



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 17 - N. 12
DICEMBRE 2007

AUTORIZZAZIONE DEL
TRIBUNALE CIVILE DI ROMA
N. 210/2007 del 23/05/07

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:

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

Coniata dalla Regione la nuova definizione di appropriatezza COMINCIAMO PROPRIO MALE!!!

E' appropriato solo chi prescrive "generici"! La Regione tenta di trasformare i medici in ragionieri, attribuendo poteri impropri alle Commissioni Distrettuali e suggerendo favoritismi per chi prescrive generici. Ma da quando la bontà di una terapia si misura dalla scadenza del brevetto?

Chi avrebbe pensato che ci avrebbero trasformati in ragionieri?

Con tutto il rispetto per questa beneamata categoria, ci eravamo illusi che gli studi di Medicina avessero uno scopo diverso da quello di barrare caselle e caselline e controllare le scadenze dei brevetti.

Pensavamo di conservare ancora un pò di dignità; curare il paziente "in scienza e coscienza" ci sembrava un valore, e non un atteggiamento biasimevole.

Invece è in preparazione (e uscirà subito dopo le festività) una nuova delibera che ricalca quella degli Inibitori di Pompa, riferita però ad una platea larghissima di farmaci di uso comune. E come al solito, minaccia sanzioni solo verso i Medici di Famiglia.

Infatti la delibera non vincola "veramente" gli specialisti, impone di giustificare praticamente ogni prescrizione, comprese quelle dei farmaci "griffati" di basso costo. Il medico che non si adeguerà verrà chiamato dalle Commissioni di Appropriatezza, che però non possono esimersi di verificare in appropriatezza anche da parte di medici che si adegueranno. E allora? E i pazienti già in trattamento con farmaci "vietati"?

Siamo ovviamente favorevoli a una razionalizzazione della spesa mediante un percorso condiviso, "premiante" e non "punitivo". Lo SMI pretenderà sostanziali miglioramenti!



Il "nuovo" studio Medico: pochi strumenti, tante carte, soprattutto divieti di spesa

Che Confusione! Di Angelo Filardo



Dire confusione è sicuramente dire poco, meglio sarebbe "che casino". Questo termine a mio avviso rende meglio l'idea in quale situazione l'Italia politica e non solo si stia trovando. Casino perché in questo momento da qualunque versante osservi, si può vedere solo un mercato dove si compra e si vende senza ritegno, sconvolgendo così quel poco di certo che la seconda Repubblica ci aveva fatto intravedere, cioè due grandi schieramenti in cui riconoscersi.

Guardi a sinistra e vedi un governo Prodi, eletto con appena 24000 voti di scarto che piazzatosi sulle sedie, neanche poche, infatti risulta essere il governo con più ministri e sottosegretari della storia italiana, attua uno spoilsystem senza precedenti, sforna leggi, provvedimenti e quant'altro ricorrendo molto spesso alla fiducia, non arrischiandosi mai a colloquiare con l'altra metà del paese.

Un centrosinistra eterogeneo come non mai, unito insieme da quanto di più antitetico ci poteva essere, basti pensare a quella sinistra radicale e nostalgica che si allea non solo con il popolo progressista ma addirittura con pezzi dei cristiano-democratici e perfino liberali con l'aggiunta di quel magistrato di mani pulite che, a sentirlo parlare (si fa per dire) sembra più fascista dei vecchi balilla, eppure tutti insieme, lotta dura al cavaliere. Ok benissimo, ma per favore basta sbraitare l'un contro l'altro, tormentarci sui masmedia, (pag..2)

Iva? Se il gruppo diventa Società di Servizi...

L'associazione esercente la medicina di gruppo è soggetta ad IVA in certi casi (Pag.4)

Novità dalla rete — Scienza e Medicina qua e là su Internet —

A cura di Navigator
(A. Ciammaichella)

(Pag.5)

Medici di Famiglia e Certificati INAIL: Il parere del nostro legale

(pag. 3)

Un nuovo certificato a cura dei Medici del SSN

Il Certificato di Malattia Grave

Il medico può essere richiesto di rilasciare una certificazione che attesta l'esistenza di una "malattia grave" senza specificare la diagnosi.

Al medico di famiglia o allo specialista del SSN possono essere richieste certificazioni di "malattia grave" privi di diagnosi al fine di usufruire di permessi o congedi sul posto di lavoro. Il D M n. 278 del 21/07/2000 ha stabilito che il lavoratore che debba assistere un familiare affetto da patologie acute o croniche (infettive, neoplastiche, metaboliche, reumatiche ecc.) che ne determinano la temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale può ottenere i congedi dal lavoro previsti dalla Legge n. 53 del 08/03/2000 presentando al datore di lavoro apposita documentazione clinica del medico specialista del SSN o convenzionato.

Il medico, quindi, qualora ne ricorrano i presupposti, è tenuto a rilasciare una certificazione che attesti l'esistenza di una "malattia grave" ai sensi del DM di cui sopra, senza indicare la diagnosi per motivi di riservatezza. Il certificato non è incluso nell'elenco di quelli gratuiti quindi, fino a disposizioni contrarie, è a carico dell'assistito.

DZ—Fonte: OM di Firenze (tratto da www.pillole.org)

PAESE VECCHIO, ASSISTENZA NUOVA

Alberto D' Ettore, Geriatra

E' questo lo "slogan" dell'ultimo congresso annuale, il 52° per la precisione, organizzato dalla SIGG (Società italiana Gerontologia e Geriatria) al palazzo dei congressi di Firenze dal 28 Novembre al 02 Dicembre 2007: mai un congresso è stato più utile e più attuale di questo, considerando il ruolo principale che riveste l'anziano nella società odierna per tutte le implicazioni che lo riguardano: dall'assistenza sanitaria alla spesa farmaceutica alla contribuzione previdenziale. L'importanza dell'aspetto demografico in Italia appare evidente secondo gli ultimi dati ISTAT i soggetti di età superiore ai 65 anni raggiungono quasi il 20% e gli anziani usufruiscono di più del 30% delle risorse destinate all'assistenza sanitaria. Appare inoltre chiaro che la gerontologia, insieme delle scienze che studiano le modificazioni correlate all'invecchiamento normale in contrap-

posizione all'effetto delle varie patologie, si fa' sempre più vasta e sofisticata, mentre la pratica della geriatria diventa un'attività sempre più specialistica. In molte persone alcune funzioni fisiologiche (ad esempio il flusso ematico renale, il tasso di filtrazione glomerulare, la frequenza e la gittata cardiaca che massime sotto sforzo, la tolleranza al glucosio e l'immunità cellulare) si riducono con l'età mentre altre (come la maggior parte delle funzioni epatocellulari e la capacità polmonare totale) restano invariate. Le notevoli differenze con cui i diversi processi patologici si manifestano nei soggetti più anziani rispetto ai più giovani rivestono una particolare importanza. Ad esempio, la possibilità che l'ipertiroidismo si presenti in forma subdola o "frusta", che patologie flogistiche a sede intra-addominale come l'appendicite possano non evocare la comparsa di segni e (pag. 6)

ALTA CLOR

CLASSE A

750 mg - compresse a rilascio modificato - 6 compresse

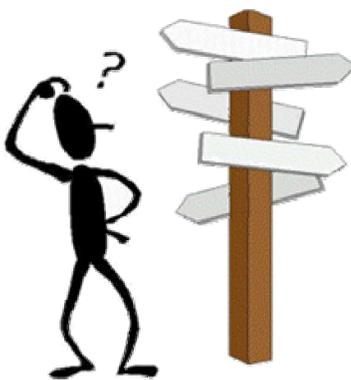
J01DA08 cefaclor



Che confusione ! (da pag. 1)

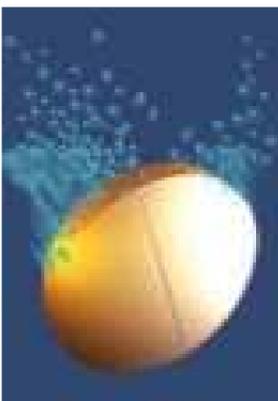
iniziative del governo Prodi, è scontento si sente defraudato giorno dopo giorno da un mondo di no-global, di Rom, di Extra e Non-Extra comunitari, basta quindi un ordine di scuderia "tutti in piazza"; eccoli, accorrono da tutt'Italia, manifestano come non mai, dimostrano un'unità che va al là dei singoli partiti, delle loro bandiere e delle differenziazioni che pur ci sono, sentono la voglia di fare corpo unico e un solo obbiettivo "via Prodi" riprendiamoci l'Italia della gente onesta e che lavora, quella che rispetta l'altrui pensiero ma che vuol essere rispettata. Il messaggio chiaro e tondo è stato consegnato ai politici del centrodestra, la palla è a loro, ma questi anziché esaltarsi per il gran sprono ricevuto incominciano a farsi qualche sgambetto, per un po' stanno anche buoni perché il capitano continua a rassicurarli dicendo "vedrete si faranno autogol", questo non arriva anzi lo subiscono pure e quindi via allo sfascio, evviva. Il cavaliere frenetico com'è annuncia il nuovo partito della libertà o popolo della libertà, lascia di stucco Fini e Casini insieme a tanti altri, rimproverano l'iniziativa personale del Cavaliere dimenticando che anche loro in precedenza avevano avuto analoghi comportamenti assolutistici in altrettante situazioni, anche interne ai loro partiti. Il Berlusconi avrà pure sbagliato i modi, i grandi statisti si distinguono anche per la forma che diventa sostanza, ma questa per lui è data dal consenso della gente, allora rimproveragli questo non va, ricordagli però che anche lui aveva firmato una carta dei valori del centrodestra quello sì. Molti si domandano "ci voleva tutto questo casino per dare una scossa affinché si realizzassero le regole del grande partito di centrodestra?" Probabilmente no anche perché i veri

