
Primo Corso Regionale per Animatori di Formazione
in Medicina Generale*

La SISAC, ente deputato alle trattative per le Convenzioni mediche, ha certificato, il 5 luglio 2007, le consistenze sindacali delle varie sigle, e quindi il loro diritto di sedere (oppure no) ai tavoli delle trattative nazionali o locali.

Si tratta di dati piuttosto vecchi, in quanto basati sulle deleghe raccolte il 1 gennaio 2006, ma sarà su questa base che, comunque, si tratterà la prossima Convenzione.

Per la Medicina Generale le uniche sigle "abilitate" sono FIMMG, SNAMI, FEDERAZIONE MEDICI (di cui lo SMI è componente fondamentale).

Ma anche nel settore della specialistica ambulatoriale FEDERAZIONE MEDICI, insieme allo storico SUMAI, è risultata rappresentativa.

E' l'unico caso di Sindacato presente su più tavoli.

Per la Pediatria risultano rappresentative la FIMP e il CIME.

Sono restate fuori dalle trattative sigle ormai "storiche"; questo, insieme ai grandi cambiamenti che si sono verificati all'interno dei grandi sindacati storici

(con sostituzione dei vecchi leaders con personaggi relativamente nuovi) è il segno evidente di un grosso processo di rinnovamento in corso all'interno della classe medica.

I medici cercano evidentemente un rinnovamento, uscendo dai vecchi schemi e proponendo personaggi e gruppi non legati a vecchi e rigidi schemi di potere, ancora capaci di interpretare i bisogni della categoria e di lottare senza tornanti personali.



Il Segretario Nazionale Salvo Cali' e il Presidente Regionale del Lazio Floriana Riddei

Si sta verificando la sostituzione del "sindacalista per professione" con quella del "sindacalista per passione".

Una svolta importante, e noi siamo tra i protagonisti.
DZ

La grandissima capacità organizzativa di Cristina Patrizi, che non per nulla è il nostro Segretario Organizzativo, hanno permesso di organizzare in tempo brevissimo il Primo Corso Regionale per Animatori di Formazione.

Il titolo di Animatore di Formazione apre ai Medici di Famiglia una serie di importanti possibilità: come Docenti nei corsi di aggiornamento, nei corsi ECM, negli Audit, sia organizzati da Associazioni scientifiche, che da Enti pubblici (ASL, Ospedali ecc.).

Si tratta insomma di un titolo preferenziale molto ambito: è per questo che la trentina di posti disponibili sono stati immediatamente occupati quasi del tutto. Nello spirito di una "vera" società scientifica la SIAMEG ha comunque aperto la disponibilità a tutti i colleghi interessati, indipendentemente dall'appartenenza sindacale. Interverranno docenti di livello nazionale, di diversa provenienza. Il Corso occuperà 2 fine settimana completi, presso la sede di Via Merulana 272.



**Dettagli sul
corso, orari
costi e
programma,
nella pagina
SIAMEG
Posti limitati:
affrettarsi!**

**Il medico e il
Burn out:
L'unica soluzione
la pensione?
(Pag.7)**

**Lo S.M.I. è l'unico
sindacato che tutela i
medici di medicina
generale?
(Pag. 3)**

**La prescrizione off-
label dei farmaci
chemioterapici.
Un problema in
cerca di soluzione
(Pag. 4)**

**Il lungo percorso dello SMI-Lazio
AMI, UNAMEF, CUMI insieme per la tutela del
medico (Rel. di Floriana Riddei al convegno del 17/5/07)**

NASCE UNAMEF LAZIO
Quando tre anni fa' io ed un gruppo di amici, ci trovammo seduti ad un tavolo a sottoscrivere l'atto di costituzione della sezione laziale di un sindacato che pochi mesi prima aveva visto la luce nella vicina Campania, eravamo animati dal desiderio di agire in qualche modo per opporci all'immobilismo istituzionale di fronte al crescente bisogno della categoria di risposte concrete ad un disagio che si era fatto negli anni sempre più insostenibile. Agire, fare qualcosa, qualsiasi cosa era comunque meglio che restare fermi ad arrovellarsi per le mille difficoltà che avvelenano la nostra professione e la nostra stessa vita sociale. Dando vita all'UNAMEF Lazio (Unione Nazionale Medici di

Famiglia), abbiamo colmato un vuoto, raccolto il testimone lasciato cadere da altri che sembravano aver perso di vista i bisogni e le istanze dei medici generalisti.
Iniziava così una stimolante avventura ed una sfida esaltante. Eppure neanche le più rosee aspettative avrebbero potuto farci immaginare quanto fosse atteso un tale movimento; decine e decine di colleghi si sono raccolti intorno a noi in un tempo ridicolmente breve e, naturalmente, ci siamo resi subito conto di quanto fosse gravoso l'impegno che avevamo assunto di rappresentarli. Ma il lavoro non ci ha mai spaventato. Sotto l'egida di Federazione Medica, ci siamo trovati subito proiettati nel vivo della trattativa nazionale per il rinnovo (pag.2)

I tar-tassati

I medici nel 2006 risultano tra i maggiori contribuenti dello Stato

Chi sta usando il mio fuoribordo divertendosi tra gli alberghi della Costa azzurra, Costa smeralda, Porto fino, Porto ercole ? Chi usa la mia Marserrati sfrecciando felice per le strade delle dolomiti dove sicuramente sta usando anche il mio chalet di montagna bevendo il mio don perignon del 68? Vorrei saperlo perché a detta di Prodi io e gran parte dei medici italiani siamo tra le 300.000 persone più ricche di Italia. La mia famiglia poi è straricca: essendo composta da due medici la nostra contribuzione familiare penso arrivi a ridosso di quella di Berlusconi ed Agnelli ... stai a vedere che ho anche una villa in Sardegna e non lo sapevo ???
(Francesco Medici, a Pag.3)

**In corso la pulizia degli elenchi assistiti
Continua la faticosa marcia verso la normalità**

Il giorno 26/7/07 alle ore 10 si è tenuto presso la Regione Lazio il tavolo tecnico della medicina di base, riguardante le posizioni anomale di pazienti nell'anagrafe regionale, i cui nominativi dovrebbero essere stati comunicati al medico curante con il cedolino di Maggio 2007.

La regione ha ribadito la necessità, anche perché fortemente sollecitata dal Ministero delle Finanze, di ripulire quest'anagrafe, risulterebbe infatti che la Regione Lazio pagherebbe per una popolazione di 5.500.000 soggetti a fronte di una popolazione residente di 5.300.000. Si è convenuto che: (prima di cancellare e sospendere il pagamento dei pazienti non risultanti a posto dal punto di vista anagrafico)

1) Ogni medico dovrà ricevere entro il mese di Agosto 2007 una lettera informativa con l'allegato elenco dei pazienti a suo carico aventi posizione anagrafica anomala.



2) Entro la fine di Ottobre 2007 si potranno correggere tali anomalie tramite:

A) il proprio computer in collegamento con la regione, immettendo i dati richiesti Nome-Cognome-Data di nascita-Sesso (tali

correzioni entro qualche giorno dovrebbero far scomparire tali nominativi dall'elenco anomalo)

B) le correzioni potranno anche essere effettuate anche c/o il proprio distretto con la collaborazione degli amministrativi a cui si dovranno rivolgere soprattutto i medici che non sono in possesso di computer.

N.B. La precedente correzione ha fatto scendere le posizioni anomale da 250.000 a 60816, la situazione di Frosinone sarà trattata a parte essendo ulteriormente complicata.

Angelo Filardo (Presidente AMI e rappresentante SMI al tavolo regionale)

Il lungo cammino dello SMI-Lazio: da entità virtuale a realtà nazionale

Relazione della Dottoressa Floriana Riddei al Convegno SMI Lazio



contrattuale ed abbiamo potuto vivere e constatare dall'interno le contraddizioni e le debolezze di un contratto che offriva ben poco ad una categoria che negli anni ha visto sempre di più ridursi il proprio riconoscimento economico a fronte di sempre maggiori richieste, minimaliste e sventi. Avere segnalato al tavolo delle trattative questa pericolosa deriva non è purtroppo stato utile ad evitarla del tutto; al tempo stesso, però, ci ha permesso di confrontarci con altre rappresentanze sindacali e questo ha portato i suoi frutti.

SVOLTA AMI

Abbiamo raccolto il consenso di molti ed abbiamo risvegliato l'interesse dell'AMI che sentiva di avere una comunione di intenti con il nostro programma, con la nostra visione del sindacalismo medico. La coraggiosa decisione dell'AMI di unirsi a noi lasciandoci il primato di una sigla che pur nuova nel panorama sindacale, stava però crescendo in maniera esponenziale, ci ha permesso di acquisire sempre maggiore visibilità e di usufruire di una sede nel centro di Roma. Ma non finisce qui, perché la storia ancorché breve del nostro sindacato prosegue tumultuosa per tappe sempre più gratificanti e significative.

NASCE SMI

Oggi siamo qui sotto il simbolo dell'S.M.I. Questo è il primo convegno regionale che si svolge con questo acronimo che indica il Sindacato dei Medici Italiani. Potrebbe sembrare velleitario voler tutelare tutti i medici dal punto di vista economico

e normativo, ma non è così.

La nascita dell'S.M.I. è frutto di un processo approfondito ed articolato che a dispetto della breve gestazione durata all'incirca 18 mesi, ci ha visti impegnati con il CUMI-AISS, in una serie serrata di confronti e dibattiti, scaturiti tutti da una intuizione e un desiderio semplice ma fondamentale: riappropriarsi a 360 gradi della professionalità del Medico che opera a vario titolo nel SSN.

In questi anni abbiamo sentito dire e contraddire più volte della centralità del medico e al contempo della figura del cittadino al centro del sistema; a forza di guardare al centro di un disegno ci siamo dimenticati di questo disegno. Mostrate a qualcuno un foglio bianco con una macchia al centro e chiedetegli di dirvi che cosa vede; vi risponderà che vede una macchia, non vi dirà mai o quasi mai che vede un foglio macchiato. Così noi per tanti anni, abbiamo visto gli attori impegnati nei diversi ruoli che un ocularista regista gli aveva assegnato ed abbiamo dimenticato che il teatro è uno solo e l'azione scenica è coordinata e si svolge su unico palcoscenico. Vedere il foglio o se preferite riuscire a discernere chiaramente il teatro fa percepire immediatamente una diversa realtà; una realtà che c'è sempre stata ma che si è resa pienamente visibile e comprensibile solo cambiando prospettiva. Abbiamo forse scoperto l'acqua calda quando abbiamo compreso che chi deve confrontarsi con la classe medica ha scientemente perseguito l'antico adagio del "divide et impera". Con un'intelligenza che affonda le sue radici nella Legge 833, ha diviso la classe medica in settori separati e insormontabili; ci ha portati passo passo a sentirci diversi invece che "colleghi", ha acuito diversità economiche e professionali perché ognuno si sentisse comunque un po' più ed un po' meno rispetto agli altri.

Ci ha sottoposto, ripeto scientemente, ad una specie di sauna svedese con bagni caldi di autostima e valorizzazione del ruolo, seguiti subito da docce fredde di subordinazione, burocrazia e svilimento economico.

