



ASSOCIAZIONE MEDICA

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

ANNO 17 - N.01
GENNAIO 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 0268/91 del 3/5/91

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

MENSILE
STAMPA: POSTEL S.P.A.

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
00185 ROMA - VIA MERULANA 272
Tel. 06/4746344 - Fax 06/4871092 E-mail: siameg@tin.it

Investire in sanità fa crescere l'economia Perché la Sanità costituisce un guadagno superiore alla spesa

Di Francesco Medici

La Sanità sale ogni anno sul banco degli imputati per l'eccesso di spesa. E ogni tre anni si ripete il solito ritornello: tagliare, razionalizzare, vendere, riconvertire, ma soprattutto risparmiare.

Non che la razionalizzazioni non servano, non che la riorganizzazione della rete ospedaliera sia inutile ma il risultato può essere quello di spendere meglio le risorse disponibili, senza tuttavia riuscire a contenerle. L'Italia risulta già tra le nazioni dove si spende meno e meglio visti i risultati finali di una buona sanità: incremento dell'invecchiamento della popolazione e bassa mortalità infantile. In proporzione al reddito nazionale, i tre paesi comunitari che oggi spendono di più per la salute sono Germania, Svezia e Francia; mentre i tre più parsimoniosi sono Grecia, Spagna e Austria. In Italia, nonostante l'accelerazione registrata nel periodo più recente, il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL risulta ancora inferiore alla media UE-15. Nell'ultimo anno sono stati pubblicati tre studi:

Il rapporto OMS sui temi "economia e salute" (diretto da Jeffrey Sachs), il rapporto della Confindustria "il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale" del prof. Nicola Quirino e la Relazione di "Meridiano Sanità" del gruppo Ambrosetti.

Tutte e tre gli studi, in modo diverso affrontano il problema della spesa sanitaria in rapporto al PIL (prodotto interno lordo).

Secondo il Ministero dell'Economia, la voce Sanità rappresenta quasi il 25% degli oltre 348 miliardi di euro della spesa per prestazioni di protezione sociale in Italia. La voce principale nella spesa per protezione sociale è la Previdenza, che copre una fetta pari al 68,7%; la quota più bassa spetta all'Assistenza (7,6%).

Nel 2004, la Spesa Sanitaria Pubblica ammonta a circa 88,5 miliardi di euro, che corrisponde al 6,5% del Pil nazionale. Le principali componenti

risultano: Assistenza Ospedaliera (42,3% della Spesa Sanitaria, pari al 2,8% del Pil); Farmaci (13,5% della Spesa, 0,9% del Pil); Altri Servizi Sanitari (11,6% della Spesa e 0,8% del Pil); Case di cura private (8,4% di spesa e 0,6% del Pil). Nel periodo 1996-2004, la Spesa Sanitaria Pubblica è cresciuta complessivamente di 36,8 miliardi di euro, pari a un tasso di crescita annuo del 6,95% contro un tasso di crescita del Pil nominale che nello stesso periodo si è attestato poco oltre il 4%.



Verifiche al Policlinico Umberto I

Nuove Note AIFA

All'interno o schema esemplificativo delle nuove note AIFA, da tenere sempre con sé

Note AIFA:

Il legislatore stabilisce le seguenti regole generali:

- a) il contenuto delle note non modifica le informazioni contenute nella scheda tecnica delle singole specialità medicinali;
- b) le note non hanno valore retroattivo e non incidono sui trattamenti iniziati in data anteriore all'entrata in vigore del presente provvedimento, fino a successivo controllo del medico prescrittore o della struttura specialistica.

Queste le principali novità per le note di maggior impiego:

l'abolizione delle note 9 e 9-bis e il fatto che la prescrizione del clopidogrel a carico del SSN rimane vincolata all'adozione del Piano Terapeutico.

Nota 1: Il limite d'età di 75 anni per la gastroprotezione è stato sostituito dalla dizione "età avanzata" indicata, nel commento, intorno ai 65 anni

Nota 4 Prescrizione di gabapentin e pregabalin solo per il dolore neuropatico dovuto a nevralgia post-erpetica, a neuropatia correlata a neoplasia ed a neuropatia diabetica (in quest'ultimo caso ammessa anche la duloxetine). Non c'è limitazione di rimborsabilità per le indicazioni: epilessia (gabapentin e pregabalin) e depressione (duloxetine).

Nota 13: Nuove indicazioni per la prescrizione di statine, fibrati, simvastatina + ezetimibe e omega 3. Non più previsto il Piano Terapeutico per atorvastatina 40 mg, rosuvastatina 40 mg e simvastatina + ezetimibe.

Nota 51: La prescrizione di goserelina, triptorelina e leuprorelina è prevista anche per il carcinoma della mammella.

Nota 66: I coxib vengono sostanzialmente equiparati ai FANS tradizionali

(scompare la dicitura "pazienti ad alto rischio per complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore", pur con qualche riserva).

Nota 78: Il piano terapeutico per i colliri antigliucoma sottoposti a nota può essere redatto da qualunque specialista in oculistica e non più dai soli specialisti operanti nei centri di riferimento.

Nota 79: diviene più articolata (e anche più complicata). Cade il criterio della pregressa frattura vertebrale.

Nota 88

La prescrizione SSN dei cortisonici topici richiede solo la diagnosi di un medico specialista e non già di uno specialista operante in centro di riferimento.

All'interno una tavola riepilogativa

Nuovo Anno, Nuovi Tickets

Di Angelo Filardo

E si cari amici e colleghi, iniziamo da serie carte dei servizi e ancor di più questo 2007 subito con un regalo per le tasche di noi cittadini, certamente non tanto piene, visto le diverse imposte e aumenti immessi nell'ultima finanziaria. L'introduzione dei tickets al pronto soccorso per i cosiddetti codici bianchi sono, per me comune mortale, quanto di più assurdo si può applicare ad un soggetto che in situazione di necessità si rivolge a quel luogo deputato all'emergenza e urgenza. Siamo arrivati al colmo di far pagare solo l'idea di sentirsi male e di avere una risposta rassicurante al proprio malessere, la cosa è tanto più triste se si pensa che una persona va al pronto soccorso e aspetta di essere visto e visitato, non per il piacere di trascorrere del tempo così tanto per fare qualcosa, ma perché tale iniziativa, perlopiù personale, scaturisce da diverse e plausibili cause, non ultima la paura e la necessità immediata di una risposta tranquillizzante. Sicuramente l'utilizzo eccessivo ed inappropriato del pronto soccorso è un'evidenza sotto gli occhi di tutti ma da qui ad intromettere una tassa sul sentirsi male ce ne vuole. Bisogna lavorare sulla cultura delle persone, rendere più facile il rapporto con il proprio medico curante sviluppando sistemi in cui il cittadino in qualsiasi momento si senta assistito e curato per quello che veramente ha e non fargli pagare un'ulteriore gabbella per un soggettivo sospetto di patologia. Tante sono state le iniziative per porre un freno a questo cattivo utilizzo di un servizio essenziale per tutti noi, basti ricordare l'ultima in ordine cronologico "le UCP" nuovo servizio in cui gli studi dei medici di famiglia sono aperti ormai ininterrottamente dalla mattina alla sera, disponibili alle necessità del cittadino, eppure anche questo non sembra essere sufficiente, si va ancora al pronto soccorso. Questo stato di cose evidentemente ha delle falle, dove cercarle? Sicuramente il sistema informativo non è adeguato ad una volontà politica e di sistema per ridurre le inapproprietezze, perché quando si decide di fare bisogna prima pensare, poi valutare e quindi sperimentare per non incorrere in atti che diventano anche di difficile applicazione creando solo confusione sia tra gli operatori sanitari che tra i cittadini. Risolvere il problema non è certo facile, con i tickets sono convinto che non si raggiungerà l'obiettivo, al massimo miglioreranno le casse dell'ASL, più utile risulterebbe a mio avviso, un'adeguata informazione accompagnata

da serie carte dei servizi e ancor di più questo 2007 subito con un regalo per le tasche di noi cittadini, certamente non tanto piene, visto le diverse imposte e aumenti immessi nell'ultima finanziaria. L'introduzione dei tickets al pronto soccorso per i cosiddetti codici bianchi sono, per me comune mortale, quanto di più assurdo si può applicare ad un soggetto che in situazione di necessità si rivolge a quel luogo deputato all'emergenza e urgenza. Siamo arrivati al colmo di far pagare solo l'idea di sentirsi male e di avere una risposta rassicurante al proprio malessere, la cosa è tanto più triste se si pensa che una persona va al pronto soccorso e aspetta di essere visto e visitato, non per il piacere di trascorrere del tempo così tanto per fare qualcosa, ma perché tale iniziativa, perlopiù personale, scaturisce da diverse e plausibili cause, non ultima la paura e la necessità immediata di una risposta tranquillizzante. Sicuramente l'utilizzo eccessivo ed inappropriato del pronto soccorso è un'evidenza sotto gli occhi di tutti ma da qui ad intromettere una tassa sul sentirsi male ce ne vuole. Bisogna lavorare sulla cultura delle persone, rendere più facile il rapporto con il proprio medico curante sviluppando sistemi in cui il cittadino in qualsiasi momento si senta assistito e curato per quello che veramente ha e non fargli pagare un'ulteriore gabbella per un soggettivo sospetto di patologia. Tante sono state le iniziative per porre un freno a questo cattivo utilizzo di un servizio essenziale per tutti noi, basti ricordare l'ultima in ordine cronologico "le UCP" nuovo servizio in cui gli studi dei medici di famiglia sono aperti ormai ininterrottamente dalla mattina alla sera, disponibili alle necessità del cittadino, eppure anche questo non sembra essere sufficiente, si va ancora al pronto soccorso. Questo stato di cose evidentemente ha delle falle, dove cercarle? Sicuramente il sistema informativo non è adeguato ad una volontà politica e di sistema per ridurre le inapproprietezze, perché quando si decide di fare bisogna prima pensare, poi valutare e quindi sperimentare per non incorrere in atti che diventano anche di difficile applicazione creando solo confusione sia tra gli operatori sanitari che tra i cittadini. Risolvere il problema non è certo facile, con i tickets sono convinto che non si raggiungerà l'obiettivo, al massimo miglioreranno le casse dell'ASL, più utile risulterebbe a mio avviso, un'adeguata informazione accompagnata

ALL' INTERNO Protocollo, no grazie

Effetti collaterali neurologici delle statine

Sindromi da stress e "Convogliatore di Radianza Modulante"

Confermato il rinnovo della leadership FIMMG

Rispetto delle indicazioni in scheda tecnica anche in ospedale Non è più ammessa la prescrizione off-label

Medico che sbaglia non risarcisce, se non c'è vero danno

Paracetamolo e propossifene: molto usati ma non esenti da rischi

ALTACLOR

CLASSE A

750 mg - compresse a rilascio modificato - 6 compresse

J01DA08 cefaclor



PROTOCOLLO: NO GRAZIE!

I protocolli sanitari non devono legare il medico a scelte predeterminate

Sono giorni che sentiamo ripetere da amici colleghi... "Hai saputo in Liguria hanno obbligato i medici a prescrivere i "generici"... "Mi hanno detto che a Latina stanno proibendo di utilizzare il Lansoprazolo!"... "In Veneto c'è un prontuario regionale..."