motivi di tutto questo sono da ricercarsi in un diverso intendimento sulla legge elettorale ma ancor di più forse in quello che disse Feltri, guardandoci bene dal ricordarlo per non offendere la dignità del popolo di centrodestra perché se così fosse, che squallore. Allora che si fa, facciamo i Grillini? (seguaci del rivoluzionario Grillo) No, non credo che quella sia la strada giusta, credo che sia arrivato il momento in cui la politica quella vera si faccia comprendere realmente dalla gente, ci dicano tutti indistintamente destra e sinistra e con estrema chiarezza cosa intendono realizzare, quali sono i valori a cui si rifanno, quali obbiettivi raggiungere e in quanto tempo e soprattutto con quali mezzi, le tasche non possono essere sempre le stesse. Insomma vogliamo vedere e capire il bianco e nero, non perché siamo iuventini, magari qualcuno lo sarà pure, vogliamo essere certi di sapere cosa c'è dentro il nero e cosa c'è dentro il bianco per così scegliere in tutta tranquillità secondo i propri valori e ideali di società che oggi invece subiamo quotidianamente ma che non ci piace più. Attenti quindi, noi come voi, le deleghe in bianco son finite, è in gioco il futuro di una Nazione chiamata Italia se qualcuno se lo fosse dimenticato.



ASA a dosi moderate diminuisce la mortalità nelle donne sane

Lo studio osservazionale Nurses' Health Study con un follow-up di 24 anni mostra una riduzione della mortalità significativa per tutte le cause nelle donne apparentemente sane che hanno fatto uso di ASA per almeno 5 anni.



ed inerenti allo stile di vita. Il rischio di morte per qualsiasi causa è risultato più basso nelle donne che usavano regolarmente l'ASA rispetto ai controlli. La riduzione più sensibile è stata osservata sulla mortalità per cause cardiovascolari. Il rischio di morte per il cancro del colon-retto è risultato più basso nelle donne che facevano uso di

Nel 1976 iniziò il Nurses' Health Study, una ricerca dal disegno caso controllo annidato che ha coinvolto 121701 infermiere statunitensi sposate, di età compresa tra 30 e 55 anni, che risposero ad un questionario, poi ripetuto ogni 2 anni, sui fattori di rischio, gli eventi cardiovascolari e il cancro. Nel 1980, al questionario furono aggiunte informazioni inerenti la dieta e l'uso di farmaci. Nel 1991 furono riportati i risultati a 6 anni che non mostrarono alcun legame tra mortalità ed uso di ASA. Il presente studio esamina i dati a 24 anni del Nurses' Health Study al fine di esaminare la relazione tra ASA e mortalità per tutte le cause, mortalità cardiovascolare e cancro.

Sono state pertanto reclutate 79439 donne del Nurses' Health Study: 9477 decedute entro 24 anni dal questionario del 1980 e 69962 controlli randomizzati.

Le donne che non avevano fatto uso di aspirina erano 45305; 11507 avevano usato da 1 a 2 compresse da 325 mg di aspirina alla settimana; 8158 da 3 a 5 compresse; 9467 da 6 a 14 compresse; e 5002 più di 14 compresse alla settimana.

Le donne che avevano fatto uso di Asa erano omogenee rispetto ai controlli in merito ai classici confounding factors legati agli aspetti demografici, clinici

L'aumento della durata dell'assunzione di ASA è risultato associato con una riduzione della mortalità per tutte le cause (P < .001).

L'uso di ASA per un periodo da 1 a 5 anni è risultato associato con un minor rischio di morte per cause cardiovascolari.

L'uso di ASA per più di 10 anni è risultato associato con un più basso rischio di morte per cause neoplastiche (tendenza lineare P = .005), specialmente per quanto concerne la mortalità da cancro colon-rettale.

Dosi cumulative maggiori di ASA (> 14 compresse settimanali) non è risultato associato con una riduzione della mortalità.

I benefici riguardanti la riduzione della mortalità globale, per cause cardiovascolari o neoplastiche sono stati più sensibili nelle donne più anziane e nelle donne con più fattori di rischio cardiovascolare.

La riduzione della mortalità globale diviene statisticamente significativa a 5 anni mentre quella della mortalità per cause neoplastiche diviene significativa dopo 10 anni di uso dell'ASA.

CEFIXORAL®
J01DD08
cefixima



Menarini, salute senza confini

Certificato Linea Guida per la certificazione della qualità internazionale ISO 9001:2008
Certificato nr. 52104788

CEFT 06 03

Per saperne di più visitate il sito www.menarini.it

MACLADIN
Claritromicina

Medici di famiglia e Certificati INAIL: il parere del nostro legale

Il Certificato INAIL non rientra tra quelli da rilasciare gratuitamente, l'onere è a carico dell'INAIL e non del paziente

Ancora dispute sulle certificazioni INAIL: assolutamente infondate le pretese di quanti affermano che "le attività di certificazione attestanti lo stato di incapacità temporanea al lavoro rientrano nell'ambito di quelle per le quali il medico di famiglia percepisce specifico compenso da parte del SSN in relazione al contratto collettivo nazionale per la medicina generale". Tali certificati godono di un inquadramento giuridico del tutto particolare, di cui riportiamo una dettagliata disamina da parte del nostro Ufficio Legale.

Quesito: rilascio certificati medici per infortunio e relativo pagamento
In ordine alle certificazioni INAIL ed al relativo pagamento, giova ribadire e segnalare quanto già esposto in precedenti pareri. È noto che in ordine ai c.d. infortuni sul lavoro, ovvero in caso di malattie professionali le relative prestazioni dovrebbero essere rese dall'Inail direttamente, ovvero come in realtà accade tramite il S.S.N. (v. DPR 1124/1965)

In base alle disposizioni della legge n. 833/1978, l'attività curativa - sia medica che chirurgica - è demandata alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Restano di competenza dell'Istituto assicuratore le prestazioni medicolegali di controllo, di accertamento e valutazione dell'invalidità. In deroga alle stesse disposizioni e a norma dell'art. 12 della legge 11 marzo 1988 n. 67, sono stati riattribuiti all'Istituto assicuratore gli accertamenti, le certificazioni ed ogni altra prestazione medicolegale sui lavoratori infortunati e

tecnopatici, nonché - mediante apposite convenzioni con le regioni - le prime cure ambulatoriali.

Prevede in particolare l'art. 94 del DPR 1124/1965 << Le Amministrazioni ospedaliere non possono rifiutarsi di ricevere negli ospedali le persone colpite da infortunio sul lavoro e debbono dare notizia immediatamente, e comunque entro due giorni, del ricovero all'Istituto assicuratore, anche ai fini del pagamento delle spese di ospedalità da parte dell'Istituto stesso, quando si tratti di infortunio indennizzabile ai termini del presente titolo ed il ricovero sia stato disposto o approvato dall'Istituto assicuratore. L'Istituto assicuratore ha diritto di far visitare da medici di propria fiducia gli infortunati degenti in ospedali. I medici degli ospedali hanno l'obbligo di rilasciare i certificati attestanti la lesione da infortunio, con diritto ai compensi stabiliti a norma dell'art. 88.>>

In materia di certificazioni rilasciate, o dal rilasciare, da parte di medici di assistenza primaria convenzionati con il SSN sono intervenute diverse pronunzie giurisprudenziali. Segnaliamo le più rilevanti ai fini che qui interessano: Cass. Civ. sez. Lavoro 30.08.1995 n. 9171

"In attesa dell'emanazione della disciplina - prevista dall'art. 75 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 - degli aspetti previdenziali connessi con le competenze in materia di medicina medico-legale attribuite alle U.S.L. dalla stessa legge n. 833 del 1978, l'I.N.A.I.L.



conserva la titolarità degli accertamenti e delle certificazioni medicolegali per l'istruttoria delle pratiche previdenziali; pertanto, ove di fatto si avvalga dei servizi medico-legali di una U.S.L., in mancanza della prevista convenzione con essa, è tenuto a rimborsare all'assicurato l'importo del compenso, al quale ha comunque diritto il medico convenzionato con l'U.S.L., per il rilascio del certificato relativo all'infortunio sul lavoro o alla malattia professionale."

