

LOBIVON

# Associazione Medica

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI  
Fondato da Mario Menaguale

Concluso nel Lazio il processo di fusione UNAMEF-CUMI con Congresso Regionale Congiunto dell' 8 luglio

## Uniti per contare di più

Continua inarrestabile il processo di aggregazione sindacale

Nella cornice dell' Hotel Villa Eur di Roma si e' svolto il Congresso Regionale Congiunto UNAMEF-CUMI-AISS, facente parte del processo politico finalizzato ad arrestare il processo di frammentazione della Medicina italiana, ormai divisa in gruppuscoli sempre piu' settoriali, e sempre piu' finalizzati a difendere, anziche' gli interessi della categoria, quelli di un ristretto gruppo dirigente.

Meglio essere Imperatore, sia pure di un gruppuscolo totalmente ininfluenza sulla politica sanitaria italiana. Meglio godere

in totale autonomia dei privilegi di una carica apicale, piuttosto che dividerli con altri.

Così ritengono molti.

**Ebbene, no!** Noi abbiamo deciso di costituire una realtà più grande, di respi-

ro nazionale, a costo di fare tutti un passo indietro. Abbiamo deciso di difendere la dignità e il ruolo della nostra professione, di aprire la strada alla democrazia

sindacali rappresentanti diverse categorie. Il fine, lo scopo ultimo e' quello di procedere insieme, in modo coordinato, nei confronti con la Parte Pubblica, che

finora ha avuto buon gioco nel dividere le diverse categorie, scatenare l'una contro l'altra, stipulare patti e accordi contraddittori o addirittura con-

L' Hotel Villa Eur di Roma, sede del Congresso

flittuali tra categorie diverse. Procederemo insieme, e la nostra voce non potrà essere ignorata da nessuno. (DZ)

La solita storia del buco in bilancio

## Una scusa per tutte le stagioni

Parola chiave per tutti gli aumenti e le stangate del nostro Paese è "buco in bilancio" anche oggi il governo in carica, come tutti i governi che lo hanno preceduto, grida allo scandalo perché i predecessori hanno lasciato un enorme buco di bilancio. Questo è successo anche in regione Lazio. Infatti il Presidente Marrazzo ha convocato tutti i sindacati per rendere edotti tutti sulla strategia del "recupero" di circa 4000 miliardi di disavanzo della nostra regione.

Questa danza, apparentemente assurda si perpetua ogniqualvolta ci sono spese da intraprendere ed è proprio per questo che i sindacati premono per accelerare i rinnovi di contratto di lavoro. Pochi maledetti e subito gli aumenti prima che arrivi la stangate del "buco di bilancio" che giustifica qualunque vessazione a carico del povero cittadino ignaro di chi sia la causa del "buco". In realtà il nostro sindacato anche in tempi di vacche grasse ha sempre chiesto, al fine di una trattativa equa ma soprattutto di un risparmio eventuale di poter avere dei lumi sulle principali voci di spesa che interessavano la sanità. Purtroppo sono oramai molti anni che vengono chieste queste carte ma mai la

componente governativa ci ha mai fornito delle "pezze d'appoggio" che giustificassero il "buco in bilancio". A tale proposito il dubbio viene spontaneo: ma esiste davvero il buco in bilancio? Già perché sempre si dice che la nostra regione rappresenta la punta dell'ICEBERG della spesa farmaceutica nazionale con delle punte che hanno raggiunto il 19% del PIL contro il 14% della media nazionale. Mai possibile che nella città delle tre facoltà di medicina, dei cinque atenei dei sette policlinici di cui quattro universitari; i medici di famiglia siano tanto incapaci o meglio furbi da non regolarsi sulla spesa farmaceutica che è di 484 milioni di euro?

Certo che questa cantilena ci viene propinata ogni volta c'è un cambio di gestione politica senza differenze di ... parte! Probabilmente, come sempre la verità sta nel mezzo. Tutti i polveroni spesso si alzano per non far vedere dove si cammina ed il rischio di chi cammina in mezzo ad un polverone è quello di trovarsi improvvisamente sprofondato nel baratro che, chi ha alzato il polverone ha preparato per lui. Probabilmente tutti questo "disavanzo"! (Continua a pag. 5)



## Luglio 2006, una nuova identità!

Nasce da lontano quella che ormai è la seconda forza sindacale della Medicina Generale

Molto tempo fa ho cominciato la mia attività sindacale come specializzando in cerca di giustizia. Infatti la mia storia sindacale nasce con il riconoscimento europeo degli specializzandi italiani. Pochi anni dopo, all'interno dello stesso sindacato, abbiamo creato i settori specifici ed ho iniziato ad occuparmi della medicina generale. Sin dal primo momento ho individuato nella FIMMG il sindacato responsabile della degenerazione del sistema sanitario convenzionato che negli anni '90 iniziava la sua parabola discendente. Lo scontro fu inizialmente con un vero signore (che oggi rimpiango) il dott. Mario Boni che, nella sua protervia comunque individuava un disegno politico per migliorare la condizione del medico di medicina generale tentando peraltro di chiudere la porta ai giovani come d'altronde stava facendo la FIMP per i pediatri, creando così di fatto una frattura generazionale che avrebbe garantito ai "vecchi" un miglior guadagno. Questa strategia, con il corso di formazione

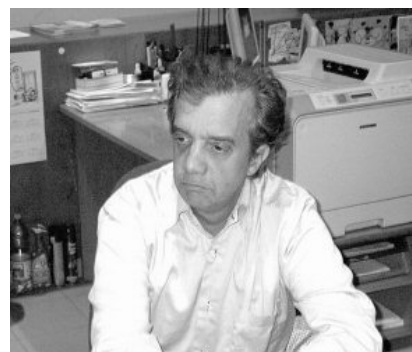
di medicina generale, era evidentemente corporativa, ma d'altro canto era mirata ad un miglior guadagno da parte dei medici di medicina generale iscritti a quel sindacato. Nel 2000 quel sindacato fatto di idee e di amici decide di fondersi con altri due gruppi che sposavano l'idea di un sindacato polidisciplinare che abbracciasse tutta la sanità medica nel suo complesso (dipendenti e convenzionati) e così iniziava la strategia legata a gruppi di medici organizzati che decideva di appartenere ad una entità che ne divideva i progetti: Federazione Medici. Ma, come in tutte le democrazie, all'interno di vari gruppi c'erano e ci sono individualità positive e negative, la predominanza delle une sulle altre è strettamente correlata alla consistenza associativa (numero di iscritti) ed il nostro sindacato cresceva e acquistava consensi. Nel 2005, dopo alterne vicende, si riesce a trovare l'intesa con un altro gruppo organizzato che aveva diviso di uscire dalla FIMMG poiché riteneva non facesse più gli interessi della categoria. Questa nuova forza



Il Presidente Regionale del Lazio Floriana Riddei



Il Segretario Organizzativo Cristina Patrizi



Il Tesoriere Paolo Marotta

All'Interno:

La Tessera Sanitaria, questa sconosciuta

Informatori scientifici: campione e rapporti coi medici

Il Codice Fiscale sulle ricette "bianche".

Per il Tramadolo non occorre più la ricetta "speciale"

L'automisurazione della pressione arteriosa a casa e' più utile di quella in ambulatorio

La pagina culturale S.I.A.M.E.G

Cardiopatia ischemica nell'età avanzata

La pagina sindacale NAMEF-CUMI

Trattamento della tosse cronica associata a reflusso gastroesofageo

Novità dalla rete

SINTESI DEL VERBALE DEL CONGRESSO REGIONALE DEL LAZIO

sindacale prende corpo nel Luglio 2006 nella nostra regione con la fusione dei due gruppi che dopo due anni di lavoro concertato insieme sia in regione Lazio che nelle aziende, trova un'intesa totale sugli obiettivi per la nuova sanità convenzionata nella regione Lazio.

Molti si scandalizzeranno per la nascita di un sindacato senza una tessera politica! Molti grideranno al ridicolo per il fatto che la seconda forza sindacale del Lazio, in un'epoca di affari, parli invece di ideali e di progetti! Molti copriranno di infamie i componenti del nuovo soggetto sindacale che non nascono dalla stessa "buona famiglia"!

Bene, noi ci conosciamo da troppi anni e, pur riconoscendo tutte le difficoltà legate alle nostre differenze politiche siamo fortemente convinti che i medici non debbano avere quella o questa tessera di partito. Perché per noi l'unico obiettivo è garantire tutti i medici del Lazio che possano avere una giusta ed equa gratificazione economica nell'interesse di tutta la collettività. Dateci un anno di tempo e ve lo dimostreremo!

Paolo Marotta

# ALTA CLOR

## La Tessera Sanitaria, questa sconosciuta

Potenzialita', prospettive, uso e utilita' della nuova Tessera Sanitaria, con tante luci e ombre

Da alcuni mesi gli italiani stanno ricevendo da parte della SOGEL, emanazione dell'ex Ministero delle Finanze, un oggetto misterioso costituito da una tessera di plastica, di prevalente colore azzurro, con una banda magnetica e la scritta "Tessera Sanitaria".

Il cittadino, perplesso, si reca dal medico di famiglia e pone la faticosa domanda: "Dottore, cosa ci faccio con questa tessera?". E non e' detto che il medico sappia rispondere...