Insomma a sentire le voci, (come Giovanna D'arco) sembra che tutti i Governatori delle regioni d'Italia si stiano organizzando per ridurre la spesa sanitaria croce e delizia di tutti i governi regionali! Ma quale sarà il metodo? Probabilmente stiamo andando incontro alla creazione dei famigerati protocolli che oggi sono mascherati dalla "linea guida". Facile spiegare a chi ha figli cosa sia il protocollo! Basta rivedere Cenerentola II° di Walt Disney e subito ci si fa un'idea. Certo per un professionista essere sottoposto ad un protocollo rappresenta molti vantaggi! Primo fra tutti non avere alcun tipo di rischio medico legale. Infatti, applicando strettamente le regole dei protocolli ad ogni singola malattia nessuno potrebbe essere più accusato dal malato o dagli avvocati di cattiva pratica clinica (*Malpractice* come dicono gli anglosassoni). Certo dopo pochi anni di "professione" applicando i protocolli (sostantivo sottilmente differente da linee guida) non solo la noia e la routine distruggerebbero quello che per alcuni romantici resta l'arte più

affascinante del mondo, ma permetterebbe ai venditori di enciclopedie mediche di garantire, senza ombra di dubbi che la laurea in medicina e chirurgia è assolutamente inutile. Infatti chi sprecherebbe sei più tre/cinque anni della sua vita per studiare per ottenere una laurea che non necessita di conoscenze specifiche ma solamente del riconoscimento di sintomi ai quali dovrà essere applicata una terapia che viene prevista da uno specifico protocollo. Praticamente da una

dovrebbe essere il lavoro del medico inteso nel senso più generale del termine. In fatti il concetto di *sincizio* nasce dalla conoscenza del fatto che ogni organismo uni o pluricellulare ha una risposta agli agenti esterni differente da un altro e che, con ogni probabilità, la risposta anche agli agenti chimici è differente in base ad ogni singolo metabolismo.

Probabilmente noi, come Cenerentola al palazzo reale, dovremmo imporci di non perdere la nostra identità di medici e impedire che un qualunque re despota o sindacalista che possa permettersi di trasformare questa nobile professione in un servizio che possa essere svolto direttamente e a basso costo da un centralista (operatore di call center come vuole la lingua anglosassone) con tutti i rischi che comporta per NOI cittadini una scelta disennata di questo tipo!

Quindi se l'obiettivo di tutti i governatori resta quello di risparmiare, sarebbe opportuno che qualcuno ricordasse agli stessi quali siano stati gli obiettivi che il neonato SSN del 1978 si era prefissato al momento della sua salita dalle ceneri delle Mutue. Certo l'unica difficoltà è, come sempre, applicare le regole e farle rispettare... Ma, per questo, esistono i sindacati, ma solo quelli con la S maiuscola!

Paolo Marotta (Tesoriere dello SMI-Lazio)

professione passeremmo rapidamente ad un lavoro impiegatizio di trasferimento e di decriptazione di dati! Che tristezza... In realtà grazie all'inconsistenza ed all'ignoranza non solo dei nostri politici (comprensibile, visto anche le trasmissioni televisive di getta pubblicità che si vedono sulle reti televisive e radiofoniche) ma soprattutto dei rappresentanti di categoria stiamo dimenticando quello che



Le linee guida in sanità: la gabbia dell'esperienza

Lo sguardo altrui rende onesti

"Sentirsi osservati" stimola il nostro lato sociale

Per prelevare la bevanda dal distributore bastava premere il pulsante; lì si andavano messi in una cassetta collocata su un tavolino lì a fianco. Su un poster appeso alla parete erano riportati i prezzi delle diverse bevande. Ogni settimana il poster veniva cambiato, alternando soggetti floreali all'immagine di una persona che fissava chi si avvicinava al distributore. Alla fine dell'esperimento, durato vari mesi, i ricercatori del Dipartimento di psicologia e scienze comportamentali dell'Università di Newcastle hanno potuto constatare che il tipo di poster influenzava in maniera significativa il comportamento di quanti si servivano a quel distributore: in media, quando era affisso il poster con il viso che scrutava, il contenuto della cassetta (rapportato ai consumi) era 2,76 volte superiore a quello presente nelle settimane in cui c'era il poster floreale. Secondo i ricercatori, che descrivono la ricerca sull'ultimo numero della rivista della Royal Society "Biology Letters", ciò sarebbe dovuto al fatto

che il nostro cervello è programmato per identificare in modo particolarmente sensibile i volti e gli occhi, e che il loro effetto è tale da far tendere a un comportamento cooperativo: se sono onesto con te, domani sarai onesto con me. (Il viso ritratto nel poster cambiava per sesso e orientazione del capo, ma fissava sempre i soggetti.) Ricadute pratiche della ricerca? Per fare solo un esempio, sui tratti autostradali in cui un segnale indica la presenza di una telecamera di controllo potrebbe essere utile sostituire o affiancare all'immagine stilizzata della telecamera un viso scrutatore: la prima viene infatti percepita come uno stimolo artificiale, di poco conto, il secondo è automaticamente e inconsciamente recepito come una presenza umana. Una curiosità: le "cavie" dell'esperimento erano colleghi del centro di ricerca dell'università, tenuti accuratamente all'oscuro dell'esperimento. (lescienze.it, riportato dal Bollettino O.M. di Padova)

Effetti collaterali neurologici delle statine

Amnesie drammatiche, vertigini, alterazioni cognitive

In una lista di discussione medica (Ippocrate www.listaippocrate.it) sono stati discussi e sottolineati alcuni effetti collaterali neurologici, rari ma estremamente importanti della terapia con statine.

Il primo è quello di vertigini, anche persistenti e importanti.

Va detto innanzitutto che le schede tecniche di questi farmaci riportano tra gli effetti collaterali la vertigini o capogiri. Si tratta di un evento (effetto collaterale o indesiderato)

plausibile da verificarsi in questa tipologia di pazienti per il semplice e inequivocabile fatto che l'associazione farmacologica tra statine e farmaci ipotensivi può determinare una ulteriore riduzione della PA e quindi, nei soggetti vascolotici con inadeguata regolazione barorecettoriale, la comparsa di una sintomatologia vertiginosa soggettiva (vedi ad esempio Sandra G Boodman. Statins' Nerve Problems. Washington Post, September 3, 2002). Viene inoltre segnalato che la dottoressa Golomb (Beatrice A. Golomb, MD, PhD on Statin Drugs, March 7, 2002 (www.coloradohealthsite.org/topics/interviews/golomb.html) ha scoperto che il 15% dei pazienti che assume le statine sviluppa anche effetti collaterali di tipo cognitivo.

Il più straziante è l'amnesia globale transitoria - una completa perdita della memoria per un breve o lungo periodo - descritta dall'ex astronauta Duane Graveline nel suo libro "Lipitor: Ladro di Memoria".

Le persone colpite riferiscono di episodi sconcertanti di completa perdita di memoria - arrivare in un negozio e non ricordarsi perché si è lì, dimenticandosi il proprio nome e quello dei familiari, incapaci di trovare la strada per casa una volta in macchina. Questi episodi capitano improvvisamente e scompaiono altrettanto improvvisamente.

Graveline sottolinea che siamo tutti a rischio quando qualcuno assume le statine: viene ipotizzato il caso di un pilota che venga a trovarsi in tali condizioni durante il suo turno di lavoro. Un collega ospedaliero italiano ha riferito di averne visti due casi in Pronto Soccorso. La cosa curiosa da lui riferita è che oltre all'amnesia globale è presente anche un notevole distacco dal problema, vale a dire che il



paziente non si preoccupa più di tanto dell'amnesia, non sembra esserne particolarmente disturbato (e questo anche se non si ricorda nemmeno il suo nome né il volto della moglie).

La condizione è poi tanto più curiosa in quanto non vi è alcun altro tipo di sintomo fisico o psicologico, e questi pazienti riferiscono di sentirsi assolutamente bene.

La presenza di effetti neurologici, seppure vari, è segnalata per tutte le statine:

Simvastatina http://www.fda.gov/MedWatch/SAFETY/2005/MAY_PI/Zocor_PI.pdf

Atorvastatina <http://www.fda.gov/cder/pediatric/labels/Atorvastatin.pdf>

Lovastatina <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/19643s711bl.pdf>

Rosuvastatina <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2005/21366slr0051bl.pdf>

Pravastatina <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/19898s0521bl.pdf>

Problemi del genere sono stati anche segnalati dal Bollettino di Farmacovigilanza n. 44, febbraio 2006.

<http://www.farmacovigilanza.org/>: una review del 2003 (Pharmacotherapy 2003) prendeva in esame 60 casi di amnesia associata a varie statine, mentre nell'ottobre 2005 il Canadian Adverse Reaction Newsletters riferiva di altri 19 casi.

Una ricerca condotta nella banca dati OMS ha evidenziato in totale 339 report di amnesia associata all'uso di statine. Veniva riscontrata un'associazione più frequente con atorvastatina e simvastatina, anche se nessuna statina risultava completamente esente. In un certo numero di casi (ma non in tutti) si osservava un recupero della memoria dopo interruzione del trattamento.

Veniva ipotizzato, per spiegare il fenomeno, con il fatto che le statine, e soprattutto quelle più lipofile, potrebbero ridurre il livello di colesterolo delle cellule neuronali al di sotto della soglia critica necessaria per la sintesi della mielina. La demielinizzazione delle fibre nervose sarebbe quindi la causa della perdita di memoria. DZ

CEFIXORAL®

J01DA23

cefixima

CEFIXORAL®

Deposito presso il Min. San. in data 2/11/07



Menarini, salute senza confini

Sindromi da stress e "Convogliatore di Radianza Modulante"

Tecnologie al servizio delle neuroscienze

Mal di testa ricorrenti, dolori muscolari o articolari che rendono difficile lo svolgimento della vostra giornata, allergie che non vi danno tregua, cistiti o vaginiti che si ripresentano nonostante le terapie del caso, stanchezza cronica difficilmente spiegabile... Oggi sempre più si tende a considerare solo alcuni esempi di un ben più ampio repertorio di sindromatologie o patologie di difficile inquadramento diagnostico e di ancor più complesso e adeguato trattamento terapeutico.

Spesso tutti gli esami clinici cui si sottopone il paziente hanno dato esito negativo.

Ma il paziente continua a stare effettivamente male.

Il medico non sa più quali ulteriori accertamenti diagnostici fare e conseguentemente quale terapia prescrivere.

In tutti questi casi il disturbo può essere "stress correlato" e avere un'origine neuropsicofisiologica. Nel tentativo di spiegare il legame tra gli stress emotivi e le patologie la medicina psicosomatica ha ridotto alla sola dimensione psicologica la causa di malattie associate in modo caratteristico alle emozioni rendendo impossibile la spiegazione dei meccanismi con cui le emozioni condizionerebbero il nostro stato di salute. Questo ha fatto sì che i disturbi psicosomatici divenissero competenza più dello psicologo che del medico.

Negli ultimi anni, anche grazie ai nuovi studi di neuroscienze siamo arrivati a definire come le emozioni siano di fatto reazioni biologiche esattamente allo stesso modo di tutte le altre reazioni fisiologiche organiche.

Questa caratterizzazione delle emozioni ci permette di meglio valutare l'incidenza e il ruolo delle emozioni nella genesi e nello sviluppo delle malattie.

Sono malattie o sindromatologie che possono seguire, a breve o a lunga distanza di tempo, alcune situazioni ambientali a grande risonanza affettiva quali un lutto, una frustrazione lavorativa, una delusione sentimentale, il pensionamento. Ma tali reazioni possono essere anche il frutto di sollecitazioni esterne apparentemente innocue che avvengono quotidianamente, istante per istante della nostra vita, in modo per noi del tutto inconsapevole.

I processi psicologici possono influenzare fino anche a modificare varie strutture del nostro Sistema Nervoso che a loro volta regolano diverse funzioni organiche quali il Sistema Ormonale, il Sistema Vegetativo, il Si-

stema Immunitario, il Sistema Miocardico-Articolare.

Questo implica che il nostro Sistema Nervoso può contribuire ad indurre o ad aggravare malattie o sindromatologie in vari ambiti specialistici.