Cass. Civ. sez. Lavoro 01.02.1993 n. 1175

"La persistente titolarità in capo all'I.N.A.I.L. dell'attività medicolegale relativa alle pratiche previdenziali, ai sensi delle disposizioni transitorie dei commi secondo e terzo dell'art. 75 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, derivante dalla omessa emanazione (prevista entro il termine ordinario del 31 dicembre 1980) della legge sulla disciplina degli aspetti previdenziali connessi con le competenze in materia di medicina legale attribuite alle U.S.L. ai sensi dell'art. 14 lett. q) della stessa legge, comporta che ove, in assenza di una convenzione con dette unità, l'I.N.A.I.L. ne utilizzi

in via di fatto i servizi per l'istruzione delle suddette pratiche, legittimamente il medico convenzionato con l'U.S.L. pretende dall'infortunato sul lavoro il compenso per l'attività certificativa svolta - atteso che tale attività, gratuitamente dovuta dall'I.N.A.I.L. ai propri assicurati, non rientra fra quelle compensate dal trattamento economico stabilito per i medici a rapporto convenzionale a norma dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978 - restando peraltro fermo, stante la detta gratuità (ex art. 57, ultimo comma, della legge n. 833 del 1978) delle prestazioni dovute dall'I.N.A.I.L. all'assicurato, il diritto di quest'ultimo ad ottenere dall'Istituto previdenziale il rimborso di quanto versato al proprio medico curante convenzionato con l'U.S.L."

Cass. Civ. sez. Lavoro 23.05.1992 n. 6191

"L'I.N.A.I.L., che in via transitoria - data la mancata emanazione, prevista dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833, della legge statale sull'attribuzione alle U.S.L. delle competenze in materia di medicina legale ai sensi dell'art. 14 lett. Q) della stessa legge - conserva la titolarità degli accertamenti e delle certificazioni medicolegali per l'istruttoria delle pratiche previdenziali, per cui si avvale in via di fatto dei servizi medico-legali della U.S.L., pur in assenza della prevista convenzione con quest'ultima, è tenuto a rimborsare all'assicurato l'importo dei compensi professionali corrisposti al medico curante convenzionato con la U.S.L. per il rilascio di certificati medici relativi ad infortunio sul lavoro, attinenti a

prestazioni non compensate dal trattamento economico previsto dal rapporto convenzionale tra il sanitario e la U.S.L."

Da quanto esposto si ricava che per la redazione delle certificazioni relative ad infortunio da parte dei medici di assistenza primaria convenzionati con il SSN, è dovuto un apposito compenso, anche se detta redazione possa rientrare tra gli obblighi convenzionali del medico MG.

Del resto è questo anche il senso della recente convenzione stipulata con l'INAIL e sottoscritta anche da Codesta O.S. Con circolare n. 39 del 18 settembre 2007 l'INAIL ha chiarito i punti essenziali dell'accordo e talune sedi locali (v. es. Venezia) hanno già approntato la relativa modulistica.

Non ritengo quindi corretta l'affermazione secondo cui "le attività di certificazione attestanti lo stato di incapacità temporanea al lavoro rientrano nell'ambito di quelle per le quali il medico di famiglia percepisce specifico compenso da parte del SSN in relazione al contratto collettivo nazionale per la medicina generale" in riferimento alle certificazioni INAIL.

Una ulteriore precisazione occorre fare in ordine al richiamo dell'art. 2 della legge 29 febbraio 1980 n. 33, che ha convertito in legge il decreto-legge n. 663/79, poi modificato dall'art. 15 della legge 23.04.1981 n. 155 (che per opportuna conoscenza si allega), che, a mio avviso, concerne diversamente fattispecie.

Questo è il mio parere.
Avv. Antonio Puliatti

Certificato di malattia: obbligatorio anche per un solo giorno

Se il lavoratore si assenta per malattia, deve produrre il certificato e non la semplice comunicazione, anche se l'assenza si prolunga per un solo giorno. Vanificate le speranze dei medici di famiglia che speravano di esserne esentati dall'obbligo di certificare patologie brevi e di difficile obiettivazione.
(Cass., sent. N. 17898 del 22/08/07).



I fatti:

Un lavoratore aveva effettuato durante l'anno diverse assenze per malattia, ciascuna di un solo giorno; tali assenze erano state sempre giustificate il giorno successivo, ma senza mai produrre il certificato medico in quanto, asseriva il lavoratore, tale era la prassi vigente nell'azienda, come confermata da due circolari del datore di lavoro. L'azienda aveva invece praticato le trattenute stipendiali per queste assenze in base a quanto previsto dal contratto collettivo di categoria, che invece, stabiliva che le assenze devono essere giustificate, e non solo comunicate, al datore di lavoro, «mediante esibizione di certificato

medico».

I giudici di merito non ritenevano sufficienti tali circolari per giustificare il lavoratore, in quanto le stesse specificavano che l'azienda si riservava la possibilità di chiedere il certificato come da contratto, come in effetti risultava comunicato al lavoratore.

Il lavoratore sosteneva, tra i vari motivi di ricorso, che la prassi aveva forza vincolante in quanto rappresentava un miglioramento alla normativa collettiva, e l'azienda avrebbe potuto derogarvi solo sulla base di criteri oggettivi

vi e uguali per tutti dipendenti; La Cassazione ha invece ritenuto valida la prassi seguita dall'azienda: il datore di lavoro può pretendere il certificato medico qualora ne ravvisi l'opportunità (ad esempio per assenze frequenti).

Peraltro, sottolineano i giudici, il lavoratore non aveva mai provato di essere stato assente per malattia, neanche nei giorni successivi alla contestazione dell'assenza ingiustificata; non aveva neppure provato che la prassi aziendale fosse tassativa e le eccezioni circoscritte, per cui l'azienda non avrebbe mai potuto pretendere una documentazione dell'assenza per malattia, neanche in caso di dubbio.

La Corte confermava quindi che, nel caso in cui non venga fornita prova dell'assenza giustificata dalla malattia, mancano le condizioni che consentono di ritenere dovuta la retribuzione dell'assenza da parte del datore di lavoro, per cui è legittima la trattenuta della paga giornaliera in quanto conseguenza della mancata prestazione lavorativa.

Daniele Zamperini

L'INAIL si sta attrezzando per la nuova modulistica e per organizzare l'invio telematico dei certificati, con diversa velocità a seconda delle varie sedi periferiche.

I medici possono interpellare la loro sede di zona per avere il proprio codice personale e le opportune istruzioni. Ricordiamo che con la spedizione telematica del certificato il compenso sale a 32,5 Euro (con un aumento di oltre il 100%) ma vale solo per i primi tre certificati. Se il primo certificato è rilasciato dal Pronto Soccorso, al MdF ne spettano solo altri due.
Vi terremo al corrente di eventuali modifiche applicative

Attenzione al paracetamolo negli scoagulati!

Il paracetamolo, come tutti i farmaci, non è esente da problemi e controindicazioni. Abbiamo già segnalato in precedenza come sia assolutamente indispensabile non superare i dosaggi previsti in scheda tecnica (max 3 g./die) per la possibile insorgenza di gravi epatopatie.

Il paracetamolo viene tuttavia largamente usato nei pazienti in terapia anticoagulante perché ritenuto esente dai potenziali effetti emorragici dei FANS.

Ora un recente studio (Haematologica 2006; 91: 1621-7) ha invece eviden-

ziato che anche il paracetamolo, a dosaggi elevati, interferisce con i fenomeni coagulativi elevando l'INR e diminuendo la concentrazione dei fattori coagulativi vitamina K-dipendenti nei soggetti che praticano terapia anticoagulante con warfarin.

Il meccanismo non è del tutto chiarito ma è probabile che il farmaco, ad alte dosi, interferisca con gli enzimi produttori di fattori coagulativi potenziando così l'azione dell'anticoagulante. DZ



ITALCHIMICI S.p.A.

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



Soggetto ad IVA? Solo se il gruppo diventa Società di Servizi

La medicina di gruppo è soggetta ad IVA se modifica le sue caratteristiche organizzative

Medici che esercitano la medicina di gruppo e si costituiscono come associazione senza fini di lucro danno vita ad una società di servizi in favore degli associati che è soggetta ad IVA e che dovrà emettere fatture imponibili nei confronti degli associati.

Con l'istanza di interpello di cui all'oggetto, concernente l'interpretazione dell'articolo 40, comma 3, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270, è stato esposto il seguente QUESITO:

L'istante - Studio Medico Associato ALFA - costituito in data ... 2007, da otto medici di medicina generale esercita l'attività di medicina generale convenzionata nel lavoro di gruppo, come previsto dall'articolo 40, comma 3, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270.

In particolare, l'associazione medica sopra specificata esercita la medicina di gruppo, al fine di suddividere tutti i costi relativi alla sede, al personale, ai mezzi ed alla organizzazione funzionale del lavoro, e per ottimizzare più aspetti della propria professione.

L'istante chiede di conoscere il trattamento fiscale, ai fini Iva, dei rapporti tra l'Associazione che esercita la medicina generale convenzionata nel lavoro di gruppo e i medici associati.

SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DAL CONTRIBUENTE

L'istante intende adottare il seguente comportamento:

- costituzione dell'associazione medica senza scopo di lucro da parte dei medici interessati mediante accordo scritto;
- comunicazione alla A.S.L. ed all'ordine dei medici al fine di poter esercitare la medicina di gruppo e suddividere tra i medici associati i costi relativi alla sede, al personale, ai mezzi e all'organizzazione funzionale del lavoro;
- richiesta da parte dell'associazione del codice fiscale e non anche della partita IVA;
- apertura di un conto corrente bancario intestato all'associazione per il versamento pro quota da parte dei medici associati delle spese di gestione dello studio;
- emissione da parte dell'associazione di ricevute (senza IVA) a tutti i medici associati ripartendo pro quota le spese comuni sostenute per l'organizzazione ed il mantenimento dello studio medico.

PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

Al fine di un corretto inquadramento della questione, è necessario, preliminarmente, determinare la reale natura giuridica dello Studio medico associato ALFA.

