



# ASSOCIAZIONE MEDICA

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI

Fondato da Mario Menaguale

LA VOCE DELLO SMI-LAZIO Sindacato Medici Italiani

ANNO 18 - N. 11  
NOVEMBRE 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

## Perplexità e diffidenza nell'area Convenzionata per i nuovi obblighi Verso la chiusura i contratti della Medicina Convenzionata e della Dirigenza. Forti perplessità della Medicina Territoriale su alcuni contenuti

*Valutata soddisfacente la chiusura del Contratto della Dirigenza Medica, che lo SMI ha trattato insieme alla rappresentanza di Veterinari.*

*Forti perplessità provengono invece dalla Medicina Convenzionata, trasversalmente dalle basi di tutti i Sindacati. Particolarmente critico lo SMI, che ha sempre proposto come volontarie e sperimentali alcune incombenze che la parte pubblica vuole invece come obbligatorie. La vaghezza di alcuni articoli non assicura sufficiente tranquillità.*

*Lo SMI sta ancora cercando una soluzione condivisa e vantaggiosa, pur con gravi difficoltà per scarsa partecipazione di alte sigle sindacali.*

*Ruoli e difficoltà delle Organizzazioni per raggiungere i propri obiettivi*

## Il rapporto tra razionalità individuale e collettiva in Medicina generale

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 impegna 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 richie-

sta 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 (pag. 2)

## Oltre un anno senza cuore in attesa del trapianto

*Un italiano a capo dell'equipe operatoria*

Una giovane americana è vissuta per 14 mesi (118 giorni) priva di cuore e in vita fino al 29 ottobre scorso, il giorno in cui è stata nuovamente sottoposta a trapianto.

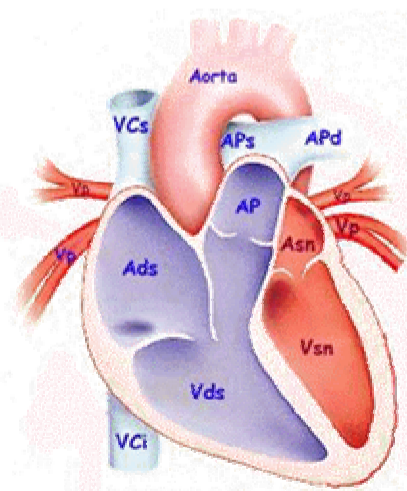
Il secondo trapianto, invece, ha attecchito perfettamente anche se i chirurghi ammettono che ci sia un 50% di probabilità che la giovane abbia bisogno di un altro cuore, dunque di un nuovo trapianto, tra 12 o 13 anni.

All'intervento ha preso parte, come capo dell'unità di chirurgia pediatrica dell'ospedale statunitense, l'italiano Marco Ricci, medico trasferito negli USA.

Si tratterebbe del primo caso pediatrico al mondo, in quanto l'unico precedente sarebbe quello di un uomo sopravvissuto per 9 mesi senza cuore, in Germania.

Va rilevato però che si trattava di un paziente adulto, non di una teenager.

Daniele Zamperini  
Fonte: ADN cronos



## Un deficit di vitamina D aumenta il rischio cardiovascolare ?

*Non ancora definito con certezza il ruolo extraosseo del complesso vitaminico D, ma alcuni forti indizi*

Uno studio osservazionale suggerisce che il deficit di vitamina D è associato ad un aumento del rischio cardiovascolare, ma sono necessari RCT ad hoc prima di poter suggerire supplementi di vitamina D al fine di ridurre gli eventi cardiaci.

In questo studio osservazionale sono stati reclutati 1.739 soggetti di razza bianca (età media 59 anni, 55% donne). Ai partecipanti vennero misurati i livelli plasmatici di 25-diidrossivitaminina D: nel 28% dei casi si riscontrarono livelli inferiori a 15 ng/mL (deficit moderato) e nel 9% inferiori a 10 ng/mL (deficit grave). Il follow-up medio dello studio fu di 5,4 anni.

Si verificò un primo evento cardiovascolare in 120 partecipanti.

Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori di confondimento si notò che coloro che avevano livelli di vitamina D inferiori a 15 ng/mL mostravano un rischio cardiovascolare superiore a chi aveva livelli maggiori di 15 ng/mL (OR 1,62; IC95% 1,11 - 2,36). Il rischio più elevato si riscontrò in coloro che avevano livelli inferiori a 15 ng/mL ed erano ipertesi (OR 2,13; IC95% 1,30 - 3,48). In chi aveva livelli di vitamina D inferiori a 15 ng/mL ma non erano ipertesi l'aumento del rischio era di entità trascurabile e non significativo dal punto di vista statistico (OR 1,04; IC95% 0,55 - 1,96).

Fonte:  
Circulation. 2008. Pubblicato online.  
DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706127.

Commento di Renato Rossi

Il termine vitamina D è inteso genericamente per indicare un gruppo di sostanze, tra cui la vitamina D2 (ergocalciferolo) e la vitamina D3 (colecalciferolo), che, nell'organismo, regolano il metabolismo calcio-fosforo, facilitano l'assorbimento intestinale di calcio e sono indispensabili per il mantenimento della massa ossea. Gli alimenti che più contengono vitamina D sono i pesci grassi (salmone, tonno, sardine), il fegato, il latte e i latticini, il torlo d'uovo. Tuttavia l'organismo è in grado di sintetizzare vitamina D a livello cutaneo grazie alla esposizione ai raggi ultravioletti.

Lo studio recensito in questa pillola conferma studi precedenti e mostra che una carenza di modesta entità di vitamina D è presente in circa un an-

ziano su tre in apparente buona salute. Tale carenza può essere dovuta ad un diminuito apporto alimentare e/o ad una ridotta esposizione alla luce solare.

Lo studio suggerisce anche che livelli moderatamente ridotti di vitamina D sono associati ad un aumento del rischio cardiovascolare, soprattutto se coesiste ipertensione.

Le ragioni non sono del tutto chiare: la vitamina D agisce anche sul sistema renina-angiotensina e influisce sulla proliferazione delle cellule muscolari lisce dei vasi; inoltre potrebbe avere un effetto anti-flogistico e anti-trombotico. Tuttavia è necessaria cautela nell'interpretare questi dati sia perché i valori di OR riscontrati non sono eclatanti sia perché la natura osservazionale dello studio non assicura che l'aumento degli eventi cardiovascolari associato al deficit di vitamina D sia di tipo causa-effetto né la possibile interferenza di bias, anche se gli autori hanno cercato di correggere i dati per fattori confondenti.

Soprattutto sono necessari studi di tipo controllato e randomizzato che dimostrino che la somministrazione di vitamina D negli anziani con deficit di tale sostanza è in grado di ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari.

Gli autori dello studio, sponsorizzato dai National Institutes of Health e dall'American Heart Association, ammettono correttamente i limiti del loro lavoro e citano lo studio Women's Health Initiative in cui la somministrazione di supplementi di vitamina D non furono in grado di ridurre il rischio cardiovascolare. Fanno notare però che l'end-point primario dello studio erano le fratture e non gli eventi cardiovascolari, che le dosi di vitamina D somministrate erano troppo basse per correggere eventuali deficit, che il gruppo controllo poteva assumere vitamina D e questo potrebbe aver smorzato l'effetto nel gruppo trattato. In ogni caso sarebbe forse il caso di organizzare un RCT con una potenza statistica ed una durata tali da poter confermare o confutare l'ipotesi di un beneficio della vitamina D sul versante cardiovascolare, anche perché si tratterebbe di un intervento di costo economico accettabile e con effetti collaterali generalmente trascurabili.

