



ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 18 - N. 10
OTTOBRE 2008

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

Continua a Roma la protesta contro il taglio dei posti letto.

Contro la chiusura del S. Giacomo, assemblea permanente.

E' stato attivato il comitato di base "Salviamo il S.Giacomo" (formato da dirigenti, figure del Comparto ed alcuni esterni al SSN tra cui anche la Duchessa Oliva Salviati in rappresentanza degli eredi) che sta portando avanti una fitta serie di iniziative di denuncia e di protesta (oltreché di proposta) che stanno realmente mettendo in difficoltà la Regione e creando delle spaccature all'interno di essa.

In particolare, pochi giorni fa la Corte di Cassazione si sarebbe pronunciata a favore della validità del testamento del 1598 contenente la donazione dell'Ospedale (con tutta una lunga serie di vincoli e clausole).

Tale risultato probabilmente non riuscirà a far riaprire subito il S.Giacomo ma ne impedirà la vendita. Comporterà anche conseguenze per l'illegittimo inserimento del bene nella Cartolarizzazione generale degli immobili realizzata nel 2003. E comunque la battaglia non è finita.

Il movimento, costituitosi ufficialmente a novembre con Atto notarile, è stato chiamato in Emilia Romagna per un supporto contro la programmata chiusura del Sant'Orsola, ed a Torino per operazioni analoghe. Si sta pensando a costituire una Federazione nazionale dei movimenti locali per acquisire più peso ed è previsto giovedì 20 p.v. ci sarà un primo incontro assembleare a Bologna. Tutto ciò in totale autonomia e talora, purtroppo, in polemica con parte del mondo sindacale. Il rappresentante SMI Andrea Figa' Talamanca è stato eletto nel Consiglio Direttivo.



ELEZIONI DELL' ORDINE DEI MEDICI DI ROMA

Vince la lista uscente, con un forte rimescolamento dei componenti

Vince le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell' Ordine di Roma, con largo margine, la Lista "Professionalità e Lavoro Medico", espressione (in prevalenza) del Consiglio uscente.

Un dato importante: hanno partecipato alle votazioni circa 1000 colleghi in più rispetto alla passata tornata elettorale. Deve farci riflettere, però, il fatto che, malgrado l' incremento dei partecipanti, i non-votanti sono ancora circa l' 80% degli iscritti.

Appare quindi evidente che i medici, in prevalenza, non sono interessati alle vicende ordinarie. Molti, e soprattutto i dipendenti, "sentono" l' Ordine come una istituzione distante

dai propri interessi primari, non incidente se non marginalmente sulle loro problematiche.

La lista AMICI, che rappresentava una federazione sindacale amplissima, è stata penalizzata rispetto alle sigle "locali". Appare quindi evidente come prevalgano, in elezioni sentite come "non vitali", le preferenze accordate soprattutto per conoscenza, stima, abitudine o utilità personali rispetto alle logiche più ampie di politica sindacale nazionale.

La cosa non è peregrina, in quanto i Sindacati e Ordine sono istituzioni ben distinte e con campi di intervento diversi. Di ciò occorrerà tenere maggiormente conto.

Resta comunque il dato positivo di un' accresciuta partecipazione, soprattutto da parte dello SMI, che si è dimostrato compatto e organizzato. La resa, dal punto di vista della visibilità e dell' immagine, è stata ottima, evidenziando in pieno il peso della nuovissima sigla.

Ringrazio, a nome dei candidati della lista AMICI tutti i colleghi che hanno dedicato una parte del loro tempo libero per venire ad esprimere la loro preferenza. Auguriamo al nuovo Consiglio un buon lavoro, nell' interesse di tutta la categoria.

Daniele Zamperini

E' mancato un grande amico Franco Sciarra non c'e' piu'

Sicuramente un saluto, un addio. Soprattutto un ringraziamento. Il riconoscimento per l'opera svolta quale grande medico e maestro. Franco Sciarra è il simbolo dello studioso, del cultore e della scienza medica. Innamorato della medicina con la M maiuscola. Di questa Medicina amata e professata sapeva tradurre le nozioni più complesse, acquisite nello studio teorico continuo, in pratica clinica quotidiana.

Serio, profondo, talora aspro e spigoloso ma sempre pronto alla battuta amichevole e per tutti disponibile per consigli ed aiuti. Come facesse non sappiamo, ma non c'era ambito della Medicina che non curasse e sul quale non fosse sempre aggiornato.

Grazie, perché per molti di noi è stato un esempio di dedizione alla professione. Con grande capacità illuminava i nostri giovedì, e partecipava i colleghi della sua sapienza medica tanto arricchita dalla lunga pratica clinica e dai tanti titoli accademici, frutto del suo incessante lavoro.

Ci lascia un vuoto affettivo, ma anche la memoria della sua figura di uomo entusiasta, solerte, amante della vita, profondamente onesto un affettuoso amico.

OSSERVAZIONI DELLO SMI SUL PIANO SANITARIO REGIONALE

Lo SMI ha proposto le sue osservazioni al Piano Sanitario Regionale del Lazio, evidenziando alcune importanti criticità e illustrando proposte e possibili linee di convergenza. Riportiamo il testo integrale della lettera inviata alla Commissione Sanitaria Regionale.

Roma, lunedì, 10 novembre 2008

Al Presidente
Ai Membri
Commissione sanità
Regione Lazio
sede

Oggetto: Osservazioni su Piano Sanitario Regionale 2008 -2010

Il documento è uno strumento epidemiologico-organizzativo che fotografa parte dell'esistente e sceglie un modello organizzativo orientato al territorio senza individuare le risorse dedicate in una logica di risparmio dettata da documenti economici preesistenti

Alcune osservazioni che lo SMI propone:

1) Relativamente "All'allocazione delle risorse del SSR" pag 30

I medici di medicina generale (MMG) sono medici di libera scelta. Possono essere scelti da chiunque a prescindere dalla condizione socio economica del soggetto. Le prestazioni erogate dal medico avvengono sempre e solo in base ai bisogni del paziente, secondo scienza e coscienza. E' altamente opinabile che la remunerazione del MMG sia messa in relazione alle condizioni socio economiche dei pazienti e si preveda di "tarare" il numero massimo di pazienti anziani e non abbienti che possono affluire ad un determinato medico. Ciò potrebbe avere gravi ricadute sulle dinamiche di assistenza con possibili disuguaglianze tra gruppi di assistiti.

2) Relativamente all' "Area Salute Mentale"

Vanno meglio specificati gli obiettivi e le azioni conseguenti, evidenziano alcuni progetti specifici e le risorse individuate per il loro raggiungimento; nonché le modalità di verifica demandate a gruppi di lavoro istituiti su base regionale.

Uno dei progetti da realizzare potrebbe essere individuato nella assistenza specialistica territoriale h 24 in collaborazione con ARES 118 e con risorse dedicate.

Non è evidenziata la grave insufficienza dei posti letto h24 nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nell'area metropolitana è indispensabile un programma urgente di allocazione risorse e ridefinizione dell'offerta ospedaliera.

3) Relativamente a "Traumatismi negli anziani"

Accanto a stili di vita, abitudini alimentari ed educazione sanitaria bisogna prevedere di aumentare il range di prescrivibilità, a carico del SSN, dei farmaci per la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi.

4) Relativamente "Alle funzioni di erogazione della tecnostruttura" (pag 66)

.....omissis erogazioni attraverso professionisti convenzionati e cooperative.....omissis

E' opinabile una esternalizzazione delle erogazioni. Tale sistema, ampiamente collaudato dalla P.A., ha messo in evidenza un lievitare dei costi dell'erogazione, un pagamento sottocosto del personale addetto senza un aumento della qualità della prestazione erogata.

5) Relativamente "alla funzione di committenza"(pag 66)

Specificare meglio cosa si intende per fornitura di servizi e attività

(pag.6)

Firmato il contratto della Dirigenza Medica

Il rinnovo dovrebbe portare nella busta paga di novembre, un aumento medio di circa 260 euro lordi per i 110.000 dirigenti medici e veterinari, con circa 390 euro lordi mensili per i direttori di struttura complessa, di 303 per i responsabili di struttura semplice, di 215 per gli incarichi professionali e di 149 per chi ha meno di 5 anni di anzianità. Vedi i particolari su <http://www.sindacatomedicaliani.it/smi/?content=puzzonia3>

**All'Interno:
Medicina legale,
informazione sindacale
Informazione professionale.**

Perche' occorre riformare il meccanismo dei compensi dei Medici Convenzionati

Già molti mesi orsono, volli rilevare alcune lacune riguardanti le voci dei nostri compensi relative ad alcune indennità, in quanto vanno a premiare in modo, a mio avviso non equo, i colleghi che hanno più assistiti a scapito di chi ne ha di meno; insomma una non equa distribuzione di tali indennità. Fu pubblicato un mio articolo nel mensile "Associazione Medica", ma forse pochi lo hanno letto, oppure capito, a causa della mia non chiara capacità di rendere per iscritto ciò che penso. Ci riprovo.

Le indennità per la Medicina di Gruppo e per le UCP (Regione Lazio), vengono retribuite in base al numero degli assistiti di ciascun medico e non in base alla media degli assistiti del gruppo. Questo vuol dire che in un gruppo composto da tre medici, uno con 500, uno con 1000, uno con 1500, quello con 1500 avrà una indennità tre volte maggiore a quello con 500 assistiti, anche se

quest'ultimo medico lavorerà tre volte di più per gli assistiti del massimalista (1500) quando questo non è in studio per motivi di orario, malattia o di ferie. Viceversa i 500 assistiti daranno un lavoro 3 volte inferiore a chi ne ha 1500, quando il medico con meno scelte non è in studio per motivi di orario, ferie, malattia. Chiaro? Meglio di così non riesco ad esprimermi, e temo che chi non capisce, allora non vuole capire, forse perchè massimalista! OK, andiamo avanti.

Secondo esempio. Anche la indennità per la collaboratrice di studio (segretaria), viene attribuita in base al numero degli assistiti...e così il massimalista (1500 assistiti) che ha una segretaria per un numero minimo di ore settimanali (10 ore per chi non lo sapesse), avrà una indennità di un terzo superiore al MMG con 1000 assistiti, il quale, volendo offrire un servizio migliore, ha una segretaria pagata per 20 ore settimanali. Per chi continua a non voler capire, il MMG con 1000 assistiti, pagherà la segretaria il doppio del MMG con 1500 assistiti, offrirà un servizio migliore, ma avrà una indennità di un terzo inferiore! Capito? non vorrei ripeterlo ancora! Il problema si risolve semplicemente pagando le indennità in base al numero delle ore lavorate dalle segretarie e non in base al numero degli assistiti; chiaro no, forse anche talmente semplice da non doverlo ripetere di nuovo! OK? OK!

Qual è la riflessione che si può fare dopo avere fatto questo ragionamento? La riflessione è che dato che una equa e omogenea distribuzione delle indennità non porta alcun aggravio alle casse statali e regionali, c'è qualcuno che si fa i contratti a proprio piacimento e tornaconto. Così assistiamo a MMG che nello stesso

tempo riescono a fare Medicina di Gruppo, Medicina dei servizi (in altra sede), UCP (chissà dove), avere una segretaria, fare 30-40 ADP al mese, avere l'incarico di fare parte della cosiddetta appropriatezza prescrittiva, e magari essere fa quei 10-12 MMG, che in Regione decidono, pare con buoni compensi, sui nostri corsi di aggiornamento(ecm), mentre nello studio e a domicilio dei loro pazienti lavorano quei fessi dei loro colleghi del gruppo.