Al riguardo, il decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270 - Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - regola-



menta il rapporto di lavoro autonomo che si instaura tra le Aziende sanitarie locali e i medici di medicina generale, individuando, inoltre, i principi a cui i medici di medicina generale devono ispirarsi nel concordare e nel realizzare tra di loro forme di lavoro associativo per l'espletamento dell'attività di assistenza primaria, al fine di migliorare le modalità organizzative del lavoro e di favorire la condivisione funzionale delle strutture di più professionisti.

In particolare ai sensi dell'articolo 40, comma 3, del citato decreto "le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

- forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscano anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici".

Nel caso di specie, sulla base di quanto asserito dall'interpellante nella documentazione integrativa prodotta, e sulla base di quanto risulta dall'atto costitutivo dell'associazione, si desume che:

- i compensi erogati dall'Azienda sanitaria locale vengono corrisposti direttamente ai singoli medici e non sono riversati all'associazione;
- l'associazione può acquisire a qualunque titolo e gestire beni mobili ed immobili, servizi, compiere operazioni mobiliari, immobiliari, finanziarie prestare e ricevere servizi, procurarsi mezzi finanziari necessari allo svolgimento della propria attività, contrarre mutui, aprire conti correnti e compiere ogni altra operazione di finanziamento con privati o istituti di credito (articolo 2 dell'atto costitutivo).

Dal combinato di questi due elementi, si può delineare la natura giuridica dello studio medico interpellante.

In particolare, lo studio medico, non ricevendo alcun compenso autonomo o direttamente riconducibile all'attività prestata dai singoli medici non può essere destinatario di compensi professionali da ripartire, secon-

do gli accordi associativi, ai singoli medici, come è invece tipico delle associazioni professionali, inquadrabili nell'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica del 22 dicembre 1986 n. 917 e produttive di reddito di lavoro autonomo ai sensi dell'articolo 53 del decreto sopra menzionato.

Infatti, dal contenuto dell'articolo 2 dell'atto costitutivo si rileva che il soggetto associativo interpellante, predisponendosi a rendere servizi, a gestire beni mobili ed immobili, a compiere operazioni finanziarie, assume la veste di una società di servizi o di mezzi, nata con lo scopo di mettere a disposizione dei singoli associati strutture e servizi.

Una tale società si differenzia sia dall'associazione tra professionisti, che dall'istituto della medicina di gruppo.

Elementi distintivi di tale società sono:

- 1) la predisposizione di tutte le attrezzature al fine di metterle a disposizione dei singoli soci;
- 2) lo svolgimento individuale delle prestazioni professionali da parte dei singoli medici.

Ne consegue che, le operazioni fornite dalla società devono essere considerate imponibili ai fini Iva, per cui l'associazione è tenuta a richiedere l'attribuzione della partita Iva.

Eguale, al fine di ripartire le spese comuni per il mantenimento e l'organizzazione dello studio medico, l'associazione dovrà emettere fatture imponibili nei confronti degli associati.

Infine, si fa presente che la comunicazione alla A.S.L. ed all'Ordine dei medici dell'accordo associativo, effettuata ai sensi dell'articolo 40, comma 4, lettera b), del decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270

- Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di 5 medicina generale, non influenza la natura giuridica delle operazioni poste in essere dall'associazione.

La risposta di cui alla presente nota, richiesta con interpello presentato alla Direzione Regionale della, viene resa dalla scrivente ai sensi dell'articolo 4, comma 1, ultimo periodo, del decreto ministeriale 26 aprile 2001, n. 209.

Responsabilità medica: il peso della statistica nelle valutazioni giudiziarie

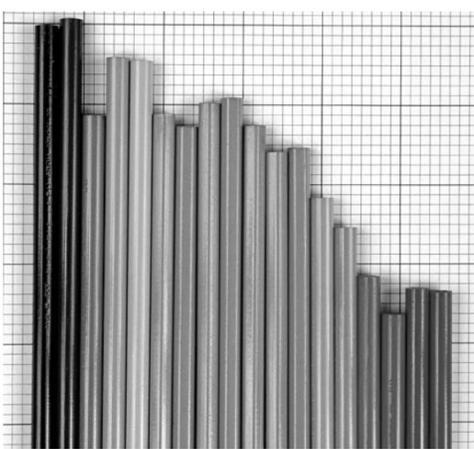
La statistica deve avere un peso "ragionevole" nella valutazione della responsabilità medica.

La Cassazione si era già pronunciata sull'argomento con la nota sentenza n. 30328/2002; ora è tornata ad affrontare l'argomento con la sentenza n. 4177-/2007. L'argomento in questione riguarda il valore da attribuire, in sede di accertamento della responsabilità medica, alle leggi statistiche. La pronuncia della Corte appare molto articolata, nel senso che le leggi statistiche non possono essere considerate decisive, ma non possono essere neppure trascurate. Esse devono essere "uno" degli elementi che il giudice deve considerare, unitamente a tutti gli altri ravvisabili nel caso concreto. Nel caso concreto, la sentenza per il medico fu di condanna (per il decesso di un soggetto deceduto dopo intervento di ernia inguinale).

La sentenza: "La risposta sulla sussistenza o meno del nesso eziologico non può essere, in effetti, esaustivamente e semplicemente trovata, sempre e comunque, nelle leggi statistiche. (...) Però, non può neppure affermarsi che le leggi statistiche, in precedenza considerate decisive, debbano essere omettamente trascurate. Le leggi statistiche, in vero, sono solo uno degli elementi che il giudice può e deve considerare, unitamente a tutte le altre emergenze del caso concreto. Con la conseguenza che il giudizio positivo sulla sussistenza del nesso eziologico non si baserà più solo sul calcolo aritmetico statistico (quale che sia la

percentuale rilevante), ma dovrà trovare il proprio supporto nell'apprezzamento di tutti gli specifici fattori che hanno caratterizzato la vicenda concreta. Il giudice, in buona sostanza, potrà (anzi, dovrà) partire dalle leggi scientifiche di copertura e in primo luogo da quelle statistiche, che, quando esistano, costituiscono il punto di partenza dell'indagine giudiziaria. Però, dovrà poi verificare se tali leggi siano adattabili al caso esaminato, prendendo in esame tutte le caratteristiche specifiche che potrebbero minarne in un senso o nell'altro il valore di credibilità, e dovrà verificare, altresì, se queste leggi siano compatibili con l'età, il sesso, le condizioni generali del paziente, con la presenza o l'assenza di altri fenomeni morbosi interagenti, con la sensibilità individuale ad un determinato trattamento farmacologico e con tutte le altre condizioni, presenti nella persona nel cui confronti è stato omesso il trattamento richiesto, che appaiono idonee ad influenzare il giudizio di probabilità logica".

DZ



La vita prima di tutto. L'impegno di MSD è da sempre rivolto a migliorarla, tutelarla, difenderla. Perché i valori in cui crediamo sono uniti alla vita da legami indissolubili. Gli stessi legami che ogni giorno esploriamo in profondità, per scoprire nuove relazioni ed estrarre linfa vitale. Dal 1991, il nostro lavoro ci mette continuamente in contatto con la vita. Per questo ne abbiamo fatto la nostra missione.

MERCK SHARP & DOHME
Innovazione è storia.

Merck Sharp & Dohme Italia S.p.A.
Via G. Falsoni, 6 00193 Roma
www.msdi.it

LEGGE PRIVACY

(Comunicazione al lettore)

I suoi dati, raccolti e trattati nel rispetto degli Articoli 10 e 13 della Legge 675/96 per la Tutela dei Dati Personali, vengono utilizzati per l'invio di materiale informativo e/o promozionale.

In qualsiasi momento - ai sensi dell'Articolo 13 di detta Legge - Lei potrà gratuitamente consultare, modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento:

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

Via Merulana, 272 00185 ROMA,



COMA DIABETICO IPEROSMOLARE PERCHE' NON CHETOACIDOSICO?

Non è ancora chiarito perché mai in questa forma di coma non compaia acidosi. Più frequente negli anziani, esso si caratterizza per marcata IPERGLICEMIA (oltre g. 10%) che causa marcata DISIDRATAZIONE, con diminuzione del volume idrico extracellulare. Sintomi: sete intensa, cute e mucose molto asciutte con assenza di lacrime e di sudore, difficoltà nel deglutire e nel parlare, insufficienza renale, ipercapnia, alterazioni della coscienza minori rispetto al comune coma diabetico.

Alla disidratazione consegue marcata IPEROSMOLARITA' plasmatica.

Terapia: insulina e.v. e sottocute subito, entro le prime 2 - 3 ore dall'inizio del coma. Soluzione ipotonica di cloruro di sodio 0.45 %, più cloruro di potassio. Plasma o sangue se persiste il collasso.

MUSCOLI E ATTIVITA' FISICA

Le masse muscolari sono di 2 tipi. Muscoli ROSSI o "lenti": si contraggono non rapidamente, in modo isotonic, nelle attività aerobiche e comportano processi ossidativi. Composti da fibre più piccole (ogni miofibrilla contiene circa 1.500 filamenti di miosina e di astina), intervengono nelle attività più protratte; hanno maggiore vascolarizzazione, maggior numero di mitocondri, maggior quantità di mioglobina. Il muscolo gastrocnemio agisce nella marcia; il soleo, antigravitazionale, ha un'attività ancora più lenta. Muscoli BIANCHI o "rapidi": entrano in azione nelle attività rapide, per lo più isometriche, anaerobiche, non ossidative. Sono di questo tipo i muscoli oculari.