*Un po' di storia...*

Il progetto della Tessera Sanitaria nasce con la Legge Finanziaria 2003, allorché si progettò, con grande clamore, di dotare tutti i cittadini italiani di una tessera magnetica, simile a quella del bancomat, ma polifunzionale, capace cioè di immagazzinare in un apposito chip una notevole mole di informazioni, prevalentemente di tipo sanitario. Queste informazioni sarebbero state protette da indiscrezioni ma consultabili in caso di necessità. Il progetto prevedeva che i medici, i laboratori, gli ambulatori ospedalieri e tutte le altre strutture sanitarie, qualora consultate dal paziente, riversassero nella tessera i loro referti, e li trasmettevano per via informatica al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Si ponevano naturalmente molti problemi, alcuni dei quali assai impegnativi: occorreva che tutte le strutture sanitarie e i medici del SSN fossero forniti di strumentazione informatica idonea a scrivere e a leggere i dati di questo chip; che questi dati fossero protetti da indiscrezioni e da letture abusive; che fossero recuperabili nel caso di smarrimento o distruzione della tessera; che ogni cittadino italiano potesse avere la propria tessera, univocamente identificata, senza possibilità di errore, di scambio, di omonimia.

Quest'ultimo aspetto e' stato quello che ha creato le maggiori difficoltà al sistema: all'atto di iniziare l'applicazione, seppure sperimentale, della tessera, ci si accorse che la maggiore difficoltà consisteva proprio nel costituire una attendibi-

le anagrafe degli assistiti.

Puo' sembrare un problema da poco: in fondo tutti i cittadini italiani sono schedati nelle anagrafi comunali, ricevono documenti di identità precisamente numerati, hanno un codice fiscale univoco, un codice sanitario altrettanto univoco; quali problemi potevano sorgere?

Al contrario, ci si rese conto, con scandalo, che non esisteva un preciso elenco che identificasse gli aventi diritto: andando a confrontare i vari elenchi, esistevano in realtà delle Italie del tutto diverse. Gli elenchi anagrafici comunali non coincidevano con gli elenchi degli assistiti del SSN, e questi a loro volta non coincidevano con gli elenchi ministeriali dei Codici Fiscali. In alcune Regioni venne riscontrata, ad esempio, una tale incompletezza degli elenchi ASL da potersi paragonare quasi ad una totale mancanza. Considerando i soggetti che, pur esistendo fisicamente non rientravano negli elenchi e quelli che, al contrario, risultavano iscritti pur essendo inesistenti, i casi "anomali" ammontavano a milioni di unità.

La verifica e l'allineamento dei vari elenchi anagrafici doveva costituire, quindi, la base irrinunciabile del nuovo progetto; questo venne quindi ristrutturato e ridimensionato, limitandone la portata, almeno provvisoriamente, al raggiungimento di questo scopo.

Per questo motivo si ritenne di abolire il chip di memoria (inutile, finché non fosse stato messo a punto un sistema sicuro di identificazione univoca) e di utilizzare la tessera per un complesso di informazioni minimale ma assolutamente certo. E' stato iniziato quindi l'allineamento dei vari archivi, non agevole anche per la differenza dei mezzi informatici usati: nei casi in cui veniva rilevata una coincidenza completa dei dati, veni-

va emessa la tessera ed inviata al soggetto interessato; qualora si rilevasse delle discrepanze in uno degli archivi (generalmente in quello delle ASL, molto più caotico) veniva iniziata una procedura di controllo e verifica. Solo al termine di questa veniva emessa la tessera sanitaria. In questo procedimento venivano responsabilizzate le ASL, tenute a verificare e allineare con i propri mezzi i dati d'archivio. I dati verificabili e alli-

neabili venivano limitati essenzialmente alle generalità e al codice fiscale. Non sono compresi dati sanitari, nemmeno, per esempio, il nominativo del medico di fiducia o le eventuali invalidità o esenzioni per patologie croniche; per questo motivo la tessera non sostituisce affatto la precedente documentazione cartacea, ma si limita a costituirne, almeno attualmente, verifica e integrazione. Unica eccezione nel caso di assistenza sanitaria all'estero, nell'ambito della CEE. In questo caso la TS costituisce documento valido e completo.

*Le finalità*

Finalità economiche. Benché vengano spesso sottolineate le finalità "sanitarie" della TS, va detto invece che il suo scopo primario appare quello di controllo economico e fiscale della spesa sanitaria. Molto significativo appare il fatto che i dati prescrittivi vadano inviati telematicamente al Ministero

economico, e non a quello sanitario. Con un complicato percorso informatico le Autorità centrali potrebbero monitorare le prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche extraospedaliere in tempo reale, con il fine dichiarato di ridurre la spesa sanitaria in questi settori.

*Finalità sanitarie*

Le finalità sanitarie consisterebbero essenzialmente nel fatto che il paziente possa portare con sé non solo i suoi dati burocratici ma tutta la sua storia sanitaria, in modo da poterla mettere a disposizione di ogni sanitario che venga interpellato a scopo di cura.

Questo aspetto però viene fortemente contrastato da altri progetti che perseguono lo stesso scopo ma attraverso vie del tutto diverse. Diverse Regioni, ad esempio, hanno in progetto l'unificazione degli archivi sanitari di tutti i cittadini in un megarchivio di proprietà e di gestione pubblica. I sanitari dovrebbero quindi collegarsi volta per volta a questo archivio per prelevare o depositare i dati di salute dei pazienti.

Appare evidente come questa seconda impostazione comporti una serie di problemi assai maggiore, per l'aspetto della trasmissione, del trattamento, della custodia di dati sensibili di grande importanza; questi dati, in sostanza, sfuggirebbero al controllo diretto dell'interessato ma verrebbero gestiti da terzi in una struttura che, per necessità, sarebbe aperta ai contatti telematici e quindi, come da recenti esperienze ancora sotto valutazione giudiziaria, senza mai garanzia di assoluta sicurezza ma con la partecipazione di un numero imprecisato di addetti. I due sistemi non sarebbero di per sé incompatibili, ma costituirebbero semmai una inutile duplicazione di risorse. Il sistema dell'archivio centralizzato presenta poi dei risvolti inquietanti, in

quanto presuppone un aggiornamento continuo, molto preciso e gravoso dei dati immessi, con difficoltà di gestione dell'errore e risvolti legali importanti qualora i pazienti lamentino (più o meno a ragione) omissione o errore nell'inserimento dei dati, o gli organi di controllo non riscontrino una adeguata corrispondenza tra le diagnosi e le prescrizioni terapeutiche.

La possibilità di utilizzo di questo megarchivio per finalità di controllo prescrittivo e probabilmente una delle molle che spinge a preferirlo rispetto all'altro sistema (quello della tessera) a gestione più "privata".

E' stato recentemente approvato (e, nel momento in cui si scrive, e' in corso di pubblicazione sulla G.U.) un Decreto che finanzia e disciplina la digitalizzazione della storia medica della popolazione per realizzare la cartella clinica digitale, finalizzata alle indagini epidemiologiche e alla prevenzione ma che prevede anche la disponibilità on-line dei dati, rendendoli consultabili dovunque sia necessario, evitando errori, duplicazioni di prestazioni e di accertamenti e contrastando le frodi.

Tali scopi potrebbe essere raggiunti ugualmente mediante un archivio "privato" gestito dal cittadino, ma appare evidente la finalità di controllo diretto dei dati da parte delle autorità.

Un aspetto non ancora preso in considerazione e' quello del probabile cambiamento giuridico della scheda clinica del Medico di Famiglia: in seguito a queste procedure "di legge", da documento privato ad uso del medico potrebbe trasformarsi in atto pubblico. Vedremo cosa dirà la giurisprudenza a tale proposito. Qualora cioè accadesse, questo cambiamento porterebbe molti gravi problemi e complicazioni alla nostra vita professionale.

Forse sarebbe utile rifletterci un po'...

Daniele Zamperini - Guido Zamperini

[www.pillole.org](http://www.pillole.org)



La Tessera Sanitaria





## Informatori scientifici: campionature e rapporti coi medici

Molti aspetti discutibili; alcune norme finora giudicate "di buon senso" diventano obblighi di legge

**Decreto legislativo n. 219 del 24.04.06, Gazzetta Ufficiale n. 142 del 21.06.06 - Suppl. Ordinario n. 153**

Gli articoli da 113 a 128 del citato provvedimento affrontano il problema della pubblicità e dell'informazione scientifica dei farmaci presso tutti gli operatori sanitari, in particolare presso i medici. Tutta la materia sottostà alla supervisione dell'AIFA e non consente presentazioni che possano risultare parziali o distorsive.

E' permesso organizzare visite ai laboratori e ai centri di ricerca delle imprese farmaceutiche, ma solo nel caso che queste visite siano orientate allo sviluppo delle conoscenze nei settori specifici relativi alla formazione ed all'aggiornamento dei medici.

Gli informatori scientifici, in occasione

delle visite periodiche, devono consegnare al medico, per ciascun prodotto presentato, il riassunto delle caratteristiche del prodotto con prezzo ed eventuali condizioni di prescrivibilità a carico del SSN (questo obbligo non sussiste se il medico è in possesso di una pubblicazione aggiornata che riporti queste informazioni).

Gli informatori scientifici possono consegnare campioni gratuiti al medico, su sua richiesta scritta recante data, timbro e firma, con le seguenti limitazioni: a) entro i 18 mesi successivi alla data di prima commercializzazione del farmaco: 2 campioni a visita fino ad un massimo di 8 campioni nell'anno (per ogni dosaggio o forma farmaceutica); medicinali in commercio da più di 18 mesi: non più di 4 campioni a visita fino ad un massimo

di 10 campioni nell'anno; d) non può essere fornito alcun campione dei medicinali disciplinati dal DPR n. 309 del 1990 (sostanze stupefacenti o psicotrope).

Il medico, dal canto suo, deve assicurare la conservazione del medicinale secondo le istruzioni indicate sulla confezione o sul foglio illustrativo.

Nel corso dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali è espressamente vietato concedere, offrire o promettere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e comunque collegabili all'attività del medico.

La normativa entra in vigore il 6 luglio 2006.

