

ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 17 - N. 06
GIUGNO 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N

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

Alla presenza di numerose Autorità inizia il dibattito sulla nuova Sanità

Lo SMI fa il suo esordio ufficiale nel Lazio

Grande affluenza al Convegno del 21 giugno, e grande fermento di idee

Fine Giugno ... Serata afosa di piena estate ... Leggera brezza che sfiora i rami e le foglie che circondano il piccolo palco circondato da alberi d'alto fusto immersi nei versi di cicale e grilli. Sembra una cornice dedicata ad una "soirè" per una presse teatrale invece è la cornice ideale per la presentazione dello SMI il nuovo sindacato di tutti i medici che vuole farsi conoscere anche nel Lazio. Sul palco a contendersi i favori della platea gremita di medici interessati a questo avvenimento, che non prevede alcun punteggio ECM, ci sono tutti: politici, direttori generali, presidenti di commissione, sindacati, ma, soprattutto ci sono i medici. Infatti la caratteristica saliente di questa riunione fuori dal comune è la presenza di medici di tutte le tipologie che si confrontano: medici ospedalieri e medici di famiglia, guardie mediche e direttori di distretto, pediatri di libera scelta e universitari. Insomma (pag. 2)



I MEDICI IN STATO DI AGITAZIONE

Entro il 15 luglio si aprano le trattative per il rinnovo delle Convenzioni!

Nel documento unitario firmato il 14 giugno dalle varie sigle sindacali si chiede l'avvio delle trattative per il rinnovo della convenzione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale. Nel testo (di seguito) si chiede la riapertura del tavolo di contrattazione entro il 15 luglio. Nel frattempo è stato dichiarato lo stato di agitazione. Le organizzazioni sindacali si sono autoconvocate per fare il punto della situazione il 18 luglio.

Salvo Cali segretario nazionale del

Sindacato Medici Italiani (SMI) e vice segretario di Federazione Medici-Uil auspica il protagonismo dei medici e lo spirito unitario perché solo così si può rilanciare l'iniziativa sindacale della categoria. E si ritiene soddisfatto per il fatto che col documento sottoscritto da tutti i sindacati della medicina convenzionata si va nella giusta direzione: si ricostruisce quella rete di rapporti, di confronto e di proposte che hanno positivamente segnato la precedente tornata contrattuale.

(Pag.2)

Appeso ad un filo il destino della nimesulide

Il farmaco potrebbe essere presto ritirato in tutta la comunità europea.

Dopo l'Irlanda anche l'Estonia ha sospeso la vendita della nimesulide e la Polonia si appresta a fare lo stesso.

La nimesulide è in commercio in Italia dal 1985 ed i paesi che ne fanno il maggior uso oltre l'Italia sono la Grecia ed il Portogallo, ma l'Italia consuma da sola circa il 60% delle dosi di nimesulide vendute nel mondo.

La nimesulide è l'antinfiammatorio più usato in Italia; infatti per l'anno 2006 la prevalenza d'uso è stata pari al 6%, e si stima che gli utilizzatori con spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) siano stati 3.525.103 con un consumo annuo di 2,9 confezioni per utilizzatore corrispondente a 44 DDD per utilizzatore.

Questi dati non sono comunque esaustivi, perché, quota di consumo della nimesulide con spesa a carico del SSN

è minore rispetto al consumo privato che è aumentato dal 2000 al 2006 di circa il 34%, probabilmente per effetto della nota AIFA 66 e della disponibilità del generico (con prezzo inferiore).

Il 14 giugno 2007 esperti dell'AIFA hanno rivalutato il profilo di tollerabilità della nimesulide.

Dai dati è emerso che in Italia si vendono ogni anno 25 milioni di confezioni di nimesulide e si stima che solo nel 35% la vendita avvenga dietro presentazione di ricetta medica. In due casi su tre il prodotto sarebbe venduto come fosse un qualsiasi prodotto da banco. Tale percentuale è addirittura aumentata rispetto a quella stimata nel 2002 (1).

Dall'esame dei dati italiani emerge inoltre (pag.5)

Regolamentare scelta e revoca del medico di famiglia?

Per liberare il Medico dal "ricatto" dell'assistito

Da anni (già nel 2001 se ne discusse in una vecchia mailing-list medica) si dibatte sull'opportunità o meno di regolamentare in modo più preciso le modalità di scelta e revoca del medico di famiglia. Il MdF, infatti, è l'unico sanitario italiano la cui sopravvivenza, sia in termini di professionalità che puramente economici, dipenda unicamente dal "gradimento" del singolo paziente. Questo medico esercita un'attività che per il paziente è totalmente gratuita, qualunque sia la quantità e l'opportunità delle richieste da parte del (pag.5)

L'Ordine e la Professione oggi

Di Cristina Patrizi

Il motivo del nostro incontro di questa sera è l'obiettivo del convegno odierno è quello di presentare a tutti Voi, alle autorità, ai politici presenti, il SINDACATO MEDICI ITALIANI. Un'occasione quindi per promuovere la nostra sigla, SINDACATO MEDICI ITALIANI, frutto di un lungo lavoro di coesione, incontro e confronto tra espressione differenti della nostra professione, prima separate poi unitariamente aggregate e confluite insieme in un'unica grande famiglia, casa, progetto comune.

Un lavoro di coesione e aggregazione tra organizzazioni prima divise poi riunite, fuse insieme dalla condivisione di esigenze, obiettivi comuni, finalità e proposte concordate da tutte le diverse componenti della nostra professione (pag.6)

Niente selezione del personale senza Laurea in Psicologia E' reato!

Anche gli psicologi abilitati godono dell'esclusività della propria professione, e la diagnosi psicologica è di loro esclusiva competenza.

Questa è stata la definitiva affermazione di una recente sentenza della Corte di Cassazione, che ha reso definitiva una condanna per il reato di esercizio abusivo della professione di psicologo.

Il principio è stato enunciato dopo una lunga vicenda giudiziaria durata 6 anni. Viene ad essere sottolineata la dignità della professione dello psicologo, per cui la diagnosi in questo ambito deve competere solo a chi ne ha i requisiti.

La Corte ha anche stabilito, nella disamina del caso in oggetto, che anche i percorsi di selezione del personale che prevedono diagnosi psicologiche devono essere affidati a professionisti qualificati.

La pronuncia potrà portare notevoli problemi alle aziende che finora si servivano, in questo settore, di personale non laureato e non abbastanza qualificato, ma potrà rappresentare una garanzia per i pazienti e per gli utenti.

Fonte: www.studiocataldi.it

Restrizioni sull'uso del piroxicam

Terapie brevi e solo se indispensabile

EMEA restringe l'uso del piroxicam per tossicità G-i e cutanea

L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha raccomandato le restrizioni sull'uso dei medicinali contenenti piroxicam a causa del rischio di effetti indesiderati gastrointestinali e gravi reazioni

cutanee. Il comitato scientifico dell'Agenzia per i medicinali per uso umano ha concluso che il Piroxicam non deve essere più usato per il trattamento delle condizioni dolorose ed infiammatorie di breve durata. Il Piroxicam può ancora essere prescritto per il trattamento sintomatico delle osteoartriti, artrite reumatoide e spondilite anchilosante.

(Pag.6)

Non si ruba il paziente al collega

E' concorrenza sleale!

E' concorrenza sleale (risarcibile) sottrarre clienti al collega

Il medico di base che sottrae clienti al collega che dovrebbe subentrare, commette un illecito e deve risarcire il danno

La Cassazione è stata chiamata a pronunciarsi su una vicenda certamente inusuale, almeno nelle aule di giustizia: un medico di base, pur essendo stato invitato a "liberarsi" di un certo numero di pazienti in quanto residente in altro Comune, (pag. 7)

Revoca della patente di guida: a chi spetta la segnalazione?

Un comunicato stampa del 20/6/07 ha destato il solito clamore e la solita polemica nell'ambito della categoria medica: Due parlamentari hanno presentato alla Camera un emendamento che prevede la punibilità del medico che non segnala alla motorizzazione il paziente che presenti "una patologia del suo assistito che determina una diminuzione o un pregiudizio della sua idoneità alla guida". La segnalazione andrebbe fatta agli uffici provinciali del Dipartimento dei trasporti terrestri, al fine di aggiornare il certificato medico anamnestico che aveva permesso il rilascio della patente di guida. Il medico che non ottempera a tale disposizione è soggetto (in base all'emendamento proposto) alla pena prevista dagli articoli 480 e 481 del codice penale in materia di falsità ideologica in certificati commessa da esercenti un servizio di pubblica necessità, salvo che il fatto non costituisca reato più grave. Preferiamo sorvolare sull'assurdità dell'ultima disposizione, che ci sembra francamente incongruente, esagerata e vessatoria, oltre che erronea (semmai si potrebbe parlare di "omissione" piuttosto che di "falsità"), ma ci sembra più importante soffermarci sul problema di (pag.3)

Sciopero della dirigenza medica del Lazio

Astensione dal lavoro il giorno 11 luglio 2007

I Sindacati hanno proclamato lo Sciopero Regionale della Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Tecnica, Professionale ed Amministrativa per l'11 Luglio p.v. per protestare contro l'adozione da parte della Giunta Regionale del Lazio delle deliberazioni del 12 Giugno c.a. concernenti il taglio degli investimenti sul Servizio Sanitario Regionale, comportamento incomprensibile poiché i fondi contrattuali della Dirigenza delle Aziende Sanitarie sono stati pressoché totalmente finanziati dal governo nazionale, dando seguito alla Contrattazione Collettiva Nazionale, e non già da finanziamenti regionali.

Tali deliberazioni rappresentano una palese violazione delle normative vigenti e dei contratti di lavoro ed i sindacati medici ne hanno richiesto l'immediata revoca per evitare il tracollo definitivo dei Servizi Sanitari pubblici.

Il Segretario regionale SMI Lazio Gian Marco Polselli afferma che "una delibera che prevede la riduzione degli

organici, impedendo l'assunzione al 118 dei medici che hanno vinto il concorso, la riduzione delle strutture complesse in modo indiscriminato per i medici, mentre se ne creano ad hoc per altre professioni che fino ad ora non erano previste, la riduzione dei fondi per la contrattazione integrativa, previsti dal contratto nazionale, evidenzia la volontà dell'attuale dirigenza regionale di agire per decreto senza concordare con chi, medici ed operatori, sono e continueranno ad essere i protagonisti del sistema sanitario regionale."



Convegno S.M.I. Lazio

(da pag. 1) un convegno che, per la prima volta, tenta di riunire tutta la categoria attorno ad un progetto comune che superi gli steccati e le differenze e diffidenze che sono sempre esistite fra i medici. Infatti è nota l'abitudine dei medici ospedalieri, di criticare i medici di famiglia e, viceversa, quella dei medici di famiglia, che da sempre si sentono inferiori ai medici ospedalieri, di tramare contro l'ospedale per poter guadagnare il rispetto della popolazione. Un esempio questo come tanti all'interno della nostra categoria che ha sempre dovuto ricercare delle soddisfazioni personali e professionali nelle "disgrazie" altrui.