L'attività fisica consigliata è quella aerobica, lenta e prolungata: se si oltrepassano i limiti, essa diventa an-

aerobica con produzione di acido lattico.

"NASCERE INSIEME"

Un eccitante percorso psicopedagogico per la preparazione della coppia alla nascita del figlio è quello stilato dalla Psicopedagogia dott.ssa Adriana Vitale (tel. 06 - 9343127) nel prezioso libello tascabile "Nascere insieme", Armando Ed.

Il FUMO è molto nocivo in gravidanza: a) per motivi medici: costringendo le arteriose della placenta e ischemizzandola, causa un basso peso del neonato; b) per motivi estetici: stimola l'elastasi che altera l'elastina cutanea; la diminuita elasticità della cute nuoce alla bellezza del seno femminile.

Il partner finalmente si affaccia in sala parto e partecipa, anche emotivamente, al "parto immaginato" della compagna.

TRAINING RESPIRATORIO autocotono integrato: accorcia la durata del parto; la donna gestisce il dolore in modo autonomo; protegge l'equilibrio emotivo della partoriente; evita errori di comportamento durante il parto.

Interessanti poi le verbalizzazioni composte da alcune partorienti al momento dell'evento.

COLESTASI INTRAEPATICA

La sede anatomica di questa affezione è compresa fra le membrane degli epatociti e i dotti biliari di calibro medio. Tale sindrome clinica e biochimica si caratterizza per iperbilirubinemia anemolitica e aumento ematico di fosfatasi alcalina, acidi biliari e colesterolo, associati a ittero e prurito ed anche a manifestazioni sec-



ondarie a deficit delle vitamine liposolubili A D E.

La forma FAMILIARE PROGRESSEDIVA, rara, a trasmissione autosomica regressiva, è dovuta ad alterazione dei geni che controllano il trasporto intraepatico degli acidi biliari: rapida è la progressione verso la cirrosi.

TERAPIA farmacologica: ac. urodesossicolico, farmaci per il prurito, vitamine A D E e calcio. La cura chirurgica per controllare il prurito e la progressione della malattia comprende la diversione biliare parziale, il by-pass ileale ortotopico di fegato.

VACCINI IN ONCOLOGIA

Stanno aumentando sempre più i vaccini nella cura delle neoplasie, specie dell'apparato digerente. Fra tutti i tumori, quelli gastroenterici hanno la più alta incidenza e mortalità in tutto il mondo: l'adenocarcinoma del colon è il secondo più frequente, mentre l'adenocarcinoma del pancreas e l'epatocarcinoma hanno la prognosi peggiore.

Oltre alle infezioni, anche le cellule tumorali sono in grado di esprimere antigeni che evocano una risposta immunitaria. L'immunoterapia oncologica comprende due forme: a) non antigeno-specifica: immunostimolanti esogeni, citochine, cellule immunoeffettrici non specifiche; b) antigeno-specifica, che può essere passiva (anticorpi monoclonali ecc.) e attiva con i vaccini.

I VACCINI utilizzati nei trials sono allestiti con cellule neoplastiche lisate o transfettate con geni immunostimolatori, cellule dendritiche fuse con cellule neoplastiche, DNA pasmidico, vettori virali.

(Gastroenterologia clinica, dic. 2007)

EZETIMIBE PROTEINA NPC1 E COLESTEROLO

Le statine sono state un'acquisizione fondamentale per la terapia dell'ipercolesterolemia. Come è noto, esse agiscono con due meccanismi diversi, ma strettamente interconnessi. 1° tempo: inibiscono l'enzima HMG Co A redattasi, la quale innesca la cascata metabolica che porta alla sintesi del colesterolo nell'epatocita. 2° tempo: stimolazione e apertura dei ricettori cellulari per il colesterolo LDL che comporta un passaggio delle LDL dal plasma nell'epatocita e conseguente loro diminuzione plasmatici. Questo meccanismo va interpretato come fenomeno compensatorio alla inibita sintesi del colesterolo, giacché tale sostanza è indispensabile per il metabolismo.

Ma oggi è disponibile un nuovo farmaco, l'EZETIMIBE, che inibisce selettivamente l'assorbimento intestinale del colesterolo. Tale inibizione, in particolare, interessa la PROTEINA NPC1, presente soprattutto nell'orletto a spazzola degli enterociti dell'intestino tenue: ne deriva un blocco nel passaggio del colesterolo dal tenue al sangue.

MISCELLANEA

SIDEROPEINA NELLA 1° INFANZIA. Un'analisi multivariata negli USA ha dimostrato che il 20% dei bambini in sovrappeso fra 1 e 3 anni ha una CARENZA MARZIALE. Significativa l'associazione con la mancata frequenza all'asilo, che avrebbe assicurato una dieta più sana: cioè senza snacks, cibi fuori pasto, eccesso di latte e di succhi di frutta.

DIAGNOSI DI ASMA BRONCHIALE. La misurazione dell'OSSIDO DI AZOTO espirato è un affidabile parametro per monitorare la flogosi eosinofila dei bronchi. Il limite a tale metodica è dato dalla complessità e dal costo dello strumento: è

stato ora perfezionato un apparecchio portatile (Niox Mino) più semplice e meno costoso. (Bodini A. et al. : Il Pediatra, dic. 2007)

STIMOLATORE VENTRICOLARE E SCOMPENSO CARDIACO. La sincronizzazione ventricolare mediante impianto di stimolatore biventricolare, oltre a migliorare l'emodinamica e i sintomi, causa marcata INIBIZIONE DEL SIMPATICO che riduce l'attivazione adrenergica del paziente compensato.

TASSO ALCOOLEMICO E FEGATO. E' opportuno che gli esami ematochimici effettuati sui guidatori dalla Polizia stradale siano estesi anche alla funzionalità epatica: le EPATOPATIE infatti sono una frequente conseguenza dell'atilismo.

VACCINO ANTI-INFLUENZALE: EFFICACE? Il vaccino contro l'influenza non si è quasi mai sicuri che sia stato preparato con gli stessi virus dell'epidemia in atto, a causa dell'estrema VARIABILITA' VIRALE. Sempre consigliabile pertanto associare un vaccino anticatarrale.

NOVITA' PER CHI RUSSA. La roncopia ha ora una nuova cura: STRISCE ORALI da applicare sul palato assicurano una fisiologica respirazione, con il vantaggio poi che non possono essere deglutite.

INSONNIA E BENZODIAZEPINE. Per il trattamento A LUNGO TER-MINE sono da preferire le benzodiazepine di nuova generazione (zoldipen, zaleplon, eszopiclone, ramelteon), più sicure rispetto alle precedenti.

Screening inutili sono una fonte di spreco e di potenziale danno alla salute. E' necessario valutarne preventivamente la reale efficacia Ecografia di routine nelle donne che fanno tamossifene: inutile fonte di falsi positivi

L'impiego routinario seriato dell'ecografia transvaginale è poco utile e causa danni iatrogeni in eccesso rispetto ai benefici apportati in donne con cancro mamario in terapia con tamossifene. Al fine di valutare l'utilità dell'ecografia endovaginale per lo screening delle lesioni endometriali in donne con pregresso cancro mamario in trattamento con tamossifene 247 donne trattate con tamossifene (20-30 mg/die per 2 anni) e 98 controlli sono state prospetticamente seguite mediante ecografia endovaginale ogni 6 mesi per 5 anni. Le pazienti con endometrio omogeneo di spessore superiore a 10 mm sono state monitorate ogni 3

mesi. Lo spessore endometriale medio, che era prima del trattamento di 3.5 ± 1.1 mm è aumentato fino ad un massimo di 9.2 ± 5.1 mm dopo tre anni di terapia con tamossifene (P < .0001) e questo incremento è risultato significativo anche rispetto al gruppo di controllo. Cinquantadue pazienti asintomatiche con endometrio ispessito o con alterazioni morfologiche sospette sono state sottoposte ad isteroscopia e raschiamento che risultò associato a 4 casi di perforazione uterina. Dal punto di vista istopatologico in 38 pazienti (73.1%) è stata riscontrata atrofia, in 9 polipi, in 4 iperplasia, e 1 cancro dell'endometrio. Nelle 20 pazienti che

sono state sottoposte a raschiamento per metrorraggia sono stati riscontrati 5 casi di atrofia, 5 di polipi, 4 di iperplasia, e 2 casi di cancro endometriale. Nei controlli sono stati rinvenuti, 1 polipo asintomatico ed 1 caso di iperplasia asintomatica. *Gli autori concludono che nelle donne in trattamento con tamossifene lo studio seriato dell'endometrio mediante ecografia transvaginale origina un alto tasso di falsi positivi, anche se viene usato un cutoff di 10 mm per lo spessore endometriale e provoca patologia iatrogena che non giustifica la scoperta di 1 caso di cancro endometriale.* Commento di Luca Puccetti

Lo studio NSABP P1 ha mostrato un rischio 4 volte maggiore di carcinoma dell'endometrio in stadio precoce nelle donne in postmenopausa del braccio tamossifene anche se non è stato riportato nessun decesso per tumore endometriale nel braccio tamossifene. L'effetto endometriale del tamossifene è in relazione alla dose e alla durata della terapia. Un trattamento per 5 o più anni di tamossifene a dosi 20 mg die si associa ad un aumento della mortalità per tumori endometriali avanzati e con caratteristiche biologiche aggressive.

