



Bollettino

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI **PERUGIA**

ANNO XLVI

5

2009



**Assemblea
Annuale**

pagine 3

**Cordoni ombelicali
surgelati**

pagina 5

**Gli stipendi dei
medici**

pagina 8

**P.E.C. Posta
Elettronica Certificata**

pagina 11

**Ipotiroidismo e
gravidanza**

pagina 22

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Anno XLVI – 5/2009

SOMMARIO

Assemblea annuale	Pag 3
Cordoni ombelicali surgelati	» 5
Gli stipendi dei medici	» 8
M. G. compensi per sostituzioni	» 10
Prevenzione test rapidi HIV	» 12
Iperensione arteriosa	» 13
Chi paga per la nostra salute	» 16
Sterilità di coppia	» 17
Diabete, ambulatorio dedicato	» 18
Farmaci contro il fumo	» 21
Ipotiroidismo e gravidanza	» 22
Intervista ai ricercatori	» 25
L'enuresi notturna	» 27
Oral Cancer day	» 30

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- 1 riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- 1 avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- 1 essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere

Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri

Dott. Stefano Caraffini
Dott. Silvio D'alexandro
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis
Dott. Andrea Donati (Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare Fiore
Dott. Piero Grilli
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica
Dott. Stefano Lentini
Dott. Sabatino Orsini Federici
Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Gianluigi Sili
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO

REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Domenico Tazza
(Presidente)
Dott. Ezio Bertoldi
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

Membro supplente

Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni
Dott. Giovanni Battista Genovesi
Dott. Marco Marchetti
Dott. Antonio Montanari

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione

Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Domenico Tazza
Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione, impaginazione e stampa

Grafiche Benucci – Perugia

Uffici dell'Ordine

Tel. 0755000214

Fax. 0755153012

E-mail presidente@omceopg.it

segretario@omceopg.it

uffici@omceopg.it

commissioneodo@omceopg.it

previdenza@omceopg.it

Sito Internet www.omceopg.it

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954
Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

06129 PERUGIA – VIA SETTEVALLI, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012

Perugia, li 29/10/2009

Prot. 3003

A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA
LORO SEDI

OGGETTO: Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,

in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 23 1° comma del D.P.R. N. 221 del
05/04/50, è indetta

L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.
Detta Assemblea si terrà nei locali dell'Ordine in Perugia Via Settevalli n. 131
il giorno sabato 12 dicembre 2009 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

DOMENICA 13 DICEMBRE 2009 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE

Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente

ORDINE DEL GIORNO:

- 1°) Approvazione Conto Consuntivo 2008, Ratifica Assestamento Bilancio di Previsione 2009, Approvazione Bilancio Preventivo 2010 - Relazione finanziaria del Tesoriere.
- 2°) Relazione morale del Presidente.
- 3°) Cerimonia per i vecchi e nuovi iscritti all'Ordine.
- 4°) Consegna Premi di Laurea 2009.
- 5°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Graziano Conti)



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

06129 PERUGIA – VIA SETTEVALLI, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

VIA _____ N. _____

DELEGA

IL DOTT. _____

**A PARTECIPARE ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE
DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.**

Cordoni ombelicali surgelati ...

Tiziano Scarponi

Nel mese di settembre mi è stato richiesto, per una donna gravida che avrebbe partorito dopo circa un mese, di fare "l'impegnativa" per effettuare i markers infettivologici HBV, HCV e HIV, anticorpi anti retrovirus HTLV1 e HTLV2, TPHA e CMV. Alla mia perplessità manifestata nel dover richiedere alcuni esami di cui non capivo la finalità ed altri che erano già stati valutati di recente, mi è stato risposto che dovevano essere fatti per poter "...conservare il cordone ombelicale". Va da sé che a questo punto è scattata la curiosità in maniera quasi morbosa e pertanto ho fatto accomodare il paziente, il padre della gravida, che veniva per conto della figliola a fare l'impegnativa.

"Sa dottore, è stata mia moglie che accompagnando C..... dalla ginecologa, ha visto nella sala d'aspetto un manifesto di una di queste organizzazioni,...banche che congelano il cordone ombelicale che di solito si butta, per poterlo utilizzare poi, nel malaugurato caso ci fosse bisogno per il figliuolo da grande.....leucemie..... e tante altre bruttissime malattie".

Ovviamente di fronte ad un futuro nono, che in quella richiesta riponeva tante aspettative ho evitato di fare commenti, l'ho congedato trascrivendo nel ricettario gli esami proposti (da un foglio anonimo) e facendo gli auguri per l'imminente maternità di C....

Nel mese di ottobre episodio analogo, questa volta è venuta la madre della futura mamma: richiesta su foglio anonimo di esami "..... per poter spedire in Svizzera il cordone ombelicale da usare in caso di malattia del nascituro". A questo punto ho pensato che era giunto il momento di documentarsi.

Provate a lanciare su di un motore di ricerca nella rete di INTERNET le parole:

conservazione del cordone obelicale e otterrete tutto quello che c'è da sapere. Prima di tutto sarete sommersi da una grande quantità di cosidetti "link sponsorizzati", siti che pagano per avere una posizione di visibilità immediata nella ricerca telematica ed in questo caso sono tutte le cosidette banche per la crioconservazione delle cellule staminali contenute nel cordone ombelicale. La prima cosa che salta agli occhi è che quasi tutte hanno sede legale nei cosidetti paradisi fiscali: Svizzera, Repubblica di San Marino, Liechtestain, Lussemburgo e questo impone attenzione. Altro dato che risalta è l'aspetto commerciale ed il tipo di pubblicità che troviamo in questi siti: "Nonni! Quale miglior regalo per il nipotino? Quello che potrebbe salvargli la vita?" ancora " Fiorello, Ambra Angiolini... sono nostri clienti!". Insomma viene fatta leva sulla emotività dei futuri genitori e nonni sfruttando la particolare sensibilità e vulnerabilità del momento, incutendo quel terrorismo psicologico sottile che: se dovesse succedere era stata data la possibilità di far fronte e non è stata colta.

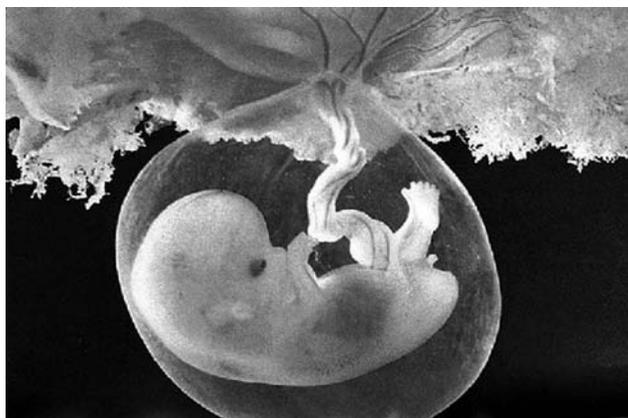
Gli aspetti contrattuali, già ad un esame sommario e frettoloso, appaiono molto discutibili e di lettura estremamente difficoltosa: contratti di oltre 15 pagine in cui è prevista spesso la risoluzione unilaterale da parte della banca senza preavviso e per motivazioni non elencate, i passaggi descritti per ottenere i permessi e le modalità del prelievo e della conservazione rimandano quasi ad una esegesi oscura che si perde del tutto nel labirinto degli allegati. Anche i costi sono più o meno gli stessi si va dai 2.500 ai 3.500 Euro tutto compreso per una conservazione di 20 anni, se si aggiungono esami un po' più sofisticati sulle stamina-

li come la tipizzazione HLA o un periodo di conservazione più lungo la spesa aumenta sensibilmente.

In sintesi, passando da un sito all'altro si ha la sensazione di trovarsi in mezzo ad un grande "affare" di diversi milioni di Euro in cui la problematica sanitaria costituisce un alibi o meglio il pretesto. Gli interessi in campo dovrebbero essere molti e, a giudicare dalle sigle, anche gli interessati dovrebbero essere in tanti: istituti di credito per finanziamenti, società scientifiche di specialisti ginecologi, laboratori di analisi, agenzie per il trasporto di materiale biologico e così via. Per cercare di capirci un po' di più, soprattutto dal punto di vista scientifico, bioetico e normativo, conviene proseguire oltre con la navigazione in rete e così si ha la possibilità di approdare sui siti più disparati che affrontano tale argomento da www.mammole.it, www.gravidanzaonline.it: i

siti italiani sulla gravidanza più consultati a www.cordone-ombelicale.it, il portale italiano del cordone ombelicale. Tali fonti ad un primo contatto potrebbero sembrare obiettive e non sponsorizzate, ma se si va ad un approfondimento e si guardano con occhi maliziosi i consigli, i suggerimenti che vengono impartiti, il particolare calore od enfasi che vengono utilizzati nel decantare le lodi ed i pregi di quella indicazione rispetto ad un'altra, senza dubbio ci rendiamo conto di esserci imbattuti in una forma di pubblicità indiretta od occulta sostenuta per gli interessi di qualcuno. Conviene allora andare direttamente a consultare quello che viene pubblicato nei siti istituzionali come quello del ministero della salute