Questa sera si respira un'aria diversa, un'aria di pacificazione, di normalizzazione, come se ci fosse la voglia da parte di tutti i medici di voler fare un passo indietro e di voler recuperare la

professione al centro della vita sociale. Da tutti gli interventi sia politici che tecnici si apprezza una particolare attenzione alla voglia di recuperare una centralità nel SSN che non è economica o politica ma culturale, ovvero il tentativo di recuperare non solo la dignità di medici ma il diritto, nei confronti del cittadino, di voler prendersi cura dei suoi problemi di salute esautorandolo dalle sue facoltà di veto rispetto a questo o quel tipo di medicamento, ma accompagnandolo per mano attraverso la confusa informazione a cui giornalmente viene sottoposto.

Bel lavoro SMI! Se questo è il vostro obiettivo non avrete difficoltà a fare proseliti. Complimenti per questo bellissimo messaggio promozionale: il medico al centro del SSN. L'importante è iniziare questo percorso e probabilmente tra poco molti vi imiteranno.

Se l'infermiera rifiuta di pulire i malati è omissione di atti di ufficio

Non solo mancanza disciplinare ma vero e proprio reato, rifiutare di svolgere le mansioni di infermiere

Rischia la condanna per omissione di atti d'ufficio, l'infermiera che, accampando scuse, rifiuta di pulire i pazienti dell'ospedale nel quale presta la propria attività lavorativa.

Questo è il succo della sentenza della Sesta Sezione Penale della Corte di Cassazione (Sent. n. 39486/2006). I Giudici hanno precisato che "le operazioni di pulizia del paziente rientrano

nelle tipiche mansioni degli infermieri generici" e che "a norma dell'art. 6 d.p.d. 14 mar. 1974, n. 225 l'infermiere generico, su prescrizione del medico, provvede direttamente, tra l'altro, alle operazioni di pulizia del paziente [...]".

Non è necessario, però, che "la prescrizione del medico avvenga necessariamente di volta in volta per ogni intervento da effettuarsi sui pazienti, ben potendo essa essere impartita in via generale e sulla base di turni di servizio, come nella specie verificatosi".

È stata così confermata la condanna a sei mesi di reclusione e all'interdizione dai pubblici uffici di un'infermiera generica "rea" di essersi rifiutata di pulire un paziente appena sottoposto a intervento di chirurgia intestinale sostenendo di provare vergogna a causa della differenza di sesso.

DZ

I MEDICI IN STATO DI AGITAZIONE

(da pag. 1)

IL TESTO DEL DOCUMENTO UNITARIO DELL'INTERSINDACALE DEI SINDACATI MEDICI DELLA MEDICINA GENERALE, DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA E DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Roma 14 giugno 2007

I sindacati medici dell'area del convenzionamento della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale riuniti a Roma

VISTA la sofferenza dovuta al mancato inizio delle trattative nazionali per i rinnovi convenzionali

VISTA l'inadempienza della SISAC e di alcune regioni a concludere gli accordi

integrative DICHIARANO

lo stato di agitazione dell'intera categoria e si attendono che le affermate disponibilità sia da parte del Ministro che del Comitato di settore si concretizzino con l'apertura delle trattative entro il 15 luglio.

Le organizzazioni sindacali si autoconvocano per il 18 luglio 2007 per valutare ogni necessaria azione sindacale

Giuseppe Gullotta
Giuseppe Garraffo
Medici
Salvo Cali
Giacomo Milillo
Giuseppe Mele
Nicola Preiti
Medici
Mauro Mazzoni
Mauro Martini
Roberto Lala

CIPe
C I S L
Federazione Medici UIL
FIMMG
FIMP
FP-CGIL
SIMET
SNAMI
SUMAI

Degenerazione maculare Senile: speranze da un nuovo farmaco

In due studi ranibizumab è risultato superiore a verteporfina e placebo nella degenerazione maculare senile.

In un primo studio multicentrico statunitense [1] sono stati reclutati 716 pazienti (età > 50 anni) affetti da degenerazione maculare senile. I pazienti presentavano una neovascolarizzazione coroidale minimamente classica oppure occulta (lesioni non classiche). Dopo randomizzazione i partecipanti sono stati trattati ogni mese con ranibizumab intravitale 0,3 mg oppure 0,5 mg oppure placebo. L'end-point primario dello studio era la percentuale che aveva perso meno di 15 lettere di acuità visiva.

Il trattamento è durato 2 anni. Dopo 12 mesi soddisfacevano l'end-point primario il 94,5% del gruppo ranibizumab 0,3 mg, il 94,6% del gruppo ranibizumab 0,5 mg e il 62,2% del gruppo placebo (p < 0,001). Mediamente i soggetti trattati con farmaco attivo mostravano un miglioramento di 6-7 lettere mentre quelli trattati con placebo accusavano una perdita media di 10 lettere. Questi risultati si sono mantenuti anche alla fine del secondo anno. Gli effetti collaterali principali della terapia sono stati endoftalmite (1%) e uveite grave (1,3%).

In un secondo studio [2], pubblicato nello stesso numero della rivista, su 423 pazienti affetti da degenerazione neovascolare classica predominante ranibizumab si è dimostrato superiore a verteporfina nel ridurre la perdita dell'acuità visiva.

Fonte:

1. Rosenfeld PJ et al for the MARINA Study Group. Ranibizumab for neovascular age related macular degeneration. N Engl J Med 2006 Oct 5;355:1419-31.

2. BrownDM et al. Ranibizumab versus Verteporfin for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. N Engl J Med 2006 Oct 5; 355:1432-1444

Le "strane" ispezioni della ASL di Viterbo

Ci sarà abbastanza carta igienica dal mio medico?

Ultimamente, come è noto a chi lavora nella A.S.L. di Viterbo, quest'ultima ha avviato una campagna di controllo verso i medici aderenti alle ucp. Nulla di strano, direi... controllare la presenza del medico è legittimo. "Ma", evidentemente pensa la ASL, "perché non cogliere due piccioni con una fava?" Ed ecco la pensata geniale: l'azienda sanitaria ha giustamente pensato di abbinare a tali verifiche l'ispezione sanitaria degli ambulatori da parte dei vigili sanitari. Ed ecco trasformato un controllo sull'effettiva erogazione del servizio in un fantastico conteggio di quanta carta igienica il medico stipa nel suo armadietto. Perché ad essere controllati sono infatti tutti i dettagli dell'ambulatorio dal sapone alla carta per il lettino, e il tutto si conclude con un verbale che fanno controfirmare al medico. Una azione un po' particolare, che non può non generare una certa dose di perplessità. Infatti la domanda che viene spontanea è: perché all'improvviso e senza una ragione apparente viene ordinata una ispezione a tappeto verso cose che tutto sono meno che essenziali? Qui a fianco riportiamo la lettera che il DR. Marco Ricchi, Segretario Provinciale dello SMI di Viterbo ha mandato alla asl, che chiede le motivazioni di tali ispezioni e fa presente la non conformità delle stesse con la legislazione vigente.

FEDERAZIONE MEDICI

PROTOCOLLO N° 10/2007 VITERBO

VITERBO 15-06-2007

OGGETTO: ISPEZIONI SANITARIE AMBULATORI MEDICI DI FAMIGLIA

AL DIRETTORE SANITARIO ASL VITERBO DR. ALESSANDRO COMPAGNONI;
P.C. AL DIRETTORE GENERALE ASL VITERBO DR. GIUSEPPE ALOISIO;

Egregio direttore,

Essendomi pervenute numerose richieste di chiarimenti in merito alle ispezioni sanitarie che l'azienda sanitaria asl Viterbo ha attivato nei confronti degli studi medici di assistenza primaria aderenti alle UCP,

CHIEDIAMO

di conoscere per quali gravi motivi è stata attivata una ispezione a tappeto dei vigili sanitari nei confronti degli ambulatori dei medici di famiglia con verbale di ispezione da controfirmare da parte del collega oggetto del controllo.

Poiché l'ispezione in oggetto non si limita al controllo del funzionamento del servizio UCP ma trattasi di una vera ispezione igienico sanitaria in piena regola non giustificata (redazione di verbale ecc.), chiediamo al vs. spettabile ufficio di sospendere con pronta sollecitudine i controlli in oggetto ricordando che:

- 1- lo studio medico di assistenza primaria non è una attività commerciale alimentare per cui sottoposto necessariamente a controlli periodici del servizio di igiene;
- 2- lo studio medico di assistenza primaria non è una struttura sanitaria accreditata e convenzionata che deve rispondere ai requisiti previsti dalle recenti normative regionali quali abbattimento delle barriere architettoniche, larghezze delle porte, bagno per il personale, bagno per l'utenza e bagno per i portatori di handicap (non basterebbero 100 mq per ambulatorio);
- 3- lo studio medico di assistenza primaria si può attivare anche presso il proprio domicilio e ottiene l'idoneità all'apertura una sola volta secondo i requisiti minimi fissati dall'ACN vigente che sono presenza di sala di aspetto, sala visita, bagno, sufficiente illuminazione e finestre. Tutto ciò che in questi giorni viene verbalizzato e contestato presso i nostri studi è al di fuori delle regole di idoneità fissate dall'ACN vigente.

Al fine di evitare confusione e fraintendimenti si invita per il futuro la sv. a richiedere il parere preventivo delle OO.SS di categoria.

In attesa di vs. comunicazione vi invio i più cordiali saluti.

DR. Marco Ricchi
Segretario Provinciale
SMI Viterbo

Revoca della patente di guida

(pag.1)
fondo che viene ad essere messo in luce: allorché un paziente divenga potenzialmente inidoneo alla guida, il ritiro o la revisione della patente sono a carico delle Commissioni a cui è adde-

detta, ma chi deve segnalare ad esse la nuova condizione?
Primo punto: l'emendamento (che al momento in cui scriviamo non ha ancora concluso il suo iter) affida questa incombenza al "medico", senza alcuna ulteriore specificazione. Vengono coinvolte, quindi, tutte le categorie, dipendenti, convenzionati, liberi professionisti.

Questi sanitari, data la diversa collocazione giuridica, presenteranno quindi diversi gradi di obbligatorietà, assoluta per coloro che svolgano funzioni di Pubblico Ufficiale.

Ma sono soprattutto alcune categorie ad esserne soprattutto interessate, in quanto titolari di specializzazione direttamente coinvolte nei requisiti richiesti per la patente di guida: oculisti, ortopedici, neurologi, psichiatri. Dietro di essi, come un soldato di seconda linea, sta il medico di famiglia il quale verrebbe ad essere il collettore di tutti i referti di tali specialisti. Si vengono a creare non pochi e non facili problemi:

In molte circostanze il medico non sa e non è tenuto a sapere quali dei suoi pazienti siano titolari di patente di guida.

La dizione proposta è così generica da non consentirne la pratica attuazione, in quanto sarebbero milioni le segnalazioni presentate, magari a scopo cautelativo, dai sanitari, e magari riguardanti in più casi la stessa persona.