Con l'avvicinarsi della stagione dei rinnovi contrattuali le organizzazioni sindacali devono decidere se difendere i diritti generali della categoria o viceversa continuare a concentrarsi nella difesa corporativa degli interessi di pochi privilegiati. l'idea liberale, cui tutti ora sembrano guardare (anche chi prima guardava altrove), vuole che ognuno possa partire dallo stesso punto con le stesse opportunità; non mi sembra che per le cose che ho scritto prima, ciò avvenga. Saprà SMI farsi carico delle aspettative di quei MMG che svolgono con dignità e silenzio il loro lavoro; saprà SMI difendere il lavoro dei MMG economicamente più deboli, ma non per questo meno preparati e con meno voglia di fare. Saprà dare loro l'opportunità di emergere senza dover ricorrere a squalidi compromessi con MMG più furbi, ma solo più furbi di loro, perchè senz'altro professionalmente meno dotati (i cosiddetti pescecani). C'è il mercato che è cosa buona quando è regolato da regole giuste e condivise, e c'è il mercatismo gestito da furbi speculatori (lo dice Tremonti, non io), il futuro, anche per noi, non può essere che un sano mercato dove i furbi vengano messi all'angolo.

Gaetano Mazzucconi

Ridimensionato il rischio di acidosi lattica da biguanidi

Una breve messa a punto su una complicanza iatrogena molto temuta ma probabilmente troppo enfatizzata e che può essere evitata se la metformina viene usata secondo le indicazioni raccomandate. Le biguanidi (fenformina e metformina) sono farmaci ampiamente usati nel trattamento del diabete tipo 2. Uno degli effetti collaterali più temuti, anche se rari, è l'acidosi lattica.

Che cos'è l'acidosi lattica? Per acidosi lattica si intende un quadro di acidosi metabolica in cui vi è una elevata concentrazione di acido lattico (> 5 mEq/L). Se ne distinguono due tipi, detti A e B, a seconda se sia, rispettivamente, presente o assente l'ipossia tissutale. Può essere dovuta a farmaci (non solo biguanidi ma anche farmaci antiretrovirali e salicilati), svariate condizioni cliniche (epatopatie, feocromocitoma, stati di shock, gravi anemie, asma, chetosi diabetica, etc.) e intossicazioni (per esempio da monossido di carbonio).

Acidosi lattica da biguanidi

L'acidosi lattica è molto più frequente con la fenformina che con la metformina, tanto che la prima è stata praticamente abbandonata. Negli USA, infatti, la fenformina è stata ritirata dal mercato ormai da anni, mentre in Italia il Prontuario Farmaceutico la annovera ancora, associata ad una sulfanilurea, in un preparato commerciale, mentre altri che la contenevano l'hanno da tempo sostituita con la metformina. Numerosi fattori possono favorire l'insorgenza dell'acidosi lattica, come per esempio stati gravi di ipossia (malattie polmonari o cardiovascolari, disidratazione), insufficienza renale od epatica, ustioni, traumi gravi, setticemie, interventi chirurgici impegnativi, etc. In alcuni casi il rischio di acidosi lattica aumenta per l'uso contemporaneo di biguanidi e farmaci che, potenzialmente, possono favorire un accumulo delle prime (trimetoprim, amiloride, digoxina, H2 bloccanti, morfina, etc.) oppure di mezzi di contrasto iodati. Quanto è frequente l'acidosi lattica da biguanidi?

Limitandoci alla metformina, che è praticamente l'unica biguanide usata nella pratica, bisogna dire che questa complicanza è molto rara, stimata in circa un caso ogni 30.000-35.000 pazienti trattati. I casi descritti più comunemente si sono verificati in pazienti in cui la presenza di una insufficienza renale aveva provocato un accumulo del farmaco o che comunque avevano una controindicazione al suo uso. Secondo quanto riportato in scheda tecnica la metformina non deve essere prescritta se la creatinina supera 1,35 mg/dL negli uomini e 1,1 mg/dL nelle donne. Altre controindicazioni sono la chetoacidosi diabetica, il pre-coma diabetico, la disidratazione, le infezioni gravi, lo shock, l'ipossia tissutale insufficiente cardiaca o respiratoria, recente infarto miocardico, l'insufficienza epatica, l'intossicazione alcolica acuta, l'uso di mezzi di contrasto iodati, la gravidanza e l'allattamento. Quali sono i sintomi dell'acidosi lattica? All'inizio possono essere presenti sintomi generali come malessere e mialgie, in seguito compaiono sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, dolore addominale), respiratori (tachipnea, dispnea), cardiovascolari (ipotensione, bradicardia). Infine possono aversi sintomi neurologici come sonnolenza, convulsioni e coma. La mortalità è molto elevata e può arrivare fino al 50% dei casi.

Come si tratta? Il paziente va subito ricoverato. Per correggere l'acidosi sono utili infusioni di sodio bicarbonato, che viene usato di solito per valori di pH inferiori a 7,15. Si ricorre inoltre all'emodialisi e all'uso di insulina associata al glucosio. Con l'emodialisi si ottiene il duplice scopo di rimuovere la metformina e di combattere l'acidosi. Data l'elevata mortalità acquista però estrema importanza la prevenzione che prevede, in prima istanza, di non usare la metformina nei casi in cui sono presenti le controindicazioni sopra riportate.

Renato Rossi

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

CEFIXORAL®
J01DD08
cefixima



Menarini, salute senza confini

Certificato di Linea Guida per la certificazione della qualità ISO 9001:2000
Verificato da



Certificato n° 53 1014782

CEFI 06-03

Data presso AIFA in data 28/02/2006





PORFIRIA EPATICA ACUTA

Le porfirie, dovute ad anomalia congenita primitiva del metabolismo delle porfirine, comprendono due forme. Porfiria eritropoietica, presente nell'infanzia con imponenti manifestazioni cutanee, è caratterizzata dall'accumulo di porfirine tipo I in tutti gli organi. Porfiria epatica. Porfiria epatica (puntualizzata in particolare la forma acuta intermittente) con accumulo di porfobilinogeno: comprende sintomi addominali, neurologici e psichici, con grandi difficoltà diagnostiche per cui è definita la "grande mentitrice"; i sintomi sono spesso scatenati da mestruazioni, gravidanza, farmaci (specie barbiturici e sulfamidici) e alcool.

Caso di osserv. pers. di una ragazza di 22 anni. Gravi stress emotivi per disappoi familiari, con un padre "molto nervoso". Un fratello sottoposto a 10 anni a laparotomia esplorativa per violenti dolori addominali: nulla all'intervento. Ricorrenti dolori addominali attribuiti prima a ptosi renale, hanno poi portato ad un'appendicectomia. Seguirono crisi ipocondriache con tentativi di suicidio, ulteriori algie addominali con vomito e stipsi, stravaganza nel comportamento. Diagnostici ora cisti ovarica, ora isterismo con cura del sonno. Diagnosi finalmente chiarita con la ricerca del PORFIBILINOGENO nelle URINE non solo nella paziente, ma anche del padre "nervoso" e del fratello sottoposto a laparotomia risultata negativa: presente in tutti e 3 i campioni.

ATTIVITA' FISICA E I PERIPETETICI DI ATENE

Erano questi i membri della Scuola aristotelica che discutevano di filosofia passeggiando all'aperto. Non volendo, essi hanno beneficiato delle recenti acquisizioni sugli effetti favorevoli all'attività motoria nei riguardi delle funzioni cerebrali. Anche se con l'esercizio moderato il flusso ematico al cervello, a causa dell'emometacinesia, cala dal 14 al 4%, sono ormai numerosi i contributi al riguardo: a) al Karolinska Institute di Stoccolma si è dimostrato che l'allenamento aerobico influenza positivamente 500 geni connessi con le attività cerebrali; b) in 2.300 soggetti oltre i 65 anni l'allenamento induce nell'encefalo la sintesi del "brain derived neurotrophic factor", oltre a

stimolare la neurogenesi e la formazione di sinapsi; c) LUNGHE PASSEGGIATE, alternate allo studio, favoriscono la memoria.

E se i responsabili della "res publica" — anziché discutere da fermi, per ore, attorno a un tavolo — deambulassero? Potrebbero scaturirne conclusioni migliori. Tutte le decisioni più importanti andrebbero prese durante o subito dopo una lunga passeggiata.

VACCINO HPV: 40 GENOTIPI

Il Papilloma-virus umano (HPV) è il responsabile dell'infezione virale più frequente nell'apparato genitale femminile e maschile, con il connesso pericolo del cancro al collo dell'utero: di questa neoplasia si verificano in Italia, ogni anno, 3.500 nuovi casi.

L'HPV presenta circa 40 differenti genotipi. Il genotipo 16 e il 18 causano il 70% di tutti i casi di cancro del collo uterino e di gran parte dei casi di carcinoma di vulva, vagina, pene e retto. Il genotipo 6 e l'11 determinano una buona percentuale di lievi displasie cervicali e più del 90% di tutti i casi di conditomi acuminati. Il vaccino tetravalente Grendasil protegge nei confronti dei suddetti 4 genotipi: da somministrare in 3 dosi entro 6 mesi, è gratuito per le dodicenni.

Poiché la COPERTURA PREVENTIVA non è totale — ne viene escluso un 25 — 30% delle infezioni da HPV — non si dovrà mai abbassare la guardia: in primo piano PAP-test e HPV-test.

"BENESSERE MAMMA"

Un "team" di Psicologi esperti nel "counseling" psicologico lavora in ambito clinico per offrire una consulenza psicologica rivolta al singolo e alla coppia e per sensibilizzare al benessere psicologico attraverso seminari tematici e gruppi di ricerca personale.

I Laboratori "Benessere mamma" sono prevalentemente rivolti alle NEO-MAMME con bambini fino a 3 anni.

Il 4 ottobre u.s. si è svolto un Incontro "Nascita di una madre: identità e cam-



biamento". E' poi prevista una serie di Convegni su **problemi analoghi**, tutti finalizzati a garantire la serenità della neo-mamma e del gruppo in questa delicata fase della vita. (Dott.ssa Mari-alba Albisinni, tel. 06-7809928, cell. 347-4415714)

CALCEPROTECTINA FECALE

La calceprotectina è una proteina contenuta soprattutto nei granulociti neutrofili: è batteriostatica ed ha anche un effetto analogo alle citochine. E' infatti coinvolta nel reclutamento delle cellule infiammatorie nella sede della flogosi. Rappresenta un marker del turnover dei neutrofili, onde aumenta in varie condizioni flogistiche. E' rintracciabile in molti materiali biologici: plasma, urine, liquor, saliva, liquido sinoviale ed ascetico, empieva, feci, biopsia del colon.