L'S.M.I. nasce proprio dal riconoscere come fondamentale il compito di porsi obiettivi comuni che superano la frammentazione delle discipline mediche per promuovere l'accorpamento di tutti i medici che operano nel SSN a qualsiasi titolo. Perché uno è il cittadino utente, uno è l'SSN ed uno è il medico che opera al suo interno.

COMUNQUE PROPOSITIVI E CON UN PROGRAMMA DI AMPIO RISPETTO

Uniti intendiamo batterci contro la miopia politica di chi ci vorrebbe pones, costretti a lavorare all'interno di recinti ristretti. Di chi ci vorrebbe gravati da attività sempre più burocratizzate e sempre meno gratificanti, le uniche che, nella loro povertà di esperienze e di progettualità fanno immaginare per una professione che da sempre è la più bella, la più utile all'umanità nel suo complesso e ad ogni singolo individuo che tale umanità costituisce.

NUOVI SCENARI ALL'ORIZZONTE

Cambiando prospettiva si riesce a concepire un modo nuovo di tutelare la sanità pubblica. Abbiamo vissuto la rivoluzione culturale e professionale determinatasi, alla fine degli anni '70, con la nascita del SSN ed ora siamo alla vigilia di una nuova svolta della Sanità che, senza bisogno di "rifondazioni", necessita comunque di un nuovo concetto di assistenza sanitaria che prevede la forte interdipendenza fra Ospedale e Territorio. Ma "Territorio" non è soltanto una parola e non è assolutamente un concetto logistico; è molto di più; è l'aggregazione di forze sanitarie e non sanitarie che collaborano e dialogano

fra loro ma non solo: dialogano e collaborano anche con l'ospedale; punto di riferimento per l'acuzie, per l'eccellenza e per l'interventistica.

I medici stanno imparando a dialogare e stanno così riscoprendo l'utilità della reciproca consultazione. Sempre meno isolati, riscoprono, anche attraverso la nuova tecnologia, il gusto del confronto, il piacere della condivisione, il conforto reciproco del dialogo.

ATTIVITA' SINDACALE

L'S.M.I. ormai è presente in ogni battaglia, siamo vicini ai giovani ancora in attesa che si porti a compimento una sanatoria per la medicina dei servizi che è nata male e quindi vede ombre di contenzioso all'orizzonte; vicini ai colleghi operanti in aziende ospedaliere travolte da una riqualificazione che nasce dalla volontà di ridurre i posti letto della ospedalità pubblica mentre al contempo aumentano quelli della ospedalità privata, combattivi nel segnalare sprechi e distorsioni nel campo dell'assistenza farmaceutica, vicini ai colleghi specialisti convenzionati ai quali si chiede di lavorare di più in una realtà che li vede bersaglio ultimo ed unico delle giuste rimostranze dell'utenza, stanca di liste d'attesa che contraddicono il concetto stesso di assistenza.

Avrei voglia di continuare a parlare del nostro programma, ma devo limitarmi al tema che mi è stato assegnato e lasciare agli altri relatori di spiegarvi nel dettaglio il nostro manifesto ed i nostri progetti. Mi limito a ringraziarvi per essere intervenuti a questo convegno dando così un preciso segnale politico, sottolineando che i medici dell'S.M.I. vogliono una svolta nella sanità; vogliono una sanità che concretamente si prenda cura del cittadino, restituendo ai Medici rispetto, decoro, riconoscimento e gratitudine.

Floriana Riddei

Epatite da emoderivati: indennizzata anche se silente



Un cittadino, avendo riportato una epatite in seguito a trasfusione di sangue,

vedeva respinta la sua richiesta di indennizzo in quanto l'epatite stessa era clinicamente "silente" e non aveva comportato riduzione della capacità lavorativa o limitazione delle capacità fisiche.

I magistrati d'appello ribaltavano la sentenza, riconoscendo tale diritto. La causa è finita in Cassazione e la Corte (con sentenza n. 1021/2007) confermava questo orientamento.

L'attuale normativa di tutela, sottolinea la Corte, stabilisce che l'indennizzo (pur non comparabile con il risarcimento del danno), è dovuto in tutti i casi di lesione permanente dell'integrità psico-fisica, cioè della salute come tale, indipendentemente dall'incidenza sulla capacità di produzione di reddito.

Per questo motivo il diritto all'indennizzo sussiste anche nel caso si tratti di un soggetto affetto da contagio HCV (sicuramente danno permanente alla salute), pur senza sintomi e pregiudizi funzionali attuali.

La Corte indica come, per la prescrizione dei criteri generali finalizzati alla liquidazione, si debba fare riferimento alla tabella A annessa al D.P.R. 834/81.

Si tratta di una delle tabelle allegate alla normativa per la valutazione del danno da causa di servizio, e precisamente della tabella più elevata, divisa in otto fasce.

La Corte ribadisce che "il danno alla salute - e non già l'incapacità lavorativa generica - rappresenta l'unità di misura che deve potere essere applicata al fine del riconoscimento dell'indennizzo".

I medici: la categoria dei tar-tassati

La triste scoperta di essere i maggiori contribuenti dello Stato

Da pag. 1, Francesco Medici*



Il tragico è che ho scoperto di aver guadagnato tanto solo ai momenti di pagare le tasse. Io medico dipendente con circa 3.000 euro mensili i soldi regalati alle finanze non li ho visti ab origine ma la ASL dice di averli sborsati, ma per mia moglie Pediatra di base l'aumento delle tasse (IRPEF) ed il pagamento della differenza degli aumenti di stipendio nonché gli studi di settore e gli arretrati, il pagamento è stato traumatico, ha prosciugato tutti i conti di famiglia fino al 2009. Per pagare le tasse più che raddoppiate rispetto al 2006 il collega di mia moglie ha usato i soldi stanziati per la ristrutturazione, una nostra cara amica, pediatra anch'essa, sostiene di aver regalato a Padoa Schioppa la nuova 500 (ora capisco l'impennata delle vendite). Ma se siamo tanto ricchi perché allora ci sentiamo tanto indigenti? Perché i nostri conti correnti bancari sono al limite del baratro? Mi guardo intorno. Prodi sostiene e che in Italia, su 40 milioni di contribuenti (il che significa che esistono anche 17 milioni di non contribuenti) solo 300.000 dichiarano più di 100.000 euro l'anno. Quest'anno, causa gli arretrati contrattuali nel gruppetto di virtuosi ci siamo finiti io mia moglie, i nostri più cari amici insomma Tutti i medici che conosco. O i dati sono falsi o se dobbiamo contare 90.000 medici convenzionati e 100.000 medici dipendenti, pure escludendo tutti i medici ad inizio carriera che nonostante gli arretrati non avranno raggiunto tali somme, i soli medici rappresentati più della metà dell'intero popolo che paga le tasse più onerose, ovvero tra la popolazione che risulta "fiscalmente" più ricca. Eppure se mi giro nella sola Roma posso contare 300.000 appartamenti più belli del mio, se vado per strada tanti, tantissimi sono coloro che hanno una autovettura migliore della Yaris Verso che divido con mia

moglie, inoltre il solo natante che possediamo è il salvagente di mia figlia.... L'ultima considerazione è che la tassazione è tanto alta da essere per noi non solo iniqua ma anche insostenibile. Quest'anno abbiamo dato fondo alle riserve ma il prossimo anno, se non aggiustano il tiro, i soldi per pagare il balzello proprio non sapremo dove prenderli (a proposito a qualcuno interessa un yaris usata?) Vedete essere spennati non fa piacere, ma essere spennati e vilipesi è troppo. Lo stato non riuscendo a prendere chi non paga, fa pagare di più quelli che sono costretti a pagare, impossibilitati ad evadere perché dipendenti o parsubordinati. Chi paga le tasse non è più ricco, non può permettersi lussi, ha forse la sola soddisfazione di pagare le pensioni baby ai nostri parlamentari. Vorrei poter rinunciare a tale soddisfazione. Se sono tanto ricco e se soprattutto con la mia "ricchezza" pago le strade, le scuole, le infrastrutture di chi non paga le tasse voglio dei vantaggi: per esempio scuola gratis, non ticket sanitari, nessun pedaggio autostradale, telefono scontato, università gratuita per i miei figli... ed invece no ... visto che risulterebbe ricco l'asilo lo devo pagare, il ticket pure l'università per carità..., A non pagarla sono quelli che sfreccano

Fosse per me non permetterei l'acquisto di ville, barche, case di lusso, macchinoni a che dichiara meno di xxx.xx euro, se non hai il reddito necessario per pagare le tasse non puoi vivere nel lusso. Ma rivendicazioni fiscali a parte oggi dobbiamo come categoria protestare tutti per essere stati troppo penalizzati dalle tasse: di fatto gli ultimi aumenti di stipendio se li è ripresi lo stato. Dobbiamo rivendicare forti del fatto di essere la metà dei contribuenti più ricchi del paese condizioni migliori, maggior servizi. Si maggiori servizi e meno tasse per chi le paga, dei bonus Come al supermercato per ogni 100 euro di spesa una pentola gratis Per ogni mille euro di tasse un giro di un giorno nello yacht del macellaio sotto casa. Vedete tante altre categorie lo fanno, commercianti imprenditori e ottengono sempre le detrazioni richieste. Noi no ... ci vergogniamo forse di guadagnare troppo? Il sole 24 ore ha stilato una tabella con alcune retribuzioni dei medici (Tab.1) Manca il dato Italiano, nessuno lo ha fornito. Ma, come dicevo, con gli ultimi aumenti di stipendio e sommando gli arretrati (20.000 euro circa che il prossimo anno non faranno più reddito), la media quest'anno si aggira intorno ai 100.000 euro, ma a regime risulta inferiore agli 80.000 lordi. Cifre apparentemente da capogiro ma false, visto che con quelle somme il medico convenzionato deve pagare pure utenze, studio e collaboratori. Ma cifre comunque corrisposte dalle amministrazioni e che, falcidiate dalle tasse ed oneri previdenziali, sono abbattute almeno del 50 % con la aggravante ulteriore di essere tra le poche categorie con cui il fisco riesce a banchettare tanto allegramente, ovvero ad essere tra i pochi in Italia a pagare le tasse. Manca uno spirito unitario di categoria. Manca una rivendicazione forte. Manca una giustizia contributiva nel nostro paese. Inoltre, conti alla mano, i medici in Italia sono meno pagati rispetto agli altri medici nel mondo, oltre a essere i più tar-tassati. Chiariamoci, non dico di non pagare le tasse, ma al contrario di pagare il giusto e soprattutto il sostenibile. Propongo per esempio di diminuire le aliquote per i dipendenti e i parsubordinati e soprattutto di aumentare le detrazioni (i bonus). Dobbiamo uscire allo scoperto, denunciare questa situazione che diventa paradossale, avere lo stesso orgoglio che a tante altre categorie professionali porta fortuna ... in tutti i casi non dimenticate il messaggio più importante .. chiunque fosse interessato ad una Yaris inquinante ed a due salvagenti è pregato di contattarmi ...

ciano in Ferrari e che risultano per lo stato ... indigenti. Ed allora devo pagare nuovamente. Per non aumentare il bollo ai SUV (macchinoni stratosferici ma che sembra siano posseduti da tanti figli dei nostri parlamentari) allora hanno raddoppiato il bollo, si altre tasse, sulle auto non ecologiche, ovvero quelle possedute da chi per pagare le tasse non ha i soldi per potersi comprare un'auto nuova. La motivazione: deve pagare di più perché inquina. Qualcuno deve spiegarmi come fa una utilitaria ad inquinare più di un macchinone ma questa è un'altra storia. Anzi, di più: chi compra un'auto nuova non paga il bollo per 3 anni, tanto i contributi li pagano quei poveracci dei tartassati.