Oggi sempre più si tende a considerare la malattia non come semplice "effetto di una singola causa", questo concetto è stato sostituito con una visione multifattoriale secondo la quale ogni evento patologico è conseguente all'intrecciarsi di molti fattori, tra i quali sta assumendo sempre maggior importanza il fattore psicologico. Queste considerazioni ci hanno indotto ad analizzare l'influenza dell'ambiente (stress) come causa di insorgenza e il peggioramento di vari patologie o sindromatologie.

Il problema più grave della reazione di stress è che quando tende a cronicizzare determina profondi danneggiamenti di diversi organi ma anche delle funzioni cerebrali.

Ma c'è di più: il cervello immagazzina tali inadeguate reazioni nelle proprie memorie. Per cui continueranno a condizionarci nostro malgrado in quanto divengono impropriamente funzionali alla sopravvivenza, anche a discapito del complessivo nostro stato di salute. Questi meccanismi sono definiti meccanismi adattativi disfunzionali.

Una volta che lo stress si è cronicizzato i disturbi e le patologie possono permanere anche quando l'organismo non si trova di fronte ad agenti esterni potenzialmente stressanti: alla lunga si perde anche lo stretto rapporto causale-effetto.

A questo punto qualsiasi strategia antistress (attività fisica, prendersi una vacanza, migliorare il proprio stile di vita, tecniche di rilassamento, terapie farmacologiche ecc) divengono totalmente inefficaci a contrastare tali reazioni disfunzionali.

Tali considerazioni ci hanno indotto a cercare nuove strategie terapeutiche in grado di permettere il recupero di corretti meccanismi di controllo neuro-psico-motorio sul nostro organismo. Ma innanzi tutto come facciamo a capire se i disturbi o la patologia lamentata da un nostro paziente possa essere condizionata dai meccanismi dello stress?

Dalla letteratura scientifica ci giunge un aiuto inaspettato per la diagnosi di meccanismi adattativi disfunzionali. I biologi evoluzionisti hanno scoperto che gli esseri viventi vegetali, animali e l'uomo risultano geneticamente

simmetrici. La costrizione pro-

lungata dell'adattamento all'ambiente, produce le asimmetrie visibili anche nella struttura muscolare e somatica delle persone. Se noi riproducessimo le due parti sinistre o destre del nostro corpo e le unissimo specularmente, avremmo due persone diverse. Questo fenomeno

prende il nome di "Asimmetria Fluttuante" e rappresenta un aspetto clinico della presenza di meccanismi adattativi disfunzionali.

Ma dove possiamo evidenziare questa perdita di simmetria?

Proprio nell'atteggiamento neuro-psico-motorio.

Quindi per poter capire se il soggetto ha subito gli effetti dello stress ambientale basta analizzare il suo schema neuro-psico motorio espressione del suo complessivo stato di relazione ambientale.

Inoltre una riduzione o una scomparsa dei meccanismi che sostengono le asimmetrie rappresentano lo "sblocco" verso il recupero di una miglior capacità dell'organismo di reazione all'ambiente.

Nessuno avrebbe mai pensato che il nostro cervello fosse in grado di riconoscere le alterazioni prodotte dallo stress e avesse la capacità naturale di ripristinare i corretti meccanismi di controllo biologico.

Grazie allo sviluppo di una innovativa tecnologia biomedica abbiamo trovato, per così dire, la chiave per aprire la serratura che consente di comunicare con il nostro cervello per fargli riconoscere le alterazioni prodotte e stratificate dallo stress nel corso della nostra vita.

La "chiave della serratura" è il cuore dell'innovazione terapeutica e si chiama CRM, Convogliatore di Radianza Modulante.

Il principio su cui si basa il CRM® è quella di "evidenziare" al Sistema Nervoso, le alterazioni inconsapevolmente subite dallo stress ambientale.

Il CRM® raccoglie informazioni sullo stato dell'intero organismo e le convoglia al "computer biologico" dell'individuo, cioè al S.N.C.

Lo scopo della CRM Terapia® è quello di ottimizzare le risposte del Sistema Nervoso Centrale e quindi di tutto l'organismo nei confronti delle alterazioni inconsapevoli indotte dallo stress creato dalla continua interazione con l'ambiente.

L'azione del CRM® non è invasiva, è indolore, non richiede la collaborazione del paziente ed è priva di qualsiasi effetto collaterale.

Alla prima applicazione scompare stabilmente la dismetria degli arti inferiori (attivazione asimmetrica di gruppi muscolari simmetrici), quale primo segno evidente di attivazione della terapia di ottimizzazione.

L'Istituto Rinaldi Fontani organizza Master di II° livello per formare i medici su l'Ottimizzazione Neuro Psico Fisica insieme alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze. E' sede italiana dell'ISNPO, International Society of Neuroscience for Neuro Psycho Physical Optimization.

Salvatore Rinaldi e Vania Fontani medici docenti e membri del comitato ordinatore del

Master di II° livello In Ottimizzazione Neuro Psico Fisica® e CRM Terapia® Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Firenze www.irf.it

Novità dalla rete—Qua e là su Internet—

A cura di Navigator

CENTRO SPORTIVO ITALIANO AD ASSISI Numerosissimi i vantaggi derivati da una regolare attività sportiva aerobica nei vari distretti: encefalo, metabolismo, apparati locomotori, cardiovascolare, respiratorio, digerente. Nello sport competitivo è indispensabile l'allenamento. Lo sport, oltretutto "laboratorio" di salute, è anche laboratorio di vita e di promozione umana.



nali, materiale umanitario, microscopi e attrezzature per allestire 3 camere operatorie.

In una recente serata conviviale, promosso dal Lions Club Roma Colosseo, il Generale Carboni - per le sue iniziative altamente umanitarie - ha ricevuto dalle mani del Primario Medico Prof. Alessandro Ciamicchella, Presidente del Club, il "Melvin Jones", la più alta onorificenza della "International Association of Lions Club" a ricordo del suo fondatore (Chicago, Illinois, 1917).

Questi sono stati alcuni dei temi trattati nel Congresso nazionale che ogni anno il Centro sportivo italiano organizza ad Assisi. Il perdurante problema del "doping" nello sport (un progetto del C.S.I. "Sport per tutti, doping per nessuno") sta rendendo necessaria la costituzione nel C.S.I. di un "Comitato di Bioetica dello Sport": come componenti sono candidati fra gli altri, il Dott. Mario Bernardini, Capo-ufficio stampa dell'Ordine dei Medici, il Dott. Franco Sciarra, Consulente scientifico dell'Associazione medica it., e il Dott. Carlo Simili, Primario radiologo e Ispettore medico del Corpo di Soccorso dell'Ordine di Malta.

Al Congresso - che ha visto confluire da ogni regione italiana circa 900 partecipanti (allenatori, medici, arbitri, volontari) - hanno portato un contributo anche il Ministro per le Politiche giovanili e le attività sportive Giovanna Melandri, e il presidente del CONI Gianni Petrucci. Lo sport, come hanno sottolineato il Presidente del C.S.I. Edio Costantini e i suoi collaboratori, è prezioso anche per un sano equilibrio psichico dei giovani. Per un campo sportivo in più: un tossicodipendente in meno, un posto-letto libero in ospedale, un carcere meno sovraffollato.

IN AFRICA LA SANITA' MILITARE DELL'AERONAUTICA Nel Togo, nel Ghana e nel Mali - tre Stati dell'Africa subsahariana senza acqua potabile e dove ogni giorno si muore per fame o per malattia infettiva - l'AFMAL e il CSA stanno svolgendo da alcuni anni attività di solidarietà internazionale, in chiave di volontariato.

L'AFMAL, "Associazione Fatebenefratelli per malati lontani" è stata costituita da numerosi Ospedali religiosi di varie città italiane. Il CSA, "Corpo Sanitario Aeronautica", è ora guidato dal Dott. MANLIO CARBONI, Generale Ispettore e Medico Oculista che, proprio per la sua disciplina, ha organizzato e continua a promuovere iniziative in Africa, per diagnosticare e curare in loco bambini e adulti con problemi oculistici. Nel dicembre u.s. l'8° Missione si è recata nella Repubblica del Mali: a bordo del C-130J della 46° Brigata aerea sono state imbarcate oltre 10 tonnellate di medici-

GENE LOX-1 E MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Il gene LOX-1, patologico, implicato nelle varie fasi dell'aterosclerosi, ha il suo recettore su parecchi substrati: cellule endoteliali e muscolari lisce, monoliti-macrofagi, piastrine, microvasi della placca aterosclerotica in fase avanzata. Le LDL ossidate ne stimolano l'espressione con numerose conseguenze negative: migrazione di cellule muscolari lisce, di monociti-macrofagi e di fibroblasti dentro l'endotelio (con formazione di cellule schiumose), mediata dalla chemochine e dalle molecole di adesione quali l'MCP, la P- e la E-selectina, le VCAM e le ICAM. Risultato finale l'ateroma.

Il recettore del LOX-1 è connesso anche con l'IPERTENSIONE (l'Angiotensina II lo aumenta, gli ACE-inibitori lo riducono) e con il DIABETE (il glucosio lo accresce sui macrofagi e sull'endotelio). Esso poi attiva le piastrine e favorisce la formazione del trombo.

Uno studio su 250 pazienti, dei quali la metà con precedente infarto miocardico, ha evidenziato in questo gruppo un alto tasso ematico del gene LOX-1. Ciò spiega bene come alcuni individui con colesterolo elevato e/o ipertensione non vedano incontro ad eventi circolatori proprio perché non hanno il LOX-1. Diagnosi: ricercare il LOX-1 nella saliva dell'esaminando con un "cotton floc".

STEATOSI EPATICA NON ALCOOLICA

L'enorme diffusione dell'ecografia epatica ha dato un forte impulso alla conoscenza del "fegato grasso". Questa sindrome è caratterizzata da epatomegalia molle e da fegato iperecogeno e "brillante" all'esame eco in soggetto non bevitore e talora da aumento lieve-moderato delle transaminasi. Concomita spesso la SINDROME PLURIMETABOLICA: 1) diabete latente o manifesto con iperinsulinemia da insulino-resistenza; 2) ipertrigliceridemia; 3) iperuricemia; 4) ipertensione e obesità viscerale. Ne deriva aumentato rischio cardiovascolare. (Pag. 4)

PROMEMORIA:

Il Giovedì sera, presso la nostra sede, si tengono brevi riunioni sindacali con le novità del momento, seguite dalle riunioni culturali e i Corsi ECM. INTERVENITE!

ITALCHIMICI S.p.A.

Da 1957 al servizio della Classe Medica e del progresso Scientifico e Terapeutico

Rispetto delle indicazioni in scheda tecnica anche in ospedale

Non è più ammessa la prescrizione off-label

Legge n. 296 del 27.12.06, Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27.12.06 - Suppl. Ordinario n. 244

Il comma 796, lettera z), delle leggi finanziarie 2007 ritorna sulla problematica dell'impiego di un medicinale in difformità da quanto riportato in scheda tecnica, problematica già affrontata dal legislatore del 1998.

Questa volta il legislatore si rivolge principalmente, ma non esclusivamente, al medico dipendente di strutture sanitarie, stabilendo che la deroga prevista dal comma 2 dell'articolo 3 della legge 94/98 (1) "non è applicabile al ricorso a terapie farmacologiche a carico del Servizio sanitario nazionale, che, nell'ambito dei presidi ospedalieri o di altre strutture e interventi sanitari, assuma carattere diffuso e sistemico e si configuri, al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio, quale alternativa terapeutica rivolta a pazienti portatori di patologie per le quali risultino autorizzati farmaci recanti

specifica indicazione al trattamento." Il provvedimento continua, inoltre: "Il ricorso a tali terapie è consentito solo nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali di cui al decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, e successive modificazioni".

