

## AMI e SMI-Lazio vi augurano un Buon Anno nuovo, pieno di buone cose e di vittoriose battaglie sindacali

Mentre i Medici Dipendenti e gli Specialisti Ambulatoriali possono tirare un sospiro di sollievo, i Medici Convenzionati (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) inaugurano il nuovo anno con patemi d'animo non indifferenti.

Questo perché gli incontri che dovevano sancire un accordo-ponte per il recupero degli anni pregressi hanno invece prodotto un preaccordo che prevede, a fronte di qualche recupero economico, una serie di obblighi normativi e professionali del tutto nuovi: obbligo di confluire in associazioni, obbligo di informatizzazione, obbligo di invio periodico del report delle attività professionali effettuate.

E i medici "liberi professionisti" quando sentono parlare di "obblighi" si preoccupano non poco, viste anche le esperienze passate.

Si temono le solite nozze con i fichi secchi (oneri addossati al professionista, che si arrangi!); si temono le iniziative scoordinate delle Regioni, ciascuna per sé in un caotico balletto; si teme l'ulteriore restringimento della libertà organizzativa, condizione primaria della libera professione.

Queste cose andavano discusse con il prossimo contratto, non in questo, che nasce oltretutto già scaduto!

Per questi motivi lo SMI non ha ancora firmato questo preaccordo, nell'intenzione di apportare modifiche positive per il medico. Se le altre Sigle ci appoggeranno, riusciremo; se no ci saranno precise responsabilità.

### Sindrome metabolica non è predittiva di eventi cardiovascolari

L'analisi dei dati dello studio PROSPER e del BRHS suggeriscono che la diagnosi di sindrome metabolica abbia uno scarso potere predittivo degli eventi cardiovascolari

In questo lavoro sono stati analizzati 4812 pazienti non diabetici (età 70-82 anni) partecipanti allo studio PROSPER (Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk). I dati sono stati poi confrontati con quelli di 2737 uomini di età compresa tra 60 e 79 anni partecipanti allo studio prospettico BRHS (British Regional Heart). L'analisi dei dati dello studio PROSPER e del BRHS suggeriscono che la diagnosi di sindrome metabolica abbia uno scarso potere predittivo degli eventi cardiovascolari (pag. 8)



### All'interno:

Medicina legale

Informazione medica

Corsi ECM

Informazione Sindacale

Tutto quello che fa cultura e professione

**Navigator: Novità dalla rete (pag.3)**

### Medici ma anche automobilisti L'uso degli abbaglianti e' obbligatorio nei sorpassi notturni

La Quarta Sezione Penale della Corte di Cassazione, con la Sentenza n. 40914/2008 ha stabilito che gli automobilisti che intendono effettuare di notte il sorpasso dell'auto che li precede, devono sempre lampeggiare.

Per la precisione, la sentenza recita: "il conducente che intenda effettuare di notte e in condizioni di scarsa visibilità il sorpasso di altro veicolo è tenuto, prima di invadere la corsia opposta, ad accertarsi, con i propri mezzi di illuminazione, che nessun veicolo provenga in senso contrario".

La Cassazione ha annullato una sentenza dei Giudici di merito che avevano ritenuto illegittimo l'uso degli abbaglianti perché pericoloso e disturbante sia per l'auto che precede, sia per chi dovesse arrivare dalla direzione contraria. Ma questa regola generale non è valida nelle zone prive di illuminazione e comunque nelle condizioni di scarsa visibilità.

L'uso degli abbaglianti da parte dell'automobilista, era per la Corte addirittura "esigibile" non solo in ossequio alle regole di comune prudenza, ma anche in forza dell'obbligo imposto dal combinato disposto di cui ai commi 1 e 4 dell'art. 153 cod. strad., nei confronti di chi proceda fuori dai centri abitati e in zona (pag.8)

**Non abusare della Posta Elettronica**  
**La Posta elettronica richiede il rispetto delle leggi!**  
(parte I: le offese telematiche)

Internet, la "rete", offre (e i medici non differiscono dalla generalità degli utenti) opportunità apparentemente illimitate per l'espressione e l'esternazione delle proprie idee. A ciò si va ad aggiungere una confortevole ma illusoria apparenza di anonimato. Per questi motivi si riscontra sovente una scarsa qualità dello scambio di opinioni, scarsa qualità che si manifesta sia nei contenuti che nelle forme dei messaggi.

Si leggono quindi spesso, anche nelle comunità in cui il livello culturale dei partecipanti dovrebbe garantire una corretta partecipazione, commenti mordaci, insinuazioni volgari, a volte perfino insulti espliciti, cose che nella vita "reale" e nella comunicazione diretta non si verificherebbero mai, soprattutto per iscritto.

Persone che nella vita reale rivendicano la propria mitezza e correttezza, davanti ad una tastiera esprimono il peggio di sé, con toni ed espressioni che in altri ambienti condurrebbero probabilmente ad una querela.

Quest'ultimo evento, sebbene in percentuale minima rispetto al fiume di eccessi che si riscontrano nel web, a volte viene a concretizzarsi per cui dalle scaramucce telematiche si approda poi alle Aule di Giustizia.

Sebbene il web si sia dato delle norme di autoregolamentazione (la cosiddetta "netiquette") spesso mancano gli strumenti per garantirne il rispetto, sia quando l'utente si esprime in ambiti liberamente accessibili a tutti, sia quando comunica in mailing-list o forum "chiusi" (limitati ad un ristretto numero di utenti) o "moderati", mancando generalmente ai moderatori (per fortuna con qualche eccezione) strumenti idonei e un'adeguata preparazione verso il compito che si sono assunti.

Ecco quindi che diventa necessario il ricorso alla giustizia ordinaria.

Quando ciò è avvenuto si è posto il problema, acuito dalla relativa "gioventù" del mezzo telematico, di definire quali debbano essere i limiti alla libertà di espressione del proprio pensiero.

Tale limite può essere soltanto stabilito dalla legge: parafrasando un costante dictum della Suprema Corte in tema di reati contro l'onore, un cosa è certa: *la libertà di opinione non può e non deve essere confusa con la libertà di insulto, di offesa, di diffamazione dell'altra persona.* È principio costante che la critica possa essere caustica e mordace ma non può mai diventare insulto, dileggio, gratuito dispregio della persona; in questo caso non si tratta più di una critica, scrinata dal diritto costituzionalmente garantito della libertà di espressione, ma di una diffamazione.

Ma dove si pone il confine tra critica e diffamazione? Il limite è stato individuato dalla giurisprudenza soprattutto nella "continenza espositiva", essendo inaccettabile che la disputa politica o sindacale si tramuti in un attacco alla persona o alla sua reputazione: *"il diritto di critica, sancito dall'art. 21 della Cost. consente nelle dispute politiche e sindacali toni di disapprovazione anche aspri, a condizione che non si tramodi in attacchi personali e non si sconfini nella contumelia e nella lesione della reputazione dell'avversario"* (Cass. pen., sez. V, 22-02-2005 (17-11-2004), n. 6465).

Altro limite: quando si muovono accuse a qualcuno di aver compiuto determinate specifiche azioni, non si tratta più di una "critica" (espressione di una opinione soggettiva e di una valutazione a proposito di un fatto accertato) ma appunto di un' "accusa", per cui è anche necessaria la prova di quanto affermato: quando si esprime un' accusa, questa va adeguatamente provata (Cass. pen., sez. V, 30-06-2004 (09-06-2004), n. 28661).



## PEDOFILIA, ADESCAMENTO ON-LINE E GROOMING

Quando Internet favorisce l'abuso sui minori (parte II)

(prosegue dal numero scorso)

Nel dizionario della lingua italiana la parola "adescare" significa: "attirare qualcuno a sé con lusinghe".

Nel codice penale si parla di "adescamento" nel III° comma dell'art.600-ter; il quale configura due ipotesi di reato, "la distribuzione, divulgazione, diffusione o pubblicazione, anche per via telematica, del materiale pornografico di cui al I° comma" e "la distribuzione o divulgazione di notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto", le quali trovano applicazione al di fuori delle ipotesi di sfruttamento e di commercio previste al I° e al II° comma del summenzionato articolo.