*Vice segretario nazionale SMI - Sindacato Medici Italiani



ci siamo finiti io mia moglie, i nostri più cari amici insomma Tutti i medici che conosco. O i dati sono falsi o se dobbiamo contare 90.000 medici convenzionati e 100.000 medici dipendenti, pure escludendo tutti i medici ad inizio carriera che nonostante gli arretrati non avranno raggiunto tali somme, i soli medici rappresentati più della metà dell'intero popolo che paga le tasse più onerose, ovvero tra la popolazione che risulta "fiscalmente" più ricca. Eppure se mi giro nella sola Roma posso contare 300.000 appartamenti più belli del mio, se vado per strada tanti, tantissimi sono coloro che hanno una autovettura migliore della Yaris Verso che divido con mia

	Medici specialisti			Medici di Base
Olanda	294.303		Usa	134.600
Belgio	249.710		Irlanda	132.133
Usa	229.500		Olanda	123.070
Australia	173.938		islanda	108.873

Tab. 1

Lo S.M.I. è l'unico sindacato che tutela i medici di medicina generale?



Siglato con tanta perplessità il protocollo per le vaccinazioni 2007/2008 I 30 Luglio u.s. si è riunito il tavolo per la stipula dell'accordo per il nuovo protocollo per le vaccinazioni anti influenzali 2007-2008. Erano presenti i dott.ri: Tartaglia (FIMMVG) Palma (FIMMP) Taleggi (INTESA SINDACALE) Romani (CIPE) Marotta (SMI per Federazione Medici). La discussione è iniziata con la contestazione di tutti i sindacati relativa alla scarsa retribuzione per i medici vaccinatori. Contestazione subito rintuzzata dalla Regione Lazio e dall'ASP che, giustamente, affermavano che non era compito di quel tavolo la discussione sulla retribuzione, ma del comitato regionale, che aveva prodotto l'accordo regionale per la medicina generale senza apportare modifiche alle PIPP (per chi ha scarsa memoria solo lo SMI ha fortemente richiesto al tavolo regionale durante e dopo la stipula dell'AR l'incremento sia delle PIPP che dell'ADI e dell'ADP ottenendo i 60 euro per le RSA e strapando la promessa ancora non mantenuta dai funzionari della regione Lazio dell'apertura di una trattativa per raddoppiare lo scandaloso tariffario che risale ancora al 1994).

Terminata questa chiacchierata per gli altri sindacati sarebbe andato tutto bene. Per noi no! Infatti dal 2004 abbiamo intrapreso una battaglia per tutelare i MMG vaccinatori contro eventuali denunce per somministrazione di farmaco adulterato o scaduto (codice penale) a causa dell'estrema labilità del vaccino antinfluenzale se non conservato in ambiente fra 2 e 8 gradi centigradi (NOTE TECNICHE SULL'USO DEL VACCINO ANTINFLUENZALE). In pratica la nostra preoccupazione è sempre stata quella di tutelare il medico nel momento in cui somministra il vaccino e questi non abbia effetto. Teoricamente, ed oggi abbiamo bisogno di migliori garanzie per tutelare i "soliti furbetti" (che magari hanno anche amicizie altolocate), un paziente vaccinato che contrae l'influenza potrebbe denunciare il medico che

lo ha vaccinato sottoponendo lo studio dello stesso ad un controllo dei NAS per valutare la congruità del sistema che deve mantenere la catena del freddo. Voi tutti sapete che, qualora non siate forniti di generatore di corrente (?????) che ci garantisce la corrente elettrica anche quando salta la centralina elettrica di zona, tutti i farmaci conservati in frigorifero potrebbero adulterarsi e perdere la loro efficacia. In questo caso il paziente in questione potrebbe portarvi davanti ad un giudice per somministrazione di farmaco adulterato o scaduto, o meglio trovare un accordo di tipo economico per sollevarvi dal rischio della denuncia penale.

Questo è stato il motivo per cui lo SMI attraverso FEDERAZIONE MEDICI ha sempre osteggiato le vaccinazioni a basso costo. Infatti a fronte di 6,16 euro potreste incappare in en più gravi sanzioni. Su questo abbiamo bloccato la firma del protocollo ed abbiamo minacciato di lasciare il tavolo visto la tracotanza regionale che pretendeva di incontrare i sindacati SOLO per ratificare un protocollo identico a quello dello scorso anno e senza tutela per il medico e per il cittadino proprio in funzione dell'efficacia del vaccino. Calcolate che l'assessorato alla sanità spende circa 12 milioni di euro per le vaccinazioni di cui solo un 15% va al MMG vaccinatore! Insomma la dott.ssa Vitagliano ci ha minacciato dicendo che se non firmavamo il protocollo così com'era sarebbe stata nostra responsabilità la mancata vaccinazione e sia la FIMMVG che la FIMMP si sono accodate dicendo che lo SMI si doveva assumere le sue responsabilità e che avremmo dovuto rispondere ai colleghi ed ai cittadini, praticamente sembrava che l'unico sindacato che parlava di tutele e di garanzie fosse lo SMI (chiaramente come Federazione Medici). Alla fine dopo uno scambio di opinioni, talvolta anche sopra le righe, siamo arrivati ad una soluzione di compromesso per cui il protocollo veniva siglato con la clausola che le aziende dovevano essere allertate rispetto al rischio di alterazione della catena del freddo e che i medici dovevano avere piena conoscenza dei rischi relativi all'adulterazione dei vaccini. Sarà quindi il 21 Settembre p.v. una riunione tecnica per valutare la congruità dell'informativa inviata alle aziende e la variazione dell'allegato 2 modello 1 relativo alla dichiarazione del medico "... di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dallo standard qualitativo espresso dal Piano Nazionale Vaccini ..."

Non è stata una battaglia facile ma lo SMI, a costo di perdere la faccia, difende sempre gli interessi di TUTTI i colleghi anche quelli che ancora non sono iscritti ad un sindacato e, peggio, quelli che sono iscritti a quei sindacati che pensano che l'unica tutela per un Medico di Medicina Generale siano i soldi in tasca. Noi pensiamo che ci siano anche altre tutele da garantire per poter godere dei soldi che entrano in tasca altrimenti si rischia di far passare i soldi nelle tasche degli avvocati! Paolo Marotta

ASSOCIAZIONE MEDICA

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

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

Direzione Redazione e Amministrazione:
Via Merulana 272 - 00185 - Roma
Tel. 064746344 - Fax: 064871092

REDAZIONE:

Angelo Filardo
Gaetano Mazzuccconi
Cristina Patrizi
Franco Sciarra
Floriana Riddei
Beniamino Baldacci

Fotocomposizione e Stampe
Postel S.p.A.

Unica Periodica e associata all'Istituto Stampa Periodica Italiana

La prescrizione “fuori scheda tecnica” dei farmaci chemioterapici. Un problema da risolvere

Uno dei problemi più spinosi cui ricorrenemente vengono a trovarsi i medici è quello della prescrizione del principio attivo a seconda delle indicazioni riportate in scheda tecnica. Infatti da alcuni anni (precisamente dal 1998) è espressamente vietata in Italia la prescrizione “fuori scheda tecnica”, o prescrizione “off-label”.

Si definisce prescrizione off-label l'uso di farmaci regolarmente registrati ma usati in maniera non conforme a quanto previsto dalla scheda tecnica autorizzata dal Ministero della Salute per gli aspetti di indicazioni, modalità e dosi di somministrazione.

Le basi normative

La nascita del divieto risale come abbiamo detto al 1998 allorché, sotto la spinta delle polemiche sul caso Di Bella, l'allora Ministro Bindi emanò un decreto legge che venne convertito poi nella Legge 8 Aprile '98 n. 94.

Tale Legge stabiliva, in sostanza, che nel prescrivere una specialità medicinale il medico deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste nell'autorizzazione all'emissione in commercio lasciata dal Ministero.

Tale autorizzazione è la cosiddetta “scheda tecnica” di cui il “foglietto illustrativo” (il cosiddetto “bugiardino”) che si trova all'interno delle confezioni dei medicinali è un riassunto. La scheda tecnica è più esaustiva e complessa e contiene tutte le informazioni necessarie per l'uso del farmaco, mentre il foglietto illustrativo, pur riportando sostanzialmente gli stessi elementi, è più sintetico e usa talvolta un linguaggio più diretto al pubblico che non all'operatore. Sono comunque riportate le informazioni essenziali indicate dalla legge.

La legge 94/98 prevedeva in realtà alcune deroghe: veniva previsto che in singoli casi il medico poteva, sotto sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare il farmaco per una indicazione o una via di somministrazione o una modalità diversa da quella autorizzata qualora egli ritenesse, in base a dati documentabili, che il paziente non potesse essere utilmente trattato con altri farmaci che contenessero la specifica indicazione. La prescrizione doveva però essere conforme a dettami della letteratura scientifica internazionale e, nel caso di prescrizione in deroga, il farmaco non poteva essere prescritto a spese del SSN.

Altra deroga era consentita nel caso di farmaci di nuova introduzione o di farmaci registrati all'estero ma non ancora in Italia per quella specifica indicazione, eventualmente in corso di sperimentazione clinica. Di questi farmaci viene redatta una apposita lista dal Ministero della Salute, periodicamente aggiornata. Si tratta di farmaci indicati soprattutto in oncologia o in patologie di pertinenza specialistica, di uso assai poco frequente nella medicina generale. L'uso di questi farmaci deve essere preceduto da previa comunicazione al Ministero.

Problemi prescrittivi generali

La legge 94, promulgata senza opportuna preparazione, ha immediatamente generato una serie di gravi problemi per i medici prescrittori: le schede tecniche autorizzate fino a quel momento non costituivano elemento obbligatorio che imponesse tassativo rispetto, ma soltanto una indicazione generica al miglior uso dei farmaci. Alcune circolari, emesse prima del Decreto legge del 1998, pur ribadendo in più occasioni l'inopportunità di prescrizioni al di fuori delle indicazioni approvate, pur invitando i medici a evitare di farle, non ne vietavano l'attuazione. Questa impostazione generale ha fatto sì che le indicazioni in scheda tecnica dei farmaci fossero, in tale epoca, abbastanza generiche e approssimative, avendo una funzione prevalentemente indicativa. Quindi le schede erano generalmente poco aggiornate, contenevano indicazioni terapeutiche piuttosto vaghe; gli aggiornamenti erano rari in quanto le procedure comportavano un pesante e costoso lavoro burocratico a carico delle Aziende farmaceutiche, che non ne ravvisavano la necessità.