e vediamo che l'ultima ordinanza in materia risale al 26 febb 2009 cui ha fatto seguito il 18 marzo un documento su gli elementi informativi essenziali sull'uso appropriato delle cellule staminali del sangue del cordone ombelicale. Volendo essere estremamente sintetici le disposizioni di legge vietano la conservazione nel territorio nazionale del cordone ombelicale per un uso autologo delle cellule staminali, ecco pertanto la sede estera di queste banche, mentre ne permettono l'esportazione a proprie spese. Viene favorita invece la donazione e la conservazione del sangue cordonale per uso eterologo ed in questo caso vengono usate banche italiane. Il documento esplicativo mi-



nisteriale è molto chiaro: le staminali del sangue cordonale, come quelle del midollo osseo e del sangue periferico, sono utili con trapianto allogenico, ovvero fra donatore e ricevente diversi, contro leucemie, linfomi, ta-

lassemie, immunodeficienze e alcuni difetti metabolici. Le indicazioni all'uso autologo, cioè per se stessi, sono praticamente inesistenti e, nonostante gli annunci talvolta roboanti sulle scoperte in tema di staminali, non esistono ancora applicazioni per altre patologie, come Alzheimer o traumi spinali. Inoltre le staminali della stessa persona che si è ammala, potrebbero contenere dei precursori della malattia e facilitarne la recidiva. Nessuno poi è in grado di sapere oggi se le staminali conservate fra 20 o 30 anni abbiano conservato il loro potere biologico. Voglio concludere riportando fedelmente le conclusioni del documento del Ministero della Salute che affronta in maniera ineccepibile anche la pro-

blematica bioetica:”.....Vari autori, società scientifiche e comitati etici internazionali hanno espresso parere sfavorevole sulla conservazione autologa nel corso degli anni, scoraggiando l’istituzione di banche private a scopo di lucro e incoraggiando la donazione allogenica solidaristica in strutture pubbliche e la conservazione dedicata nei casi in cui l’evidenza scientifica abbia dimostrato un vantaggio. La conservazione autologa sovverte completamente il concetto di donazione volontaria, gratuita, anonima e consapevole, intesa come patrimonio sociale per la vita, come fondamentale elemento di consolidamento dei rapporti civili e, non ultimo, come risorsa del SSN fino ad oggi insostituibile al fine di garantire a tutti i cittadini assistiti la possibilità di fruire di determinati trattamenti terapeutici, nel rispetto dei basilari principi di equità e di pari opportunità di accesso.

Inoltre, se tutte o molte delle mamme scegliessero la conservazione autologa, si assisterebbe ad una diminuzione della disponibilità delle unità di sangue cordonale donate ad uso trapiantologico allogenico e molti bambini ed adulti in attesa di un trapianto non potrebbero trarre vantaggio da tale procedura terapeutica. È molto importante evidenziare che le mamme che, liberamente, scelgono la strada della conservazione autologa quale assicurazione biologica, devono essere in-

formate e consapevoli che, nel caso in cui il proprio figlio avesse bisogno nel corso della vita di un trapianto emopoietico, sarebbe necessario ricorrere a cellule staminali emopoietiche donate da genitori che hanno fatto una scelta diversa dalla loro. In conclusione, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ritiene opportuno e doveroso accogliere e condividere le raccomandazioni delle società scientifiche, degli esperti nella materia, nonché degli organismi di bioetica, che si sono espressi sull’argomento non raccomandando o scoraggiando la conservazione autologa del sangue cordonale.

Ritiene, altresì, che l’attuale legislazione italiana sia coerente con questa posizione e che essa sia equilibratamente rispettosa dei diritti dei cittadini, nel primario interesse di sostenere l’accesso equo e paritetico a prestazioni sanitarie appropriate e di alto valore assistenziale. Per quanto concerne la conservazione e l’utilizzo autologo del sangue cordonale, è garantito l’impegno a valutarne in prospettiva l’applicabilità, ma unicamente con riferimento ad evidenze scientifiche di elevata affidabilità e ad indicazioni cliniche appropriate”.

A questo punto a chi mi proporrà la batteria di esami finalizzata alla conservazione del proprio cordone ombelicale, saprò come rispondere.

La F.D.A. si pronuncia ancora sull’ amalgama

La Food and Drug Administration, l’agenzia U.S.A. che regola i farmaci e gli ausili terapeutici, ha riclassificato l’amalgama dentale.

La FDA era stata invitata ad un nuovo processo di valutazione da una sentenza del tribunale civile del giugno 2008, che accoglieva una richiesta presentata da un gruppo di associazioni di consumatori. Dopo una revisione di 200 studi recenti sulla tossicità dell’amalgama e dei materiali che la compongono, la FDA ha concluso che questo materiale non è tossico e che i vapori rilasciati dalle otturazioni non sono tali da comportare un pericolo per la salute. Tuttavia **questo materiale passa dalla Classe I, che indica un “ rischio basso “, alla Classe II, che indica un “ rischio moderato “.** Tale nuova classificazione consente alla FDA di imporre controlli speciali, oltre a quelli generali, sui processi di fabbricazione che si applicano a tutti i dispositivi medici.

Gli stipendi dei medici

Graziano Conti

Ho recentemente ricevuto da parte di un collega una mail relativa alla pubblicazione sui giornali dei dati di cui alla legge 18.06.09 n. 69. E' stata l'unica nota che abbiamo ricevuto sull'argomento, ma è ampiamente condivisibile e merita sicuramente un commento e qualche riflessione.

Dice il collega: *"Le invio questa e-mail per farle presente che il giorno 12.10 u.s. in quotidiano locale è stato pubblicato l'elenco dei medici dell'azienda ospedaliera con i relativi stipendi.*

Personalmente non ho nulla da nascondere al pubblico, tanto meno il mio stipendio, e non voglio in questa occasione fare alcun commento sul decreto ministeriale che ne impone tutta questa trasparenza.

Quello che mi offende è che i miei dati personali vengano divulgati spensieratamente in un organo di stampa, offrendoli tendenziosamente alle critiche e ai commenti impreparati o, peggio, pilotati della gente. Visto che il decreto Brunetta riguarda tutti i dirigenti pubblici perché sono stati pubblicati soltanto gli stipendi dei medici? perché non quelli dei funzionari della provincia e della regione, degli insegnanti, dei magistrati, di tutti gli altri enti statali?

Più di una volta, in occasione delle innumerevoli operazioni di stampa tendenzialmente denigratorie della nostra categoria, avrei voluto telefonarle o inviarle un messaggio ma il ritmo frenetico, caotico di lavoro al quale sono sottoposto non mi ha mai consentito di farlo fino ad ora.

Tra l'altro sono molto amareggiato per non aver mai assistito a interventi adeguatamente energici da parte dell'Ordine in risposta ai continui attacchi mediatici che subiamo ogni giorno.

Non sono riuscito a trovare la pagina alla quale faccio riferimento ma non credo che sia di grande difficoltà per i suoi impiegati recuperarla. Né ho avuto il tempo per ottenere una firma da parte di altri colleghi, anche se le assicuro che il risentimento è generale.

Le chiedo, e spero fortemente, che in questa occasione l'Ordine reagisca quanto prima possibile, nel rispetto ovvio delle leggi ma con la massima forza ed efficacia possibile".

Ho chiuso una volta il mio intervento ad una assemblea annuale, parafrasando una frase famosa di J.F. Kennedy: non chiedete che cosa l'Ordine può fare per voi ma che cosa voi potete fare per l'Ordine. È una cosa che mi torna in mente ogni volta che sento chiedere, di fronte a vari problemi, dai nostri iscritti che a volte confondono l'Ordine con una associazione di categoria o un sindacato: "ma l'Ordine che fa?"

In merito all'eterno problema dei rapporti con la stampa e alla "gogna mediatica" vorrei pertanto fare una premessa: al collega che si dice amareggiato per non aver mai assistito a interventi adeguatamente energici da parte dell'Ordine in risposta ai continui attacchi mediatici che la categoria subisce ogni giorno, direi che forse "il ritmo frenetico, caotico di lavoro al quale è sottoposto" gli ha probabilmente impedito di leggere i comunicati stampa, gli articoli, le dure prese di posizione che in varie e numerose occasioni hanno contraddistinto il nostro operato e che comunque sono a sua disposizione. Potremmo forse interrogarci se siano stati efficaci e a quali risultati abbiano portato, ma non che non vi siano stati.

Ci sono stati e sempre puntuali e pertinenti.

Ma veniamo all'argomento.

Nel caso specifico l'Ordine ha cominciato ad occuparsi di questo problema, prima ancora della attuale legge già nel febbraio 2008 quando l'Azienda Sanitaria locale N1. ha richiesto la situazione patrimoniale del personale dirigente.

In merito alla vicenda attuale, preso atto della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica del 17/07/09 che prevede la pubblicazione a) dei dati relativi a tutti gli emolumenti percepiti annualmente dai dirigenti, secondo le voci retributive specificate nei contratti collettivi di lavoro di ciascun comparto e nel contratto individuale, b) dei dati curriculari di tutti i dirigenti in servizio, titolari di incarichi di funzione, di staff o di studio e ricerca, c) dei riferimenti telefonici e di posta elettronica degli uffici dirigenziali. nonché gli indirizzi istituzionali della posta elettronica dei dirigenti, d) dei dati relativi ai tassi di assenza e presenza del personale, i nostri uffici, immediatamente dopo ferragosto (le prime richieste delle aziende di cui abbiamo conoscenza sono del 13/08), hanno iniziato a dare apposite informazioni a tutti i richiedenti ed abbiamo espressamente preso contatti a livello nazionale per valutare, per alcuni aspetti della legge, le ricadute ai fini della tutela dei dati personali e le eventuali violazioni.