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

Si concludono osservazioni a lungo termine sull'efficacia di alcuni interventi  
**Risultati a lungo termine della TURP: buoni!**  
 Si mantengono buoni la sintomatologia e la qualità di vita complessiva

La resezione transuretrale di prostata è una procedura sicura ed efficace per il trattamento dei disturbi urinari. I risultati a lungo termine sono stati raramente trattati in letteratura [1,2].

La pubblicazione di un gruppo da Aberdeen in Scozia riporta per la prima volta i risultati a 6 e 12 anni in termini di qualità di vita minzionale (questionario non standardizzato e riportato in appendice alla pubblicazione), percezione del fastidio correlato ai sintomi (questionario non standardizzato e riportato in appendice alla pubblicazione), score standardizzato dei sintomi urinari (AUA symptom score) e flusso urinario dopo l'intervento nel contesto di uno studio osservazionale prospettico.

La popolazione di studio è costituita da 280 pazienti operati dal 1993 al 1994. La quantità media di tessuto resecato è stata di 17 g. Il numero di pazienti valutabili al follow up era di 101 e 113 a 6 e 12 anni. L'età media a 6 anni di follow up era di 72 anni e a 12 anni di 77.

A 6 e 12 anni il tasso di reintervento è

stato del 9 e 12%.

Il flusso urinario massimo prima dell'intervento era in media 10 ml/s, lo score AUA dei sintomi urinari 18,2, lo score del fastidio percepito 15,45 e lo score di qualità di vita 2,54.

A 6 e 12 anni i valori erano rispettivamente 16,6 mL/s e 16,9 mL/s per quanto concerne il flusso urinario, 9,74 e 8,47 lo score dei sintomi AUA, 7,14 e 7,67 lo score di fastidio percepito in relazione ai disturbi urinari e infine 3,71 e 3,74 lo score di qualità di vita minzionale.

Le differenze riportate, oggettivamente considerevoli, raggiungono sempre la significatività statistica e dimostrano che, dopo 12 anni, la TURP mantiene risultati stabili in termini di miglioramento della sintomatologia urinaria, della qualità di vita e del flusso urinario.

Mishriki SF, Grimsley SJ, Nabi G, Martindale A, Cohen NP. Improved Quality of Life and Enhanced Satisfaction After TURP: Prospective 12-Year Follow-up Study. Urology. 2008 Jun

3. [Epub ahead of print]

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) Thomas AW, Cannon A, Bartlett E, Ellis-Jones J, Abrams P. The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: minimum 10-year urodynamic followup of transurethral resection of prostate for bladder outlet obstruction. J Urol. 2005 Nov;174(5):1887-91.

Rocchetta Uromag, 8/9/08—Per gentile concessione di AURO.IT Associazione Urologi Italiani

**Il rapporto tra razionalità individuale e collettiva in Medicina generale**

di Ermanno De Fazi

(da pag.1)

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'aforisma "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.



**ASSOCIAZIONE MEDICA**  
 MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI  
 Fondata da Mario Menegale  
 Presidente: Angelo Filardo  
 La Voce del Sindacato Medici Italiani - SMI - Lazio  
 Direttore Responsabile Daniele Zamperini  
 REDAZIONE:  
 Angelo Filardo  
 Gaetano Mazzucconi  
 Cristina Patrizi  
 Franco Sciarra  
 Floriana Riddei  
 Beniamino Baldacci  
 Direzione Redazione e Amministrazione  
 Via Merulana 272 - 00185 - Roma  
 Tel. 064746344 - Fax: 064871092  
 Fotocomposizione e Stampe  
 Postel S.p.A.  
 USPS  
 Centro Periodici è iscritta all'Unione Stampa Periodica Italiana

**CEFIXORAL®**  
 J01DD08  
 cefixima



Menarini, salute senza confini

Conferma il tuo diritto per la certificazione di qualità ISO 9001  
 Verifica di



Certificato n° 521214785

CEFT 06 03

Data presso AIFA in data 28/02/2006

**MACLADIN**  
 Claritromicina

## Aumentano gli indizi sulla potenzialità emorragica degli SSRI Associare FANS –SSRI aumenta molto il rischio di emorragie digerenti

FANS e SSRI insieme: aumenta il rischio di sanguinamento G-I

L'uso degli SSRI, da soli o in associazione con FANS, aumenta in modo sostanziale il rischio di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore.

In diversi studi precedenti e' stato documentato un aumentato rischio di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore associato all'uso di SSRI. (http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1525), (http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3800) Alcuni studi (una minoranza, in verita') hanno contestato tale affermazione (http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3896)

Come abbiamo riportato in un diverso

articolo, il meccanismo pro-emorragico degli SSRI sembra legato alla deplezione della serotonina piastrinica, che svolge azione proaggregante.

L'entita' di questo rischio e' paragonabile a quello indotto dalla somministrazione di FANS.

E' quindi logico pensare che l'uso concomitante di SSRI e FANS comporti un importante aggravamento del rischio con effetto quanto meno additivo.

Sono stati quindi effettuati ulteriori studi

(http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3848) che hanno comportato una revisione dei principali studi sull'argomento (1 studio di coorte e 3 studi caso-controllo, che valutavano il sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore associato all'uso di SSRI e FANS, per un totale

di 153.000 pazienti). Il rischio di sanguinamento gastrointestinale da SSRI aumentava (OR totale 2,36), nel caso di uso dei soli FANS l'OR risultava di 3,16, con l'uso concomitante delle due sostanze arrivava a 6,33.

In conclusione, l'associazione FANS-SSRI aumenta in modo sostanziale il rischio di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore.

E' importante che i medici riducano tale associazione ai soli casi di effettiva necessita', prendendo nel caso le dovute precauzioni di protezione farmacologica.

Fonte: Aliment Pharmacol Ther 2008; 27: 31-40.

http://www.sifweb.org/farmacoinfo\_farmacipi

## Inutile effettuare controlli radiologici troppo ravvicinati dopo una polmonite

Nei pazienti affetti da polmonite un controllo radiologico eseguito a distanza di circa un mese spesso mostra ancora delle anomalie nonostante la guarigione clinica.

In questo studio sono stati considerati 227 pazienti ricoverati per polmonite severa. Una radiografia del torace ripetuta dopo 7 giorni dalla diagnosi risultava ancora anormale nel 75% dei soggetti, anche se il 56% mostrava miglioramenti dal punto di vista clinico. Al 28° giorno venne ripetuta ancora la radiografia del torace in 195 pazienti e in circa il 50% di essi risultava ancora anormale, ma anche in questo caso il 78% risultava clinicamente guarito. Le polmoniti più gravi (interessamento multilobare) erano quelle che mostravano più spesso una ritardata guarigione radiologica ed erano più frequentemente dovute allo pneumococco.

Fonte:



Clin Infect Dis 2007 Oct 15; 45:983.

Questo studio conferma che guarigione clinica e radiologica non corrispondono, perchè la prima si manifesta molto più velocemente.

Chi scrive ricorda benissimo che tale concetto veniva già affermato alcuni decenni fa dalle scuole italiane, ma

veniva tranquillamente ignorato anche da chi, magari specialista in materia, continuava ed effettuare controlli radiologici frequenti (magari settimanali) anche in assenza di sintomatologia clinica, con prosecuzione della terapia antibiotica fino a normalizzazione del quadro radiologico.

Viene da chiedersi quanti antibiotici inappropriati siano stati prescritti, e quanti effetti collaterali potevano essere evitati con una terapia meno incongrua.

Viene anche da riflettere sull'atteggiamento un po' snobistico di molti medici verso la medicina di scuola italiana, al punto da sottovalutare sistematicamente l'esperienza empirica nell'attesa di una conferma preferibilmente anglosassone che dica l'ultima parola in merito.