A ciò si aggiungeva il fatto che l'istruzione Universitaria forma e istruisce i medici sugli indirizzi terapeutici previsti dalle linee guida internazionali e dagli studi più accreditati nei vari settori, ma non si cura di verificare la loro congruenza con le schede tecniche registrate. Il medico viene perciò istruito a prescrivere certi farmaci per la cura di una malattia ma può trovarsi in difficoltà perché le indicazioni del “bugiardino” non corrispondono.

All'improvviso, quindi, numerosi farmaci di uso comune in diverse patologie si trovarono ad essere “fuori legge” con un rigore ingiustificabile almeno dal punto di vista scientifico: un esempio clamoroso fu quello dei FANS (Farmaci antinfiammatori non steroidei) i quali, benché sfruttati per la loro azione antidolorifica nelle più diverse patologie, ed espressamente raccomandate dalle autorità scientifiche internazionali per la terapia del dolore da cancro, vennero a essere prescritti abusivamente in quanto pressoché nessuno di essi riportava in scheda tecnica questa indicazione specifica. Oltretutto gli aggiornamenti non sempre tempestivi delle schede tecniche fanno sì che circolino contemporaneamente prodotti analoghi a questi foglietti illustrativi in versioni e con indicazioni differenti. A questo punto diventerebbe assai difficile per il medico prescrittore effettuare una prescrizione formalmente “adeguata”. Un aspetto paradossale: la prescrizione off-label è illecita indipendentemente dalla sua utilità verso il paziente; il medico dovrebbe essere sanzionato anche se la terapia effettuata in deroga fosse risultata utile e benefica.

Malgrado questi problemi venissero denunciati a gran voce, il Ministero confermava in più occasioni, con diverse circolari, gli obblighi stabiliti dalla 94/98. Veniva anche sottolineato come ciascuna scheda tecnica fosse assolutamente specifica, e non potesse essere estesa a farmaci similari (c.d. “effetto classe”). Queste limitazioni sono state applicate finora, essenzialmente, alla medicina territoriale, considerando la medicina ospedaliera libera da tali vincoli o comunque di una maggiore discrezionalità, in base ad una ambigua comunicazione del Ministero (G.U. 155 del 4/7/02). Questa distinzione è però venuta a cadere definitivamente con la L. 296 del 27.12.06, G.U. n. 299 del 27.12.06 – S.O. n. 244 (Finanziaria 2007) che al comma 796, lettera z ribadiva in chiare lettere che anche i medici dipendenti di qualsiasi categoria, salvo singoli casi, dovessero rispettare le indicazioni riportate nelle schede tecniche.

Uso off-label dei chemioterapici antibiotici

La prescrizione off-label dei chemioterapici è un argomento piuttosto delicato in quanto raramente puntualizzato e raramente osservato. È probabile che il settore sia uno di quelli in cui sia più frequente l'infrazione magari involontaria alle regole.

Una prima osservazione generale: le schede tecniche dei chemioterapici riportano costantemente la dizione generica “trattamento delle infezioni causate da patogeni sensibili al farmaco X”.

È una dizione estremamente ambigua e pericolosa.

-Per prima cosa, viene ristretto il campo di intervento al “trattamento” delle infezioni, e viene così ad essere escluso tutto l'ampio settore della profilassi.

Stando alla lettera delle schede, quindi, diverrebbe illecita la profilassi di soggetti esposti a contagi pericolosi (per es. al meningococco). Diverrebbe illecita anche la profilassi antibiotica per soggetti “deboli” che debbano essere sottoposti a manovre ad alto rischio di sovrainfezioni (interventi odontoiatrici, chirurgici, esami endoscopici ecc.). Sono poche le schede tecniche che prevedono tali possibilità.

-La somministrazione viene ristretta ai patogeni sensibili al farmaco. Tale indicazione potrebbe essere rispettata, a stretto rigore, solo dopo opportuni accertamenti batteriologici, non essendo previsto un criterio presuntivo.

Ogni terapia antibiotica rivelatasi inefficace a posteriori verrebbe quindi a cadere nel campo dell'inappropriatezza e della violazione di legge, in quanto presumibilmente effettuata su germi non sensibili.

La dizione usata nelle schede tecniche, può quindi essere ragionevole nel settore della “buona pratica clinica”, ma è assolutamente inappropriata quando vada ad esprimere un tassativo obbligo di legge.

-Viene ad essere sostanzialmente irregolare il criterio “ex adiuvantibus”. Benché insegnato nelle Università ed ampiamente applicato nei casi più complessi, non verrebbe consentita la somministrazione di un chemioterapico a fini diagnostici, al fine cioè di comprendere, dalla risposta al farmaco, quale possa essere il microrganismo implicato nell'infezione.

L'antibiotico nelle influenze

Altra tipica occasione di prescrizione off-label (continua a pag. 8)

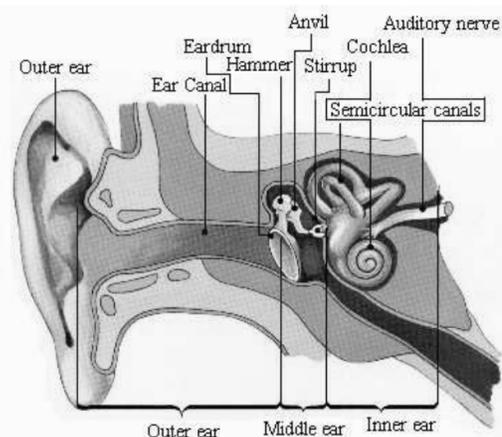
La perdita improvvisa dell'udito Un evento raro ma drammatico e di difficile terapia

Uno studio tenta di analizzarne le cause e i possibili rimedi

Perdita uditiva improvvisa: che fare?

Secondo una revisione sistematica non esistono studi di buona qualità che abbiano determinato quale sia la terapia più efficace nella perdita uditiva improvvisa.

In questa revisione sistematica sono stati selezionati 21 RCT in cui venivano provati vari tipi di trattamento per la perdita uditiva improvvisa. Le varie terapie tentate includevano steroidi per via sistemica e intratimpanica, farmaci antivirali, farmaci emodiluenti, minerali, vitamine, erborivati, batroxobin, carbogeno, ossigenoterapia iperbarica. Tutti gli studi avevano come outcome i risultati dell'audiometria. Solo in due studi erano stati usati criteri uguali per definire la perdita uditiva improvvisa. La metodica di randomizzazione era stata descritta solo in



due studi. Risultati positivi sono stati riportati con gli steroidi per via sistemica o intratimpanica, batroxobin, magnesio, vitamina E e ossigenoterapia iperbarica. In realtà questi risultati sono da prendersi con cautela in quanto tali studi erano gravati da una serie di importanti limitazioni metodologiche. Non si è riscontrato nessun risultato con i farmaci antivirali e con l'emodiluizione mentre in uno studio non vi erano differenze tra placebo e steroidi per via sistemica. Gli autori concludono che non esistono al momento RCT validi che possano determinare l'efficacia di un qualche trattamento per la perdita uditiva improvvisa. Gli steroidi per via sistemica non possono essere considerati il trattamento di scelta per i gravi limiti degli studi che ne dimostrerebbero l'efficacia.

Commento di Renato Rossi

La perdita uditiva improvvisa è una patologia acuta otorinolaringoiatrica di cui non si conosce la causa.

Viene definita come una ipoacusia grave di tipo neurosensoriale, di solito monolaterale, che si sviluppa in poche ore o in 2-3 giorni. Oltre all'ipoacusia possono essere presenti acufeni e vertigini. L'età più colpita è quella tra i 30 e i 60 anni. La diagnosi viene posta con l'audiometria che

dimostra una perdita uditiva di almeno 30 decibel su tre frequenze vicine. Gli esami di neuroimaging sono per solito negativi ma vengono eseguiti per escludere una patologia neurologica oppure otologica sottostante (per esempio neurinoma dell'acustico).

Sono state proposte varie spiegazioni, da quella

vascolare (embolia o trombosi) a quella virale, tossica, immunitaria, ma in realtà l'etiologia, per ora, rimane ignota.

Non si tratta di una patologia molto frequente ma purtroppo non si dispone di una terapia realmente efficace. Ne è la prova questa revisione sistematica da cui risulta che i trattamenti tentati sono molteplici e i più vari, dagli steroidi agli antivirali, passando per l'ossigenoterapia iperbarica e gli erborivati. Anche se gli steroidi sono spesso usati come terapia di prima scelta, talora associati agli antiaggreganti piastrinici, in realtà questo approccio non ha alle spalle solide basi scientifiche perché tutti gli studi che ne suggeriscono l'efficacia soffrono di importanti difetti metodologici. Fortunatamente in molti casi la funzione uditiva si ripristina spontaneamente nel giro di pochi giorni o 1-2 settimane; in altri casi (circa il 15%) l'ipoacusia più o meno grave permane.

A cura di Navigator (A. Ciammaichella)

PEPTIDE GLUCAGONE-SIMILE: UN NUOVO ORMONE

E' stato di recente isolato il Peptide simil-glucagone (GLP-I: glucagon-like insulintropic Peptide), sintetizzato dalle cellule endocrine del tenue in risposta all'ingestione di cibo. E' antagonista del glucagone che, come è noto, attiva nel fegato la glicogenolisi e la neoglucogenesi.

Il GLP-I, secreto dal tenue, va a legarsi con le CELLULE BETA del pancreas, svolgendo pertanto un'azione insulino-simile. Ma esso abbassa la glicemia anche con altri meccanismi: rallenta lo svuotamento gastrico, stimola la proliferazione delle cellule beta, aumenta nel cervello il senso di sazietà.

La scoperta del GLP-I porta ad una nuova possibilità nella cura del diabete: somministrazione dello stesso ormone ed anche di sostanze che bloccano la relativa peptidasi, uso di farmaci "mimetici" quali l'exenatide e l'exendina 4. Poiché questo ormone stimola la proliferazione delle cellule beta, esso può essere impiegato anche in via preventiva. La sua forma biologicamente attiva si determina col metodo RIA. (Vellucci A.: Diagnostica Bios, 2007, n. 1)

BIANCOSPINO NELLO SCOMPENSO CARDIACO

Nell'ultimo Congresso dell'American College of Cardiology svoltosi a New Orleans è stato illustrato lo STUDIO SPICE sull'impiego di estratto delle foglie di biancospino nello scompenso cardiaco congestizio.

La ricerca, durata 2 anni e confrontata con placebo, è stata condotta su 2.681 pazienti con funzione ventricolare sinistra gravemente compromessa (sotto il 35%) e con il 44% in classe NYHA III. L'"end-point" primario ha compreso il tempo del primo evento cardiaco, la morte cardiaca improvvisa, il decesso per progressione dello

scompenso, l'attacco cardiaco fatale e non, il ricovero per scompenso cardiaco. Soddisfacenti i risultati.

Il biancospino era noto da tempo per l'effetto antiossidante, ma è verosimile che operino altri meccanismi che lo rendono efficace nello scompenso di cuore.

LA PERMEABILITA' INTESTINALE

L'epitelio intestinale ha due principali funzioni, strettamente collegate: assorbente e di barriera. Se questa barriera fa passare sostanze di norma escluse, può verificarsi un danno dell'epitelio con conseguente incapacità di assorbire i nutrienti. Se poi il danno innesca reazioni flogistiche immunomediate, esso si cronicizza.