Pertanto alcuni autori hanno pensato di effettuare una valutazione seriatata dell'endometrio mediante ecografia transvaginale per diagnosticare precocemente i casi sospetti da avviare a procedure diagnostico-terapeutico appropriate. Il presente studio dimostra che la strategia di sottoporre a screening con eco transvaginale le donne in trattamento con tamossifene causa molti danni iatrogeni (ben 4 perforazioni uterine) a fronte di una capacità limitata di individuare con precisione i casi di cancro endometriale a causa di una scarsa specificità pur usando un cut-off per lo spessore endometriale di 10 mm. Tale scarsa specificità genera un alto numero di falsi positivi sospetti per degenerazione endometriale che a loro volta inducono un elevato numero di inutili procedure invasive. Un altro studio ha valutato l'utilità della biopsia endometriale ambulatoriale nel follow up delle donne con pre-



gresso cancro della mammella che iniziano un trattamento con tamossifene. 159 donne con cancro alla mammella che iniziavano un trattamento con tamossifene sono state incluse nello studio che prevedeva la biopsia endometriale ogni 6 mesi per i primi 2 anni e poi annualmente per i successivi 3 anni. Sulle 111 donne valutabili sono state effettuate 635 biopsie con un tempo di follow-up mediano di 36 mesi. Ottantadue (12.9%) delle 635 biopsie avevano dato luogo a materiale insufficiente per la diagnosi e 14 pazienti (12.6%) sono state sottoposte a raschiamento per anomalie istopatologiche, sanguinamento persistente o per la valutazione di una tumefazione causata da molti danni iatrogeni (ben 4 perforazioni uterine) a fronte di una capacità limitata di individuare con precisione i casi di cancro endometriale a causa di una scarsa specificità pur usando un cut-off per lo spessore endometriale di 10 mm. Tale scarsa specificità genera un alto numero di falsi positivi sospetti per degenerazione endometriale che a loro volta inducono un elevato numero di inutili procedure invasive. Un altro studio ha valutato l'utilità della biopsia endometriale ambulatoriale nel follow up delle donne con pre-

CITIFLUX CLASSE A

soluzione da nebulizzare 0,1 %
flacone 30 ml

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

R03BA03
flunisolide

LABORATORIO FARMACEUTICO

PAESE VECCHIO, ASSISTENZA NUOVA: IL CASO ITALIA

(da pag. 1)
sintomi caratteristici e' nota da molto tempo e cio' richiede una certa flessibilita' nel modo di ragionare da parte del medico che si accinge a formulare una diagnosi. Viene molto meno spesso riconosciuto, tuttavia che nell'anziano i sintomi di esordio, pur indicando la presenza di una malattia, possano sviare l'attenzione della natura e della sede primitiva del processo patologico. Ad esempio quando un paziente presenta uno stato confusionale si ipotizza subito quale possibile causa l'azione di psicofarmaci o la presenza di un processo patologico che interessa essenzialmente l'encefalo. Nell'anziano pero' bisogna considerare anche altri fattori come: la semplice disidratazione dovuta ad una notevole varieta' di cause, le infezioni, le cardiopatie responsabili di una probabile insufficienza, le malattie degli organi intra-addominali. In breve varia la logica diagnostica. E' per questo che la geriatria e gerontologia sono assunte al rango di specializzazione, ma e' pur vero che e' sempre piu' rilevante il numero delle persone di eta' avanzata che si rivolge al medico di medicina generale. Quindi ogni me-

dico, anche privo di una formale specializzazione accademica nelle sfere geriatrica e gerontologica viene a trovarsi quotidianamente di fronte ad un impegno clinico reso complesso, come appunto nel caso di soggetti anziani dal seguente evento: decadimento fisiologico dell'organismo, da incontrollabili modificazioni metaboliche e dalla simultaneita' di piu' patologie senza contare le trasformazioni caratteriali connesse a tutti questi eventi ineluttabili ed i rischi che comportano schemi terapeutici imperniati sull'uso di piu' farmaci, alcuni dei quali, a volte, dall'azione contrapposta fra loro. Nel congresso in questione sono stati affrontati diversi argomenti: dalle demenze alla prevenzione delle ulcere da decubito, dall'osteoporosi alla depressione, dalle vitamine della longevita' (A:C:E) al rischio che diverse iso-



forme del tocoferolo possano sviluppare demenza in eta' avanzata. E' stato trattato anche il ruolo importante del caregiver nell'assistenza dell'anziano a domicilio e dell'assistenza di personale qualificato e motivato nelle RSA: Ad un certo punto pero' e' emerso un qualcosa che ha fatto capire che l'anziano sente il peso degli anni, ma la societa' avverte il peso degli anziani che costano troppo soprattutto alla sanita'. Sono state riportate relazioni che hanno sottolineato l'essenzialita' di non praticare agli anziani "la terapia che essi non vogliono venga loro praticata", la necessita' che i medici facciano riferimento a qualcosa che e' stata definita "desistenza terapeutica" definizione esternalizzata da un nostro collega Dr. Ignazio Marino attualmente presidente della commissione Sanita' del Senato. Ho

sollevato una questione all'interno del congresso e mi chiedo ancora se i termini usati "desistenza terapeutica, accompagnamento alla morte dei pazienti anziani all'interno della RSA" sono forse la traduzione edulcorata e vestita di un termine piu' amaro e svestito dal falso buonismo, ossia EUTANASIA? Se gli anziani sono tanti, se la Sanita' per loro spende tanto, se la sanita' e' in perenne crisi con il bilancio in rosso: quale strategie sono state adottate? Filtro della prescrizione dei farmaci con le note AIFA, filtro delle prescrizioni di indagini di laboratorio strumentali con i codici identificativi di patologia ed ora la ventilata possibilita' di "staccare la spina" ? ossia la "Desistenza terapeutica" come al congresso e' stato sottolineato dall'attuale presidente della commissione Sanita' del Senato: Considerando che pochi sono i posti nelle RSA, che le case di riposo costano eccessivamente per la disponibilita' economica dei piu', spetta al MMG assistere con i filtri attualmente esistenti le persone anziane pur essendo coscienti che gli accessi domiciliari non risolvono di certo i problemi di sopravvivenza di questi pazienti

particolari non solo privati dello stato di salute ma privati anche di alcuni affetti, soffocati dal costo della vita e dai farmaci a loro necessari classificati in classe C (cioe' a loro totale carico).
A mio avviso il torto piu' grave che si possa fare in questa fascia di eta' (e che purtroppo continua ad essere perpetrato) e' lo scippo della pensione di "reversibilita'" nel momento in cui uno della coppia rimane solo. Di norma al superstito non viene concesso il 100% della reversibilita', ma percentuali piu' basse, senza considerare che la percentuale delle necessita' e dell'assistenza, al contrario, aumentano per la persona che rimane sola. Per un popolo che ormai e' invecchiato in un paese come il nostro che ha dato piu' anni alla vita e' il caso di dare piu' vita agli anni, nell'ottica dei diritti e non certo nell'ottica delle restrizioni, delle caritatevoli concessioni, del "razionamento di fatto" dell'assistenza sanitaria.
Dr. Alberto D'ettorre
Geriatrics

L'assunzione di antidepressivi SSRI si associa con un raddoppio del rischio di fratture osse

Uno studio di coorte di tipo prospettico ha valutato l'incidenza di fratture clinicamente e radiologicamente rilevabili in 5008 soggetti di eta' >50 anni, seguiti per 5 anni. L'impiego giornaliero di SSRI, documentato in 137 pazienti, ha determinato un notevole aumento del rischio di fratture.



Gli SSRI sono stati associati anche ad un aumento del rischio di cadute, ad una minore densita' minerale ossea a livello dell'anca e ad un trend di minore densita' ossea a livello della co-

lonna vertebrale. Questi effetti erano dose-dipendenti e simili a quelli riportati al baseline e a 5 anni di follow-up.

L'assunzione giornaliera di SSRI in pazienti con piu' di 50 anni e' stata associata ad un aumento di 2 volte del rischio di fratture.

La depressione e le fratture sono frequenti in questa fascia di eta'; l'elevato rischio attribuito all'impiego giornaliero di SSRI può avere importanti conseguenze sulla salute pubblica.

LO SMI RESPINGE I DIKTAT DELLA REGIONE LAZIO: IL NUOVO ACCORDO DEVE ESSERE CONDIVISO!