La condotta incriminata consiste nel mettere a disposizione di un numero indeterminato o comunque rilevante, anche se determinato, di persone il materiale o le notizie, essendo la cessione a terzi singolarmente considerata punibile ai sensi del meno grave comma quarto dello stesso articolo.

L'oggetto della condotta è, nella prima ipotesi, "il materiale pornografico prodotto mediante lo sfruttamento sessuale dei minori degli anni diciotto" e, nella seconda ipotesi, le "notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori".

Mentre per la nozione di sfruttamento si rinvia ad altra sede, il concetto di adescamento indica un allettamento operato maliziosamente, realizzabile con modalità varie, che però di per sé non rilevano ai fini dell'applicabilità della norma in esame. Poiché

l'adescamento di minori costituisce l'obiettivo delle informazioni, e non della condotta stessa, il dolo è generico: la finalità, che qualifica il contenuto della notizia, deve essere oggetto di mera rappresentazione e non considerarsi lo scopo ulteriore cui l'agente deve tendere perchè si configuri il reato. ( G.Fiandaca, E.Musco, Diritto Penale, Parte Speciale, V.II, Tomo



anni diciotto" prescindendo di specificare la tipologia di adescamento, in quanto la finalità "dell'adescamento e dello sfruttamento" qualificavano solo il contenuto della notizia/informazioni e non la configurazione del reato. (Giurisprudenza in merito: Cass.Penale, sent.27 settembre 2000, 2842; Cass.Penale, sent. 3 febbraio 2003, n.4900; Cass.Penale, sent. 11 febbraio 2002, n.5397; Cass.Penale, sent.17 luglio 2002, n.26608.). Quindi il reato si consuma anche se il contatto con il minore non si realizza.

Tornando al concetto di grooming, quindi si può affermare che si tratta di una "species" di adescamento in rete, in quanto si realizza attraverso un allettamento operato maliziosamente anche se per parlare in modo appropriato di tecnica di grooming occorrono una serie di azioni che vengono poste in essere per realizzare un determinato fine.

Premesso tutto ciò, si evidenzia come il nostro codice penale fino ad ora puniva il reato di adescamento in rete solo attraverso l'art. 600-ter, comma III°.

Data la complessità della tecnica del grooming il Legislatore ha ritenuto di dover introdurre un articolo ad hoc nel nostro codice penale, denominandolo Adescamento di minorenni. L'articolo era all'esame del Parlamento all'epoca del Governo Prodi, e si valuta che continuerà il suo iter anche con l'attuale Governo.

Sara Menichetti—Consulente Legale—Roma—smenichetti@yahoo.it

## E' utile somministrare il ferro alle gravide non anemiche?

Una terapia empirica, con poche prove scientifiche, tuttavia probabilmente utile

Secondo uno studio la supplementazione con ferro nelle gravide non anemiche non sarebbe utile.

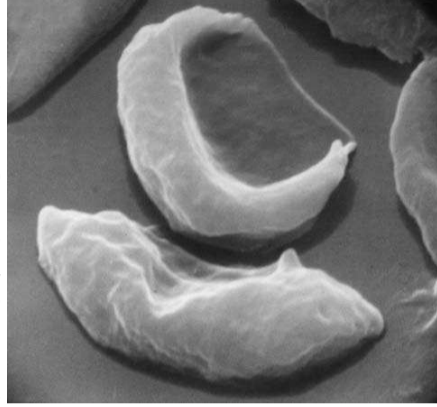
In questo RCT sono state reclutate 750 donne gravide (età 17-35 anni) che all'inizio del secondo trimestre di gestazione avevano valori di emoglobina uguali o superiori a 13,2 g/dL. Le pazienti sono state randomizzate a 50 mg/die di solfato ferroso oppure placebo fino al termine della gravidanza. Furono perse al follow-up 23 donne. Non si osservarono differenze di esiti nè nelle madri nè nei neonati tra i due gruppi. Nel gruppo trattato si riscontrarono due esiti più frequentemente che nel gruppo controllo: ipertensione nella madre e neonati di basso peso alla nascita, tuttavia gli autori non hanno effettuato le correzioni statistiche necessarie, per cui la differenza trovata potrebbe non aver significato.

Fonte: Ziaei S et al. A randomised placebo-controlled trial to determine the effect of iron supplementation on pregnancy outcome in pregnant women with greater than or equal to haemoglobin 13.2 g/dl. BJOG 2007;114:684-688.

Commento di Renato Rossi

Generalmente si consiglia di somministrare supplementi di ferro alle donne gravide, anche in assenza di chiara riduzione dell'emoglobina, soprattutto per prevenire l'anemia sideropenica sia nella madre che nel bambino. Tuttavia questo studio suggerisce che tale prati-

ca non è utile; anzi potrebbe essere pericolosa, anche se la significatività statistica degli esiti avversi trovati nel gruppo trattato non è determinabile con sicurezza. Vi è da dire comunque che non di rado, nelle gravide all'inizio del



secondo trimestre, si riscontrano valori di emoglobina inferiori a quelli dello studio in questione e in questi casi la supplementazione di ferro potrebbe avere un suo razionale. Sarebbero necessari però studi clinici

randomizzati e controllati, con un disegno ad hoc, per poter trarre conclusioni più robuste. In effetti, una revisione sistematica [1] di 17 trials per 2.578 donne che ha valutato l'efficacia del ferro per il trattamento dell'anemia in gravidanza ha concluso che ci sono pochi studi di buona qualità che abbiano considerato gli outcomes materni e neonatali; in un trial su 125 donne la somministrazione di ferro per os ha migliorato l'incidenza di anemia mentre mancano dati circa gli effetti avversi come trombosi venose e reazioni allergiche. Anche gli esperti della Cochrane concludono che sono necessari RCT di buona qualità e con adeguata casistica che valutino gli outcomes clinici, comprese le reazioni avverse.

Referenze  
Revez L et al. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD003094.

**CEFIXORAL®**  
J01DD08  
cefixima



Menarini, salute senza confini

Centro di Ricerca e Sviluppo per la Certificazione della Qualità del Prodotto Farmaceutico  
Verificato da  
Certificato n° 52104/05

CEFI\_06\_03

Page presso AIFA in data 28/05/2006

**MACLADIN**  
Claritromicina



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

A cura di Navigator (A. Ciammaichella)



## FAME E SCINTIGRAFIA GASTRICA

Presso il Centro clinico "Paracelso" di Roma, in un gruppo di pazienti è stata praticata la scintigrafia gastrica con pasto solido radiomercato per studiare il ritmo di svuotamento dello stomaco. Ne è risultato uno svuotamento accelerato, probabile meccanismo di autosostentamento dell'obesità: digestione più rapida, precoce ritorno della fame, nuova introduzione di cibo.

Questi stessi pazienti, per 5 settimane, sono stati alimentati con un particolare "CONCENTRATO NUTRITIVO". Al termine dello studio tutti gli obesi hanno presentato un miglioramento clinico (riduzione della fame, del peso corporeo e del BMI) mentre lo studio scintigrafico ha dimostrato un rallentamento dello svuotamento gastrico.

(Dott. Liguori A. : tel 06/5816592)

## ECOGRAFIA INTRACORONARICA

La coronarografia ha come limite principale lo studio limitato al lume vasale, senza poter evidenziare le strutture esterne ad esso, quali la placca aterosclerotica e l'avventizia.

L'ecografia intracoronarica, che comincia a diffondersi nei Centri cardiologici di Emodinamica, all'opposto, consente di studiare non solo il lume ma anche l'aterosclerosi: in particolare permette di distinguere le PLACCHE IPOECOGENE, a contenuto prevalentemente lipidico, da quelle FIBROSE o CALCIFICHE.

Le Statine rallentano la progressione di queste placche, specie quelle ad alte dosi e con marcata azione ipolipemizzante e antiflogistica: in particolare quanto maggiore è la riduzione del colesterolo LDL tanto più spiccato è l'effetto del farmaco sulle variazioni di volume della placca. Tra le ricerche più note al riguardo vi è quella sulla rosuvastatina, impiegata per 2 anni alla dose di 40 mg / die su 349 pazienti.