Marco Venuti



## Il Codice Fiscale sulle ricette "bianche".

Nuova assurda burocratica

Le nuovissime norme (Decreto Bersani, coordinato con il nuovissimo DPEF) stabiliscono, oltre altre innumerevoli novità, che il medico è tenuto a riportare, nel caso di ricette ripetibili, anche se "bianche", cioè private, il codice fiscale dell'assistito.

Questa norma appare assurda, oltre che vessatoria, in quanto non si capisce bene quale potrebbe essere la sua utilità. Porterebbe invece una serie di problemi quali l'allungamento dei tempi burocratici a scapito di quelli assistenziali, e l'impossibilità di prescrivere farmaci, seppur necessari, a pazienti che avessero dimenticato a casa il tesserino col codice fiscale.

Questa norma appare oltretutto illegittima, in quanto si scontra frontalmente con la legge sulla privacy, che stabilisce in modo inequivocabile il diritto del paziente all'anonimato delle prescrizioni mediche; i lettori ricorderanno che tale aspetto era stato addirittura, in un primo momen-

to, prescritto come obbligatorio. Il fatto che venga inserito al posto delle generalità il C.F. non cambia la situazione in quanto è già stato ampiamente chiarito in precedenza che esso NON è idoneo a garantire l'anonimato in quanto facilmente decifrabile.

Ora una nota del Ministero della Salute (n. 12573 dell'11/07/2006) tenta (a nostro avviso in modo piuttosto imbarazzato) di correggere tale disposizione stabilendo che "l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del codice fiscale in luogo del nome e cognome è da ritenersi obbligatoria qualora l'interessato non voglia far comparire le proprie generalità".

Questa soluzione ci sembra un'inutile "pezza" che non risolve assolutamente la contraddizione con le norme sulla privacy.

L'unica soluzione ragionevole appare l'abolizione totale di questa inutile disposizione.

DZ



## Vietata l'attivazione di servizi telefonici non richiesti

Il Garante adotta la linea dura verso i concessionari telefonici che adottano iniziative senza il consenso degli utenti

Qualche affezionato lettore ricorderà la vicenda del servizio telefonico "3", da noi già pubblicata, che la Telecom tentò (era il 2003) di attivare di autorità sui telefoni di tutti gli abbonati.

Il servizio deviava automaticamente le chiamate non recepite ad una segreteria telefonica, sia che l'utente lo volesse oppure no, con il rischio che molte telefonate, in questo modo, andassero perse. I medici si erano fortemente opposti, per il timore di disguidi o di perdite di chiamate, con rischi anche legali non indifferenti. Di fronte alle resistenze della Telecom (che adduceva una serie di pretesti per non abolire il servizio) dovettero intervenire alcuni combattivi Ordini dei Medici e organi di stampa (tra cui il nostro). Alla fine Telecom cedette ed abolì il servizio.

Ora, con un comunicato del 27/02/2006,

il Garante ritorna sull'argomento, adottando una linea dura: non si possono attivare servizi aggiuntivi senza l'espressa volontà dell'utente.

Vengono riportati casi clamorosi di abuso: ad esempio l'attivazione, a nome di un cliente ignaro che aveva chiesto una sola scheda, di altre schede telefoniche (anche centinaia). In alcuni casi coloro ai quali sono state falsamente intestate le schede si sono venuti a trovare coinvolti in indagini penali.

In altri casi si verificava l'attivazione indebita del servizio di selezione automatica dell'operatore o di altri servizi non richiesti, come la segreteria telefonica, tariffe telefoniche speciali, linee di navigazione veloce in Internet. Il tutto all'insaputa dell'utente.

Queste le principali prescrizioni del Garante:

Attivazioni multiple di schede: Quando le intestazioni siano superiori a 4 (per le persone fisiche) e a 7 utenze (per le società) l'operatore dovrà chiedere espressa

conferma all'intestatario.

Attivazione di servizi non richiesti: Non si possono attivare servizi senza espressa volontà degli interessati. Le persone vanno contattate solo se hanno manifestato un preventivo consenso a ricevere chiamate e comunicazioni promozionali. Gli addetti ai call center dovranno spiegare agli interessati da dove sono stati estratti i dati personali che li riguardano. Deve essere, inoltre, rispettata la volontà di non ricevere il servizio e la eventuale contrarietà all'uso dei dati. Identificabilità dell'incaricato: Gli operatori telefonici dovranno controllare, anche a campione, l'attività di rivenditori e incaricati, anche allo scopo di rintracciare immediatamente chi materialmente abbia effettuato l'attivazione indebita.

La violazione di queste norme può comportare sanzioni economiche o anche penali.

Daniele Zamperini - Guido Zamperini

## L'automisurazione della pressione arteriosa a casa è più utile di quella in ambulatorio

La pressione arteriosa automisurata a domicilio dal paziente presenta una capacità prognostica superiore rispetto a quella convenzionale misurata nell'ambulatorio medico.

Uno studio francese, condotto su 4.939 pazienti ipertesi anziani trattati farmacologicamente e seguiti per 3 anni da 1.429 medici di medicina generale, dimostra, insieme ad uno altro studio condotto in Giappone (Studio Ohasama) su larga scala, la superiorità prognostica della pressione automisurata rispetto a quella convenzionale misurata nell'ambulatorio medico.

Nello studio SHEAF (Self-measurement of blood pressure at Home in the Elderly: Assessment and Follow-up) i pazienti (età media 70 [SD, 6.5] anni; 48.9% maschi) venivano sottoposti regolarmente a misurazione della pressione arteriosa da parte del medico ed a monitoraggio domiciliare della pressione. La soglia per definire non ben controllata la pressione è stata predefinita ad almeno 140/90 mm Hg per la misura in studio e 135/85 mm Hg per quella a domicilio.

Al termine dello studio che si è protratto in media per 3.2 (SD, 0.5)



anni, si osservò che per ogni incremento di 10 mm Hg di pressione domiciliare sistolica il rischio di eventi cardiovascolari era aumentato del 17,2% contro il 5,8% per ogni aumento analogo di pressione sistolica misurata dal medico. Per un aumento

di 5 mm Hg di pressione diastolica il rischio di eventi cardiovascolari era aumentato dell'11,7% con la misurazione domiciliare e dell'1,4% con la misurazione del medico. Inoltre l'automisurazione domiciliare ha permesso di identificare un 9% di soggetti con pressione ben controllata quando misurata dal medico, ma non a domicilio. Questi pazienti affetti da "ipertensione mascherata" avevano un'incidenza di eventi cardiovascolari superiore a quella degli altri pazienti dello studio.

Fonte: JAMA 2004;291:1342-1349.

Commento di Luca Puccetti  
Abbiamo rilanciato questo studio come tipico esempio di dato interessante che apre alla prospettiva di conseguire vantaggi in termini di stratificazione del rischio e conseguente indirizzo del trattamento.  
Purtroppo, come vedremo e come spesso accade in medicina, non sempre una miglio-

re stratificazione e valutazione del rischio si traduce in effettivi vantaggi in termini di eventi. Il dato singolare di questo studio è che invece di smascherare i casi di ipertensione da camice bianco pare che evidenzii piuttosto un numero non irrilevante di soggetti che si comportano al contrario, ossia presentano valori normali in studio e non controllati a domicilio. Nel caso di valori discordanti lo studio indica che il rischio è molto maggiore se la pressione non è ben controllata alla misurazione domiciliare piuttosto che non in caso contrario.

Lo studio sulla coorte di Ohasama (1), in Giappone è stato disegnato per validare le suddivisioni delle categorie di rischio individuate dalla classificazione (2) del Joint National Committee 7 (JNC-7) usando l'automisurazione vs la misura rilevata casualmente in studio dal medico. L'end point era l'incidenza di ictus. Sono stati valutati 1702 soggetti di età maggiore di 40 anni monitorati per ben 11 anni. I risultati dimostrano che i criteri JNC-7 sono più predittivi usando l'automisurazione piuttosto che la misura convenzionale effettuata a random.

Uno studio (3) prospettico randomizzato per valutare l'efficacia dell'automisurazione per indirizzare la terapia antipertensiva è il THOP (Treatment of Hypertension Based on Home or Office Blood Pressure).

Gli end points erano surrogati e non primari e dunque anche tale studio ha i suoi limiti. I risultati del THOP sono che i pazienti la cui terapia antipertensiva era guidata dall'auto-

misurazione della pressione ricevevano meno farmaci, ma avevano anche un minor controllo pressorio ed una massa del ventricolo sinistro maggiore.

Nel THOP si sono evidenziate, le ipertensioni da camice bianco ed in questo la misurazione a domicilio è risultata utile.

Un ulteriore studio (4), il PAMELA (Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni), è stato realizzato a Monza monitorando 2051 soggetti di età compresa tra 25 e 74 anni, rappresentativi della popolazione generale. I pazienti sono stati sottoposti alla misura della pressione arteriosa convenzionale, dell'Holter pressorio e sono stati istruiti ad automisurarsi la pressione. Il follow-up è stato di 113 mesi.

Tutte e tre le misure mostravano una relazione significativa diretta sia con la mortalità cardiovascolare che con quella globale. La relazione era migliore per la sistolica e per la pressione notturna. Nessuna delle tre misure è risultata statisticamente superiore in termini di predittività degli eventi rispetto alle altre, tuttavia l'aggiunta dell'automisurazione e della pressione notturna migliora, ma di poco, la capacità predittiva della pressione misurata in modo convenzionale.