Be', questo studio arriva con una quarantina d'anni di ritardo. Meglio tardi che mai!

Daniele Zamperini

## No al separato risarcimento del danno esistenziale Cassazione: il danno extrapatrimoniale va valutato globalmente

Il danno non patrimoniale deve essere risarcito in modo unitario, senza divisioni fittizie in sottocategorie variamente etichettate. "Solo la lesione di un diritto inviolabile della persona concretamente individuato e' fonte di responsabilità risarcitoria non patrimoniale". (Cass. Sez. Unite 26972/2008).

La Cassazione ha messo fine al contrasto giurisprudenziale in materia di

risarcimento del danno esistenziale, che si protraeva da tempo.

I Magistrati hanno stabilito che non è possibile invocare "diritti del tutto immaginari, come il diritto alla qualità della vita, allo stato di benessere, alla serenità" e considerarli risarcibili.

"Sono palesemente non meritevoli della tutela risarcitoria, invocata a titolo di danno esistenziale, i pregiudizi consistenti in disagi, fastidi, disappun-

ti, ansie ed in ogni altro tipo di insoddisfazione concernente gli aspetti più disparati della vita quotidiana che ciascuno conduce nel contesto sociale, ai quali ha prestato tutela la giustizia di prossimità".

Sono risarcibili solo lesioni a diritti inviolabili concretamente individuati. Non esiste un separato diritto alla felicità".

Daniele Zamperini

**Una medicina e' una sostanza che quando viene iniettata in una cavia produce un articolo scientifico. (Definizione di Matz) (dal "The Wit of Medicine") (Arthur Bloch)**

## Libertà di rifiutare le cure anche a rischio della vita

Parola di Cassazione!

La Corte di Cassazione si e' ancora pronunciata sul tema della libera determinazione alle cure confermando la linea del diritto all'autodeterminazione (Cass. IV Pen. 37077/2008)

Il paziente che sia in possesso delle "capacità intellettive e volitive" ha il diritto di rifiutare le cure "secondo una totale autonomia di scelte che può comportare il sacrificio del bene stesso delle vita e che deve essere sempre rispettata dal sanitario". Questo diritto si basa su un adeguato "consenso informato", che comporta "la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale".

Viene ribadita la libera disponibilità del bene salute da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, e la totale "autonomia di scelte che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve essere sempre rispettata dal sanitario".

Tutto ciò, sottolinea la Corte, nel rispetto del "diritto del singolo alla

salute, tutelato dall'art. 32 della Costituzione (per il quale i trattamenti sanitari sono obbligatori nei soli casi espressamente previsti dalla legge)". Questo estremo diritto (di rifiutare le terapie fino alla morte) va quindi riservato a casi particolari, allorché il paziente sia stato adeguatamente informato e prenda la sua decisione in pieno possesso delle sue capacità intellettive e volitive.

Tutto ciò non ha riferimento con il caso Englaro.

In quest'ultimo caso infatti le motivazioni della Cassazione sono state essenzialmente procedurali, poggiando essenzialmente sul rilievo che la vicenda in questione non riguarda un "interesse generale e pubblico ma una tutela soggettiva e individuale" di Eluana.

Per questo motivo il Pubblico Ministero non aveva il potere di intervenire in tale ambito e non poteva quindi impugnare la precedente sentenza della Corte d'Appello che consentiva l'interruzione dei mezzi di sopravvivenza.

Daniele Zamperini—OP

## La guardia medica non può deviare la chiamata ad altri servizi

Un medico addetto al servizio di Guardia Medica non può rifiutare l'intervento e deviare il caso al 118, perché rischia condanna per rifiuto atti d'ufficio

Una recente sentenza della Cassazione (Sez. VI penale, n. 35344/2008) ha riguardato il caso, a dire il vero non nuovo, di un medico di guardia medica che, benché chiamato e sollecitato dal paziente, aveva rifiutato l'intervento consigliando invece di chiamare il 118 per una ospedalizzazione; a spiegazione e a propria discolta aveva addotto di essere sprovvisto dell'attrezzatura necessaria per tamponare l'emergenza.

Ma come già espresso da una giurisprudenza consolidata, questo comportamento può configurare un rifiuto di atti d'ufficio.

I medici spesso confondono la figura dell'"omissione di soccorso" con quella di "rifiuto di atti d'ufficio". Mentre per il primo aspetto può essere lecito il rifiuto di intervento da parte di un sanitario allorché non si trovi presente sul posto e siano disponibili modalità di intervento più efficaci da parte di terzi, il medico che rivesta qualifica di Pubblico Ufficiale non può invece esimersi dai suoi obblighi d'ufficio, a cui deve ottemperare anche qualora ne ravvisi la non-utilità. "Durante il turno di guardia ha ribadito la Cassazione- il medico e' tenuto ad effettuare al più presto tutti gli interventi che gli siano richiesti direttamente dall'utente".

La famiglia della paziente, tetraplegica impossibilitata alla minzione da circa 12 ore, aveva più volte telefonato alla guardia medica, chiedendo di sostituire il catetere urinario, che era ostruito; il medico però rifiutava l'intervento invitando a chiedere l'intervento del 181 essendo lui "sprovvisto del set sterile necessario per l'operazione di sostituzione del catetere". La famiglia, alla fine, si rivolgeva effettivamente al 118 che interveniva per l'ospedalizzazione; ma il marito della paziente però non aveva consentito al trasferimento in ospedale e alla fine si era dovuto rivolgere privatamente ad un'infermiere professionale per la sostituzione del catetere.

Il medico di guardia, denunciato, era stato condannato già dai giudici di merito. Proposto ricorso in Cassazione, questo però veniva respinto e la condanna confermata.

La Corte ha sottolineato che "l'urgenza dell'intervento, specie in campo sanitario, va apprezzata con riferimento al pregiudizio, anche potenziale e non necessariamente irreparabile, che può comunque derivare al paziente dalla mancata o tardiva assistenza sollecitata" per cui andava confermata la condanna nei confronti di un medico di guardia per avere "indebitamente rifiutato [...] l'intervento domiciliare".

Daniele Zamperini—CP  
Fonte: studiocataldi.it





# ITALCHIMICI S.p.A.

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




## Una breve sintesi sul trattamento dell'infezione da HIV

Un recente lavoro pubblicato dal Lancet [1], basato sull'analisi di 14 studi di coorte effettuati in Nord America ed in Europa, ha evidenziato come la disponibilità di terapie antiretrovirali combinate abbia significativamente aumentato la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti con infezione da HIV. L'aspettativa di vita media di un paziente infetto di 20 anni era di circa 16 anni nel 1996 ed è diventata di quasi 30 anni nel 2005. Indubbiamente quindi ci sono stati molti progressi nella comprensione e nel trattamento dell'AIDS in quest'ultimo decennio. Anche se la gestione di questi pazienti è abbastanza complessa e richiede l'intervento di strutture specializzate è opportuno che il medico di famiglia sia a conoscenza di alcuni aspetti della terapia. Cercheremo quindi di fornire un quadro sulle attuali linee guida di terapia, anche se necessariamente sommario e incompleto. Le ultime linee guida sono state presentate a Città del Messico in occasione della XVII conferenza Internazionale sull'AIDS e contemporaneamente pubblicate da JAMA [2].

Quando iniziare la terapia?

La terapia va iniziata nei pazienti con sintomi ed in quelli asintomatici quando la conta dei linfociti CD4 è inferiore a 350/μL. Per valori di CD4 di 350/μL o superiori la terapia deve essere attentamente considerata e personalizzata: per esempio deve essere iniziata se la conta virale è superiore a 10-0.000 copie per mL oppure se l'infezione appare in progressione (diminuzione di più di 100 CD4 all'anno), o ancora se il paziente ha un rischio cardiovascolare elevato, una coinfezione da HBV o da HCV o se coesiste una nefropatia.