Il nostro rappresentante Paolo Marotta ha inviato una vibrata protesta in Regione per i metodi arroganti con cui viene proposto ("imposto") l'accordo regionale per l'appropriatezza prescrittiva. Lo SMI si dissocia, e lottera' per un accordo veramente condiviso, per la protezione dei medici dai soliti amici conniventi con la Regione. Il testo, inviato via fax con Prot. n° 265/07 all'attenzione dell' On. Augusto Battaglia, Assessore alla sanita', e p.c. al Direttore Regionale Programmazione Sanitaria. Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul lavoro Dr. Alessandro Correati, al dott. Paolo Artico, Direttore Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel Servizio Sanitario Regione Lazio

di dipendenti della regione Lazio (ancorché un governo di "centro sinistra" non intenda trattare come subalterni i propri dipendenti) e che gratuitamente impegnano il loro tempo per cercare di contribuire alla risoluzione di problemi della regione Lazio. A corollario dell'accaduto, al termine della riunione, mi è stato riferito da altro componente sindacale che lo stesso funzionario avrebbe asserito, quando ancora non ero presente, che la causa dell'eccessiva prescrizione di farmaci da parte dei medici era legata alle regalie (a suo dire viaggi) che le case farmaceutiche elargirebbero a tutti i medici compiacenti. A conclusione di questa reprimenda volevamo comunicarle che è giunta alla nostra attenzione la convocazione per la ratifica dell'accordo in oggetto per il 24 Dicembre p.v. cosa che sottolinea, qualora fosse necessario, la scarsa propensione del funzionario ad un dialogo con i sindacati sereno e costruttivo. Orbene il nostro sindacato protesta formalmente presso la SV per l'accaduto e chiede a Lei, nella Sua qualità di responsabile politico di tutto l'assessorato, di ricomporre il tutto in una dialettica fra istituzioni e sindacati volta alla collaborazione reciproca tesa al miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria nella nostra regione. Quindi se nel merito il tentativo della regione Lazio teso ad applicare qualsivoglia tentativo per cercare di ridurre la spesa sanitaria della nostra regione vede assolutamente d'accordo il nostro sindacato ed i nostri iscritti, non altrettanto si può dire per il metodo assolutamente non urbano utilizzato dal responsabile regionale latore dell'invito. Per questo motivo lo S.M.I. non collaborerà alla stesura di questo protocollo d'intesa. Certi della sua comprensione e sempre disponibili al dialogo Le porgiamo i nostri migliori auguri di Buone feste Dott. Paolo Marotta



REGIONE LAZIO

"Oggetto riunione per presentazione accordo appropriatezza prescrittivi va del 19/21/07 u.s. Egregio Assessore,
in merito alla riunione svoltasi presso il Vs assessorato in data 19 u.s. (con convocazione 18 ore prima della stessa) alle ore 09:00 della durata di 28 minuti nella quale il direttore regionale programmazione sanitaria, politiche della prevenzione e sicurezza sul lavoro ha fatto esporre al funzionario Marcello Giuliali il protocollo d'accordo sull'appropriatezza prescrittiva necessaria, ad avviso dello scrivente sindacato, di alcuni chiarimenti.
In primo luogo nella convocazione, sebbene l'argomento fosse relativo all'appropriatezza prescrittiva, sono state invitate sigle sindacali che nulla hanno a che fare con i prescrittori. Inoltre nella convocazione si parlava di presentazione di un protocollo d'intesa, ma, dall'esposizione e dalla presentazione del direttore di cui sopra non sembrava esserci da parte del Vs assessorato alcun interesse a che questa bozza venisse discussa e/o modificata (sono state date ai sindacati presenti 48 ore, che scadono oggi alle ore 09:00, per presentare eventuali modifiche) al fine di trovare un'intesa. A tale riguardo mi permetto di ricordare a Lei ed al Suo direttore che invitare responsabili sindacali che, volente o nolente, rappresentano alcune centinaia di medici sul territorio, richiede attenzione e rispetto per persone che non sono

l'accaduto e chiede a Lei, nella Sua qualità di responsabile politico di tutto l'assessorato, di ricomporre il tutto in una dialettica fra istituzioni e sindacati volta alla collaborazione reciproca tesa al miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria nella nostra regione. Quindi se nel merito il tentativo della regione Lazio teso ad applicare qualsivoglia tentativo per cercare di ridurre la spesa sanitaria della nostra regione vede assolutamente d'accordo il nostro sindacato ed i nostri iscritti, non altrettanto si può dire per il metodo assolutamente non urbano utilizzato dal responsabile regionale latore dell'invito. Per questo motivo lo S.M.I. non collaborerà alla stesura di questo protocollo d'intesa. Certi della sua comprensione e sempre disponibili al dialogo Le porgiamo i nostri migliori auguri di Buone feste Dott. Paolo Marotta



140/90
120/80

SFIDA
ALL'IPERTENSIONE

Vincere l'ipertensione, giorno dopo giorno

La siesta fa bene, riduce la mortalità coronarica

Secondo uno studio greco la "pennichella" riduce i rischi di patologia coronarica.

In questo studio greco sono stati arruolati 23.681 individui che al baseline non avevano una storia di cardiopatia ischemica, ictus o neoplasia. I partecipanti sono stati seguiti per 6,32 anni. Dopo aver controllato i dati per vari fattori di confondimento (dieta, comorbidità, attività fisica) i ricercatori hanno potuto evidenziare che coloro che si prendevano il tempo per una siesta durante il giorno avevano una mortalità coronarica più bassa (0,66; IC95% 0,45-0,97). In particolare coloro che usufruivano della siesta in modo occasionale avevano una riduzione della mortalità coronarica del 12%, mentre quelli per i quali la pennichella era sistematica tale riduzione saliva al 37%. Per gli uomini questa associazione risultò più forte per coloro che al momento dell'arruolamento lavoravano, mentre per le donne un'analisi simile non fu possibile per il numero limitato di decessi.

Fonte:

Naska A et al. Siesta in Healthy Adults and Coronary Mortality in the General Population Arch Intern Med. 2007 Feb 12;167:296-301.



Commento di Renato Rossi

Prendersi una pennichella durante la giornata è un'abitudine diffusa tra le popolazioni con bassa mortalità coronarica, come per esempio le popolazioni meridionali e mediterranee. Gli autori confermano che un sonnellino dopo pranzo è benefico e ga-

rantiscono di aver corretto i dati per i principali fattori di confondimento. Per una volta devo dire che crederò sulla parola a questi risultati, senza andarci a cercare i limiti dello studio e l'eventuale "pelo sull'uovo". Debbo però dichiarare un formidabile conflitto di interessi e una clamorosa mancanza di imparzialità, dato che sono, da sempre, un accanito sostenitore della pennichella, di cui non posso assolutamente privarmi, pena un calo di performance lavorativa durante il pomeriggio. Sapere che questa mia sana abitudine mi riduce il rischio di mortalità coronarica non può far altro che incoraggiarmi nel perpetuarla. E che nessuno, per cortesia, mi venga a dire che la mortalità coronarica non è un end-point così forte e che sarebbe stato meglio valutare la mortalità totale tout court. Per quanto mi riguarda in questo caso mi accontento.

Indennità di accompagnamento: elenco delle patologie per le quali sono state escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante

Viene meno l'obbligo di sottoporre gli invalidi gravi a continue visite di revisione. Le Commissioni però dovranno rispettare norme precise per la diagnosi e la classificazione

Il presente elenco comprende le gravi menomazioni di cui all'art. 6, terzo comma, della legge 9 marzo 2006, n. 80 intendendosi le menomazioni o le patologie stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione.

L'elenco è presentato in un prospetto in cui sono indicate:

12 voci relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria;

per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzate e validati dalla comunità scientifica internazionale, la patologia o la menomazione, da richiedere alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali o agli interessati, solo qualora non sia stata acquisita agli atti o non più reperibile.

L'elenco viene rivisto con cadenza annuale.

Le persone affette da patologie o menomazioni comprese nell'elenco sono esonerate da tutte le visite di controllo o di revisione circa la permanenza dello stato invalidante; la relativa documentazione sanitaria va richiesta alle commissioni preposte all'accertamento che si sono espresse in favore dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione; oppure agli interessati, qualora non risulti acquisita agli atti da parte delle citate commissioni. È fatta salva la facoltà per i soggetti interessati di integrare la documentazione sanitaria con ulteriore documentazione utile allo scopo.

1) Insufficienza cardiaca in IV classe NYHA refrattaria a terapia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione NYHA sulla base degli accertamenti effettuati e risposta ai presidi terapeutici.

2) Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione della funzionalità respiratoria sulla base degli accertamenti eseguiti.

Indicazione di trattamento con ossigenoterapia o ventilazione meccanica in corso.

3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Indicazione di trattamento dialitico in corso.

4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta possibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

5) Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale, sulla base degli accertamenti effettuati come alle voci 2 e/o 4 e/o 8.

6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia

personale.

Persistente compromissione neurologica.

Referti di esami specialistici.

7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Stadiazione internazionale della specifica patologia.

Compromissione funzionale secondaria di organi od apparati.

8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinata dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione funzionale: tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; ampiezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica

Compromissione funzionale di organo e/o di apparato, sulla base degli accertamenti effettuati.

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

11) Deficit totale della visione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: visus naturale e corretto in OO (spento, motu manu, ombra luce); ERG e PEV destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in OO o diagnostica con neuroimmagini.

12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.

Linee-Guida e regolamento del Tribunale di Roma per i CTU

Diffuse dal Tribunale di Roma le linee-guida ad uso dei Consulenti Tecnici d'Ufficio, nonche' il regolamento per la tenuta dell'Albo. Contengono impotanti indicazioni e sanzioni per errori e inadempienze.