Bibliografia

- 1) Stroke. 2004;35:2356
- 2) Hypertension. 2003;42(6):1206-52
- 3) JAMA. 2004;291:955-964
- 4) Circulation. 2005;111:1777-1783

ASSOCIAZIONE  
MEDICA

ITALCHIMICI

# La pagina culturale S.I.A.M.E.G

COORDINATORE F. SCIARRA

## Percorsi diagnostico – terapeutici in gastroenterologia:

dalla gestione del paziente epatocirrosico alla diagnostica ecografica delle lesioni epatiche al trapianto di fegato  
sala conferenze SIAMEG – Via Merulana 272 – Roma Prot. ECM n. 5298/257446

- Giovedì 12 ottobre:** *Relatore: Prof. Adolfo F. Attili*  
20.<sup>00</sup> – 20.<sup>30</sup> **Pre test**  
20.<sup>30</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Gestione del paziente epatocirrosico”**  
21.<sup>30</sup> – 22.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 19 ottobre:** *Relatore: Prof. Puoti Claudio*  
20.<sup>00</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Epatiti acute e croniche: percorsi di diagnosi e trattamento”**  
21.<sup>30</sup> – 22.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 26 ottobre:** *Relatore: Dr. De Santis Adriano*  
20.<sup>00</sup> – 21.<sup>30</sup> **“Diagnostica ecografica delle lesioni occupanti spazio del fegato”**  
21.<sup>30</sup> – 22.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 9 novembre:** *Relatori: Dr. Tatti Patrizio*  
20.00 – 21.00 **“Insufficienza epatica cronica e diabete mellito”**  
21.00 – 21.30 *D.ssa Sarnelli Anna*  
21.30 – 22.30 **“Complicazioni infettive ginecologiche ed urinarie”**  
Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 16 novembre:** *Relatore: Dr. Pietro Paolo Vincenzo*  
20.00 – 21.30 **“Screening del cancro colon-rettale”**  
21.30 – 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 23 novembre:** *Relatore: Prof. Attili Adolfo F.*  
20.00 – 21.30 **“Gonfiore di pancia”; fisiopatologia clinica e percorsi diagnostico tera-  
peutici**  
21.30 – 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 30 novembre:** *Relatore: Prof. Ginanni Corradini Stefano*  
20.00 – 21.00 **“Trapianto di fegato da donatore vivente”**  
21.00 – 22.00 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati  
22.00 – 22.30 **Post Test**

**INFO: SIAMEG:** da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Merc. 10<sup>00</sup>-17<sup>00</sup>  
Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail : [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)  
La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti  
Quota di iscrizione : € 120,00 + iva  
Per gli iscritti AMI: € 70,00 + iva

## CARDIOPATIA ISCHEMICA NELL'ETA' AVANZATA

Linee guida di diagnosi e terapia—Parte Prima

Relazione tratta da un corso di aggiornamento SIAMEG- di F. SCIARRA

Il tema serale impegna in un vasto excursus sulla frequente e preponderante patologia cardiovascolare, con attuale incidenza letale di circa il 50% nei Paesi Occidentali, e, prevedibilmente, del 70% circa nel 2020, secondo diversi studi prospettici.

E' indubbio che la cardiopatia ischemica necessita di una diagnosi precoce, in fase di compenso emodinamico, basilare per una prognosi favorevole, ottenibile con dieta calibrata, opportuna attività psicofisica e terapia adeguata.

La gestione ottimale del paziente cardiopatico deve essere condotta evitando sovrapposizione di compiti tra i tre livelli di intervento:

**Cura primaria da parte del medico di medicina generale.**

**Cura secondaria da parte di cardiologi ambulatoriali.**

**Cura terziaria da parte delle divisioni di cardiologia e/o medicina interna.**

Gli operatori sanitari si devono impegnare concordemente, con efficacia ed efficienza, nel rispetto di “linee guida” condivise, internazionali e nazionali, per garantire standards qualitativi di assistenza sanitaria, con programmi vari, consistenti in:

**Follow up diagnostico.**

**Prescrizione dietetica e terapeutica** da condurre con periodici controlli medici ambulatoriali, o, se necessario con:

**Gestione in assistenza domiciliare** oppure

**Gestione in ricovero ospedaliero.**

Premminente e basilare nel lavoro di equipe è la professionalità del medico di medicina generale, che, per compiti demandati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito della medicina preventiva individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, interviene come insieme unitario, continuativo nel tempo, integrato nell'organizzazione sanitaria complessiva, finalizzato alla qualità, uniformità e compatibilità economica dell'assistenza (D.P.R. n° 484/96 e successivi), ha specifici, congrui impegni gestionali.

**Prevenzione dello scompenso cardiaco**, identificando patologie in fase asintomatica o paucisintomatica con screening appropriato e con misure volte a prevenire e rimuovere i molteplici

ci fattori modificabili di rischio quali: fumo, stress psicofisico persistente, iperdislipidemia, iperfibrinogenemia, iperomocisteinemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, sedentarietà, contraccettivi, elevato valore dell'ematokrito (HT), fattori tutti modificabili, a differenza dei fattori immutabili, pertanto non correggibili, consistenti in: età, sesso, predisposizione genetica.

Possibile diagnosi precoce di disfunzione diastolica ventricolare sinistra, sospettabile con rilievi anamnestici, pazienti controlli clinici e della pressione arteriosa e confermabile con successivi controlli mirati cardiologico-strumentali, finalizzati a fini diagnostici, prognostici e terapeutici.

**Controllo clinico del paziente** e precoce riconoscimento di eventuale instabilizzazione clinica.

**Valutazione autonoma di opportuna revisione diagnostica e/o terapeutica in assenza di miglioramento.**

**Educazione del paziente riguardo a dieta e terapia prescritte, all'abolizione del fumo, all'attività fisica da praticare, alla limitazione o eliminazione dello stress psichico, ai controlli medici da seguire.**

**Individuazione dei pazienti da seguire in assistenza domiciliare integrata con supporto specialistico**, in caso di paziente polisintomatico, secondo i criteri di Boston (Carlson KJ, Lee DCL, Goroll AH et al. *An analysis of physicians' reasons for prescribing long-term digitalis therapy in outpatients.* J Chron Dis 1985; 38:733-739).

**I criteri di Boston**, validati diagnosticamente in studi epidemiologici di larga scala, si fondano su:

**Rilievi anamnestici.**

**Esame obiettivo.**

**Esame radiografico del torace;** secondo lo schema seguente:

(Prosegue a pag. 6)Le linee guida ine-

## Corso di Aggiornamento per i medici romani 2006

Management e trattamento della gravidanza a “basso” ed “alto” rischio  
Sala Conferenze S.I.A.M.E.G. Via Merulana 272 – 00185 Roma Prot. ECM n. 5298/264347

## PROGRAMMA

### Giovedì 7 Dicembre 2006

Ore 20.<sup>00</sup> – 20.<sup>15</sup>  
Ore 20.<sup>15</sup> – 21.<sup>30</sup>

Ore 21.<sup>30</sup> – 22.<sup>00</sup>  
Ore 22.<sup>00</sup> – 22.<sup>30</sup>

### Giovedì 14 Dicembre 2006

Ore 20.<sup>15</sup> – 21.<sup>30</sup>

Ore 21.<sup>30</sup> – 22.<sup>00</sup>  
Ore 22.<sup>00</sup> – 22.<sup>30</sup>

### Giovedì 21 Dicembre 2006

Ore 20.<sup>15</sup> – 21.<sup>15</sup>  
Ore 21.<sup>15</sup> – 22.<sup>15</sup>

Ore 22.<sup>15</sup> – 22.<sup>30</sup>

### D.ssa Rosa Savone

Pre Test

### “Principi Generali di sorveglianza della gravidanza a “basso rischio”

Presentazione Casi Clinici  
Discussione Temi trattati

### Prof. Giancarlo Paradisi

Docente Patologia Osterica Policlinico Gemelli

### “Identificazione e management della gravidanza ad alto rischio”

Presentazione Casi Clinici  
Discussione Temi trattati

### D.ssa Brigida Carducci

### “I farmaci in gravidanza”

Presentazione casi clinici e discussione temi trattati  
Post Test

**INFO: SIAMEG:** da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Merc. 10<sup>00</sup>-17<sup>00</sup>

Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail : [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)

La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti

Quota di iscrizione : € 90,00 + iva

Per gli iscritti AMI: € 50,00 + iva

MSD



## CRITERI DI BOSTON PER LA DIAGNOSI DI SCOMPENSO CARDIACO:

CATEGORIE CLINICHE	PUNTEGGIO
<b>CATEGORIA I: ANAMNESI</b>	
Dispnea a riposo	4 punti
Ortopnea	4 punti
Dispnea parossistica notturna	3 punti
Dispnea camminando in piano	2 punti
Dispnea camminando in salita	1 punto
<b>CATEGORIA II: ESAME OBIETTIVO</b>	
Frequenza cardiaca: 91-110	1 punto
Frequenza cardiaca > 110	2 punti
Aumento della pressione venosa giugulare > 6 cm	2 punti
Aumento della pressione venosa giugulare > 6 cm + epatomegalia o edemi agli arti inferiori	3 punti
Rantoli polmonari al 1/3 inferiore dei campi polmonari	1 punto
Rantoli polmonari oltre 1/3 inferiore dei campi polmonari	2 punti
Gemiti o sibili	3 punti
Terzo tono cardiaco (S3)	4 punti
<b>CATEGORIA III: RX TORACE</b>	
Edema polmonare alveolare	4 punti
Edema polmonare interstiziale	3 punti
Versamento pleurico bilaterale	3 punti
Indice cardiotoracico $\geq 0.50$	3 punti
Redistribuzione apicale del circolo polmonare	2 punti

N.B.: non sono concessi più di 4 punti per ciascuna categoria.

**DIAGNOSI:**

scompenso cardiaco definito = 8-12 punti;

scompenso cardiaco possibile = 5-7 punti;

scompenso cardiaco improbabile = &lt; 5 punti.

glicemici  $\geq 126$  mg/dl in due misurazioni successive in una settimana, oppure in trattamento con insulina o ipoglicemizzanti orali o con palese anamnesi personale di diabete mellito.