Quali sono i farmaci antiretrovirali disponibili?

Attualmente sono disponibili numerosi farmaci antiretrovirali classificabili

schematicamente come esemplificato nella tabella che segue. In commercio sono anche disponibili numerose associazioni fisse che se da un lato facilitano la compliance al trattamento dall'altro possiedono meno flessibilità di dosaggio.

Inibitori nucleosidici della transcriptasi inversa (NRTI)

Questi farmaci agiscono inibendo la transcriptasi inversa dell'HIV e di conseguenza impediscono o riducono la replicazione del virus. Essi sono costituiti da: abacavir, didanosina, lamivudina, emtricitabina, stavudina, zalcitabina, zidovudina o AZT. I loro principali effetti collaterali sono rappresentati da iperlipemia, accumulo di grasso addominale, lipoatrofia periferica, steatosi epatica e acidosi lattica.

Inibitori nucleotidici della transcriptasi inversa

Agiscono come i precedenti; in pratica sono dei nucleosidi fosforilati. Sono costituiti essenzialmente dal tenofovir. L'effetto collaterale più frequente è la tossicità renale per cui le dosi devono essere ridotte nei pazienti con insufficienza renale.

Inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa (NNRTI)

Questi farmaci agiscono inibendo direttamente la transcriptasi inversa dell'HIV. In casi di resistenza dell'HIV agli NRTI, gli NNRTI possono essere attivi anche se sono stati segnalati molti casi di resistenza crociata. I principali farmaci di questa classe sono: delavirdina, efavirenz, nevirapina. Gli effetti collaterali più segnalati sono di tipo cutaneo, talora anche gravi.

Inibitori delle proteasi (PI)

Questi farmaci agiscono inibendo le proteasi e quindi impedendo la maturazione dell'HIV, la trasmissione ad altre cellule e la replicazione. Essi sono rappresentati da: amprenavir, atazanavir, darunavir, fosamprenavir,

indinavir, ritonavir, lopinavir (disponibile in associazione al precedente), tipranavir, saquinavir. Gli effetti collaterali principali sono rappresentati da disturbi gastroenterici, iperlipemia, iperglicemia, accumulo di grasso addominale, lipoatrofia periferica, cardiopatia ischemica, epatotoxicità.

Inibitori della fusione

Questi farmaci inibiscono la fusione tra la parete dell'HIV e quella della cellula, fase necessaria perché il virus possa infettare. Questa classe è rappresentata essenzialmente da efavirenz che si somministra per via sottocutanea e può provocare reazioni locali, eosinofilia, polmoniti, reazioni da ipersensibilità.

Recentemente sono stati approvati nuovi farmaci per il trattamento dell'HIV. Il maraviroc è il primo di una nuova classe che va a colpire il corecettore della parete cellulare CCR5; il raltegravir è un inibitore della integrase; l'etravirina è un NNRTI di seconda generazione attivo contro l'HIV resistente agli NNRTI di prima generazione.

Come iniziare il trattamento?

Prima di iniziare il trattamento si consiglia di eseguire dei test di resistenza dell'HIV ai farmaci, inoltre di dosare, oltre al numero dei CD4, anche la carica virale determinando i livelli di HIV-RNA. Quest'ultimo dato è importante perché se durante la terapia si assiste ad un improvviso aumento della carica virale questo è, di solito, il segno che il virus ha sviluppato resistenza ai farmaci usati per cui è necessario passare ad altri.

Per i pazienti che non hanno una infezione da HIV resistente la terapia di prima scelta è costituita da un NNRTI oppure da un PI potenziato con ritonavir (ritonavir boosted PI) + due NRTI.

In caso di pazienti resistenti o di falli-

mento del regime di prima linea la scelta dello schema da usare deve basarsi sui risultati dei test di resistenza dell'HIV.

La complessità della scelta e l'esistenza di molte interazioni tra i vari antiretrovirali (sia tra di loro che con altri farmaci) rende necessario che la terapia e la gestione sia demandata a medici esperti dell'argomento e con lunga esperienza nel trattamento di pazienti con infezione da HIV.

Prevenzione della trasmissione madre-figlio

Attualmente si consiglia di somministrare alla madre per tutta la gravidanza un'associazione comprendente zidovudina + un altro NRTI + un PI oppure nevirapina. Se la madre non era in trattamento si consiglia di iniziare la terapia profilattica dopo la 10ª settimana di amenorrea. In caso di travaglio con partorienti mai trattati la prevenzione si basa sulla somministrazione alla madre e al neonato di zidovudina, lamivudina, nevirapina secondo schemi variabili.

Per ridurre il rischio di trasmissione con l'allattamento materno si consiglia di ricorrere al latte di formula. Qualora questo non fosse possibile per motivi economici, come per esempio accade nei paesi poveri, si raccomanda l'allattamento al seno per sei mesi, mentre il bambino deve essere trattato con nevirapina per sei settimane. Tuttavia uno studio recente suggerisce che il periodo di trattamento dovrebbe essere più prolungato [3].

Renato Rossi

Referenze

1. Lancet 2008 Jul 26; 372:293-399
2. - JAMA 2008 Aug 6;300 (5):555-570.
3. - Lancet 2008 Jul 26; 372: 300-313.

## Il Donezepil risulta inutile nell'agitazione del paziente con Alzheimer

In uno studio randomizzato e controllato il donezepil non si è dimostrato utile nel ridurre l'agitazione del paziente con demenza di Alzheimer.

In questo studio multicentrico inglese, di tipo controllato verso placebo e randomizzato, sono stati reclutati 272 pazienti affetti da demenza di Alzheimer (età minima 39 anni) e grave disturbi comportamentali caratterizzati da agitazione.

I pazienti sono stati trattati con donezepil (10 mg/die) oppure placebo per 12 settimane.

Alla fine dello studio non c'era alcuna differenza per quanto riguarda l'agitazione valutata secondo la scala Cohen-Mansfield Agitation Inventory.

Neppure l'uso di altre scale valutative portava a rilevare differenze tra i due gruppi.

Gli autori quindi concludono che il donezepil non è efficace nell'agitazione del paziente con demenza di Alzheimer.

Fonte:  
New Engl J Med 2007 Oct 4;357:1382-92.

## Nei diabetici asintomatici è inutile instaurare terapie preventive con ASA e antiossidanti

Nè l'acido acetilsalicilico nè gli antiossidanti si sono dimostrati utili in prevenzione primaria nei diabetici con arteriopatia periferica asintomatica.

In questo studio sono stati arruolati 1276 soggetti adulti (età >= 40 anni) affetti da diabete di tipo 1 o 2 e un indice pressorio caviglia/braccio di 0,99 o inferiore. Tuttavia nessuno aveva una sintomatologia riferibile a malattia cardiovascolare.

I pazienti sono stati trattati, secondo un disegno multifattoriale 2x2, con asa (100 mg/die) + capsule di antiossidanti (n=320), asa + capsule placebo (n=318), placebo + capsule antiossidanti (n=320), asa + capsule placebo (n=318).

Il follow-up medio è stato di almeno 7 anni.

Erano previsti due end-point primari composti: il primo era rappresentato dalla morte coronarica o da stroke, dall'infarto non fatale o stroke e dall'amputazione di un arto per ischemia; il secondo da morte coronarica o da stroke.

Non si notarono differenze tra i gruppi in trattamento con aspirina e quelli senza aspirina per il primo dei due end-point primari: 18,2% vs 18,3% (HR 0,98; 0,76-1,26). Non ci furono differenze neanche per il secondo dei due end-point: 6,7% vs 5,5% (HR 1,23; 0,79-1,93).