Sono previste pure sanzioni e le regioni devono provvedere "ad adottare entro il 28 febbraio 2007 disposizioni per le aziende sanitarie locali, per le aziende ospedaliere, per le aziende ospedaliere universitarie e per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico volte alla individuazione dei responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni di cui alla presente lettera, anche sotto il profilo della responsabilità amministrativa per danno erariale."

In altre parole vengono espressamente dichiarate illecite e sanzionabili certe diffuse abitudini di alcuni Centri Ospedalieri, dove le terapie off-label diventano consolidata abitudine

(1) In singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilemente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Novità dalla rete—Qua e là su Internet—

(da pag. 3)

La biopsia epatica va riservata ai soggetti oltre i 40 anni con multipli elementi della sindrome suddetta e con marcata insulino-resistenza.

Terapia: dieta, attività fisica, farmaci per dislipidemia, obesità, diabete. Non va confusa con la "Steatopatie non alcolica", che ha una ridotta aspettanza di vita. Mortalità dovuta a cirrosi, epatocarcinoma, malattie circolatorie.

EMOMETACINESIA

Detta anche emostomato, è un vastissimo campo della Fisiologia e della Patologia cardiovascolare: comprende numerosi eventi che avvengono sia nei normali atti della vita quotidiana, sia nelle affezioni del cuore e dei vasi. Consiste nello spostamento di una certa massa di sangue da un distretto organico all'altro, a seconda della variabili esigenze fisiopatologiche. Nella digestione l'afflusso ematico richiesto dall'apparato digerente sottrae sangue all'encefalo. Donde sonnolenza, e dalla cute, donde senso di freddo. Nello shock - per il marcato calo pressorio - verrebbe ridotto l'apporto ematico anche al miocardio e all'encefalo, i due organi "nobiliti" che non possono tollerare una benché minima ischemia, pena lesioni irreversibili: interviene allora una vasocostrizione compensatoria del territorio splenico, dei reni e della cute, ciò che assicura un adeguato afflusso di sangue ai due suddetti organi. Nella stenosi della suclavia, se si compie un intenso sforzo muscolare con un arto superiore, l'iperafflusso ematico richiesto da quest'ultimo - non potendo essere soddisfatto per la via naturale - avviene a spese di un'inversione del circolo nell'arteria vertebrale omolaterale: ne deriva ischemia del poligono di Willis con conseguente vertigine.

FALSE COLICHE RENALI

Due rarissimi casi di "coliche renali" anomale. Improvviso e intenso dolore al fianco sinistro. L'arteriografia digitale con sottrazione d'immagine ha bene evidenziato una trombosi totale ostruente l'arteria renale sinistra. Una immediata terapia fibrinolitica loco-regionale con Urokinasi ha dimostrato un ripristino completo del flusso ematico sulla 36° ora con ottima perfusione del parenchima renale. Dolore intenso e persistente in ipocondrio sinistro - fianco sinistro in un paziente con fibrillazione atriale cronica non adeguatamente anticoagulata. Dalla TAC total body con m.d.c. in vena è risultato un grosso trombo, parzialmente ricanalizzato, dell'arteria splenica con microtromboembolie secondarie della milza e vasto infarctamento emorragico della stessa: si è resa necessaria la splenectomia (caso di osservazione personale).

MISCELLANEA

TRAPIANTO MULTIVISCERALE IN BAMBINO. Un bimbo di 17 mesi, affetto da diffusa atresia dell'intestino e da grave insufficienza epatica, è stato operato presso gli Ospedali riuniti di Bergamo dal prof. Michele COLLEDAN. Gli organi trapiantati - fegato, stomaco, intestino, pancreas, milza - provenivano da un bambino nato morto.

DOLORE ALLA SPALLA E ANISOCORIA. A che pensare? In prima battuta sospettare la SINDROME DI PANCOAST. Un tumore dell'apice polmonare, coinvolgendo le fibre sensitive causa dolore, coinvolgendo quelle del simpatico determina anisocoria pupillare: midriasi omolaterale di tipo irritativo, miiosi di tipo parietico.

REGOLA DEL "100" NELLE USTIONI. Perché nelle ustioni la prognosi non sia severa, la somma

dell'età del paziente e della percentuale di superficie corporea ustionata non deve superare, orientativamente, il n. 100. Così ad esempio se un soggetto di 60 anni riporta un'ustione del 45% la prognosi è riservata (60 + 45 = 105). Il tutto, ovviamente, in mancanza di adeguata terapia.

"DISTRATTORE" NELLA PROTESI DEL GINOCCHIO. Nell'artrosi iniziale del ginocchio, cioè quando l'alterazione è di un solo lato, può essere utile la chirurgia mininvasiva: dopo l'osteotomia si applica un "distrattore" metallico per 2-3 mesi, per mantenere in asse la gamba. Recupero funzionale in breve tempo. Coallizzato.

LITOTRASSIA. L'onda d'urto, creata al di fuori del corpo, è indirizzata sul calcolo urinario, localizzato con la radiografia e l'ecografia: i frammenti del calcolo, in questo modo formati, vengono poi eliminati con le urine. DE GAULLE. Il generale De Gaulle non aveva simpatie per gli Stati Uniti. Affetto da diabete tipo 1 e da ipertrofia prostatica scompensata, esigeva che soltanto i suoi più diretti collaboratori sapessero che si curava con l'insulina e col catetere vescicale, entrambi di origine americana

Medico che sbaglia non risarcisce, se non c'è vero danno

Se c'è un danno estetico preesistente, e questo per giunta è molto grave, non è lecito ottenere un risarcimento per un eventuale aggravamento, che non avrebbe effettiva incidenza. Questo, all'incirca, è stato il pronun-

ziabilmente minori". Infatti risultava (e i magistrati hanno sottolineato la circostanza) che le lesioni subite in occasione della caduta erano già di notevole entità (ferita lacero contusa con interessamento



La paziente aveva riportato, in seguito di una caduta, una ferita ad una gamba per cui era stata soccorsa presso un Ente Ospedaliero, ove i sanitari avevano suturato la ferita senza però assicurare un adeguato drenaggio. Per questo motivo la ferita si era infettata costringendo i sanitari ad un intervento chirurgico. Aveva chiesto quindi un risarcimento per il danno permanente che sarebbe derivato dall'errore medico a cui era conseguito il secondo intervento.

Il Tribunale invece considerava che "con riferimento alla domanda volta al riconoscimento di un danno da invalidità permanente, ... non vi è convinta prova che detto secondo intervento abbia contribuito ad aggravare le conseguenze estetiche e funzionali dell'attrice derivanti dal pregresso sinistro".

Infatti nella consulenza d'ufficio "non vi sono elementi dai quali potersi desumere, con apprezzabile grado attendibilità che per l'attrice, in assenza del successivo intervento, le conseguenze negative, sotto il profilo della invalidità permanente, sarebbero state apprezzate".

muscolare) già di per sé idonea a cagionare esiti cicatriziali e modeste alterazioni della sensibilità. Per questo motivo l'Ospedale veniva condannato al solo risarcimento

dei danni da invalidità temporanea e parziale conseguenti al secondo intervento; veniva respinta la richiesta di risarcimento del danno permanente.

I magistrati hanno applicato, nella circostanza, i canoni consolidati della medicina legale: perché ci sia diritto ad un risarcimento, devono coesistere due elementi: la colpa dell'agente, e il danno subito dalla vittima come conseguenza della condotta colposa. Benché i sanitari avessero errato in occasione del primo intervento, avendo ommesso un adeguato drenaggio della ferita, (esisteva quindi l'elemento della colpa), l'intervento riparatore non aveva causato, di per sé, alcun danno permanente in quanto gli esiti menomativi sarebbero stati ugualmente presenti, presumibilmente nella stessa misura, anche senza l'errore dei sanitari.

Errare, quindi, non comporta automaticamente l'obbligo risarcitorio se non c'è dimostrato nesso di causalità tra l'errore e gli esiti peggiorativi.

Dani e Zamperini
Fonte: www.studiocataldi.it

Augurare disgrazie non è reato

In molti tireranno un sospiro di sollievo

I "corvi del malaugurio" stiano tranquilli: la Cassazione (V sez. penale, sentenza del 13/11/06) ha stabilito che non è reato augurare disgrazie a qualcuno.

Non è passibile di condanna penale, infatti l'auspicio (o la semplice 'previsione') che qualcosa vada male a qualcuno. Non è ravvisabile, in particolare, il reato di minacce.

E' stata così annullata la condanna inflitta appunto per minacce ad un 30enne che inviava messaggi sms mediante cellulare ad una amica (?) prevedendo e augurando che la sua attività di barista sarebbe finita male.



Per aver scritto, ad esempio, un sms che recitava "Ignorante farai la fine di tuo padre, tanto non vai avanti con il tuo baretto, perderai tutto illusa", il trentenne era stato condannato dal giudice di pace di Genzano a 350 euro di multa per il reato di ingiurie e minacce continue.

Il giovane ha presentato ricorso in Cassazione, e questa ha invece confermato che il portare jella non costituisce reato. Il famoso protagonista pirandelliano de "La

patente" potrà dormire, giuridicamente, sonni tranquilli.

Fonte ADNkronos (Data: 13/11/2006)

LA RICERCA
FARMACEUTICA
PER MIGLIORARE
LA QUALITÀ
DELLA VITA.



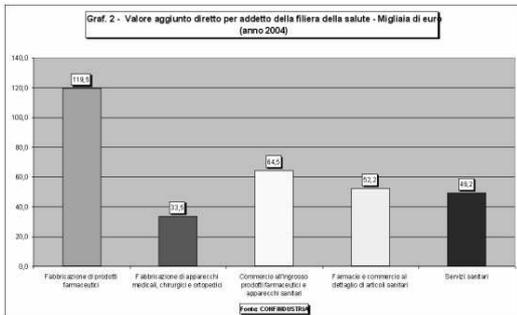
MERCK SHARP & DOHME
MERCK SHARP & DOHME S.p.A.
Via U. Foscolo, 1 - 00196 Roma
www.merck.it

Investire in sanità fa crescere l'economia

(da pag. 1)

Nel periodo tra il 2001 ed il 2004, il Patto di Stabilità interno ha determinato una decelerazione della crescita, che è passata a un +5,8% (rispetto al 7% del periodo 1996-2001). Le singole componenti di spesa hanno contribuito in maniera diversa a tale rallentamento, con accelerazione della spesa per assistenza medico-specialistica (+7,2% rispetto al +3,5%) e dell'assistenza in

considerare il problema del reperimento di sempre maggiori risorse. Ma si tratta di un problema? Il dott. Guido Riva, presidente della commissione sanità degli industriali, sostiene che la sanità rappresenta sì una spesa ma anche un'opportunità: "Se il SSN fornisce prestazioni insoddisfacenti si generano tensioni che coinvolgono i rapporti tra i cittadini e governo a tutti



case di cura private (+8,9%). Includendo la componente privata (pari a circa 24 miliardi di euro), l'ammontare della Spesa Sanitaria raggiunge i 113 miliardi di euro. L'incremento del tasso di Spesa Privata è stato trainato da un forte aumento della spesa per farmaci, che sempre nel periodo 2000-2004 ha registrato una crescita del 7% medio annuo.

Desti forti preoccupazioni l'andamento demografico con aumento della vita media (nel 2050 sarà di 83,6 anni per gli uomini e 88,8 per le donne) e il fortissimo aumento degli anziani (gli over 65 saranno il 33,6% della popolazione contro il 19,8 del 2005, che attualmente assorbe già oltre il 48% della spesa sanitaria globale. Il solo "invecchiamento" della popolazione porterebbe nel 2050 la spesa sanitaria pubblica a 255,1 miliardi pari al 9,7% del PIL. Considerando poi i progressi della ricerca con cure sempre più valide ma al contempo più costose, con ulteriore aumento della speranza di vita, il 9,7% del PIL non sarà sufficiente.