La procedura può essere automatica e indifferente per il sanitario che operi in rapporto dipendente presso una struttura pubblica, può essere altamente conflittuale per i medici a rapporto convenzionale, in quanto va a vulnerare il rapporto di fiducia, e provocherebbe il ricorso a meccanismi ricattatori (quali la revoca dal vecchio

medico e l'iscrizione con un sanitario "nuovo" e all'oscuro della patologia).

Immaginiamo ad esempio il caso di un soggetto che abbia subito un trauma cranico da cui sia derivata una diplopia o altro disturbo visivo. Tale patologia può essere solo temporanea, magari di pochi giorni: a che punto il medico dovrà effettuare la segnalazione?

Ma immaginiamo un percorso "rigoroso": il Pronto Soccorso invia la segnalazione, poi il paziente va inviato al neurologo, che effettuerà la segnalazione, poi l'oculista verificherà la diplopia, ed invierà a sua volta la segnalazione che, dulcis in fundo, verrà spedita anche dal Medico di Famiglia allorché venga al corrente della cosa. Il paziente a questo punto verrà chiamato dalla commissione di verifica e sottoposto a controllo che non evidenzierà... nulla, perché il disturbo sarà magari stato riassorbito dopo pochi giorni.

Non vogliamo sottovalutare il problema: è assolutamente legittimo stabilire dei meccanismi di controllo: non è possibile lasciare in mano a persone non più idonee un'arma potenzialmente letale, come un'autovetture. È un problema che coinvolge tutta la popolazione: chi perde l'idoneità alla guida deve essere assolutamente fermato!

C'è però modo e modo: le leggi devono essere chiare, i criteri precisi, le sanzioni per gli inottemperanti devono essere proporzionate al fatto, e devono coinvolgere in primo luogo il cittadino, ponendo anche a suo carico l'obbligo di segnalare le patologie che siano intervenute e che influiscano sulla sua capacità di guidare.

Daniele Zamperini
[Mentre scriviamo apprendiamo che sono stati apportati correttivi che sembrerebbero in linea con le nostre osservazioni. Vi terremo al corrente sugli sviluppi della situazione]

In Regione "bocce ferme" e cambio della guardia, forse in attesa di tempi migliori



Un vecchio proverbio latino potrebbe significare "Promoveatur ut removeatur" ma potremmo ritenere che il cambiamento di direzione regionale del Lazio possa invece rappresentare il tentativo di evitare di affondare tutti in una barca che fa acqua da tutte le parti. Infatti il cambio del dott. Natoli, passato all'ISS, con il dott. Farinaccio (pro tempore) potrebbe rappresentare l'avvicendamento di due personalità assolutamente simili per certi versi ma altrettanto opposte per altri. Infatti mentre il dott. Natoli rappresenta l'assoluta continuità con il sistema ed il vecchio establishment il dott. Farinaccio, pur rappresentando in maniera significativa il gruppo di potere presente nella regione stessa è fondamentalmente un funzionario regionale e non un politico! Questo comporta-

mento da parte dei nostri governanti potrebbe significare due cose tra loro fortemente stridenti: la prima un tentativo di restituire all'Assessore alla Sanità il suo ruolo centrale all'interno del governo del sistema sanità e soprattutto avallare il "piano di rientro" per il quale l'Onorevole Battaglia si è sempre speso (con tutti i limiti e le sue convinzioni); altrimenti, una seconda ipotesi farebbe immaginare che questo avvicendamento potrebbe preludere al commissariamento della Regione Lazio da parte del governo centrale con l'obiettivo (chiesto da correnti interni all'establishment regionale) di recuperare ciò che secondo alcuni doveva essere un assessorato di diverso colore. Tutto questo ha una rilevanza enorme per tutta la sanità regionale poiché sia che sia vera l'una o l'altra delle ipotesi, tutto potrebbe stravolgersi. Infatti fino ad oggi, dal momento



dell'insediamento della Giunta Marrazzo si è navigato a vista con l'unico obiettivo, anche se lecito, di fare cassa; infatti in questi mesi non si è parlato altro che del rientro economico della regione per evitarne il commissariamento, creando di fatto un regime di polizia e di caccia al ladro in tutti gli ambiti sanitari sia territoriali che ospedalieri. Situazione che ha creato sconcerto e malumore fra tutti i colleghi soprattutto perché oltre questo non è mai stato presentato un progetto politico condiviso dalle OOS che lasciasse comprendere quali fossero gli orientamenti della Presidenza e dell'assessorato in merito alla gestione della sanità regionale.

Uno studio italiano dimostra che la proibizione di fumare nei locali pubblici riduce i ricoveri per infarto miocardico acuto, probabilmente grazie ad una ridotta esposizione al fumo passivo



cedente. Per i soggetti inferiori ai 60 anni si è passati dai 922 ricoveri del periodo febbraio-giugno 2004 a 832 ricoveri nel periodo febbraio-giugno 2005. Nessuna diminuzione dei ricoveri si è notata per i soggetti con più di 60 anni.

In uno studio osservazionale italiano effettuato in Piemonte (4 milioni di abitanti) sono stati registrati i ricoveri per infarto miocardico nel periodo che precedeva l'entrata in vigore della legge anti-fumo (ottobre - dicembre 2004) e nel periodo immediatamente successivo (febbraio-giugno 2005). Ogni periodo è stato paragonato con il corrispondente periodo dell'anno pre-

Non si è vista neppure alcuna riduzione nei periodi prima della proibizione legislativa. Gli autori ritengono che la riduzione dei ricoveri dell'11% sia dovuta essenzialmente alla riduzione dell'esposizione al fumo passivo. Fonte: Eur Heart J 2006; 27: 2468

ASSOCIAZIONE MEDICA
MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondata da Mario Meneghetti
Presidente: Angelo Filardo

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

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

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

Fotocomposizione e Stampe
Postel S.p.A.

PARZIALE INCOSTITUZIONALITA' DELL' ONAOSI

ULTIM'ORA: Incostituzionale la Finanziaria 2003 nella parte in cui prevede che la misura del contributo obbligatorio viene stabilito dal consiglio di amministrazione ONAOSI. Un'altra vittoria, quindi! Resta però valido l'impianto generale, e quindi l'obbligo contributivo per i medici attualmente iscritti. Alla luce delle attuali disposizioni occorrerà valutare se presentare ricorso per il rimborso del pregresso. Vista l'esiguità delle somme, può essere utile effettuare la richiesta, ma ulteriori iniziative vanno attentamente soppesate. Maggiori particolari al prossimo numero.

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.

Regione Lazio, ancora tagli per i Centri Accreditati Inevitabili agitazioni del settore, vittima principale: il cittadino

di Paolo Diotallevi, Coordinatore Area Radiologica Simeg

Dunque è finalmente successo! La politica miope e poco responsabile della Regione, unita alla chiusura a qualunque trattativa democratica, ha determinato per la prima volta una dolorosa ma improcrastinabile iniziativa dei sindacati di settore, che noi operatori sanitari abbiamo illusoriamente creduto fino all'ultimo momento evitabile: l'autosospensione dei laboratori accreditati, impossibilitati a sostenere il peso dei tagli tariffari stabiliti dalla delibera regionale.

Infatti, in base alla recente delibera della Giunta Regionale del Lazio, le tariffe fino a oggi vigenti, già molto "stringate", sono state sostituite con quelle, del tutto obsolete, del 1996. Come se non bastasse si è stabilito un ulteriore un abbattimento del 20%, come previsto dalla legge finanziaria del 2007.

In parole più semplici: i rimborsi regionali per le prestazioni convenzionate del 2007, eseguite da parte dei laboratori accreditati del Lazio, sono stati tagliati di oltre il 50%. E questo è solo il primo passo di un cosiddetto "piano di risanamento" che si prolungherà anche nel 2008 e nel 2009 coinvolgendo anche le altre branche specialistiche, prima fra tutte la Radiologia.

Alla luce di ciò per l'anno 2007 e per il successivo biennio, i budget stabiliti dalla Regione Lazio si sono di fatto esauriti nei primi sei mesi dell'anno. Insomma, per semplificare il concetto, i laboratori analisi del Lazio stanno di fatto lavorando per il cittadino senza rimborso regionale.

Con grande senso di responsabilità i laboratori hanno comunque accettato questa incredibile situazione per un certo periodo di tempo, nella speranza di riportare le autorità competenti "alla ragione" attraverso trattative

sindacali, come dovrebbe avvenire in ogni paese democratico.

Purtroppo anche questa speranza si è rivelata una illusione!

Sulla base di tali gravi fatti le strutture accreditate, non potendo più accettare le impegnative sui ricettari del S.S.R., sono state costrette a sospendere l'erogazione delle prestazioni specialistiche convenzionate agli utenti aventi diritto.

L'esclusione da tale provvedimento degli altri soggetti erogatori (quali aziende ospedaliere, ASL e aziende universitarie) comporta una disparità incostituzionale di trattamento che spingerà il cittadino, per la differenza dei costi, a "scegliere" le strutture pubbliche (anche se di libera scelta non si tratta!) che oltretutto saranno inevitabilmente più affollate con tempi d'attesa e di ritiro maggiori. Di conseguenza si vedranno in coda donne in gravidanza, anziani esenti e così via, privati del "diritto" di scegliere il laboratorio di fiducia o comunque più vicino alla propria abitazione.

Sono inevitabili alcune amare riflessioni: la delibera regionale rappresenta chiaramente un atto di ostilità, anzi un attacco frontale, nei confronti delle strutture accreditate che sono, è

bene specificarlo, quelle portano da molti anni sulle proprie spalle, con dedizione e senso di responsabilità, una parte consistente del peso della erogazione sanitaria nel Lazio, con un costo sociale molto minore rispetto a quello dei centri pubblici e con una qualità professionale mai inferiore, anzi...

Nessuno certo si aspettava ringraziamenti, ma neanche i più pessimisti di noi potevano prevedere questa ingiusta delibera che determinerà la probabile chiusura di alcuni laboratori con relativa perdita di lavoro per i dipendenti.

Comunque, nonostante il Servizio Sanitario abbia deciso di impedire ai laboratori privati di assistere i propri pazienti, i sindacati di categoria (ANISAP e URSAP) hanno responsabilmente fissato un tariffario sociale di riferimento molto contenuto, cui tutte le strutture del Lazio si adegueranno, consentendo il diritto di scelta della struttura più comoda da parte del paziente che, ricordiamolo, E' LA VITTIMA PRINCIPALE DI QUESTA SITUAZIONE.

Nonostante tutto noi siamo degli inguaribili ottimisti e restiamo pertanto nella speranza che prevalga rapidamente il buonsenso e che, quando questo articolo sarà pubblicato, tale assurda situazione sia solo un brutto ricordo.



Peggior del previsto la BPCO nei fumatori

Gli studi a lungo termine evidenziano dati allarmanti

I fumatori sono a maggior rischio di the general population. Thorax sviluppo di broncopneumopatia 2006;61:935-939

cronica ostruttiva (BPCO) rispetto ai non fumatori, come risulta da numerosi studi epidemiologici. La maggior parte di questi studi, tuttavia, è basata su follow-up ridotti (10 anni o meno) mentre l'abitudine tabagica si mantiene per molti più anni. L'incidenza di BPCO potrebbe quindi essere sottostimata se l'osservazione non è sufficientemente prolungata.