Neppure l'uso degli antiossidanti riuscì a dimostrare un beneficio in termini di riduzione degli eventi.

Gli autori concludono che il loro studio non giustifica l'uso di asa o antiossidanti in prevenzione primaria in pazienti diabetici con arteriopatia periferica asintomatica.

Fonte:

BMJ 2008; 337:a1840

Commento di Renato Rossi

Un editorialista commenta che sia i medici che gli esperti che stilano le linee guida dovrebbero

prendere atto che l'asa andrebbe somministrato solo ai diabetici con malattia cardiovascolare sintomatica.

In realtà dubbi sull'efficacia dell'asa nel diabete senza cardiovasculopatia sintomatica non sono nuovi.

Una revisione sistematica risalente a circa sei anni fa [1] aveva evidenziato che l'aspirina non riduce il rischio di infarto, stroke e morte cardiovascolare nei diabetici (9 studi per quasi 5000 pazienti).

Un RCT non compreso in questa revisione [2], effettuato in oltre 500 medici diabetici senza eventi cardiovascolari precedenti, aveva invece suggerito l'efficacia dell'asa nel ridurre l'infarto dopo 5 anni di trattamento (RR 0,39; 0,2-0,79). Però si capisce che l'esiguità del campione rende difficile interpretare questo risultato.

Per contro nello studio italiano PPP, effettuato in medicina primaria [3], non si era evidenziata alcuna efficacia dell'asa nel ridurre l'infarto, lo stroke e i decessi cardiovascolari nella sottopopolazione di oltre 1000 diabetici tipo 2 senza storia di eventi cardiovascolari.

Ora quest'ultimo studio pubblicato dal BMJ aggiunge un ulteriore tassello. Sembra quindi ragionevole suggerire di limitare l'uso dell'asa solo ai diabetici con malattia cardiovascolare sintomatica o con pregressi eventi.

Per quanto riguarda gli antiossidanti rimane poco da dire: lo studio POPADAD non è che l'ultimo di una serie che dimostra l'initilità di questi preparati nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Si può a ragione concludere che non vi sono motivi per usarli a scopo preventivo nè dell'infarto nè dell'ictus.

Referenze

1. BMJ 2002;324:71-86
2. N Engl J Med 1989;321:129-135
3. Diabetes Care 2003;26:3264-3272.



Abbiamo cura della vita.

La vita prima di tutto. L'impegno di MSD è da sempre rivolto a migliorare, tutelare, 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 1891, 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-07-00-1102-1

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

## Non sempre utile la terapia ormonale del K prostatico

Terapia ormonale immediata in pazienti sottoposti a sola linfadenectomia per tumore alla prostata. Un'altra evidenza contro.

I risultati definitivi del protocollo EORTC 30846 sono una ulteriore evidenza contro la terapia ormonale immediata in pazienti con metastasi nodali all'esame patologico.

Si tratta di un trial clinico che, data la difficoltà di reclutamento, ha richiesto un arruolamento in un lungo arco temporale, dal 1986 al 1998.

Sono stati randomizzati 234 soggetti dopo linfadenectomia per cancro alla prostata e con esame patologico positivo per metastasi (pN1-N3) non sottoposti successivamente a trattamento curativo, prostatectomia radicale o RT esterna. Ricordiamo che in quel periodo storico era un comportamento abituale rinunciare al trattamento "radicale" del tumore prostatico con evidenza di metastasi nodali in quanto considerato, in questo stadio, non curabile [1,2].

I 234 soggetti sono stati sottoposti a terapia ormonale immediata o alla

progressione clinica e raggiunto un follow up mediano di 13 anni sono oggi riportati i risultati definitivi. 193 pazienti sono deceduti, 96 nel gruppo sottoposto a trattamento immediato e 97 in quello ritardato.

L'analisi "intention to treat" dimostra un rischio di morte di 1.22 volte maggiore nel gruppo sottoposto a terapia ritardata. L'effetto della terapia immediata è quindi assolutamente di ampiezza modesta e comunque non raggiunge la significatività statistica. Lo studio è inoltre affetto da una potenza statistica insufficiente a ritenere certa l'equivalenza dei due trattamenti e ciò, dati gli effetti collaterali della terapia, potrebbe anche propendere a favore del trattamento ritardato.

Dopo numerose evidenze da studi di bassa qualità, per lo più retrospettivi, iniziano ad emergere dati interessanti in favore di una maggiore cautela nell'utilizzo della manipolazione ormonale nel tumore alla prostata con sole metastasi ai linfodi.

Schröder FH, Kurth KH, Fossa SD, Hoekstra W, Karthaus PP, De Prijck

L, Collette L. Early Versus Delayed Endocrine Treatment of T2-T3 pN1-3 M0 Prostate Cancer Without Local Treatment of the Primary Tumour: Final Results of European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Protocol 30846 After 13 Years of Follow-up (A Randomised Controlled Trial). Eur Urol. 2008 Sep 17. [Epub ahead of print]

### Bibliografia

1) Carpentier PJ, Schroder FH. Transrectal ultrasonography in the follow-up of prostatic carcinoma patients: a new prognostic parameter? J Urol 1984;131:903-5.

2) Smith PH, Suci S, Robinson MR, et al. A comparison of the effect of diethylstilbestrol with low dose estramustine phosphate in the treatment of advanced prostate cancer: final analysis of a phase III trial of the European Organization for Research on Treatment of Cancer. J Urol 1986; 136:619-2

Rocchetta Uromagazine 19/11/08 AURO.IT Associazione Urologi Italiani

## Rischioso anche associare cumarinici con gli SSRI

Associare nella terapia un cumarinico e un antidepressivo SSRI aumenta il rischio di emorragie gastrointestinali

Gli anticoagulanti cumarinici vengono frequentemente utilizzati nella terapia e nella prevenzione del tromboembolismo, ma il loro uso è gravato da un aumento del rischio di sanguinamento, che a sua volta può essere ancora aumentato in seguito alla interazione con altri farmaci.

Una categoria "sospetta" in questo senso è quella degli antidepressivi SSRI, che hanno evidenziato a loro volta in alcuni studi osservazionali un aumento dei sanguinamenti (soprattutto gastrointestinali) conseguenti al duplice meccanismo dell'inibizione della ricaptazione della serotonina piastrinica e, per alcuni di essi, dell'inibizione del citocromo CYP2C9, interessato al metabolismo delle cumarine.

Un precedente studio caso-controllo (J Clin Psychopharmacol. 2005; 25: 561-4) non ha confermato questo aumento di rischio. È stato quindi effettuato un ulteriore studio concluso invece con risultati diversi.

È uno studio caso-controllo effettuato in Olanda mediante un sistema informatizzato che correlava i dati prescrittivi delle famacie con quelli clinici ottenuti da registri ospedalieri.

Sono stati inclusi tutti i pazienti nuovi utilizzatori di cumarinici, senza storia di pregresse emorragie, che avevano ricevuto la loro prima prescrizione tra il 1 gennaio 1991 e il 31 Dicembre

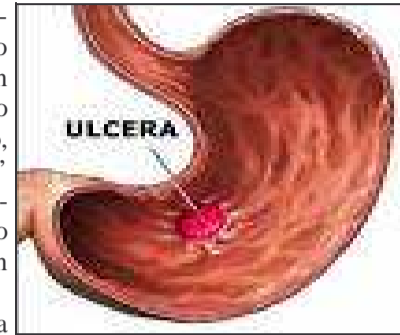
2004. Il gruppo era confrontato con un gruppo di controllo. Per ciascun paziente veniva valutata l'esposizione ad una terapia concomitante a base di SSRI e di altri farmaci potenzialmente emorragipari.