La membrana cellulare è il primo filtro: essendo liofila, esclude la maggior parte delle sostanze idrofile. Queste sono assorbite per la via preferenziale dei pori intramembrana. La permeabilità intestinale diminuisce progressivamente dal duodeno al colon: il fattore fisico principale che la influenza è l'osmolarità della soluzione.

Numerose le cause che la alterano: flogosi mucose, meccanismi immunomediatati per le allergie alimentari, FANS, abuso di alcool, tossine batteriche, deficit nutrizionali, ustioni.

Lo studio funzionale del tenue si effettua con: biopsia duodenale e ileale, esame rx selettivo, endocapsula, MISURAZIONE della permeabilità. Le sostanze più usate al riguardo sono: polietilenglicole, molecole radioattive, zuccheri non assorbibili, sucrosio. (D'Inca R. et al: Argomenti di Gastroenterologia clinica, giugno 2007).

AC. ASCORBICO NELLO PSEUDOXANTOMA ELASTICO

Questo particolare pseudoxantoma si caratterizza per le lesioni cutanee e



oculari. Cute: papule giallastre, in un pattern lineare o reticolato, che possono confluire in forma di placche. Occhio: colore aranciato del fondo oculare per atrofia dell'epitelio pigmentato, precursore delle "strie angioidi".

La terapia si avvale della vitamina C, indispensabile per la trasformazione del procollagene in collagene, che è intimamente connesso con le fibre elastiche.

Di questa patologia - studiata a fondo dal Dott. Marco Nicoletti, Dermatologo di Tor Vergata - si è parlato nel recente convegno "VITAMINE E OBESITA'", promosso dal prof. Alberto Fidanza presso l'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria.

B.M.I. MATERNO E LEPTINA DEL LATTANTE

La Leptina, ormone della sazietà, è prodotta dagli ADIPOCITI al numero dei quali è proporzionata (il tessuto adiposo va oggi considerato un vero organo endocrino).

Per stabilire se il "body mass index" (B.M.I.) materno possa influenzare il tasso ematico di leptina nel figlio, in 75 bambini di età fino a 1 anno (51 con solo allattamento al seno almeno per 4 mesi, 24 ad allattamento artificiale) è stata dosata la leptina circolante. Conclusione: l'aumento del

B.M.I. della madre si è accompagnato ad incremento della leptina del figlio allattato al seno, ma non in quello artificiale: ciò suggerisce un ruolo della massa grassa materna nel bilancio adiposo del lattante. (Savino F. et al: Il Pediatra, giugno 2007).

MISCELLANEA

PROTEINA CD40L E IPERCOLESTEROLEMIA INFANTILE. Questa nuova proteina eterogenea è stata isolata dal Prof. Francesco MARTINO, del Centro Dislipidemie infantili dell'Università La Sapienza: se essa aumenta causa ipercolesterolemia in età pediatrica. Tale esame è utile nei bambini con genitori ipercolesterolemici e/o con incidenza familiare di infarto miocardico.

TERAPIA DELLA CALVIZIE. Oltre alla finasteride, indicata nell'ipertrofia prostatica, e al ciproterone, utile nel cancro prostatico, si sta oggi affermando la nuova tecnica della COLTURA DELLE PAPILLE DERMICHE.

PROTESI ARTICOLARI E INFEZIONI. La crescente diffusione delle protesi di anca e di ginocchio evidenzia non rare complicanze infettive endogene, causate ad esempio da infezioni URINARIE e DENTARIE, preesistenti o comparse dopo l'intervento: massima attenzione pertanto alla loro prevenzione e/o cura.

SPINA BIFIDA: ABBIAMO IL GENE. Continua, irrefrenabile, la scoperta dei geni. Di questa malformazione, che in Italia colpisce un bambino (più spesso bambine) su 1.500 nati, conoscevamo fino ad oggi solo i fattori a rischio. La Dott.ssa Valeria Capra, in collaborazione con l'Università Mc Gill di Montreal, ha identificato "VANG-11", il gene re-



sponsabile. **STEATOPATITE NON ALCOLICA E FIBROSI EPATICA.** Recenti ricerche stanno evidenziando che la fibrosi epatica non è solo un processo degenerativo cicatriziale, bensì un processo dinamico nel contesto di una alterata "guarigione della ferita". La fibrosi in tali casi può essere anche reversibile (Osp. Ped. Bambin Gesù: 1 - 2000)

DIABETE MELLITO, OGGI. Passaggi epocali: dalla embolizzazione delle "insulae" incapsulate, al trapianto di pancreas, alle CELLULE STAMINALI. Grazie agli inarrestabili progressi scientifici e tecnologici, si sta sempre più perfezionando l'utilizzazione delle STAMINALI - nel Diabete tipo I - per sopperire al deficit insulare.

CELIACHIA E ROTAVIRUS. Uno studio italiano: il Prof. Puccetti, dell'Istituto Gaslini di Genova ed il Prof. Lunari dell'Università di Verona hanno dimostrato in tutti i pazienti con morbo celiaco ANTICORPI contro il Rotavirus, assenti invece nei non celiaci.

VACCINO ESAVALENTE PER BAMBINI. Molto comodo in quanto comprende 6 vaccini: contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, hemofilus influenzae. 1 fiala intramuscolo al 1° mese, al 6° mese, a 1 anno.

Uso e abuso di antidepressivi nel paziente oncologico

La sertralina non migliora i sintomi né la qualità di vita in pazienti con cancro avanzato senza depressione maggiore.

In questo studio sono stati reclutati 189 pazienti affetti da cancro avanzato, randomizzati a ricevere sertralina (50 mg/die) oppure placebo. L'end-point primario era la presenza di depressione a 4 e 8 settimane valutata con la scala CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression). End-point secondari erano l'ansia, la qualità di vita e l'astenia. L'analisi primaria è stata effettuata secondo l'intenzione a trattare. La sertralina non si è dimostrata superiore al placebo sia per l'end-point primario che per quelli secondari. Inoltre venne sospesa più frequentemente e più precocemente del placebo (HR 1,46; IC95% 1,03-2,06; p =

0,03). Lo studio venne interrotto anticipatamente nel febbraio 2006 dopo che un'analisi ad interim dei dati dimostrò che la sopravvivenza era migliore con il placebo che con la sertralina. Tuttavia l'analisi finale nel luglio 2006 evidenziò che la sopravvivenza non era diversa tra i due gruppi.

Gli autori concludono che la sertralina non migliora i sintomi, la sensazione di benessere e la sopravvivenza nei pazienti con cancro avanzato che non hanno una depressione maggiore. Pertanto il farmaco dovrebbe essere riservato solo ai pazienti con indicazioni approvate.

Commento di Renato Rossi

E' frequente riscontrare nei pazienti oncologici con forme avanzate di tumore una serie di sintomi come depressione, astenia pronunciata,

ansia, ridotta qualità di vita. Spesso il medico è spinto a prescrivere un antidepressivo, pur in assenza di una depressione maggiore, a scopo preventivo e nella speranza di poter alleviare le sofferenze del malato. Dal punto di vista fisiopatologico è abbastanza ragionevole ritenere che gli antidepressivi possano migliorare in qualche modo la qualità di vita di questi soggetti. Purtroppo questo studio suggerisce che le cose non sono così semplici: la terapia antidepressiva non sembra funzionare meglio del placebo, anzi porta con maggior frequenza alla comparsa di effetti collaterali che costringono alla sospensione. Non si può quindi che condividere le conclusioni degli autori che consigliano di usare gli antidepressivi solo in presenza di una diagnosi formale di depressione.

Le infezioni asintomatiche da E. Coli non comportano un danno della funzionalità renale

Questo studio di coorte retrospettivo si è proposto l'obiettivo di valutare se una infezione urinaria da Escherichia Coli fosse associata ad un declino della funzionalità renale o allo sviluppo di insufficienza renale cronica.

Lo studio è stato condotto su una coorte di donne partecipanti a due studi di popolazione. Tutte le donne oggetto di studio fornirono un campione di urine che fu opportunamente conservato. La presenza di E. coli nelle urine fu successivamente rilevato con metodo PCR (polymerase chain reaction). Dopo un follow up medio di 11.5 ± 1.7 anni, 490 donne fornirono un campione di sangue per la determinazione della creatinina. Fu predisposto inoltre un caso-controllo annidato in cui i casi comprendevano tutte le donne in insufficienza renale (in dialisi o trapiantate) fra quelle partecipanti alla indagine basale.

Risultati: L'età media delle donne partecipanti fu di 45.0 ± 3.2 anni (basale), 48 di esse (il 10%) aveva una infezione urinaria da E. Coli. Dopo un follow up di 11.5 anni la clearance della creatinina (calcolata con la formula di Cockcroft-Gault) era simile nei due gruppi (87 ± 21 mL/min [1.5 ± 0.4 mL/s] e 85 ± 18 mL/min [1.4 ± 0.3 mL/s]). Nello studio caso-controllo nidificato la prevalenza di batteriuria da E. Coli risultò del 14% fra i casi e i controlli. L'OR (odds ratio corretto per età) di sviluppo di insufficienza renale in presenza di infezione da E.Coli risultò essere 1.1 (95% confidence interval, 0.4-2.8; P = .86).

In conclusione lo studio evidenzia che una batteriuria da E.Coli non è associata ad un declino della funzionalità renale o allo sviluppo di insufficienza renale in una coorte di donne sane seguite per 12-

14 anni. Commento di Marco Grassi L'insufficienza renale cronica è una patologia in aumento e destinata ulteriormente ad aumentare in futuro con ripercussioni economiche non indifferenti per gli alti costi delle terapie e della dialisi. Pertanto ogni possibilità preventiva va doverosamente perseguita.

L'Escherichia Coli ha dimostrato di causare danni renali nell'animale da esperimento e data l'alta frequenza con cui si ritrova nelle urino-colture di donne sia sintomatiche che asintomatiche ci si è posti da tempo il problema se trattare o meno le donne asintomatiche e quali esiti a lungo termine possono causare infezioni misconosciute e non trattate. Allo stato attuale non sono stati condotti studi sufficienti per verificare se, come ipotizzato da alcune ricerche, la presenza di questo batterio sia causalmente collegata alla riduzione della funzionalità renale.

Questo studio colma un importante vuoto di conoscenza e ci rassicura sulla benignità delle infezioni asintomatiche da E. Coli e sulla non necessità di ricercarle.

Lo studio è consistito in un classico studio prospettico con un ampio campione e un lungo follow-up cui è stato affiancato uno studio caso-controllo annidato. Entrambi gli studi, metodologicamente affidabili e robusti, dimostrano che non esiste relazione fra batteriuria e declino della funzionalità renale e che nelle pazienti che hanno sviluppato una insufficienza renale cronica il tasso di infezioni urinarie asintomatiche è sovrapponibile a quello delle donne che hanno conservata integra nel tempo la loro funzionalità renale.



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

COORDINATORI F. SCIARRA E CRISTINA PATRIZI

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale -
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298/1272

00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it - www.siameg.it



Continuano gli studi sugli antidepressivi SSRI: forse favoriscono l'osteoporosi!