Scopo di questo studio osservazionale prospettico è stato quello di valutare il rischio assoluto a 25 anni di sviluppo di BPCO a livello di popolazione. Un sottogruppo del Copenhagen City Heart Study composto da 8045 uomini e donne di età compresa fra 30-60 anni con normale funzionalità respiratoria all'inizio dell'osservazione è stato seguito per 25 anni, raccogliendo i risultati delle prove di funzionalità respiratoria eseguiti e i dati di mortalità.

La percentuale di uomini con funzione respiratoria conservata varia dal 96% nei non fumatori al 59% dei fumatori, mentre nelle donne le percentuali sono del 91 e 69%. L'incidenza a 25 anni di BPCO da moderata a severa è del 20,7% nei fumatori rispetto al 3,6% dei non fumatori, senza apparenti differenze fra uomini e donne. La cessazione del fumo, specie se precoce, riduce il rischio di sviluppare BPCO. Gli autori concludono che il rischio assoluto di sviluppare BPCO è di almeno il 25%, rischio che è più alto di quanto generalmente stimato in precedenza.

Fonte:
A Løkke, P Lange, H Scharling, P Fabricius and J Vestbo. Developing COPD: a 25 year follow up study of



Commento di Marco Grassi
Questo studio ha esaminato il rischio di sviluppare BPCO in una popolazione durante un periodo di osservazione prolungato fino a 25 anni. I risultati ottenuti sono perciò molto più aderenti alla realtà rispetto a precedenti studi in cui i dati di incidenza erano calcolati per estrapolazione su follow up di 5-10 anni.

Come noto la BPCO ha uno sviluppo che richiede svariate decadi di esposizione a noxae patogene. Studi di incidenza basati su follow up ridotti potevano essere a rischio di sottostima del fenomeno. Lo studio sembra quindi decisamente confermare che l'incidenza della BPCO nei fumatori sia stata fino ad oggi sottostimata. I dati sono chiari: in venticinque anni la percentuale di soggetti con normale funzionalità respiratoria cala drammaticamente al 60-70% nei fumatori continuativi. Inoltre l'incidenza potrebbe essere anche superiore al 25% calcolato a causa di un vizio di selezione poiché i soggetti che hanno completato il follow-up sono tendenzialmente più giovani e più sani rispetto ai non responders alla chiamata di controllo. Lo sviluppo di BPCO è pesantemente correlato alla abitudine tabagica essendo circa 7 volte più probabile in un fumatore rispetto ad un non fumatore, rischio ugualmente distribuito nei due sessi. Altro dato importante ricavabile da questo studio è l'effetto della cessazione del fumo sul rischio di sviluppare BPCO: quanto è più precoce la cessazione, tanto minore è il rischio, avvicinandosi a quello dei non fumatori. Il messaggio conclusivo è chiaro: la prevenzione della BPCO va di pari passo con la prevenzione dell'abitudine tabagica.

Ennesimo flop di un farmaco anti-obesità

Delude uno studio su un nuovo farmaco antiobesità antagonista del neuropeptide stimolante la fame.

Ancora una volta un promettente farmaco anti-obesità, efficace in ambito sperimentale animale, ha fallito la prova sull'uomo e sarà accantonato, come ha annunciato l'azienda farmaceutica che stava sperimentando il farmaco.



Il farmaco, conosciuto con la sigla MK-0557, era stato progettato come antagonista del neuropeptide Y (fattore stimolante la fame), neuropeptide che era stato considerato a lungo come potenziale target di intervento nella cura dell'obesità. La speranza di aver finalmente trovato l'anoressizzante ideale era avvalorata dai risultati ottenuti su cavie di laboratorio in

cui la somministrazione del farmaco aveva prodotto consistenti riduzioni di peso.

Lo studio ha quindi testato l'ipotesi che il blocco del NPY5R conducesse a perdita di peso anche nell'uomo con l'utilizzo di MK-0557, potente antagonista selettivo. L'ipotesi è stata testata in 1661 pazienti in sovrappeso e obesi arruolati in uno studio multicentrico, randomizzato in doppio cieco, trattati con il farmaco vs placebo per 52 settimane. Sebbene il farmaco abbia efficacia statisticamente significativa vs placebo nel ridurre il peso, la riduzione (3,3 kg vs 1,8 kg) non è clinicamente significativa come, a malincuore, hanno dichiarato gli autori stessi. Lo studio chiude definitivamente ricerche durate 10 anni.

Fonte: Cell Metabolism 2006 Oct; 4: 260-262

La metformina funziona anche nei diabetici non obesi

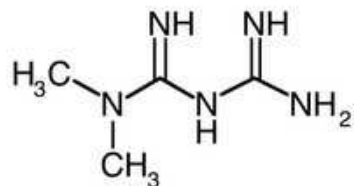
La metformina funziona anche nel diabete tipo 2 non obeso e, secondo le ultime linee guida, dovrebbe essere il farmaco di prima scelta.

E' stato analizzato il database di un centro antidiabetico di Sydney (Australia). Nell'analisi sono stati inclusi 644 pazienti diabetici tipo 2 trattati con metformina oppure sulfanilurea per un periodo che comprendeva almeno tre visite presso il centro (una ogni 6 mesi) prima di ricevere una terapia di associazione con due farmaci ipoglicemizzanti per os. I pazienti sono stati suddivisi in tre categorie a seconda del BMI: normali (BMI inferiore a 25 kg/m2), sovrappeso (BMI compreso tra 25 e 29,9 kg/m2) ed obesi (BMI maggiore di 30 kg/m2).

Non si riscontrarono differenze per quanto riguarda i valori dell'emoglobina glicata nei tre gruppi trattati con metformina. La durata

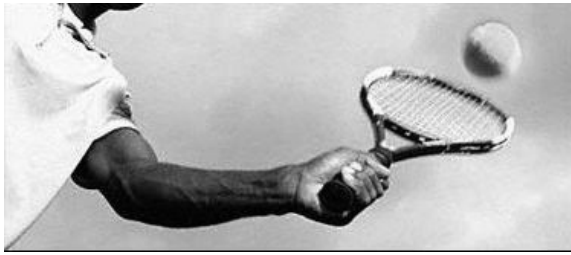
dell'efficacia della metformina in monoterapia, nell'ottenere il controllo glicemico nei pazienti normopeso e sovrappeso e l'incidenza di complicanze associate al diabete per il periodo di follow-up non risultarono inferiori a quelle evidenziate nel gruppo di pazienti obesi. I soggetti non obesi ottennero risultati migliori indipendentemente dal tipo di ipoglicemizzante usato. Gli autori concludono che la metformina è efficace nei diabetici tipo 2 non obesi perlomeno quanto in quelli obesi. Lo studio presenta alcune limitazioni legate al disegno retrospettivo e osservazionale per cui i soggetti trattati con metformina erano più giovani e la data delle complicazioni registrate non è stata esattamente definita.

Fonte:
Diabetes Care 2006 Nov; 29: 2361-2364



Epicondilitis: un problema non facile

Secondo uno studio, nel gomito del tennista le infiltrazioni di steroidi otten- gono mig- liori risul- tati nel breve ter- mine, ma ad un anno



funziona meglio la fisioterapia. Scopo di questo studio era valutare se la fisioterapia è efficace quanto l'infiltrazione di steroidi oppure una politica di attesa nell'epicondilitis (o gomito del tennista). Sono stati reclutati 198 pazienti (età 18-65 anni) affetti da questa patologia da almeno 6 settimane e che non avevano ricevuto nessun tipo di trattamento medico nei precedenti 6 mesi.

I partecipanti sono stati randomizzati a 8 sessioni di fisioterapia, infiltrazione locale di steroidi oppure a semplice attesa. Il follow-up è stato di 52 settimane. Nel gruppo "wait and see" era possibile usare farmaci analgesici, applicazione di caldo o freddo, uso di bracciali di sostegno.

Rispetto alla fisioterapia l'infiltrazione di steroidi migliorava il quadro clinico a 6 settimane ma vi era, col passare del tempo, una percentuale elevata di recidive (47 su 65 pazienti che in un primo momento erano migliorati) ed esiti peggiori nel lungo periodo.

La fisioterapia si è dimostrata migliore della semplice attesa nel breve periodo ma nessuna differenza vi era a 52 settimane quando molti partecipanti in entrambi i gruppi riferivano di essere migliorati. I soggetti randomizzati al gruppo fisioterapia richiesero meno trattamenti addizionali (per esempio farmaci antinfiammatori non steroidei) rispetto agli altri gruppi.

Gli autori concludono che la fisioterapia (manipolazioni del gomito associate ad esercizi) è superiore alla semplice attesa nelle prime sei settimane e alla infiltrazione di steroidi dopo le prime sei settimane e quindi costituiscono una alternativa ragionevole alle infiltrazioni nel medio - lungo periodo. Le infiltrazioni dovrebbero essere prescritte con cautela perchè ad un miglioramento iniziale seguono recidive frequenti.

Fonte:

Bisset L et al. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ 2006 Nov 4; 333:939

Commento di Renato Rossi

L'epicondilitis (o gomito del tennista) è una patologia che si vede frequentemente nella pratica. Essa è causata da microtraumi ripetuti e spesso misconosciuti a livello della inserzione prossimale dei muscoli estensori dell'avambraccio. Un singolo episodio dura in genere da pochi mesi fino a due anni. In uno studio su 185 pazienti [1] sono stati paragonati tre approcci diversi: infiltrazioni di steroidi, fisioterapia

scelte ma a 52 settimane la percentuale di successo era del 69% nel gruppo infiltrazione, del 91% nel gruppo fisioterapia e dell'83% nel gruppo attesa. In un altro studio su 164 pazienti [2] venne dimostrato che ad un anno gli esiti erano simili qualsiasi fosse il trattamento attuato (infiltrazione di steroidi, naproxene 500 mgx2/die per 2 settimane o compresse di placebo).

Una revisione della letteratura disponibile (data della ricerca agosto 2002) effettuata da Clinical Evidence [3] sottolinea che i FANS non steroidei sia per os che per via topica possono essere utili nel breve periodo mentre le infiltrazioni di steroidi andrebbero valutate caso per caso. Per altri tipi di trattamento (dall'agopuntura ai tutori, alle onde d'urto, agli esercizi, ai FANS a lungo termine) non è possibile determinare la reale utilità.

Se queste sono le evidenze di letteratura disponibili, come deve comportarsi il medico pratico? E' esperienza comune che il paziente non si accontenta di una semplice prescrizione di FANS per via sistemica e/o per via topica perchè spesso i risultati sono scarsi, e preme per l'invio ad uno specialista. Non di rado vengono riferite esperienze di amici o conoscenti che hanno trovato un beneficio "quasi immediato" con la terapia infiltrativa.