Inoltre l'aumento del livello di benessere economico porterà ulteriore incremento della spesa sanitaria, in quanto le prestazioni sanitarie si configurano dal punto di vista economico come "beni di lusso", (contrariamente a quanto si ritiene comunemente, di settore che soddisfino bisogni primari) ovvero la cui domanda aumenta più che proporzionalmente all'aumentare del reddito. L'elevata corrispondenza della domanda con il reddito è in effetti un chiaro segnale della presenza, all'interno delle prestazioni sanitarie, di beni e servizi che possono essere consumati in grandi quantità solo in una società ricca, in quanto destinate ad esempio alla protezione della salute in senso lato (prevenzione di specifiche patologie, consumo di farmaci per la riduzione dell'ansia e del dolore). Il governo della spesa sanitaria dovrà

livelli incidendo negativamente anche sui rapporti fra le parti sociali e sullo stesso svolgimento della attività economiche. La tenuta e la sostenibilità del sistema sanitario rappresentano quindi un collante, una cerniera sociale, alla quale Confindustria intende aderire con la propria forza ed autorevolezza". Quindi la spesa per la salute contribuisce a generare "pace sociale".

I soldi spesi in sanità sono immediatamente percepiti dai cittadini. Il dato è ancora più evidente nella ripartizione della spesa negli ultimi anni, in cui è cresciuto l'utilizzo della sanità pubblica in Italia. Pur aumentando la spesa complessiva, l'incremento di spesa per la sanità pubblica supera di molto quella per il ricorso a quella privata. Dunque la spesa tenderà inesorabilmente a salire, e inoltre maggiore sarà il benessere economico della popolazione maggiore sarà il ricorso alle spese per la salute diventate "bene di lusso", con maggior ricorso alla sanità pubblica.

Ma finanziare il SSN è solo una spesa? Sempre lo studio di confindustria ha cercato di quantificarne l'impatto globale sul reddito nazionale: Prendendo a riferimento la classificazione delle attività economiche predisposta dall'ISTAT (ATECO 2002), la "filiera della salute" può configurarsi come l'insieme delle seguenti attività:

- fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali;
 - fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista;
 - commercio all'ingrosso di tali prodotti;
 - commercio al dettaglio di tali prodotti;
 - servizi ospedalieri;
 - prestazioni ambulatoriali.
- Dall'ultimo Censimento industriale del 2001 si evince che le persone occupate nelle filiera della salute ammontano

complessivamente a quasi 1,4 milioni (corrispondenti a più del 6% delle forze di lavoro complessive). Molto elevata è la concentrazione degli addetti nei servizi (l'80,3% del totale), apprezzabile l'occupazione assorbita dall'industria farmaceutica e da quella per la fabbricazione di apparecchi e strumenti sanitari (10,3%). Le farmacie, nell'ambito della distribuzione commerciale, infine, sono le attività con più alto numero di addetti (quasi 68 mila).

Partendo dai dati censuari, si è provveduto ad estrapolare, per ciascun comparto della filiera, la consistenza degli occupati nel 2004. La confindustria nel suo studio va oltre e calcola, utilizzando diversi parametri, il valore aggiunto. Il valore aggiunto della filiera, dato dalla differenza tra produzione e consumi di beni e servizi intermedi, si colloca sui 73.500 milioni di euro, pari al 5,4% del PIL. In rapporto al numero degli addetti, esso tocca un valore massimo di 119,4 mila euro nell'industria farmaceutica ed un minimo di 33,7 mila euro nella fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici e ortopedici. Il contributo diretto al reddito nazionale apportato dalle sole prestazioni ospedaliere e ambulatoriali si colloca leggermente sopra la soglia del 4%, cioè, a titolo di confronto, su un valore superiore a quello registrato dagli istituti di credito.

Confrontando i vari dati si evince che per ogni 100 euro di prodotto il commercio presenta un fabbisogno di input intermedi di 85 euro, l'industria di 58 euro e i servizi sanitari di 52.

Come si vede, il valore aggiunto indotto dal processo di attivazione sfiora i 76 miliardi di euro, pari al 5,6% del PIL. Per il 54,1% esso è da attribuire all'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, per il 32,2% alla distribuzione all'ingrosso e al dettaglio di farmaci e prodotti medicali e per il restante 13,7% all'industria della salute (cioè alla fabbricazione di farmaci e apparecchi medicali).

Nel complesso quindi il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 149 miliardi di euro, che corrispondono all'11,1% del PIL (i servizi sanitari contribuiscono direttamente e indirettamente per il 7,1%, la distribuzione di farmaci e prodotti medicali per il 2,4%, l'industria della salute per il rimanente 1,6%.

Una volta noti i coefficienti di attivazione e stimate le dimensioni dell'indotto, è facile verificare che:

- un aumento del 3% della domanda di beni e servizi della filiera della salute (equivalenti a quasi 5.800 milioni) determina un incremento del PIL dello 0,33% (circa 4.500 milioni di euro), e viceversa nel caso di una contrazione;
- ogni 100 euro di produzione dei servizi sanitari genera un valore aggiunto totale di 84 euro, mentre nell'industria e nel commercio allo stesso volume di produzione si raggiungono rispettivamente pari a 82 e 62 euro;

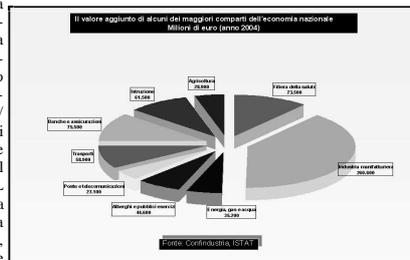
la filiera della salute impiega, direttamente e attraverso l'indotto, circa due milioni e mezzo di addetti, ossia più del 10% delle complessive forze di lavoro occupate. L'importanza della filiera della salute nell'ambito del sistema economico nazionale è andata progressivamente aumentando: mentre infatti nel 1996 la sua incidenza sul PIL risultava pari al 4,9%, nel 2004 saliva al 5,6% (a prezzi costanti). Nel periodo 1996-2004, la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.

Quindi il SSN, ma più in generale gli addetti alla "Filiera della Salute" occupano direttamente od indirettamente il 10% della forza lavoro attiva in Italia risultando la Terza industria dopo la manifatturiera e a ridosso di quella delle banche/assicurazioni e contribuisce per il 11% del PIL dell'intera economia nazionale, oltre al valore di pace sociale.

Nel 2001 è stato pubblicato il rapporto della Commissione su "Macroeconomia e salute dell'OMS" coordinata da Jeffrey Sachs, direttore del Center for International Development dell'Università di Harvard.

Sachs, (il rapporto è di oltre 200 pagine), capofila l'approccio finora dominante in tutti i programmi di aiuto allo sviluppo. "Migliorare la salute pubblica costituisce uno strumento fondamentale per la crescita economica" afferma, dati alla mano. Poche parole che rappresentano però una vera rivoluzione copernicana. Fino a oggi, infatti, l'idea dominante di tutti gli interventi di aiuto ai paesi poveri era stata "migliora l'economia e la salute verrà da sé". Ora, la conclusione della commissione OMS è diametralmente opposta: il miglioramento della salute è una condizione indispensabile

giro di quindici anni si arriverebbe a un ritorno economico annuale di 360 miliardi di dollari. Le relazioni tra miglioramento della salute e crescita economica, insiste la commissione OMS, sono lineari. Per esempio, innalzare la speranza di vita alla nascita del 10 per cento, si traduce in una crescita economica tra lo 0,3 e lo 0,4 per cento. Secondo Sachs e il suo gruppo, investendo 66 miliardi di dollari se ne possono ricavare almeno 6 volte tanti, oltre a salvare vite umane e guadagnare stabilità politica. Malattie gravi come l'AIDS, la malaria e la tubercolosi, infatti, possono arrivare a destabilizzare una intera economia e quindi anche un regime politico, sottolineano gli esperti della commissione.



Se è vero che l'efficienza dei sistemi sanitari è ovviamente diversa tra paesi ricchi a paesi poveri possiamo però estrapolare due riflessioni:

1. Il SSN aiuta lo sviluppo, è un investimento che permette quella pace sociale cara a Confindustria. Se si sta male si pensa poco al lavoro ed allo sviluppo.
2. L'aiuto da dare ai paesi in via di sviluppo, prima che militari o di infrastrutture, devono essere sanitari ed in questo l'Italia può essere un esempio vincente visti i costi/benefici del nostro sistema salute.

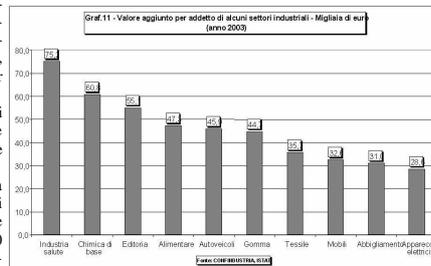
In conclusione:
1. L'aumento di spesa per la sanità è inevitabile ma deve intendersi quale un investimento indispensabile per un paese civile che vuole vedere crescere la propria economia

2. La filiera della salute rappresenta oggi e rappresenterà ancor più domani una delle maggiori fonti di ricchezza per l'intero paese

3. Dobbiamo quindi parlare di "investire in sanità" e non "spendere" visto che gli investimenti in sanità determinano per il sistema paese benefici immediati (stato di salute) a medio termine (pace sociale) ed a lungo termine (aumento PIL)

4. Dobbiamo esportare il nostro modello. "Non eserciti ma Assistenza Sanitaria".

La versione completa dell'articolo, con grafici e numerose tabelle è reperibile su internet all'indirizzo http://www.scienzaeprofessione.it/sanita_ricchezza.htm



perché possa realizzarsi la crescita economica. Quindi: investi in salute e guadagnerai quattrini. Con un investimento annuale di 66 miliardi di dollari (72 miliardi di euro), si potrebbero salvare otto milioni di vite all'anno e migliorare le condizioni di salute di altri 330 milioni di persone. In più, nel

La truffa ai danni del SSN comporta anche il licenziamento automatico

Legge n. 296 del 27.12.06, Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27.12.06 - Suppl. Ordinario n. 244

Il comma 812 della legge finanziaria 2007 affronta l'ipotesi di truffa ai danni del Sistema sanitario nazionale: riportiamo il testo integrale del comma:

"Quando la truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, accertata con sentenza passata in giudicato, è commessa da altro sanitario che, personalmente o per il



tramite di una società di cui è responsabile, eroga prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, è subito avviata, sulla base delle norme vigenti, la procedura di risoluzione del rapporto instaurato con il Servizio sanitario nazionale; il rapporto è risolto di diritto quando la sentenza abbia accertato un danno superiore a 50.000 euro, anche nell'ipotesi di mancata costituzione in giu-

altro sanitario che, personalmente o per il

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

Infezioni e Problematiche correlate

14 Aprile- 4-5 Maggio 2007 - P.O. Aiuto Materno Aula Albergiani
Biologi e Chimici Prot. ECM n. 5298/272221 - Tecnici di Laboratorio Biochimico prot. ECM
n. 5298/272222

CREDITI FORMATIVI: IN FASE DI VALUTAZIONE

3° Corso di Aggiornamento ECM per Biologi Chimici E Tecnici di Laboratorio Biomedico

