



ASSOCIAZIONE MEDICA

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

ANNO 16° - N.
NOVEMBRE 2006

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 00266/91 del 3/5/91

POSTE ITALIANE S.P.A.
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004) n° 46
Art. 1 Comma 1 - DCB Roma

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
00185 Roma - VIA MERULANA, 272
Tel. 06/474.63.44 - Fax. 06/487.10.92
E-mail: SIAMEG@tin.it

Nobel e IgNobel
Le due facce della
ricerca scientifica

A pag 4: i Nobel dall'
origine al 2006, e gli
sberleffi degli IgNobel

Novità dalla Rete
Quando Internet è
utile per informare
Pag 5, Navigator

**Certificati scolastici
per Educazione
Fisica. Attenzione
agli abusi!**
Suggerimenti e moduli
utili all' interno

**I misteri dell'
Appropriatezza
Prescrittiva. Tutti
ne parlano ma
nessuno sa cosa sia.**
Una disamina
approfondita.
Luigi Milani, pag 3

**Colpevole di fare il
mio mestiere?
Je m'accuse!**
Enzo Pirrotta a pag 7

**Ridimensionata
l' utilita' della
vaccinazione
antinfluenzale**
Particolari a Pag. 7

**Sindacato Medici Italiani
Esecutivo Nazionale**
Presidente:
Giuseppe Del Barone
Segretario Nazionale:
Salvo Cali'
Vicesegretari:
Francesco Medici
Giuseppe Tortora
Tesoriere:
Ernesto La Vecchia

Cambia la sanità, cambia il sindacalismo medico **E' nato S.M.I., Sindacato dei Medici Italiani** La fusione di UNAMEF-AMI, CUMIAISS, SEM, API dà origine al nuovo sindacato plurisettoriale, per una azione coordinata nella difesa del medico del SSN

Il risultato del cinquantanovesimo congresso della FIMMG a villa Simius ha dell'incredibile perché è servito a far rivivere la storia del colosso di Rodi, poderosissimo esteriormente ma con le basi di argilla. Il Mario Falconi onnipresente, star televisiva, dalle mille e una interviste, presidente all'Ordine di Roma, segretario del maggior sindacato medico, MAGNA PARS dell' ENPAM è scivola-

le, maggiori poteri al presidente, dimissioni del segretario che avrebbe dovuto essere novellamente eletto con l'esecutivo votato dal congresso. Tutto bene ma sarà sicuramente ciò mantenuto? E se anche lo fosse nel sindacato che rappresenta l'animo della medicina, il medico convenzionato di Medicina Generale, si è o non si è aperta una falla che non potrà non riversarsi su di una categoria che

nute, ho considerato che il patto per la salute, partiva con auspici incerti e con quelle differenziazioni regionali idonee a continuare solo a dare a chi ha già abbondantemente. Sono concetti antichi che mi lasciano dubbioso su quanto ci aspetterà, con una finanziaria nazionale già punitiva ed una finanziaria per gli enti locali che si prospetta super accessoriata, con il sud dimenticato (posso far presente che i tori-



Giuseppe Tortora, Vice Segretario Nazionale SMI

medici italiani una forza promompente e, principalmente libera, idonea, senza legami politici o di qualsiasi altra natura a dare ai medici italiani sicu-

**La storia infinita
dei conguagli nel
Lazio**
Restituire il dovuto,
ma fare i conti con
correttezza!

Da non molto tempo tutti i medici convenzionati del Lazio hanno avuto l'amara sorpresa di ricevere dalle Autorità Regionali una lettera (con allegato il solito CD) contenente il ricalcolo delle spettanze dovute nel periodo 2000-2003 e la richiesta di conguaglio passivo (i conguagli attivi devono essere rarissimi, perché nemmeno uno è giunto a nostra conoscenza). Le cifre sono solitamente alte, talvolta sproporzionate all'effettivo carico di assistiti del medico. Molti medici hanno rilevato errori importanti, e soprattutto colpisce il fatto che i tabulati riportino sempre e solo quote in negativo (cioè da versare da parte del medico) e nemmeno una quota in positivo. Possibile che la Regione abbia sbagliato sempre ed esclusivamente a suo danno, e non abbia mai sbagliato a danno del medico?

Benché le tabelle accluse sembrino più complete e semplici rispetto a quelle degli anni scorsi, possono nascondere invece diverse insidie. In modo particolare appare molto difficile stabilire se le quote richieste siano state o no effettivamente pagate al medico nel periodo incriminato. Abbiamo trovato infatti errori molto significativi, per cui consigliamo i colleghi ad effettuare un minuzioso controllo analitico basato sul confronto dei tabulati mensili recapitati in quel periodo. Abbiamo già effettuato diverse riunioni sull'argomento; all'inizio dell'anno nuovo tireremo le fila e decideremo la nostra linea di azione.

E' indubbio che pagamenti ricevuti indebitamente debbano essere restituiti, ma non un centesimo più del dovuto! Non pagheremo morti "resuscitati" né trasferiti passati per morti; vogliamo il recupero della continuità assistenziale agli extracomunitari, e un tabulato che riporti nominativamente quali sono state le quote effettivamente pagate mese per mese, perché ad alcuni colleghi vengono richieste indietro quote che in realtà non hanno mai percepito. Ne riparleremo più dettagliatamente.

A pag 1' avv. Lucia Gulino



to su di una buccia di banana - Giacomo Melillo - che lui, Mario Falconi, aveva voluto suo vice segretario vicario, forse per stima, molto forse per affetto e sicuramente per non averlo riconosciuto doti tali da poter far ipotizzare in questa sbiadita figura l'avversario di domani. Però, ah! quanto è vero che il diavolo fa le pentole e non i coperchi, alla conta dei voti, in uno dei punti più classici che avallano il detto che la matematica non è un'opinione Giacomo Melillo 2108 voti - Mario Falconi 1790.

I maligni, e non solo quelli, affermano che il giorno prima del voto, nell'incertezza del risultato (gli ambulatori sussurravano che chiunque avesse vinto difficilmente il trionfatore avrebbe avuto più del 52% e la previsione è stata sonoramente battuta da quel 58% ad uno e dal 42% all'altro) due si sarebbero messi d'accordo assicurando un nuovo congresso straordinario entro apri-

risente, e lo dice proprio Melillo, una diffusa condizione di disagio con susseguente emarginazione della medicina di famiglia?

E nel momento in cui il governo infierisce sul ceto medio e sui professionisti questo prevenibile calo di tensione fino a che punto sarà pagato dai sanitari di famiglia?

Ho rabbrivito leggendo che quella fiducia sempre dimostrata a questa categoria dai cittadini era calata e che i nostri datori di lavoro, i pazienti, preferivano affidarsi alle notizie di stampa sulla tutela della loro salute anziché al consiglio del proprio medico, ho sorriso tristemente quando i rappresentanti dei farmacisti, degli analisti, dei convenzionati esterni, delle cliniche private ed altri a Napoli hanno ridotto le loro assemblee, accettando una quasi elemosina, ad una passerella per l'assessore della sanità regionale campana, cultore di debiti e di parole non mante-

nesi Melillo per la FIMMG, Bianco per la FNOM, il bolognese Zucchelli, la cueneense Turco per il governo non fanno ben sperare, noi uomini del sud, per le nostre attese? e gli ordini in pericolo. Mi permetto ricordare che per questi ultimi bisognerà cambiare la legge, dovranno essere mutate le modalità di votazione, bisognerà tutelare la formazione, valutare l'appropriatezza in sanità, rispettare il codice deontologico, evitare che la quizzologia la faccia da padrona per consentire ai giovani la scelta della professione che gradiscono e tant'altro detto più volte e più volte non ascoltato. Ma, e questa deve essere la vera grande battaglia, gli ordini dovranno essere difesi da un'idra fosca che, lavorando nell'ombra, li vorrebbe eliminati.

Ed è forse per questo che lanciando il mio vecchio, giovane cuore al di là dell'ostacolo vedo nello SMI, sindacato dei

rezza di battaglie, quando necessarie, e certezza di avvenire, ovviamente non plumbeo, come l'attuale.



On. Dr. Giuseppe Del Barone
Neo-Presidente SMI



Floriana Riddei e Salvo Cali'
al tavolo della Presidenza

ALTA CLOR

CLASSE A

750 mg - compresse a rilascio modificato - 6 compresse

J01DA08 cefaclor



EUTANASIA: Il problema rimane

Non è stato sciolto il nodo etico riguardante la morte assistita

A leggere quanto riportato dai giornali in Italia ci sarebbe circa un cittadino ogni ventimila abitanti in condizioni estreme, o almeno tali da muovere l'interesse del presidente della repubblica e dei media verso l'antico e spinoso tema dell'Eutanasia. I contrastanti atteggiamenti personali molto dipendono dalla storia e dall'educazione di ognuno di noi. Lo sa bene chi ha avuto, o ha tuttavia, l'esperienza di vivere accanto a persone in coma prolungato, in coma vigile o in qualsivoglia situazione estrema di patologia quale quella del poveruomo che può solo esprimersi con l'ausilio di uno strumento vocale avveniristico e che sta occupando grandi spazi di cronaca e televisione. Da uomo malato, pur se accudito e trattato con ogni mezzo attualmente disponibile, vive solo e disperato nella consapevolezza della ineluttabile progressione del male fino all'esito e chiede la fine prematura della propria vita. Già, la propria vita. È sua e ha diritto di farne ciò che vuole? Ha il diritto di farne ciò che vuole? Ha la propria vita, ma non può disporre a piacimento. Sarà una legge, magari un decreto legge a dargli l'opportunità di togliersi la vita? O meglio sarà la legge a tutelare la disponibilità assoluta di ognuno di noi a scegliere la data del termine della propria vita? Diritto al suicidio e, nell'impossibilità parziale, diritto al suicidio assistito e,

nell'impossibilità totale, diritto all'esecuzione da parte di terzi. È tutto semplice e lineare. Dal suicidio visto come estremo gesto, espressione di patologia psichiatrica male curata o misconosciuta, al concetto di autogestione di sé, di libertà estrema nella disponibilità della propria vita, beh ce ne corre! Sarà un dibattito parlamentare a dirimere tale delicatissima e tanto personale questione? Come potrà un popolo, ben rappresentato da Cesare Beccaria, che non permette la pena capitale neanche per i peggiori criminali pur dopo un equo e giusto processo, ammettere invece l'omicidio di Stato per i rei di patologie disgraziatamente gravi ed incurabili? Il tema scuote coscienze e divide gli animi. Ogni singolo caso ha una propria storia, una propria estrinsecazione: la storia di una umanità sofferente e disperata. La medicina, i medici riconoscano i propri limiti e, quando non sanno guarire uccidano, uccidano pure, ma dolcemente. La peggior prospettiva del dibattito sull'eutanasia è purtroppo la facile strumentalizzazione politica del grande tema e la facile demagogia ad esso connessa. Che il presidente della repubblica, nel bel mezzo di grandi criticità economiche e politiche del Paese, di cittadini alle prese con sempre maggiori balzelli e rogne burocratiche e fiscali, sanità giustizia istruzione trasporti e persino il calcio

nella bufera, se ne esca buttando là un tema sì di grande rilevanza etico filosofica, ma di ben piccola portata sociale, data la sua nota estrazione politica e culturale, rende un po' perplessi. La questione inoltre fa scoprire un atteggiamento molto più grave da parte del nostro ministro della Salute. Fin qui siamo stati a guardare con rammarico e costernazione talune decisioni della signora Turco, in particolare la scelta della signora Cossutta per la revisione di regole plebiscitariamente sostenute dal popolo italiano con un referendum. Scelta di parte, faziosa ed in aperto contrasto con l'accettazione del volere espresso dal popolo. Ora la stessa signora Turco si augura che il dibattito sull'eutanasia non porti ad un altro referendum. Si dimetta la signora Turco dalla carica di ministro della repubblica visto che palesemente è in contrasto con il più democratico istituto costituzionale, il referendum, che permette ai cittadini di decidere direttamente e liberamente su questioni basilari del vivere comune. Si sappia che oligarchie faziose ed autoreferenziali simili a dittature fasciste o proletarie o quant'altro sono fuori moda da un pezzo, almeno in Italia. Scusate l'excursus vorremmo solo esprimere sull'Eutanasia un altro pensiero che nasce da un motto del tutto condivisibile: Nessuno Tocchi Caino; Nessuno Uccida Coscioni. *Beniamino Baldacci*

IL CREPUSCOLO DEGLI DEI - ATTO I

Giacomo Milillo nuovo segretario FIMMG. Ma presto si voterà ancora.