Le amministrazioni hanno successivamente dato attuazione, nei termini previsti, alle disposizioni di legge.

Sono riuscito a reperire solo la seconda puntata dell'articolo cui fa riferimento il collega. Si tratta di una lunga lista di nomi e numeri, con la corretta evidenziazione che si tratta di stipendi lordi, ma la sanità fa notizia e i giornali non si sono lasciati sfuggire l'occasione, pubblicando dei dati che, pur ampiamente noti, perché i contratti e le tabelle stipendiali sono

a disposizione di tutti, una volta collegati con dei nominativi assumono sicuramente una valenza e un interesse diverso.

Aspettiamo che i giornali pubblichino, come detto giustamente nella mail, altri elenchi. La disposizione di legge è infatti applicabile a tutte le amministrazioni pubbliche istituti, scuole, regioni, province, comuni, istituzioni universitarie e altri enti pubblici.

Voglio chiudere con due ultime riflessioni.

La prima: a chi commenta maliziosamente queste cifre io racconto una storiella che lessi una volta su un fascicoletto di un medico svizzero. A chi si lamentava della parcella, il professionista ricordava la vicenda del meccanico che per sostituire una vite del motore di un'auto, che non funzionava, presentò un conto di 100 franchi e 5 centesimi. Alla osservazione sulla esosità del conto in funzione della prestazione e che perlomeno i 5 centesimi se li poteva risparmiare, il meccanico rispose che quello era il prezzo della vite, mentre i 100 franchi erano per sapere dove metterla.

La seconda: nello scorso numero del Bollettino ho fatto riferimento ad altri elenchi pubblicati sui siti delle aziende: quelli di chi, tra i nostri iscritti, purtroppo, non gode dei tabellari previsti dai contratti e non riceve compensi adeguati alla propria professionalità, alle proprie responsabilità e ai propri carichi di lavoro. E questa sulla giustizia e sulla equità dei trattamenti è una battaglia che questo Ordine, da anni, si trova a combattere praticamente da solo. Se i giornali avessero interesse alla qualità delle prestazioni sanitarie e alla tutela dei lavoratori sarebbe un filone sicuramente più interessante, ma anche per i colleghi strutturati e per i sindacati questa storiella dei contratti libero professionali dovrebbe costituire un momento di riflessione e di impegno.

Medicina Generale - Problematiche relative ai compensi per le sostituzioni e al regime fiscale per le attività occasionali

Accade che frequentemente, soprattutto nel periodo estivo, giovani colleghi si rivolgano agli uffici dell'Ordine per avere informazioni in merito alle tariffe per le sostituzioni dei Medici di Medicina Generale convenzionati e per chiarimenti in merito al regime fiscale e alla apertura della partita IVA.

Per quanto riguarda il primo quesito è la stessa Convenzione che fornisce una risposta.

L'allegato "C" tratta espressamente della **REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA** e stabilisce che i rapporti economici tra medico sostituto e sostituito, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. In particolare il comma 2 prevede che l'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 dell'Accordo (*si tratta della quota capitaria*).

Al medico sostituto viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti. Il comma 3 prevede che, individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre. Il comma 4 stabilisce inoltre

che ai medici sostituiti spettano i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione (*si tratta dei compensi previsti per le prestazioni aggiuntive e per le prestazioni di assistenza domiciliare nelle sue varie forme*).

L'allegato "C" è presente da vari contratti. Il testo citato è quello del previgente ACN del 23/03/2005 e non è stato modificato dall'ultima convenzione (esecutiva dal 08/09/2009), che pure ha espunto diversi allegati dal testo dell'accordo, trasferendoli al sito della SISAC. Ovviamente oltre all'aspetto economico prevede anche quali sono gli impegni del medico sostituto che, al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:

- a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli artt. 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, e di assicurarne la puntuale applicazione;
- b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
- c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituto e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
- d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.

Chiarito questo punto, per quanto riguarda l'altro quesito, in merito alla apertura della partita IVA, non possiamo non rilevare come, nel caso specifico, ci risultino pareri non univoci e indirizzi diversi in merito al numero dei committenti e all'entità dei

compensi. Riportiamo una risposta del “Sole 24 ore” ad un quesito di un collega che chiedeva di sapere se le prestazioni occasionali rese da un medico di «guardia presso strutture ospedaliere private» fossero esenti o soggette a Iva e se cambiasse il regime fiscale per importi complessivi maggiori di 5.000 euro nell’anno solare. Questa la testuale risposta: “Le prestazioni occasionali rese da un medico sono escluse dal campo di applicazione Iva per difetto del presupposto soggettivo: esercizio abituale di un’attività professionale (articolo 5 del Dpr 633/72). Se l’attività svolta è occasionale, non è necessario aprire la partita Iva e non si pone nemmeno il problema del trattamento Iva applicabile alle prestazioni effettuate: esenzione o imponibilità.

La valutazione della sussistenza dei requisiti della professionalità e della abitualità sono rimessi alla discrezionalità del medico e del suo commercialista: non esiste una soglia di compensi, superata la quale sorge l’obbligo di aprire la partita Iva. Infatti, la soglia di 5.000 euro è vincolante solo per quanto concerne gli aspetti contributivi. D’altra parte, con la risoluzione 18/E del 27 gennaio 2006 l’agenzia delle Entrate, riferendosi a una normativa di set-

tore (legge 173/2005), ha precisato che l’attività degli incaricati di vendite a domicilio è da intendere abituale e, quindi, rilevante ai fini Iva, se nell’anno solare per la stessa è percepito un reddito superiore a 5.000 euro.

Tutto ciò premesso, nel caso specifico, il limite di 5.000 euro potrebbe essere un utile riferimento. Se il medico decidesse di aprire la partita Iva, l’attività svolta come guardia medica sarebbe esente da Iva ai sensi dell’articolo 10, numero 18 del Dpr 633/72”.

Fin qui l’autorità del giornale economico. Da parte nostra dobbiamo ricordare che a volte l’amministrazione finanziaria ha interpretato diversamente il principio della occasionalità, con riferimento non al numero o all’importo delle prestazioni ma all’oggetto della professione. Se infatti per un medico può essere “occasionale” ricevere un compenso per una qualsiasi diversa prestazione come un articolo scientifico, la collaborazione ad una ricerca, la presenza ad un consiglio di amministrazione, diventa difficile sostenere che una attività sanitaria, anche se sporadica e di lieve entità economica, per la quale si deve essere iscritti all’Ordine professionale possa essere occasionale.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Stanno pervenendo da parte di numerosi iscritti quesiti in merito all’obbligo di attivazione, entro il 28/11/2009, della Posta Elettronica Certificata (PEC) per tutti i professionisti iscritti ad un Albo (D.L. 29/11/2008, n. 185). A tal proposito si comunica quanto segue:

1. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, con nota dell’ 01/10/2009, alla quale non è ancora pervenuta risposta, ha richiesto al Ministero per la Pubblica Amministrazione di procrastinare il termine di attuazione del Decreto n. 185/08 sulla PEC per i professionisti Medici e Odontoiatri;
2. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, allo scopo di realizzare economie di scala e di adottare soluzioni omogenee su tutto il territorio nazionale, ha inviato una lettera alle cinque maggiori società che gestiscono la PEC richiedendo la loro migliore offerta ai fini di un’eventuale convenzione da stipulare con la Federazione stessa, ma che vedesse quali attori principali gli Ordini Provinciali ed i rispettivi iscritti

Prevenzione e test rapidi per contrastare il contagio da Hiv

Fortunato Berardi

L'infezione da Hiv impone una rinnovata mobilitazione. È necessario contrastare i nuovi contagi, in tutte le classi di età, in tutte le categorie di popolazione ed evidenziare, tempestivamente, chi è stato contagiato, ma non ritiene di esserlo. Questo, vanno ripetendo immunologi, virologi ed infettivologi; con un appello pressante verso la popolazione e la medicina generale. La sollecitazione giunge, del tutto recentemente, da Milano, ove si è tenuta la prima conferenza dell'ICAR (Italian Conference on AIDS and Retroviruses), alla quale ha partecipato anche Luc Montagnier (Corriere Medico- 11 giugno - 2009). "Sono i contagiati, ignari di esserlo, la vera problematica degli infettivologi" (Adriano Lazzarin, primario delle malattie infettive al San Raffaele di Milano). Una stima ottimistica li indica in 50 mila, soltanto in Italia. Sono individui che potrebbero essere curati con successo se solo accedessero precocemente al test (Antonella D'Arminio Bonforte, Dir. Clinic. Malattie infettive e tropicali del San Paolo di Milano). Gli studi nazionali ed internazionali indicano che la prima causa di morte di questi soggetti Hiv positivi è sempre l'AIDS, perché le attuali terapie, pur efficaci, poco possono se la situazione generale dei pazienti è oltremodo compromessa. La peculiarità di questi soggetti è che sono eterosessuali o bisessuali, non più giovani, sempre più di frequente donne, tutti con comportamenti a rischio, precedentemente, ed il mantenimento di uno stato di benessere accettabile fino alla comparsa delle patologie conclamate. Particolare attenzione deve essere posta agli immigrati, soprattutto se provenienti da paesi ove l'infezione è