Il prelievo ematico venoso deve essere eseguito a digiuno da almeno 12 ore ed in laboratori di analisi sottoposti a controlli periodici di qualità.

**Pressione arteriosa:** la P.A. sistolica deve essere misurata due volte a distanza di qualche minuto, valutando la media dei due rilievi; la misura va eseguita sul braccio destro, in posizione seduta, rilassata da almeno cinque minuti con braccio posto a 45 gradi rispetto al torace e con bracciale all'altezza del cuore.

L'aria deve essere insufflata nel bracciale non oltre 20-30 mmHg oltre la scomparsa del polso radiale, facendo scendere la colonna di mercurio di 2 mmHg al secondo, con membrana fonendoscopica posta all'esterno del manicotto, registrando il primo e l'ultimo tono udibili.

E' da preferire lo sfigmomanometro a mercurio ai rilevatori anaeroidi.

La P.A. viene suddivisa in 4 classi:  $\leq 129$  mmHg; da 130-149

Valori di colesterolemia > 291 mg/dl (7.5 mmol/l), ma < 320 mg/dl.

Mentre la carta del rischio cardiovascolare esprime una percentuale di incidenza di patologie gravi (IMA o ictus cerebrali) in classi, il **punteggio individuale di Rischio Cardiovascolare**, disponibile sul sito Web del progetto **C U O R E** ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)) è applicabile in età compresa fra 35 e 69 anni, esprime **precisi valori individuali** di età, colesterolemia, pressione arteriosa e considera quali fattori di rischio **anche l'HDL colesterolemia e l'eventuale terapia farmacologica anti-ipertensiva**.

**Il punteggio programmato e scaricato sul sito, di certo più preciso rispetto alla carta di rischio, permette una definizione migliore, oltre alla possibile archiviazione dei valori ed al possibile controllo di essi nel tempo.**

La **bibliografia può essere richiesta alla redazione e-mail: [prevenendo@aslromab.it](mailto:prevenendo@aslromab.it)**.

La **stadiazione del livello di rischio cardiovascolare a 10 anni, viene espressa nei grafici annessi con scala cromatica ripartita percentualmente come segue nella tabella:**

COLORE	RISCHIO MCV	PERCENTUALE
Verde chiaro	I	< 5%
Verde scuro	II	5-10%
Giallo	III	10-15%
Arancio	IV	15-20%
Rosso	V	20-30%
Viola	VI	Oltre 30%

mmHg; da 150-169 mmHg; > 170 mmHg ma < 200 mmHg.

**Colesterolemia:** il prelievo ematico deve essere venoso, non capillare ed eseguito a digiuno da almeno 12 ore.

Vengono catalogati cinque gruppi seguenti:

Valori di colesterolemia  $\leq$  a 173 mg/dl (4.5 mmol/l), ma non < a 130 mg/dl

Valori di colesterolemia  $\geq 174$  e < di 212 mg/dl (da 4.5 a 5.5 mmol/l)

Valori di colesterolemia  $\geq 213$  e < 251 mg/dl (da 5.5 a 6.5 mmol/l)

Valori di colesterolemia  $\geq 251$  e < 290 mg/dl (da 6.5 a 7.5 mmol/l)

(Buco in bilancio. Da pag. 1)

Probabilmente tutti questo "disavanzo" serve a qualcuno che, in questo modo, può continuare a gestire dei soldi che provengono da voci di bilancio diverse ma finiscono sempre nella stessa tasca. Questa non è demagogia o politichetta, ma, il dubbio che, in un medio evo politico come questo, l'unico interesse che smuova le coscienze sia il denaro e che quest'ultimo finisca sempre nelle stesse tasche che probabilmente non sono del medico! In tasca di chi vanno? Basta fare pochi conti e pochi calcoli e lo scoprirete da soli!

Paolo Marotta

renti lo Scompenso Cardiaco Acuto, emanate l'anno scorso (20/04/2005) dalla Commissione della Società Europea di Cardiologia (SEC), approvate dalla Società Europea di Medicina Intensiva (ESICM) e da diverse altre organizzazioni scientifiche, sono indicate per l'appropriatezza dell'iter diagnostico-terapeutico.

L'invecchiamento progressivo della popolazione nei Paesi Occidentali e l'aumentata sopravvivenza, dopo un infarto miocardico acuto (IMA), hanno accentuato sensibilmente il numero di pazienti con cardiopatia ischemica cronica con concomitante aumento di ricoveri ospedalieri e di spesa sanitaria.

La coronaropatia rappresenta la causa di S.C. acuto nel 60-70% dei casi soprattutto in età adulta-senile; in età giovanile-adulta lo S.C. è dovuto di solito ad altre patologie: valvulopatie congenite, endomiocardite, cardiopatia dilatativa, cardiopatia ipertrofica, aritmie varie.

Nei Paesi Europei l'1-2% della spesa sanitaria è dovuta allo S.C., col 75% circa per pazienti ospedalizzati, a prognosi molto severa e letalità in caso di S.C. con IMA esteso del 30% nell'arco di un anno.

Allo scopo di valutare l'entità del danno miocardico, l'indice di letalità e la prognosi, è stata stilata la seguente **classificazione di Killip**:

**Classe I<sup>^</sup>:** assenza di segni clinici di scompenso cardiaco; assenza di stasi polmonare, di ipotensione arteriosa, prognosi favorevole; letalità del 5%.

**Classe II<sup>^</sup>:** presenza di segni clinici di scompenso cardiaco; modica stasi polmonare con rilievo di rantoli crepitanti medio-basali; comparsa di terzo tono cardiaco con "ritmo di galoppo"; ipertensione del piccolo circolo; prognosi favorevole.

**Classe III<sup>^</sup>:** presenza di scompenso cardiaco severo; edema polmonare acuto con rantoli nell'intero ambito toracico; grave insufficienza ventricolare sinistra; insufficienza valvolare mitralica; prognosi riservata.

**Classe IV<sup>^</sup>:** presenza di shock cardiogeno; calo pressorio arterioso  $\leq 90$  mmHg; vasocostrizione periferica (oliguria, cianosi); prognosi severa; letalità di circa l'80%.

**LA CLASSIFICAZIONE CLINICA ATTUALMENTE PIÙ SEGUITA È QUELLA NYHA (New York Heart Association) SUDDIVISA IN QUATTRO CLASSI.**

**CLASSE FUNZIONALE NYHA**

**I:** si basa sull'individuazione di pazienti asintomatici, affetti da **disfunzione diastolica di I° grado, in assenza di astenia, dispnea, cardiopalmo durante abituale attività fisica, in presenza di rilievi ecografici e/o radiografici di ipertrofia ventricolare sinistra e/o di ipertensione arteriosa con proteinuria e/o placche ateromasiche arteriose carotideo-cerebrali (TIA), oppure claudicatio intermittens, retinopatia ipertensiva, nefropatia ipertensiva o diabetica, soprattutto se presenti fattori di rischio.**

**I pazienti suddetti devono essere inviati d'urgenza a consulenza cardiologica per un tempestivo follow-up.**

L'etiopatogenesi polifattoriale della malattia cardiovascolare (MCV) ha indotto vari studiosi a redigere apposite **Carte di Rischio**, indicatrici di predizione morbosa, probabile in senso percentuale e temporale (**cardiopatia ischemica acuta, cardiopatia ischemica cronica, scompenso cardiaco, ictus cerebrali, TIA, morte improvvisa**).

La presente, recente **Carta di Rischio**, inviata a domicilio nel mese di aprile scorso, si fonda sulla disamina di 6 fattori preponderanti: **età, sesso, fumo, diabete mellito, pressione arteriosa, colesterolemia.**

La **carta del rischio è ritenuta valida in età compresa fra 40 e 69 anni in donne ed uomini senza eventi cardiovascolari pregressi; non è applicabile in corso di gravidanza né per valori di pressione arteriosa superiori a 200 mmHg o inferiori a 90 mmHg né per colesterolemia superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl.**

**Disamina dei fattori di rischio:** Età, valutabile in tre decenni: **40-49; 50-59; 60-69.**

**Sesso:** maschile e femminile.

**Fumo:** categoria di fumatori e non fumatori; è considerato fumatore chi fuma regolarmente tutti i giorni (anche una sola sigaretta), oppure ha smesso da meno di 12 mesi; si ritiene non fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da oltre 12 mesi.

**Diabete mellito:** viene considerato diabetico il paziente con **valori**

MONOBIOS



# LA PAGINA SINDACALE UNAMEF-CUMI

## IO LA PENSO COSÌ

Da diversi anni le tariffe relative ad alcune nostre attività professionali sono praticamente ferme. Prendiamo ad esempio le ADP, con 18,9 euro lorde ad accesso esse risultano il trionfo della concezione collettivistica-cubana della sanità. se a quella cifra togliamo un buon 40% di tasse più un euro di parcometro ci rimangono si e no 10,5 euro nette per una visita a domicilio. Quando il ministro Bersani con il suo decreto ha liberalizzato in senso pauperistico, ovvero verso il basso le tariffe relative alle parcelle dei professionisti si sarà senz'altro ispirato alle nostre ADP. Grazie per avere equiparato le nostre tariffe a quelle degli altri, i quali però sono sempre liberi di alzarle a loro piacimento, mentre noi rimaniamo sempre a euro 18,9. Dimenticavo, abbassiamo anche le tariffe di tutti quei consulenti esterni che sia a destra che a sinistra vengono usati in comuni, province, regioni e anche nel governo centrale, spesso per dire e fare cose scontate ma che si fanno pagare centinaia di migliaia se non milioni di euro. Ma il libero mercato esiste solo per loro?