Dopo oltre dieci anni al vertice del Sindacato più rappresentativo dei Medici di Medicina Generale, Mario Falconi non è più il Segretario Nazionale della FIMMG. Al congresso tenutosi a Villasimius, in Sardegna, tra polemiche e tensioni, la squadra guidata da Giacomo Milillo ha raccolto il 54% dei consensi dei delegati intervenuti, decretando per il contendente una sconfitta netta nella forma e nella sostanza. Nel documento con cui ha presentato la sua candidatura, Milillo stesso, vice-segretario uscente, affermava come non fosse più sostenibile una leadership ormai autoreferenziale, di grandi capacità organizzative e comunicative ma monocratica, ed oltretutto sbilanciata in sortite avventate nel mondo politico che, non concertate con i Professionisti rappresentati, non potevano che essere dagli stessi sonoramente sconfessate. Il nuovo bilanciamento dei rapporti tra Segretario Nazionale e Presidente, nonché l'elezione diretta dei membri dell'Esecutivo da parte dell'Assemblea Nazionale saranno oggetto del Congresso straordinario che, secondo un accordo sottoscritto prima del voto dai due contendenti, verrà convocato all'uopo entro la prossima primavera.

L'auspicio leale è che in un momento difficile come questo per la Medicina italiana, la FIMMG sappia tornare a valorizzare pienamente tutte le sue potenzialità: ne avremo bisogno, quando saremo fianco a fianco nelle dure battaglie che ci attendono per la giusta tutela e valorizzazione di tutti i Medici italiani.

E. Porru

E' possibile la prevenzione secondaria della nefrolitiasi? E come?

Misure di carattere generale e misure specifiche possono prevenire le recidive di calcolosi renale.

La calcolosi renale è una patologia che ha una tendenza elevata a recidivare. Per la prevenzione secondaria si possono adottare sia misure di carattere generale che misure specifiche.

Misure di carattere generale

Un elevato introito di acqua (in modo da portare ad una diuresi di circa 2 litri/24 ore) è in grado di ridurre il rischio di recidive, come ha dimostrato una revisione sistematica. Anche la dieta (poca sale, poca carne, introito moderato di calcio) può essere utile. L'obesità è un fattore di rischio per nefrolitiasi, quindi la perdita di peso, in caso di sovrappeso/obesità, dovrebbe essere consigliata.

Calcoli di ossalato di calcio

Se vi è ipercalcemia (escrezione urinaria di calcio > 250 mg/24 ore), una volta escluso un iperparatiroidismo primario, il trattamento preventivo può giovare di diuretici tiazidici e di potassio citrato e sodio citrato che aumentano il pH urinario e possono essere utili nel ridurre il rischio di recidive.

Se vi è iperossaluria (escrezione urinaria > 45 mg/24 ore) può essere utile aumentare l'introito alimentare di calcio (nell'intestino il calcio lega l'ossalato e ne riduce l'assorbimento) e ridurre i cibi contenenti ossalato (spinaci, cioccolato, the, fragole, soia, nocciole, cavoli, pomodori, piselli, rabarbaro, asparagi, aranciati, limonata, coca-cola, pompelmo).

Se vi è iperuricosuria (escrezione urinaria > 800 mg/24 ore) si consiglia potassio citrato e allopurinolo.

Se c'è ipocitraturia (escrezione urinaria <

450 mg/24 ore) si può usare il potassio citrato.

In alcuni casi non si evidenzia alcuna anomalia associata: la sola prevenzione possibile è l'aumento del pH delle urine con potassio citrato o con sodio citrato.

Calcoli di fosfato di calcio

Di solito sono dovuti ad una acidosi tubulare renale che comporta ipercalcemia e ipocitraturia. La cura consiste soprattutto nell'evitare un'eccessiva alcalinizzazione delle urine e, se vi è importante ipercalcemia, nell'uso di un tiazidico.

Calcoli di acido urico

La precipitazione dell'acido urico si verifica per pH urinari < 5,5. In genere nelle urine si ritrova iperuricosuria mentre più rara è la normouricosuria. Il trattamento preventivo si basa sull'uso di potassio citrato in modo da riportare il pH urinario a valori > 5,5 e, se vi è iperuricemia o gotta, si associa allopurinolo.

Calcoli di cistina

Vi è una patologia autosomica recessiva omozigote che porta ad un ridotto riassorbimento renale di cistina. Una escrezione urinaria > 250 mg/24 ore permette la diagnosi. La terapia si basa sull'idratazione e sull'alcalinizzazione delle urine con potassio citrato. In caso di recidive nonostante queste misure si usano i leganti la cistina (penicillamina, tiopronina) che però sono gravati da notevoli effetti avversi (gastrointestinali, cutanei, reumatici, ecc.).

Renato Rossi

Bibliografia

1. Cochrane Database Syst Rev 2006. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004292.html>. Accesso del 12 settembre 2006.
2. N Engl J Med 2002;346:77-84.
3. Am Fam Phys. 2006 Jul 1; 74:86-94.

Il medico saggio deve essere esperto tanto per prescrivere un rimedio quanto per non prescrivere nulla (Baltasar Gracià)

CEFIXORAL®

J01DA23

cefixima

CEFIXORAL®

Depositato presso il Min. Sal. in data 2/11/01



Menarini, salute senza confini

MACLADIN®

J01FA09

Claritromicina

Depositata al Ministero della Sanità in data 5/12/2000



Menarini, salute senza confini

Appropriatezza prescrittiva: l'Araba Fenice. Vogliamo capirci qualcosa? Di Luigi Milani

Negli ultimi tempi i medici (ed in particolare quelli di medicina generale) hanno dovuto fare i conti con questo nuovo termine, sulla base del quale alcuni di loro sono stati addirittura denunciati a piede libero dai carabinieri del Nas, chiamati dalle ASL specie del nord Italia, e alcuni di loro hanno avuto delle trattative per l'importo di prescrizioni definite improprie.

Proviamo, allora, ad approfondire il significato e le conseguenze di questo termine, dato che ad esso si ispireranno gli interventi di politica sanitaria regionale o aziendale, attraverso la normativa, la sua definizione, l'etica professionale ed infine attraverso una proposta operativa.

1. Il quadro normativo di riferimento
2. La definizione
3. L'etica professionale
4. una proposta operativa

1. Il quadro normativo di riferimento

L'Accordo Collettivo Nazionale introduce il concetto di appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse nell'art. 27, che afferma:

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

a. ...;

b. assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;

c. ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;

d. operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della Sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure e i principi di cui ai successivi commi.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal

responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda

6. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;

b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

A livello regionale, per esempio nell'Accordo Integrativo della Regione Lazio, all' Art. 16 (AIR) PERSEGUIMENTO DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA, si afferma che ... "L' Accordo Collettivo Nazionale (ACN) attribuisce al MMG il compito di assicurare, unitamente alle altre figure professionali operanti nel S.S.N. con pari responsabilità, l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse per l' erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Lo stesso ACN, inoltre, ricorda come il MMG concorra alla ricerca della sistematica riduzione degli sprechi nell' uso delle risorse, operando sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili."

La promozione e il perseguimento dell'appropriatezza e dell' efficacia degli interventi rappresentano uno strumento di equità, determinando una riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza, nonché di efficienza operativa ed allocativa, consentendo un migliore utilizzo delle risorse. Si afferma che: "La Regione Lazio e i MMG considerano di particolare rilevanza:

- individuare strategie regionali volte al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi assistenziali e alla loro sostenibilità economica;

- avviare un sistema di monitoraggio e valutazione centrale dell'assistenza erogata, focalizzando l'attenzione su tematiche chiave di rilevanza regionale, a partire dall'assistenza farmaceutica;

- rendicontare e valutare l'impatto di interventi ed iniziative intrapresi a livello locale per il perseguimento dell'appropriatezza, anche in relazione alla loro coerenza con specifici obiettivi regionali.

... Particolare impegno verrà finalizzato all'individuazione di ambiti prescrittivi a possibile rischio di inapproprietezza - al fine di attivare specifici interventi di sensibilizzazione per una buona pratica clinica - sulla base di criteri e modalità pre-

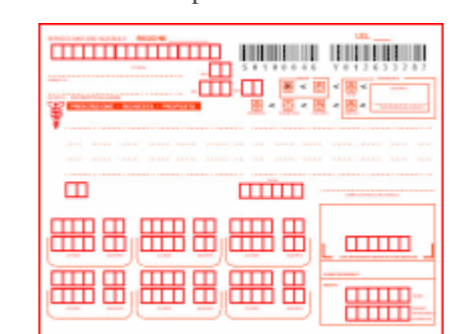
viamente definiti, tra i quali:

- documentata inapproprietezza d'uso di specifiche prestazioni e farmaci (documenti di EBM, pubblicazioni ed esperienze locali relativi a specifici ambiti assistenziali; selezione di riviste, siti e centri di riferimento da consultare periodicamente; rapporti di Agenzie interregionali, nazionali e regionali; segnalazioni da parte dei professionisti);

- situazioni di grave squilibrio tra domanda e offerta, anche individuate attraverso: la presenza di lunghi tempi di attesa; la valutazione dell'adeguatezza nella gestione delle risorse umane e materiali destinate all' assistenza territoriale; l'analisi delle segnalazioni provenienti da professionisti, pazienti e associazioni dei cittadini (reclami e documenti vari); rapporti; indagini, ecc;

- valutazioni specifiche sulla base dei flussi informativi disponibili e di indagini ad hoc (variabilità significativa nell'uso di prestazioni e farmaci tra prescrittori e tra utilizzatori; utilizzo di prestazioni diagnostiche e farmaceutiche non coerenti con la gradualità di impiego che dovrebbe accompagnare il quadro clinico ed il sospetto clinico, ecc.);

- confronti con altre regioni per specifiche aree prestazionali attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi correnti, con particolare riferimento a quelli dell'assistenza specialistica ambulatoria-



le e della assistenza farmaceutica;

- trend di netto aumento del consumo di specifiche prestazioni e farmaci, non giustificato dal punto di vista epidemiologico o dall'innovazione scientifica;

- analisi su aree prestazionali ad elevato costo, nell'ambito dell'intero Servizio Sanitario Regionale.