L'uso degli SSRI sembrerebbe associato ad un aumentato rischio per l'osso, ma non tutti gli studi hanno fornito risultati concordanti.

Due studi hanno cercato di chiarire i rapporti fra uso di farmaci antidepressivi e osteoporosi. Nel primo è stata esaminata una coorte di 2.722 donne (età media 78,5 anni) partecipanti allo Study of Osteoporotic Fractures, uno studio osservazionale su donne in buona salute. Dopo aggiustamento per vari fattori di confondimento, compreso il Geriatric Depression Scale score, si è visto che la massa ossea (BMD) a livello dell'anca diminuiva dello 0,47% per anno nelle donne che non usavano antidepressivi, dello 0,82% per anno in quelle che usavano antidepressivi della classe degli SSRI e dello 0,47% nelle utilizzatrici di antidepressivi triciclici. Questi risultati non cambiavano quando dall'analisi erano escluse le donne che avevano almeno 6 punti al Geriatric Depression Scale. Nel secondo studio è stata effettuata un'analisi cross-sectional su 5.995 uomini (età > 65 anni) partecipanti all'Osteoporotic Fractures in Men Study. Si è visto che la massa ossea, sia a livello dell'anca che delle vertebre lombari, era più bassa negli uomini che riportavano l'uso di SSRI, ma non di altri tipi di antidepressivi, rispetto a chi non usava antidepressivi. Gli autori auspicano ulteriori ricerche per confermare i loro dati, visto il largo uso di SSRI nella pratica clinica.

Commento di Renato Rossi

In un altro studio osservazionale su 5008 adulti (età > 50 anni), seguiti per oltre 5 anni, si è evidenziato che, dopo aggiustamento per vari fattori di confondimento, l'uso di SSRI era associato ad un raddoppiamento del rischio di fratture (HR 2,1) e di cadute (HR 2,2). Si deve quindi concludere che gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina provocano osteoporosi e fratture? E' opportuno usare cautela in quanto i dati derivano da studi di tipo osservazionale e quindi la relazione causa-effetto non è dimostrabile con certezza: un HR di 2 indica che l'associazione trovata è incerta e solo per HR > 5 si può affermare che il dato è forte.



Inoltre non tutti gli studi hanno raggiunto le stesse conclusioni. Per esempio in uno studio su 4.177 donne (età >= 69 anni), seguite in media per 4,4 anni, si è visto che la massa ossea a livello dell'anca diminuiva dello 0,96% all'anno nelle donne affette da depressione e dello 0,69% all'anno in quelle non depresse. Tale associazione permaneva dopo aver corretto i risultati per vari fattori confondenti e anche dopo aver escluso le donne che usavano antidepressivi. Come consiglia un editorialista, pur non trattandosi di dati conclusivi, è opportuno comunque tenerli presenti quando si prescrive un SSRI ad un soggetto a rischio per la presenza di osteoporosi o di precedenti fratture da fragilità.

In ogni caso la domanda fondamentale a cui dovranno rispondere studi futuri è la seguente: sono gli SSRI che provocano tossicità ossea oppure è la depressione in sé, con un meccanismo non ancora delucidato, ad esplicare un

Il I Corso SIAMEG per Animatori di Formazione in Medicina Generale

Modulo B: L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA GENERALE

SABATO 22 SETTEMBRE 2007

08.30-09.30	Introduzione al corso. Generalità - Finalità - Tempi e metodi
09.30-10.30	L'aggiornamento in medicina ECM: Aspetti normativi e deontologici
10.30-11.30	L'impianto legislativo dell'ECM
11.30-11.45	Pausa caffè
11.45-12.45	La valutazione degli obiettivi e degli interessi formativi in conformità con le direttive e gli obiettivi generali dell'ECM
12.45-13.30	Discussioni temi trattati
13.30-14.30	Pausa pranzo
14.30-15.30	Struttura e compiti della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina, i Providers.
15.30-16.30	L'aggiornamento obbligatorio e la convenzione nazionale per la medicina generale: caratteristiche nazionali e regionali.
16.30-17.30	L'Accordo Integrativo Regionale Lazio per la Medicina Generale: la formazione continua e l'aggiornamento.
17.30-17.45	Pausa caffè
17.45-18.45	Potenzialità, sviluppi e implicazioni pratiche per l'Animatore di Formazione in medicina generale.
18.45-19.30	Discussioni temi trattati

DOMENICA 23 SETTEMBRE 2007

08.30-09.30	L'evento formativo ECM, la sua gestione complessiva. Impostazione teorica dell'evento. Organizzazione e finalità
09.30-10.30	I docenti: Caratteristiche - l'arruolamento - le funzioni - curricula - abstract, Test specifici di apprendimento.
10.30-11.30	La gestione della tecnologia della comunicazione: Computers, Power Point, Excel, lavagne luminose, diapositive.
11.30-11.45	Pausa caffè
11.45-12.45	Il lavoro a piccoli gruppi. La gestione dei tempi di interazione, approfondimento, discussione.
12.45-13.45	L'accertamento dell'evento presso il Ministero. Modalità e problematiche
13.45-14.15	Discussioni temi trattati.
14.15-14.30	Chiusura del corso, consegna attestati e crediti ECM

Con il Patrocinio di
Associazione Medica Italiana

SECRETARIA ORGANIZZATIVA: S.I.A.M.E.G./S.M.I.
da Lun. a Ven. 10.00 - 14.00 Giov. 10.00 - 21.00
Tel. 06-4746344 - 4826742 - FAX 06-4871092 -
e-mail: siameg@tin.it - mi-lazio@libero.it
La partecipazione al corso è limitata a 30 partecipanti.
Il costo è di € 80,00 + iva per gli iscritti
€ 150,00 + iva non iscritti

S.I.A.M.E.G.
Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06-4746344
fax 06-4871092 - E Mail: siameg@tin.it

Corso di di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale

L'Animatore di Formazione in Medicina Generale
Sala Conferenze SIAMEG
Via Merulana 272 - 00185 Roma

Modulo A: LA METODOLOGIA DELLA FORMAZIONE IN SANITÀ
Prot. ECM ASSIMEFAC 2002/111483 - Crediti Formativi ECM n. 18 -
nei giorni 14-15-16 Settembre 2007

Modulo B: L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA GENERALE
nei giorni 22-23 Settembre 2007

Modulo A: LA METODOLOGIA DELLA FORMAZIONE IN SANITÀ

VENERDI 14 SETTEMBRE 2007

09.00-09.15	Iscrizione partecipanti Presentazione del Corso: obiettivi e finalità
09.30-10.30	La dimensione educativa dei processi formativi Relatore: Dott. G. Mancini
10.30-11.00	L'individuazione dei bisogni formativi Relatore: Dott. F. Valcanover
11.00-11.30	Analisi degli obiettivi educativo-formativi Relatore: D.ssa V. Sambataro
11.30-11.45	Pausa caffè
11.45-12.45	Esercitazione a piccoli gruppi Relatori: Dott. Ernesto Mola D.ssa Norma Sartori
12.45-13.30	Presentazione dei lavori a piccoli gruppi Relatore: Dott. F. Valcanover
13.30-15.00	Pausa pranzo
15.00-15.30	Le figure professionali della formazione Relatore: D.ssa V. Sambataro
15.30-16.00	Metodi e tecniche dell'apprendimento formativo - La condizione dei discenti Relatore: Dott. F. Valcanover

16.00-16.30	La scelta dei mezzi didattici Relatore: Dott. G. Mancini
16.30-17.45	Lavoro a piccoli gruppi Relatori: Dott. Ernesto Mola D.ssa Norma Sartori
17.45-18.00	Pausa caffè
18.00-19.45	Presentazione e discussione dei lavori di gruppo Relatore: Dott. Fabrizio Valcanover D.ssa Venera Sambataro

SABATO 15 SETTEMBRE 2007

09.20-09.40	La Lezione Relatore: D.ssa Venera Sambataro
09.40-10.00	Lo studio del caso Relatore: Dott. Gianfranco Mancini
10.00-10.30	Il Role Playing Relatore: Dott. Fabrizio Valcanover
10.30-11.30	Esercitazioni a piccoli gruppi Relatori: Dott. Ernesto Mola D.ssa Norma Sartori
11.30-11.45	Pausa caffè
11.45-13.00	Presentazione dei lavori a piccoli gruppi e discussione Relatore: Dott. Fabrizio Valcanover
13.00-15.00	Pausa pranzo

15.00-15.30	La valutazione Relatore: Dott. Gianfranco Mancini
15.30-16.00	Tecnica docimologica Relatore: Dott. Gianfranco Mancini
16.00-17.45	Esercitazioni a piccoli gruppi Relatori: Dott. Ernesto Mola D.ssa Norma Sartori
17.45-18.00	Pausa caffè
18.00-19.45	Presentazione dei lavori a piccoli gruppi e discussione Relatori: Dott. Fabrizio Valcanover D.ssa Venera Sambataro

DOMENICA 16 SETTEMBRE 2007

09.30-10.00	La programmazione della formazione Relatore: Dott. Gianfranco Mancini
10.00-10.30	Costruzione e gestione di un evento formativo Relatore: D.ssa Venera Sambataro
10.30-11.45	Esercitazioni a piccoli gruppi Relatori: Dott. Ernesto Mola D.ssa Norma Sartori
11.45-12.00	Pausa caffè.
12.00-13.30	Presentazione dei lavori a piccoli gruppi e discussione Relatore: Dott. Fabrizio Valcanover

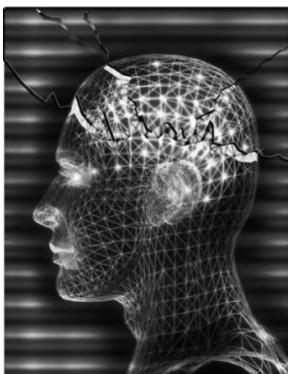
L'epilessia comporta un aumento di rischio di suicidio

Monitorare i pazienti con attenzione, specie se coesiste disturbo psichiatrico

L'epilessia risulta associata ad un aumento dei suicidi; il rischio è particolarmente elevato se coesiste una patologia psichiatrica e nei pazienti di nuova diagnosi.

Questo studio caso-controllo danese si è ripromesso di determinare se esiste un'associazione tra epilessia e suicidio attraverso l'analisi di 21.169 casi di suicidio e 423.128 controlli.

I suicidi si erano verificati fra il 1981 e il 1997 e i controlli sono stati scelti simili ai casi per sesso e data di nascita. L'analisi dei dati ha permesso di evidenziare che l'epilessia risulta associata ad un aumentato rischio di suicidio rispetto alla popolazione non epilettica (RR 3,17). Questa associazione rimaneva anche dopo aver corretto i dati per una storia di malattia psichiatrica e dopo aggiustamento per vari fattori di tipo socio-economico (RR 1,99). Il rischio suicidiario aumentava di 13 volte nei soggetti con epilessia associata a malattie psichiatriche. Inoltre risultava particolarmente alto



durante i primi sei mesi dopo la diagnosi. Un altro dato interessante emerso dall'analisi è che le donne sembrano essere a rischio maggiore rispetto agli uomini. Gli autori concludono che l'epilessia è associata ad un aumento dei suicidi e che i pazienti di nuova diagnosi costituiscono un gruppo vulnerabile che richiede attenzioni specifiche.