E' importante allora, prima di cedere alle richieste del paziente, informare che la patologia può persistere anche per mesi ma alla fine tende nella maggior parte dei casi a risolversi spontaneamente, che l'infiltrazione di steroidi può alleviare meglio la sintomatologia nel breve periodo ma probabilmente vi è un rischio maggiore di recidive e forse a lungo termine risultati migliori si possono ottenere con la fisioterapia o anche semplicemente con la semplice attesa. L'esperienza mi dice però che il messaggio faticcherà ad essere recepito, il che dimostra ancora una volta, se ce ne fosse bisogno, che la medicina basata sulle evidenze e la sua applicabilità nel mondo reale sono due cose diverse.

Referenze

1. Smidt N et al. Corticosteroid injections, physiotherapy or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. Lancet 2002 Feb 23; 359: 657-62
2. Hay EM et al. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care: BMJ 1999 Oct 9; 319:964-968
3. <http://www.clinev.it> (liberamente disponibile previa registra-

Regolamentare scelta e revoca del medico. Perché no?

(pag.1)

paziente-cliente, e il suo rientro economico non è legato alla qualità delle prestazioni ma solo alla quantità di persone che decidano di affidarsi alla sua opera. È stato chiaro fin dall'inizio (dall'entrata in vigore della legge 833) che il meccanismo del "terzo pagante" con un utente totalmente deresponsabilizzato avrebbe comportato problemi (soprattutto economici) di non lieve entità per il SSN. La consapevolezza di poter scegliere il medico più "gentile" e più acquiescente (e poter far pressione, minacciando la revoca), e il diritto incensurabile di revocare la scelta anche senza validi motivi, ha portato ad una serie di distorsioni del sistema. Ma perché la scelta fiduciaria non può soggiacere, come tutte le altre situazioni, ad una serie di regole (ragionevoli, s'intende) che ne evitino l'uso distorto e fraudolento?

L'argomento è stato riproposto all'attenzione generale da un interessante articolo a firma del dr. Pietro Quinto Direttore Generale dell'USL 5 di Montalbano Jonico comparso sul numero 21 di "Sole-24 ore Sanità".

L'autore si sofferma soprattutto sul problema delle prescrizioni "indotte", cioè su quelle derivate da medici diversi dal quello di famiglia, e da lui pedissequamente riprescritte a carico del SSN in seguito alle pressioni psicologiche (e non solo!) a cui viene sottoposto. In questi tempi in cui si cerca di comprimere la spesa sanitaria evitando inutili sprechi di risorse, la riconquista da parte del Mdf di un effettivo ruolo decisionale, appare fondamentale. Il fenomeno delle prescrizioni indotte appare più evidente nelle aree metropolitane, sedi di Università, Policlinici e grandi Ospedali. In queste situazioni si è rilevato un problema causato proprio dalla eccessiva "migrazione" dei pazienti presso diversi sanitari: il paziente "esigente" (spesso si tratta di soggetti titolari di esenzione dal ticket a vario titolo) non si accontenta più della diagnosi o della prescrizione del proprio medico, e pretende una ulteriore visita da parte di uno specialista. Se lo specialista non è soddisfatto, ne vuole sentire un altro (tanto è gratis) finché trova quello che, a suo insindacabile giudizio, ha "azzeccato" la diagnosi e la terapia giusta. Quando poi lo specialista (sovente un "luminare") con-

segna al paziente la sua prescrizione, diventa molto difficile, da parte del medico di famiglia (esclusi i pochi casi di mancanza di concorrenza, rari, date le leggi in vigore che accreditano un surplus di sanitari), opporsi e contestarne l'appropriatezza. Questa difficoltà deriva anche dal fatto che il MMG viene posto più o meno implicitamente sotto la minaccia di essere revocato; si tratta dell'unica figura professionale che paga di tasca sua il fatto di non assecondare chi voglia eludere le normative.

"Le revocche della scelta del medico poco accondiscendente a trasformarsi in un trascrittore di prescrizioni altrui o a compiacenti certificazioni per qualche giorno in più di malattia sono frequentissime" cita il dott. Quinto, sottolineando quanto ciò sia mortificante sotto l'aspetto deontologico e tale da portare effetti sociali ed economici devastanti.

La soluzione proposta è semplicissima: rendere la scelta del medico stabile per un periodo minimo predefinito, in modo da eliminare il "ricatto" dell'assistito. L'autore propone una durata di 5 anni, tuttavia propone anche, per non minare del tutto la libertà di scelta, una serie di correttivi, prevedendo situazioni che, minando la fiducia tra medico e assistito, possano portare ad una revoca anticipata in deroga dalla norma generale. Può sembrare strano, ma questa proposta ha scatenato un vivace e talora aspro dibattito nella categoria, con la creazione di due fronti contrapposti: un fronte possibilista, che vede in una regolamentazione delle scelte, magari vincolate per un periodo inferiore e con regole meno rigide, un modo effettivamente utile per alleggerire il medico dalla pressione del ricatto; un altro fronte, garantista, che intende tutelare l'assoluta autonomia del paziente in questo settore.

E, come spesso accade, il calore della polemica ha fatto dire anche molte sciocchezze e imprecisioni. Ma esaminiamo con calma la cosa.

Dicono i medici favorevoli al sistema attuale:

In nome della libertà di cura, è illecito, impossibile (o addirittura, secondo alcuni, incostituzionale) limitare la facoltà del paziente di cambiare medico "ad libitum".

L'adozione di un vincolo temporale sarebbe sgraditissimo ai pazienti (plausibile!) e porterebbe una serie di problemi gravissimi e irrisolvibili nel

rapporto paziente-medico.

Noi riteniamo che tali motivazioni siano in realtà soltanto pretestuose, per una serie di motivi:

In alcune nazioni tale criterio esiste già, e non si tratta ne di nazioni tiranniche e antidemocratiche, ne di nazioni con assistenza sanitaria inefficiente: in Francia, ad esempio, la scelta del medico è vincolante per sei mesi, ne ci risulta che tale regola abbia comportato particolari drammi sanitari o vulnerato la democrazia.

Anche in Italia, prima della legge 833, una gran parte della popolazione godeva di assistenza basata su criteri di scelta e revoca del tutto diversi dall'attuale, e non si è mai verificato nulla di quanto ora paventato. Non pochi cittadini, anzi, rimpiangono quei tempi e quei sistemi.

In un'epoca in cui vengono messi in discussione diritti ben più "pesanti", un'epoca in cui si discute di aborto, eutanasia, diritto alla vita, eugenetica, andare a classificare tra i "diritti inalienabili" il fatto di poter cambiare medico tutti i giorni, suona francamente un po' ridicolo. Chi parla di anticostituzionalità confonde il "diritto alla cura" con il "diritto a scegliere un curante". Sono questioni ben diverse: mentre il primo costituisce un vero diritto assoluto, il secondo invece è assolutamente al di fuori di questa definizione: ciò viene confermato, ad esempio, dall'organizzazione sanitaria extragenerica: perché mai, altrimenti, negli ospedali, negli ambulatori pubblici, negli stessi studi medici in occasione di assenze del titolare, il paziente sarebbe obbligato a servirsi del medico che gli viene assegnato senza poter esercitare tale "diritto inalienabile"? E perché la scelta del medico può essere pacificamente regolamentata in ambito territoriale mentre diventa incostituzionale, "illegale", "prevaricatrice" una limitazione temporale? Non vi sono dunque ragioni vere e sostanziali per opporsi ad una seria proposta in merito. Ovviamente si dovrà tener conto dei casi particolari, prevedere una serie di deroghe ragionevoli. Il vantaggio di deresponsabilizzare il medico di famiglia da decisioni non sue e proteggerlo dal ricatto della revoca, consentirebbe certamente un miglior governo del territorio, con effetti certamente "sani" su tutto il sistema.

Daniele Zamperini

Nimesulide

(da pag.1)

che non è infrequente l'utilizzo off-label della nimesulide.

Dopo la decisione dell'Irlanda di sospendere il farmaco (2) per segnalazioni di grave epatotossicità il 20 maggio 2007 è stata proprio l'Italia che con il suo voto ha, per così dire, "salvato" la nimesulide in sede EMEA.

Dalle valutazioni dei dati di farmacovigilanza italiani sono emerse centodieci segnalazioni riguardanti reazioni avverse epatobiliari in concomitanza con l'assunzione di nimesulide:

di queste 9 casi sono stati fatali, 70 gravi, 10 non gravi ed in 13 la gravità non è stata riportata.

In merito alla tipologia di epatopatia conseguente all'uso di nimesulide, le principali reazioni gravi segnalate (e codificate con MedDRA versione 10.0) sono state epatite acuta (31), epatite (15), epatite colestatica (12), epatite fulminante (6).

L'uso della nimesulide nella maggioranza dei casi è stato di breve durata (da 1 a 8 giorni), le esposizioni superiori al mese sono state molto limitate. In 20 casi gravi oltre alla nimesulide era riportata la presenza di altri farmaci sospettati di aver causato la reazione, mentre in 29 segnalazioni era riportato l'uso concomitante di altri medicinali. In entrambi i casi spesso la nimesulide era associata ad altri medicinali potenzialmente in grado di dare epatotossicità quali ad esempio paracetamolo, antibiotici macrolidi o altri FANS. È stata effettuata una valutazione del nesso di causalità per ogni caso grave o fatale utilizzando l'algoritmo di Naranjo2 in base al quale solo 1 dei 9 decessi segnalati risulta probabile. Si tratta di un uomo di 69 anni che prese 100 mg/die di nimesulide in modo saltuario per 7 mesi per dolore. Iniziò l'assunzione di nimesulide il 1 agosto 2002 e manifestò un'epatite acuta il 14 marzo 2003. L'attribuzione di un nesso causale "probabile" è invece più frequente per le segnalazioni gravi (23 probabili, 19 possibili).

Dall'analisi dei risultati di farmacovigilanza valutati dagli esperti dell'AIFA è emerso che la nimesulide non ha un profilo di sicurezza complessiva superiore a quello di altri FANS e che presenta un profilo di tollerabilità epatica peggiore.

Contrariamente a quanto prima prospettato, almeno in Italia, dato l'uso acuto del farmaco in almeno l'80% dei casi, il meccanismo di danno epatico sembrerebbe di tipo idiosincrasico più che legato ad una tossicità cumulativa in corso di terapie prolungate e ad alte dosi.

Comunque alcuni trattamenti farmacologici concomitanti, l'abuso di alcool o l'assunzione di altre sostanze epatotossiche possono incrementare il rischio di reazioni avverse a livello epatico. Sulla base di tali considerazioni è probabile che l'EMA disponga il ritiro del farmaco in tutta la Comunità europea e tale decisione potrebbe giungere proprio a fine luglio allorché molti medici di medicina generale sono in ferie e questo potrebbe acuire la confusione e rendere più difficile l'opera di informazione e di assicurazione degli assistiti.

Referenze

- 1) http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_notainf_24_listaFile_itemName_2_file.pdf
- 2) <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3380>
- 3) Bif XIV N. 3 2007



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



Neuroprotettori nello stroke: ancora una delusione

Delude un altro neuroprotettore proposto per la terapia dello stroke ischemico.