Lo stesso accordo regionale, nell'articolo 18 (ORGANISMI PER IL MONITORAGGIO E PER LE INIZIATIVE di PROMOZIONE dell' APPROPRIATEZZA) istituisce le Commissioni, regionale e distrettuale, per l'appropriatezza.

Sofferamiamoci, in particolare su quella distrettuale.

"La DGR 1156/02 ha previsto l'istituzione, in ogni Distretto, delle Commissioni per l'appropriatezza, presiedute dal Direttore di Distretto, con la partecipazione dei MMG, dei rappresentanti medici delle strutture ospedaliere, degli specialisti ambulatoriali e dei farmacisti aziendali. Si tratta di un organismo multidisciplinare e multiprofessionale, di natura distrettuale, finalizzato a leggere e interpretare le dinamiche dell' utilizzo delle prestazioni sanitarie da parte dei residenti nel territorio di riferimento e a promuovere iniziative di sensibilizzazione, formazione, indirizzo e supporto per il conseguimento di comportamenti appropriati di natura clinica ed organizzativa, con particolare riferimento all'ambito prescrittivo.

Queste commissioni:

- effettuano il monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti adottati a livello aziendale per il perseguimento dell'appropriatezza assistenziale;

- individuano criticità relative a specifiche tematiche o ambiti assistenziali inviando all' Osservatorio le relative segnalazioni;

- analizzano, sulla base delle indicazioni fornite dall' Osservatorio per la appropriatezza, i dati che la Regione invia periodicamente al Servizio farmaceutico aziendale;

- promuovono iniziative di confronto tra i professionisti sulla base della lettura locale dei dati, dei programmi regionali/ aziendali, di specifiche criticità;

- collaborano alle iniziative regionali/ aziendali in materia di appropriatezza, costituendo organismo di supporto e riferimento costante per i professionisti a livello distrettuale;

- propongono alle Direzioni Generali delle Aziende competenti l'adozione di provvedimenti nei confronti dei singoli prescrittori, riguardo all'inosservanza di direttive in tema di appropriatezza e verificano i provvedimenti adottati.

La ASL Roma E è stata una delle prime nel Lazio ad attivare le Commissioni di Appropriatezza, secondo i compiti del nuovo AIR; dal verbale della prima riunione delle commissioni appropriatezza (CCAA) tenuta il 22-05-06: "... il Direttore Sanitario dott. Goletti ... auspica una filosofia non punitiva del lavoro, ma di indirizzo, fatte salve le situazioni che andranno valutate caso per caso."

L'assessorato regionale, già in precedenza nel novembre 2005, aveva "individuato nella spesa farmaceutica uno dei primi nodi da sciogliere e proponeva l'avvio sperimentale di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni con "l'attribuzione ad ogni medico, operatore del SSR" di un indice al quale i mmg dovevano uniformarsi. Nella lettera del 23-11-05, inviata ai mmg dall'assessorato regionale alla Salute a firma anche del direttore generale della ASL RM-E, si ricorda lo sfondamento del tetto regionale del 13% per la spesa farmaceutica e si attribuisce ad ogni medico in questa prima fase un "indice di appropriatezza" al fine di "garantire ai cittadini i farmaci più appropriati in un quadro di compatibilità finanziaria".

Tale indice "non è altro che il calcolo ottenuto con l'utilizzo di indicatori di pesatura della spesa farmaceutica attribuibile a ciascuno dei prescrittori in relazione al numero e alla tipologia degli assistiti alla data del 15 giugno 2005".

"Abbiamo voluto iniziare con i mmg che troppo spesso sono stati lasciati soli nei loro studi, e che invece debbono potere - al pari degli altri operatori- 'entrare nel sistema' da protagonisti".

Quindi, a loro stesso dire, questo benedetto indice di appropriatezza altro non è che un tetto di sola e brutale spesa farmaceutica.

"Il nuovo sistema di erogazione delle prestazioni farmaceutiche coinvolgerà, con specifiche misure, l'intera rete dei servizi territoriali, specialistici ed ospedalieri".

2. La definizione di appropriatezza

a) nel BIF (Bollettino d'informazione sui farmaci anno XII N.4 2005, bimestrale ufficiale dell'AIFA e del Ministero della Salute) si precisa che "non esiste una definizione precisa" di appropriatezza.

Addrittura nella maggior parte dei dizionari non si trova il termine; bisogna andare a cercare l'aggettivo "appropriato", che è sinonimo di "adatto, conveniente, giusto, calzante, opportuno": tutti aggettivi qualificativi che sottolineano il carattere relazionale del termine (appropriato rispetto a qualcos'altro) ma non lo definiscono in sé.

Nel Glossario del programma nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di

Sanità (ISS) sono distinte l'appropriatezza clinica e quella organizzativa. E viene sottolineato che "per quanto riguarda i farmaci, il termine è spesso associato alla prescrizione e si riferisce al corretto utilizzo del medicinale, ma anche in questo caso è un concetto difficile da valutare e quantificare".

Si afferma che gli elementi che influenzano l'appropriatezza d'uso di un farmaco sono: la correttezza della diagnosi, ... la sua indicazione (quella per cui è stata dimostrata l'efficacia clinica),... la dose, la via di somministrazione, la durata della terapia e una revisione periodica del trattamento, le controindicazioni e le possibili interazioni."

Non viene citata l'attenzione, da parte del prescrittore, alla variabile spesa!

L'idea di appropriatezza in sanità è nata da un editoriale del British Medical Journal (1994; 308: 218-19) dal titolo "Appropriateness: the next frontier", che la voleva proporre per orientare le scelte di amministratori e clinici. Da allora, in poco tempo, è divenuta una specie di parola d'ordine per gli amministratori che volevano risolvere la crescente crisi finanziaria della sanità.

Anche nella cosiddetta "Carta di Portonovo", una dichiarazione programmatica della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (ex VRQ) che nel 2004 ha elencato i dodici principi per il miglioramento della sanità, compaiono i concetti di appropriatezza ed efficacia.

Vengono definiti, al sesto posto del decalogo, come mezzi necessari per "realizzare interventi basati su prove di efficacia e secondo criteri di appropriatezza. Riferire ogni azione clinica e organizzativa ai dati e al metodo scientifico". Tale definizione appare a noi tautologica e indefinita.

b) In realtà, la migliore definizione finora data sembra essere la seguente: L'appropriatezza è la cosa giusta, al soggetto giusto, nel momento giusto, da parte dell' operatore giusto, nella struttura giusta.

In altri termini un intervento sanitario è appropriato quando, a parità di "resa" clinica (efficacia), è in grado di ottimizzare l'impiego delle risorse (efficienza); quindi, una prestazione è appropriata se viene erogata all'utente giusto, nel momento giusto, nella giusta quantità e prevedendo tanto il sotto-utilizzo quanto il sovra-utilizzo di strutture e servizi.

E' certamente una dimensione complessa e il ridurla alla sola dimensione economica sembra troppo riduttivo e semplicistico, perché non si contempla la necessità di doverla valutare caso per caso, individualmente.

L'assessore alla Salute della regione Lazio, recentemente, ha richiesto "...un aggiornamento sulle attività di monitoraggio svolte dalle CCAA (commissioni appropriatezza) aziendali, anche in relazione agli indici di appropriatezza, e, in particolare, chiede una puntuale e urgente relazione in merito ai provvedimenti (previsti dalla normativa vigente: segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale, richiesta di rimborso al medico, sanzioni, etc.) eventualmente intrapresi nei confronti dei medici per i quali si siano riscontrate disappropriatezze che abbiano generato una spesa pro capite con alti scostamenti rispetto agli indici di appropriatezza regionali". Tale attività, richiesta ai Direttori Generali e ai servizi farmaceutici,

(continua a pag. 5)

Nebulcort
Aircort
Peridon

ITALCHIMICI S.p.A.
Da 1957 al servizio della Classe Medica e del progresso Scientifico e Terapeutico

La pagina culturale S.I.A.M.E.G - COORDINATORE F. SCIARRA I Premi Nobel per la Medicina



Proseguono nella sede SIAMEG gli incontri serali del giovedì, accreditati ECM, già programmati fino a gennaio prossimo ma che proseguiranno nel 2007 secondo un calendario che verrà comunicato.

Il nostro oneroso lavoro sarà condotto con impegno ed entusiasmo abituali in un clima di disponibilità ed autonomia, indipendentemente dalle imposizioni legislative farraginose, confusionarie, iperburocratiche.

Noi procediamo con soluzioni semplici, aggiornate, di solito ben accette dai nostri iscritti.

Corsi, conferenze, congressi sono scelti su patologie di vasto interesse sociosanitario e sono condotti da docenti di comprovata disponibilità umana e scientifica. L'intrusione politica in medicina è stata indubbiamente negativa ed inadeguata rispetto alle aspettative mediche.

Nel nostro assetto cromosomico è impresso il DNA della libera iniziativa, dell'autonomia decisionale e del contatto e rispetto umano.

Quasimodo sosteneva che più la medicina diviene pubblica, più l'opera ordinata del medico diviene carente e, similmente, la sapienza creativa e l'umana ispira-

zione. **Claude Bernard** asseriva che "scoprire" è vedere quello che tutti vedono, ma pensare ciò che nessuno pensa.

Leonardo da Vinci sosteneva che la "natura" è piena di "infinite ragioni che non furono mai in esperienza".

Ogni anno, per fortuna, nei primi giorni di ottobre, una "ragione" diviene esperienza, ed è premiata con la massima onorificenza, rappresentata dal **Premio Nobel** per la Medicina, attualmente conferita dal Karolinska Institute di Stoccolma a due studiosi americani: **Andrew Fire** e **Craig Mello** per studi eseguiti su frammenti di RNA a doppio filamento in grado di interferire (RNA interferenza o complementare) e spegnere (fenomeno dello spegnimento o silenziamento) attività geniche, similmente alla funzione di un interruttore elettrico.

Andrew Fire, nato nel 1959, è docente di patologia e genetica nella facoltà di Medicina di Stanford; **Craig Mello**, nato nel 1960, è professore di Medicina Molecolare nella facoltà di Medicina di Worcester.