Sono stati identificati 1848 casi (605 con sanguinamento gastrointestinale, 1243 con sanguinamento non gastrointestinale) e 5818 controlli. L'età media dei pazienti era di 72,7 anni. Gli utilizzatori di SSRI non mostravano

un aumento di rischio di per sanguinamento gastrointestinale (OR 0.8; 95%CI: 0.4-1.5) ma evidenziavano invece un rischio maggiore di ospedalizzazione per sanguinamento non gastrointestinale (OR: 1.7; 95%CI 1.1-2.5) paragonabile a quello individuato per gli utilizzatori di FANS (OR 1.7; 95%CI: 1.3-2.2). Non c'era differenza tra i diversi SSRI.

In conclusione, in questo studio è stato osservato un aumento del rischio di ospedalizzazione per sanguinamento non-gastrointestinale in pazienti in trattamento con cumarinici che ricevono contemporaneamente una terapia con SSRI, per cui gli Autori suggeriscono di tener conto, allorché debba essere prescritta una terapia combinata SSRI-cumarinici, di tenere in considerazione l'aumento del rischio di sanguinamento legato all'interazione tra questi farmaci.

Fonte: Arch Intern Med 2008; 168: 180-5.



## Critiche e proposte di SMI-Lazio al Piano 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 insuffi-

cienza 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 funzione 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 forniture di servizi e attività

6) Relativamente "al personale della tecnostruttura" (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 poiché, 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 essere 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 i 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

## E' utile ridurre l'omocisteina plasmatica? Non e' detto! Ancora dibattito sul ruolo della sostanza: fattore patogenetico o semplice indicatore?

In un RCT, durato più di 7 anni, la somministrazione di acido folico e vitamina B6 e B12, pur abbassando l'omocisteinemia, non ha ridotto il rischio cardiovascolare in donne con precedenti cardiovascolari o con 3 o più fattori di rischio.

Questo studio si era proposto di valutare se la somministrazione di acido folico, vitamina B6 e B12 fosse in grado di ridurre il rischio cardiovascolare nelle donne, sia con precedenti cardiovascolari che senza. A tal fine sono state reclutate 5442 donne (di almeno 42 anni d'età) con storia di malattie cardiovascolari oppure con presenza di 3 o più fattori di rischio cardiovascolare. Lo studio, controllato versus placebo ed in doppio cieco, ha avuto una durata di 7,3 anni. L'intervento consisteva in una combinazione di 2,5 mg di acido folico, 50 mg di vitamina B6 e 1 mg di vitamina B12.

L'end-point primario (composto da infarto miocardico, ictus, rivascolarizzazione coronarica e morte da cause cardiovascolari) non differiva tra i due gruppi (RR 1,03; 0,90-1,19). Anche esiti secondari come l'infarto, l'ictus e la mortalità cardiovascolare non erano diversi tra i due bracci. Il trattamento ridusse la concentrazione plasmatica di omocisteina del 18,5% rispetto al gruppo placebo.

Gli autori concludono che il trattamento con acido folico, vitamina B6 e B12 non riduce gli eventi cardiovascolari nonostante una significativa riduzione dell'omocisteina.

Fonte:  
JAMA. 2008 May 7;299:2027-2036.

Commento di Renato Rossi  
Questo studio conferma i risultati di lavori precedenti con disegno analogo, dei quali Pillole.org si è ampiamente occupata in passato. Gli autori giustificano il fatto di aver arruolato solo donne in quanto negli RCT finora effettuati il gentil sesso era poco rappresentato. Non ci sarebbe molto da dire perché il lavoro si commenta da solo: ridurre l'omocisteina plasmatica in donne con precedenti cardiovascolari o con 3 o più fattori di rischio non produce benefici sul piano clinico, perlomeno se tale riduzione si ottiene con supplementi vitaminici. Pertanto l'ipotesi "omocisteina" sembra ricevere un duro colpo e forse è arrivata l'ora del suo definitivo tramonto. Tuttavia lo studio ci offre l'occasione per rimarcare ancora una volta quanto possa essere ingannevole giudicare l'efficacia di un trattamento basandosi su end-point surrogate.

In questo caso una riduzione significativa dell'omocisteina non si è tradotta in un beneficio clinico apprezzabile. Numerosi studi di tipo epidemiologico hanno dimostrato che l'iperomocisteinemia è un fattore associato ad un aumentato rischio cardiovascolare, ma i risultati degli RCT eseguiti in questi ultimi anni devono portare a concludere che più che un fattore causale l'omocisteina è un semplice "testimone". L'alternativa potrebbe essere che la riduzione dell'omocisteina deve essere perseguita con farmaci differenti, ma si tratta di una ipotesi ancora tutta da verificare.

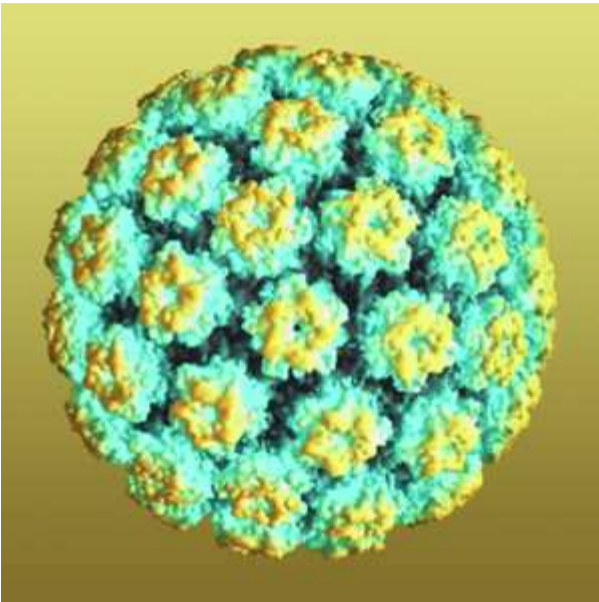


# Confermata, seppure parzialmente, l' utilità della vaccinazione anti papillomavirus

## Uno studio ne evidenzia l' utilità per le lesioni precancerose, senza però valutare le neoplasie franche.

Il vaccino tetravalente anti HPV si è dimostrato efficace nel prevenire le lesioni precancerose vaginali e vulvari ad alto grado in donne giovani. Non ci sono dati definitivi per il cancro conclamato dato lo scarso numero di casi rilevati nel periodo di follow-up.

Il carcinoma della cervice uterina è il settimo tumore maligno per incidenza e mortalità nella popolazione femminile in Europa. In Italia risultano circa 3500 nuovi casi ogni anno (1998-2002) con un'incidenza di 10 x 100.000 donne ed una letalità dello 0,8%



Sono stati analizzati 3 trial controllati randomizzati in doppio cieco già pubblicati (2 sul New England J Medicine e 1 su Lancet Oncology). Il reclutamento è avvenuto in 157 siti in 24 paesi delle Americhe,

dell'Europa e dell'Asia per un numero complessivo di oltre 18.000 soggetti di età compresa tra 16 e 26 anni. La maggior parte delle donne sono state reclutate in strutture universitarie e in cliniche urbane.

Le partecipanti dovevano usare sistemi contraccettivi sicuri per tutta la durata dello schema vaccinale e non potevano sottoporsi ad altri vaccini 14 giorni prima o dopo ogni dose del vaccino HPV. Le donne reclutate sono state randomizzate a ricevere vaccino tetravalente HPV o placebo in 3 somministrazioni. Gli effetti collaterali più comuni, valutati 14 giorni dopo ogni iniezione, sono stati reazioni locali e febbre. Il tempo medio di follow up è stato di 3 anni. Il vaccino ha presentato un'efficacia del 100% all' esame per una complessiva del 49% (IC 95% 18-69) contro tutte le neoplasie intraepiteliali vaginali e vulvari, indipendentemente dalla rilevazione di HPV DNA nelle lesioni.