La calceprotectina fecale è un ottimo marker di FLOGOSI INTESTINALE per cui consente di distinguere queste patologie infiammatorie dalla Sindrome del colon irritabile, che infiammatoria non è. E' anche utile come test di screening per selezionare i pazienti da inviare ad ulteriori accertamenti. Per la diagnosi di cancro del colon-retto non si è dimostrata superiore alla ricerca del sangue occulto nelle feci.

PREBIOTICI E PROBIOTICI

I probiotici sono microrganismi vivi che appartengono soprattutto ai generi *La ctobacillus*, *Bacterium bifidum*, *Saccaromyces*, *Bacillus* ed *Escherichia*.

I prebiotici sono invece alimenti che favoriscono lo sviluppo e la vitalità dei probiotici: la maggior parte è rappresentata dai carboidrati complessi, come le fibre (es. i fruttoligosaccaridi, i galateo-oligosaccaridi, l'inulina, il lattulosio). Gli uni e gli altri sono utili per prevenire e curare le infezioni sistemiche e gastroenteriche, le flogosi croniche dell'intestino e le allergie. Oltre ad esplicare effetti immunomodulanti. In

Pediatria sono indicati soprattutto per la DIARREA INFETTIVA ACUTA.

I CICLI DEL SONNO

Il ritmo sonno-veglia è regolata dal nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo. Il sonno normale è suddiviso in una fase non-REM ed in una fase REM.

La FASE NON-REM dal punto di vista elettroencefalografico comprende 4 stadi. Stadio 1, di transizione: lieve sonnolenza durante la veglia o nel passaggio dalla veglia agli stadi più tardivi del sonno. Stadio 2, intermedio. Stadi 3 e 4: è il sonno profondo, più riposante, presente nei bambini e nei giovani adulti e che poi si riduce progressivamente dopo i 50 anni, per cui gli anziani si svegliano spesso di notte.

SONNO REM: caratterizzato da rapidi movimenti degli occhi ("rapid eyes movements") e dai sogni, persiste per tutta la vita. Sconosciuto il suo significato biologico.

CARIE: NOVITA' SU DIAGNOSI E CURA

La carie dentaria è multifattoriale: vi concorrono carboidrati fermentabili, batteri, superfici di attacco, proteine, substrati per il nutrimento dei microbi. Il "DIAGNODENT" è uno strumento di nuova generazione che consente una diagnosi precoce di carie. Emette un raggio laser fluorescente e ne capta la riflessione: è basato sul fatto che il tessuto dentario sano e quello malato riflettono in maniera differente.

Nel campo dell'Odontoiatria mini-invasiva è stato ideato un apparecchio — in sostituzione dello strumento rotante, il trapano — che converte l'ossigeno ambientale in OZONO e lo eroga direttamente sulla superficie dentaria da trattare, alla concentrazione richiesta ed in assoluta sicurezza per il paziente.

MISCELLANEA

IPERTENSIONE "MASCHERATA". Si ha quando la pressione arteriosa misurata dal Medico è inferiore al 140/90, mentre quella evidenziata durante le 24 ore è superiore ai valori normali: essa incide nel 15% dei casi. Ciò dipende per la grande importanza del MONITORAGGIO PRESSORIO. Concomita spesso un dismetabolismo glucidico e/o lipidico.

EMOPATIE? Palpare fegato, milza,

linfonodi e premere sullo sterno per una eventuale sua dolorabilità alla pressione: sono segni clinici da ricercare nel sospetto di malattie ematologiche.

ANESTESIA IN OBESI. I suoi effetti sono potenziati dal fatto che alcuni anestetici — liposolubili — permangono più a lungo nel paziente per la sua grande quantità di adipi.

HPV-TEST. Il test per il PAPILOMAVIRUS umano, responsabile del carcinoma del collo uterino, è un esame semplice e indolore — analogo al Pap test — per verificare l'eventuale presenza del virus. Se la risposta è positiva si devono intensificare i controlli.

DIAGNOSI DI TBC. Il metodo ufficialmente accettato al riguardo dal Ministero della Salute è l'INTRADERMO ALLA MANTOUX, mentre quello delle punture multiple è relegato soprattutto ai programmi di "screening".

CAUTELA COL ROSIGLITAZONE. L'Agenzia per il monitoraggio sulla sicurezza dei farmaci raccomanda prudenza con questo antidiabetico per il rischio di FRATTURE OSSEE nella donna e di CARDIOPATIA ISCHEMICA.

RENINA E IPERTENSIONE. Questa sostanza fu così denominata in quanto prodotta dal rene: merito di TIGERSTEDT che rivelò in modo inoppugnabile che essa era presente nel sangue venoso refluo dal rene e non in quello arterioso.

PELURIA NEONATALE. Una peluria nelle regioni estensorie degli arti in un neonato è un segno aspecifico, ma molto sensibile, di IPOTONIA CONGENITA, in quanto espressione di grave ipomotilità fetale.

Una nuova tecnologia chirurgica: la vaporizzazione fotoselettiva della prostata

La resezione transuretrale di prostata è la procedura di riferimento per la correzione dei disturbi urinari nell'uomo. Nel tempo si è infatti dimostrata la tecnologia vincente data la totale riproducibilità in centri primari, secondari e terziari di consistenti risultati stabili nel tempo, in termini di miglioramento della qualità della minzione e del flusso urinario [1,2,3]. Le tecnologie che si basano sull'utilizzazione del laser sono promettenti alternative. L'enucleazione della prostata con laser ad olmio è risultata del tutto comparabile alla TURP con il vantaggio della possibilità di operare pazienti senza sospendere la terapia antiaggregante o anticoagulante anche in caso di prostata molto voluminosa, sopra gli 80 g. Lo svantaggio principale consiste nel costo della strumentazio-

ne e, soprattutto, nella lunga curva di apprendimento. La vaporizzazione fotoselettiva riproduce, per quanto concerne l'esecuzione, la metodica endoscopica tradizionale e quindi può essere impiegata immediatamente in qualsiasi centro con esperienza di TURP. E' stata confrontata con la resezione transuretrale nel contesto di uno studio prospettico non randomizzato nel centro di Basel in Svizzera [4] evidenziando una morbilità comparabile e risultati funzionali a 6 mesi analoghi. Lo studio presente descrive l'esperienza raggiunta con lo strumento nello stesso centro in un periodo di 5 anni su 500 pazienti, il 45% con terapia anticoagulante o antiaggregante orale in corso. 103 (20.6%) avevano una prostata < 40 g, 310 (62%) compresa tra 40 e 80 g e 87 (17.4%) > 80

g. Il flusso urinario massimo preoperatorio era in media di 8.4 mL/s, l'IPSS 18.3, la durata media dell'intervento 66 min. Nessuna complicanza perioperatoria significativa si è verificata. Il tempo medio di cateterizzazione è stato di 1.8 giorni. Il 9.6% dei pazienti non aveva follow up. Ad una media di 30 mesi, il flusso urinario massimo era in media 18.4 mL/s, l'IPSS 8. Il tasso di reintervento era pari al 6.8%. L'incidenza di sclerosi del collo vescicale e stenosi uretrali era rispettivamente il 4.4 e 3.6%. La procedura sembrerebbe facilmente riproducibile con risultati funzionali e complicanze a medio termine comparabili alla TURP. I vantaggi principali rispetto alla resezione transuretrale consistono nell'assenza di un volume "massimo" che richiede di passare alla

chirurgia open e nella possibilità di operare con terapie antiaggreganti o anticoagulanti in corso. Il principale svantaggio è l'assenza di esame istologico.

Ruszat R, Seitz M, Wyler SF, Abe C, Rieken M, Reich O, Gasser TC, Bachmann A. GreenLight Laser Vaporization of the Prostate: Single-Center Experience and Long-Term Results After 500 Procedures. Eur Urol. 2008 Apr 30.

Bibliografia

- 1) Varkarakis J, Bartsch G, Horninger W. Long-term morbidity and mortality of transurethral prostatectomy: A 10-year follow-up. Prostate. 2004 Feb 15;58(3):248-51.
- 2) Mishriki SF, Grimsley SJ, Nabi G, Martindale A, Cohen NP. Improved Quality of Life and Enhanced Sati-

sfaction After TURP: Prospective 12-Year Follow-up Study. Urology. 2008 Jun 3.

3) Reich O, Gratzke C, Bachmann A, Seitz M, Schlenker B, Hermanek P, Lack N, Stief CG; Urology Section of the Bavarian Working Group for Quality Assurance. Morbidity, Mortality and Early Outcome of Transurethral Resection of the Prostate: A Prospective Multicenter Evaluation of 10,654 Patients. J Urol. 2008 May 20.

Da Rocchetta UroMagazine del 10/9/08

Per gentile concessione di AURO.IT—

Associazione Urologi Italiani



ITALCHIMICI S.p.A.

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



Ginnastica Posturale: implicazioni, peculiarità e benefici

Relazione presentata dal dott. Giovanni Chetta al III Congresso di Ippocrate. L'Autore ha illustrato la sua relazione con abbondante materiale iconografico e illustrativo. Una versione piu' completa verra' presentata sul sito www.scienzaeprofessione.it

L'attività fisica rappresenta, per l'animale primariamente motorio uomo, un elemento base per la salute psico-fisica, al pari dell'alimentazione, ma è evidente che essa, per essere di massima efficacia, deve conformarsi al meglio alle odierne esigenze. Lo stile di vita moderno (stress, sedentarietà, alimentazione scorretta ecc.), infatti, nonchè l'attuale habitat, sempre più lontani da quelli naturali, "impongono" specifiche alterazioni psichiche e posturali e relative problematiche, come le moderne neuroscienze e posturologia hanno dimostrato. Vi sono così, ad esempio, muscoli che tendono cronicamente a retrarsi e muscoli che col tempo si indeboliscono sempre più, articolazioni che per l'inefficiente utilizzo perdono gradi libertà o che per sovraccarico vanno incontro a un'usura precoce (artrosi) e ossa che per difetto di carico divengono presto osteoporotiche, le capacità propriocettive e le abilità motorie tendono a ridursi ecc.

Una corretta tecnica di benessere deve tener conto di tali profondi mutamenti, rispetto anche al recente passato, e della totale integrazione mente-corpo definitivamente dimostrata dalla psiconeuroendocrinologia.

La **Ginnastica Posturale** deve pertanto consistere in un'integrata tecnica di benessere, che riunisce il meglio di diverse tecniche antiche e moderne, fondendole ed evolvendole ad hoc in un puzzle di massima efficacia per l'uomo attuale, secondo "antichi saperi" e moderne acquisizioni scientifiche. Le tre linee guida da seguire, a nostro parere, sono:

utilizzo di esercizi mirati e a effetto multiplo, così da risultare di massima efficacia nel raggiungimento di tutti gli obiettivi preposti;

non necessitare di apparecchiature speciali ma solo di attrezzi facilmente accessibili, così da facilitare l'esecuzione frequente di essa;

insegnamento teorico-pratico di essa mirante a massimizzare l'apprendimento consapevole e l'auto-esecuzione.

Tramite un'adeguata ginnastica posturale è così possibile, a tutte le età, incrementare il proprio benessere psico-fisico grazie al **miglioramento di:**

Elasticità muscolare e mobilità articolare, tramite specifiche tecniche di allungamento muscolare (distrettuale e globale) e mobilitazioni articolari, così da prevenire ed eliminare contratture e retrazioni muscolari e preservare l'integrità articolare e connettivale.