elevata e l'accesso alle terapie oneroso o difficile. Naturalmente, il contrasto deve essere sinergico, con la partecipazione del generalista, dello specialista e della stessa popolazione. Sul territorio, il medico di famiglia può sospettare od ipotizzare l'AIDS da Hiv consigliando il test in presenza, non solo di sifilide o blenorragia, ma anche di un'epatite acuta; come pure di mugghetto o mononucleosi in un paziente, del quale egli conosce l'abituale percorso sanitario. Quindi, la necessità di sollecitare e potenziare un'adeguata campagna d'informazione. L'altro versante, talora disatteso, è la prevenzione dei contagi. Il profilattico maschile protegge integralmente al 100%; quello femminile, pur disponibile, risulta non largamente utilizzato e spesso improponibile. In tutti casi, bisogna fare perno sulla consapevolezza personale e sulla responsabilità sociale; evidenziando come la terapia, attualmente, permetta una sopravvivenza praticamente normale e che il test deve essere fatto ripetutamente, anche qualche mese dopo un eventuale comportamento a rischio (Lazzarin). Lo stesso Lazzarin, del San Raffaele di Milano, ribadisce nuovamente la necessità di un test rapido, di semplice esecuzione, riducendo il contesto diagnostico burocratizzato dell'ambiente ospedaliero. Per questo, l'attenzione e l'attesa restano massime verso un test salivare; al quale, le aziende, che producono diagnostici, stanno lavorando, con l'intento di raggiungere la massima percentuale di cittadini possibile, in rapporto alle necessità attuali. Naturalmente, senza escludere la certezza dei test ematici, come opportuna convalida diagnostica.

Ipertensione arteriosa

* Fabrizio Poeta

Considerazioni generali

Il forte impatto dell'età è stato confermato nei partecipanti al Framingham Heart Study: in quelli che erano normotesi all'età di 55 o 65 anni dopo un follow-up di 20 anni, l'ipertensione si sviluppava in quasi il 90% di coloro che arrivavano a un'età di 75 o 85 anni. Con la crescita del peso corporeo di solito aumenta la pressione arteriosa (PA) e l'aumentata prevalenza del sovrappeso è probabilmente responsabile della significativa crescita della PA nei bambini e negli adolescenti degli Stati Uniti negli ultimi 12 anni (5).

Il livello di PA è di rado, se non mai, l'unico rischio ma fa quasi sempre parte di un quadro di rischio multifattoriale. Jackson et al. (3) vanno oltre, sino a raccomandare che "termini come ipertensione (e ipercolesterolemia) siano rimossi dal nostro vocabolario clinico e la prossima generazione di medici tratti il rischio, non i fattori di rischio". In maniera analoga, MacMahon et al. (4) insistono che sia utilizzato per stabilire la necessità di terapia antipertensiva il grado complessivo di rischio cardiovascolare e non il livello di PA. A partire da un'età compresa tra 40 e 69 anni, ogni aumento di 20 mmHg di PAS o di 10 mmHg di pressione diastolica è associato ad un aumento di due volte della mortalità per cardiopatia ischemica (IHD) e più di due volte per ictus. Queste differenze proporzionali di mortalità vascolare sono superiori del 50% nella decade 80-89 anni ri-

spetto a quella 40-49 anni, ma gli aumenti assoluti annuali di rischio sono notevolmente superiori nell'anziano. Non vi è evidenza di una soglia di PA che non sia direttamente correlata al rischio, fino a valori addirittura di 115/75 mmHg. Una pressione sistolica abituale più alta di 10 mmHg o una pressione diastolica abituale più alta di 5 mmHg, correla nel lungo termine con un rischio di morte superiore di circa il 40% per ictus e di circa il 30% per IHD. I dati dei partecipanti del Framingham Heart Study, sottoposti a un follow-up molto stretto, confermano un rischio aumentato di malattia cardiovascolare con livelli di PA in precedenza definiti come normali (120-129/80-84) o normali-alti (130-139/85-89), rispetto a quelli ottimali (<120/80).

I livelli di sistolica aumentano progressivamente con l'età e i soggetti anziani con ipertensione sono a maggior rischio di malattie cardiovascolari, mentre i livelli di diastolica tipicamente cominciano a scendere dopo i 50 anni. Entrambe queste variazioni riflettono l'aumento della rigidità aortica e della velocità dell'onda sfigmica, con un ritorno più rapido delle onde riflesse. Non sorprende pertanto che il progressivo aumento della pressione differenziale sia un indice prognostico di rischio cardiovascolare, dal momento che sia questo aumento sia gran parte del rischio derivano dalla stessa patologia: aterosclerosi e arteriosclerosi (2). Anche il Framingham aveva dimostrato nel 1981 il maggior valore predittivo dei livelli di sistolica per le complicanze car-

diovascolari. Attualmente, i livelli di sistolica sono ritenuti di gran lunga un miglior predittore di malattia cardiovascolare nei soggetti con età superiore a 50 anni, tanto che alcuni dubitano che a partire da questa età valga la pena misurare i livelli di diastolica (1). I ricercatori del Framingham Heart Study hanno osservato che la pressione differenziale è più predittiva del rischio di IHD della sistolica, come pure del rischio di scompenso cardiaco congestizio. Questi autori e altri esperti epidemiologi cardiovascolari sono arrivati a raccomandare la differenza invece della sistolica nel punteggio del rischio di Framingham nei soggetti di

mezza età e in quelli più anziani (6). Nei partecipanti dello studio Framingham è stato osservato con l'aumentare dell'età un graduale spostamento dalle pressioni diastolica e sistolica verso la pressione differenziale come predittore di rischio coronarico. A un'età <50 anni, la pressione diastolica era il predittore più importante di rischio di CHD. A partire da un'età compresa tra 50 e 59 anni, i tre indici erano sovrapponibili; dai 60 anni, la diastolica era considerata inversamente proporzionale al rischio, tanto che da allora l'importanza della pressione differenziale è diventata superiore a quella della sistolica.



Il JNC-7 raccomanda che la presenza di una diastolica <90 mmHg e di una sistolica ≥ 140 mmHg sia classificata come ipertensione sistolica isolata. I rischi di questi aumenti di sistolica nell'anziano sono stati chiaramente identificati, ma l'utilità della terapia nel ridurre i livelli di sistolica tra 140 e 160 mmHg nell'anziano non è stata ancora ben documentata.

Gran parte dell'ipertensione arteriosa dopo i 50 anni è costituita dall' ipertensione si-

stolica isolata (ISH). In un'analisi basata sui dati del NHANES III, Franklin et al. hanno riscontrato che l'ISH era la diagnosi nel 65% dei casi di ipertensione non controllata osservata nell'in-

tera popolazione e nell'80% dei pazienti di età superiore a 50 anni. A differenza di alcuni Autori che definiscono l'ISH come una pressione sistolica ≥ 160 mmHg, Franklin et al. si riferiscono appropriatamente a valori ≥ 140 . Tuttavia, dal momento che i pazienti più anziani sviluppano malattie cardiovascolari, la funzione della pompa cardiaca si riduce e i livelli di sistolica spesso scendono, comparendo pertanto una curva di mortalità cardiovascolare a U: la mortalità aumenta sia in quelli con pressione sistolica <120 mmHg che in quelli con pressione sistolica >140 mmHg. Analogamente, la mortalità è superiore in quelli di età ≥ 85 anni

se la pressione sistolica è <125 o la diastolica è <65 , entrambe indicative di una condizione clinica compromessa.

In soggetti di età inferiore a 45 anni l'ISH è rara, ma quella diastolica isolata (IDH) con sistolica <140 mmHg e diastolica ≥ 90 mmHg può essere rilevata nel 10% o più dei casi. In 346 soggetti con IDH seguiti per oltre 32 anni non è stato osservato alcun aumento di mortalità cardiovascolare, mentre era aumentata di 2,7 volte in quelli con aumenti combinati di sistolica e diastolica.

Altri studi hanno osservato un'analogia mancanza di aumento di rischio nell'IDH, portando Pickering a concludere che "al momento attuale sembra ragionevole non prescrivere alcun trattamento antipertensivo nei soggetti con IDH".

Quando sono state esaminate le correlazioni tra vari livelli di pressione arteriosa e rischio di avere un ictus in 450.000 pazienti seguiti da 5 a 30 anni, è emerso un chiaro aumento del rischio con l'aumentare dei livelli di pressione diastolica. In termini relativi, l'aumento del rischio era molto maggiore nel gruppo di soggetti più giovani con età <45 anni e cresceva da 0,2 a 1,9 cioè quasi 10 volte di più, rispetto all'aumento di meno di 2 volte nel gruppo di soggetti più anziani (da 10,0 a 18,4). Il rischio assoluto di ictus era tuttavia molto maggiore nell'anziano con diastolica più elevata (8,4% in più contro l'1,7% nei soggetti giovani).

Come osservato da Stamler et al., "la maggior parte delle persone di età uguale o superiore a 35 anni ha valori di pressione al di sopra di quelli ritenuti ottimali, cioè $<120/80$ mmHg; per questo motivo è a maggior rischio di malattia cardiovascolare e quindi il problema della PA coinvolge gran parte della popolazione, non soltanto la consistente minoranza con ipertensione arteriosa clinica".