Il vaccino ha quindi mostrato un'efficacia protettiva rispetto alle lesioni. Venivano inoltre effettuati il Pap test cervicale per screening citologico e un tampone anogenitale e cervicale per

ricerca del DNA HPV. Le partecipanti dovevano usare sistemi contraccettivi sicuri per tutta la durata dello schema vaccinale e non potevano sottoporsi ad altri vaccini 14 giorni prima o dopo ogni dose del vaccino HPV.

Le donne reclutate sono state randomizzate a ricevere vaccino tetravalente HPV o placebo in 3 somministrazioni. Gli effetti collaterali più comuni, valutati 14 giorni dopo ogni iniezione, sono stati reazioni locali e febbre. Il tempo medio di follow up è stato di 3 anni.

Il vaccino ha presentato un'efficacia del 100% all' esame per una complessiva del 49% (IC 95% 18-69) contro tutte le neoplasie intraepiteliali vaginali e vulvari, indipendentemente dalla rilevazione di HPV DNA nelle lesioni. Il vaccino ha quindi mostrato un'efficacia protettiva rispetto alle

displasie di basso grado causate da HPV (praticamente del 100% nell'analisi per protocollo) e si è dimostrato efficace nel prevenire le lesioni precancerose vaginali e vulvari ad alto grado in donne giovani che non presentavano tali lesioni al momento della vaccinazione.

Quest'ultima potrebbe quindi portare, ipoteticamente, ad una ridotta frequenza di cancri vulvari e vaginali legati ad HPV.

Vista la relativa rarità del cancro vulvare e vaginale nella fascia di età considerata, e la relativa brevità del follow-up non è stato possibile dimostrare l'efficacia del vaccino direttamente sul cancro ma solo su outcomes sostitutivi (le lesioni precancerose).

Occorre anche valutare che i costi sono ingenti, sia per i paesi poveri, (che sono particolarmente interessati alla patologia in oggetto) che per quelli industrializzati, ove la vaccinazione di massa viene ad essere attuata con meccanismi e limitazioni diverse ma che verrebbe sempre ad assorbire una parte consistente del finanziamento al SSN.

Daniele Zamperini—OP  
Fonte: Lancet 2007;369:1693-1702

## Pedofilia on line: il Grooming (parte 1)

In Italia non è ancora stata introdotta una normativa che regoli in modo specifico il fenomeno così detto del grooming. La mancata introduzione di una disciplina ad hoc, sembra dovuta però a fattori esterni più che ad una concreta mancanza di volontà.

Il fatto che reato di grooming non sia stato introdotto nel nostro codice penale da parte della Legislatura precedente è da attribuirsi alla non approvazione del cd. "pacchetto sicurezza", nel quale il suddetto reato era stato fatto rientrare. Sicuramente, però verrà introdotto dall'attuale Governo.

Occorre, dunque, dare prima di tutto, una definizione di grooming.

Il termine deriva dal verbo inglese to groom che è normalmente riferito ai cavalli. La definizione esatta è "il governo della mano", che rappresenta tutte le operazioni di pulizia e cura del cavallo.

Nell'ambito delle modalità di adescamento dei minori, è un metodo usato per indebolire la volontà del minore in modo da ottenere il massimo controllo.

In questo processo, ancora scarsamente studiato in Italia, colui che abusa « cura » (grooms) la vittima, la induce gradualmente a superare le resistenze attraverso tecniche di manipolazione psicologica. Il metodo può presentare diverse caratteristiche: ad esempio mediante una subdola opera di convincimento effettuata attraverso una normale comunicazione (ad esempio, chat) o supportando questa attività con l'invio di immagini pedopornografiche al minore. Il fine è sempre lo stesso: cioè quello di convincere la potenziale vittima della normalità dei rapporti sessuali tra adulti e minori. Questa tipologia di adescamento, proprio perché svolta in maniera «amichevole», è in realtà molto insidiosa ed è utilizzata soprattutto in INTERNET e attraverso lo scambio di sms. (Definizione tratta dalla Relazione del Disegno di Legge n°2169 presentato alla Camera dei Deputati il 25 gennaio 2007.)

L'attività di grooming può durare settimane, ma anche mesi; il minore, infatti, viene lentamente e gradualmente preparato da parte dell'abusante al loro primo incontro. L'abusante può cercare di manipolare la volontà del minore attraverso strumenti diversi. Per esempio, mostrando un particolare interesse per il minore, facendolo sentire speciale. L'obiettivo è di diventare un vero e proprio confidente del minore, condividendo con lui dettagli molto intimi della sua vita sessuale e delle sue relazioni. Normalmente l'abusante naviga in pubbliche chat alla ricerca di un minore più vulnerabile; una volta individuato

lo invita a chattare in una private room. Questo nuovo ambiente, la possibilità di usare pseudonimi e l'anonimato, rendono molto facile la possibilità d'introdurre argomenti intimi e soprattutto legati alla sfera sessuale. L'intimità creata nel tempo risulterà prodromica ad un primo scambio di numeri di telefono ed infine ad un vero e proprio incontro tra l'abusante e la vittima.

Normalmente l'abusante svolge l'attività di grooming con più minori contemporaneamente al fine di arrivare ad incontrarne almeno uno. (Informazioni tratte Online grooming and UK law presentatione fatta da Jon Carr

per Childnet, in un convegno in Lussemburgo, 2007.)

Uno studio dell'Università di Lancashire ha così descritto le cinque fasi della tecnica del grooming:

- la prima fase, denominata Friendship forming stage è quella in cui l'abusante inizia ad instaurare un rapporto con il minore e, nella maggior parte dei casi, si fa inviare una sua foto.

- Segue la fase chiamata Relationship forming stage in cui l'adulto inizia a prendere informazioni sulla sua vita privata.

- Successivamente, l'abusante inizia ad indagare sui possibili fattori di rischio di essere scoperto, interrogando il minore sulla posizione del computer, sulla presenza in casa dei genitori e sugli eventuali controlli da parte loro (tale fase prende il nome di Risk assessment stage).

- A questo punto inizia la vera e propria manipolazione del minore, in cui l'adulto prima cerca di creare una situazione di intimità per indurlo a confidarsi (Exclusivity stage), poi inizia ad indagare sulla sfera sessuale del minore (Sexual stage). In questa fase spesso l'abusante mostra immagini pedopornografiche con minori sorridenti, per dimostrare che si stanno divertendo, e talvolta cerca di ottenere un appuntamento con il minore. La stessa tecnica di manipolazione psicologica è impiegata, dopo l'abuso, per ottenere il silenzio della vittima attraverso il ricatto. Si fa credere al minore che, partecipando all'atto sessuale, abbia commesso un crimine; oppure lo si minaccia di mostrare le immagini che lo ritraggono ai genitori o agli amici.

In conclusione quindi si può dire che il grooming è una forma di approfittamento della fiducia di un minore, realizzate attraverso forme di comunicazione a distanza (telefono, sms, chat line, eccetera), in funzione del compimento di delitti sessuali. (Definizione tratta dalla Relazione del Disegno di Legge)

(segue)  
Sara Menichetti, Consulente Legale, Roma, smenichetti@yahoo.it



per Childnet, in un convegno in Lussemburgo, 2007.)

**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 .....

# Statine nei diabetici : continua il dibattito

Una metanalisi conferma che le statine sono utili nei diabetici con un rischio cardiovascolare sufficientemente elevato.