Forza e resistenza, attraverso mirati rinforzo

muscolare e training cardio-respiratorio, così da "contrastare" in maniera più fisiologica la forza di gravità.

Respirazione, grazie alla rieducazione respiratoria, elemento indispensabile per il benessere dell'apparato muscolo-scheletrico, viscerale e psichico.

Propriocezione e abilità motorie, per mezzo di specifiche tecniche di riacquisizione del controllo del proprio corpo (rieducazione neuromuscolare) e installazione di schemi motori (engrammi) sempre più complessi.

Capacità di concentrazione e autorilassamento, e quindi di gestione dello stress, grazie alla modalità di esecuzione degli esercizi fisici, respiratori e all'aspetto ludico di divertimento, autogratificazione e relax che li accompagna nonchè all'utilizzo consapevole dei condizionamenti neuroassociativi e della visualizzazione.

Postura, equilibrio e movimento, come naturale conseguenza di tutto ciò.

Oltre a essere un importante strumento preventivo, la ginnastica posturale, così concepita, risulta una **pratica indicata** nella cura dei più comuni disagi muscolo-scheletrici (scoliosi, lombalgie, sciatalgie, cervicofalgie, periartriti scapolo-omerali, coxalgie, gonalgie, artrosi, problemi circolatori, iper/ipo-tensione arteriosa ecc.), organici (miglioramento del metabolismo generale, ripristino del controllo neurovegetativo e del corretto ciclo sonno/veglia, rinforzo del sistema immunitario e aumentato rilascio di endorfine) e psichici (depressione, ansia, attacchi di panico ecc). Nello stesso tempo, è chiara la consapevolezza che ancora molto c'è da scoprire nel campo della salute e della fisiologia, pertanto la Ginnastica Posturale, più che una "tecnica prestabilita" deve in realtà risultare un progetto in costante evoluzione, all'interno delle proprie linee guida, grazie alle continue innovazioni e ricerche scientifiche nonchè all'indispensabile contributo/confronto esperienziale dei partecipanti ad esso.

La ginnastica posturale può evidentemente trarre vantaggio dalle innovazioni ergonomiche e quindi dall'ausilio di specifici strumenti ergonomici (calzature, tappeti, plantari, bite ecc.). Essa inoltre si abbina in perfetta sinergia con altre tecniche di benessere, come ad esempio il massaggio, e si integra a pieno titolo all'interno di un eventuale programma di rieducazione posturale.

Dr. Giovanni Chetta
email info@giovanichetta.it - giovanichetta@yahoo.it
www.giovanichetta.it

(n. 20 voci bibliografiche)

Ancora sulla retribuzione degli specializzandi 82-91: si apre qualche spiraglio

Potrebbero riaprirsi le possibilità di vedere riconosciuto il diritto alla retribuzione degli anni di formazione specialistica per i medici ex specializzandi del 1982-91

Molti camici bianchi - iscritti ai corsi quando fu emanata la direttiva comunitaria (1982) che rendeva obbligatoria la loro retribuzione - combattono da anni questa battaglia che, secondo il Sindacato dei medici italiani (Smi), potrebbe riaccendersi grazie a recenti sentenze, che ribadiscono la supremazia del diritto comunitario e l'illegittimità della prescrizione. Ma anche alla possibilità, dal prossimo anno, di avviare azioni collettive (class action) persino nei confronti dello Stato italiano. E' c'è anche la prospettiva di una sanatoria per legge, grazie a testi già depositati in Parlamento, per i medici che hanno fatto ricorso. L'iter giudiziario è stato, fino ad ora molto articolato, con alcuni passi avanti importanti, ma senza una soluzione comune definitiva. Ora, però, dopo 26 anni di carta bollata, non manca il sospetto che ci sia stato "commercio del ricorso", che per tanti i medici danneggiati ha rappresentato solo una spesa aggiuntiva. "Questo è un dato incontrovertibile - ha spiegato Francesco Medici dello Smi, tra i primi a presentare un ricorso nel 1982 e che ancora oggi segue la vicenda - sappiamo di parcelle legali salatissime che non sono apprezzabili. Ma non è il caso del sindacato che offre questo tipo di servizio ai suoi iscritti a costi minimi. Credo che sia indispensabile far valere un diritto negato: va sanata l'ingiustizia purché senza mercimonio e senza che serva solo a far arricchire gli avvocati. Per questo le novità che 'riaprono' la partita sono importanti". L'esperto però ammette che la soluzione definitiva non è dietro l'angolo. "Oggi ci sono due testi presentati in Parlamento per una sanatoria - spiega - che sarebbe, probabilmente la via più breve".

LA STORIA: L'obbligo di retribuire i medici specializzandi è legato alla direttiva comunitaria del 1982. Prevedeva la retribuzione, a carico degli Stati, sia per coloro che svolgessero la specializzazione a tempo pieno, sia a tempo ridotto. L'Italia ha recepito la direttiva solo nel 1991, ma

senza indicazioni sui medici già specializzati. Nello stesso tempo ha introdotto l'obbligo del tempo pieno e l'incompatibilità con attività lavorativa di ogni genere. In pratica, però, in moltissime università è stato retribuito solo chi aveva iniziato il corso nel 1991. Tutto ciò ha dato il via ad un vasto contenzioso contro lo Stato italiano, secondo i ricorrenti "inadempiente agli obblighi comunitari". In sede amministrativa, il Consiglio di Stato - si legge in una nota dello Smi - ha ritenuto meritevoli di retribuzione (sotto forma di borsa di studio) solo quei medici che dichiarassero (ed autocertificassero, con tutte le conseguenze del caso) di non aver mai svolto attività lavorativa durante gli anni di frequenza, con un ulteriore corollario: chi aveva lavorato anche un solo anno, era escluso in toto della borsa. Allo stato la giurisprudenza è granitica nell'accogliere la difesa dell'avvocatura che ritiene il diritto prescritto, e che fa decorrere la possibilità di accedere dall'entrata in vigore della legge, nel 1991. Altre pronunce, addirittura, fanno maturare la prescrizione di anno in anno, durante lo svolgimento del rapporto. Secondo lo Smi, ora, rispetto a tutto questo, ci sono tre novità che spingono a riconsiderare la questione. A partire dall'orientamento della giurisprudenza che individua la supremazia del diritto comunitario rispetto a quello nazionale, "con pronunce che stabiliscono anche la rimozione di atti definitivi dell'amministrazione, se emanati in contrasto con la normativa comunitaria". Da gennaio, poi, potrebbe esserci la possibilità di una class action applicabile anche nei confronti dello Stato italiano. Infine, nella giurisprudenza di merito, "recentemente, per la prima volta in modo chiaro e netto, la Corte di Appello di Genova ha accolto - si legge in una nota Smi - la tesi dell'illecito permanente: in sostanza, la prescrizione in danno ai medici non sarebbe neppure a oggi iniziata a decorrere, in assenza di un adeguamento pieno e completo da parte dello Stato alla normativa comunitaria. Ragion per cui ogni medico, anche se non ha mai agito, può promuovere azioni a tutela del proprio diritto".

Il danno morale: criteri per il corretto risarcimento

Non è corretta l'abitudine di alcuni Tribunali di valutare il risarcimento per danno morale in quota fissa (generalmente la metà) rispetto al danno fisico. Esso va effettuato in senso satisfattivo e non solo simbolico, tenendo conto dell'effettiva lesione dell'integrità morale (Cassazione n. 5795/2008)La Corte di Cassazione, in una recente sentenza, pronunciandosi sul ricorso promosso da un pedone che anni prima era stato investito da un furgone riportando lesioni personali grave entità, ha precisato che il danno morale non sempre va liquidato in misura pari alla metà di quello biologico.

"Nel caso di accertamento di un danno biologico di rilevante entità e di durata permanente, il danno morale, come lesione dell'integrità morale della persona (art. 2 e 3 della Costituzione in relazione al valore della dignità anche sociale, ed in correlazione alla salute come valore della identità biologica e genetica) non può essere liquidato in automatico e pro quota come una lesione di minor conto. Il danno morale è ingiusto così come il danno biologico e nessuna norma costituzionale consente al giudice di stabilire che l'integrità morale valga la metà di quella fisica. Il danno morale ha una propria fisionomia, e precisi referenti costituzionali, attenendo alla dignità della persona umana, e dunque il suo ristoro deve essere tendenzialmente satisfattivo e non simbolico".

Con l'occasione la Corte ha altresì precisato i

compiti del Consulente medico-legale, che dovrà fornire al Giudice tutti gli elementi utili a stabilire la precisa entità del risarcimento. All'atto della liquidazione, poi, occorrerà tener conto di tutti i meccanismi che conservano il reale valore del risarcimento:

"Nella valutazione del danno biologico, come lesione della salute, il medico legale deve considerare, con valutazione scientifica, la gravità del danno, tenendo conto di tutte le componenti fisiche, psichiche, interrelazionali, estetiche, dinamiche e di perdita della capacità lavorativa generica, avvalendosi eventualmente di elaborati scientifici, e considerando tutte le circostanze dedotte o esaminate in relazione alla stabile invalidità ed al mutamento delle condizioni biologiche di vita della parte lesa; il giudice, a sua volta, applicando alla caratura del ed danno biologico le tabelle attuariali vigenti nel tribunale o nella Corte, ovvero le tabelle maggiormente testate a livello nazionale (e tali sono le tabelle milanesi, per comune opinione degli esperti in materia) dovrà liquidare il danno reale ai valori attuali, tenendo conto del momento della liquidazione, ed applicando rivalutazione e interessi ed, compensativi o da ritardo, secondo i noti criteri indicati da questa Corte a SS.UU. civili il 17 febbraio 1995 nella sentenza n. 1712".

DZ - OP



Abbiamo cura della vita.

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 serietà.

8-00-MSD-07-80-102-1

Merck Sharp & Dohme (Italia) S.p.A.
Via G. Falsoni, 6 - 00193 Roma
www.msd.it

Il rapporto tra razionalità individuale e collettiva in Medicina generale

Il rapporto tra razionalità individuale e collettiva in Medicina generale gli strumenti e le implicazioni sui modelli operativi presenti nel LIBRO VERDE Italiano e nel LIBRO BIANCO della CEE

di Ermanno De Fazi

Perché le organizzazioni hanno tante difficoltà a raggiungere i propri obiettivi? Quello che sembrerebbe un problema della società odierna, fu analizzato da Dante Alighieri, il quale ci offre una chiave di lettura ed una risposta immediata al quesito: "Ma perché l'ovra tanto è più gradita da l'operante, quanto più appresenta/de la bontà del core ond'ell'è uscita" (Divina Commedia, Paradiso, VII, 106 - 107). Tutte le Organizzazioni, soprattutto se assoggettate ad obblighi di servizio pubblico, devono sempre rendere visibile la professionalità che ogni singolo operatore impiega nell'esercizio dei compiti assegnati: in altre parole, la professionalità del singolo componente è una delle proprietà macroscopiche esibite dall'intero sistema organizzativo. L'Accordo Collettivo, che disciplina il rapporto di lavoro dei Medici di Medicina generale (MMG) con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è assimilabile ad un sistema di regole in grado di orientare le scelte dei singoli professionisti e di coordinarne le funzioni, al fine di offrire ai cittadini un appropriato modello di tutela della salute nell'ambito delle cure primarie. Tuttavia, la rigida suddivisione delle aree di attività limita l'efficienza allocativa dell'intero settore e non agevola le trasformazioni adattive del medico generico, che dovrebbe assumere autonomamente la migliore configurazione contrattuale rispetto agli obiettivi individuati dal SSN. È giunto, quindi, il momento di analizzare le motivazioni e gli strumenti di programmazione che renderebbero gli ambiti di esercizio della professione compatibili con lo sviluppo di un ruolo unico per i MMG, in modo tale

da migliorare il rapporto tra razionalità individuale e collettiva. Gli attuali orientamenti legislativi europei e nazionali, riassunti nel Libro Verde sul futuro del modello sociale (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 25 luglio 2008) inseriscono, affiancati nella medesima struttura funzionale del SSN, il medico e il cittadino come attori di un dibattito sul Welfare.