Il composto NXY-059 è un agente di intrappolamento dei radicali liberi che ha mostrato effetti neuroprotettivi nei modelli animali di ictus. Nello studio SAINT I è stata testata l'ipotesi che fosse in grado di ridurre la disabilità negli esseri umani dopo ictus ischemico acuto. Lo studio, randomizzato in doppio cieco, controllato con placebo, ha coinvolto 1722 pazienti con ictus ischemico acuto; i soggetti sono stati randomizzati a ricevere, entro sei ore dalla comparsa dell'ictus, un'infusione endovenosa di placebo oppure di NXY-059 per 72 ore. L'outcome primario era costituito dalla disabilità a 90 giorni, misurata sulla base degli score della scala Rankin modificata per la disabilità (range da 0 a 5, dove 0 indica l'assenza di sintomi residui e 5 l'allettamento e la necessità di assistenza continua).

Fra i 1699 soggetti inclusi nell'analisi di efficacia, NXY-059 ha migliorato in maniera significativa la distribuzione complessiva degli score sulla scala Rankin modificata, in confronto al placebo ($p=0,038$ secondo il test Cochran-Mantel-Haenszel). L'odds ratio comune per il miglioramento attraverso tutte le categorie della scala è stato di 1,20 (intervallo di confidenza al 95%: 1,01-1,42). La mortalità e i tassi di eventi avversi gravi e non gravi sono stati simili nei due gruppi. NXY-059 non ha migliorato la funzionalità neurologica misurata sulla base della National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): la differenza fra i due gruppi nella variazione rispetto agli score del basale è stata di 0,1 punti. Analogamente, non è stato osservato alcun miglioramento secondo l'indice di Barthel. Le conclusioni sono queste: la somministrazione di NXY-059 entro sei ore dalla

comparsa di ictus ischemico acuto ha migliorato in maniera significativa l'outcome primario (disabilità ridotta a 90 giorni) ma non ha migliorato le misure di outcome, compresa la funzionalità neurologica misurata con lo score NIHSS. Sulla scorta di questi risultati preliminari è stato disegnato un secondo trial (SAINT II) per confermare se NXY-059 possa avere effetti benefici nell'ictus ischemico, identico nel disegno al precedente ma con maggiore potenza statistica. Il trial randomizzato in doppio cieco ha coinvolto infatti 3200 pazienti con stroke ischemico.

I risultati di questo secondo trial sono stati deludenti, poichè non è riuscito neppure a confermare la riduzione nella disabilità a 90 giorni (odds ratio 0,94, $P = .33$). I risultati sono stati anticipati con una press release sul sito della azienda produttrice.

Fonte: NEJM 2006;354:588-600
Commento di Marco Grassi
La ricerca sulla terapia farmacologica dello stroke ha subito un'ennesima battuta di arresto. L'azienda produttrice del composto sperimentale NXY-059 ha annunciato la cessazione dello sviluppo clinico del farmaco perchè i risultati preliminari di un trial di fase III (denominato SAINT II) sono risultati negativi per tutti gli end points considerati. Il composto, già testato in un precedente trial (SAINT I pubblicato agli inizi dell'anno sul NEJM), aveva mostrato risultati che suggerivano una certa efficacia incoraggiando l'azienda produttrice a proseguire le ricerche cliniche. Era stato quindi approntato un trial per verificare e confermare i risultati precedenti e soprattutto rispondere alle critiche di mancanza di potenza statistica del precedente studio.

Il NXY-059 si aggiunge ad una sterminata lista di farmaci a supposta azione neuroprotet-

trice che hanno fallito la prova dei trial e non hanno dimostrato di avere una utilità clinica nel trattamento dello stroke ischemico. Un editoriale di Lancet cita una revisione sull'argomento che stima in oltre 1000 i composti chimici che sono stati testati in modelli animali di stroke ischemico. Di questi solo 114 sono stati successivamente testati anche nell'uomo, senza alcun risultato apprezzabile. Dopo tanti anni di fallimenti è forse opportuno chiedersi se è il caso di continuare a ricercare farmaci ad effetto neuroprotettivo oppure abbandonare il filone e studiare nuove strategie terapeutiche, anche non farmacologiche. Appare infatti evidente che il modello sperimentale animale fin qui utilizzato per testare preliminarmente i farmaci è stato particolarmente infido e totalmente inefficiente, ponendo dubbi anche sulla sua eticità e fattibilità economica. Al momento, e con questo background di fallimenti, è improbabile che avremo neuroprotettore efficaci in tempi brevi. Il secondo chiaro messaggio che ci giunge da questa storia è che servono almeno due trial di fase III e di adeguata potenza statistica che mostrino risultati coerenti, specie nelle analisi per sottogruppi, prima che un farmaco possa essere considerato ragionevolmente efficace e possa entrare nell'armamentario terapeutico. La replicabilità dei risultati è un principio fondamentale della ricerca scientifica e alcuni recenti esempi di trial che hanno mancato di confermare l'efficacia terapeutica, dimostrata in un singolo trial, ci mostra quanto sia importante il principio della riproducibilità e suggerisce cautela nel prendere per buoni i risultati di una singola ricerca, per quanto sia metodologicamente ineccepibile.

Referenze
www.pillole.org



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. 1272/5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06/4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it

Corso di Formazione teorico-pratico per i Medici del litorale

"Il Primo Soccorso per l'annegato: BLS-D"

Responsabile Scientifico: Dott. Gavino Cossu
Coordinatori del corso: Dott.ssa Cristina Patrizi - Dott. Renzo Giovanelli
Sede del corso: Sala Multimediale dell'Istituto per Sovrintendenti e di Perfezionamento per Ispettori (ISPI) della Polizia di Stato - Nettuno, Via Santa Barbara 94, tel. 06-985621
Prot. ECM n. 5298/283192 - Crediti Formativi ECM n. 8

Programma

SABATO 23 GIUGNO 2007

8.00 - 8.30 Registrazione partecipanti
8.30 - 8.45 Presentazione corso: Obiettivi e Finalità
8.45 - 9.00 Pre Test

PARTE TEORICA

9⁰⁰ - 10.30⁰⁰ D.ri Cossu/C. Patrizi
• Annegamento: Cenni storici epidemiologia meccanismi;
• Fisiopatogenetici dell'annegamento;
• Fisiopatologia dell'ACR da annegamento;
• Funzioni vitali di base;

10.30 - 11.30 D.ri Cossu/Conversano/Cirella
• Catena della sopravvivenza
• Cause di ACR
• Segni premonitori di ACR
• Stato di coscienza
• Gestione di base delle vie aeree
• Supporto della ventilazione
• Supporto del circolo

11.30 - 13⁰⁰ D.ri Cossu/ Cirella
• Algoritmo BLS-D nell'annegamento
• Algoritmo universale ALS
• Ipotermia post-rianimazione

Pausa Pranzo

PARTE PRATICA

14⁰⁰ 18⁰⁰ D.ri Cossu/Cirella/Conversano
• Dimostrazione sequenza BLS-D per fasi
• Esercitazione sequenza BLS-D per fasi - gruppi di 5 medici per ogni istruttore
• Dimostrazione sequenza BLS-D completa
• Esercitazione sequenza BLS-D completa con tutor - gruppi di 5 medici per ogni istruttore
• Esercitazione libera sequenza BLS-D completa - gruppi di 5 medici per ogni istruttore

18⁰⁰ 19⁰⁰ Esame finale
19⁰⁰ 19¹⁵ Post Test
Consegna degli attestati

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Giov. 10⁰⁰-21⁰⁰
Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E mail : siameg@tin.it
La partecipazione al corso è limitata a 30 partecipanti

Main Sponsor:



Con il patrocinio:



Si ringrazia per la collaborazione:



L'Istituto per Ispettori della Polizia di Stato di Nettuno

EMA restringe l'uso del piroxicam

(da pag.1)

Tuttavia, anche in queste condizioni il piroxicam, non deve essere considerato come il farmaco antiinfiammatorio non steroideo di prima scelta (FANS).

La terapia con piroxicam

deve essere sempre iniziata da un medico con esperienza nel trattamento dei pazienti con malattia reumatica infiammatoria o degenerativa. Il trattamento deve essere effettuato alla più bassa dose (non più di 20 mg al giorno) e per la più breve durata possibile. In ogni caso, il trattamento deve essere rivisto dopo i primi 14 giorni di terapia. In aggiunta, il CHMP ha raccomandato nuove controindicazioni e ha rinforzato le avvertenze per piroxicam, che con ulteriori dettagli,

saranno forniti in un documento separato di domande erisposte. Queste restrizioni non riguardano i medicinali per uso topico contenenti piroxicam.

In seguito alla richiesta della Commissione Europea, nel mese di Settembre 2006 il CHMP ha iniziato una completa valutazione dei benefici e dei rischi di piroxicam, perchè un riesame dei FANS non selettivi aveva mostrato che il piroxicam poteva essere associato a un più alto rischio di effetti indesiderati gastrointestinali e di gravi reazioni cutanee rispetto agli altri FANS.

Le raccomandazioni del CHMP adesso saranno inviate alla Commissione Europea per l'adozione di una decisione legalmente vincolante, applicabile in tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea.

Fonte: EMEA



ORDINE DEI MEDICI E PROFESSIONE MEDICA OGGI:RUOLI, ASPETTATIVE, PROSPETTIVE

(da pag. 1) (Ospedalieri, Convenzionati, Pediatri, Medici di Emergenza, dei Servizi Territoriali ma anche Specialisti ambulatoriali, Liberi professionisti, ed anche adesso, a partire con orgoglio dalla nostra regione, i Medici penitenziari). Tale lavoro è espressione di un grande attaccamento alla nostra Professione, una grande passione per il nostro lavoro e la nostra "Mission", passione che ci ha consentito di superare steccati e settorialità che non giovano al rilancio della categoria ma, al contrario contribuiscono (e tanta responsabilità ha nel declino della figura sociale del medico oggi, la logica del "divide et impera"!)

Se il passato del sindacalismo medico ha visto il fiorire di tante (e sempre più piccole) sigle di settore, il futuro, quello che noi dello SMI auspichiamo per tutti noi, è nella fusione, nel rafforzamento, nel ritrovare quell'unità di intenti, quel vigore propositivo e

quello spirito di appartenenza ad una grande e forte categoria di professionisti che, unica per specificità impatto sociale e responsabilità, deve ritrovare il proprio ruolo sociale.

ORDINE DEI MEDICI E FEDERAZIONE DEGLI ORDINI :

Quale compito più specificatamente ordinistico se non la promozione la tutela, difesa del decoro e, diciamo noi, rilancio istituzionale della professione del medico? In Italia siamo complessivamente oltre 350.000 medici, il 10% dei quali è iscritto al nostro ordine provinciale. Cifre forti, numeri che fanno gola a tanti nostri amministratori e politici, numeri che potrebbero e possono spostare assetti politici, possono far cadere e vincere governi, influenzare in maniera forte l'opinione pubblica.