## LA TALASSEMIA, OGGI

Distinta in forma minor (portatore sano), intermedia (anemia discreta) e maior (MORBO DI COOLEY o Anemia mediterranea, che richiede emotrasfusioni), può comparire anche in diverse combinazioni genetiche. Può inoltre associarsi ad altre emoglobinopatie, quali la Drepanocitosi o Anemia falciforme, molto diffusa in Africa ed in India: in conseguenza delle immigrazioni, molte emoglobinopatie sono oggi in Italia più diffuse che in passato.

La diagnosi oggi è più precoce e pre-

cisa grazie alle tecniche di biologia molecolare. La risonanza magnetica permette di quantificare la quantità di ferro contenuta negli organi, specie nel cuore e nel fegato. Ragazzi e adulti che non hanno avuto il beneficio della chelazione fin da piccoli vanno incontro a complicanze quali aritmie, scompenso cardiaco, diabete, ipogonadismo, ipotiroidismo, epatopatia cronica.

Terapia. Oltre alla desferrossamina iniettabile, sono oggi disponibili due chelanti orali. Le cellule staminali o di cordone ombelicale sono ormai una cura codificata, specie se il donatore è HLA-identico.

## LEGGENDE ERRATE NELL' EPILESSIA INFANTILE

Al momento della crisi si deve aprire la bocca del bambino, perché altrimenti soffoca... Sbagliato: anche se vi è trisma, l'aria può passare dal naso. Cercare di aprire la bocca può comportare rotture dentarie o fratture mandibolari: l'apertura della bocca è necessaria nei rari casi nei quali la lingua è rimasta intrappolata fra le arcate dentarie.

Evitare ogni crisi epilettica perché può causare danni cerebrali... No. Questo è vero solo molto di rado, quando cioè la crisi dura almeno 60 minuti, configurando il quadro dello Stato di male epilettico. Crisi tonico-cloniche, crisi parziali e assenze non lasciano reliquiari.

Il bambino epilettico non deve eseguire i video-giochi, non deve fare nuoto... Sbagliato. L'esposizione ai video-giochi e in generale a TV e PC va limitata solo ai bambini con dimostrata fotosensibilità all'EEG o che abbiano avuto una crisi provocata dai video-giochi. Le LIMITAZIONI DELLO SPORT possono avere un risvolto psicologico NEGATIVO: il nuoto in piscina sotto gli occhi di un istruttore non comporta rischi.

## X INCONTRO FARMAFFARI

Sotto la presidenza del Dott. Mariano Mareta è in programma presso l'Hotel Central Park questo Convegno che rappresenta uno dei punti di incontro per le Aziende del settore farmaceutico e del farmindotto, per nuove opportunità di business e nuovi sviluppi aziendali.

Verranno esposte le principali novità legislative e sarà consegnata la nuova Guida Farmaffari 2009 XIX edizione. Si discuterà anche sugli INTEGRATORI e sulle principali deviazioni riscontrate durante le ispezioni nelle Officine farmaceutiche.

## TROMBO ROSSO E TROMBO BIANCO

Non è abbastanza nota la fondamentale differenza fra questi due tipi di trombo, importante sia per il meccanismo fisiopatologico, sia per le implicazioni cliniche.

Nel trombo rosso ha primaria importanza l'evento coagulativo, a pareti vasali (endotelio) integre. Evento che, a sua volta, è la conseguenza di una stasi venosa o/e di una iperviscosità ematica: sono queste 2 delle 3 componenti della triade di Virchow. La peculiare affezione ad esso connessa è la TROMBOSI VENOSA PROFONDA. Il trombo è "rosso" in quanto formato quasi tutto da eritrociti. Non essendoci flogosi, la fibrina è scarsa o assente: ne deriva un trombo non aderente alla parete vasale, friabile, sgretolabile, con alto rischio di emboli. Mancando poi l'infiammazione, la fibrina è scarsa o assente, con alto rischio di emboli.

Nel trombo bianco invece l'evento scatenante è la flogosi della parete - la 3° componente della triade - ciò che avviene nelle FLEBITI e VARICO-FLEBITI. Intensa è la formazione di fibrinogeno: ne consegue notevole produzione di filamenti di fibrina (trombo "bianco") che lo rendono molto adeso alla parete e difficilmente sgretolabile: rari gli emboli.

## NUOVO MARKER PER IL "K" PROSTATICO

Il Pca-3, scoperto in U.S.A. e sperimentato ormai da 9 anni, entrerà in commercio fra un anno.

Si ricerca NELLE URINE dopo esplorazione rettale in quei casi nei quali il PSA è risultato elevato, considerando che talora si hanno falsi positivi per il carcinoma della prostata. Viene in tal modo evitata la biopsia, non sempre gradita dal paziente: e con l'altro vantaggio che questo nuovo esame comporta minor spesa per la Sanità.

## NUOVA CORONAROGRAFIA

Utilizzando una falsa fonte luminosa esterna ed un colore iniettato in vena che rende l'IMMAGINE TRIDIMENSIONALE, si possono ora individuare stenosi coronariche altrimenti invisibili e tracciare la mappatura delle placche.

Questa nuova tecnica "Tc multislice" fornisce - rispetto al metodo tradizionale - un'immagine più dettagliata delle coronarie, riducendo al minimo il bombardamento radiogeno.

## I GENI: AGGIORNAMENTI

Tra le sempre più numerose e stimo-

lanti acquisizioni della Genetica, se ne sottolineano in particolare due.

Dei circa 35.000 geni presenti nell'uomo - ed altrettanti nel topo - si distinguono due tipi: Geni PROMOTORI, che inducono direttamente l'effetto sulle strutture bersaglio, ma che sono inibiti dai Geni REGOLATORI, posti ad un livello gerarchico superiore, che hanno la facoltà di "bloccare" i geni promotori.

Se gran parte dei geni dell'uomo sono identici a quelli del moscerino, lo si deve proprio sapendo che tali geni sono "bloccati" e quindi inerti.

Un altro concetto fondamentale della Genetica è il seguente: oggi è del tutto abbandonato il vecchio principio del gene come qualcosa di fisso, immutabile nel tempo. Vigè all'opposto un condizionamento ambientale: l'attività sportiva ad esempio stimola circa 300 geni attivandoli in senso favorevole allo stato di salute.

## MISCELLANEA

QUALE FUTURO PER I GIOVANI? Devono usare al massimo la NEOCORTECCIA CEREBRALE, con la connessa capacità raziocinante: essa deve prevalere sulla dimensione paleocorticale del Sistema limbico, proprio dell'uomo della preistoria.

TROMBOSI CEREBRALE DA FERMI La gran parte degli ictus, lievi o gravi, non avviene durante i movimenti, bensì se si è fermi (a letto o seduti): massimo è l'effetto antitrombotico dell'aumentata velocità del sangue nel microcircolo, connessa con l'ATTIVITA' MOTORIA (Virchow).

COTININA NELLE URINE La ricerca di questa sostanza - il catabolita più noto della NICOTINA - viene richiesta dalle Compagnie di assicurazione sulla vita per svelare un fumatore che nega di esserlo.

CELLULE STAMINALI NERVOSE Il noto biologo Prof. Angelo VESCOVI sta sempre più perfezionando le ricerche, anche su modelli animali, per impiegare le staminali nelle diverse patologie del cervello.

QUANTE UOVA? Una ricerca effettuata a Boston su oltre 21.000 soggetti sani, seguiti per 20 anni, ha evidenziato che, se il consumo di uova arriva a una o più al giorno, compare INSUFFICIENZA CARDIACA (Circulation, febr. 2008).

NO ALL'AGONISMO NELLE ADOLESCENTI L'eccessiva attività

agonistica nei giovani può ritardare lo sviluppo. Nelle ATLETE è una realtà la classica TRIADE NEGATIVA: amenorrea, anoressia, osteoporosi.

OBESITA' E ADENOCARCINOMA ESOFAGEO Uno studio australiano ha evidenziato un rapporto fra queste due affezioni, specie nei maschi con REFLUSSO GASTROESOFAGEO: ne consegue la necessità di potenziare la cura dell'obesità e di una maggiore sorveglianza di questi pazienti.