Il "bene-essere", la cui utilità è fruibile in modo non individualistico, per il cittadino è la Salute, per il medico è la Professionalità. Ad entrambi è richiesta la piena attivazione di un processo di apprendimento definito empowerment, ovvero l'accrescimento delle capacità individuali, espresse e quantificate in termini di competenza e prestazione: gli stessi strumenti sono offerti al medico e al cittadino nel costituire il proprio "essere" esplorando la società a cui appartengono. I termini attività e partecipazione, definiti rispettivamente come "esecuzione di azioni o compiti" e "coinvolgimento nella vita sociale", entrano così nella dimensione intersoggettiva del ciclo di fiducia medico-paziente. La stabilità a medio e lungo termine dei rapporti fra medico e cittadino dipende da una evoluzione culturale dell'intero Sistema delle Cure primarie, che induca a superare tanto l'omogeneità delle motivazioni sociali quanto l'eterogeneità delle preferenze individuali.

Lo stato di equilibrio di questo tipo di sistemi, in cui è impossibile separare le scelte ottimizzanti dal processo di coordinamento, è stato studiato dal matematico John Forbes Nash, premio Nobel nel 1994 per l'Economia, ispiratore del film A Beautiful Mind. La teoria di Nash si riassume nell'afforisma "bisogna fare ciò che è meglio per se stessi e per il gruppo". È evidente che questi nuovi principi, condivisi da larga parte dell'economia politica americana ed europea, riducono al minimo gli effetti negativi di un sistema basato sulla libera concorrenza a vantaggio di dinamiche dominanti condivise dalla collettività.

Nell'ottobre 2007, la Commissione delle Comunità Europee è giunta alla stesura di un Libro Bianco per la salute, con lo scopo di adottare una dichiarazione sui valori e principi comuni dei sistemi di assistenza sanitaria dell'UE, in cui vengono enunciati i valori generali di universalità, accesso a un'assistenza di buona qualità, equità e solidarietà. Fra i principi fondamentali si enuncia: "La salute è importante per il benessere dei singoli e della società, ma una popolazione in buona salute è anche una condizione essenziale per la produttività e la prosperità economica. La spesa per la salute non costituisce solo un costo, ma rappresenta piuttosto un investimento. [...] La spesa sanitaria può essere vista come un onere economico, ma gli effettivi costi per la società sono quelli, diretti e indiretti, legati alla cattiva salute, come pure alla mancanza di investimenti sufficienti nei pertinenti ambiti sanitari". Uno dei valori connessi al miglioramento della salute è la riduzione delle disparità in materia di salute.

Possiamo affermare, in ordine al progetto di "alfabetizzazione sanitaria" previsto dall'Unione Europea per i propri cittadini, la necessità di avviare un analogo processo di sviluppo socio-culturale del MMG orientato all'acquisizione del ruolo unico, la sola condizione in cui sarà possibile lo scambio di idee fra professionisti, così come operare in sinergia ed omogeneità contrattuale all'interno del sistema delle cure primarie. Con il consenso del Sindacato dei Medici Italiani, si avvierà quanto prima il progetto culturale CO.S.MO. (Contenuti, Strumenti e Modalità di una partecipazione attiva al progresso della Medicina Generale), proposto e ideato dal sottoscritto con la collaborazione attiva della collega Vanessa Orazi, destinato ai medici che operano, sia a tempo indeterminato che determinato nella realizzazione degli specifici percorsi socio-sanitari della Medicina Generale.

Nuovo farmaco contro l'HIV : il Maraviroc

Il maraviroc è il primo di una nuova classe di farmaci antiretrovirali che agisce inibendo l'entrata dell'HIV nelle cellule.

In questi due studi, denominati MOTIVATE 1 e 2, sono stati reclutati 1049 pazienti adulti con infezione da HIV con tropismo R5 e resistente ad un precedente trattamento con tre classi di farmaci antiretrovirali.

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere maraviroc una o due volte al giorno oppure placebo. Al momento di inizio dello studio non era permesso usare farmaci a quel tempo sperimentali (darunavir, raltegravir ed etravirina). Dopo quattro anni la percentuale di pazienti con un carico virale inferiore a 50 copie/mL risultò essere del 46% nel gruppo a due somministrazioni al giorno e del 17% nel gruppo placebo. La percentuale di soggetti che interruppe il trattamento a causa di effetti avversi fu del 3% in tutti e tre i gruppi.

Il maraviroc risultò essere sicuro nei pazienti che avevano una coinfezione da HBV e da HCV. Nei pazienti che non risposero al farmaco si è dimostrato che il virus aveva un tropismo per il corecettore X4, oltre che per il CC5.

Fonte:

1. Gulick RM et al. Maraviroc for previously treated patients with R5 HIV-1 infection. N Engl J Med 2008 Oct 2; 359:1429.
2. Fätkenheuer G et al. Subgroup analyses of maraviroc in previously treated R5 HIV-1 infection. N Engl J Med 2008 Oct 2; 359:1442.

Commento di Renato Rossi

Il virus HIV entra nelle cellule legandosi a particolari corecettori presenti sulla parete cellulare. Uno dei principali è il corecettore CCR 5 (chemokine coreceptor 5), che è il bersaglio di uno dei più importanti fenotipi dell'HIV 1 detto HIV con tropismo R5. Il maraviroc è un antagoni-

sta dei corecettori CCR 5; il suo meccanismo d'azione è quindi extracellulare, al contrario degli altri agenti antiretrovirali che possiedono un meccanismo d'azione intracellulare. Perciò questa nuova classe di farmaci è nota anche come "inibitori dell'ingresso", in quanto contrastano l'entrata dell'HIV nelle cellule. Il maraviroc è stato approvato per l'uso in pazienti pretrattati che non rispondono alla terapia con altri farmaci e nei quali il virus abbia un tropismo per il CC5.

I due studi MOTIVATE suggeriscono che il farmaco è efficace nel ridurre il carico virale e ben tollerato. Non risulta essere tossico per fegato né provocare un aumento del rischio di neoplasie, almeno nel medio termine. E' ovvio comunque che, come per tutti i nuovi farmaci, saranno importanti i risultati di studi futuri e la sorveglianza post-marketing. Un limite del farmaco è che il suo uso è limitato solo ai ceppi di HIV con tropismo per il corecettore CC5: questo è importante perché è stato dimostrato che in una percentuale elevata, che può arrivare fino al 50% dei casi, sono in gioco ceppi virali che non hanno questa caratteristica. Inoltre, nello studio MOTIVATE, in molti casi di pazienti non responders, il virus aveva un doppio tropismo, sia per il CC5 che per l'X4.

Un ultimo punto da sottolineare è questo: dato che nello studio non sono stati usati in associazione farmaci ora ampiamente disponibili per il trattamento dell'HIV perché considerati ancora sperimentali, i risultati che si possono ottenere attualmente in termini di risposta terapeutica potrebbero essere diversi. In ogni caso l'armamentario terapeutico contro il virus dell'AIDS si arricchisce di una nuova classe di farmaci che va ad affiancarsi a quelli già disponibili e che amplia la possibilità di scelta del medico [1].

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4152>

Equilibrio glicemico nel diabete tipo 2 Nuove linee guida

Sono state pubblicate le nuove linee guida sul trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2.

L'American Diabetes Association e l'European Association for the Study of Diabetes hanno pubblicato le nuove linee guida sul trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2. Esse recepiscono i risultati dei recenti trials ACCORD ed ADVANCE e consiglia-



no un target di emoglobina glicata inferiore al 7%. Tuttavia riconoscono che gli studi più recenti non hanno dimostrato alcun beneficio su endpoint cardiovascolari dello stretto controllo glicemico, per cui il valore di emoglobina A1c da raggiungere va comunque personalizzato in base alla comorbidità, alla aspettativa di vita, alla durata del diabete e al rischio di ipoglicemia.

Per quanto riguarda le strategie consigliate per il raggiungimento del controllo glicemico, vengono presentati due algoritmi diversi.

Nel primo algoritmo, in cui sono consigliati i trattamenti più validati, si consiglia di partire con interventi sullo stile di vita (dieta ed attività fisica). Se non riesce ad ottenere il

compenso si consiglia di iniziare la metformina titolandola fino alla dose

di 850-1000 mg due volte al giorno. Se entro 2-3 mesi non si ottiene il compenso si consiglia di associare un secondo farmaco che può essere una sulfanilurea oppure i n s u l i n a (quest'ultima viene preferita se la glicemoglobina è superiore a 8,5%). Uno di questi due farmaci può essere iniziato subito se la metformina è controindicata o non tollerata. La terapia insulinica raccomandata all'inizio consiste nella somministrazione di insulina intermedia bedtime oppure insulina a lunga durata d'azione bedtime o al mattino. Se neppure in questo modo si ottiene il controllo glicemico lo step successivo prevede l'inizio dell'insulina (se si era scelto come secondo step la sulfanilurea) oppure il potenziamento della terapia insulinica aggiungendo una insulina rapida ai pasti.

Se il paziente stava assumendo una sulfanilurea o una glinide si consiglia di sospendere il trattamento perché non vi è alcuna sinergia di questi farmaci con l'insulina. Un approccio che preveda l'uso di tre agenti orali non è di solito preferito perché è più costo-

so e non più efficace dell'insulina.

Il secondo algoritmo, che prevede l'uso di farmaci meno validati, può essere preso in considerazione in contesti particolari, per esempio se il paziente è a rischio elevato di ipoglicemia, oppure quando l'ipoglicemia può essere molto pericolosa (per esempio per il tipo di lavoro espletato). In questo secondo algoritmo il primo step prevede ancora l'intervento sugli stili di vita associato alla metformina. Il secondo step prevede l'aggiunta di pioglitazone oppure exenatide. Il rosiglitazone non è consigliato. L'exenatide è consigliata se si desidera un calo di peso e se la glicemoglobina è inferiore a 8%. Se questo non bastasse si passa al terzo step che prevede l'aggiunta di una sulfanilurea oppure, in alternativa, la sospensione dei farmaci, esclusa la metformina, e l'inizio della terapia insulinica.