L'anno scorso (2005) furono gratificati dal Premio Nobel **Richard Axel**, biochimico e **Linda Buck**, neurobiologa, per la scoperta dell'attività funzionale dei recettori olfattivi (captanti odori); "fiutare le malattie" è stato il progetto del CNR per la disamina di sostanze chimiche volatili presenti nell'aria espirata, cosiddette "impronte olfattive".

E' opportuno ricordare, con orgoglio nazionale, che nel 1986 il Nobel fu conferito a **Rita Levi Montalcini** per gli studi eseguiti sui fattori di crescita delle cellule nervose.

L'esperimento attuale, eseguito dagli

studiosi **Fire e Mello**, già iniziato nel 1990 su piante di petunia, è stato continuato sul verme *Caenorhabditis Elegans* col proposito di bloccare una proteina muscolare.

Le petunie trattate perdevano il colore viola; apparivano screziate e talora biancastre; il cosiddetto selezionamento genico post-trascrizionale (PTGS) era in rapporto all'inattivazione del gene di trasmissione del colore, per degradazione dell'RNA messaggero con un frammento di RNA, non a singolo, ma a doppio filamento.

Il nucleo cellulare, "fucina biologica", contiene l'assetto genetico costituito dall'acido desossiribonucleico (DNA), molecola che regola la funzione cellulare.

Pioniere della genetica è stato **Maurice Wilkins**, deceduto all'età di 86 anni, a metà ottobre dello scorso anno; fu sua la scoperta della struttura a doppia elica del DNA. Nel 1950 con studi sul timo di vitello ottenne la prima immagine ultramicroscopica del DNA e nel 1962 condivise con **James Watson** il **Premio Nobel**; lo scienziato fu membro del programma di costruzione della bomba atomica e, dopo il premio, aderì al movimento internazionale scientifico per il disarmo mondiale e la pace.

L'acido ribonucleico (RNA messaggero), contenuto nel gene, è la molecola che trasferisce l'informazione dal DNA al citoplasma, dove, nel reticolo endoplasmatico, i ribosomi provvedono alla sintesi proteica "fabbrica proteica".

Le informazioni genetiche inscritte nel DNA vengono pertanto convertite, tramite l'RNA messaggero (mRNA), in programmi di sintesi proteica.

E' merito dei ricercatori avere scoperto, che, a salvaguardia cellulare, esistono frammenti di RNA che interferiscono inibendo l'RNA messaggero e, di conseguenza, la sintesi proteica codificata dal DNA.

Tale sistema "di freno", secondo **Fire e Mello**, si è sviluppato per proteggere l'organismo dalle invasioni da clonazione virale e/o da alterazioni virali del DNA.

I geni presenti nella cellula non sono attivi contemporaneamente e le proteine sintetizzate sono soltanto una piccola percentuale.

Il blocco dell'RNA messaggero con una molecola di RNA complementare (scoperta di Fire e Mello) arresta il flusso del "messaggio" per disattivazione genica. Studi sperimentali attuali sono orientati, a differenza del passato, non al blocco diretto dei geni (terapia genica finora seguita), bensì al blocco dell'RNA messaggero.

In condizioni patologiche il programma genetico, per alterata regolazione funzionale, può far sì che la cellula produca enormi quantità di RNA virale o messaggeri tumorali per moltiplicazione clonale. E' augurabile che la prossima applicazione pratica costituisca un valido presidio terapeutico per la replicazione virale endocitoplasmatica e per la proliferazione cellulare neoplastica e che si realizzino sensibili benefici terapeutici con frammenti di RNA di interferenza (iRNA) in molteplici patologie umane, come esperimenti anticolesterolici ed antivirali epatitici in corso su topi fanno supporre.

Dott. Franco Sciarra (Coordinatore AMI-SIAMEG)

Malattia da Reflusso con interessamento respiratorio. Deludono gli Inibitori di Pompa

In un primo studio [1] sono stati reclutati 39 pazienti che da almeno 2 mesi lamentavano sintomi laringei e in cui si sospettava, sulla base del quadro laringoscopico, un reflusso faringolaringeo. La pH metria esofagea/24 ore risultava alterata. I partecipanti sono stati randomizzati a 40 mg/die di pantoprazolo oppure a placebo. Il trattamento fu protratto per 12 settimane. Al termine la percentuale di soggetti che riferivano un miglioramento dei sintomi risultò simile nei due gruppi (40% pantoprazolo e 42% placebo); addirittura il quadro laringoscopico era migliorato nel gruppo placebo ma non in quello che aveva ricevuto pantoprazolo. In un secondo studio [2] con 145 pazienti affetti da disturbi laringei trattati con 40 mgx2/die di esomeprazolo oppure placebo, dopo 16 settimane di trattamento, la percentuale di risposte fu simile nei due gruppi (15% esomeprazolo e 16% placebo). La presenza di anomalie alla pH metria esofagea, al baseline, riguardava solo il 50% dei pazienti arruolati, comunque essa non era predittiva di risposta al trattamento.

Fonte:
1. Am J Gastroenterol 2006 Sep; 101:1972-8.
2. Laryngoscope 2006 Feb; 116:254-60.

L'altra faccia della medaglia: i Premi IgNobel I rivolti comici delle ricerche serie



Improbable Research, rivista molto particolare

In premio IgNobel (si legge come è scritto) è una parodia del premio nobel. Assegnato fin dal 1991 a ricerche effettivamente svolte (ad eccezione di tre casi, viene assegnato qualche settimana prima del premio nobel. Dieci premi, dati ad altrettante ricerche scientifiche, che "che non possono o non devono essere riprodotte". Ricerche che incuriosiscono, e che fanno sorridere, senza però essere totalmente prive, a ben guardare, di un utilizzo pratico.

Sponsorizzati dalla rivista scientifica "Annals of Improbable Research (AIR)", i premi vengono consegnati da veri Nobel, nel corso di una cerimonia di gala che si tiene nell'università di Harvard.

Ornitologia: Ivan R. Schwab e Philip R.A. May (Stati Uniti), per aver spiegato perché i picchi non soffrono di emicrania.

Nutrizione: Wasmia Al-Houty e Faten Al-Mussalam (Kuwait), per aver dimostrato che lo scarabeo stercorario è schizzinoso nell'alimentazione.

I vincitori della versione 2006 sono 10, con ricerche che spaziano nelle seguenti aree:

Pace: Howard Stapleton (Galles), che ha inventato un apparecchio in grado di emettere ultrasuoni sgradevoli udibili soltanto dagli adolescenti, che sono costretti ad andarsene.

Acustica: D. Lynn Halpern (Stati Uniti), per aver scoperto il motivo per cui alle persone da fastidio il rumore delle unghie sulla lavagna.

Matematica: Nic Svenson e Piers Barnes (Australia), che hanno calcolato il numero di scatti necessari ad avere la sicurezza che nella foto tutti abbiano gli occhi aperti.

Letteratura: Daniel Oppenheimer (Stati Uniti), che ha studiato le conseguenze dell'uso indiscriminato del linguaggio erudito, indipendentemente dalla reale necessità.

Medicina: Francis M. Fesmire (Stati Uniti) e Majed Odeh, Harry Bassan, Arie Oliven (Israele), che ha finalmente trovato il rimedio al fastidiosissimo singhiozzo: il digitomassaggio rettale.

Fisica: Basile Audoly e Sebastien Neukirch (Francia), che si sono chiesti: ma come mai spezzando in due una manciata di spaghetti, questi non si spezzano mai in soli due pezzi? ora lo sappiamo!

Chimica: Antonio Mulet e Carmen Rosselló (Spagna), che ha studiato la «velocità ultrasonica nel formaggio cheddar a pasta dura in relazione alla temperatura».

Biologia: Bart Knols e Ruurd de Jong (Paesi Bassi), che hanno imostrato che la zanzara *Anopheles gambiae* è attratta ugualmente dall'odore dei piedi umani e del formaggio tipo lindberger.

La reazione dei premiati è solitamente molto varia. si sono registrate negli anni sia la gratitudine di Wyatt, vincitore nel 2000 per una ricerca sulle toilette di Glasgow, che ha visto finalmente premiata la sua fatica, sia l'irritazione di Fesmire, vincitore di quest'anno per la medicina, che ha protestato, affermando di essere un medico serio.

In realtà la serietà delle ricerche non è da mettere in discussione. Molti studi, premiati con l'IgNobel, sono poi diventati appetibili in un secondo tempo, come la lavatrice per cani e gatti (Segura, 2002), o, probabilmente, l'utilizzo degli ultrasuoni per valutare la maturazione dei formaggi senza distruggere il campione.

Per curiosità, le ricerche non veramente svolte, di cui accennavo prima, sono le seguenti:

"administratium", nuovo materiale chimico, senza protoni ed elettroni. Estremamente inerte, annichilisce qualsiasi reazione positiva si generi vicino a lui. L'administratium, in forma solida, forma la Bureaucratite.

"Psicoceramica", lo studio dei vasi rotti. "Paul DeFanti", per la sua invenzione di una struttura in grado di proteggere i pedoni dai colpi. Peccato che sia una leggenda metropolitana, condita ad arte.

Guido Zamperini

LA RICERCA FARMACEUTICA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA.

03 001 400111

MERCK SHARP & DOHME
MERCK SHARP & DOHME (Italia) S.p.A.
Via G. Galvani, 1 - 00197 Roma
www.merck.it

Appropriatezza prescrittiva: cos'è costei? (continua da pag 3)

- non tiene conto del lavoro svolto finora nelle CCAA e, in particolare, nella nostra ASL, Roma E;

- si pone su un piano punitivo che viene contraddetto da quanto finora detto, scritto e concordato;

- parte dal presupposto che le definizioni siano già acquisite, quando in realtà sono ancora da "digerire";

- compie un atto politicamente unilaterale e inaccettabile.

3. L'etica professionale della appropriatezza

Non v'è dubbio che l'effettuare prestazioni sanitarie (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o preventive) appropriate sia connaturato nella nostra etica professionale (anche se nel codice deontologico non si fa cenno a tale termine e in particolare alla sua variabile economica). Per i professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, l'Accordo Collettivo Nazionale propone un ruolo della Medicina Generale nel sistema sanitario orientato alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisivo del Medico di medicina generale in ordine

Comportamenti prescrittivi appropriati	Scostamento entro il +/- 40%
Comportamenti a rischio inappropriatezza	Scostamento tra il +/- 41% e +/- 60%
Comportamenti inappropriati	Scostamento oltre il +/- 61% fino al +/-80%
Comportamenti da giustificare alla commissione appropriatezza.	Scostamento oltre il +/-81%

Grafico 1: Criteri di scostamento per l'appropriatezza prescrittiva

all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse (art. 29). Essi sono tenuti (art.30) all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dall'accordo e dagli accordi regionali e aziendali.

Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) richiamo verbale;

b) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:

a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;

b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

c) revoca per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 30, comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

Infine, i medici di medicina generale

La notevole variabilità che si ritrova nel ricorso a procedure mediche o terapie per il trattamento della medesima patologia è difficilmente correlabile a differenze cliniche o epidemiologiche; più probabilmente attiene a fattori diversi che nulla hanno a che fare con la "buona pratica medica" (è quanto si sostiene nel New England Journal of medicine, 1986).

Tale ampia variabilità nei comportamenti dei medici comporta, come conseguenza, un incremento dei fenomeni di overuse, underuse e misuse, che si ripercuotono non solo sullo stato di salute del singolo paziente ma anche sulla sanità pubblica. Infatti, in ognuno dei tre casi, si verificano elevati impegni di risorse per l'erogatore del servizio, sia nel breve termine che nel lungo periodo.

4. La proposta della CA Distretto 19-20 della ASL RM-E

La proposta delle CCAA della ASL RM-E è quella di definire un percorso formativo continuo che parta

1) dalla valutazione dei report sulla spesa farmaceutica della regione e della ASL,

2) attraverso il sotto progetto IPP (Inibitori della Pompa Protonica), con report specifici aziendali sull'utilizzo di questi farmaci (che costituiscono il gruppo terapeutico a maggior impatto di spesa aziendale), e termini con

3) la definizione dei cosiddetti "diagrammi di dispersione" come strumento di autovalutazione per ogni mmg della propria attività prescrittiva.

Lo strumento di controllo delle prescrizioni farmaceutiche

Lo strumento da utilizzare per una valutazione della appropriatezza prescrittiva, proposto dalla Commissione Appropriatezza, è il cosiddetto DIAGRAMMA di DISPERSIONE.

Tale diagramma porta sulle

- ascisse lo scostamento percentuale della spesa media pro capite pesata (al netto del Prontuario Hospedale Territorio) dalla spesa media aziendale e sulle

- ordinate lo scostamento percentuale del tasso dei trattati (soggetti con almeno una prescrizione diviso la popolazione assistibile) (escluso il PHT) dal tasso medio aziendale

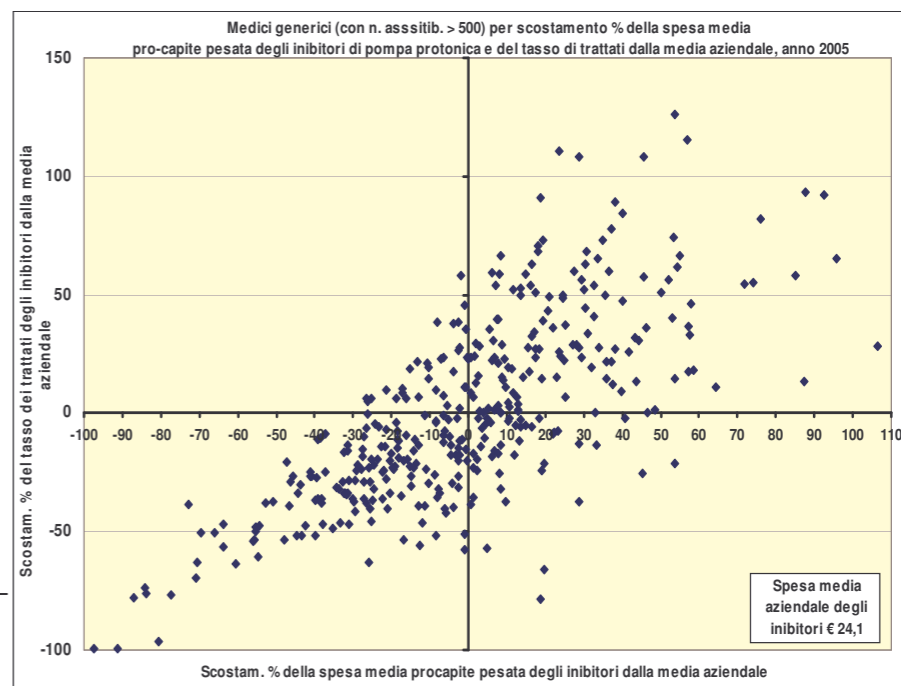
Viene proposto di considerare potenzialmente poco appropriati gli scostamenti tra il 40 e 60 % e non appropriati gli scostamenti oltre il 60% e fino al 80%. Da giustificare gli scostamenti oltre l'80%. (Grafico 1)

Ciascun mmg autovaluterà la propria posizione nel diagramma e, se essa si trova tra le % di attenzione, metterà in atto le opportune modifiche del proprio comportamento prescrittivo, dopo attenta analisi sulle possibili cause.

Se l'analisi delle cause e le relative modificazioni dei comportamenti prescrittivi hanno avuto successo (riduzione dello scostamento percentuale entro i limiti proposti) si potrà osservare e monitorare nel tempo attraverso i successivi reports.

Si propone di evidenziare e mettere alla discussione negli audit i comportamenti prescrittivi che, in tale diagramma, si discostano dalla media ASL di oltre il 40-60%.

Un esempio di diagramma di dispersione, relativo alla prescrizione di IPP, nell'anno 2005, da parte dei mmg della ASL RM-E con più di 500 assistiti, è riportato sotto.



Novità dalla rete A cura di Navigator

Informazione medica su Internet

LA LONGEVITA' IN SARDEGNA

Genetica e ambiente rendono ragione della marcata longevità in Sardegna, la regione italiana col più alto numero di centenari e di ultracentenari (oltre 105 anni). Fenomeno molto evidente nella Barbagia e nell'Ogliastra, zone che vivono in un isolamento pressoché totale (tasso di matrimoni fra consanguinei molto alto) nelle quali sono state identificate linee familiari con presenza costante di centenari. 8 sardi su 10 discendono dalle popolazioni che circa 10.000 anni fa arrivarono in queste aree dai Pirenei, mentre si esauriva l'ultima glaciazione.

Stili di vita immutati nel tempo. Tutti i centenari studiati hanno presentato caratteristiche comuni: basso indice di massa corporea, bassi livelli ematici di glucosio, insulina, trigliceridi, colesterolo.

Studi genetici, effettuati non solo in Sardegna ma anche in zone con alta aspettativa di vita (Finlandia, Danimarca, isola di Okinawa in Giappone), hanno permesso di individuare alcuni geni che presiedono all'invecchiamento "in salute". Tali geni sono di 2 tipi: quelli legati alla risposta immunitaria e quelli legati alla risposta allo stress, compreso quello dovuto ai radicali liberi. I geni poi lavorano ben oltre l'età riproduttiva, cioè anche in età avanzata, consentendo così all'organismo di adattare sempre la propria



pria risposta al tempo che passa.

MEDICINA SPORTIVA AD ASSISI

Numerosissimi i benefici arrecati dall'attività sportiva. Apparato circolatorio: aumento della portata cardiaca e coronarica, bradicardia, calo della

pressione. App. respiratorio: aumento della capacità vitale, bradipnea. Metabolismo: migliore utilizzazione del glucosio, diminuzione del colesterolo e ancor più dei trigliceridi, stimolo degli adipociti "bruni" ad intenso metabolismo. Cervello: stimolazione di nuovi neuroni e di nuove sinapsi, con miglioramento della memoria e della depressione e con un certo effetto preventivo sull'Alzheimer. Scheletro: favorito il deposito di calcio, prevenzione dell'osteoporosi. Il deflusso venoso degli arti inferiori viene nettamente favorito dalle lunghe passeggiate.

Anche nel post-infarto un "training" fisico ben controllato ha effetti benefici. Per l'attività fisica in un soggetto anziano occorre molta cautela per numerosi motivi: ischemia silente, specie nel diabetico; un blocco di branca può nascondere un pregresso infarto: l'infarto "non Q" predilige la terza età. Grandi vantaggi anche sull'equilibrio psichico. Per un campo sportivo in più: un tossicodipendente in meno, un post-letto libero in ospedale, un carcere meno sovraffollato.

Ne ha parlato il Prof. Alessandro Ciammaichella al 6° Meeting che ogni anno il Centro sportivo italiano (C.S.I.) organizza ad Assisi.

MENOPAUSA A 40 ANNI: UN RISCHIO

Sempre più spesso la menopausa compare in anticipo, intorno ai 40 anni. Questa "insufficienza ovarica" prematura interessa il 5% delle donne: irregolarità mestruali, turbe del sonno e dell'umore, calo della libido, caldane, ingrassamento. Svolgendo gli estrogeni una ben nota azione preventiva sull'apparato cardiovascolare, l'anticipazione della menopausa può accelerare i problemi circolatori nella donna.

Il tema è stato approfondito a Milano nella Tavola rotonda "La salute della donna: benessere in menopausa". Le cause sono in gran parte non definite: di sicuro è più frequente nelle forti fumatrici. Talora è di origine autoimmune: può allora associarsi a psoriasi, vitiligine, tiroiditi, malattia di Addison.

TRAPIANTO DI CELLULE DI PANCREAS

Primo caso al mondo di trapianto, in un paziente di 44 anni, di cellule pancreatiche, contenute in speciali capsule, in laparoscopia. L'intervento è stato eseguito dal gruppo del prof. Pasquale BERLOCO, direttore del Centro Trapianti presso la 2° Clinica chirurgica del Policlinico Umberto I°, in collaborazione con il Gruppo diabetologico dell'Università di Perugia, coordinato dal prof. Riccardo Colaflore.

La metodica dell'incapsulamento delle "insulae" consente di non usare gli immunosoppressori. Le insule, provenienti dal Laboratorio di Chicago, sono state incapsulate presso il Laboratorio dell'Università di Perugia e poi trapiantate a Roma.

SINDROME DI IMPERATO

La strutturazione dell'identità sessuale non dipende solo da fattori biologici, ma anche da fattori ambientali, familiari, sociali. Ma vale anche l'opposto, che cioè la differenziazione sessuale è connessa non solo

con l'allevamento, ma anche con fattori biologici.

In questa sindrome - descritta dal prof. Imperato, già Clinico Pediatra dell'Università La Sapienza, e dovuta a deficit di 5-alfa redattasi- soggetti in età pediatrica con evidente femminilizzazione dei genitali esterni e allevati in senso femminile, hanno poi virato, alla pubertà, verso una identità maschile.

MISCELLANEA

PRESSIONE DIASTOLICA E CORONAROPATIE. Cautela nei coronaropatici con gli anti-ipertensivi: un calo della minima sotto gli 80 mmHg si può accompagnare a rischio di malattia o morte coronarica (il cuore è nutrito in diastole). Tale rischio non è stato descritto per l'ictus.

PERCHE' FRUTTA E VERDURE? Una ricerca USA ha dimostrato che una dieta ricca di frutta e verdura riduce di molto la possibilità di ammalarsi di Alzheimer; e che un abbondante uso di arance previene i calcoli renali.

GENI E TUMORI. Dei circa 30.000 geni contenuti in ogni cellula umana solo un centinaio "comanderebbero" l'insorgenza di una neoplasia: è su questo dato che sta lavorando il gruppo di ricerca dell'Istituto di Candiolo (Torino).