CAFFE' E VIT. D: 2 NOVITA' Il prolungato consumo di caffè si associa a ridotto rischio di GOTT negli uomini (Arthritis Rheum. 2007; 56:2048). La vitamina D diminuisce il rischio di INFARTO MIOCARDICO (Archives of Int. Medicine 2008, 168: 1174).

SPORT E IMMUNITA' L'esercizio fisico attiva le funzioni immunitarie: è un dato che ogni PIGRO dovrebbe ricordare. In Italia ci sono 4 milioni di pazienti autoimmuni.

IVABRADINA, NUOVO ANTIAGGREGANTE Il farmaco, bradicardizzante, è indicato nell'ANGINA PECTORIS cronica in pazienti a ritmo sinusale che abbiano controindicazioni o intolleranza ai beta-bloccanti. La dose va dimezzata se compare una bradicardia persistente sotto 50/min.

COCAINA Era la droga degli anni Ottanta e Novanta, spesso "tagliata". Stimola un'area del cervello, il "NUCLEUS ACCUMBENS", al pari di tutti gli altri stimoli che provocano piacere: cibo, acqua, sesso, droghe da abuso. Causa euforia, ipertensione, tachicardia, ipertermia e perfino perforazione del setto nasale.

SEROTONINA E PLACEBO L'effetto placebo dei farmaci - secondo i ricercatori dell'Università di Uppsala (Svezia) - è correlato con il gene che presiede alla sintesi nel cervello della SEROTONINA, l'ormone del benessere.

## Dilaga in USA il terrore per le noccioline

Negli Usa le reazioni allergiche al cibo, prese complessivamente, causano circa 2mila degli oltre 30 milioni di ricoveri l'anno, e circa 150 decessi. Cifre non terrificanti, che però non fanno i conti con l'isteria di massa sulle allergie alimentari, e soprattutto sulle noccioline. Non si spiegherebbe, altrimenti, il dilagare delle scuole 'nut free' - che hanno messo al bando burro di arachidi, pani fatti in casa e ogni alimento che non abbia gli ingredienti dettagliati in etichetta, e che esibiscono all'ingresso

cartelli che invitano i visitatori a lavare le mani prima di entrare, per evitare la contaminazione da noccioline. Ne' si spiegherebbe il fatto (autentico) che, individuata un'arachide sul pavimento di uno scuolabus, questo veniva evacuato d'urgenza, e decontaminato decontaminato per il timore di danni ai babyspessgeri, quasi si trattasse di un'arma batteriologica. Queste reazioni isteriche sono state stigmatizzate dai medici americani sul British Medical Journal come reazioni enormemente esagerate rispetto

alla grandezza della minaccia; reazioni che, oltretutto, non sono davvero utili per le persone davvero a rischio.

E il dilagare di queste misure aumenta ulteriormente l'allarme nella popolazione, sempre più convinta della realtà della minaccia.

E il guaio è che una tendenza del genere si sta diffondendo anche in Gran Bretagna, come testimoniano gli esperti locali alla Bbc online...

Daniele Zamperini  
Fonte: Adnkronos Salute

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

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

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

Direzione Redazione e Amministrazione:  
Via Merulana 272 - 00185 - Roma  
Tel. 064745344 Fax: 064871092

Fotocomposizione e Stampe  
Postel S.p.A.

USP

Centro Periodici e Associazioni  
Editoriale Stampa Periodica Italiana



# ITALCHIMICI S.p.A.

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





# La Posta elettronica richiede il rispetto delle leggi!

(parte I: le offese telematiche) *continua da pag. 1*



(da pag. 1)

## La posta elettronica come strumento di ingiuria o diffamazione

La posta elettronica si è evoluta nel tempo e, da semplice mezzo di comunicazione rapida interpersonale, ha assunto anche l'aspetto di comunicazione di massa (attraverso mailing-list e newsgroup), di pubblicità indesiderata (c.d. "spam"), di diffusione di pensieri e opinioni spesso opinabili.

Tale evoluzione ha portato a dimenticare che, elettronica o no, si tratta sempre di corrispondenza, e soggiace alle norme in vigore a tale proposito.

## Ma davvero la posta elettronica e da considerare "vera posta"?

Sì. Cio' è stato espressamente previsto dalla legge, che ha aggiornato la definizione di "corrispondenza epistolare". Questa consiste in qualunque invio chiuso (ad eccezione di pacchi) e qualsiasi invito aperto che contenga comunicazioni aventi carattere attuale e personale.

Infatti la legge 547/93 ha modificato l'art. 616 del Codice Penale concernente la "violazione, sottrazione e soppressione di corrispondenza", introducendo il quarto comma, in base al quale: "... per corrispondenza si intende quella epistolare, telegrafica, telefonica, informatica o telematica ovvero effettuata con ogni altra forma di comunicazione a distanza". In questo modo la corrispondenza telematica è stata giuridicamente equiparata a quella epistolare, assumendone pari dignità di tutela giuridica.

## Ingiuria e diffamazione

Ingiuria:

La condotta tipica del delitto di ingiuria, descritta dal primo comma dell'art. 594 c.p., consiste nell'offesa all'onore o al decoro di una persona presente. Due sono dunque i requisiti per la configurazione del delitto di ingiuria:

- l'offesa all'onore o al decoro
- la presenza della persona offesa.

La "presenza" però non va intesa solo in senso fisico: il secondo comma dell'articolo 594 c.p. estende la punibilità anche alle offese trasmesse con comunicazioni a distanza ("Alla stessa pena soggiace chi commette il fatto mediante comunicazione telegrafica o telefonica, o con scritti o disegni, diretti alla persona offesa.").

Un aspetto ignorato dai più: i sensi dell'art. 596 del codice penale l'autore dell'ingiuria (e della diffamazione, di cui diremo) non è ammesso a provare la verità dei fatti (exceptio veritatis) se non in casi espressamente previsti; in altre parole, si può offendere l'onore altrui anche dicendo la verità (Sentenza Corte Costituzionale n. 103/1973).

Diffamazione

Art. 595 C.P. : La norma punisce chi, comunicando con più persone, offende l'onore o il decoro di una persona non presente. Gli elementi del reato sono quindi:

- Offesa all'onore o al decoro di taluno,
- Comunicazione con più persone anche in tempi differenti, concretizzandosi il reato nel momento della comunicazione alla seconda persona).
- Assenza della persona offesa

La differenza tra le due fattispecie consiste quindi essenzialmente nel fatto che nell'ingiuria le affermazioni sono dirette personalmente all'offeso, nella diffamazione vengono invece diffuse ad altri soggetti. Cio' che si dira' in seguito può riguardare entrambe le figure di reato.

Un inciso: non confondere con la "calunnia". Anche se nel parlar comune vengono considerate la stessa cosa, giuridicamente sono reati ben diversi: la calunnia si verifica quando consapevolmente si accusa di fronte all'autorità di un reato un soggetto innocente. Quando comunemente si parla di calunnia, si intende in realtà quasi sempre la diffamazione.

Quando si concretizza il reato nel caso di email contenenti offese all'onore o alla reputazione di terzi?

Il reato di diffamazione è un reato "di evento" che si consuma nell'istante in cui la manifestazione offensiva viene recepita da uno o più soggetti terzi.

Non è necessaria la contestualità tra l'offesa e la sua percezione "ben potendo i destinatari trovarsi persino a grande distanza gli uni dagli altri, ovvero dall'agente" (Cass. Pen., V Sez., 17 novembre 2000 in [www.diritto.it](http://www.diritto.it)).

La Cassazione ha specificato più volte che "non occorre che la comunicazione ai vari soggetti terzi avvenga simultaneamente" (Cass. Pen., 16/05/1956, in: Giust. Pen., 1956, II, pag. 737.) ed è irrilevante l'intervallo di tempo più o meno lungo tra le singole comunicazioni (Cass. Pen., 11 novembre 1983, in: Cass. Pen., 1985, pag. 338.).

Nel caso di comunicazione fatta separatamente a varie persone (quindi se le e-mail sono indirizzate a più destinatari e giungono a conoscenza in tempi diversi), "il momento consumativo coincide con la seconda comunicazione" (F. Antolisei, Manuale di diritto penale, Giuffrè Milano, 1997, pag. 169).