Commento di Renato Rossi
Che l'epilessia sia associata ad un aumentato rischio suicidiario era nozione nota. Mentre nella popolazione generale non epilettica la prevalenza media di suicidio viene stimata attorno all'1-1,2%, nella popolazione epilettica si stima una prevalenza del 12% circa. Altri studi stimano un aumento del rischio legato all'epilessia di 2-5 volte rispetto alla popolazione generale. Tale rischio colpisce gli adulti ma anche i bambini e gli adolescenti epilettici. Una recente meta-analisi su 30 studi, per un totale di oltre 51.000 soggetti, ha mostrato che addirittura il 32,5% di

tutti i decessi di pazienti epilettici è causato da un suicidio e che almeno il 13,5% dei suicidi registrati nella coorte esaminata riguardava epilettici. Anche se gli autori richiamano alla cautela sottolineando che i loro dati non sono generalizzabili e valgono solo per la popolazione degli studi presi in esame, si tratta comunque di numeri impressionanti. Il merito dello studio recensito in questo articolo è di aver individuato nei pazienti con epilessia di nuova diagnosi un sottogruppo di soggetti a rischio particolarmente elevato, che richiede una continua attenzione da parte del medico e dei familiari. Strategie specifiche di prevenzione possono, quindi, rendersi necessarie nei primi mesi dopo la diagnosi, anche se mancano studi che ne dimostrino l'efficacia. I pazienti epilettici presentano spesso una comorbilità psichiatrica, soprattutto disturbi del tono dell'umore e depressione maggiore. Questo potrebbe in parte spiegare l'aumento del rischio, ma quest'ultimo studio suggerisce che il dato rimane anche dopo aggiustamento per patologie psichiatriche e fattori socio-economici, lasciando intendere che l'epilessia è un fattore di rischio di per sé.

SSRI in gravidanza: modestissimo il rischio

Secondo due studi caso-controllo l'assunzione di SSRI durante la gestazione porta ad un aumento molto piccolo del rischio di difetti nel neonato. Nel primo studio sono stati selezionati 9622 neonati con gravi malformazioni neonatali, paragonati a 4092 controlli sani. Non si è potuto accertare alcuna associazione tra uso di SSRI nelle fasi precoci della gravidanza e cardiopatia congenita o altri particolari tipi di difetti. Si evidenzia solo un aumento molto piccolo del rischio di anencefalia, craniosinostosi e onfalocelo, tuttavia gli autori concludono che questo dato richiede conferme da altri studi. Nel secondo lavoro sono stati paragonati 9849 neonati con malformazioni alla nascita a 5860 controlli. Non si evidenzia alcun aumento del rischio di craniosinostosi, onfalocelo o cardiopatia neonatale associato all'uso di SSRI nel primo trimestre di gravidanza. Alcuni SSRI potrebbero aumentare il rischio di specifici difetti ma gli autori sottolineano che si tratta di eventi rari e il rischio assoluto è piccolo.



Commento di Renato Rossi
Come si è scritto in un altro articolo l'uso degli antidepressivi in gravidanza deve tener conto da un lato dei possibili rischi teratogeni e dall'altro del pericolo di non trattare una depressione materna grave. Si riteneva fino ad ora che l'uso degli SSRI nelle fasi precoci della gravidanza potesse essere associato ad un aumento del rischio di cardiopatie congenite, ma i due studi caso-controllo riportati dal NEJM sono in gran parte rassicuranti, tanto che un editorialista si chiede se sia il caso di preoccuparsi visto che la percentuale di difetti cardiaci probabilmente non supera il 2%. Nondimeno rimane il dovere di informare la madre di tale possibile evenienza: se è vero che la sospensione del trattamento durante la gestazione può portare a conseguenze negative sia sulla madre che sul bambino è anche vero che i dati presenti in letteratura sui rischi degli antidepressivi in gravidanza sono contrastanti [1]. La decisione se trattare o meno non è semplice e deve tener conto della gravità del quadro clinico, della presenza di precedenti episodi depressivi e dei desideri della paziente.

Burn out medico: patologia ingravescente. Unica terapia, la pensione

Vuoi conservare il lavoro? Non criticarlo troppo!

Sempre più acuto il malessere dei medici verso una professione sentita come irrisconoscibile



di Francesco Medici

Meno 20 .. se va tutto bene (se non muoio prima) tra soli 20 anni vado in pensione, sempre che la riforma della riforma della riforma non mi costringerà a rimanere oltre al lavoro. Mi ha sempre fatto bene avere una scadenza. Lo faccio sempre, aiuta nei momenti difficili o comunque nei momenti di ansia. Mancano 3 mesi alle vacanze, manca un mese alla nascita di mia figlia, tra 20 km sono arrivato, mancano 3 ore alla fine del turno ... tra due ore si mangia. Ma prima di oggi non ho mai pensato con tanta insistenza che ... sono stanco di lavorare, tanto da dovermi consolare pensando ad una scadenza Resisti comunque finisce.

Riuscirò ad arrivare con le energie bastanti per potermi godere la vita? Avrò accumulato qualche soldo per non risultare un indigente? Ed allora penso a come arrivare alla data nel migliore modo possibile, tanto che la data appare lì ... alla portata di mano. Ma cosa ha fatto scattare la molla? L'ansia, appunto, l'insoddisfazione e peggio il rifiuto del mio paese. Penso, sogno che se dovessi arrivare vivo ed in salute alla pensione la mia sarebbe subito una fuga lontano dall'Italia, troppo cara, troppo ipocrita, troppo inzeppata di furbi e dai furbetti che dal fregare il prossimo ricavano le loro maggiori soddisfazioni. Un tempo potevo ritenermi un riformista, convinto che i comportamenti personali, la coerenza nelle scelte, l'azione, la lotta potessero cambiare le cose. Così non è. La maturità mi ha convinto che in Italia tutto è troppo compromesso. Se la soluzione a Tangentopoli è stata Berlusconi allora a cosa serve chiedere il cambiamento? No, meglio andare fuori, fuggire via e vivere il resto della vita da Turista. Per il turista tutto è bello, non ti coinvolgi se non nelle cose dove vuoi essere coinvolto e soprattutto in maniera superficiale. Sì, una fine vita ... lontano. Mia moglie dal giorno successivo alla elezione di Berlusconi premier ha fatto, anche lei, il conto alla rovescia per aspettare il momento di andare a votare e toglierlo di mezzo. Ogni tanto: "quando di vota?" "ma cara mancano ancora tre anni ..." "Così tanti!?!". Alla fine il momento è arrivato e ... Ci è riuscita Per pochi voti ma ci è riuscita. Oggi ha pagato le nuove tasse riformiste, per pagarle ha dovuto chiedere soldi in prestito, ed adesso anche lei non sa più perché lavora. Si è resa conto che più lavora più paga tasse e più lavora più deve pagare le baby sitter (spesa non detraibile) per stare con nostra figlia che sola, povero amore, proprio non può stare. E allora perché lavorare ??? Ha perso motivazioni, stimoli. Pensa anche lei ad isole lontane. E soprattutto non fa più il conto alla rovescia aspettando il momento per andare a votare ... chi votare?

Vedete non trovare via di uscita vicine porta inevitabilmente a pen-

sare a tempi e luoghi lontani. Una cara amica di mia moglie invece sta pensando a costruirsi una baracca sull'albero. Dopo 5 anni di affannose ricerche (non scherzo) è finalmente riuscita a trovare un appartamento dove andare ad abitare, da acquistare. Firmato il compromesso è corsa in banca, niente, una seconda banca neppure, una terza manco a parlarne, un broker che in rete che controlla più banche picche. Sono rimasti strozzini e cravattari. Nonostante abbia in contanti oltre il 20% del valore della casa, abbia ripetutamente mostrato busta paga ed il contratto di un lavoro stabile dal oltre 14 anni, nessuna banca le eroga il mutuo. Immaginate l'umiliazione. A 45 anni, no ... niente casa, nessuna fiducia. Eppure il lavoro è stabile seppure in una struttura privata, eppure i soldi messi da parte sono tanti (almeno per lei), il massimo sia riuscita a risparmiare. Niente.

Vedete le tre storie che ho raccontato, e tante altre potrei raccontarne, hanno un minimo comune denominatore, sono le storie di tre medici arrivati ai 45 anni ovvero all'apice della carriera. Un medico dipendente (io) un medico pediatra di libera scelta (mia moglie) uno specialista dipendente di casa di cura privata (la nostra amica). Possibile che tra coloro che nella società dovrebbero stare meglio c'è tanta rassegnazione, tanta voglia di fuggire, così poca voglia di lottare per un cambiamento. Tutti e tre bastonati, disillusi. Tutti e tre abbiamo scelto la medicina per amore. Amore per la medicina, per un idealistico pensiero di poter aiutare chi soffre, fare del bene. Ecco il primo problema. Oggi



il medico può fare del bene? Ma soprattutto è percepito dalla gente come colui che fa del bene ?? No, oggi e più si va avanti più la situazione peggiora, il medico è visto con sospetto e diffidenza, come colui che nega prestazione cui il malato (per lo più quello immaginario) pensa di avere diritto. Prima dell'estate una signora è andata da un collega chiedendo 5 certificati di malattia di 5 gg per il bambino. "Ma Flavio (il nome è invento) sta bene?". "Sì lo so", dice la madre, "ma il segretario della scuola mi ha detto che ho diritto ad un mese di malattia bambino, se mi fa un certificato unico perdo il sabato e la domenica quando non lavoro, se invece mi fa 6 certificati i gg sono sempre 30 ma io posso stare fuori 36 gg". Visto che il povero dottore strabuzzava gli occhi ha insistito. "Non si preoccupi è tutto regolare, può parlare con la segretaria della scuola". "Ecco appunto mi faccia telefonare dalla preside, le dica pure che io normalmente registro le telefonate". Una paziente insoddisfatta ... penso che abbia ricusato il dottore troppo fiscale anche se temo che a furia di girare avrà trovato il "disilluso" compiacente conforme

alle direttive della scuola, magari lo stesso medico del segretario. Vedete oramai il medico è visto quale un burocrate cui chiedere di tutto: Telefonata la domenica: "posso dare le cozze al bambino (due mesi) siamo a ristorante e le ciuccia con avidità". (finalmente mia moglie ha spento il telefonino almeno la domenica). "Mi serve una domiciliare, non ho la macchina". "Come si tagliano le unghie al bambino ?" (telefonata sempre di domenica Aveva riaccessato il telefonino). A Paolo, medico di base, la regione lazio paga per ... telefonare ai pazienti e sapere se hanno caldo, se bevono, se hanno caldo e se hanno fatto la cacchina, ogni settimana una telefonata, per tutta l'estate E' chiaro che arrivato in autunno, il povero vecchietto non più stimolato, diventerà stitico. Ma abbiamo studiato per questo ?.

In ospedale la situazione non è dissimile.

"A dottè me fa male il piede da una settimana". "Ma come mai viene alle 4 di notte?" "Se no trovavo fila e poi la festa è finita ora ora..." "deve ricoverà la zia ... nun dorme e non fa dormì nessuno."