PROCREAZIONE ASSISTITA E MALATTIE PREVENIBILI. Con la diagnosi reimpianto (vietata la legge 40) si possono prevenire 6 malattie genetiche: tali sono, con frequenza decrescente, Talassemia, Fibrosi cistica, Distrofia muscolare, Neurofibromatosi, Acondroplasia, Emofilia.

CACHESSIA CARDIACA E ANGIOTENSINA. L'angiotensina 2° può spiegare lo sviluppo di cachessia nei pazienti con insufficienza cardiaca in quanto causa lipolisi del tessuto adiposo attraverso l'attivazione simpatica e lo stimolo dei beta-recettori.

MONOBIOS

CLASSE A*

1000 mg - polvere e solvente per soluzione iniettabile
1 flaconcino polvere + 1 fiala solvente da 2,5 ml
per uso intramuscolare

J01DA17
cefonicid

LABORATORIO FARMACEUTICO

Certificati richiesti gratuitamente anche quando non c'è diritto

Il problema dei certificati scolastici per Educazione Fisica Attenzione agli abusi!

E' ricominciato il problema dei certificati di educazione fisica che i presidi pretendono gratuiti facendoli passare per certificati parascolastici e per giochi della gioventù.

I pazienti lo pretendono gratuitamente perché così istruiti dalle autorità scolastiche ma noi veniamo ad essere privati di un legittimo reddito.

La nostra rappresentante, Roberta Gianetti si è recata all' ex-Provveditorato per chiarire la faccenda ma, malgrado la sua tenacia, non è riuscita a far prendere provvedimenti chiari e definitivi. In com-

penso è riuscita a identificare l' ufficio responsabile del provveditorato e a raccogliere altre informazioni utili. Su questa base, abbiamo preparato una serie di documenti che (spero) possano portare ad una soluzione generale:

- Una lettera-fax che il nostro Sindacato ha inviato all' ufficio dell' ex-Provveditorato.

- Una lettera riportata sotto che i singoli medici (e i nostri rappresentanti sindacali) possono inviare via fax o (meglio) protocollare nelle segreterie delle scuole che maggiormente si rivelino inosservan-

ti delle regole.

-Un cartello di avviso e spiegazione per i pazienti da appendere in studio
-Un modulo per il certificato da noi compilato in modo da scoraggiare gli usi truffaldini.

L' importante è che i medici NON PASSESINO MAI DALLA PARTE DEL TORO: noi faremo SEMPRE i certificati gratuiti a chi ne ha diritto, ma pretendiamo richieste NOMINATIVE dalle scuole, firmate IN ORIGINALE e minacciamo la segnalazione all' Autorità giudiziaria in caso di usi truffaldini.

Conguagli: i medici nuovamente sotto processo

LA STORIA INFINITA DEI CONGUAGLI RICHIESTI AI MEDICI: L'UNICA CERTEZZA E CHE LA REGIONE LAZIO FA RICADERE SUI MEDICI GLI ERRORI COMMESSI DA ALTRI SOGGETTI.



Ancora una volta i medici di Medicina Generale (o medici di famiglia) e i "pediatri di Libera Scelta" sono chiamati a pagare di tasca loro per la disorganizzazione di Uffici e Strutture regionali e/o Statali.

Per tali medici oltre al danno economico, anche la beffa.

La storia si ripete ormai da anni con il solito copione perché puntualmente ogni due o tre anni essi ricevono la solita lettera da parte della Regione Lazio con richiesta di rimborso coattivo di considerevoli somme di denaro da restituire alle ASL per pazienti "deceduti, trasferiti o revocati" che - a dire dall'Ente Regione - non sarebbero stati esattamente conteggiati e quasi mai comunicati in tempo reale, come invece previsto dal vigente C.C.N.L. di categoria.

Gli elenchi dei pazienti che sono in possesso della Regione di anno in anno subiscono delle variazioni relative alle nuove "scelte, revocazioni o decessi" di pazienti. Tali variazioni, trasmesse periodicamente alla Regione Lazio dagli Enti interessati (Comune di Roma, Ministero della Difesa, Ministero della Salute), non essendo mensilmente comunicate al medico in modo da consentirgli in tempo reale la sostituzione di un paziente non più in carico, perché, trasferito, revocato o deceduto - finisce per danneggiarlo in modo irreversibile.

Egli infatti non può più prendere in carico nuovi pazienti perché ha un tetto che non può superare, tuttavia viene chiamato a restituire tali somme, su cui ha comunque già pagato le tasse, e nel contempo non percepisce frattanto nessun nuovo reddito.

Quindi, oltre al danno emergente, subisce un danno anche per il lucro cessante. Questi danni economici chi li risarcirà al medico incolpevole?

Alla violazione sistematica degli artt. 28/29/30 del DPR 270/2000, si aggiunge

la violazione delle norme sulla prescrizione sancite dal nostro Cod. Civ.

Infatti le richieste economiche non sono riferite alle variazioni mensili, o annuali, bensì risalgono a svariate annate precedenti ed includono anche anni che avrebbe visto la chiusura della partita "dare avere" con conguagli già effettuati in precedenza. Tuttavia poiché col passare degli anni si scoprono nuovi errori, si richiede il conguaglio anche per periodi risultati conguagliati.

Esaminiamo la storia dei conguagli nell'ultimo triennio: nell'anno 2003 sono stati conguagliati gli anni 98/99/2000; nell'anno 2004 la Regione Lazio ha chiesto di conguagliare gli anni 2001/02/03, anche se poi non ha dato corso a questi conguagli perché in essi sono risultati molti errori e le varie proteste e diffide legali hanno bloccato tale iniziativa di recupero.

Nell'anno 2006 vengono rifatti i conti e si ritorna a chiedere la restituzione di somme relative ai deceduti a partire di nuovo dall'anno 2000/01/02/03, ciò nonostante l'anno 2000 fosse stato chiuso col conguaglio del 2003.

Invece per le variazioni mensili dovute a cambio di residenza o revoca del medico si chiede bonariamente solo una quota di pochi mesi (massimo tre) e soltanto per gli anni 2001/2002.

Il risultato di questa operazione è disastroso per i medici suddetti, poiché le somme richieste ai medici nei nuovi conguagli per il 2006, sono nella stragrande maggioranza dei casi molto più elevate delle somme richieste nel 2004.

Nel frattempo si sono accorti, dopo sei anni, di altri pazienti "deceduti" o di aver pagato erroneamente le quote aggiuntive per i minori di 14 anni anche per coloro che erano stati iscritti prima dell'ottobre 2000 (che secondo il DPR n°270 non ne avevano diritto), senza tra l'altro prevedere la consegna al medico dell'elenco nominativo dei minori di 14 anni che risulterebbero pagati con la quota aggiuntiva a cui non avevano diritto; si consegna invece al medico solo l'elenco

nominativo riferito ai minori di 14 anni che erano stati pagati giustamente con la quota aggiuntiva, in modo che non consente al medico un'eventuale verifica o controllo di queste quote pagate in più di cui si chiede la restituzione.

Di certo c'è che gli errori commessi da altri vengono fatti pagare imperativamente ai medici, i quali non hanno nessuno strumento per verificare se queste quote siano già state effettivamente trattate, in quanto nelle liste dei movimenti mensili risultano già effettuati i movimenti degli assistiti.

Quindi appare lecita una domanda: perché se nelle variazioni mensili risultano questi movimenti di assistiti non si sarebbe dovuto provvedere nel mese successivo o entro l'anno ad effettuare l'eventuale trattenuta?

Domanda a cui non si sa e non si può dare una risposta logica e chiara.

Intanto oggi con i conguagli dell'anno 2006 si richiede la restituzione di queste quote e, ciò anche in violazione alle regole che il Cod. Civile detta sulla prescrizione. E come se non bastasse, anche queste nuove richieste di addebiti ai medici - oltre ad essere in violazione delle procedure previste dall'Accordo Collettivo Nazionale, nonché in violazione delle norme previste dal Cod.Civ.- comprendono molti

errori: è bene verificare accuratamente le date di decesso, chiedendo eventualmente le necessarie certificazioni presso gli uffici delle Anagrafi; alcuni trasferimenti vengono indicati come decessi, (con la conseguenza di conseguenza richieste più

Educare alla salute.

Ogni giorno la televisione, la radio ed i giornali ci bombardano con informazioni, interviste, proposte riguardanti la salute. Tutti sono informati sulle ultime ricerche sul cancro, sulla alimentazione più corretta, sugli effetti negativi dei farmaci ma... tutto questo piuttosto che rafforzare la sicurezza e la tranquillità di ciascuno di noi nella gestione della propria salute accentua, invece, le paure ataviche per tutto ciò che concerne la gestione della malattia.

Come è possibile questo?

Avviene che la eccessiva informazione aumenta i dubbi al momento della scelta e tendiamo a non affidarci più completamente al medico che ci segue. Questo comporta per noi difficoltà ad adeguarci alla terapia ed al medico di seguirci in maniera corretta. Tra le soluzioni possibili a questo problema, che sicuramente andrà ad accentuarsi negli anni a venire, vi è quella di educare i ragazzi alla corretta tutela della propria salute.

Un gruppo di Medici in collaborazione con la Scuola Media Stefanelli di Roma ha avviato, ormai da quattro anni, un programma di informazione per i ragazzi di terza media su temi riguardanti la loro salute.

I ragazzi vengono informati e coinvolti su argomenti riguardanti la prevenzione degli infortuni scolastici, casalinghi e della strada, corretta alimentazione e valutazione del body mass index per valutare il corretto accrescimento corporeo, effetti dell'uso delle droghe ed indicazione di come comportarsi in caso di ricerca d'aiuto per affrontare questa problematica, norme di cura ed igiene della pelle, valutazione dello sviluppo andrologico dei ragazzi di terza media (ricordiamoci che non esiste più la visita di leva, e che a questa età è ancora possibile correggere eventuali malformazioni o ritardi di accrescimento).

Alle lezioni di tipo medico viene premezzo un riferimento alla costituzione per rendere i ragazzi consapevoli che la loro salute, oltre ad essere un bene prezioso per ciascuno di loro, è anche un bene per tutta la collettività, così come riportato nell'articolo 32 della Costituzione. Finalità di queste lezioni è, oltre a quello di formare i ragazzi sugli argomenti trattati, di avviare un dialogo costruttivo tra i ragazzi ed i medici superando quelle difficoltà che, invece, riscontriamo nella vita di tutti i giorni.

Dr Giovanni Peliti

quote in restituzione. Di alcuni pazienti non si conosce nulla, neppure il codice fiscale; oltretutto non si trova traccia delle correzioni richieste, della continuità di iscrizione per gli extracomunitari, del recupero dei deceduti riscritti. Nessuna correzione in positivo, solo correzioni in negativo.

Allora ci chiediamo qual'è l'attendibilità di tali richieste? Cosa può fare il medico per difendersi da questi soprusi, frutto di errori, incompetenza, negligenza commessi da altri soggetti?

La risposta è solo una: occorre contrastare nelle sedi legali.