SABATO 14 APRILE 2007

- 8.00 : Pre-Test
8.15 : **F.SCARLATA** - Professore Aggregato di Malattie Infettive - Università di Palermo - Sensibilità, specificità e valore predittivo dei tests diagnostici - Lezione - Casi simulati - Discussione
9.15 : **M. SAPIENZA** - Direttore U.O. Malattie Infettive - P.O. Nicosia Epatiti virali oggi in Sicilia - Lezione-Casi simulati-Discussione
11.15 : Pausa Caffè
11.30 : **F.SCARLATA** - I markers diagnostici delle epatiti virali: tecniche ed interpretazione - Lezione - Casi simulati - Discussione
12.30 : **D.PUGLIESE** - Dirigente Biologo P.O. Aiuto Materno - Palermo Autoimmunità ed epatite - Lezione - Casi simulati - Discussione
13.30-14.30 : Esercitazioni in laboratorio (metodiche RIA)

VENERDI' 4 MAGGIO 2007

- 14.00 : **R.AGLIASTRO** - Direttore U.O. Medicina Trasfusionale e Immunoematologia - ARNAS Civico-Palermo - Sicurezza del sangue e organizzazione del Servizio Trasfusionale secondo la nuova normativa -Lezione-Casi simulati-Discussione
16.00 : **F.GERVASI** - Responsabile Laboratorio UO Ematologia con TMO- ARNAS Civico - Palermo - Il Laboratorio integrato di ematologia - Lezione-Casi simulati-Discussione---
18.00 : Pausa Caffè
18.15-20.15 : Esercitazioni in laboratorio (metodiche ELISA)

SABATO 5 MAGGIO 2007

- 8.00 : **S.GIORDANO** - Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive ARNAS Civico - Palermo - Le micosi nel paziente immunocompetente - Lezione - Casi simulati - Discussione
10.00 : Pausa Caffè
10.15 : **M.MILICI** - Professore Associato di Microbiologia - Università di Palermo Responsabile Servizio Micologia AOU Policlinico - Palermo Dallo scotch-test alla PCR: tecniche di identificazione dei miceti - Lezione - Casi simulati - Discussione
12.15-14.15 : Esercitazioni in Laboratorio (metodiche fluorescenza)

INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI (€ 40,00)

Dott.DOMENICO PUGLIESE

(Tel. 091.7035522/320.8587222/328.3685937)
Laboratorio di Patologia Clinica - P.O. Aiuto Materno - Palermo
INOLTATA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO E.C.M.
(al precedente corso attribuiti n.11 crediti formativi)

EMERGENZE IN INFETTIVOLOGIA

- 1ª Ed. : 21-28 Aprile-12 Maggio 2007 - Osp.le dei Bambini-Palermo
2ª Ed. : 10-22-29 Maggio 2007 - Osp.le dei Bambini- Palermo
3ª Ed.:9-23-30 Giugno 2007-Castello Chiaromontano - Favara (AG)
Prot. ECN n. 5298/273072 Crediti ECM: in fase di valutazione

PRIMA GIORNATA

- 8.00 : Pre-Test
8.15 : **L.ABBAGNATO** - Infettivologa - Istituto di Patologia Infettiva e Virologia - Università di Palermo-Le meningiti oggi: epidemiologia e diagnostica - Lezione - Casi clinici - Discussione
10.15 : Pausa Caffè
10.30 : **A.ROMANO** - Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive - ARNAS Civico - Palermo Aspetti clinici e terapeutici delle meningiti - Lezione - Casi Clinici - Discussione
12.30-14.30 : **M.G.SCHIMMENTI** - Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive ARNAS Civico - Palermo - Le meningiti del neonato - Lezione-Casi Clinici-Discussione

SECONDA GIORNATA

- 8.00 : **C.MAMMINA** - Professore Associato di Igiene - Università di Palermo Meningiti: isolamento, disinfezione, chemioprophylassi, vaccini - Lezione-Casi clinici-Discussione
10.00 : **A.NASTASI** - Professore Ordinario di Igiene - Università di Firenze Le infezioni ospedaliere - Lezione - Casi Clinici - Discussione
11.00 : Pausa Caffè
11.15 : **P.COLLETTI**-Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive - Policlinico - Palermo-L'infezione Acuta da HIV: emergenza clinica (raramente) ed epidemiologica(semprè) - Lezione-Casi Clinici-Discussione
13.15-14.15 : **G.VIANI** - Responsabile U.O. Radiologia - P.O. Aiuto Materno - Palermo Infettivologia di Urgenza: cosa il clinico può chiedere al radiologo - Lezione - Casi clinici - Discussione

TERZA GIORNATA

- 8.00 : **F.SCARLATA** - Professore Aggregato di Malattie Infettive- Università di Palermo Sensibilità, specificità e validità delle indagini diagnostiche in Infettivologia di Urgenza: Lezione - Casi clinici - Discussione
10.00 : Pausa Caffè
10.15 : **C.COMPARATO** - Dirigente Medico U.O. Cardiologia - ARNAS Civico - Palermo Le Endocarditi Infettive - Lezione - Casi Clinici - Discussione
12.15 : **C.MARCELLETTI** - Direttore U.O. Cardiocirurgia Pediatrica - ARNAS Civico Palermo - Professore Associato Università di Amsterdam - Componente Commissione Rischio Clinico Ass.to Reg.le Sanità - L'errore clinico nelle urgenze infettivologiche: problema etico,professionale,medico-legale - Lezione - Casi simulati - Discussione
14.15-14.30 : Post-Test

PER INFORMAZIONI E PRESCRIZIONE (€ 40,00)

Tel. 091.6666276 - 091.7035522 - 328.3685937
La prescrizione telefonica dovrà essere confermata presso
Ist.to Patologia Infettiva/Osp.le dei Bambini-Palermo

Completamente sostituiti i vertici della FIMMG!

Mentre andiamo in stampa apprendiamo che il Congresso FIMMG ha confermato Giacomo Milillo alla Segreteria Nazionale, e Mario Stella nel ruolo di Presidente.

Colpisce la completa assenza degli esponenti della "vecchia guardia" nell' Esecutivo Nazionale, totalmente rinnovato.

Le maggiori novità del "nuovo corso":

Il segretario potrà restare in carica per un massimo di 8 anni Sono state introdotte una serie di incompatibilità con cariche e incarichi pubblici: termina l' epoca dei rappresentanti con doppia e tripla giacca e possibili conflitti di interesse.

Il Presidente cessa di essere figura solo rappresentativa.

Mario Falconi mantiene la Presidenza dell' Ordine dei Medici di Roma e la Vicepresidenza dell' ENPAM

Abbiamo siglato una convenzione con Club Medici in base alla quale gli iscritti SMI (ex UNAMEF, AMI, CUMI-AISS, SEM, API, anche di altre Regioni) avranno un sostanzioso sconto sulle quote di iscrizione (da 70 a 5 Euro) e altre opportunità interessanti. Ad esempio, 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, con una ottima sopravvalutazione dei danni che interessano gli organi più importanti per la nostra professione. Abbiamo concordato anche possibilità di prestiti o mutui a tassi convenienti, e altro.

L' indirizzo del Club e' Via G. Marchi 10 - Roma, tel. 06/8607891- Per informazioni, depliant o qualunque problema, contattate pure la nostra sede in Via Merulana 272, tel. 064746344.

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

N.note, classe, P.Attivi	Descrizione nota	P.T	specie se associata a ipoalbuminemia o a segni clinici di ipovolemia..
- Nota 1: Classe A Rabeprazolo Misoprostolo Esomeprazolo Lansopraz., o. Omeprazolo, Pantoprazolo, R. aboprazolo	Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastroenterico superiore in terapia cronica con FANS (non Coxib) o in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi purché sussista a storia di emorragie digestive o ulcera non guarita oppure b) terapia con anticoagulanti o cortisonici oppure c) età avanzata (> 65 anni)	Nota 28: Classe A Medrosterone, Megestrol Nota 30: Classe A Secondo scheda tecnica Filgrastim, Leograstim, Molgramostim	- neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio; - sindrome anoressica/cachessia da neoplasia e da AIDS in fase avanzata.
Nota 2: Classe A Ac. chenoursodossicoico, ursodossicoico, ursodossicoico	Cirrosi biliare primitiva, colangite sclerosata primitiva, colelitasi associata alla fibrosi cistica e colelitasi iatrogena familiare; calcolosi epatocisternica. Il trattamento con acidi biliari non è rimborsato nei pazienti con epatite cronica virale ed in quelli con coliche rassicurate o gravi per i quali è indicata la colecistectomia. Calcoli singoli o multipli (diametro < 1 cm) radiotrasparenti, con colelitasi funzionante; pazienti non obesi con sintomatologia modesta (coliche non molto frequenti o severe). Presenza in colicisti di frammenti di calcoli post-litotissia	Nota 30bis: Classe A Pegfilgrastim	Le note 30 e 30bis restano in vigore fino a pubblicazione PT - Neutropenie congenite o da chemioterapia, trapianto di midollo osseo, mobilizzazione di cellule staminali periferiche, - Neutropenia (neutrofili < 750/μL) nei trapiantati di fegato o cirrotici, in terapia interferonica in monoterapia o con ribavirina e che presentano risposta virologica precoce alla terapia; - Neutropenia correlata HIV o ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante.
Nota 3: Prontalgin, Tramalin, Contramal	Dolore lieve e moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa e sulla base di eventuali disposizioni delle regioni e delle province autonome	Nota 31: diidrocodina - diidrocodina + ac. benzoico -levodropropizina	- Tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive e secondarie
Nota 4: Gabapentin, Pregabalin, Duloxetine	Dolore grave e persistente da: - Nevralgia post-erpetica da zoster (gabapentin, pregabalin) - Neuropatia da neoplasia documentata (gabapentin, pregabalin) - Neuropatia diabetica documentata (tutti e tre i farmaci) Le altre indicazioni autorizzate sono rimborsabili dal SSN	Nota 32: Classe A Interferoni (La nota, per l'eccessiva lunghezza, e' stata sintetizzata. In caso di dubbio, consultare il testo integrale)	NOTE 32 e 32 bis restano in vigore fino a pubblicazione PT - Interf. alfa-2a e alfa-2b combinati; epatite cronica B HBV-DNA + e HBeAg+, con ipertransamin.; ep. cron. B-Delta (monoterap.). Con ribavirina o in monoterapia se controind. la ribavirina; epatite cron. C, con ipertransamin., in paz. mai trattati prima con interferoni o con recidiva; leuc. a cellule capillate; leuc. mielode cron.; sarcoma di Kaposi correlato a AIDS o ad altre immunodepressioni; linfoma non-Hodgkin follicolare; melanoma maligno; - I. alfa-2a ricomb.; anche K renale avanzato; linfoma cutaneo a cell. T - I. alfa-2b ricomb.; anche mieloma multiplo; carcinoma; - Pegl. alfa-2b; con ribav., in monoterapia se controind. Ribav.; epatite cronica C con ipertransamin. in paz. mai trattati o trattati con recidiva; - I. n. I linfoblast.; epat. cron. B HBV-DNA + e HBeAg+ con ipertrans.; epat. cron. C con ipertransamin., in monoterapia se controindicata ribavirina; epat. cron. B-Delta (monoterapia); leuc. mielode cronica; - I. alfa naturale alfa-2 (leucocitociti); solo in sogg. con documentazione in letteratura ad altri I. limitati a epatite cronica B e B-Delta; in combinaz. con rbav. o in monoter. se controindicaz. a ribavirina; epatite cron. C, con ipertransamin. in paz. mai trattati o trattati con successiva recidiva; leuc. a cell. capillate; leuc. mielode cronica, mieloma multiplo; linfoma non-Hodgkin, micosi fungine, sarcoma di Kaposi correlato a AIDS o altre immunodepressioni; K renale, melanoma maligno; - I. alfacon-1; in monoterapia se controindicaz. a ribavirina; epatite cronica C, con ipertransaminemia, in pazienti mai trattati o trattati con successiva recidiva; - Int. beta; in paz. già in trattam. per epatite cronica B, C e D. - Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, in soggetti con malattia rapidamente evolvente verso l'insufficienza epatica grave o in lista attiva per trapianto o con malattia evolutiva e avanzata in cui l'interferone sia controindicato o non tollerato o inefficace; - per l'impiego post-trapianto; - per il trattamento e per la prevenzione delle riasceberazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi in portatori cronici di HbsAg..
Nota 5: Classe A Pancrelipasi; Pancreatina	Insufficienza pancreatica esocrina conseguente a pancreatite cronica, pancreasectomia, neoplasie del pancreas, fibrosi cistica.	Nota 32 e 32 bis restano in vigore fino a pubblicazione PT	
Nota 8: Classe A Levocarnitina	Carenza primaria di carnitina; carenza di carnitina secondaria a trattamento dialitico	Nota 32 Bis: Classe A Lamivudina	Limitatamente alle seguenti indicazioni: - ipogonadismi maschili primitivi e secondari - pubertà ritardata
Nota 9 e 9-bis	Abolite- Permance obbligo di PT per Clopidogrel secondo modulo allegato al provvedimento AIFA.	Nota 36: Classe A Fluossisterone, Mestestosterone, Testosterone, altri esteri Testosterone(*)	- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, in soggetti con malattia rapidamente evolvente verso l'insufficienza epatica grave o in lista attiva per trapianto o con malattia evolutiva e avanzata in cui l'interferone sia controindicato o non tollerato o inefficace; - per l'impiego post-trapianto; - per il trattamento e per la prevenzione delle riasceberazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi in portatori cronici di HbsAg..
Nota 10: Classe A Ac. Folico; Cianocobalam. Idrossocobalamina	Anemie megaloblastiche da carenza di vitamina B12 e di folati.	Nota 39: Classe A Somatropina	- Eta' evolutiva; - bassa statura da deficit di GH - bassa velocità di crescita (v. parametri) - S. di Turner citogeneticamente dimostrata- deficit staturale nell'insuff. renale cronica - sindrome di Prader-Willi in soggetti prepuberli; - Adulti; livelli di GH allo stimolo < 3 ng/L o picco inadeguato dopo stimoli alternativi, per: ipofisectomia totale o parziale (chirurgica, da radiazioni); ipopituitarismo idiopatico, post traumatico, da neoplasie sellari e parasellari. - Acromegalia, s. associata a tumori neuroendocrini
Nota 11: Acido folinico e analoghi	Rescue (recupero) dopo terapia con antagonisti dell'acido diidrofolico.	Nota 40: Classe A Lanreotide, Octreotide	Morbo di Paget.
Nota 12: Eritropoietina e derivati	La nota resta in vigore fino alla pubblicazione del Piano Terapeutico 1) Anemia (< 11g/dL, interrompere a 12g con IRC in bambini e in adulti. 2) Anemia (Hb<10 ma non <8 g/dL) in paz. oncologici in chemioterapia 3) Anemia (Hb < 10 g/dL o riduz. Hb ≥ 2 g/dL in 4 settimane di trattamento) nei trapiantati di fegato o cirrotici, che ricevono ribavirina + interferone e risposta virologica alla terapia; 4) Paz. HIV pluritrattati con anemia (Hb < 8,5 g/dL) con trattamento obbligato con farmaci anemizzanti	Nota 41: Classe A	
Nota 13: Classe A Secondo scheda tecnica Ind. A: Fluvast., Pravast., Simvast., Sinva+Ezetimibe, Atorvast., Rosuvastatina, Omega 3, bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil Ind. B Atorvast., fluvast., pravast., rosuvastatina, simvastatina, Sinva+Ezetim Ind. C: omega-3-esteri Ind. D: statine, fibrati, omega-3	A) Dislipidemie familiari. B) Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta: - in soggetti a rischio elevato di un primo intervento cardiovascolare maggiore; rischio= > del 20% (Carte del rischio ISS) - in pazienti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia oclerante periferica o pregresso infarto o diabete C) Soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria) D) Iperlipidemie non corrette da dieta, indotte da immunosoppressori, antiretrovirali, inib. armatasi) o in paz. Con Insuff. Ren. Cronica Vengono riportati i criteri diagnostici indicativi fenotipici delle diverse forme morbose. Per i soggetti con più di 69 anni il medico valuta e definisce le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine. Abolito obbligo di PT per statine ad alte dosi e Sinva+Ezetimibe		
Nota 15: Classe A Albumina umana	-dopo paracentesi evacuativa nella cirrosi; -grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella s. nefrosica, o nelle sindromi da malassorbimento (es. intestino corto post-chirurgico o da proteino-diperione), non responsive a trattamento diuretici appropriati.		