I soggetti con pressione arteriosa bassa non sottoposti a terapia antipertensiva, vanno incontro a un numero minore di malattie cardiovascolari rispetto a quelli trattati. Morbilità e mortalità soprattutto da malattia coronarica, continuano a essere elevate in molti pazienti a rischio relativamente basso sottoposti a trattamento con farmaci antipertensivi, rispetto ai soggetti non trattati a parità di livelli di pressione arteriosa.

Questi dati non contrastano in alcun modo con la protezione dalle complicanze cardiovascolari ottenuta con una riduzione farmacologica efficace della pressione arteriosa nei pazienti a rischio, ma indicano semplicemente che la protezione può non essere costante o uniforme per uno o più dei seguenti motivi: 1) è stata ottenuta solo una riduzione parziale della pressione arteriosa; 2) può essere presente un danno irreversibile da ipertensione; 3) possono non essere migliorati altri fattori di rischio che accompagnano l'ipertensione; 4) possono esservi danni derivanti dall'uso di alcuni farmaci, in particolare dosi elevate di diuretici utilizzate nei primi studi riportati da Hoes et al..

In numerosi studi clinici randomizzati, controllati con placebo, il numero di pazienti la cui ipertensione è progredita da un grado iniziale meno grave a un'ipertensione più severa con valori $>200/110$ mmHg, passava da 95 pazienti su 13.389 in trattamento attivo a 1493 pazienti su 13.342 in trattamento con placebo.

Pertanto con i farmaci antipertensivi attualmente disponibili, che hanno scarsi o nulli effetti collaterali, si dovrebbe procedere alla terapia anche con livelli $<140/90$ mmHg per prevenire sia la progressione dell'ipertensione arteriosa, sia i danni degli organi bersaglio che si manifestano a livelli "normali-alti".

Chi paga per la nostra salute?

Marco Petrella

Mentre nella società italiana si fa strada l'idea che un maggior ruolo del privato nella sanità sia auspicabile, negli Stati Uniti si discute come correggere le conseguenze di una sanità tutta affidata al libero mercato, che costa troppo e produce meno salute.

E proprio dal dibattito interno al governo americano emerge una verità misconosciuta. Hanno infatti scoperto che saranno i giovani adulti a sostenere la riforma. Il motivo è semplice: questi signori attivi e in buona salute fin qui hanno potuto scommettere sulla propria salute impegnando poco o niente per pagarsi una assicurazione sanitaria; domani saranno invece costretti a contribuire in misura non proporzionale alle proprie probabilità di ammalarsi. Ne usufruiranno tutte le persone che hanno più bisogno di cure e quelli, tra i più giovani, meno fortunati che andranno incontro ad un incidente o ad una patologia imprevista. Per gli americani è una scelta da compiere, lontana evidentemente dal loro spirito, per noi è una soluzione ovvia ma altrettanto misconosciuta. Quando uno di noi sta veramente male o subisce un trauma importante e perciò finisce in ospedale, chi paga tutte le attrezzature, i materiali a perdere, i farmaci, le analisi e i

professionisti che si alternano intorno al suo letto?

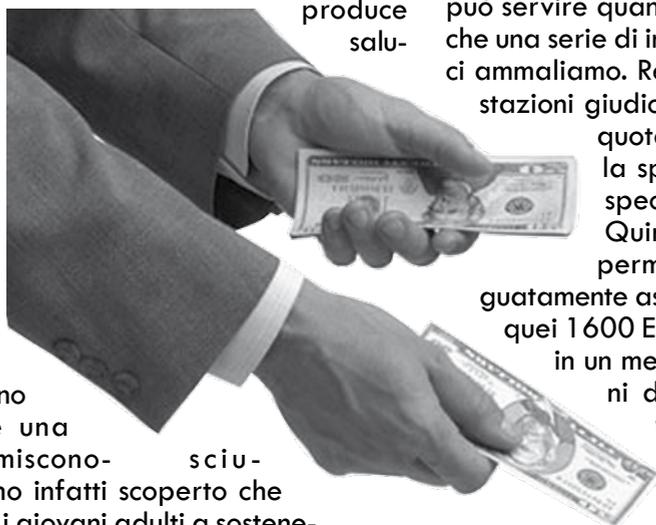
Sanno i cittadini quanto riceve ogni USL dell'Umbria per assistere ognuno di noi nel corso di un anno? Circa 1600 Euro a testa. Questo comporta per la USL il compito di assicurarci tutto quello che ci può servire quando stiamo male, ma anche una serie di interventi per evitare che ci ammaliamo. Restano fuori alcune pre-

stazioni giudicate poco efficaci e una quota di partecipazione alla spesa per analisi e visite specialistiche ambulatoriali. Quindi, quale meccanismo permette che si possa ade-

guatamente assistere tanti pazienti che quei 1600 Euro li consumano magari in un mese, se non in pochi giorni di ricovero? Lo permet-

te la solidarietà, cioè la partecipazione di tutti i cittadini, attraverso le tasse, quindi in pro-

porzione a ciò che guadagnano, e soprattutto il contributo dei cittadini sani, in gran parte giovani, tra questi la gran parte degli immigrati, che di quei 1600 Euro non consumano spesso neanche un euro (seppure anche per loro campagne preventive e di informazione siano spesso attuate con un qualche costo). Io non ho esperienza nel campo, né sono un economista sanitario, ma mi piacerebbe una discussione su quanto ci costerebbe oggi una vera assicurazione sanitaria, e non di quelle che oggi ci propongono, rimandando per la gran parte dei problemi al sistema pubblico. Per noi medici difendere la sanità pubblica non può essere solo difendere il proprio posto di lavoro: dobbiamo tornare a dimostrare che è il modo migliore per difendere la salute e il portafoglio di tutti.



Sterilità di coppia : una condizione in continua crescita che necessita di un percorso assistenziale integrato

* F. Tiziani, N. Barnocchi, M. Mariani, S. Pizzasegale, M. Proietti, G.F. Brusco

Il numero di coppie incapaci di avere prole è considerevole, oggi si calcola che tale problematica, secondo OMS colpisca, nei paesi industrializzati come l'Italia il 15-20% delle coppie. Una coppia fertile con un'età media di 20 anni, che abbia una regolare attività sessuale, ha ogni mese una possibilità su quattro di concepire, ciò significa che circa nove coppie su dieci che tentano una gravidanza riusciranno a concepire nell'arco di un anno. Nonostante un così grande numero, però, la sterilità resta un problema individuale, che la coppia vive in solitudine, spesso senza parlarne neanche con i parenti più stretti o con i propri genitori. La sofferenza e la disperazione che la mancanza di un figlio può arrecare sono notevoli.

Le coppie si rivolgono al loro medico curante e/o ad uno specialista per un trattamento mirato, altre volte si rivolge in prima istanza ad un centro di sterilità. La sterilità è definita come l'incapacità a concepire dopo un anno di rapporti sessuali non controllati da metodi contraccettivi, anche se nella realtà giungono alla nostra osservazione coppie dopo appena pochi mesi di tentativi, ma con l'ansia di chi vive lo stesso problema da molti anni. La mancata insorgenza di gravidanza può essere suddivisa in : sterilità primaria dove non si è mai verificato un concepimento e sterilità secondaria dopo uno o più concepimenti. Gli accertamenti richiesti dallo specialista possono in molti casi individuare la probabile causa di sterilità ma nel 20-25% delle coppie non si evidenziano cause che possano spiegare la patologia riproduttiva. Le statistiche

dimostrano una responsabilità maschile e femminile del 40%, mentre nel 20% patologie di entrambi i partners. Cause di sterilità maschile: pre-testicolari: ambientali, professionali, iatrogene, diabete mellito, distiroidismo. Ipotalamiche :sindrome di Kallmann, ipogonadismo, iperprolattinemia .Psicologiche: intossicazioni da droghe, alcol, sostanze chimiche. Testicolari: sindrome di Klinefelter , sindrome delle sole cellule del Sertoli, criptorchidismo, neoplasie, varicocele, torsione del funicolo spermatico, trauma. Post-testicolari: ostruzioni acquisite delle vie seminali, infezioni delle ghiandole accessorie: uretrite, prostatite, epididimite, orchite, eiaculazione retrograda (iatrogena, danno midollare, neuropatia diabetica). Cause di sterilità femminile : ormonali: i follicoli possono non svilupparsi o può non verificarsi la liberazione dell'ovocita (ovulazione). tubariche: le tube uterine possono essere danneggiate o ostruite, il che impedisce l'incontro tra ovocita e spermatozoo. Endometriosi: in cui la mucosa uterina invade e danneggia i tessuti vicini coinvolti nella riproduzione. Anomalie dell'utero. Presenza di anticorpi antispermatozoo nelle secrezioni genitali femminili. Altri fattori etiologici: agenti chimici, inquinamento ambientale, fumo, abitudini alimentari, fattori psico-emozionali, condizionamenti sociali, legati alla nuova posizione della coppia nel contesto della vita lavorativa, economica, con un orientamento di programmazioni riproduttive in epoca più tardiva rispetto alle generazioni passate.

Dal tipo di sterilità che si è potuto diagnosticare mediante gli accurati e delicati

Dall'azienda ospedaliera

accertamenti dipende la scelta terapeutica che deve essere mirata alla risoluzione del problema, solo in caso di fallimento di tutte le possibilità naturali e fisiologiche o quando l'età non permette l'attesa oltre certi limiti, la fecondazione assistita può essere d'aiuto in molte di queste condizioni, in considerazione anche del fatto che cicli ripetuti di trattamento possono produrre una fertilità prossima ai livelli fisiologici.