Non possiamo non parlare di un ennesimo sopruso, sempre a danno dei medici, i quali di recente si sono visti recapitare (insieme col cedolino del mese di ottobre 2006) un elenco di pazienti di 10 o anche 25/30 unità, che a dire della Regione - non sarebbero in regola con i dati anagrafici o altro, con richiesta ai medici di correggere tali posizioni, con la minaccia che in caso negativo, dal 30 novembre

essi perderanno il compenso per i pazienti indicati in elenco.

Il bello è che i medici - pur non essendo tenuti a questa correzione che, ripetiamo spetta alla Regione, con grande spirito di collaborazione, si stanno facendo parte diligente e mandano i propri pazienti "irregolari" presso le rispettive ASL per effettuare eventuali correzioni. Tuttavia questi pazienti vengono mandati via poiché il personale addetto dichiara che non spetta a loro fare la segnalazione, bensì il medico deve segnalare il caso.

Purtroppo anche il medico è stato mandato via o perché non vi era personale disponibile per riceverlo, o perché quello disponibile non ha comunque fatto la correzione.

In ultima analisi i medici, in questi anni, sono stati chiamati troppe volte a restituire presunte somme indebitamente percepite per colpe altrui, e comunque in assenza di regole trasparenti.

Continua a pag 7

Funzionano davvero le terapie "naturali" per l'iperlipemia



L'obiettivo degli autori di questa meta-analisi era paragonare gli effetti di steroli vegetali, stanoli e policosanoli sul colesterolo LDL.

Gli studi presi in considerazione dovevano prevedere l'uso di steroli vegetali o stanoli ad una dose di almeno 2 g/die e di policosanoli ad una dose di almeno 5 mg/die; la durata del trattamento doveva essere di 4 o più settimane.

Molti dei partecipanti (> 18 anni), negli studi considerati, avevano un'ipercolesterolemia anche se in altri il colesterolo era normale; in alcuni vi era diabete, ipertensione, aterosclerosi, cardiopatia ischemica, storia di infarto o anomalie dei test epatici.

Sono stati considerati solo RCT in doppio cieco verso placebo pubblicati dal gennaio 1967 al giugno 2003: in totale 52 studi per 4.367 partecipanti.

Per quanto riguarda gli steroli vegetali e gli stanoli vs placebo si ebbe una riduzione del colesterolo LDL dell'11% dei valori basali vs il 2,3% del placebo; il trattamento ridusse anche il rapporto LDL/HDL ma non si ebbe nessun effetto sui trigliceridi.

Per quanto riguarda i policosanoli vs placebo si notò una riduzione del colesterolo LDL del 2-3,7% rispetto allo 0,1% del placebo; il trattamento ridusse anche il rapporto LDL/HDL, aumentò il colesterolo HDL e ridusse in qualche misura i trigliceridi.

Nel paragone tra steroli vegetali e stanoli vs policosanoli si evidenziarono risultati migliori con quest'ultimi: riduzione del 14% del colesterolo LDL, del 9,1% del colesterolo totale, del 22,1% del rapporto LDL/HDL e del 10,9% dei trigliceridi, con un aumento del colesterolo HDL del 1-2,4%.

La tollerabilità fu buona con entrambi i trattamenti tanto che la percentuale di drop-out fu insignificante in tutti i gruppi (0% nel gruppo steroli vegetali e stanoli vs 0,15% del placebo, e 0,86% del gruppo policosanoli vs 4,81% del gruppo placebo).

Gli effetti avversi principali furono a carico del tratto gastroenterico e, per i policosanoli, del sistema nervoso centrale.

Gli autori concludono che steroli vegetali, stanoli e policosanoli sono ben tollerati e che i policosanoli sono più efficaci nel migliorare il profilo lipidico.

Ref: Pharmacotherapy, 2005;25

VALPRESSION® 160

CO9CA03

valsartan 160mg

COMBISARTAN® 160/12,5

CO9DA03

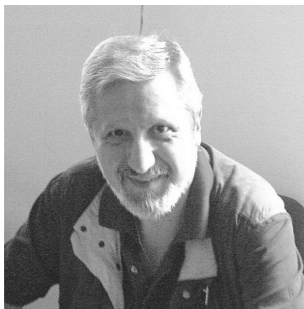
valsartan 160mg+idroclorotiazide 12,5mg



Morani, salute senza confini

Colpevole di fare il mio mestiere? Je m' accuse!

Il processo kafkiano di un medico onesto. Per fortuna e' solo un sogno



Ho fatto un sogno l'altra notte o piuttosto un incubo. Mi trovavo in tribunale sul banco degli imputati, mentre una voce anonima leggeva i capi di accusa.

1) La spesa farmaceutica fuori controllo viene individuata come la causa pressoché esclusiva del disavanzo del SSR e dei conseguenti aggiustamenti fiscali compensatori: aumento delle aliquote dell'IRPEF Regionale e dell'IRAP.

Voci fuori campo: "Ladro!, Cicala! Incosciente! Sprecone!"

Ed io, medico di medicina generale, vestale quasi esclusiva del ricettario TS, ammortizzatore sociale in quanto spesso prescrittore per conto terzi, più gatekeeper che manager

Je m'accuse (et m'excuse) di voler curare ancora con i farmaci, visto che la criptonite basta appena per me.

Giudice: "Rinvio a giudizio per abuso di atti di ufficio e violazione provvedimenti regolatori"

Ed io chiedo le attenuanti generiche appellandoli ai fattori sociali ed ambientali: esplosione della cronicità, invecchiamento della popolazione, attenzione alla qualità della vita, implementazione delle linee guida con target da raggiungere,

mobbing burocratico.

Giudice: "Ma ci sono le aggravanti! Associazione a delinquere (le forme associative), apologia del mai partito modello Wonca, imperizia ed imprudenza per avere accettato di essere il centro del sistema.

Ed arriva il giudizio: "COLPEVOLE" per avere artatamente elevato l'età media della popolazione del paese ed in maniera occulta, sicché la politica non ne è stata avvertita ed ancora ufficialmente non lo sa: speriamo nell'ISTAT!

2) Una voce fuori campo: "Sempre più spesso oggi alla solitudine, al disagio e alla disabilità si risponde con la sola medicalizzazione"

Ed io, il medico più vicino a questa tipologia di pazienti, che mi sono dovuto dotare di nuove competenze psicosociali e che mi sono fatto in tre: io, Enzo e Pirrotta, per avviare all'assenza di modelli distrettuali di integrazione sociosanitaria

JE M'ACCUSE

mentre voci fuori campo urlano: "Giuda! Impostore! Dama di San Vincenzo"

Giudice: "Rinvio a giudizio per esercizio abusivo di professione psicologica e sociologica; interesse privato in atti di ufficio per avere fatto ricorso ad amici nel problem solving; interruzione di pubblico servizio nella misura in cui chiude, per ferie del medico, anche questa via italiana del welfare".

Ed io chiedo le attenuanti generiche per avere agito in stato di emergenza e necessità.

Giudice: "Ma ci sono le aggravanti! Falso ideologico per avere considerato

come patologia il ...caldo; millantato credito per essersi appunto accreditato come capace tutt'altro.

Ed arriva il giudizio: COLPEVOLE, ma con SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA non tanto per avere agito in stato di necessità, quanto per mero disinteresse non essendo stato ricavato alcun utile.

3) Una voce fuori campo: "A fronte dell'aumentata domanda il Medico generalista dedica

sempre meno tempo alla professione per le esigenze e conseguenze derivanti dall'aggiornamento obbligatorio, dall'attività tutoriale, dal carico burocratico e dal doping amministrativo. E pensare che c'è qualcuno che vorrebbe anche fare ricerca e sindacato!"

Ed io, medico di Medicina generale, impegnato a collezionare crediti ECM, a correggere Tabulati per tutelare le mie entrate o perfino il diritto all'assistenza dei pazienti critici per il Sistema Tessera Sanitaria

JE M'ACCUSE

mentre voci fuori campo urlano "Perdigiorno! Bighellone! Assenteista" Non ci sei mai quando mi servi!"

Giudice: "Rinvio a giudizio per omissione di atti di ufficio"

Ed io chiedo le attenuanti generiche in quanto agente per legittima difesa del proprio potere di acquisto e in risposta a provocazione.

Giudice: "Ma ci sono le aggravanti! reiterazione del reato e molestie arrecate ad altri con richiesta impropria di documentazione anagrafica o dati sensibili.

Ed arriva il giudizio:

"COLPEVOLE" per appropriazione indebita di tempo normalmente destinato all'attività o, perfino, al riposo.

E prima che il giudice deliberi le pene, io mi appello alla clemenza della corte sostenendo che presto sarò educato all'appropriatezza ed al management dal Centro Regionale di formazione, che assumerò l'infermiere così come previsto dal contratto nazionale e che mai più farò il Sisifo correggendo tabulati, anzi offro tutti interi i miei conguagli passivi alle vuote casse regionali con la speranza che questo gesto serva a fare risparmiare ai poveri pazienti non solo il ticket ma anche qualche punto di aliquota di imposta.

A questo punto il Giudice ha un sussulto, butta tutte le carte processuali in aria ed urla: "Procedimento nullo! Pena sospesa! L'imputato sta agendo ed ha agito in regime di incapacità di intendere e di volere: è chiaramente infermo di mente perché si ostina a voler fare il medico di famiglia e sarà questa la sua condanna!"

Mi sono svegliato sudato e provato, ma presto ho pensato come il famoso carosello di qualche tempo fa che "la pancia non c'è più!" Poi sono arrivato a studio; sul mio tavolo una lettera dal comitato distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva che conteneva il bilancio della ... FIAT, subito dopo la Signora Giovanna mi chiede come attivare un ADI per il papà novantenne che sta per tornare a casa dopo un ictus; ma alle 11 il postino mi recapita la busta paga ...con una certa lettera di Silvio Natoli!

I HAD A DREAM! Ma ora j'accuse..... Enzo Pirrotta

I rappresentanti AMI e UNAMEF eletti nel Consiglio Nazionale del Sindacato Medici Italiani S.M.I.



Enrico Porru

Cristina Patrizi



Angelo Filardo

Daniele Zamperini

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia per i contributi scientifici i periodici telematici

www.pillole.org
www.scianzaeprofessione.it
www.medicoeleggiti.it
Per i contributi umoristici:
http://piazzetta.sfera.net
Le vignette originali sono di Enzo Brizio, Fossano

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE: TANTA FATICA PER NULLA?