Gaetano Mazzucconi

### COMUNICATO STAMPA CONGIUNTO UNAMEF-CUMI-AISS

IL SINDACATO DEI MEDICI ITALIANI (CUMIAISS-UNAMEF-SEM-API) SULLE TRATTATIVE DECENTRATE DELLA MEDICINA CONVENZIONATA:

SOLO CINQUE REGIONI SU VENTI HANNO CONCLUSO LE TRATTATIVE REGIONALI PER LA MEDICINA DI FAMIGLIA.

ANCORA PIÙ GRAVE LA SITUAZIONE PER LA GUARDIA MEDICA, LA PEDIATRIA, LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E IL 118

SECONDO LA CONVENZIONE GLI ACCORDI DOVEVANO ESSERE GIÀ CHIUSI NEL 2005, CHIEDIAMO CHE SI RISPETTINO LE REGOLE, ANCHE CON UN INTERVENTO DELLA SISAC CHE AVOCHI A SÈ LE TRATTATIVE

SALVO CALÌ, PER LA SEGRETERIA DEL SINDACATO DEI MEDICI ITALIANI: «I MEDICI IN QUESTI MESI HANNO PERSO PESO PROFESSIONALE ED ECONOMICO E I CITTADINI SI RITROVANO CON SERVIZI POCO EFFICIENTI. AUSPICHIAMO UN INTERVENTO FORTE DEL MINISTRO LIVIA TURCO, PERCHÉ IL POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE E DEL TERRITORIO PASSA SOPRATTUTTO DALLE TRATTATIVE NELLE REGIONI, MA SE QUESTE NON SI ATTIVANO, TUTTI GLI INVITI DEL MINISTERO DELLA SALUTE, PER UNA SANITÀ A MISURA DI PERSONA, CADRANNO NEL VUOTO»

La segreteria della costituente del Sindacato dei Medici Italiani (CumiAiss-Unamef-Sem-Api) denuncia il ritardo e l'andamento del tutto insoddisfacente delle trattative regionali per l'integrativo della convenzione nazionale unica per la medicina generale (ACN 2005), per la specialistica ambulatoriale e per la pediatria di libera scelta.

Pochi gli accordi firmati e, oltretutto, mai adeguati alla situazione. Poche sono state le Regioni che si sono presentate al tavolo con una visione strategica e con risorse da mettere in campo per raggiungere almeno alcuni limitati obiettivi di implementazione strutturale e funzionale della rete di cure primarie e del territorio.

Per il Sindacato dei Medici Italiani il disagio dei medici dell'area è ai livelli di guardia: «Ormai non si è più in condizione di reggere questa situazione - ha aggiunto Salvo Calì, a nome della segreteria - I medici perdono peso professionale ed economico e i cittadini si ritrovano

con servizi poco efficienti. Per questa ragione chiediamo al ministro Turco un impegno concreto, affinché il rilancio delle cure primarie e del territorio non sia solo uno slogan».

Il sindacato denuncia che la sofferenza dei medici del settore ha raggiunto livelli non più sopportabili per l'accumularsi di troppi errori nel corso di questi anni:

- 1) l'avvio stentato e problematico delle trattative regionali dopo il DPR 270-271-272/2000, da alcune regioni concluso solo nel 2004 e in tutte le regioni portate a termine con investimenti infinitamente inferiori all'impegno garantito nel corso della contrattazione nazionale;
- 2) la conclusione del tutto insoddisfacente sul piano economico dell'ACN 2005, che ha fatto perdere ai professionisti un intero anno di rivalutazione economica (il 2000), senza la progressione economica di un intero quadriennio (il cosiddetto montante salariale 2001-2005), avendo visto il riconoscimento solo dell'ISTAT programmato.
- 3) la perdita anche dell'ulteriore rivalutazione che il Governo ha invece riconosciuto al pubblico impiego e quindi ai colleghi della dipendenza nella seconda metà del 2005: lo 0,7% di adeguamento.

Le difficoltà che si incontrano nell'attuale tornata di trattative regionali insieme ai limitati o assenti investimenti che le Amministrazioni mettono a disposizione per il territorio e per le cure primarie prefigurano un vero e proprio strangolamento dell'area.

In questa situazione la SISAC, espressione diretta delle Regioni, sul tavolo nazionale rimanda alle trattative regionali per un congruo integrativo locale, capace di rilanciare le cure primarie e il territorio, mentre le Regioni, cioè la stessa figura istituzionale con giacca diversa, negano poi la disponibilità economica per chiudere contratti regionali adeguati. Questo gioco delle parti sta squalificando gli interlocutori istituzionali e pone un problema più generale dell'urgenza del riassetto delle cure primarie e di una diversa modalità di reperimento delle risorse contrattuali.

La segreteria della costituente del Sindacato dei Medici Italiani, per concludere, chiede che la Sisac intervenga e imponga alle Regioni impegni chiari e rapidi nell'interesse dei cittadini e del Ssn, avocando a sé le trattative laddove si protragano le inadempienze.

Roma, 18 luglio 2006

### DALLA SEZIONE DI NAPOLI

L'UNAMEF lavora incessantemente e continua a portare a casa risultati positivi. Ecco di seguito le più recenti vittorie:

1) Grazie alle vibranti proteste del nostro vertice sindacale nei confronti dell'Amministrazione dell'ASL NA1 (vedi nelle news dell'11/07/06), è stato finalmente sbloccato il pagamento della III trincea degli arretrati convenzionali, che saranno in pagamento il prossimo martedì 18/07/06.

2) L'ufficio legale dell'UNAMEF (guidato dall'Avv. Luca Tortora e dall'Avv. Giovanni Testa) ha vinto la causa (ex art. 700) avverso l'ASL NA3 per il preteso risarcimento di danni erariali avanzato nei confronti dei medici iperprescrittori.

Luigi De Lucia

Napoli, 20/7/2006

### COMUNICATO STAMPA

In data odierna, presso la sede del sindacato UNAMEF (Unione Nazionale dei Medici di Famiglia), alla presenza dell'On. Giuseppe Russo, Componente della V Commissione Sanità della Regione Campania (sono stati invitati tutti i Capi-gruppo Regionali, l'Assessore alla Sanità della Regione Campania, il Presidente della V Commissione Sanità, il Presidente della Provincia) si è svolta la conferenza stampa dal titolo:

"Riassetto delle cure Primarie: in bilico tra aumento della domanda di salute ed esigenze di contenimento della spesa."

Sono intervenuti il Segretario Nazionale Unamef DR. Giuseppe Tortora e il Segretario Organizzativo Dr. Saverio Annunziata e il Vice Segretario Regionale Dr. Luigi De Lucia.

Nel corso della conferenza sono state trattate le seguenti questioni:

Il Dr. Tortora ha individuato le carenze nella programmazione dell'assistenza sanitaria sul territorio da parte della Regione Campania sollecitando l'attivazione del tavolo di concertazione Regionale tra i diversi attori dell'assistenza sanitaria territoriale.

La regione Campania da troppi mesi ormai latita circa la concertazione con le OO.SS. delle mo-

dalità con le quali porre in essere la delibera Regionale 1843 del 2005 sui tagli all'assistenza sanitaria.

E solo attraverso la razionalizzazione dell'uso delle risorse sanitarie che si può perseguire il corretto contenimento della spesa.

Il Dr. Annunziata ha sottolineato che soltanto attraverso l'individuazione di percorsi assistenziali per patologie e per tipologie di pazienti, condivisi tra i vari Operatori Sanitari delle cure Primarie è possibile perseguire la appropriatezza nell'uso delle risorse Sanitarie, evitando il ricorso a tagli indiscriminati così come prevede la delibera succitata.

Sarebbe all'uopo auspicabile l'istituzione a livello delle Aziende sanitarie di un Dipartimento delle Cure Primarie dove avviene la reale programmazione delle attività Sanitarie sul territorio e l'integrazione tra le diverse figure professionali.

Il Dr. De Lucia ha illustrato lo stato della Trattativa dell'Accordo Regionale dei Medici di famiglia, ribadendo ancora una volta l'assenza di proposte concrete da parte della Regione.

La nostra O.S. ha chiesto più volte di definire con esattezza le risorse di cui dispone la Regione per la Medicina del territorio e soprattutto per l'organizzazione delle cure Primarie.

L'UNAMEF ha in animo di proporre alla Regione una nuova organizzazione per l'assistenza regionale, che implementi nuovi Istituti sul Territorio quali L'Ospedale di Comunità, nuove forme di associazione tra Medici, progetti e piani di salute coordinati, l'istituzione di un sistema che governi a livello regionale la rete informatica.

L'augurio è che la regione attivi quanto prima il Tavolo della Trattativa Regionale inserendolo in un quadro più generale coinvolgendo così tutte le figure del sistema Sanitario Regionale.

L'On. Giuseppe Russo dopo aver fatto un'ampia disamina della politica sanitaria a livello Nazionale e Regionale si è detto d'accordo con gli esponenti Sindacali in merito alle proposte da questi avanzate.

Si è fatto latore delle istanze proposte dall'UNAMEF presso le Istituzioni Regionali che governano la Sanità Campana.

VALPRESSION 160



Abbiamo siglato una convenzione con Club Medici.

In base a tale convenzione, gli iscritti UNAMEF, AMI, CUMI-AISS avranno un sostanzioso sconto sulle quote di iscrizione (da 70 a 5 Euro).

Ci sono opportunità interessanti: le polizze di responsabilità civile (per malpractice, tanto per capirci) partono, per un medico di famiglia da appena 109 Euro l'anno.

L'assicurazione infortuni parte da 180 Euro l'anno, ma ha una enorme sopravvalutazione dei danni che interessano gli organi più importanti per la nostra professione: la perdita di un pollice o di un dito indice arriva al 100%, la perdita di un occhio è valutata 50% (le tabelle più elevate arrivano in genere solo al 30%). E così via... Ci sono anche possibilità di prestiti o mutui a tassi convenienti.