Le linee-guida sono scaricabili dal settore "Risorse Utili" oppure direttamente all'indirizzo:

http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/LINEE_GUIDA_CTU_TRIBUNALE_ROMA.pdf

Il regolamento è scaricabile dal settore "Risorse Utili" o direttamente all'indirizzo:

http://www.scienzaeprofessione.it/public/nuke/downloads/REGOLAMENTO_CTU_TRIBUNALE_ROMA.pdf

A.M.I.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

00185 ROMA - VIA MERULANA 272

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

E.mail SIAMEG@tin.it

Il sottoscritto Dr. Nato a

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

ViaN: CAP tel.

con studio in Via N: CAP

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

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

Operante nel/i seguente settore/i:

1. Medico Medicina Generale

n° Reg.

2. Specialista Ambulatoriale

3. Medico Dipendente

4. Ospedaliero

5. INPS

6. Libero Professionista

7. Universitario

8. Continuità Assistenziale

Titolare- Cod.Reg. N°:

9. Medicina dei Servizi - Titolare

Cod.Reg. N°.....

10. Emergenza-118-

Cod.Reg.N°:.....

11. Continuità Assistenziale-

Sostituto

12. Medicina dei Servizi - Sostituto

13. Specializzando

14. Non Inserito e/o Abilitato dopo il

31/12/94

15. Pensionato

CHIEDE

di essere iscritto all' ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA;

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

SOCIO ORDINARIO: Settori dal n° 1 al 10 € 100,00 annue

Settori dal n° 11 al 15 € 60,00 annue

SOCIO SOSTENITORE: tutti i settori € 200,00

DICHIARA che l'iscrizione

ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata, salvo comunicazione scritta di revoca.

DATA.....

FIRMA.....

Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale: SI

NO

LEGGE 675/96 : ai sensi della Legge 675/96, presto il mio consenso a che

l'AMI utilizzi i miei dati personali.

FIRMA.....

Vivere vicino ad un'autostrada comporta un' influenza negativa sullo sviluppo polmonare dei bambini.

Questo studio si è proposto di valutare se l'esposizione al traffico sia in grado di influenzare lo sviluppo polmonare nei giovani dai 10 ai 18 anni. Si tratta di uno studio prospettico che ha coinvolto 3.677 bambini (età media 10 anni) di 12 comunità della California che rappresentano un'ampia variazione nella qualità dell'aria. I bambini sono stati seguiti per 8 anni, ogni anno venivano misurati vari parametri di funzionalità polmonare. Per ogni bambino vennero identificati diversi indicatori di esposizione al traffico. Secondo quanto riferiscono i ricercatori americani i bambini che vivevano nel raggio di 500 metri da un'autostrada mostravano un deficit del FEV1 (- 81 mL; p = 0,01) e del MMEF o Flusso Massimo Espiratorio (- 127 mL/s; p = 0,03) rispetto ai bambini che vivevano ad almeno 1.500 metri di distanza da un'autostrada. Sia l'esposizione locale al traffico sia l'inquinamento atmosferico region-

ale avevano un effetto peggiorativo indipendente sullo sviluppo della funzione polmonare. A 18 anni i soggetti che vivevano a distanze inferiori a 500 metri da un'autostrada mostravano, rispetto a chi viveva a più di 500 metri, un FEV1 del 97% e un MMEF del 93,4% dei valori previsti. Gli autori concludono che l'esposizione al traffico di un'autostrada produce effetti avversi sullo sviluppo polmonare dei bambini indipendente dalla qualità dell'aria regionale.

Commento di Renato Rossi
Continuano ad accumularsi studi che mostrano gli effetti avversi dell'inquinamento atmosferico. Lo studio recensito in questa pillola suggerisce che vivere a poca distanza da un'autostrada porta ad uno sviluppo polmonare deficitario nei bambini e l'effetto è indipendente dalla qualità dell'aria regionale.

Anche se il lavoro non dimostra che questi soggetti siano più propensi durante la loro vita a sviluppare patologie di tipo respiratorio è ragionevole pensarci. In alcune pillole precedenti abbiamo già riferito di altri studi che dimostrano i danni provocati dalle polveri sottili, non solo sull'apparato respiratorio, e ad esse rimandiamo per ulteriori approfondimenti

Respinta in Parlamento la proposta di prescrizione del solo principio attivo

Attività Sindacali In sede di approvazione della legge Finanziaria è decaduto l'emendamento proposto dal senatore Manzione in merito alla prescrizione del solo principio attivo da parte dei medici, per i farmaci in fascia C.

Dopo la tempestiva presa di posizione del nostro sindacato SMI, che ha fortemente contestato tale provvedimento che condizionava pesantemente la complessità di un atto medico (la completa assunzione di responsabilità del prescrittore) trasferendo di fatto la responsabilità della prescrizione di un prodotto farmaceutico (con le sue specifiche peculiarità farmacodinamiche, farmacocinetiche e di farmacotolleranza diverse anche tra farmaci bioequivalenti) dal medico al farmacista, titolare della gestione di un'attività commerciale.

Tra le voci contrarie sono emerse quelle dei dirigenti nazionali SMI Tortora e Annunziata e, in sede parlamentare, quella del Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, il senatore Giuseppe Scalera, che ha presentato un emendamento di segno opposto.

Cade quindi miseramente una norma offensiva per la categoria medica e pericolosa per i pazienti anziani e con malattie cronico degenerative.

Resta solo l'amarezza delle dichiarazioni dell'avv. Manzione, quando sostiene che ancora una volta ha vinto la lobby dei medici, dichiarazioni che sembrano dettate più dal rancore che da un effettivo esame dei fatti.

L'azione svolta dal nostro Sindacato e da quanti hanno condiviso le nostre posizioni non è stata meramente corporativistica bensì tesa a tutelare l'autonomia professionale e la dignità del ruolo professionale medico dall'invasione degli altri profili professionali.

Si allarga nel Lazio la rosa dei "farmaci di riferimento"?

La tecnica verrà trasferita presto ad altre categorie?

Abbiamo già avuto esperienza, nel Lazio, della farraginosa regolamentazione studiata dalla Regione insieme ad un "grande" Sindacato per la prescrizione degli Inibitori di Pompa Protonica.

Ora la Regione, sempre in concorso con lo stesso Sindacato, sta preparando un provvedimento che ricalca nella sostanza quello già citato, ma per numerose altre categorie farmacologiche.

Lo SMI è fermamente contrario, ed agirà a tutti i livelli perché si interrompa questo rapporto vizioso e sottobanco Sindacato-Parte pubblica, perché il ruolo del Sindacato deve essere quello di difendere gli iscritti, e non quello di mercanteggiare in cambio di privilegi imprecisati.

La metodica attuale per gli IPP causerà parecchie vittime in caso di verifica delle prescrizioni, in quanto gli errori (anche involontari) sono facilissimi. Immaginiamo cosa capiterà quando regole simili verranno applicate agli antibiotici, agli antiipertensivi, agli antidilipidici e così via.

Chi vivrà, vedrà (e speriamo che se ne ricordi, a tempo debito); nel frattempo, come richiestoci da diversi

colleghi non dotati di ferrea memoria, ripubblichiamo la tabella riassuntiva delle modalità prescrittive per gli IPP.

PROMEMORIA: modalità prescrittive degli Inibitori di Pompa Protonica nel Lazio

- Tutti, tranne gli Invalidi di Guerra (G1 e G2) le vittime del Terrorismo (V01) e i naviganti (SASN) pagano la differenza col Lansoprazolo. Per questi pazienti è invece sufficiente inserire la sigla dell'esenzione.

- Non pagano i seguenti soggetti:
-Intolleranti al Lansoprazolo (B)
-Allergici al L. (C)
-Non rispondenti alla terapia con L. (D)
-In terapia con Teofillina e Tacrolimus (E)
-In cura con altro IPP fino al termine del ciclo (F)

- La sigla va inserita nell'ultima a destra delle caselle destinate alle esenzioni per patologia.

Non barrare la N perché annulla l'esenzione.

ASSOCIAZIONE MEDICA
MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI ITALIANI - AMI
Fondata da Mario Menegale
Presidente: Angelo Filardo

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

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

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

Fotocomposizione e Stampe
Postel S.p.A.

Stampa Periodica è associata all'Unione Stampa Periodica Italiana

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

Sindacato dei Medici Italiani

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

00001/...

Spett.le
A.U.S.L.
o Azienda Ospedaliera
o Università di
della Regione

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

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

Euro 15,00

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

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

Data Firma

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

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003
Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice di materia di protezione dei dati personali", i dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, la comunicazione, l'interconnessione, la comunicazione/diffusione, la cancellazione e distribuzione dei dati e dal complesso di operazioni previste per ciò che, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-9-10-13 del citato D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione, ovvero, l'integrazione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativa, di comunicazioni delle iniziative patrociniate da questo C.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questo C.S. o da terzi cui sia stato concesso incarico. Detti dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convegnamento, consegna e spedizione riviste, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è il Sindacato dei Medici Italiani, con sede in Roma, via Livorno n. 36, presso cui i dati sono trattati e raccolti e presso cui sarà possibile inviare ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, rettifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati.

In considerazione della informativa ex d.lgs. 196/2003, orale e scritta riportata sulla presente delega, confermando di essere a conoscenza di facoltà e diritti in essa menzionati, e delle relative modalità d'esercizio, io sottoscritto,

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

Data Firma

Copia per la A.U.S.L.

VALPRESSION® 160 mg
C09CA03
valsartan

COMBISARTAN® 160 mg / 12,5 mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN® 160 mg / 25 mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

Menarini, salute senza confini

020113274
02 45010105