Nonostante l'importanza assunta dalla medicina riproduttiva e nonostante i notevoli progressi fatti in diagnostica e terapia, esiste spesso una enorme difficoltà dal punto di vista clinico e psicologico nell'approccio alla coppia sterile. Per i medici specialisti nel settore, per i medici di medicina generale, per le ostetriche per le stesse donne il percorso assistenziale alle coppie con problemi di sterilità risulta spesso intricato e a volte poco comprensibili i collegamenti fra medici di medicina generale, consultori fa-

miliari e i centri di riproduzione. Proprio per tale motivo nel novembre 2008 il Dr. G.F. Brusco Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per la Procreazione Medicalmente Assistita dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha organizzato un convegno dal titolo "La Fecondazione assistita in Umbria" diviso in due sessioni, la prima dedicata ai risultati relativi all'anno 2008 e la seconda finalizzata a tracciare un percorso guida che permettesse ai medici di medicina generale e ai specialisti dei centri di sterilità e consultoriali un metodo di approccio alla coppia univoco e coerente con l'obiettivo di fornire una continuità assistenziale che risponda a tutte le problematiche di ordine clinico, economico, psicologico e morale. Solo in tal modo, a nostro avviso, si potrà avere un percorso assistenziale garantito dall'integrazione fra medici di medicina generale, operatori dei consultori familiari e operatori dei centri di sterilità.

Riflessioni ad alta voce

Diabete, medicina generale e "ambulatorio dedicato" esigenza organizzativa o scelta ideologica?

* Paolo Papi

La lettura "comparata" delle due esperienze relative alla gestione del paziente diabetico a livello territoriale da parte di due consolidate Medicine di Gruppo, una già esperita e l'altra in corso di attuazione, comparse nel N° 3, 2009 del Bollettino, si presta ad alcune considerazioni. Ambedue fanno riferimento ai medesimi documenti nazionali e regionali (vedi *Bibliografia*) finalizzati al miglioramento del trattamento della malattia diabetica e delle sue complicanze e al modello operativo della *medicina di iniziativa* e testimoniano la necessità di ridisegnare, a livello della medicina di base, le modalità di lavoro e gli assetti organizzativi

alla luce di mutati bisogni di salute. Nonostante vi sia una profonda differenza nel linguaggio utilizzato nella narrazione, tanto da far sospettare una difforme impostazione culturale con una maggiore attenzione alla malattia diabetica nel primo caso e alla persona malata nel secondo, sicuramente le due esperienze giungeranno a risultati comuni, condivisi e confrontabili. Entrambe prevedono, come momento organizzativo all'interno delle rispettive Medicine di gruppo, l'"Ambulatorio dedicato" ed è su questo che vorrei soffermarmi.

Se una tale logica si estendesse ad altre patologie e/o problemi di salute, come di

* Medico di Famiglia

fatto già avviene in alcuni casi (vedi Trattamento Anticoagulante Orale), saremmo di fronte ad una riproduzione di uno schema organizzativo di tipo specialistico che trova giustificazione tecnico-scientifica ed organizzativa in un contesto ospedaliero o poliambulatoriale, ma che a livello dell'Assistenza Primaria si connoterebbe di valenze ideologiche e culturali che lasciano riflettere. Vi è, inoltre, il ragionevole timore che quella che potrebbe sembrare una razionalizzazione organizzativa richieda un impegno orario non indifferente che andrebbe ad aggiungersi al non poco lavoro giornaliero, comunque non eliminabile né riducibile, e l'onere sarebbe ancor più penalizzante per quei medici che continuano, volenti o nolenti, a lavorare individualmente. Nella ripartizione dei compiti e in una organizzazione di tipo specialistico per patologia vi è, inoltre, il pericolo di far transitare e consolidare negli utenti modelli culturali di salute che hanno nella malattia il loro fulcro e nelle "illimitate possibilità della scienza" la soluzione. L'HbA1c, l'LDL, l'HDL, il COL. TOT., la MICRO ALB., la P.A., il BMI, e così via, diventerebbero l'orizzonte di riferimento. **In una cultura della salute che nella complessità trova le sue ragioni d'essere e che difficilmente è semplificabile in numeri, si possono anche tollerare "VALORI FUORI NORMA"**. Questo è particolarmente vero se l'obiettivo finale è quello di modificare lo stile di vita del P.te diabetico, far transitare l'idea di una accettazione della malattia e, sopra tutto, renderlo autonomo nella sua gestione e consapevole di quanto deve fare per la sua salute o, come nel caso delle persone anziane, perseguire una qualità della vita accettabile e sostenibile tra le molteplici patologie presenti. E' fuori dubbio che una medicina di iniziativa comporti la necessità di una razionalizzazione scientifica, organizzativa e metodologica con scelte comuni e condivise da più soggetti, con ripartizione di compiti, individuazione di spazi e momenti dedicati senza per questo, però, dover esitare in una impostazione

specialistica. **Il Medico di Assistenza Primaria è di per se un eccellente specialista nel suo ambito ed è proprio nella visione olistica dei problemi di salute e nell'approccio integrato che risiede la sua grande competenza professionale.** Nella travagliata stesura di questo contributo, preventivamente sottoposto alla critica severa di amici e colleghi, sono stato ulteriormente sollecitato a riflettere sulle mie posizioni da un'inattesa proposta di lavoro formulata da una Dietista che ha avanzato l'ipotesi di attivare un "Consultorio diabetologico". A questo punto la quadratura del cerchio sembrava impossibile. Come coniugare le mie convinzioni culturali con un richiamo così evidente alla malattia? e nello stesso tempo provare disagio nel negare ciò che invece potrebbe aggiungere qualità all'offerta all'utenza? Dopo lungo rimuginare la soluzione è sembrata delinearsi in un distinguo terminologico: *ambulatorio* non è equivalente di *consultorio*. Distinzione che implica obiettivi, contenuti e metodi di lavoro assolutamente differenti. **Consultorio dedicato**, quindi, con la finalità di affrontare gli aspetti legati al counseling necessario ed indispensabile per le persone portatrici di malattie croniche e organizzato sia su convocazione individuale che in momenti di ascolto e di crescita culturale per gruppi di utenti. Non ho motivo di dubitare che anche i Colleghi protagonisti delle sopra menzionate esperienze questo hanno fatto o questo sono in procinto di fare. Ma anche le parole contano altrimenti non frammenteremmo il nostro lavoro quotidiano in medicina di attesa, di opportunità, di iniziativa e così via se non volessimo dimostrare la versatilità, la qualità e la complessità di ciò che facciamo. *Rimane il problema, di non poco conto, del tempo e delle risorse necessarie.* Se si analizzano con attenzione i documenti citati si scopre che la centralità nella gestione della malattia diabetica è, come del resto è inevitabile che sia, in mano al Medico di Famiglia e la difficoltà è proprio quella di coniugare le esigenze scienti-

Riflessione ad alta voce

fiche e protocollari dalle quali, con tutti i limiti sopra menzionati, non possiamo prescindere, con l'ergonomia, concetto non trascurabile per una professione a tempo pieno come la nostra. Ben venga quindi la molteplicità delle proposte organizzative ma non si può prescindere, e lo ribadisco fermamente, da un **approccio globale ai problemi di salute e alla persona** senza nulla togliere alle esigenze scientifiche, statistiche e contrattuali. Ed allora focalizzare l'attenzione su alcuni elementi base come: **una rigorosa e rispettosa divisione dei compiti tra MMMG e Centri Diabetici** garantita, del resto, dalle linee guida e dai protocolli già esistenti (*forse non da tutti adeguatamente conosciuti*); **una semplificazione dei dati da raccogliere; un agile e fruibile sistema gestionale informatizzato; una formazione in servizio continua, un sistema di rilevamento, monitoraggio e supporto tecnico da parte delle ASL**, garantirebbe la qualità delle prestazioni alla persona e risponderebbero alle esigenze scientifiche, epidemiologiche e burocratiche lasciando spazio ed energie per tutte quelle iniziative finalizzate a diffondere e consolidate negli utenti non già un modello organicistico della salute ma quello della prevenzione e della sua promozione. **Tale modalità di lavoro sarebbe inoltre fruibile anche dai Medici di famiglia non organizzati in gruppo i quali potrebbero comunque confrontare i loro dati e i risultati raggiunti all'interno dell' Equipe Territoriale o dell'ASL di appartenenza.** Risultato non trascurabile se, come è prevedibile e auspicabile che sia, la gestione ottimale dei pazienti diabetici sarà tra gli obiettivi remunerati nei prossimi Contratti Aziendali. Non possiamo però dimenticare, a tale proposito, che oltre il 60% dei MMMG umbri non sono ancora informatizzati e che una simile impostazione del lavoro richiederà la raccolta di una consistente mole di dati e il loro invio alla ASL e quindi un lavoro burocratico non indifferente. Vi è il ragionevole sospetto che solo una sparuta

minoranza riuscirà a dimostrare il lavoro svolto anche se non vi è motivo di dubitare che la stragrande maggioranza dei Medici di Famiglia seguono attentamente e scrupolosamente i propri pazienti diabetici, così come già avviene per il TAO e per tutto il resto. **Sarebbe auspicabile, quindi, uscire dalla logica delle sperimentazioni per abbracciare una visione di "Sistema" comune e condivisa da tutti e per tutti e che siano previste da parte dell'Azienda adeguate risorse per sostenere una tale modalità di lavoro. Le ASL hanno il dovere di mettere tutti i MMMG nelle stesse condizioni di operatività** fornendo, inoltre, assistenza e formazione adeguata in quegli ambiti dove, onore al merito, alcune soft-house sono già operative. Un tale ruolo può essere svolto dal Servizio Informativo Aziendale in collaborazione con il Settore formazione. Ma l'informatizzazione dello studio medico ha dei costi rilevanti ed i Medici di Famiglia non possono essere ulteriormente penalizzati per l'eccellenza che offrono.