Paracetamolo e propossifene: molto usati ma non esenti da rischi

Le interferenze con altri farmaci possono essere molto pericolose

I farmaci inibitori dell'isoforma CYP2D6, quali analgesici, SSRI, antivirali, possono aumentare i livelli plasmatici del metoprololo e causare grave bradicardia.

Un uomo di 48 anni affetto da fibrillazione atriale in terapia con una dose stabilizzata di 100 mg di metoprololo fu ricoverato per vertigini e diaforesi insorte dopo tre ore dalla assunzione di 1300 mg di paracetamolo e 200 mg di propossifene napsilato, quest'ultimo prescritto dopo un intervento chirurgico di ernia ombelicale. Il paziente assumeva anche i seguenti farmaci: diltiazem a rilascio controllato 240 mg/die, atorvastatina 10 mg/die, levotiroxina 0,075 mg/die, fosinopril 40 mg/die, amitriptilina 25 mg/die, e warfarin (INR= 2,09). Al momento del ricovero presentava valori pressori di 98/65 mm Hg ed una frequenza cardiaca di 30-40 battiti/min. L'analisi strumentale mostrò fibrillazione atriale senza ischemia

cardiaca, esclusione confermata anche dall'analisi sierologica. Il paziente lentamente si riprese e dopo circa 8 ore fu dimesso con una frequenza cardiaca di 70 battiti/min. Il metoprololo è metabolizzato a livello epatico dal CYP2D6 ed il propossifene è un potente inibitore di tale isoforma. Dati di letteratura hanno dimostrato che nei lenti metabolizzatori il metoprololo esercita un'azione bradicardizzante più marcata rispetto ai pazienti con un corredo enzimatico normale. Nel caso qui considerato l'assunzione di propossifene ha trasformato un "normale" in un lento metabolizzatore. Infatti la concentrazione ematica di metoprololo è quasi raddoppiata in presenza di propossifene (passando da 89 ng/mL a 160ng/mL) e la bradicardia è insorta in coincidenza con la massima concentrazione sierica del betabloccante ed è scomparsa con il ritorno al livello terapeutico del metoprololo, confermando l'interazione tra i due farmaci

e in particolare il blocco della metabolizzazione dell'antipertensivo da parte del propossifene. Tale interazione risulta di particolare importanza clinica poiché il metoprololo è molto prescritto ed i farmaci inibitori metabolici dell'isoforma CYP2D6 appartengono alle più diverse categorie terapeutiche non solo analgesici come il propossifene, ma anche SSRI come la fluoxetina o antivirali come il ritonavir. Fonte: Clin Pharmacol. Ther., 7-9:282-286, 2006; ripreso da: FIRENZE MEDICASIMEF Anno IV - 2006 - N.225

Commento di Luca Puccetti
Oltre ai pericoli insiti nell'interazione descritta nel presente articolo, Public Citizen, un'associazione a difesa dei consumatori statunitensi ha richiesto all'FDA (Food and Drug Administration) di ritirare dal mercato il Propossifene poiché, secondo Public Citizen, esso sarebbe stato responsabile di più di 2000 morti tra il 1981 e il 1999 (ben il 5.6% di tutti gli eventi fatali correlati ai farmaci). Nel solo 2004, negli Stati Uniti le prescrizioni di Propossifene sono state oltre 23 milioni. Le morti sarebbero principalmente dovute all'azione del

metabolita, Nor-Propossifene, che è tossico a livello cardiaco ed ha una più lunga emivita rispetto al composto primitivo. Nei soggetti anziani per il suo effetto sul sistema nervoso centrale, il propossifene può causare sedazione e confusione, con conseguente aumento della probabilità di cadute e di fratture. Il Propossifene è stato inoltre usato da molti soggetti che si sono suicidati.

Fonte: Public Citizen, 2006



Nuova chirurgia dei tumori oculari

Al Gemelli di Roma si inaugurano nuove tecniche

Una placca episclerale di Rutenio per la terapia del melanoma uveale, il tumore maligno intraoculare più frequente nell'età adulta. È il trattamento applicato per la prima volta nella Regione Lazio a un paziente affetto dall'importante patologia oculare e perfettamente riuscito, eseguito alcune settimane fa presso la Clinica oculistica del Policlinico universitario "Agostino Gemelli" di Roma diretta dal professor Emilio Balestrazzi, uno dei massimi esperti a livello mondiale nel campo dell'oncologia oculare.

L'intervento è stato possibile grazie alla collaborazione di una équipe multidisciplinare che ha coinvolto accanto agli oculisti - le Unità operative di Radioterapia e di Fisica sanitaria. Per i malati di tumori intraoculari è così finalmente disponibile a Roma e nel Lazio il trattamento conservativo più efficace e diffuso nei Paesi occidentali.

La terapia con placche episclerale viene infatti impiegata nei più importanti centri di oncologia oculare del mondo per il trattamento di tumori intraoculari benigni e maligni, come il melanoma uveale e il retinoblastoma.

Il melanoma dell'uvea è la neoplasia maligna primitiva intraoculare più frequente, con una elevata tendenza a metastatizzare ed è la sola patologia intraoculare primaria che, negli adulti, può essere fatale. Infatti è responsabile del 90% delle morti dovute a tumore oculare. Mostra una incidenza annuale di circa 7-8 casi per milione di popolazione di razza bianca, con una grande differenza in rapporto all'età: tre casi per milione al di sotto dei 50 anni, 21 casi al di sopra. La sopravvivenza media a tale neoplasia è pari al 50% a 10 anni dalla diagnosi.