Per informazioni e depliant, venite pure (o telefonate) alla nostra sede in Via Merulana 272. L'indirizzo del Club è Via G. Marchi 10 - Roma.

## Trattamento della tosse cronica associata a reflusso gastro-esofageo

Gli autori di questa revisione sistematica hanno passato in rassegna varie fonti (Cochrane, Medline, Embase, ecc.) alla ricerca di RCT in cui sia stata valutata l'efficacia della terapia del reflusso gastro-esofageo in soggetti con tosse cronica senza sottostante malattia polmonare.

La ricerca ha permesso di ritrovare 11 studi; di 5 di essi, in cui inibitori di pompa protonica (PPI) venivano paragonati con placebo, è stata fatta una meta-analisi.

La revisione conclude che il trattamento della tosse cronica associata a reflusso gastro-esofageo con PPI può essere utile in alcuni soggetti ma l'entità del beneficio è probabilmente minore di quanto generalmente si creda e di quanto lascino intendere le linee guida.

Ref:  
Chang AB et al. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux. *BMJ* 2006 Jan 7; 332:11-17.

Commento di Renato Rossi  
I pazienti affetti da tosse cronica spesso

costituiscono una sfida per il medico. Se una radiografia del torace esclude cause polmonari (e se il paziente non assume acinibitori) bisogna pensare essenzialmente a tre possibili cause: il post-nasal drip, l'asma o il reflusso gastro-esofageo. In effetti il reflusso gastro-esofageo è spesso associato a tosse cronica perché causa irritazione e infiammazione della laringe e della trachea e stimolazione vagale. Le linee guida raccomandano in questi casi un trattamento empirico con un PPI, che potrebbe essere visto anche come criterio ex-juvantibus. Tuttavia l'esperienza comune è che spesso occorrono molti mesi per vedere un miglioramento del sintomo, quando la terapia funziona. La revisione sistematica del BMJ conferma questa impressione: in media si ottiene un beneficio solo nel 20% dei pazienti e comunque l'entità del miglioramento non è eclatante. Una ulteriore complicazione è costituita dal fatto che il reflusso gastro-esofageo talora può causare anche una vera e propria asma, per cui può valere la pena di associare al PPI una terapia inalatoria con betastimolanti e steroidi.

## Novità dalla rete A cura di Navigator

### STROKE: AGGIORNAMENTI

Premessa fondamentale: i pazienti con stroke acuto vengono ricoverati soprattutto nelle Divisioni di Medicina interna. Si distingue uno stroke ischemico, uno emorragico, uno da emorragia subaracnoidea. Sono compromessi il sistema carotideo o quello vertebro-basilare. L'ipertensione arteriosa è il fattore di rischio prevalente. I TIA sono molto spesso i prodromi dello stroke.

Merito del Prof. Giuseppe DI LASCIO, Primario medico dell'Ospedale S. Camillo, che ha ora realizzato una pregevole messa a punto dell'argomento, è stato soprattutto quello di aver proposto un "Progetto Unità Stroke in UOC di Medicina interna". In questa pubblicazione Di Lascio ha dato il giusto valore alle linee-guida e ad alcuni elementi di rischio meno dibattuti quali la lipoproteina (a), gli anticorpi antifosfolipidi, la PCR, la componente genetica. È stata anche messa nella giusta evidenza la diagnostica e la terapia del paziente ospedalizzato, come pure la prevenzione secondaria.

(Di Lascio, Progetto Unità Stroke in UOC Med. Int., suppl. Ann. Osp. S. Camillo e Forlanini, Nuova Editrice Grafica).

### STADI DI LERICHE E NYHA

I 4 stadi di Leriche-Fontaine e la classificazione NYHA sono le tappe di evoluzione - fra le più consacrate dalla letteratura internazionale - rispettivamente delle ARTERIOPATIE STENOSANTI e dello SCOMPENSO CARDIACO.

Classificazione di Leriche: 1° stadio) non dolori, pur mancando già qualche polso arterioso periferico; 2° st.) claudicatio intermittens; 3° st.) dolori notturni a riposo = il pz. mette le gambe penzoloni fuori dal letto, per farli cessare: il raffreddamento dell'arto ne diminuisce il metabolismo, la posizione declive favorisce nei capillari la cessione di O<sub>2</sub> ai tessuti; 4° st.) gangrena.

Classi NYHA: dispnea dopo sforzi intensi, medi, leggeri rispettivamente nella 1° 2° e 3° classe; dispnea anche a riposo nella classe 4°.

### IMMUNOGLOBULINE IgA, QUESTE SCONOSCIUTE

Le immunoglobuline IgA,



prodotte dai linfociti B e dalle plasmacellule del sottopielio gastroenterico, sono presenti nel siero (il 20% delle Ig totali) e nelle secrezioni (saliva, latte, secrezioni nasali e tracheobronchiali, tubo gastroenterico, bile, urine) nelle quali sono la quota nettamente prevalente delle Ig totali.

IgA sieriche e IgA secretorie (IgAs) svolgono sulle superfici mucose una duplice, fondamentale azione: "esclusione immunologica" e "vernice antisettica e protettiva". Dalla loro carenza consegue una sintomatologia infettiva e/o immunoallergica.

Il deficit selettivo di IgA, asintomatico nel 50% dei casi, compare spesso in età adulta, specie dopo uso di fenilidantoina e penicillamina, o dopo infezioni da herpes simplex o da citomegalovirus. Sintomi: otiti, sinusiti, broncopolmoniti; gastroenteriti con dolore addominale e diarrea e sindrome da malassorbimento; rinite allergica (da IgE) con rino-rea; malattia da immunocomplessi o autoimmuni. Per la diagnosi, occorre il dosaggio delle IgA non solo nel siero, ma anche nelle secrezioni.

### IL FUMO NEL MICROCIRCOLO

L'effetto acuto del fumo di sigaretta sulla pressione arteriosa e sul circolo cutaneo è stato studiato dal Prof. Aldo DI CARLO, Primario dermatologo dell'Istituto S. Galliciano, e dal coll. F. Ippolito su 10 soggetti normotesi e su 10 ipertesi, invitati a fumare 4 sigarette nel tempo di due ore. La pressione omerale è stata valutata mediante "Ambulatori blood pressure", il circolo cutaneo mediante teletermografia con termostimolazione. Controlli in condizioni basali, dopo ogni

sigaretta e dopo 60' dall'ultima sigaretta.

Sono stati rilevati un significativo aumento della pressione sia sistolica che diastolica, con un incremento della massima maggiore negli ipertesi, nonché una caduta del gradiente termico più evidente negli ipertesi. Ai fini della prevenzione, le immagini termografiche di "amputazione termica" delle dita potrebbero essere efficacemente impiegate nelle campagne di informazione sulla lotta al fumo.

### MISCELLANEA

**ESERCIZIO FISICO ED ENCEFALO.** Uno studio su circa 2.300 ultrasessantacinquenni ha dimostrato come l'attività fisica (specie l'allenamento aerobico) induca nel cervello la sintesi del "brain derived neurotrophic factor", e stimoli la neurogenesi e la formazione di sinapsi: cioè migliora la memoria e la depressione. Nel contempo diminuisce il rischio di Alzheimer.

**SPONDILITE ANCHILOSANTE E INFLIXIMAB.** 279 pazienti con questa affezione sono stati trattati con infusione endovenosa di Infliximab, come terapia di mantenimento. Farmaco in genere ben tollerato. Solo il 9% ha interrotto la cura per eventi avversi: infezioni delle alte vie respiratorie, aumento delle transaminasi.

**LESIONI CEREBRALI A CASSINO.** Promosso da Tosinvest Sanità, S. Raffaele Cassino e S. Raffaele Pisana, si è svolto a Cassino un Congresso internazionale sulle gravi lesioni cerebrali acquisite: vi hanno partecipato noti specialisti italiani, europei e americani.

**MALATTIE DI PRATESI.** Per iperostomia arterioso-venulare della coscia, vi è claudicatio con dolore al polpaccio e al piede. Palpabili i polsi popliteo e tibiali. In clinostatismo, vene della coscia turgide con cute soprastante calda.

### 5 I DANNI CIRCOLATORI

**NEL DIABETE.** La circolazione nel diabete tipo 2 scompensato è alterata per motivi di contenente (macroangiopatia, microangiopatia, disfunzione endoteliale) e di contenuto: glicazione dell'emoglobina e dell'insulina. L'HbA<sub>1c</sub> irrigidisce le emazioni con danno al microcircolo, l'insulina glicata ha effetto flogistico e quindi pro-aterogeno.

## Si ripropone la scheda di iscrizione all'Associazione Medica Italiana

**L'A.M.I. dopo aver unificato in U.Na.Me.F. l'attività sindacale degli iscritti che sono a rapporto di lavoro subordinato (per es. Dirigenza Medica), o para subordinato (per es. Medicina del Territorio), rivendica il proprio ruolo autonomo di espressione di cultura medica intesa nell'occupazione più ampia del termine. Cultura e capacità di osservazione e critica autonoma della realtà in cui opera oggi il medico, quale che sia la sua qualifica.**

**L'iscrizione all'AMI è la partecipazione attiva alle sue iniziative ed alla redazione del Giornale è un atto di grande sensibilità professionale.**

CEFOTOXIMA CT

Scheda di iscrizione AMI



# SINTESI DEL VERBALE DEL CONGRESSO REGIONALE DEL LAZIO

tenuosi presso l'Hotel Villa Eur di Roma il 08/07/06

Il giorno 08/07/06 si è svolto il congresso regionale del Lazio di fusione della CUMI AISS con l'UNAMEF che verrà ratificato ufficialmente dopo il congresso nazionale di fusione che si terrà nel Novembre 2006. Si da inizio ai lavori alla presenza di Paolo (Marotta Presidente regionale Lazio C.U.M.I. - A.I.S.S.) in rappresentanza della CUMI AISS e di Daniele Zamperini (Presidente vicario UNAMEF) in rappresentanza dell'UNAMEF.