Così invece non è. Alle nostre forti cifre di rappresentanza, fa invece da contraltare un pesante declino della categoria: 350000 medici "ostaggio" di incalzanti campagne di stampa e di Media che ne offendono la dignità e la durezza di un quotidiano sacrosanto e capillare impegno quotidiano, sull'altare mediatico di una "malasanità"

che ha quasi sempre altre motivazioni e implicazioni differenti, e che noi dello SMI respingiamo con vigore.

Centinaia di migliaia di colleghi lavorano quotidianamente, in silenzio, con abnegazione e dedizione, con costanza di impegno e forti principi etici, in situazioni di grave disagio, sterti tra le morsa delle "cosiddette ristrettezze economiche" ed il dovere morale e deontologico di rispondere ad aumentati e pressanti bisogni di salute: anziani, cronicità, indigenza. Questa "Empasse" non può e non deve essere ignorata dall'Ordine dei medici e, men che meno, dall'Ordine dei Medici di Roma che, non lo dimentichiamo, è il più grande Ordine di medici d'Europa (con un bilancio economico di circa 5 Milioni di Euro/anno. Un Ordine che dovrebbe poter influire decisamente ed orientare scelte e decisioni in favore della categoria non solo a livello Italiano ma anche europeo. Così invece non è.

Dal Dicembre 2006 abbiamo un nuovo Codice Deontologico, che è "Carta costituzionale dei diritti e dei doveri della professione medica e odontoiatrica". Affronta tematiche

nuove, correlate alle mutate esigenze di una popolazione in continua trasformazione e globalizzazione: Inizio e fine della vita, libertà di cura e interruzione delle stesse, eutanasia, fecondazione assistita, donazione e trapianti d'organo, ricerca e conflitto d'interessi. Problematiche di forte impatto sociale e culturale che investono direttamente la nostra attività di tutti i giorni, coinvolgendola pesantemente e con pesanti ricadute in termini di responsabilità civile e penale.

Tuttavia ad aumentate richieste di responsabilizzazione professionale, civile ed etica non ha fatto seguito una correlata crescita della categoria, invece mortificata dal progressivo calo di rilevanza sociale (come può essere attento ad esigenze etiche e di impegno chi stenta a far quadrare i conti della propria famiglia!). I contratti di lavoro, e termino con questo, li seguono i sindacati da una parte e il governo dall'altra. Ma chi deve vigilare affinché gli strumenti operativi e contrattuali che ci vengono proposti siano consoni al DECORO della categoria? Noi dello SMI vogliamo che di tutte

queste mancate occasioni, di queste essenziali esigenze di tutela della professione, di questo con forza, gli Ordini dei medici si occupino, vigilando attentamente e prendendo posizioni serie concrete e visibili (quei 5 milioni di euro di bilancio anno basteranno sì o no a comprare qualche pagina di giornale per dire a tutti che i medici italiani non sono negligenti e imperiti ma seri professionisti sempre in trincea tutti i giorni, nonostante tutto e tutti? O dobbiamo solo leggere le pagine intere di propaganda politica di alcune regioni che sfruttano il nostro lavoro e il nostro nome per il loro scopi?) perchè la promozione della categoria, la difesa della dignità del ruolo e delle funzioni non vengano offese da posizioni contrattuali deboli e sminuenti. Un Ordine dei medici è espressione di Unità della categoria e non solo casa di alcuni, un Ordine espressione di Doveri e Responsabilità ma anche luogo di tutela forte dei nostri sacrosanti Diritti.

(Relazione di Cristina Patrizi al Convegno SMI, Roma 21/7/2007)

Lettera aperta dei Medici Penitenziari, categoria in profonda sofferenza

Serve una soluzione seria e definitiva che non penalizzi chi compie il proprio dovere

Tramite la presente si rende manifesto il profondo disagio subito oramai da diverso tempo dalla categoria dei Medici Penitenziari e si segnalano con particolare evidenza le profonde difficoltà affrontate dai Medici Specialisti che operano da molteplici anni nelle case circondariali romane

L'attività esplicata dai suddetti professionisti è da sempre motivo di vanto da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, in quanto con orgoglio abbiamo operato per la cura dell'uomo a prescindere dalla sua posizione giuridica. L'indiscussa formazione acquisita sul campo nel corso di innumerevoli anni trascorsi all'interno delle case circondariali di Regina Coeli e di Rebibbia (anni di studi, approfondimenti, indagini statistiche, diagnosi e terapie, mirati protocolli chirurgici tutti imperniati dalla specifica conoscenza della patologia penitenziaria e dal rispetto dell'uomo) ha permesso di attuare un'ampia sorveglianza sulla richiesta di salute espressa nel tempo dalla popolazione detenuta. Le risposte a queste esigenze sono state sempre ampiamente soddisfatte sia a livello temporale sia a livello qualitativo avendo come risultato finale il buon mantenimento della salute dei soggetti internati e, di conseguenza, anche una loro migliore qualità di vita.

Tutto ciò è stato conseguito per la disponibilità e dedizione dei Medici Penitenziari sia di reparto sia specialisti o di guardia (sempre in "H 24"), disponibilità mantenuta nonostante il mancato pagamento da più di un anno. Un ritardo che non trova spiegazioni e che disattende la convenzione siglata fra i Direttori delle suddette Case Cir-

condariali e i singoli colleghi specialisti. Eppure il servizio è stato effettuato al meglio, per la grande disponibilità da parte degli operatori sanitari, che hanno anteposto ai loro interessi quelli di chi si trova recluso e privo della libertà. A questo motivo di disagio oggi se ne aggiunge un altro! Oggi infatti, senza alcuna consultazione, in maniera strisciante, si vuole riprendere la fallimentare proposta già elaborata nel 1999 dagli On. Bindi e Diliberto, allora Ministro della Salute e Guardasigilli, nella quale vasi ipotizzava per questi professionisti (da sempre utilizzati dallo Stato nei momenti di difficoltà, ma misconosciuti alla stragrande opinione pubblica) un passaggio nel SSN, ma senza tenere in debita considerazione il riconoscimento degli anni lavorativi già maturati, preferendo un azzeramento che umilia l'intera categoria.

A differenza del passato, inoltre, oggi c'è la possibilità concreta e già operante di affidare il servizio di medicina penitenziaria ad organizzazioni Onlus nell'illusione che queste possano offrire prestazioni gratuite. Alla miopia del passato si vorrebbe aggiungere la beffa: sarebbe come dire ai cittadini detenuti che lo Stato non può più spendere i soldi per loro per cui li affida a terze figure ufficialmente non riconosciute neanche dal SSN! Ben venga il volontariato, ma come supporto in determinati casi di necessità; non deve trattarsi di uno sfacciato sotterfugio per ricompensare queste strutture per servizi ottenuti altrove, a scapito di onesti professionisti che hanno operato e continuano a farlo nel rispetto del malato e della legge.

I Medici specialisti in servizio presso

le strutture penitenziarie si sono sempre ritenuti parte del tessuto attivo del carcere come componente dell'Amministrazione Penitenziaria, ma sembrerebbe che la Stessa non consideri più utili i suoi operatori, tanto da ritenere inesistente un rapporto fiduciario pluriennale, sprecando una professionalità formatasi in anni di lavoro serio e difficoltoso. Non si può buttare il bambino con l'acqua sporca solo per trovare uno spazio professionale a una pur famosa Onlus!

Nell'ottica del risparmio, non sarebbe allora, provocatoriamente, più vantaggioso offrire a terzi tutta la gestione dei servizi "a parcella" della Specialistica in toto, della Guardia Medica e del Servizio Infermieristico?

Ma non finisce qui! Per i medici penitenziari in regime di convenzione, è arrivata la famigerata circolare emessa nelle due case di detenzione di Regina Coeli e di Rebibbia, con l'applicazione del "temporario", cioè un limite di quattro visite per ora. Potrebbe essere condivisibile, ma non si tiene in giusta considerazione l'ambiente lavorativo in quanto per motivi di sicurezza interna il detenuto-malato deve essere accompagnato dalla custodia presso gli ambulatori, con rallentamento dei tempi e fisiologici ritardi (certo non imputabili alla polizia penitenziaria) nell'effettuare le prestazioni sanitarie

richieste. Si può ben intuire che una circolare così poco attenta alla realtà della vita del carcere finisca per creare notevoli disagi non solo al corpo sanitario ma anche allo

stesso detenuto, costretto a sostenere delle lunghe liste d'attesa. Si rischia di uniformarci agli aspetti peggiori del SSN extracarcerario. Tutto ciò, insomma, rappresenta la situazione che si respira nella Medicina Penitenziaria, un'aria di instabilità, di confusione, di mancanza di certezze, ma soprattutto di delusione.

Una delusione forte che scuote nel profondo dell'animo tanti colleghi che da più di venti anni prestano il loro silenzioso servizio allo Stato.

Ma questa volta il silenzio che da sempre ci caratterizza sarà interrotto da una voce corale voce che esprime le sue domande e che vorrà risposte chiare e serie.

Il nostro desiderio è quello di continuare ad esercitare il nostro impegno professionale con lo stesso vigore e scrupolosità di sempre; non siamo disposti ad accettare tacitamente comportamenti che minano la nostra figura sia dal piano professionale sia dal quello economico.

Tramite la presente si sollecita Codesta Amministrazione Penitenziaria a rendere noto al più presto, con estrema chiarezza, allo S.M.I., attualmente rappresentante dei Medici in oggetto su scala nazionale, quali siano gli intendimenti da Voi intrapresi nei confronti della nostra categoria!

Rubare il paziente e' concorrenza sleale

(Pag. 1)

ed essendo stato nominato un medico titolare di quell'ambito territoriale.

Quest'ultimo avrebbe dovuto prendere in carico i pazienti di quell'ambito lasciando al collega solo quelli eccedenti il massimale di 1500 unità. Il primo medico aveva invece conservato i propri pazienti, impedendo che confluissero verso il medico subentrato.

Denunciato per questa "concorrenza sleale", era stato condannato dai giudici di merito, per cui aveva proposto ricorso in Cassazione. La suprema Corte, però (Sent. n. 11000/2007) respingeva il ricorso e confermava la condanna precisando che "se è pur vero che, in ossequio alla libertà di scelta del medico, il paziente può ottenere deroga per l'assistenza da parte di un medico di altro Comune, vero è però altresì che ciò è consentito solo alla duplice condizione che in un comune si verifichi una situazione di cd. monopolio oggettivo (in ragione del ridotto numero di abitanti che consenta l'assegnazione in quell'area di un solo medico) e che, comunque, la deroga operi con singoli provvedimenti autorizzatori per assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti che la richiedono alla competente Unità sanitaria".

DZ

Fonte: www.studiocataldi.it

La Società di Medicina Interna e le Medicine Alternative "Necessaria una posizione più prudente, no alla definizione di medicine complementari"

Lettera aperta del Presidente SIMI alla FNOMCeO: "Si apra un tavolo di discussione tra le società scientifiche"

Roma, 13 giugno 2007

La SIMI riapre il dibattito sul progressivo e disordinato ingresso delle medicine alternative nella nostra società. Il professor Giuseppe Licata, presidente della Società Italiana di Medicina Interna, ha scritto in merito al professor Amedeo Bianco, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, per conoscenza al Ministro della Salute, alla FISM, all'AIFA ed alle istituzioni competenti in materia. Di seguito i punti salienti della lettera:



"La Società Italiana di Medicina Interna, ha avviato su queste tematiche un ampio e costruttivo dibattito tra tutte le sue componenti, ed a seguito del "Documento Medicine Alternative FNOMCeO 2007" che le definisce come "complementari" ritiene necessario ribadire come di fatto "tali medicine ignorino le conoscenze più consolidate delle scienze biomediche ed appaiano prive di ogni fondamento razionale."