Referenze

Nathan DM et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes.

Diabetes Care 2008 Dec. 31:1-11.

Scompare il divieto di cumulo tra reddito da lavoro e pensione

Il 5 agosto scorso il Parlamento ha convertito in legge l'art.19 del D.L. 112/98, che abolisce il divieto di cumulo tra redditi da pensione e altri redditi derivanti da lavoro autonomo e dipendente. Sull'argomento si erano stratificate, come spesso accade, una serie di normative spesso scoordinate, che sommate l'una all'altra davano origine spesso ad una serie di situazioni francamente anomale (in certi casi il pensionato che voleva integrare con un piccolo lavoro finiva per ricevere meno rispetto alla sola pensione) che oltretutto avevano incentivato, proprio per questi motivi, il ricorso al lavoro "in nero" da parte dei pensionati stessi. L'enunciato della norma è chiarissimo: "A decorrere dal 1° gennaio 2009 le pensioni dirette di anzianità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente...". Riportiamo appresso il testo del provvedimento: "Art. 19. Abolizione dei limiti al cumulo tra pensione e redditi di lavoro (D.L.112/98) A decorrere dal 1° gennaio 2009 le pensioni dirette di anzianità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente. A decorrere dalla medesima data di cui al primo periodo del presente comma sono totalmente cumula-

bili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni dirette conseguite nel regime contributivo in via anticipata rispetto ai 65 anni per gli uomini e ai 60 anni per le donne a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima nonche' della gestione separata di cui all'articolo 1, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335, a condizione che il soggetto abbia maturato i requisiti di cui all'articolo 1, commi 6 e 7 della legge 23 agosto 2004, n. 243 e successive modificazioni e integrazioni fermo restando il regime delle decorrenze dei trattamenti disciplinati dall'articolo 1, comma 6, della predetta legge n. 243 del 2004. Con effetto dalla medesima data di cui al primo periodo del presente comma relativamente alle pensioni liquidate interamente con il sistema contributivo:

a) sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia anticipata liquidate con anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni;

b) sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia liquidate a soggetti con età pari o superiore a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne.

Daniele Zamperini—Cristina Patrizi

Fonte: laprevidenza.it



S.I.A.M.E.G.

COORDINATORE C. PATRIZI

Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale -
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298/1272

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



Le Elezioni Ordinistiche Romane e la partecipazione della categoria

Un commento sui risultati delle elezioni per il rinnovo dei vertici del nostro Ordine: al voto solo il 20% dei nostri colleghi.

Si sono tenute nella prima metà di Ottobre (10-11-12 Ottobre), le elezioni per il rinnovo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Come ogni tre anni, si ripete l'invito a tutta la classe medica romana a partecipare della vita del massimo Organismo rappresentativo della categoria, rinnovandone i vertici.

Un appuntamento che coinvolge fortemente quei settori della professione che più di altri, verosimilmente, sono coinvolti nella gestione, orientamento e nella attività di programmazione della vita professionale stessa.

Hanno diritto al voto tutti i medici iscritti all'Albo professionale della nostra provincia: oltre 38.000 professionisti (compresi più di mille Odontoiatri anch'essi iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi, ed eleggenti una propria commissione degli Odontoiatri che affersce all'interno dell'unico Ordine, che per l'appunto prende il nome di Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri).

Hanno votato circa 7000 medici (tra medici e Odontoiatri). Si sono confrontate per la conduzione del massimo ed unico organismo rappresentante la classe medica nella sua interezza, due liste differenti: La lista Lavoro e Professionalità Medica, in rappresentanza della passata ed attuale gestione del nostro Ordine, con Capolista il Dott. Mario Falconi, già Segretario Nazionale FIMMG ed attuale esponente FIMMG Lazio, insieme a numerosi membri del precedente Consiglio Ordinistico ed a qualche new entry, tra le quali spicca per calibro e lustro il Prof. Claudio Martelli, Primario delle divisioni di Chirurgia Toracica dell'Azienda San Camillo Forlanini di Roma, e la Lista A.M.I.C.I. con capolista il Dott. Roberto Lala attuale e riconfermato Segretario nazionale SUMAI, già segretario nel precedente consiglio dell'Ordine, lista che ha riunito, sotto l'egida del consenso delle segretarie nazionali di tutte le sigle sindacali di spicco della categoria, tutte le organizzazioni presenti sul territorio, tra le quali, ovviamente, lo SMI Lazio.

Ha vinto, con uno stacco di circa 500 voti, la lista Lavoro e Professionalità Medica.

La lista AMICI ha raccolto oltre 2700 preferenze mentre la lista Lavoro e Professionalità Medica ha avuto circa 3200 voti.

Qualche considerazione a freddo sull'andamento delle elezioni.

Anche questa volta la partecipazione della categoria è stata veramente bassa (appena il 20%).

Il nostro Sindacato ha lavorato duramente con grande dispendio di mezzi ed energie, per la affermazione della lista AMICI, nel cui interno avevamo un nostro esponente di spicco, entrato nel sindacato recentemente, ma affermata con vigore, per forza di idee ed onestà intellettuale: la Dottoressa Giuseppina Onotri, medico di Continuità Assistenziale e Assistenza Primaria.

Nella campagna per le elezioni Romane, la lista AMICI ha coagulato un gruppo di lavoro trasversale in grado di rappresentare i diversi settori della nostra professione:

gli ospedalieri della Cimo e dell'Anao, gli Specialisti Ambulatoriali,

gli anestesisti dell'AAROI, i medici convenzionati con SMI e SNAMI, il collega Marrocco della FIMMG, la CGIL medici, Gli Universitari, i giovani medici, i colleghi militari e via discorrendo.

Come mai, allora, la nostra lista non è uscita vincitrice dalle urne di via Giovan Battista de Rossi?

Francamente il risultato mi ha un po' sorpreso, avevo maturato il convincimento che la eventuale differenza di voti si sarebbe assestata intorno sulle 200-300 unità al massimo, convincimento non certo viscerale né utopistico, bensì legato alle note vicende sindacali che hanno visto il nostro sindacato, negli ultimi 4-5 mesi, acquisire un enorme consenso reale, contabilizzato, di iscritti transitati dal settore FIMMG Continuità Assistenziale allo SMI, in forza della nostra linea sindacale di grande aiuto e supporto alla categoria, così come la acquisizione di così tanti colleghi minimalisti nelle nostre fila, i quali solo grazie all'impegno in trincea, nei Comitati aziendali, del nostro sindacato, è riuscito a mantenere in piedi il rapporto convenzionale.

Analoga attenzione, simpatia ed iscritti, abbiamo suscitato nei colleghi, quando, a partire da Marzo u.s. ci siamo impegnati in prima persona e senza timore di apparire controcorrente, contro la famosa delibera sulla Appropriata prescrizione, scrivendo in AIFA, organizzando Convegni, dichiarando lo stato di Agitazione.

Insomma un grande movimento di opinione e una convergenza di simpatie che ci faceva ben sperare nella possibilità di cambiare i vertici del nostro Ordine Romano.

Ricordiamo che dal nostro Ordine non abbiamo visto levarsi mai una parola sulla grave congiuntura in cui versa la categoria, arrivata ormai a livelli retributivi e fiscali da minimi e massimi storici, mai una seria presa di posizione contro le campagne denigratorie cui i medici sono assoggettati passivamente, contro le Fiction in cui siamo equiparati ai mostri da sbattere in prima pagina. Questo, unitamente alla intensa crescita sindacale, che ci ha fatto coagulare un gran numero di nuovi iscritti e simpatizzanti, devo ammettere ci aveva fatto veramente ben sperare.

E' accaduto invece che, da un lato, si è fatta sentire l'influenza della politica in senso stretto e dei politici in particolare che hanno dato un pesante contributo, unitamente al peso degli interessi specifici, quelli personali, legati alle singole persone, si singoli "attori" spostando così l'ago della bilancia e alterando un equilibrio che altrimenti non si sarebbe inclinato così tanto in favore della lista espressione non già della volontà di cambiare, di imprimere una svolta, di cambiare rotta, bensì espressione dello Status Quo, del tanto meglio, tanto peggio; dall'altro, chi sperava in un cambiamento effettivo è rimasto evidentemente turbato e disorientato dal vedere gli amici di una volta in liste diverse e i vecchi oppositori invece, raggruppati insieme.

Ne è risultato un grandissimo numero di schede "miste", schede che vedevano scelti insieme parte dei nominativi presenti nella nostra lista e parte dei nominativi presenti nell'altra.

Questa indecisione di molti ha di fatto danneggiato la nostra coalizione, favorendo di fatto la lista del past and actual President e determinando la significativa differenza di voti registrata in questa tornata.

Inoltre c'è da sottolineare che la lista coordinata dall'attuale Presidente dell'Ordine, aveva dalla sua alcuni bonus: conosceva in anticipo la data delle elezioni medesime, essendo state decise proprio dallo stesso Presidente in assoluta autonomia, e guarda caso coincidenti con le date del Congresso elettivo della Organizzazione sindacale SUMAI, che per l'appunto esprimeva il nostro capolista, dall'altra coincidevano con il Consiglio Nazionale della seconda più significativa organizzazione sindacale presente nella lista AMICI, ossia il Consiglio Nazionale SMI e il Congresso della Continuità Assistenziale SMI.

Inoltre ha potuto godere in maniera assolutamente gratuita e di fatto parziale, della posizione privilegiata costituita dal poter usufruire delle potenzialità economiche e strutturali dell'Ordine medesimo: sono stati inviati SMS a tutti gli iscritti dei quali l'Ordine detiene le Mail per scopi istituzionali, informando sulle iniziative intraprese dal Presidente, le quali, guarda caso, si svolgevano nei giorni o nelle settimane immediatamente precedenti le elezioni.

Inoltre ancora, si è potuto organizzare delle cerimonie per la iscrizione all'Ordine dei nuovi laureati con consegna dei tesserini e bacio accademico da parte del Presidente e relativa fidelizzazione, sempre nelle settimane immediatamente precedenti le elezioni medesime.

Insomma, un certo sano avvantaggiamento derivante dalla posizione, evidentemente poco sportivo ma certo utile a racimolare qualche voto in più.

Inutile poi dire che il meccanismo elettorale non consente espressioni minoritarie nel consiglio e quindi, di fatto, avremo altri tre anni di gestione ordinistica coordinata e diretta dal Dr. Mario Falconi.

Questo il sistema, queste le regole, questi i vincitori, ai quali auguriamo comunque di lavorare bene, pensando alla categoria tutta, avendo chiaro quale deve essere l'obiettivo, per lo meno quello che Noi della lista AMICI avremmo voluto che fosse l'obiettivo: RAPPRESENTARE LA CATEGORIA e quindi il diritto dei medici alla legittima rappresentanza, tutela, difesa dell'immagine, del ruolo e della dignità, del decoro e poi ancora promozione della Qualità, del valore e della serietà del ruolo.

Ai vincitori le congratulazioni, alla lista AMICI l'augurio di andare avanti, di crescere per arrivare al cuore ed alla testa della stragrande, enorme massa dei nostri colleghi che delle elezioni se ne sono infischiate, non sentendole parte della propria vita professionale.