Una nuova metanalisi di 14 trials per oltre 18.600 pazienti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 e con un follow-up di 4,3 anni ha valutato l'efficacia delle statine nei diabetici rispetto a oltre 70.000 pazienti trattati sempre con statine ma non diabetici. L'analisi ha permesso di evidenziare che rispetto ai diabetici non trattati con statine la terapia portava ad una riduzione della mortalità totale del 9% per ogni mmol/L di riduzione del colesterolo LDL (RR 0,91; IC95% 0,82-1,01). Questa riduzione è abbastanza simile a quella ottenuta dalle statine nei non diabetici (RR 0,87; 0,82-0,92).



Le statine, sempre nei diabetici trattati rispetto ai non diabetici, portavano ad una riduzione della mortalità cardiovascolare (RR 0,87; 0,76-1,00) senza effetti su quella non vascolare (0,97; 0,82-1,16).

Per ogni mmol/L di riduzione del colesterolo LDL si aveva, nei diabetici, una riduzione degli eventi vascolari maggiori (RR 0,79; 0,72-0,86), simile a quella osservata nei non diabetici (RR 0,79; 0,76-0,82).

L'effetto delle statine era simile sia nei diabetici con malattie vascolari che senza sia in base ad altre caratteristiche al baseline come l'età, il sesso, l'obesità, la presenza o meno di nefropatia lieve.

Gli autori concludono che le statine

dovrebbero essere considerate in tutti i diabetici che siano ad un sufficiente rischio di eventi cardiovascolari.

Nel loro commento gli autori suggeriscono che le statine sono utili nei diabetici che hanno un rischio di eventi cardiovascolari almeno dell'1% all'anno. In pratica tutti i diabetici oltre la media età hanno un rischio di questa entità e dovrebbero essere trattati con statine.

Fonte: Lancet 2008 Dec 12; 371:117-125.

Commento di Renato Rossi. I risultati di quest'ultimo studio non sono una novità e rievocano quelli di una metanalisi precedente che era arrivata a conclusioni simili [1]. La questione se somministrare o meno una statina a tutti i diabetici è sempre stata molto dibattuta a causa dei risultati contraddittori di alcuni studi.

Per esempio nello studio CARDS [2] su pazienti diabetici senza precedenti cardiovascolari ma con almeno un altro fattore di rischio associato l'atorvastatina ha ridotto sia la morbilità cardiovascolare che la mortalità specifica e vi era un trend non significativo di riduzione anche della mortalità totale. Già lo studio HPS [3] aveva dimostrato che i diabetici a rischio (circa un quarto dei pazienti arruolati nello studio) traggono beneficio dalle statine. D'altra parte anche una composita metanalisi su oltre 90.000 pazienti ha dimostrato che le statine sono efficaci nel ridurre gli eventi

coronarici nei diabetici in prevenzione primaria [4]. Risultati in controtendenza derivano però da alcuni RCT.

Nello studio ASCOT-LLA [5] i benefici delle statine non erano evidenti nella sottopopolazione dei diabetici e nelle donne, nello studio ALLHAT-LLT [6], in cui i diabetici rappresentavano il 35% dei soggetti arruolati, la statina non ha portato a risultati migliori della cosiddetta "usual care".

Più recentemente nello studio ASPEN [7] l'atorvastatina non è risultata utile nei diabetici con valori di colesterolo LDL inferiori al target consigliato dalle linee guida. Rimane da ricordare un altro studio, per la verità poco citato, noto con la sigla 4D [8].

In questo studio 1.255 pazienti con diabete tipo 2 in emodialisi furono randomizzati ad atorvastatina o placebo con un follow-up di 4 anni. Alla fine dello studio non c'era differenza tra i due gruppi per quanto riguarda l'endpoint primario (morte da cause cardiache, infarto non fatale e stroke).

In conclusione, mentre alcuni studi e le metanalisi mostrano un beneficio delle statine nei diabetici i risultati di altri RCT sono in controtendenza. Probabilmente le statine sono meno efficaci di quanto si ritenga in alcuni diabetici a basso rischio e in questi casi l'uso o meno di questi farmaci potrebbe essere demandato al giudizio clinico del medico ed alle preferenze del paziente.

Rimane da stabilire oltre quale soglia di rischio sia utile iniziare il trattamento, probabilmente la soglia del 10% a dieci anni suggerita dagli autori della metanalisi recensita in questa pillola può essere ragionevolmente accettata. Si può dire che in questa categoria rientra la quasi totalità dei diabetici visti nella pratica. [Bibliografia su [www.pillole.org](http://www.pillole.org)]

# Chemioterapia? Non sempre spetta l'indennità di accompagnamento

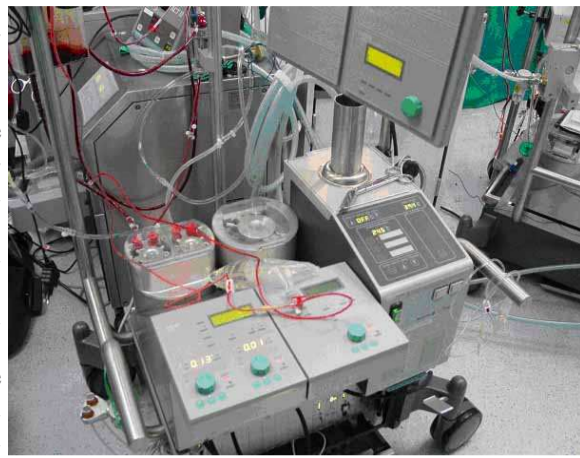
Le condizioni di legge vanno esaminate in modo rigoroso (Cass. Sez. Lavoro Sent. n. 25569/2008)

Non sempre spetta l'indennità di accompagnamento ai malati neoplastici in chemioterapia, anche se durante i ricoveri e i day hospital si trovano in condizioni difficili che li costringono ad essere sempre accompagnati da un familiare.

La Cassazione ha infatti precisato il noto concetto che "la indennità di accompagnamento spetta ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale e che, in aggiunta, si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continua". Ha precisato che "la indennità di accompagnamento possa spettare anche in caso di ricovero in ospedale pubblico, nonostante la previsione contraria dell'articolo 1, comma 3, legge 11 febbraio 1980, n. 18, ma sempre che la parte interessata dimostri che le prestazioni assicurate dall'Ospedale medesimo non esauriscano tutte le forme di assistenza di cui il paziente necessita per la vita quotidiana". In caso soprattutto di ricovero ospedaliero o day hospital per tratta-

mento chemioterapico, ha precisato la Corte che, per il riconoscimento di tale

indennità, "si deve esaminare caso per caso se esso comporta, per gli alti dosaggi e per i loro effetti sul singolo paziente, anche per il tempo limitato della terapia, le condizioni previste dall'art. 1 legge 11 febbraio 1980 n. 18". Daniele Zamperini



## 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

**Sindacato dei Medici Italiani**

**00001/...**  
Via Livorno, 36 - 00162 Roma  
Tel. 06.44254168 - Fax 06.44254160  
Cod. Fisc. 97442340580  
[www.sindacatomedicitaliani.it](http://www.sindacatomedicitaliani.it) - email: [info@sindacatomedicitaliani.it](mailto:info@sindacatomedicitaliani.it)

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 e 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**

Al 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 confronto, 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 patrocinabili 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. Dati personali 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 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, \_\_\_\_\_ sottoscritto.

Presta il proprio consenso:  
affinché i propri dati personali possano essere trattati nelle forme e con le modalità, sopraindicate dichiarando 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**

È un medicinale. Leggere attentamente il foglio illustrativo. Contiene 25 mg di idroclorotiazide. Contiene 160 mg di valsartan. Contiene 25 mg di idroclorotiazide. Contiene 160 mg di valsartan.