La SIMI esprime quindi la propria preoccupazione per questa ulteriore presa di posizione della FNOMCeO, che, di fatto, equipara nove Medicine Alternative alla Medicina Scientifica.

La SIMI ricorda che già nel 2000 ha stilato un documento nel quale esprimeva grandi perplessità sull'uso delle Medicine Alternative e metteva in guardia dai pericoli che potevano provenire ai malati dalla diffusione di pratiche di fatto non basate né sulle evidenze né sulle verifiche scientifiche. Nel 2004 questo documento veniva condiviso e fatto proprio da tutte le più importanti Società Scientifiche del nostro paese. (In allegato la lista delle adesioni)

La SIMI ricorda ancora come i 35 ricercatori più noti del nostro paese (ivi compresi due Premi Nobel) abbiano espresso un parere negativo sulle Medicine Alternative e come il Comitato Nazionale di Bioetica, in due documenti successivi, abbia espresso le proprie perplessità nei riguardi delle pratiche mediche non scientificamente fondate.

La SIMI, di fronte al recente documento della FNOMCeO, invita la Federazione a rinviare possibili affrettate decisioni ed ad intraprendere una ulteriore riflessione sulle proprie deliberazioni in considerazione della grande incertezza dell'argomento.

La SIMI, infatti, ritiene che un problema così importante come quello delle Medicine Alternative debba essere attentamente valutato non solo per i suoi riflessi socio-professionali, ma anche per quelli scientifico-culturali.

La SIMI si dichiara quindi disponibile a discutere tale problema con la FNOMCeO e con le più autorevoli Società Scientifiche italiane interessate e propone di aprire un tavolo di discussione presso il Ministero della Salute o l'AIFA allo scopo di produrre un documento condiviso da consegnare alle autorità politico-sanitarie del Paese per gli opportuni provvedimenti normativi."

Prof. Giuseppe Licata

Ordinario di Medicina Interna presso

l'Università degli Studi di Palermo

Presidente della Società Italiana di Medicina Interna

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 _____

Impotenza da sinistro stradale? Non solo danno biologico

La perdita di capacità sessuale comporta un danno grave alla salute, usurante e tale da comportare una apprezzabile perdita della capacità lavorativa, che va considerata nella valutazione del danno biologico, ma va considerata anche come danno esistenziale. Cass. Sezione III civile - Sentenza 2 febbraio 2007, n. 2311

C.L., danneggiato da incidente stradale la cui responsabilità ricadeva interamente sulla controparte, citava in giudizio il conducente danneggiante la sua Assicurazione.

Benché avesse ottenuto un sostanzioso risarcimento, il danneggiato chiedeva una migliore liquidazione delle voci di danno biologico per la grave compromissione dell'attività sessuale.

La Corte di merito respingeva la richiesta affermando che "Il Collegio ritiene che il danno esistenziale o la lesione dei diritti umani non sono categorie che esulano dal danno biologico, così come inteso dalla dottrina e dalla giurisprudenza. Se così è, deve ritenersi che il c.t.u. abbia tenuto conto di tutte le circostanze, nel momento in cui ha determinato i postumi nella misura del 20%".

La Cassazione così respingeva tale affermazione:

"Quanto al diritto alla sessualità, occorre ricordare l'incipit della Corte costituzionale (Corte cost. 561/1987) che lo inquadra tra i diritti inviolabili della persona (art. 2), come modus vivendi essenziale per l'espressione e lo sviluppo della persona. Certamente la perdita della sessualità costituisce anche danno biologico (la cui valutazione nelle tabelle medico legali convenzionali supera normalmente il livello della micropermanente e determina un rilevante ritocco del punteggio finale) consequenziale alla lesione

per fatto della circolazione (come è nel caso di specie), ma nessuno ormai nega (v. da ultimo Cass., sez. un., 6572/2006 e 13546/2006) che la perdita o la compromissione anche soltanto psichica della sessualità (come avviene nei casi di stupro e di pedofilia) costituisca di per sé un danno esistenziale, la cui rilevanza deve essere autonomamente apprezzata e valutata equitativamente in termini non patrimoniali e con una congrua stima dell'equivalente economico del debito di valore. Non vengono qui in questione altri aspetti inerenti alla procreazione o alla vita sessuale familiare, dato lo status della vittima, ma certamente questi ulteriori aspetti sarebbero rilevanti ai fini della equilibrata valutazione del danno anche ai fini di un congruo ristoro."

Viene anche effettuato un esame approfondito del concetto di danno biologico.

Come è noto la valutazione del danno in seguito a Responsabilità altrui si è basata, per molti decenni, sul riconoscimento della perdita della capacità lavorativa generica. In epoca successiva la valutazione ha interessato il cosiddetto "danno biologico", di cui tale perdita di capacità lavorativa è soltanto uno dei componenti. Infatti nella valutazione globale del danno biologico, la indicazione del punteggio finale deriva dalla valutazione di tutte le componenti, fisiche e psichiche, interrelazionali ed esistenziali. Cio' si desume dalla definizione analitica del danno biologico contenuta nell'art. 138 del codice di assicurazione, che considera i criteri uniformi di risarcimento ai fini dell'illecito civile della circolazione, al fine della realizzazione del principio fondamentale del risarcimento integrale del danno alla persona (cfr. Corte cost. 184/1986 e Cass. 8899/2001 e

successive, sino a Cass. 22599/2004). La esclusione di tale componente da una compromissione non lieve e permanente della salute, appare una contraddizione in termini e deve essere adeguatamente motivata.

"Si vuol dire che per la regola causale della probabilità elevata, la lesione grave della salute reca come conseguenza negativa una apprezzabile perdita della capacità lavorativa.

Il negare tale rilevanza costituisce fattore eccezionale, presente in taluni casi in cui, per la eminente attività intellettuale prestata, una menomazione psicofisica potrebbe non incidere sulla potenzialità delle capacità lavorative, pur compromesse. Esigere dal lavoratore una prova rigorosa in relazione al c.d. danno futuro, o negare la natura biologica di tale perdita, contraddice la stessa configurazione del danno biologico come danno a struttura complessa, che incide su vari aspetti della vita fisica e psichica della

persona. Il motivo appare dunque fondato in relazione alla illogicità della motivazione, che non personalizza il danno biologico in relazione a tale componente essenziale, data la gravità del danno".

Cassazione, Sezione III civile, Sentenza 2.2.2007 n° 2311 Daniele Zamperini. Fonte: laprevidenza.it

Vaccinazione per HPV: luci ed ombre

Vaccinazione per l'HPV: nuovi dati e alcuni dubbi

La vaccinazione per l'HPV protegge contro lo sviluppo di lesioni precancerose e l'adenocarcinoma cervicale in situ dopo un follow-up di circa 3 anni, ma la protezione a lungo termine rimane ignota. Il New England Journal of Medicine dedica praticamente tutto un intero numero alla vaccinazione quadrivalente anti HPV (human papillomavirus). In un primo studio [1] contro placebo sono state arruolate 5.455 donne di 16 paesi (età 16-24 anni), delle quali circa il 27% aveva delle lesioni cervicali da HPV dovute a qualcuno dei sierotipi inseriti nel vaccino (HPV tipo 6,11,16 e 18). Il vaccino è stato somministrato in tre dosi (la seconda al secondo mese e la terza al sesto mese). Dopo un follow-up medio di almeno 3 anni le lesioni vulvari, vaginali e perianali (incluse verruche, lesioni precancerose e cancro) risultarono

meno frequenti rispetto al placebo. Lo studio [2] contro placebo effettuato su 12.167 donne (età 15-26 anni) si è dimostrato che, dopo un follow-up medio di 3 anni, il vaccino offriva una protezione del 95-98% contro l'adenocarcinoma in situ e il CIN 2-3 nelle donne senza evidenza di pregressa infezione da HPV. Includendo invece anche le donne con pregressa infezione l'efficacia si riduceva al 44%.

Le reazioni al vaccino, nei due studi, sono state lievi e limitate a reazioni locali o rialzo febbrile. In un caso si ebbe una crisi di broncospasmo. In un terzo studio [3] di tipo caso-controllo viene sottolineata l'associazione tra l'esposizione all'infezione orale da HPV e il cancro orofaringeo. La diffusione del virus HPV al cavo orale dipende ovviamente dai vari comportamenti sessuali mentre il fumo e l'alcol sembrano non aggravarla, anche se nei soggetti senza evidenza di infezioni orali da HPV vi era una suggestiva associazione tra cancro orofaringeo, il fumo e l'alcol. Quasi subito dopo la pubblicazione di questi studi intervengono anche il Lancet. In una prima un'analisi combinata di 3 RCT (per un totale di oltre 18.000 donne) si evidenzia che il vaccino quadrivalente riduce le lesioni di altro grado vaginali e vulvari e potrebbe, col tempo, ridurre lo sviluppo di tumori vulvari e vaginali e l'adenocarcinoma in situ. Effettuando l'analisi intention to

LEGGE PRIVACY

(Comunicazione al lettore)

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


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

In qualsiasi momento - ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente

consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo

al titolare del trattamento:
ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA
Via Merulana, 272 00185
ROMA,

minori nelle pazienti del gruppo trattato senza evidenza di precedente infezione. Minori risultarono anche le neoplasie cervicali intra-epiteliali (CIN) di gradi 1-3 e l'adenocarcinoma in situ. Effettuando l'analisi intention to treat e a t comprendendo quindi anche le donne con precedenti lesioni) il vaccino ridusse del 34% le lesioni vulvari, vaginali e perianali e del 20% le lesioni cervicali. In un secondo studio [2] contro placebo effettuato su 12.167 donne (età 15-26 anni) si è dimostrato che, dopo un follow-up medio di 3 anni, il vaccino offriva una protezione del 95-98% contro l'adenocarcinoma in situ e il CIN 2-3 nelle donne senza evidenza di pregressa infezione da HPV. Includendo invece anche le donne con pregressa infezione l'efficacia si riduceva al 44%.



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 - Vinchiaturo (CB) secondo le seguenti modalità

Euro 15,00

CHIEDE

che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti.

Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega ^{annulla} non annulla e ^{sostituisce} non sostituisce qualsiasi altra precedentemente firmata, ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata salvo revoca scritta.

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

Data Firma

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

Al sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 "Codice di materia di protezione dei dati personali", i dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, la comunicazione, la comunicazione di 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 alla 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 concesso 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 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, sottoscritto.

Presta il proprio consenso:

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

Data Firma

Copia per la A.U.S.L.

SETTORE	TEMPO	
	INDETERMINATO	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