A noi e a questi 31.000 colleghi che non c'erano, i migliori auguri di buon lavoro e...in bocca al lupo!

Cristina Patrizi
Segretario Regionale Organizzativo SMI Lazio

CURRICULUM VITAE

Dott. FRANCO SCIARRA

Nato il 25/10/1938 a Altino (Chieti)

Residente in Roma - Via Sestio Calvino, 172

00174 ROMA

Tel. 06/715.83.211

Cell. 339/76.54.695

Studio: Via Avidio Cassio, 6 - ROMA

Tel. 06/76.31.53

E-Mail. Fra.sciarra@tin.it

Primario Medico Ospedaliero Idoneo
Medicina Generale

Specialista in Medicina Interna della Clinica Medica
dell'Università di Roma

Gastroenterologia

Clinica Tisiologica

Malattie Apparato Respiratorio

Malattie Apparato Cardiovascolare

Già Dirigente della Divisione di Medicina Generale e di

Pronto Soccorso - Astanteria - Accettazione Filtro

Ospedale San Giuseppe di Marino dal 1980 al 1985.

(d pag.1)

6) Relativamente "al personale della
tecnostuttura" (pag 66)

Saranno rivalutate le professionalità
già in essere alla P.A.? Sarebbe auspicabile
onde limitare i costi.

7) Relativamente agli aspetti gestionali
(pag 89)

Si propone abolizione delle commissioni
di appropriatezza poichè, come strutturate,
hanno un costo di per sé e tengono conto del
dato meramente economico. Infatti si tende a
non valutare il fatto che il farmaco non è solo
un indicatore di spesa ma spesso si rivela un
investimento sulla salute del cittadino mentre
il suo non utilizzo, nella prevenzione primaria
o nella cronicità, può portare ad un aumento
di ospedalizzazioni per acuzie e, pertanto,
di spesa. Un obiettivo da raggiungere invece
dovrebbe essere il coinvolgimento dei pazienti
stessi, tramite una campagna periodica di
informazione, nell'utilizzo responsabile dei
farmaci; così come dovrebbe essere incentivata
una pratica di revisione tra pari delle
prescrizioni tra MMG.

8) Relativamente alle funzioni del
PTP.

Per l'impiego dei medici di Continuità
assistenziale all'interno dei PTP, è auspicabile
che venga portata a completamento la pianta
organica come previsto dall'accordo collettivo
nazionale e regionale vigenti.

9) Relativamente al capitolo MMG

E' opinabile che la quota capitolina possa
essere vincolata ad obiettivi. Inoltre l'obbligo
del medico di partecipare al sistema informatico
regionale, non può essere ad isorisorse
considerati i costi gestionali che devono essere
affrontati. L'indennità informatica ad oggi
percepita è esigua rispetto ai costi dell'
informatizzazione e non può esse-

re correlata ad altre prestazioni aggiuntive,
che sottraggono tempo alla pratica clinica.

Appare critica la previsione di "valutare la
fattibilità di sperimentazioni gestionali volte a
consolidare l'integrazione del MMG nelle attività
proprie del Distretto anche con il superamento
del rapporto convenzionale".

10) Relativamente all'appropriatezza
prescrittiva (pag 222)

Si chiede in che modo la diffusione dei farmaci
equivalenti può incidere sul risparmio complessivo
se la differenza del costo è a carico del cittadino.
E' infine opinabile che non vi sia ad oggi una
lista di trasparenza relativamente alla
biodisponibilità e composizione dei farmaci
equivalenti, nonché uno studio relativo al
rapporto qualità-prezzo.

Per ultimo si vuole esprimere il disappunto
dello SMI Lazio per la modalità e la urgenza con
la quale si è provveduto alla chiusura dell'
Ospedale San Giacomo. Infatti pur comprendendo
gli obblighi correlati al piano di rientro sarebbe
stato più rispettoso degli operatori coinvolti e
degli stessi pazienti procedere alla
dismissione graduale dei singoli servizi in
relazione al collocamento dei pazienti ed
operatori. Risulta allo SMI che ad una settimana
dalla chiusura servizi interi sono ancora
senza una destinazione definitiva con
svilimento delle singole professionalità e
perdita netta dell'offerta assistenziale per i
cittadini romani.

Il Segretario organizzativo
Il Segretario regionale
Cristina Patrizi
Giammarco Polselli

La glicemia a digiuno non è indice attendibile di presenza di retinopatia diabetica

Un'analisi di tre studi osservazionali suggerisce che la soglia glicemica attualmente usata per la diagnosi di diabete non è molto affidabile nell'identificare pazienti con retinopatia.

Gli autori di questa analisi hanno voluto valutare la relazione che esiste tra i valori della glicemia a digiuno e la presenza di retinopatia basandosi sui risultati di tre studi osservazionali, il Blue Mountains Eye Study (Australia, n=3162), l'Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (Australia, n=2182), e il Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (USA, n=6079). La prevalenza di retinopatia risultò essere dell'11,5% nel primo studio, del 9,6% nel secondo e del 15,8% nel terzo. Tuttavia non è stato possibile trovare una soglia glicemica uniforme per determinare prevalenza e incidenza di retinopatia perché l'analisi suggeriva una relazione continua. Usando il cut-off raccomandato dall'American Diabetes Association (glicemia a digiuno > 125 mg/dL) la sensibilità del test risultò inferiore al 40% e la specificità compresa tra l'80,8% e il 95,5%. L'area sotto la curva ROC era piccola e andava da 0,56 a 0,61.

Gli autori concludono che gli attuali criteri usati per la diagnosi di diabete non identificano accuratamente sog-

getti con/senza retinopatia per cui andrebbero rivalutati.

Fonte:

Wong TY et al. Relation between fasting glucose and retinopathy for diagnosis of diabetes: three population-based cross-sectional studies. Lancet 2008 Mar 1; 371:736-743.

Commento di Renato Rossi

Secondo i risultati di questa analisi circa il 60% dei soggetti formalmente affetti da retinopatia diabetica non rispondono ai criteri ADA e d'altra parte dal 5% al 20% circa dei soggetti senza retinopatia hanno una glicemia superiore a 125 mg/dL in più di due occasioni.

Gli autori quindi propongono, non tanto velatamente, di cambiare i criteri diagnostici oggi usati per il diabete. Ma quali? Essi non ce lo dicono. Abbassare ancora la soglia? Se è vero che questo aumenterebbe la sensibilità del test per retinopatia porterebbe anche ad una perdita di specificità ulteriore per cui molti soggetti riceverebbero la diagnosi di diabete senza avere una retinopatia.

Fino al 1997 per la diagnosi valevano i criteri stabiliti dal National Diabetes Data Group (NDDG) che si basavano

sul riscontro, in almeno due occasioni, di glicemia a digiuno superiore o uguale a 140 mg/dL oppure di glicemia superiore a 200 mg/dL con associati sintomi tipici di diabete, mentre per valori compresi tra 110 e 140 mg/dL si doveva eseguire una curva da carico (OGTT). Nel 1997 l'ADA cambiò i criteri diagnostici: per la diagnosi bastavano due glicemie a digiuno superiori a 125 mg/dL.

I motivi che hanno spinto alla revisione dei criteri diagnostici sono essenzialmente tre:

1) vi è una buona correlazione tra glicemie a digiuno \geq 126 mg/dL e glicemie a 2 ore dopo OGTT \geq 200 mg/dL

2) la retinopatia diabetica, per valori superiori a 125 mg/dL, aumenta progressivamente di incidenza

3) la diagnosi di diabete viene facilitata non richiedendo più l'esecuzione di un test complesso come la curva da carico, che in realtà veniva poco richiesto nella medicina di base e che può dare anche risultati poco riproducibili.

Tuttavia alcuni gruppi hanno da subito messo in dubbio questi criteri esprimendo forti perplessità sia perché probabilmente, con la riduzione della soglia glicemica, si avrà un aumento delle diagnosi, sia perché c'è il rischio di porre l'etichetta di diabetico a soggetti che magari non lo sono con i criteri precedenti, con tutte le conseguenze del caso, ma soprattutto perché questi criteri sarebbero

meno efficaci nell'identificare persone con aumentato rischio di morte o di eventi cardiovascolari [1,2,3]. In altre parole è probabile che i due diversi criteri identifichino soggetti diversi.

In effetti è pratica di tutti i giorni trovare pazienti con glicemie in diverse occasioni superiori a 125 mg/dL che non presentano né retinopatia né altri segni di complicanze vascolari e che hanno una emoglobina glicata al di sotto del 6% (falsi positivi).

D'altra parte è anche possibile che esistano dei falsi negativi, cioè soggetti che hanno per esempio una retinopatia diabetica ma una glicemia a digiuno al di sotto della soglia diagnostica, come suggerisce l'analisi recentissima in questa pillola.

Ma il rovescio della medaglia di ridurre sempre più le soglie diagnostiche è, come si diceva, la riduzione della specificità del test. Però questa sembra la tendenza inarrestabile della medicina moderna, in omaggio al principio che è preferibile etichettare come malati anche persone che non lo sono purché non sfugga nessun vero malato. Insomma, si preferisce aumentare la sensibilità riducendo la specificità e non viceversa, ma questo accade anche per altre patologie (colesterolo, pressione arteriosa, etc.), nonostante sempre più spesso si levino da varie parti voci discordanti che mettono in guardia sulla medicalizzazione esasperata.

Allora che fare? Come diagnosticare il diabete? Ritornare ai criteri precedenti, con tutte le conseguenze del caso, ma soprattutto perché questi criteri diagnostici porti a benefici aggiuntivi in termini di riduzione della morbidità e

della mortalità da diabete e che sarebbero necessari studi prospettici per valutare la relazione tra varie soglie glicemiche e le complicanze del diabete.

Secondo l'editoriale è preferibile usare un approccio misto utilizzando la glicemia a digiuno, combinata però con la presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.

Su questa conclusione si può essere sostanzialmente d'accordo.

Aggiungiamo di nostro che:

1) una ulteriore riduzione della soglia diagnostica aumenterebbe enormemente il numero dei falsi positivi con conseguenti costi economici in termini di esami, visite, accertamenti strumentali e terapie inutili (l'abbiamo già detto, ma in questi casi non lo si ripete mai abbastanza)

2) il dosaggio della glicemoglobina può essere un utile strumento che serve a identificare soggetti che superano la soglia diagnostica glicemica, ma che probabilmente non sono diabetici; in questo contesto si può anche richiedere un OGTT per meglio valutare l'equilibrio glicemico del paziente, richiamando in vita un test che si riteneva ormai relegato al passato

3) bisogna valutare il paziente e non il laboratorio, per cui si rende necessaria la ricerca di eventuali danni d'organo (retinopatia, nefropatia, cardiopatia, etc.), oltre che dei fattori di rischio cardiovascolari associati (ipertensione, fumo, ipercolesterolemia, obesità, etc.)

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

CHIEDE

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

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

DICHIARA che l'iscrizione

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

DATA FIRMA

Il sottoscritto desidera far parte del Consiglio Direttivo Provinciale: SI

NO

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

FIRMA

La Risonanza Magnetica mammaria vede troppi falsi positivi

La RM mammaria è una tecnica sofisticata che viene consigliata come mezzo di screening nelle donne ad alto rischio di cancro mammario, ma è gravata da una elevata percentuale di falsi positivi.