Bibliografia

- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007- Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.
- Progetto IGEA – "Gestione integrata del Diabete Mellito di tipo 2 nell'adulto", Istituto Superiore di Sanità.
- "Progetto Umbria Diabete", Piano Sanitario Regionale 2003-2005 - Regione Umbria.
- "Azioni di Piano sul Diabete Mellito", Piano Attuativo Locale 2004-2006 ASL 2 , Regione Umbria.
- "Linea Guida Diagnostico – Terapeutica Diabete Mellito d Tipo 2 - 1° revisione 2005", USL 2 - Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria
- "Il percorso del paziente con Diabete Mellito di Tipo 2 nell'Azienda ASL 2 dell'Umbria", Delibera n° 451 del 30 luglio 2006.

Farmaci per la cessazione dall'abitudine al fumo

a cura di Massimo Sorbo

Recentemente la U.S. Food and Drug Administration (FDA) ha disposto che i produttori dei due farmaci più efficaci per la disassuefazione dal fumo di sigaretta, il bupropione e la vareniclina, aggiungano sulle etichette e nei foglietti illustrativi una speciale avvertenza riguardante il rischio di sintomi psichiatrici e di suicidio (FDA 1 luglio 2009).

L'uso del bupropione da uno studio randomizzato è risultato efficace nel mantenere la cessazione dal fumo di sigaretta a sei mesi, nel 35% dei casi, e nel gruppo utilizzato in associazione a terapia sostituti-

tiva con nicotina tale percentuale è salita al 39%. I più frequenti effetti collaterali sono stati l'insonnia e la secchezza delle fauci, mentre l'aumento di peso è stato inferiore a quello osservato con placebo. La vareniclina è considerata il farmaco più efficace disponibile per il trattamento della dipendenza da tabacco e in uno studio nel quale è stata somministrata per dodici settimane nei successivi tre mesi i tassi di astinenza dal fumo sono stati del 50% con placebo e del 71% con il farmaco. Gli effetti indesiderati più frequenti sono stati nausea, disturbi del sonno, cefalea, stipsi, vomito, flatulenza e xerostomia. Dopo l'immissione in commercio della vareniclina (fase post-marketing), sono stati se-

gnalati eventi quali agitazione, ostilità, umore depresso, ideazione e comportamenti suicidari.

Dal 1 luglio 2009, secondo quanto comunicato dalla FDA americana, sono stati segnalati 98 suicidi tra i pazienti trattati con vareniclina e 14 suicidi tra quelli che avevano assunto bupropione.

Conclusioni

La vareniclina e il bupropione sono entrambi efficaci nel trattamento della dipendenza da fumo di sigaretta; la prima è più efficace ma il secondo ha il vantaggio di attenuare l'aumento di peso che spesso si accompagna alla cessazione



dell'abitudine al fumo.

Le nuove avvertenze della FDA non dovrebbero dissuadere i Medici dal prescrivere tali farmaci, ma solo monitorare con più attenzione tali pazienti. anche attraverso un'anamnesi precisa sulla presenza di eventuali sintomi psichiatrici o pensieri autolesionisti, in particolare in quei soggetti con precedenti di tipo psichiatrico.

Bibliografia

- The Medical Letter
XXXVIII, 20:83

Ipotiroidismo e gravidanza

* Cristina Fatone, Efisio Puxeddu

La condizione di ipotiroidismo in corso di gravidanza ha una prevalenza minore rispetto a quella rilevata nella popolazione generale; si stima una prevalenza dell'ipotiroidismo franco dello 0,3-0,5% e dell'ipotiroidismo sub-clinico del 2-3%. La riduzione della prevalenza è spiegabile dalla ridotta fertilità indotta da questa condizione e dal fatto che la patologia ipotiroidica è più frequente dopo la quarta decade di vita. Nonostante ciò essa deve essere tenuta nella dovuta considerazione per le conseguenze negative che può avere sul benessere materno-fetale. Le due principali cause di ipotiroidismo in gravidanza sono la tiroidite autoimmune cronica, nella sua variante con gozzo (tiroidite di Hashimoto) o con atrofia ghiandolare (tiroidite atrofica), e l'ipotiroidismo iatrogeno (da terapia radiometabolica per morbo di Basedow e secondario ad intervento di tiroidectomia totale); altre forme di tiroidite (ad esempio la tiroidite subacuta con ipotiroidismo transitorio), l'agenesia o aplasia ghiandolare, l'uso di sostanze come il litio, i farmaci antitiroidei e lo iodio farmacologico, sono invece cause più rare. E' bene infine ricordare che la grave carenza iodica alimentare costituisce la causa più importante di ipotiroidismo, in centinaia di milioni di persone dei paesi del terzo mondo.

La gravidanza è caratterizzata da un aumentato carico funzionale tiroideo, fattore che può aggravare un ipotiroidismo sub-clinico o franco pre-esistenti o che può slatentizzare un disordine autoimmune asintomatico. Le alterazioni fisiopato-

logiche del metabolismo degli ormoni tiroidei tipiche della gravidanza riguardano il rapido incremento delle concentrazioni di TBG (Thyroid Binding Globulin) nella prima metà della gestazione (con riduzione della frazione di ormone tiroideo circolante libero, biologicamente attivo), l'aumento del volume di distribuzione degli ormoni tiroidei (per incremento del volume plasmatico epatico, vascolare e feto-placentare) e del loro passaggio e metabolismo placentare (attività desiodasica placentare), soprattutto nella seconda metà; vi è inoltre un fabbisogno più elevato di iodio, per l'aumentata velocità di sintesi degli ormoni tiroidei, per l'aumentata clearance renale e per il trasferimento all'unità feto-placentare di questo oligoelemento. Infine, nel corso del primo trimestre, la gonadotropina corionica, caratterizzata da un'elevata affinità strutturale con il TSH, dimostra un'attività tireostimolante, che tende ad aggravare il carico di lavoro ghiandolare.

La diagnosi di ipotiroidismo in gravidanza è determinante e dovrebbe essere il più precoce possibile, al fine di ridurre il tasso di morbilità materno-fetale ad esso correlato. Le complicanze più frequenti di questa condizione, se non riconosciuta, sono la poliabortività, l'ipertensione gravidica (con o senza preeclampsia), il distacco di placenta, l'emorragia post-partum; le più importanti sequele fetali di un ipotiroidismo non trattato sono il basso peso alla nascita, un parto pretermine, l'elevato rischio di distress respiratorio alla nascita, l'aumentato tasso

* Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Perugia

di mortalità intrauterina, malformazioni congenite e anomalie dello sviluppo cerebrale e neuro-intellettivo. Quest'ultimo aspetto è stato molto studiato e numerosi lavori scientifici hanno evidenziato una significativa compromissione dello sviluppo neuropsichico nei bambini nati da madri che durante la gestazione presentavano un ipotiroidismo non trattato o bassi valori di T4, come conseguenza di un insufficiente apporto iodico. Ovviamente le conseguenze fetali sono tanto più drammatiche quanto più precocemente si sviluppa il deficit della funzione tiroidea materna; nei primi mesi della gestazione infatti, la tiroide del feto non è funzionante e quindi non è capace di garantire un'adeguata sintesi degli ormoni tiroidei, ma anche nella seconda metà della gravidanza la T4 materna contribuisce, almeno in parte, al mantenimento del pool ormonale tiroideo fetale. Fortunatamente ad oggi, è ben dimostrato come tutte le sequele correlabili ad una condizione di ipotiroidismo materno non trattato, possano essere prevenute con una adeguata terapia sostitutiva (con L-Tiroxina) e un'opportuna supplementazione di iodio alimentare (220-250 µg al dì) dove necessario. Anche l'infertilità ed il rischio di aborto spontaneo nelle donne affette da una patologia tiroidea autoimmune asintomatica (caratterizzata almeno all'inizio della gravidanza da eutiroidismo) possono essere significativamente ridotti, con la somministrazione di una terapia ormonale a dosi opportune.