Partecipanti: delegati per un numero complessivo di 533 iscritti come certificati ufficialmente.

Viene eletto Presidente dell'Assemblea Paolo Marotta, viene eletto Segretario dell'Assemblea Daniele Zamperini. Relazione di Apertura effettuata dal dott. Paolo Marotta; relazione Politica effettuata dal dott. Beniamino Baldacci. Relazione Organizzativa effettuata dal

dott. Daniele Zamperini. Situazione: con la fusione aumenta del 30% il numero degli iscritti al nuovo soggetto sindacale e gli obiettivi sono la corretta distribuzione dei compiti e dei

carichi di lavoro e il raddoppio delle iscrizioni al terzo anno dalla data della fusione delle due sigle. Il dott. Fumi propone che il nuovo soggetto sindacale si chiami Fe.Na.M. per soddisfare le esigenze che

hanno alcuni con il nome Federazione e della Nazionalità di altri

La dott.ssa Perri: propone l'acronimo C.u.m.e.f. per mantenere parte degli acronimi di entrambe le sigle

Eletti alle cariche regionali:

**Presidente:** Floriana Riddei

**Vice Presidente:** Andrea Figà Talamanc

ca  
**Segretario:** Gian Marco Polselli  
**Vice Segretario:** Piero Petrini  
**Segretario organizzativo:** Cristina Patrizi

**Tesoriere:** Paolo Marotta

**Responsabile settore Medicina generale:** Daniele Zamperini

**Responsabile Assistenza Primaria:** Enzo Pirrotta

**Responsabile Continuità Assistenziale:** Perri Francesca

**Responsabile Medicina dei servizi:** Rocco Fulcinitti

**Responsabile settore Emergenza territoriale:** Manetti Rita

**Responsabile settore Dirigenza medica:** Medici Francesco

**Responsabile settore specialistica ambulatoriale:** Lionello Petruccioli

**Responsabili settore Pediatria di libera scelta:** Giovannelli Renzo, Paola Spanò, Giammaria Paola

**NOMINE AZIENDALI:**

**RMA:**

Segretario aziendale: Baldacci Beniamino

Responsabile Convenzionata: Giuseppe

Novembre

Responsabile Dirigenza: Santone Giancarlo

**RMB:**

Segretario aziendale: Filardo

Angelo

Responsabile Convenzionata: Enzo Pirrotta

Responsabile Dirigenza: Icone

Paolo

**RMC:**

Segretario aziendale: Spaziani

Alberto

Responsabile Convenzionata: Viotto Laura

**RMD:**

Segretario aziendale: Petruccioli Lionello

Responsabile Convenzionata: Porru Enrico

Responsabile Dirigenza: Petrini Pietro

**RME:**

Segretario aziendale: Del Vecchio

Responsabile Conv.: Mazzucconi Gaetano

Alberto

Continuità Assistenziale: Gilardi Enrica

Elena

Responsabile Dirigenza: Lucentini Luisa

**RMF:**

Segretario aziendale: Usai Tommaso

Responsabile Convenzionata: Generali

Piero

Continuità Assistenziale: Colonnelli

Responsabile Dirigenza: Salvetti Sandro

Pediatria: Spanò Paola

**RMH:**

Segretario aziendale: Perri Francesca

Responsabile Convenzionata: Fumi Stefano

Responsabile Dirigenza: Bocchi Giuseppe

Pediatria: Giovannelli Renzo

**Latina:**

Segretario aziendale: Martini Luigi

Responsabile Convenzionata:

Responsabile Dirigenza: Pricoco Giuseppe

Pediatria: Giammaria Paola

**Viterbo:**

Segretario aziendale: Ricchi Marco

Responsabile Dirigenza: Caimi Vittorio

**Frosinone:**

Segretario aziendale: Di Ruzza Vittorio

Responsabile Convenzionata: Arpino

Ferdinando



**Giuseppe Del Barone**  
Presidente Nazionale UNAMEF



**Salvo Cali'**  
Leader CUMI-AISS

## Il Garante per la Concorrenza bocchia l'innalzamento del rapporto ottimale. Gli accordi regionali tesi ad aumentare il rapporto ottimale non rispettano le regole della concorrenza

Una comunicazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ( Bollettino n° 26 del 17 luglio u.s. pag. 195 e 196), bocchia l'innalzamento del rapporto ottimale legiferato in Toscana.

Le critiche vertono soprattutto sul fatto che l'incremento del rapporto ottimale (stabilito a 1 medico ogni 1000 assistiti dall' ACN e portato a 1/1200 dalla Regione) limita l' accesso alla professione di medico di base, determina la riduzione del numero di medici di base attivi in un dato ambito territoriale e limita, quindi, la scelta del medico di base da parte dei cittadini. Tale limitazione, secondo il parere dell' Autorità, non risulta indispensabile alla realizzazione della finalità di creare la figura di medico di base a tempo pieno, da realizzarsi con altri mezzi.

Inoltre, sottolinea l'Autorità, l'esistenza di una concorrenza effettiva e potenziale tra medici di base, perseguibile mediante un numero più ampio possibile di sanitari disponibili ad acquisire assistiti, costituisce il più importante incentivo per la fornitura di una maggiore qualità del servizio pubblico sanitario.

La Regione aveva anche sospeso i bandi per le zone carenti negli ambiti territoriali con meno di 40.000 abitanti in presenza di un medico con meno di 300 pazienti e almeno altri due medici in grado di acquisire nuovi pazienti fino al numero massimo di 1.500 cittadini.

L' Autorità ha criticato anche questa disposizione in quanto in grado di ridurre ingiustificatamente il numero di medici di base convenzionati in un determinato ambito territoriale, costringendo i cittadini a rivolgersi a medici con un numero elevato di assistiti in luogo di medici con un numero minore di assistiti. Auspica quindi una modifica di tutte le disposizioni esaminate, onde consentire il più ampio accesso possibile alla libera professione di medico di medicina generale in Toscana e di garantire agli utenti del servizio sanitario nazionale un numero più ampio possibile di medici di base disponibili ad acquisire assistiti.

L'Autorità, sembrerebbe, non ha mai sentito parlare di "pletora medica" oppure ritiene che tale pletora vada risolta con ipotetici mezzi diversi. Mentre la "torta" del finanziamento del SSN viene sempre più ristretta, l' Autorità ne auspica la divisione in frazioni sempre più numerose e sempre minori.

Siamo sicuri che questa situazione di disagio e sofferenza economica dei Medici di Base porti ad un miglioramento di qualità assistenziale?

Guido Zamperini



AMI e UNAMEF augurano buone ferie a tutti i colleghi distrutti dal burn-out

### No SSRI e SNRI a bambini ed adolescenti

I medici non devono cedere alle pressioni dei familiari prescrivendo antidepressivi SSRI e SNRI a bambini e adolescenti, tranne che per le indicazioni espressamente approvate in tali fasce di età. Questi farmaci possono provocare un aumento di comportamenti aggressivi e di propensione suicidaria.

Il CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) dell'EMA ha convocato un gruppo di esperti ad hoc al fine di fornire un parere scientifico sulla sicurezza d'uso di questi farmaci. Sono stati rivalutati tutti i dati disponibili presso le autorità competenti in UE e i dati sottoposti dalle Aziende, comprese sperimentazioni cliniche delle

Aziende stesse, dati pubblicati nella letteratura medica e dati epidemiologici provenienti da studi osservazionali.

L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha così concluso la valutazione sull'utilizzo nei bambini e negli adolescenti degli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) e della serotonina-norepinefrina (SNRI), comprendendo i seguenti principi attivi: citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mianserina, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina e venlafaxina. E' stato concluso che il comportamento correlato al suicidio (tentativo di suicidio e ideazione suicidaria) e l'ostilità (compor-

tamento aggressivo, comportamento oppositivo e rabbia) sono stati osservati più frequentemente in bambini ed adolescenti trattati con tali antidepressivi, rispetto a quelli che avevano ricevuto il placebo. In nessuno degli studi clinici valutati dal CHMP ci sono state segnalazioni di morti per suicidio, tuttavia i bambini e gli adolescenti che assumevano SSRI a SNRI mostravano una maggiore propensione al comportamento e all'ideazione suicidari. Pertanto, tali medicinali non devono essere utilizzati nei bambini e negli adolescenti, tranne che per le indicazioni espressamente approvate in tali fasce di età. Fonte AIFAhttp://agenziafarmaco.it/documenti/ssris\_trad\_ps\_emea.pdf

### Collegi disponibili per sostituzioni e collaborazioni con medici di Medicina Generale:

#### Dr. Russillo Michelangelo

Laureato in medicina e chirurgia con 110 e lode  
Iscritto all'Albo dei medici Chirurghi della provincia di PZ il 15/3/2006  
Recapiti: 339-2816627—E mail: michelangelorussillo@libero.it

#### Dott.ssa Linda Cerbone

Laureata in medicina e Chirurgia il 25.10.2005 con 110 e lode  
Iscritta all' Ordine dei Medici Chirurghi dal 14.3.2006  
Recapiti: 339.7462214

#### Dott.ssa Emanuela Proietti

Laureata in medicina e Chirurgia il 31.3.2004 con 110/110 e lode;  
Abilitazione in data Luglio 2004;  
Iscritta all' Ordine dei medici dal Novembre 2004

## PRIVACY

## SCHEDA DI ISCRIZIONE