Lo scopo di questo studio era di valutare la frequenza dei falsi positivi alla risonanza magnetica mammaria in donne portatrici della mutazione BRCA. Sono state studiate 196 donne con tale mutazione, seguite in media per 2 anni (range da 1 a 9) con mammografia e RMN annuali.

In tutto il 41% delle donne (81 su 196) avevano almeno un riscontro positivo alla mammografia o alla RM.

Un cancro venne diagnosticato in 17 donne: in 11 grazie al programma di sorveglianza, in 4 grazie all'esame istologico, mentre in 2 il cancro era intervallare (cioè venne diagnosticato per la comparsa di segni clinici nel periodo tra un controllo e l'altro).

La mammografia e la RM avevano una sensibilità del 71% ed una specificità del 90%. La probabilità che un risultato positivo alla RM fosse in realtà un falso positivo fu dell'83%.

Alle donne, in occasione del primo esame e dopo che era stata diagnosticata la mutazione BRCA, venne chiesto se preferivano la mastectomia profilattica oppure la sorveglianza stretta. Tra quelle che avevano risposto di preferire la mastectomia profilattica l'intervento venne effettuato realmente nell'89% delle donne con reperto radiologico falsamente positivo e nel 66% delle altre; nel gruppo di donne che avevano risposto di preferire la sorveglianza la mastectomia venne effettuata rispettivamente nel 15% e 11%.

Gli autori concludono che la percentuale di falsi positivi alla RM è elevata, tuttavia l'impatto del risultato sulla scelta se eseguire o meno una mastectomia profilattica è limitato ed è determinato soprattutto dalla preferenza espressa in precedenza dalla paziente.

mastectomia profilattica oppure se predisporre un programma di sorveglianza intensiva.

In questo caso l'American Cancer Society (ACS) raccomanda di eseguire ogni anno uno screening mammografico associato a RM mammaria.

Come si è scritto in una pillola precedente [1], commentando le linee guida dell'ACS, la RM mammaria è una metodica diagnostica raffinata che ha una sensibilità maggiore rispetto alla tradizionale mammografia.

Questo significa che, nelle donne con cancro mammario, porta ad un minor numero di falsi negativi perché scopre più tumori. Tuttavia il rovescio della medaglia è una riduzione della specificità rispetto alla radiologia tradizionale: in pratica produce un maggior numero di falsi positivi.

Falsi positivi che comportano maggior aggressività in procedure diagnostiche cruente e maggior stress psicologico per la paziente, con effetti anche a lungo termine [2].

Lo studio recensito in questa pillola conferma quanto sopra: poco meno della metà delle donne esaminate aveva un quadro radiologico positivo, ma alla prova istologica la probabilità che la positività riscontrata alla RM fosse falsa era dell'83%!

Come non bastasse sembra che per la decisione della donna se procedere o meno ad una mastectomia profilattica conti non tanto il risultato dell'esame quanto la decisione già presa in precedenza, una volta saputo di essere portatrice della mutazione BRCA.

Rimangono quindi ampie zone di incertezza per una decisione, non facile, che alla fine potrà essere presa solo dalla singola paziente sulla base di una personalissima valutazione dei vantaggi e degli svantaggi delle varie scelte disponibili.

Referenze

<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3281>
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3284>

Commento di Renato Rossi

E' noto che le portatrici della mutazione BRCA sono ad elevato rischio di sviluppare una neoplasia mammaria.

Il dilemma, in questi casi, è se procedere ad una

S.I.A.M.E.G.
Società Italiana per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale
Società Scientifica accreditata presso il Ministero della Salute - ECM n. 5298
00185 - ROMA - via Merulana, 272 - tel. 06.4746344 - fax 06.4871092 - E Mail siameg@tin.it

COMITATO DIRETTIVO

Presidente
Dott. Beniamino Baldacci

Vicepresidenti
Dott. Renzo Giovanelli
Dott. Giovanni Pelti

Coordinatore
Dott. Franco Sciarra

Segretario Generale
D.ssa Patrizia Cristina

Vice Segretari Generali
Dott. Enrico Porru (con funzione di coordinamento)
Dott. Luigi Milani

Tesoriere
Dott. Rocco Fulciniti

Consiglieri
Dott. Cassido Di Luzio
Dott. Franco Fazi
D.ssa Caludia Felici
Dott. Angelo Filardo
D.ssa Roberta Giannetti
Dott. Luigi Mazzuca
Dott. Ivo Pulcini
D.ssa Floriana Riddei
D.ssa Laura Viotto
Dott. Daniele Zamperini

Presidente:
Prof. Campa Pietro Paolo - Roma

Coordinatore Area Med. Interna:
Prof. Filippo Rossi-Fanelli - Roma

Coordinatore Area Chirurgica:
Dott. Nicola Basso - Roma

Coordinatore Area Emergenza:
Dott. Gavino Cossu - Roma

Coordinatore Area Implantologia:
Dott. Enrico Magliani - Roma

Coordinatore Area Radiologica:
Dott. Paolo Diotallevi

Coordinatore Area Handicap:
Dott. Eugenio Raimondo - Roma

Prof. Cerulli Luciano - Roma
Prof. Cervini Claudio - Ancona
Prof. Ciuffi Giulio - Roma
Prof. Ciannaichella Alessandro - Roma
Prof. Cirelli Augusto Francesco - Roma
Prof. Corazzari Enrico - Roma
Prof. Crespi Massimo - Roma
Prof. Cruciani Enrico - Roma
Prof. D'Elia Salvatore - Roma
Prof. De Divitiis Oreste - Napoli
Prof. De Rosa Franco - Roma
Prof. Del Giacco G. Sergio - Cagliari
Prof. Di Silverio Franco - Roma
Prof. Esposito Stefano - Roma
Prof. Fabris Fabrizio - Torino
Prof. Fabroni Franco - Perugia
Prof. Fanti Andrea - Roma
Prof. Fazio Marcello - Roma
Prof. Fedeli Giuseppe - Roma
Prof. Federspil Giovanni - Padova
Prof. Fieschi Cesare - Roma
Prof. Fiumicelli Aligi - Perugia
Prof. Fortunato Gianni - Roma
Prof. Gargovich Antonio - Roma
Prof. Gentile Vincenzo - Roma
Prof. Giorgino Riccardo - Bari
Prof. Giovannini Ezio - Roma
Prof. Grassi Vittorio - Brescia
Prof. Grignani Fausto - Perugia
Prof. Iannetti Francesco - Roma
Prof. Indiveri Francesco - Genova
Prof. Isidori Aldo - Roma
Prof. Laurenza Franco - Roma
Prof. Lo Cascio Vincenzo - Verona
Prof. Malliani Alberto - Milano
Prof. Mancini Mario - Napoli
Prof. Mandelli Franco - Roma
Prof. Martelli Massimo - Roma
Prof. Massa Enrico - Roma

Prof. Mazzuoli Gianfranco - Roma
Dott. Monzio Compagnoni Claudio - Roma
Prof. Morocutti Cristoforo - Roma
Prof. Miglioli Mario - Bologna
Prof. Motta Luciano - Catania
Prof. Nenci Giuseppe G. - Perugia
Prof. Nicoletti Walter - Roma
Prof. Nini Gabriele - Roma
Prof. Notarbartolo Alberto - Palermo
Prof. Ortensi Andrea - Roma
Prof. Passali Desiderio - Siena
Prof. Pecorelli Fulvio - Perugia
Prof. Pessina Achille C. - Padova
Prof. Palleschi Alessandro - Roma
Prof. Picardi Nicola - Chieti
Prof. Pileri Alessandro - Torino
Prof. Principe Massimiliano - Roma
Prof. Puddu Paolo - Bologna
Prof. Puddu Pietro - Roma
Prof. Puxeddu Adolfo - Perugia
Prof. Ricevuti Giovanni - Pavia
Prof. Ronchetti Roberto - Roma
Prof. Rossi Fanelli Filippo - Roma
Prof. Rulli Vincenzo - Roma
Prof. Rusconi Cesare - Brescia
Prof. Rusciani Luigi - Roma
Prof. Saglio Giuseppe - Novara
Prof. Scarlata Francesco - Palermo
Prof. Sebastiani Antonio - Roma
Prof. Sensi Giorgio - Chieti
Prof. Sorbini Augusto - Ancona
Prof. Tersigni Roberto - Roma
Prof. Tonato Maurizio - Perugia
Prof. Turchetti Gianfranco - Roma
Prof. Visco Giuseppe - Roma
Prof. Visocchi Massimiliano - Roma
Prof. Von Heland Magnus - Roma
Prof. Zoppini Antonio - Roma

Prof. Aglietta Massimo - Torino
Prof. Alessandri Nicola - Roma
Prof. Allegra Claudio - Roma
Prof. Allegra Fulvio - Parma
Prof. Amabile Giuseppe - Roma
Prof. Albarello Paolo - Roma
Prof. Ascarelli A. Alberto - Roma
Prof. Attili Adolfo Francesco - Roma
Prof. Balacco Gabrieli Corrado - Roma
Prof. Barbaggio S. Giuseppe - Palermo
Prof. Barduagni Osvaldo - Roma
Prof. Basso Nicola - Roma
Prof. Benedetti V. Fabrizio - Roma
Prof. Bisetti Alberto - Roma
Prof. Blasi Adriano - Catania
Prof. Boccanelli Alessandro - Roma
Prof. Bonomo G. Martino - Bari
Prof. Bormioli Pietro - Roma
Prof. Borrelli Patrizia - Roma
Prof. Calvieri Stefano - Roma
Prof. Caprino Luciano - Roma
Prof. Capurso Lucio - Roma
Prof. Castellano Antonio - Roma

COLLEGIO REVISORI dei CONTI

Presidente
Dott. Marco Pompili

Consiglieri effettivi
Dott. Paolo Marotta

Dott. Mustafa Mohamed

Consiglieri Supplenti

COLLEGIO dei PROBIVTRI

Presidente
Dott. Mario Menaguale

Consiglieri effettivi
Dott. Guido Grasso

Consiglieri Supplenti
Dott. Filippo Chimenti

ASSOCIAZIONE MEDICA
MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondato da Mario Menaguale
Presidente: Angelo Filardo

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

Redazione e Amministrazione
Via Merulana 272 - 00185 - Roma
Tel. 06.4746344 Fax: 06.4871092

Fotocomposizione e Stampe
Postel S.p.A.

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

USP
Questo Periodico è autorizzato
all'uso Stampi Periodici Italiani

Il Comitato Scientifico della SIAMEG

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 - Vinchiaturo (CB) secondo le seguenti modalità

Euro 15,00

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

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

Data Firma

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, il raffronto, l'interconnessione, la comunicazione/diffusione, 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. I dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convegnamento, consegna e spedizione riviste, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è 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, sì, no, sottoscritto.....

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

Data Firma

Copia per la A.U.S.L.

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

Menarini è un marchio registrato di Menarini S.p.A. - Via Salaria 111 - 00198 Roma - Tel. 06.499911 - Fax 06.499912