Trattandosi di ingiurie epistolari, si concretizza il reato di ingiuria anche se lo scritto è stato materialmente inviato a persone diverse dall'offeso, purché l'agente, all'atto dell'invio, abbia avuto indubbia consapevolezza che lo stesso sarebbe stato comunicato all'offeso. (Cass. Sez. 2, 17.10.1961; Cass. Sez. 2, 19.4. 1958).

Nel caso di mailing list tale problema viene ad essere molto semplificato, essendo plausibile una ricezione pressoché simultanea da parte di più soggetti.

Quand'è che uno può sentirsi offeso a buon diritto?

Numerose sono le pronunce della Cassazione in materia.

Occorre tener presente che la manifestazione offensiva ha un significato che non è sempre identico per tutte le persone; esiste, tuttavia, un onore e un decoro minimo che è comune ad ogni persona e che merita rispetto da parte di ogni uomo.

In base alla sentenza della Cassazione n.13263/2005, si è poi sancito che ai fini della sussistenza del delitto di ingiuria è sufficiente che l'agente abbia consapevolmente apostrofato l'interlocutore con un epiteto chiaramente offensivo in relazione al contesto in cui è stato pronunciato, e percepito come tale.

E' importante sottolineare che

- A nulla rileva il fatto che l'agente non avesse reale intenzione di offendere.

- L'offesa non deve essere necessariamente esplicita: sono offensivi anche i "giri di parole" e perfino in linguaggio non italiano, purché intelligibile dai terzi (ne vedremo esempi appresso).

Si riportano alcune sentenze di Cassazione per cui, ad esempio, costituiscono ingiuria i termini

"Dilettante e ignorante" (Cassazione,

V sez. Penale, Sentenza n.8639/2008)

"Impari a lavorare" (Cass. V Pen 13297)

"Maleducato" (Cass. V Pen n. 9799/06)

"Ti venga un cancro" (Cass. V Pen.n. 32978)

"Mi fai schifo" (Cass. V Pen. n. 31451)

"Cornuto" (Cass. V Pen. n. 8920/2000)

"Pirla" (Cass.V Pen.n.4036/2006)

"Raccomandato" (Cass. V Pen. n. 37455)

"Anarcoide che intralcia e fomenta e mantiene comportamento scorretto" (Cass. V Pen. n.282/2006)

Come abbiamo detto, si sanziona essenzialmente l'intenzione e il contesto offensivo (e conta molto il "sentire" della vittima) e non, per esempio, l'insulto scherzoso o la parolaccia usata evidentemente solo come intercalare.

Questo è il senso, per esempio, dell'assoluzione del famoso "vaffanculo" su cui il comico Grillo ha basato perfino una campagna mediatica: la parolaccia è stata pronunciata in un contesto di "non reciproco rispetto" e con un significato di "lasciami in pace" (v. nota A)

Al contrario, solo per far capire che anche i "giri di parole" non sono consentiti, la Cassazione ha condannato questa email in cui si dà ad una persona, implicitamente, della disonestà:

"Propongo di non accettare più questa presa in giro.... si può far capire in modo chiaro alla sig.ra G. che non si è più disposti a passare da fessi e che la disonestà non può diventare un vanto...non c'era bisogno di rendere così esplicita tanta sfacciataggine arrivando ad abusare dei congedi parentali". (Cass. n. 16425/2008)

## Libertà di opinione? Diritto di cronaca e di critica?

Si dibatte se alcuni contenuti diffusi su Internet possano essere assimilati a giornali o altri mezzi di diffusione mediante stampa (che costituisce, nel caso di reato, ulteriore aggravante).

In questi casi l'autore si avvale generalmente delle esimenti del diritto di cronaca e di critica sanciti dalla Costituzione, che implicano la non punibilità.

Perché tali discriminanti vengano riconosciute, è necessario: a) che vi sia un interesse pubblico alla pubblicazione della notizia; b) che i fatti narrati corrispondano a verità; c) che l'esposizione dei

fatti sia corretta e serena, secondo il principio della contenenza.

Per citare la massima espressa nella sentenza n. 5259/1984 della Sezione I civile della Corte di Cassazione, "Perché la divulgazione a mezzo stampa di notizie lesive dell'onore possa considerarsi lecita espressione del diritto di cronaca, e non comporti responsabilità civile per violazione del diritto all'onore, devono ricorrere tre condizioni: 1) utilità sociale dell'informazione; 2) verità oggettiva, o anche soltanto putativa purché frutto di diligente lavoro di ricerca; 3) forma civile dell'esposizione dei fatti e della loro valutazione, che non ecceda lo scopo informativo da conseguire e sia improntata a leale chiarezza, evitando forme di offesa indiretta".

Come può difendersi, il soggetto ingiuriato o diffamato?

Tutela penale: I delitti di Ingiuria e Diffamazione sono perseguibili a querela della persona offesa. La querela va presentata entro tre mesi. La causa penale può essere preparatoria ad una causa civile di risarcimento.

Tutela civile: la Cassazione (I Civ., sent. n. 5259/1984) ha stabilito che chi sente lesa il proprio onore può chiedere direttamente il risarcimento (sia per danno patrimoniale che per danno morale) con una azione davanti al giudice civile, senza necessità di una querela in sede penale. Tale procedura è attivabile anche dopo che siano scaduti i termini per il procedimento penale; l'azione di risarcimento decade in 5 anni.

Importante: data la difficoltà o addirittura l'impossibilità di verificare, nei casi di abusi commessi via Internet, dove si sia concretizzato il reato (l'email incriminata può essere stata spedita da luoghi diversi dalla resi-

denza dell'offensore, i server possono essere localizzati ovunque, anche all'estero) la Corte di Cassazione con ordinanza n. 6591 8 maggio 2002 ha derogato dal principio generale (che stabilisce che il Foro competente sia quello dove è stato commesso il delitto) ed ha invece stabilito che la competenza territoriale va individuata nel foro dove risiede la persona che si sente offesa dalle affermazioni effettuate via web.

Cio' comporta una maggiore tutela dell'offeso querelante e maggiori spese e difficoltà per il querelato.

Fine parte I—Segue al prossimo numero il capitolo sulla riservatezza della posta elettronica

Daniele Zamperini - "Pratica Medica e Aspetti Legali" 2008; 2 (4)

NOTE: (A) "Altre vanno valutate nel contesto: "me ne fotto" in luogo di "non mi cale"; "è un gran casino" in luogo di "è una situazione disordinata" e del pari con riguardo all'espressione oggetto dell'imputazione, "vaffanculo", la quale trasformata sinanco dal punto di vista strutturale (trattasi ormai di un'unica parola), viene frequentemente impiegata per dire "non infastidirmi", "non voglio prenderti in considerazione" ovvero "lasciami in pace".

Se queste vengono pronunciate dall'interessato nei confronti di un'interessante che fa un'osservazione o di un vigile che dà una multa, esse assumono carattere di spregio; diversa è la situazione se esse si collocano nel discorso che si svolge tra soggetti in posizione di parità ed in risposta a frasi che non postulano, per serietà ed importanza del loro contenuto, manifestazione di specifico rispetto". (Cass. V penale 27966/2007)

Abbiamo cura della vita.

La vita prima di tutto. L'impegno di MSD è da sempre rivolto a migliorare, 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 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.

Merck Sharp & Dohme (Italia) S.p.A.  
Via G. Falsoni, 6 00193 Roma  
[www.msdi.it](http://www.msdi.it)

8-00-MSD-07-00-1002-1



# ACN per la Medicina Generale: Testo completo del preaccordo firmato da alcuni Sindacati.

*Lo SMI si è alzata dal tavolo ritenendo inaccettabili, in un testo che deve coprire un periodo trascorso, inserire obblighi pesanti per il futuro. Si deciderà dopo consultazioni con la base*

Art. 1 - Compiti e funzioni del medico di Medicina Generale.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67, 78 e 95 dell'ACN 23 marzo 2005, espleta le seguenti funzioni:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 2 e opera all'interno di una specifica unità organizzativa complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dal successivo art. 3, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 5 del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei propri compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto "tessera sanitaria" e "ricetta elettronica" nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 5, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti al livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

Art. 2 - aggregazione funzionale territoriale della Medicina Generale

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

2. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:

- Riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
- Popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo

funzionale e professionale.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del delegato di cui al comma 4.