Una revisione Cochrane mette in dubbio l'efficacia della vaccinazione antinfluenzale degli anziani viventi in comunità; può essere utile per gli anziani istituzionalizzati

Nella revisione [1] sono stati selezionati studi randomizzati, quasi randomizzati, studi di coorte e studi caso-controllo che abbiano valutato, nei soggetti di 65 anni o più anziani, l'efficacia del vaccino antinfluenzale contro l'influenza (confermata con esame di laboratorio), le sindrome simil-influenzali e la sicurezza. Gli studi presi in esame sono stati 71, raggruppati dapprima in base al disegno e poi al setting (comunità oppure case di riposo o ricoveri per lungodegenza). Inoltre gli studi sono stati stratificati secondo il livello di corrispondenza tra i ceppi virali contenuti nel vaccino e quelli circolanti. I risultati ottenuti si basano soprattutto su studi non sperimentali (osservazionali) che come è noto sono maggiormente soggetti a bias, mentre gli RCT di buona qualità sono pochi. Il vaccino si è dimostrato efficace nel ridurre l'influenza e le sue complicazioni negli anziani ricoverati in case di riposo o in istituti per lungodegenti: in questo setting si ottiene la prevenzione di circa il 45% dei casi di polmonite, di ricoveri ospedalieri e di morti associate all'influenza. Al contrario l'effica-

cia del vaccino negli anziani che vivono in comunità appare modesta e statisticamente non significativa nel prevenire le ospedalizzazioni per influenza o per malattie respiratorie. Gli studi osservazionali suggeriscono una efficacia del vaccino nel ridurre la mortalità totale ma questo probabilmente dipende da un bias di selezione tra soggetti vaccinati e non vaccinati (stato socio-economico, condizioni di salute, comportamenti di vita) piuttosto che un effetto reale del vaccino stesso.

Il profilo di sicurezza del vaccino appare accettabile. Gli autori concludono che negli anziani istituzionalizzati la vaccinazione antinfluenzale è efficace contro le complicanze della malattia e giustifica le attuali raccomandazioni, almeno in parte. Al contrario le evidenze disponibili mostrano che l'utilità, per gli anziani che vivono in comunità, è modesta.

Fonte: Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004876. DOI: 1.1002/14651858.CD004876.pub2.

Conguagli: i medici nuovamente sotto processo (da pag. 6)

Insomma abbiamo un sistema che presume di sbagliare mai nei conteggi delle competenze che deve dare al medico; invece sbaglia spesso, e per cifre molte elevate, per le somme che invece il medico deve restituire alle AA.SS.LL. Deve convenirsi che vi è qualcosa che non è chiaro in questo meccanismo. Allora credo che sia giunta l'ora di correggere seriamente le storture di questo sistema, iniziando a far pagare gli errori a chi li commette real-

mente, semplicemente rispettando le regole sancite dal DPR n°270/2000, senza che gli errori debbano ricadere ingiustamente e con grave nocumento sui medici. Essi chiedono soltanto di poter svolgere il proprio lavoro nella trasparenza delle regole in un sistema funzionante, senza dover ricorrere sempre alle vie legali per la tutela dei propri diritti.

Avv. Lucia Gulino

A.M.I. - ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA
00185 ROMA - VIA MERULANA 272 - Tel. 06 4746344
Fax 06 4871092 - E-mail: siameg@tin.it

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

Operante nel/i seguente settore/i:

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

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

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

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

DATA FIRMA

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

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

FIRMA

CLASSE A*

CEFOTAXIMA CT

1g/4ml - polvere e solvente per soluzione iniettabile per uso intramuscolare

J01DA10
cefotaxime sodico

LABORATORIO FARMACEUTICO

**CERTIFICATI SCOLASTICI GRATUITI
ATTENZIONE!**

I CERTIFICATI DI IDONEITA' SPORTIVA SCOLASTICA SONO RILASCIATI GRATUITAMENTE SOLO PER LE ATTIVITA' SPORTIVE E I GIOCHI DELLA GIOVENTU' NON SONO GRATUITI I CERTIFICATI PER L'EDUCAZIONE FISICA

PER OTTENERE IL CERTIFICATO GRATUITAMENTE OCCORRE PRESENTARE AL MEDICO LA RICHIESTA DELLA SCUOLA CHE RIPORTI:
-LE GENERALITA' DELL' ALUNNO PER CUI SI RICHIEDE
-LA DICHIARAZIONE CHE TALE CERTIFICATO E' GRATUITO IN QUANTO RICHIESTO PER LE ATTIVITA' DI CUI AL DM. 28/2/83
-DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA IN ORIGINALE DALL' AUTORITA' SCOLASTICA RICHIEDENTE

NON SONO VALIDE RICHIESTE CHE NON RIPORTINO QUESTI DATI
NON SI ACCETTANO MODULI CON FIRMA FOTOCOPIATA
Il modulo verra' trattenuto dal medico, che rilascerà certificazione a parte.

Esempio di un cartello da esporre negli studi riguardante le certificazioni ad uso sportivo

AVVISI IMPORTANTI

Dal mese di Gennaio 2006 le riunioni sindacali presso la nostra sede di Via Merulana 272 si svolgeranno non piu' di martedì ma di giovedì sera, prima del consueto corso ECM.

Sono in fase di organizzazione incontri su problemi scottanti, come quello dei conguagli e dei controlli delle prescrizioni, con assistenza per i colleghi in difficoltà. E' previsto un corso per Animatori di Formazione, da organizzare in base al numero degli interessati.

I corsi culturali, organizzati da Franco Sciarra, si terranno, compatibilmente con le nuove disposizioni ministeriali, tutti giovedì, con un calendario che verra' comunicato e con il consueto gradevole spuntino serale.

Per informazioni piu' precise sugli orari e sugli argomenti dei corsi, la nostra Segreteria risponde al n. 064746344



Unione Nazionale Medici di Famiglia
U.Na.Me.F.
Sindacato Medici del Territorio
Unione Nazionale Medici di Famiglia e del Territorio
Via Merulana 272- 00185 Roma
Tel. 064746344 fax 064871092

Al Direttore Generale ASL.....
Al Responsabile Ufficio Ragioneria
Distretto n. ASL.....

e p.c.

Alla REGIONE

I...Sottoscritto Dr.....
Nat... A.....il.....
Residente a.....Prov.....Cap.....
Via.....N.....
Cod. Fiscale.....Cod. Regionale.....
Isctt...Negli elenchi ASL.....Distretto.....
E.Mail.....Recapiti Tel.....
Cell.....

Chiedo l'iscrizione alla Sezione.....(indicare Provincia) della U.Na.Me.F.

e delega codesta Azienda USL a trattenere dai propri emolumenti ed a versare mensilmente alla U.Na.Me.F. la quota associativa nella misura fissata dal suddetto Sindacato. La presente delega decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di iscrizione e fino alla revoca della stessa da parte del sottoscritto.

Data.....Firma.....

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03, il richiedente, nel sottoscrivere la presente, dichiara di essere informato che i dati personali forniti sono utilizzati per finalità amministrative e istituzionali UNAMEF, che è titolare del trattamento degli stessi; dichiara altresì che il conferimento dei dati è necessario alle suddette finalità; che l'omissione o l'inesattezza dei dati forniti non rende possibile l'iscrizione al Sindacato; che è un suo diritto, ai sensi dell'articolo 7 della succitata legge, essere informato sulla esistenza, variazione e trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Acconsente, infine, alla comunicazione dei dati agli uffici Amministrativi ASL di competenza al fine degli adempimenti relativi alla ritenuta mensile a favore del Sindacato

Data.....Firma.....

Al Preside/Direttore Didattico della scuola
Spett. Preside/Direttore,
Poiche' ci sono stati segnalati spiacevoli episodi in merito alla richiesta di certificazioni mediche a titolo gratuito, con la falsa motivazione dei Giochi della Gioventu' ma in realta' finalizzati alle lezioni di Educazione Fisica curricolari o ad altre attivita' ludiche non rientranti nel disposto di legge, la invitiamo a prendere i doverosi provvedimenti affinche' tali abusi non vengano a verificarsi.
Ricordiamo che le uniche certificazioni scolastiche obbligatorie e gratuite per legge sono:
le certificazioni obbligatorie ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente e cioè':

- gli alunni che svolgono attività fisico sportiva organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle federazioni sportive nazionali o agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982;
- coloro che partecipano ai Giochi della Gioventu', nelle fasi precedenti quella nazionale.

In particolare:

- le attività parascolastiche fisico-sportive (lettera a) sono attività svolte in orario extracurricolare, caratterizzate da competizione tra atleti
- Per la partecipazione ai Giochi della Gioventu' e ai giochi sportivi studenteschi (lettera b e c) e' richiesta la certificazione di buona salute esclusivamente per gli alunni a cio' selezionati, per le fasi preparatorie.
- Non e' richiesta alcuna certificazione per la partecipazione alle lezioni di educazione fisica.** Qualora richieste dalla scuola per proprie necessita', tali certificazioni **non rientrano tra quelle da rilasciarsi a titolo gratuito**
- Non necessitano di certificazione le attività ginnico-motorie con finalita' ludico-ricreative, ginnico-formative, riabilitative o rieducative.** Qualora richieste dalla scuola, tali certificazioni **non rientrano tra quelle da rilasciarsi a titolo gratuito.**

Le certificazioni gratuite di cui ai punti a, b e c, vanno rilasciate a seguito di specifica richiesta dell' autorità scolastica. Perche' tale richiesta sia valida essa deve essere:

nominativa per ciascun alunno selezionato
deve riportare l' **esplicita dichiarazione che rientri nelle categorie di cui al DM 28/2/83**, specificando la tipologia dell' attività sportiva per cui si richiede l' idoneità.

Deve essere **sottoscritta in originale** dall' Autorita' scolastica richiedente.

In mancanza di queste caratteristiche, la richiesta non verra' presa in considerazione.

La dichiarazione scolastica che **attesti falsamente** quanto richiesto dal DM 28/2/83 al fine di far ottenere gratuitamente una prestazione che dovrebbe essere onerosa, costituisce per il P.U. un illecito che verra' segnalato da questa Associazione a tutte le sedi competenti, anche penali.

La preghiamo quindi di emanare con cortese urgenza precise e vincolanti disposizioni in merito affinche' venga evitata una spiacevole e dannosa conflittualita'.
Distinti saluti

Esempio di lettera da inviare via fax alle scuole che abusano di richieste di certificazioni ad uso sportivo

SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE per attività sportive non agonistiche di cui al DM 28/2/83

.....li,

Cognome.....Nome

nato/a a.....il,

residente a

Iscrizione al S.S.N.

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica delle attività di cui al DM 28/2/1983

Certificato rilasciato gratuitamente in quanto finalizzato unicamente alle attività scolastiche extracurricolari di cui al DM 28/2/1983.

Non utilizzabile per fini o ambiti differenti. Ogni altro utilizzo e' abusivo, e verra' denunciato alle Autorita' competenti.

In fede

.....

Sopra: esempio di certificato ad uso sportivo scolastico

PRIVACY



Alcuni delegati del Lazio del gruppo UNAMEF-AMI in una pausa dei lavori congressuali.

Si cementa sempre più l'unità di intenti per la difesa e il progresso della Professione Medica

CITIFLUX CLASSE A

**soluzione da nebulizzare 0,1 %
flacone 30 ml**

**soluzione da nebulizzare 0,1 %
15 contenitori monodose 2mg/2ml**

**R03BA03
flunisolide**