CLASSE A*

CEFOTAXIMA CT

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

**J01DA10
cefotaxime sodico**

CT
LABORATORIO FARMACEUTICO

<p>Calcitonine Nota 42: Ac. clodronico, Ac. etidronico</p> <p>Nota 48: Classe A Anti-H2 Inibitori di Pompa Protonica</p>	<p>Limitatamente a morbo di Paget: (etidronato)- lesioni osteolitiche da metastasi ossee e da mieloma multiplo: (acido clodronico)</p> <p>- Trattamento di 4 (occasionalmente 6) settimane: <u>ulcera duodenale e gastrica</u> positive per H. P.; per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione; <u>ulcera duodenale o gastrica</u> H.P. negativa (primo episodio); <u>malattia da reflusso gastroesofageo</u> con o senza esofagite (primo episodio);</p> <p>- trattamento prolungato da rivalutare dopo un anno: <u>S. di Zollinger-Ellison</u>; <u>ulcera duodenale o gastrica</u> H.P. negativa recidivante; <u>malattia da reflusso gastroesofageo</u> con o senza esofagite (recidivante).</p>	<p>Nota 78: Classe A Colliri anti-glaucoma: aprotinidina, brimonidina, brinzolamide, dozzolamide, latanoprost, travoprost, bimatoprost, dozzolamide + timololo latanoprost + timololo</p> <p>Nota 79: Classe A Secondo scheda tecnica (1) Ac. Alendronico (2) Ac. Risendronico (3) Ac. Ibandronico (4) Ac. alendron + vit. D3 (5) Raloxifene (6) Ranelato di stronzio (7) Teriparatide (8) Ormone paratiroideo</p>	<p>In monoterapia: nel glaucoma in pazienti per i quali i β-bloccanti sono inefficaci o controindicati; in associazione: casi in cui la monoterapia risulta insufficiente.</p> <p>Il trattamento a base di β-bloccanti va considerato di prima scelta, seguito, ove necessario, dalla monoterapia o l'associazione con uno dei principi attivi elencati.</p> <p>(A) Sogg. > 50 anni in trattamento > di 3 mesi con 5 o più mg predinonone o equivalenti. (farmaci n. 1-2-4) (B) Sogg con pregresse fratt. Osteoporotiche vertebrali o di femore. Sogg > a 50 anni con T-score femorale o ultrasonografica del calcagno < -4 (o -5 per ultras. Falangi). Sogg > 50 anni con T-score femore o calcagno < -3 con associato uno dei fattori di rischio: -Storia familiare di fratt. Vertebrali -Artrite reumatoide e altre connettiviti -Pregr. Frattura osteoporotica al polso -Menopausa prima dei 45 anni di età -Terapia cortisonica cronica (1-2-3-4-5-6)</p> <p>(C) Soggetti che, malgrado terapie con precedenti farmaci presentino fratture osteoporotiche in varie combinazioni (SU PT DI 6 MESI RINNOVABILI PER COMPLESS. 18 MESI) (7-8) Si raccomanda sempre associazione con calcio e Vit. D3 La valutat. Massa ossea va eseguita presso strutture pubbliche o convenzionate con il SSN</p>
<p>Nota 51: Classe A Buserelina, Goserelina Leuprorelina, Triptorelina</p>	<p>Carcinoma della mammella, della prostata; endometriosi; fibromi uterini non operabili; pubertà precoce. Trattamento prechirurgico 3 mesi negli interventi di miomectomia e isterectomia nella paziente metrorragica; di 1 mese per interventi di ablazione endometriale e di resezioni di setti endouterini per via endoscopica.</p>		
<p>Nota 55 Classe A Cefamandolo, cefonicid, cefazolo, cefurossima, cefmetazolo, cefotetan, cefodizima, cefoperazone, cefotaxima, ceftriaxone, cefepime*, mefloclina, piperacillina, ampicillina+ sulbactam, piperacillina+ tazobactam*, ticarcillina+ac.clavulanico*, Amikacina, gentamicina, netilmicina, tobramicina</p>	<p>- Trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari; - Trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi.</p>		
<p>Nota 56 : Classe A aztreonam, ertapenem, imipenem+ cilastatina, meropenem, rifabulina, teicoplanina</p>	<p>Continuazione di trattamento iniziato in ambiente ospedaliero</p>		
<p>Nota 57: Classe A Grantssetron, Ondansetron, Tropisetron, Dolasetron</p>	<p>Prevenzione e trattamento di nausea e vomito causati da chemioterapia emetizzante e radioterapia emetizzante total body entro 24 h dall' ultima applicazione</p>		
<p>Nota 59 : Classe A Lattitolo/Lattulozio</p>	<p>- Encefalopatia porto-sistemica in corso di cirrosi epatica</p>		
<p>Nota 65: Classe A Inerferone beta-1b ricombinante, Inerferone beta-1a ricombinante</p>	<p>- Sclerosi multipla recidivante-remittente nei soli pazienti con punteggio di invalidità compreso tra 1 e 5,5 all'EDSS di Kurtzke. - Sclerosi multipla secondariamente progressiva</p>		
<p>Nota 66: Classe A FANS non selettivi, FANS COX2- selettivi</p>	<p>Artropatia su base connettivita; osteoartrite in fase algica o infiammatoria; dolore neoplastico; attacco acuto di gotta.</p>		
<p>Nota 74: Classe A Urofollitropina, Menotropina, Follitropina da DNA ricomb.</p>	<p>- Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni e/o con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mIU/ml; - trattamento dell'infertilità maschile."</p>		
<p>Nota 75: Classe A Alprostadil Sildenafil, vardenafil, tadalafil</p>	<p>Lesioni permanenti del midollo spinale e compromissione della funzione erettile.</p>		
<p>Nota 76: Classe A Gluconato ferroso e ferrico, ferromaloso</p>	<p>Bambini nei primi tre anni di vita, donne in gravidanza, anziani > 65 a. La rimborsabilità' dei prodotti di ferro a costo piu' elevato' limitata alle condizioni di maggiore criticita'</p>		
		<p>Nota 82: Classe A Montelukast, Zafirlucast</p>	<p>Trattamento di "seconda linea" dell'asma moderato persistente, in aggiunta a steroidi inalatori quando non garantisce controllo adeguato della patologia, anche dopo associazione con β_2 agonisti Nella profilassi dell'asma da sforzo.</p>
		<p>Nota 83: Classe A lacrime artificiali (*)</p>	<p>Malattia di Sjogren o fenomeno di Sjogren</p>
		<p>Nota 84: Classe A Aciclovir Valaciclovir brivudin famciclovir</p>	<p>Soggetti immunocompetenti: Virus Herpes Simplex: -infezioni genitali acute (aciclovir, famciclovir, valaciclovir) -prolassi e trattamento delle recidive a localizzazione genitale (aciclovir, famciclovir, valaciclovir) - cheratite erpetica (aciclovir) -trattamento della stomatite in età pediatrica (aciclovir)</p> <p>Virus Varicella-Zoster: -trattamento della varicella (aciclovir) -trattamento delle infezioni da H. Zoster cutaneo (aciclovir, famciclovir, valaciclovir, brivudin). La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi</p>
		<p>Nota 85 Farmaci per Alzheimer (inibitori dell'acetilcolinesterasi): donepezil, galantamina, rivastigmina</p>	<p>Malattia di Alzheimer Su diagnosi e PT dei Centri UVA per Alzheimer lieve-moderato in base alla scala MMSE, con revisioni dopo 3 mesi per valutare la rimborsabilità'</p>
		<p>Nota 87 Antispastici urinari: ossibutina</p>	<p>Incontinenza urinaria, nei casi in cui il disturbo minzionale sia correlato a patologie del sistema nervoso centrale (es. ictus, morbo di Parkinson, traumi, tumori, spina bifida, sclerosi multipla)</p>
		<p>Nota 88 Corticosteroidi per uso topico</p>	<p>Pazienti affetti da patologie gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) Su diagnosi di specialisti (su criteri regionali). Non e' previsto il Piano Terapeutico</p>
		<p>Nota 89 Antistaminici</p>	<p>Patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni).</p>



00001/...

Segreteria Nazionale:
Via Livorno, 36 - 00162 Roma
Tel. 06.44254168 - Fax 06.44254160
Cod. Fisc. 97442340580
www.sindicatomedicitaliani.it - email: info@sindicatomedicitaliani.it

Spette
A.U.S.L. _____
o Azienda Ospedaliera _____
o Università di _____
della Regione _____

DELEGA SINDACALE
Il sottoscritto dott. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ Prov. _____ in via _____
tel. _____ cell. _____ E-mail _____

AUTORIZZA
L'Amministrazione ad effettuare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile a favore del Sindacato dei Medici Italiani da versare sul C.C. bancario n. 65137, cod. ABI 3002, CIN Q, CAB 41160 della Banca di Roma ag. 363, Corso Umberto I, 47 - Vinchiaturo (CB) secondo le seguenti modalità
 Euro 15,00

CHIEDE
che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti.
Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega _____ annulla e _____ sostituisce non annulla e non sostituisce qualsiasi altra precedentemente firmata, ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata salvo revoca scritta.
L'adesione tramite la presente delega vale anche in caso di trasferimento ad altra A.U.S.L., passaggio ad altro incarico o acquisizione di primo incarico.

Data _____ Firma _____

SETTORE	TEMPO	
	INDETERMINATO	DETERMINATO
ASSISTENZA PRIMARIA		
CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
DIPENDENZA		
EMERGENZA TERRITORIALE - CONV.		
EMERGENZA TERRITORIALE - DIP.		
MEDICINA DEI SERVIZI - DIR.		
MEDICINA DEI SERVIZI - CONV.		
MEDICINA PRIMARIA		
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA		
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
UNIVERSITARIO		
SPECIALISTA IN FORMAZIONE	CONVENZIONATA	DIPENDENZA

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003
Ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 l'elenco di materia di protezione dei dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge inerenti la registrazione, l'iscrizione, la consultazione, il rapporto, l'intermediazione, la comunicazione di difficolta, cancellazione e distribuzione dei dati e del complesso di operazioni previste per chi, oltre al dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-8-9-10-11 del citato D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento, o ai suoi delegati, o al responsabile, o al responsabile del rapporto, o al responsabile del rapporto, o al responsabile del rapporto, o al responsabile del rapporto. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati al fine di inviare comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativa, di comunicazioni delle iniziative patrocinabili da questo O.S., delle notizie e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questo O.S. o da terzi, cui sia stato conferito il consenso. Tutti i dati sono disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, collegamento, consegna e spedizione in buste, cartocci, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è il Sindacato dei Medici Italiani. Con sede in Roma, via Livorno n. 36, presso cui i dati sono trattati e raccolti e presso cui sarà possibile inviare ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, verifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati.

In considerazione della informativa ex D.Lgs. 196/2003, oltre a scritta riportata sulla presente delega, confermando di essere a conoscenza di finalità e diritti in essa menzionati, e delle relative modalità esercitabili, _____, _____, sottoscritto.

Pronto il proprio consenso:
I/Inchiesta i propri dati personali possono essere trattati nelle forme e con le modalità, apponendo dichiarazione di essere stata informata, in modo esclusivo, orale e scritto dei diritti di cui al D.Lgs 196/2003, delle modalità di raccolta dati e del loro possibile utilizzo, del diritto di opporsi al trattamento e di quanto previsto dagli articoli 7, 8, 9, 10, 13 del D.Lgs. summenzionato.
data _____ Firma _____
Copia per la A.U.S.L.

E' UNO SCHEMA: FARE SEMPRE RIFERIMENTO AL TESTO COMPLETO
P.T.= Piano terapeutico (contraddistinto con O)
Le specialità previste nelle Note sono prescrivibili a carico del SSN solo a condizione che le patologie ivi indicate risultino tra quelle per cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'immersione in commercio (L. 94, 8/4/98), siano cioè "indicate in scheda tecnica. Tale divieto è "ribadito in alcune note a scopo rafforzativo, ma vale in ogni caso per tutte.
Nel Piano terapeutico devono essere riportate le generalità del paziente, gli estremi del Centro prescrittore, la prescrizione completa di diagnosi, dose e durata della terapia. La nuova norma specifica che quest'ultimo va trasmesso in copia al medico di medicina generale e al settore farmaceutico della ASL di appartenenza del paziente.

LEGGI PRIVACY
(Comunicazione al lettore)
I suoi dati, raccolti e trattati nel rispetto degli Articoli 10 e 13 della Legge 675/96 per la Tutela dei Dati Personali, vengono utilizzati per l'invio di materiale informativo e/o promozionale.
In qualsiasi momento ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento:
ASSOCIAZIONE MEDICA

I protocolli terapeutici sono ormai comuni, una volta che il paziente è stato etichettato con una diagnosi. Il paziente si imbarca in un programma prefissato di cura che ha lo stesso grado di personalizzazione riservato alle automobili nell'autolavaggio.
(P. Wall, Perché proviamo dolore)

RINGRAZIAMENTI
Si ringraziano, per i testi e le recensioni scientifiche, i siti "Pillole" (www.pillole.org) "Scienza e Professione" (www.scienzaeprofessione.it). I contenuti umoristici sono tratti dalla "Piazzetta dei Medici" (<http://piazzetta.sfera.net>). Le vignette originali sono di Enzo Brizio.

CITIFLUX CLASSE A
soluzione da nebulizzare 0,1 %
flacone 30 ml
soluzione da nebulizzare 0,1 %
15 contenitori monodose 2mg/2ml

R03BA03 flunisolide