6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

Art. 3 - Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità organizzative complesse, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità organizzative complesse, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informativi in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e fermo restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso

l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti agli accordi regionali, restano in essere le indennità e le incentivazioni, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse attivate con gli accordi di cui al comma 2.

Art. 4 - Impegni da inserire nel prossimo accordo relativo al biennio economico 2008/2009

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo;

2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per

garantire:

a. Il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgono il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;

b. La definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.

3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:

- a. per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
- b. per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:

- miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;
- potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;
- coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convenzionano che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

- La revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità organizzative complesse delle cure primarie;
- La partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24;
- La definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;
- L'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;
- La revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;
- La revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali.
- adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

Art. 5 - Flusso informativo

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:

- Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
- Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
- Visite domiciliari;
- PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
- Assistenza domiciliare (ADP/ADJ);

2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:

- riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
- riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;
- essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Art. 6 - Tessera sanitaria e ricetta elettronica

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria - collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 1, comma 5.

2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.

3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.

5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30 ACN 23 marzo 2005.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (AP) (al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per l'assistenza". (prosegue a pag.7)





# 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](mailto:siameg@tin.it) - [www.siameg.it](http://www.siameg.it)



**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](mailto:siameg@tin.it)

Corso di Aggiornamento per i Medici Romani 2009

**"Promozione della Cultura della Donazione e Formazione interdisciplinare in materia di Trapianti d'Organo"**  
nei giorni: 5-12-19-26 Febbraio 2009 presso la Sala Conferenze SIAMEG - Via Merulana 272 Roma  
Prot. ECM n. 5298/9001341 Crediti ECM: in fase di valutazione

### Programma

**Giovedì 05 Febbraio 2009**  
**"La dichiarazione di volontà relativa alla donazione di organi e tessuti: ruolo del MMG"**  
Moderatore Dott. Maurizio Valeri

- Modalità di espressione della volontà. Dott. Paola Piovano/Dott. M. Cristina Stirpe
- Ruolo del MMG nella raccolta dell'espressione di volontà. Dott. M. Cristina Stirpe / Dott. Gianfranco Teti
- Relazione d'aiuto alle famiglie dei donatori: ruolo del MMG e del rianimatore. Dott. Gianfranco Teti / Dott. M. Cristina Stirpe

**Giovedì 12 Febbraio 2009**  
**"Il donatore di organi e tessuti"**  
Moderatore Dott. Nicola Torlone

- Il donatore vivente di organi. Dott. Gianfranco Teti / Dott. Teresa Altobelli
- Il donatore cadavere di organi. Dott. Teresa Altobelli/ Dott. Gianfranco Teti
- Il donatore cadavere di tessuti. Dott. Gianfranco Teti/ Dott. Teresa Altobelli

**Giovedì 19 Febbraio 2009**  
**"Organizzazione nazionale e regionale dell'attività di donazione e trapianto"**  
Moderatore Dott. Maurizio Valeri

- Rete Nazionale Donazione e trapianti di organi. Dott. Teresa Altobelli / Dott. Paola Piovano
- Rete Regionale Donazione e Trapianti di organi. Dott. M. Cristina Stirpe/ Teresa Altobelli
- Ufficio Coordinamento Locale. Dott. M. Cristina Stirpe / Dott. Teresa Altobelli

**Giovedì 26 Febbraio 2009**  
**"Il ruolo del MMG nei confronti del paziente in attesa di trapianto e del paziente trapiantato"**  
Moderatore Dott. Nicola Torlone 26/02/09

- Preparazione e studio del candidato al trapianto di rene: interazione tra il Centro di Trapianto tra e MMG
- Il trapianto di rene: Selezione del Donatore e problematiche chirurgiche. Dott. Massimo Iappelli
- Follow up del paziente trapiantato di rene: il ruolo del nefrologo e del MMG. Dott. Paolo De Paolis

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Giovedì 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>  
Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E mail : [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)  
La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti  
Quota di iscrizione : € 120,00 + iva  
Per gli iscritti AMI - SIAMEG - SMI: € 50,00 + IVA

**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](mailto:siameg@tin.it)

Corso di Aggiornamento per i Medici di Viterbo 2009

**Immagini ecografiche delle Epatopatie croniche e delle lesioni epatiche nodulari**  
31 Gennaio 2009 presso la Sala Conferenze Ordine di Viterbo  
Prot. ECM n. 5298/ Crediti ECM: in fase di valutazione

### Programma

08.<sup>00</sup> Registrazione dei partecipanti  
08.<sup>30</sup> Saluto

09.<sup>00</sup> D.ssa Valentina Lauria - Gastroenterologia Ospedale Santa Rosa Viterbo -  
"Diagnostica Ecografia nelle Epatopatie Croniche"  
10.<sup>00</sup> Presentazione casi clinici / Discussione temi trattati

10.<sup>30</sup> Coffee Break

11.<sup>00</sup> D.ssa Paola Roselli - Gastroenterologia Ospedale Santa Rosa Viterbo -  
"Immagini Ecografiche delle Lesioni Nodulari Benigne Epatiche"  
12.<sup>00</sup> Presentazione casi clinici / Discussione temi trattati

12.<sup>30</sup> Dott. Franco Brescia - Radiografia Ospedale Santa Rosa Viterbo -  
"Immagini ecografiche delle lesioni epatiche maligne"  
13.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici / Discussione temi trattati

14.<sup>00</sup> Lunch

14.<sup>30</sup> Dott. Eugenio Caturelli - Responsabile della Sede di Frequenza di Viterbo della Scuola di Formazione e Addestramento in Ecografia della S.I.U.M.B.  
"Terapia ablativa neoplasie epatiche con radiofrequenza, alcoolizzazione; ecografia con mezzo di contrasto"  
15.<sup>30</sup> Presentazione casi clinici  
16.<sup>00</sup> Discussione temi trattati  
16.<sup>30</sup> test di valutazione

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>/ Giovedì 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>  
Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E mail : [siameg@tin.it](mailto:siameg@tin.it)  
La partecipazione al corso è limitata a 50 partecipanti  
Quota di iscrizione : € 30,00 + iva  
Per gli iscritti AMI - SIAMEG - SMI: il corso è gratuito

## Uso dei farmaci in gravidanza. Un utile vademecum

Istruzioni per una corretta prescrizione dei farmaci durante la gravidanza. L'uso dei farmaci in gravidanza è spesso caratterizzato da incertezze più o meno profonde, sia da parte della paziente (il che è comprensibile) sia da parte dello stesso medico. Per un troppo marcato principio di prudenza spesso viene consigliato di non assumere nessun farmaco. Tuttavia vi sono delle condizioni nelle quali non prescrivere i farmaci diventa più dannoso che il potenziale (e spesso improbabile) effetto dannoso sul decorso della gravidanza e sul feto dei farmaci stessi. Basti pensare a condizioni come l'ipotiroidismo, l'ipertensione, l'asma bronchiale, le infezioni batteriche respiratorie, urinarie, etc. Le stesse schede tecniche dei farmaci spesso riportano una generica controindicazione all'uso durante la gravidanza e/o l'allattamento, e lasciano medico e paziente nell'impossibilità di fare un corretto bilancio del rischio derivante dall'uso e dal non uso. Grazie ad Internet comunque anche il più isolato dei medici attualmente è in grado di conoscere la pericolosità più o meno accentuata dell'uso di un determinato farmaco in gravidanza.

Vi sono però alcuni principi generali che è bene prima conoscere. 1) la reale necessità del farmaco va attentamente valutata considerando il rischio di non trattare una condizione patologica che potrebbe essere più grave dell'eventuale rischio teratogeno del farmaco

2) se si deve usare un farmaco in gravidanza va privilegiato quello, tra i vari disponibili, per il quale esistono prove oppure un consenso internazionale per l'uso in gravidanza 3) non esiste il farmaco sicuro al 100% e spesso le conoscenze sono lacunose in quanto non ci sono studi che permettano una decisione senza zone d'ombra 4) il maggior rischio di malformazioni fetali si ha nelle prime settimane e nel primo trimestre di gestazione, ma ogni farmaco può agire provocando lesioni anche in epoche successive.