Ma la cosa che mi disturba di più è la pulizia, non si lavano. Mia madre le poche volte che mi ha portato dal medico mi ha, da bambino, lavato e strigliato. Ancora oggi se devo andare da un collega cerco di andarci nelle condizioni migliori possibili. Oggi in ospedale (urgenze a parte), i pazienti il più delle volte, arrivano sporchi e puzzolenti, ma quelle stesse persone se vanno dall'avvocato (come auguro loro) o dal notaio o semplicemente per uscire la domenica si strigliano a dovere. La sporcizia è per me la peggiore dimostrazione che il rispetto per il medico è finito oltre che in Italia sono aumentati a dismisura coloro che non conoscono il sapone.

Francesco, un caro amico chirurgo, ieri sera a cena mi ha detto che vuole tornare in africa (dove è andato volontario a operare per un mese). Li ha potuto operare, li ha sentito attorno a se gratitudine e rispetto, li che di acqua non ce ne è la gente non puzza, li che muoiono di fame ti portano un dono, fosse anche un fiore.

Vedete in Italia, alla fine, e quello che dà maggiore fastidio è che raramente ringraziano. Tutto è dovuto. Ed allora ci si incattivisce. Si crea sempre di più un muro di incomunicabilità. Ma soprattutto, viene meno, almeno da parte nostra, l'amore che ci ha spinto alla professione. Ed allora non resta che lavorare come tutti per i soldi. Sei uno strozzo paghi, non ti lavi .. parcella doppia. Ma quando anche i soldi non ne ricevi più e soprattutto non ne ricevi una sufficienza allora tutto crolla, non resta che pensare a tempi lontani alla ... pensione. Qualche giorno fa un bel collega, una persona buona è andata in pensione. Una festa, vera

sentita. Ci dispiaceva non rivedere più a lavoro Guido, ma l'idea che usciva vivo dall'ospedale ma soprattutto poco trasformato, non cattivo, non cinico ci ha riempito di gioia. Beato te. Possibile che il momento più bello oggi della professione sia il momento in cui la si lascia? Non ho una soluzione diversa dalla fuga, seppure lontana. Penso che comunque sia arrivato il momento di avviare una riflessione completa sulla professione, sul rapporto deteriorato tra medico e malato, nel rapporto di indecenza sudditanza con la politica che molti medici pavidi hanno. Oggi non scrivo per coloro che, come me, sono costretti a tirare la carretta fino alla fine, ma per coloro che intendono intraprendere la professione. Attenti ai telefilm. La situazione è diversa, molto diversa da quella del video e le possibilità di cambiamento, specie di mentalità, sono e saranno sempre più difficili. Detto questo, per coloro che avessero e mostrassero, come noi tanto tempo fa, amore, almeno da parte nostra, la più vera disponibilità ad aiutarvi. Chissà che voi non riusciate dove la nostra generazione ha fallito.

Il diritto di critica verso il proprio datore di lavoro ha dei limiti che non possono essere travalicati

La Suprema Corte (Sez.Lavoro, Sentenza 7.11.2006, n. 23726) ha esaminato il caso di una insegnante che esprimeva, nel corso di un consiglio di classe, pubblicamente, dichiarazioni molto "forti" sulla conduzione dell'Istituto da cui dipendeva, ricevendone in cambio il licenziamento.

L'insegnante opponeva ricorso ma invano, in quanto le affermazioni pubblicamente enunciate superavano il normale diritto di critica.

La Corte sottolineava che "Per quanto ancora interessa ai fini di questo giudizio, vale a dire la legittimità del licenziamento, il giudice d'appello riteneva che il comportamento complessivo tenuto dalla dipendente in occasione dell'affidamento di un nuovo incarico di insegnamento di informatica ed, in particolare, le dichiarazioni che aveva fatte pubblicamente al consiglio di classe, avessero superato i limiti del diritto di critica e sconfinassero nell'area dell'illecito comportando la denigrazione dell'istituzione da cui dipendeva."

Da queste considerazioni derivava il provvedimento disciplinare ed il conseguente licenziamento, ritenuto pienamente legittimo.

DZ fonte: LaPrevidenza.it

A.M.I. ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272

Tel.. 06/ 4746344 - 06/ 4871092 (fax)

E.mail SIAMEG@ tin.it

Il sottoscritto Dr. Nato a

Prov., il/..../...., residente..... Prov.

ViaN: CAP tel.

con studio in Via N: CAP

tel. cell.E-mail.....

ASL di appartenenza.....; Codice Fiscale.....

Operante nel/i seguente settore/i:

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

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

DICHIARA che l'iscrizione ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata, salvo comunicazione scritta di revoca.

DATA _____ FIRMA _____

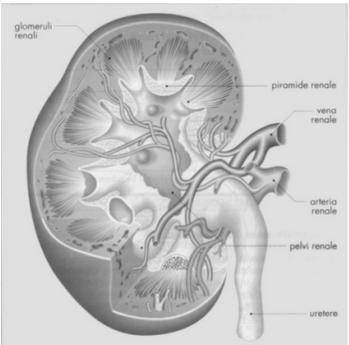
Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale: SI NO

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

FIRMA _____

Le batteriurie asintomatiche delle donne diabetiche non sono dannose come si temeva

Le donne diabetiche sono dimostratamente ad aumentato rischio di sviluppare batteriuria asintomatica. Studi precedenti avevano suggerito l'ipotesi che nel diabete di tipo I frequenti esposizioni ad infezioni urinarie potessero accelerare il declino della funzionalità renale. Gli stessi ricercatori hanno testato l'ipotesi su un campione significativo (296 con diabete di tipo I e 348 con diabete di tipo II) per un follow up più prolungato (6,1 anni). Il 17% delle 644 donne arruolate aveva una batteriuria asintomatica al momento dell'arruolamento. Dopo un follow up medio di 6,1 anni la clearance della creatinina era diminuita da 87 a 76 mL/min nelle donne con batteriuria asintomatica e da 97 a 88 mL/min nelle donne senza batteriuria. Una analisi multivariata che includeva età, durata del diabete, del follow up e del tasso di microalbuminuria non ha mostrato associazione significativa fra presenza di batteriuria asintomatica e più rapido declino della funzionalità renale.



5 volte più frequente nel diabete [3]. La frequenza con cui si può presentare una infezione asintomatica in queste pazienti, con i conseguenti rischi che diventi complicata, ha indotto a considerare l'opportunità di inserire di routine una urinocoltura nei protocolli di follow up di questa insidiosa patologia. Non è tuttavia noto quanto una batteriuria asintomatica e misconosciuta influisca sul decorso a lungo termine della funzionalità renale nei pazienti diabetici. Lo studio olandese mostra che, sebbene la clearance della creatinina fosse significativamente più bassa nelle donne con batteriuria al momento dell'arruolamento, il successivo calo è stato sovrapponibile nei due gruppi e pertanto da ascrivere ad altri fattori (verosimilmente il diabete stesso) piuttosto che alla presenza di una infezione delle vie urinarie. Questo dato fornisce quindi un ulteriore supporto a quanti suggeriscono di non scremare i diabetici per la ricerca di infezioni urinarie asintomatiche [4].

Bibliografia su www.pillole.org

Commento di Marco Grassi

Le donne diabetiche presentano una elevata incidenza di batteriuria asintomatica rispetto alle non diabetiche. La batteriuria asintomatica è infatti presente nel 26% delle donne diabetiche rispetto al 6% delle non diabetiche [1]. E' controverso se fattori quali la glicosuria, età o manovre strumentali possano contribuire all'elevata prevalenza delle IVU, ma la disfunzione vescicale conseguente alla neuropatia diabetica potrebbe essere il maggior fattore predisponente [2]. Anche le infezioni urinarie sintomatiche sono più frequenti e l'interessamento del tratto urinario superiore, mono- o bilaterale, può essere fino a

LEGE 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,

(Prescrizione off-label - da pag. 4) dei chemioterapici si rileva allorché un antibiotico venga prescritto in occasione di un'infezione forse virale, sia per incertezza diagnostica (criterio ex adiuvantibus), sia per una eventuale "copertura" o protezione da una sovrainfezione batterica.

Questo uso degli antibiotici, benché probabilmente spesso inappropriato, è largamente diffuso nella pratica medica, soprattutto al fine di proteggere soggetti ritenuti "fragili". Si assiste, negli ultimi tempi, ad una progressiva riduzione del fenomeno che però non appare completamente eliminabile in quanto penetrato nella visione medica della protezione della salute del singolo individuo, al di là delle regole generali.

Le norme "di secondo livello"

Un ulteriore problema sorge per il coordinamento della norma principale (scheda tecnica) con le norme accessorie e subentranti (per esempio note AIFA, prontuari regionali, ecc.).

La tendenza a ragionare per "farmaci di classe" (che si sta imponendo in alcune regioni) tende impropriamente a uniformare le indicazioni e le modalità d'uso di una serie di gruppi di farmaci della stessa categoria ma non necessariamente identici. Queste procedure, dipendenti da motivi tipicamente economici, può obbligare il medico ad effettuare prescrizioni che, sia pure corrette dal punto di vista clinico, non lo sono dal punto di vista "burocratico". E' tipico per esempio il fatto che le terapie antibiotiche iniettive vengano riservate a casi di particolare gravità escludendo, ad esempio, i soggetti che abbiano patologie gastrointestinali che rendano difficoltosa o poco efficace la terapia orale. In questi casi vengono talvolta usati escamotage non del tutto limpidi, come una diagnosi forzatamente aggravata o non rispondente totalmente al vero.

(Daniele Zamperini - *Publicato su "Pratica Medica & Aspetti Legali" 2007: 1(1) continua e conclude nel prossimo numero*)

UNA PRIMA VITTORIA PER I MEDICI DELLA DIPENDENZA

L'Assessore Augusto Battaglia si impegna a revocare la delibera 417 che tagliava i fondi per la retribuzione del personale

FIRMATO IL PROTOCOLLO DI INTESA - REVOCATO LO SCIOPERO

In data 24/07/2007, presso la sede della Regione Lazio, l'Assessore alla Sanità, Augusto Battaglia, e le

Organizzazioni Sindacali rappresentative della Dirigenza Medica, Veterinaria e S.T.P.A., hanno sottoscritto il protocollo d'intesa con il quale l'Assessore alla Sanità riconosce la necessità di operare immediatamente per revocare la Delibera del 12 giugno 2007, n. 417, che prevedeva la rideterminazione dei fondi contrattuali, e la successiva delibera n. 533 del 10 luglio 2008 che ne modificava alcune parti.

Verrà rimodulato il Piano di Rientro e, per quanto riguarda il blocco del Turn-over e delle assunzioni, verranno concordate delle deroghe in modo da garantire I LEA. Dovrà inoltre concludersi l'accordo per il precariato, questione ormai prioritaria.

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.

**Sindacato
dei Medici
Italiani**

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 - Vinchiaturio (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

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, 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 confronto, l'interconnessione, la comunicazione/diffusione, la 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 patrociniate da questo C.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questo C.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. Tutti i dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convegnamento, 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 facoltà e diritti in essa menzionati, e delle relative modalità d'esercizio, io sottoscritto.....

Presta 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.