Alcuni enti regolatori hanno classificato i farmaci in varie categorie a seconda della loro sicurezza/pericolosità in gravidanza. Ci rifaremo a quella utilizzata dalla FDA perchè ci sembra semplice: la classificazione va dalla categoria "A" (che è quella più sicura) alla categoria "X" con la quale vengono classificati farmaci da non usare in

gravidanza.

### Categoria A

Studi controllati in donne non hanno dimostrato rischi per il feto nel primo trimestre e non ci sono evidenze di rischi nei trimestri successivi. La possibilità di danni al feto sembra remota.

**Categoria B**  
Gli studi su animali non hanno mostrato rischio per il feto, ma non ci sono studi controllati su donne gravide oppure gli studi su animali hanno mostrato effetti avversi non confermati in studi controllati su donne nel primo trimestre e non ci sono evidenze di rischi nei trimestri successivi

### Categoria C

Gli studi su animali hanno dimostrato un effetto avverso sul feto, ma non ci sono studi controllati nelle donne oppure non sono disponibili studi su donne e animali. Il farmaco deve esse-

re usato in gravidanza solo se il rischio potenziale per il feto è giustificato dal beneficio clinico ottenibile.

### Categoria D

Vi sono evidenze di rischi fetali umani, ma il beneficio in gravidanza può essere accettabile (per esempio se il farmaco serve a trattare una condizione pericolosa per la vita oppure una patologia grave per la quale non sono disponibili farmaci più sicuri)

### Categoria X

Studi su animali e sull'uomo hanno dimostrato anomalie fetali oppure ci sono evidenze di rischio fetale sulla base dell'esperienza e il rischio chiaramente supera il possibile beneficio. Il farmaco non deve essere usato in gravidanza e nelle donne in età fertile (senza una adeguata protezione contraccettiva - ndr)

Pillole.org offre ai suoi lettori la possibilità, nella sezione "Risorse mediche", di compiere una ricerca in ordine alfabetico per il farmaco che si desidera usare: <http://www.pillole.org/public/farmacigravidanza/druglist.htm> Insieme alla categoria prevista dalla FDA vengono fornite alcune indicazioni (in inglese) circa il possibile uso in gravidanza.

Renato Rossi



## Liberarsi del vecchio computer? Attenzione alla Privacy!

Il Garante Privacy ha comunicato le norme (in GU n. 287 del 9/12/2008) da seguire nel caso di rottamazione di computers e altri apparecchi contenenti dati personali.

È stato stabilito che chi (privato cittadino o azienda) intenda dimettere PC usati dovranno preoccuparsi di cancellare in modo definitivo tutti i dati personali memorizzati, per impedirne illecito recupero o trattamento. Il Grante ha consigliato, come misura preventiva, occorrerebbe memorizzare i dati su hard disk o su altri supporti magnetici usando

sistemi di cifratura agenti già al momento della scrittura. Per cancellare i dati dal disco fisso è possibile servirsi di appositi programmi di 'riscrittura' che coprono le scritte già esistenti oppure

utilizzare sistemi di formattazione a basso livello degli hard disk (la normale formattazione rapida non è sufficiente) o di demagnetizzazione. In alternativa (anche per dischetti o cd-rom) si consigliano metodi vera e propria distruzione fisica.

Daniele Zamperini



(da pag. 5)

primaria spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni assistito in carico ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

|                     |      |        |               |
|---------------------|------|--------|---------------|
| Arretrati anno 2006 | 0,25 | €/anno | per assistito |
| Arretrati anno 2007 | 2,84 | €/anno | per assistito |

2. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso forfettario di cui all'art. 59, lettera A, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 40,05 per ciascun assistito in carico.

3. A decorrere dalla stessa data di cui al precedente comma il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005, corrisposto per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, è rideterminato in euro 20,29.

4. A decorrere dalla stessa data di cui al comma 2 il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 10 dell'ACN 23 marzo 2005, per i soli assistiti in carico compresi nella fascia 6-14 anni, è rideterminato in euro 18,95.

5. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

6. Gli adeguamenti contrattuali derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.

7. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 saranno corrisposti entro settembre

2009.

8. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale individuale del medico di assistenza primaria, secondo quanto stabilito dall'ACN 23 marzo 2005

9. A far data dal 1 gennaio 2008 il contributo previdenziale disposto dall'art. 60, comma 1 ACN 23 marzo 2005 a favore del competente Fondo di previdenza è rideterminato al 16,5% di cui il 10,375% a carico dell'Azienda e il 6,125% a carico del medico.

10. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

11. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi di cui al comma 2 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

12. Per migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, dall'entrata in vigore del presente accordo l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei

compensi di cui al comma 2. Con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al presente comma affinché provveda in merito.

12. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (CA) (al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la continuità assistenziale spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

|                     |      |       |
|---------------------|------|-------|
| Arretrati anno 2006 | 0,08 | €/ora |
| Arretrati anno 2007 | 0,91 | €/ora |

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,03 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo.

3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

5. A far data dal 1 gennaio 2008 il contributo previdenziale disposto dall'art. 72, comma 3 ACN 23 marzo 2005 a favore del competente Fondo di previdenza è pari al 16,5% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 10,375% a carico dell'Azienda e il 6,125% a carico del medico.

6. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio.

L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

7. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 5, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'o-

norario professionale di cui al comma 2 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, dall'entrata in vigore del presente accordo l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 2.

8. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (MS) (al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la medicina dei servizi spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

|                     |      |       |
|---------------------|------|-------|
| Arretrati anno 2006 | 0,08 | €/ora |
| Arretrati anno 2007 | 0,91 | €/ora |

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'incremento disposto sull'onorario professionale corrisposto alla data del 1 gennaio 2005 di cui all'art. 85, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è pari ad euro 0,99.

3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (EST) (al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

|                     |      |       |
|---------------------|------|-------|
| Arretrati anno 2006 | 0,08 | €/ora |
| Arretrati anno 2007 | 0,91 | €/ora |

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,03 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo.

3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

5. A far data dal 1 gennaio 2008 il contributo previdenziale disposto dall'art. 99, comma 1 ACN 23 marzo 2005 a favore del competente Fondo di previdenza è pari al 16,5% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 10,375% a carico dell'Azienda e il 6,125% a carico del medico.

6. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio.

L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

7. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 5, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di

cui al comma 2 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, dall'entrata in vigore del presente accordo l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 2.

8. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

DICHIARAZIONE A VERBALE La SISAL si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

Allegato Le parti concordano altresì di dover provvedere a modificare ed integrare ACN 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale come di seguito indicato:

1) L'art. 13 è così integrato: dopo le parole "ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni" è sostituito il seguente "sulla base delle determinazioni regionali in materia e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

- a) assistenza primaria;
- b) continuità assistenziale;
- c) medicina dei servizi territoriali;
- d) emergenza sanitaria territoriale."

2) L'art. 19, comma 3 è così modificato: dopo le parole "da situazioni di carattere oggettivo" è integrato come segue: "la cui valutazione è demandata al comitato aziendale di cui all'art. 23. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentito l'interessato."

3) Il primo periodo del comma 6 dell'art. 30 è così modificato: Il Direttore Generale dell'ASL, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso e sentito l'ufficio di coordinamento, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione."

4) Il secondo periodo del comma 9, dell'art. 33 è così integrato: dopo le parole "Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria" sono aggiunte le seguenti "e per l'intero territorio regionale,".

5) Dopo la norma finale 15 è aggiunta la seguente:

"Norma finale n. 16 In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAL fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. sindacali firmatarie del presente accordo"

6) Dopo la norma transitoria n. 10 è aggiunta la seguente:

"Norma transitoria n. 11 I rappresentanti medici eletti di cui all'art. 25, comma 4, con le procedure di cui all'allegato 0 del presente ACN restano in carica fino alla definizione economica normativa del biennio 2008-2009 ed alla sua entrata in vigore

## 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

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



(da pag. 1)

In questo lavoro sono stati analizzati 4812 pazienti non diabetici (età 70-82 anni) partecipanti allo studio PROSPER (Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk). I dati sono stati poi confrontati con quelli di 2737 uomini di età compresa tra 60 e 79 anni partecipanti allo studio prospettico BRHS (British Regional Heart Study). Lo scopo dell'analisi era di verificare il potere predittivo di eventi cardiovascolari e di diabete sia di una diagnosi di sindrome metabolica (effettuata usando i criteri stabiliti dal Third Report of the National Cholesterol Education Program) sia delle sue cinque componenti.

Nello studio PROSPER la sindrome metabolica non risultò associata ad un aumentato rischio di malattia cardiovascolare in soggetti che, al baseline, non avevano una patologia di questo tipo; risultò invece associata ad un aumentato rischio di diabete (HR 4,41; 3,33-5,84), così come lo furono i suoi singoli componenti, soprattutto la glicemia a digiuno. I risultati furono simili nei pazienti con preesistente malattia cardiovascolare.

Nello studio BRHS la sindrome metabolica risultò modestamente associata ad eventi cardiovascolari (HR 1,27; 1,04-1,56), mentre vi era una associazione forte con il diabete (HR 7,47; 4,90-11,46).

In entrambi gli studi il BMI, la circonferenza addominale, i trigliceridi e la glicemia non risultarono associati al rischio di malattia cardiovascolare, ma tutti e cinque i componenti della sindrome risultarono legati ad un aumento del rischio di diabete di nuova diagnosi.

Gli autori concludono che la sindrome metabolica e i suoi componenti sono associati al rischio di diabete tipo 2, mentre l'associazione con gli eventi cardiovascolari è debole o nulla. Pertanto cercare di definire dei

criteri che simultaneamente predicano il rischio cardiovascolare e il diabete probabilmente è poco utile, mentre l'attenzione dovrebbe essere focalizzata nello stabilire degli algoritmi ottimali di rischio per ciascuna malattia.

Fonte:

Sattar N et al. Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes? Outcome data from two prospective studies. Lancet 2008 Jun 7; 371:1927-1935

Commento di Renato Rossi

Abbiamo già dedicato altre pillole alla sindrome metabolica [1,2,3], nelle quali si evidenziavano molti dubbi circa la capacità della sindrome di prevedere più accuratamente il rischio cardiovascolare di quanto non si possa fare usando i tradizionali fattori di rischio. I cinque componenti della sindrome sono: circonferenza addominale, colesterolo HDL, trigliceridi, pressione arteriosa e glicemia. Anche lo studio qui recensito conferma che il potere predittivo di futuri eventi cardiovascolari è scarso se non, addirittura, nullo. Invece risulta ben documentata l'associazione con il diabete incidente, ma non aggiunge nulla di più di quanto già non si possa ottenere usando la semplice glicemia a digiuno. Insomma, sembra proprio il caso di concludere che non vale la pena di perdere tempo nel definire una sindrome la cui utilità pratica viene sempre più messa in discussione.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3905>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2259>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4010>

## Dove affrontare l'ultimo momento della vita? Casa o Ospedale?

Molti ritengono che in ospedale si possa affrontare meglio l'ultimo passo della vita, ma è vero? Oppure è meglio morire a casa propria?

In questo studio francese di tipo cross-sectional sono stati analizzati il contesto e le caratteristiche cliniche di pazienti deceduti. L'analisi ha riguardato 294 ospedali. I dati sono stati raccolti entro 10 giorni dal decesso. L'outcome principale misurato erano le circostanze in cui il paziente moriva in ospedale; come esito secondario si è valutata la percezione del personale infermieristico circa la qualità delle cure terminali. Dei 3793 pazienti deceduti durante lo studio solo il 24,4% aveva almeno un familiare vicino al momento del trapasso; il 16% morì completamente solo; il 70,1% aveva distress respiratorio nel periodo precedente la morte. Solo il 12,0% lamentava dolore. Solo il 35,1% del personale infermieristico giudicò accettabile la qualità del decesso. Gli autori concludono che le circostanze in cui muoiono i pazienti in ospedale non sono ottimali e c'è spazio per numerosi miglioramenti.

Fonte:

Arch Intern Med. 2008 May 8;168:867-875.

Commento di Renato Rossi

Attualmente sempre più spesso si muore in ospedale, mentre il decesso nella propria casa è diventata l'eccezione. A questo fenomeno concorrono numerosi fattori: la speranza dei familiari che in ospedale si possano fornire cure migliori, il desiderio di

non veder morire a casa un proprio caro, i nuclei familiari sempre più piccoli per cui gli anziani o vivono da soli oppure in residenze protette, la rimozione della morte nell'immaginario collettivo, etc.

Lo studio francese presentato in questa pillola mostra però che l'idea che in ospedale si affronti meglio l'ultimo passo della vita è, per molti versi, illusorio. Chi scrive ritiene che, a parte casi particolarmente impegnativi da gestire sul territorio, sia di gran lunga preferibile morire a casa propria, purché vengano garantite cure accettabili che permettano di controllare il dolore e gli altri sintomi che spesso precedono il decesso. Per far questo però le famiglie non vanno lasciate da sole ad affrontare questo tremendo momento. Tuttavia solo investimenti adeguati e lungimiranti che potenzino le cure domiciliari potrebbero invertire la tendenza attuale e permettere quello che, con un ossimoro, potremmo chiamare "una buona morte", circondati dai propri cari, nell'ambiente in cui si è vissuti.

L'ospedale non dovrebbe essere considerato il luogo naturale in cui spengersi. Come non essere d'accordo con il British Medical Journal che, nella recensione di questo studio, titola: "Se vuoi una buona morte non andare in ospedale"?

## L'uso degli abbaglianti e' obbligatorio nei sorpassi notturni

*Parola di Cassazione!*


(da pag.1)

priva di illuminazione e, a maggior ragione, qualora tenga una velocità non particolarmente moderata. S'intende che, onde ovviare ai rischi derivanti da situazioni impreviste, colui che si accinga a compiere la manovra di sorpasso in condizioni particolari di tempo e di luogo, come quelle sopra descritte e ricorrenti nel caso concreto, è legittimato a fare uso continuo dei fari abbaglianti per sopprimere alla mancanza di illuminazione pubblica, ma qualora, lungo il percorso, incroci altro veicolo, ovvero segua a breve distanza altro veicolo, non gli è interdetto, come si sostiene nella sentenza impugnata, anzi gli è consentito, ex art. 153 comma 4 cod. strad. - per contemperare il fine di accertare la visibilità e la libertà dell'area antistante il veicolo sorpassante ed il fine di non disturbare il conducente del veicolo da sorpassare o quello del veicolo marciante in senso contrario - l'uso intermittente dei proiettori di profondità per dare avvertimenti utili allo scopo di evitare incidenti e per segnalare al veicolo che precede l'intenzione di effettuare una manovra potenzialmente pericolosa, qual'è il sorpasso".

Daniele Zamperini

**In primo luogo determinerò quel che ritengo l'arte medica sia: liberare interamente i malati dalla sofferenza, mitigare la violenza delle malattie, non intervenire sui malati già sopraffatti dal male.**

(anonimo, Sull'arte, trattato del V secolo a.C.)



**Sindacato  
dei Medici  
Italiani**

**00001/...**

**Segreteria Nazionale:**  
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 - Vinchiaturio (CB) secondo le seguenti modalità

Euro 15,00

**CHIEDE**

che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti.

Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega annulla 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, la comunicazione, la cancellazione e distribuzione dei dati e dal complesso di operazioni previste per ciò che, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-9-10-13 del citato D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione ovvero, l'integrazione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativa, di comunicazioni delle iniziative 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 dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, convezionamento, 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/a informato/a, in modo esauritivo, orale e scritto dei diritti di cui al D.Lgs. 196/2003, delle modalità di raccolta dati e del loro possibile utilizzo, del diritto di opporsi al trattamento ed in particolare di quanto previsto dagli articoli 7, 8, 9, 10, 13 del D.Lgs. summenzionato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Copia per la A.U.S.L.**

# VALPRESSION® 160 mg

C09CA03

## valsartan

# COMBISARTAN® 160 mg / 12,5 mg

C09DA03

## valsartan + idroclorotiazide

# COMBISARTAN® 160 mg / 25 mg

C09DA03

## valsartan + idroclorotiazide



**Menarini, salute senza confini**