Il riconoscimento della condizione di ipotiroidismo si basa su una accurata raccolta di dati anamnestici, clinici e di laboratorio. Non ci sono sintomi clinici patognomonici di ipotiroidismo in gravidanza: l'astenia, l'intolleranza al freddo, la cute secca, la perdita di capelli, sono tutte manifestazioni suggestive di ipotiroidismo, che può presentare anche una ge-

stante non ipotiroidica. Per questo motivo, l'incremento sierico del TSH resta l'indice più sensibile e specifico per la diagnosi di ipotiroidismo primitivo in gravidanza. La misurazione del TSH dovrebbe essere effettuata nel corso della prima visita, in tutte le gestanti con familiarità per tireopatie autoimmuni o ipotiroidismo, storia personale di tireopatie pregresse, positività di anticorpi o rilievo di gozzo, diabete mellito di tipo 1 o altre patologie autoimmuni, assunzioni di farmaci ad azione tiroidea (litio, antitiroidei e amiodarone). Il rilievo degli anticorpi anti-TPO e anti-Tireoglobulina per la diagnosi di tireopatia autoimmune quale causa di ipotiroidismo, non ha una specificità assoluta, anche se importante. Gli anticorpi anti-TPO sono positivi nel 60-95% dei casi (nel 90% dei casi di ipotiroidismo franco e nel 58-60% dei casi di ipotiroidismo sub-clinico), mentre gli anti-Tg in poco più del 50% dei casi di tireopatia autoimmune. Quindi in una minoranza di pazienti con tiroidite di Hashimoto o atrofica, questi anticorpi possono essere a basso titolo o indosabili. Anche gli anticorpi diretti contro il recettore per il TSH, con azione bloccante l'effetto biologico sulla cellula tiroidea, sono presenti nel siero del 20-30% dei pazienti con tiroidite atrofica e hanno pertanto lo stesso valore diagnostico. L'ecografia tiroidea infine consente di definire ancora meglio il quadro di ipotiroidismo da un punto di vista eziologico.

La terapia sostitutiva con L-Tiroxina durante la gravidanza si pratica in modo molto simile a quanto definito per la popolazione generale. Il farmaco di scelta per il trattamento sostitutivo dell'ipotiroidismo è il sale sodico della L-tiroxina. Ma in gravidanza bisogna ricordare che: in assenza di controindicazioni (patologie cardiache note), è consigliato raggiungere lo stato di eutiroidismo nel più breve

Linee guida

tempo possibile, con immediata somministrazione della dose piena di LT4; la dose sostitutiva in gravidanza è maggiore che nel periodo pre e post-gravidico;

l'adeguatezza della terapia sostitutiva va controllata frequentemente (ogni 30-40 gg se necessario);

il limite superiore del range di normalità del TSH è più basso rispetto a quello riferibile alla popolazione generale (2,5 μ UI/ml nel 1° trimestre e 3 μ UI/ml nel 2° e 3° trimestre).

Nell'ipotiroidismo diagnosticato per la prima volta in gravidanza, è necessario avviare immediatamente la terapia sostitutiva con L-T4 a dose piena, con l'obiettivo di ridurre il TSH $<$ 2,5 μ UI/ml (o $<$ 3 μ UI/ml); la posologia è circa 1,9 μ g/Kg/die (in caso di ipotiroidismo da tireopatia autoimmune). TSH e FT4 vanno quindi ricontrrollati entro 1 mese poi, ogni 4-8 settimane, in base alla stabilità dei valori.

Nelle pazienti con patologia tiroidea nota, già in fase di programmazione di gravidanza, è bene adeguare la posologia della tiroxina in atto, al fine di ridurre il TSH $<$ 2,5 μ UI/ml; il dosaggio richiesto di L-tiroxina è 1,7-2 μ g/Kg/die e arriva a 2-2,4 μ g/Kg/die nelle gestanti tireoprive. All'accertamento della gravidanza, è bene eseguire TSH e FT4 ed incrementare subito la posologia della LT4 (indicativamente del 30% in caso di ipotiroidismo autoimmune e del 40% in caso di atireosi).

Può essere utile seguire questo schema per adeguare correttamente la posologia, sulla base dei valori di TSH rilevati:
 TSH 5-10 μ UI/ml: aumentare LT4 di 25-50 μ g/d
 TSH 10-20 μ UI/ml: aumentare LT4 di 50-75 μ g/d
 TSH $>$ 20 μ UI/ml: aumentare LT4 di 75-100 μ g/d

Quindi, monitorare TSH e FT4 ogni 4 settimane in caso di instabilità dei livelli ormonali o modificazioni della posologia e poi ogni 2 mesi.

Le pazienti con tireopatia autoimmune in eutiroidismo, hanno un alto rischio di sviluppare ipotiroidismo nel corso della gravidanza e pertanto vanno monitorizzati ogni mese TSH e FT4 oppure va iniziato in via preventiva un trattamento con LT4 per il periodo della gestazione.

A tutte le pazienti va infine ricordato di evitare l'assunzione contemporanea di L-Tiroxina insieme a ferro, calcio, soia, inibitori di pompa protonica perché ne riducono l'assorbimento.

Al termine della gravidanza la dose di L-Tiroxina può essere riportata ai livelli pre-concepimento nella maggior parte delle pazienti.

Bibliografia

- Mestmann JH, et al. 1995. Thyroid disorders of pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 24:41.
- Roti E. et al. 1996. Management of hyperthyroidism and hypothyroidism in the pregnant women. *J Clin Endocrinol Metab.* 81:1679.
- Haddow JE et al. 1999. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med.* 341:549-55.
- Abalovich M. Et al. 2007. Clinical Practice Guideline Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 92: S1-S47.

Intervista ai ricercatori dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università di Perugia

a cura di Fausto Santeusano

Recentemente sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista *Lancet* ("Usual versus tight control systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension - *Cardio-Sis*; 374, 525-533, 2009) i risultati di uno studio multicentrico italiano che ha dimostrato per la prima volta come il controllo rigoroso rispetto a quello usuale della pressione arteriosa sistolica è efficace nella prevenzione delle sequenze cardiologiche anche nei soggetti ipertesi non diabetici.

Nella organizzazione e conduzione dello studio hanno svolto un ruolo principale tre ricercatori di Perugia, il dott. Paolo Verdecchia ed il dott. Fabio Angeli, della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale S. Maria della Misericordia, ed il dott. Gianpaolo Reboldi del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Perugia. Ad essi abbiamo rivolto alcune domande per illustrare il significato dello studio e l'importanza dei risultati ottenuti.

Come e perché è stato ideato lo studio? Nonostante le principali linee guida internazionali sulla diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa concordino nell'indicare nei 140/90 mmHg gli ob-

iettivi pressori da raggiungere nei pazienti ipertesi non diabetici (e 130/80 mmHg nei pazienti diabetici), non esiste alcuna evidenza, derivata da studi controllati e randomizzati, che supporti questi valori. In pratica, la decisione (non di poco conto) di far scendere la pressione

sistolica al di sotto dei 140 mmHg (o di 130 mmHg nei diabetici) è una raccomandazione "per consenso" promulgata da alcuni esperti e derivata da analisi retrospettive di studi clinici con-

dotti originariamente per confrontare tra di loro diversi trattamenti farmacologici e non specifici obiettivi terapeutici.

Perché ai ricercatori di Perugia è stato assegnato un ruolo preminente nella conduzione dello studio?

Perché lo studio è nato proprio da una nostra iniziativa, sostenuta dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, dalla Fondazione Umbra Cuore e Ipertensione "ONLUS" e, con molta generosità, da alcune Aziende Farmaceutiche. Il ruolo delle Aziende Farmaceutiche è stato fondamentale, di grande lungimiranza e valore etico, anche perché queste Aziende non hanno avuto alcun ruolo nella sperimentazione e nessun "torna-



L'intervista

conto” sui propri prodotti. Insomma, ancora una volta sono stati i privati, e non la Struttura Pubblica, a finanziare una ricerca di tipo etico.

Quali sono stati gli obiettivi raggiunti?

In sintesi, la ricerca ha dimostrato che un controllo aggressivo della pressione sistolica (obiettivo: ridurla al di sotto dei 130 mmHg) induce un minor rischio di ipertrofia ventricolare sinistra (ci è noto il significato prognostico avverso), ed anche di complicanze cliniche cardiovascolari maggiori (infarto miocardio, ictus cerebrale, rivascolarizzazione miocardia, fibrillazione atriale, etc), rispetto ad un controllo meno aggressivo (obiettivo: ridurla “solo” al di sotto dei 140 mmHg).

Qual è l'impatto dei risultati ottenuti nella pratica clinica?

L'impatto è, se ci pensiamo bene, notevole. Nei pazienti ipertesi non diabetici dobbiamo cercare di ridurre la pressione arteriosa sistolica al di sotto dei 130

mmHg, e non dei 140 mmHg come ora siamo abituati a fare.

Dobbiamo riconsiderare gli obiettivi ideali dei valori di pressione arteriosa nella popolazione generale?

Lo studio Cardio-Sis non è stato eseguito nella popolazione generale, ma in pazienti con diagnosi già nota di ipertensione arteriosa, che nonostante un trattamento in atto avevano ancora una pressione sistolica > 150 mmHg. Questi pazienti avevano anche un'età > 55 anni e almeno un fattore di rischio aggiuntivo. È a questo tipo di pazienti, non ad altri, che si applicano le conclusioni dello studio.

Si prevedono altri studi a completamento di quello ora pubblicato?

Magari! Stiamo infatti disperatamente cercando i finanziamenti necessari per intraprendere uno studio ben più vasto (almeno 6000 pazienti), che confermi ed estenda questi risultati su più vasta scala. Ma non sarà impresa facile.

Rinviati gli studi di settore

La Commissione Esperti degli Studi di Settore, in una recente riunione, ha rinviato l'approvazione della revisione degli Studi stessi.

Accolta, quindi, la richiesta avanzata dall'ANDI ed inviata qualche settimana prima.

La Commissione motiva la decisione ritenendo che **“... il percorso di revisione, portato avanti nel 2009, pur essendo stato molto approfondito, è stato anche fortemente innovativo, soprattutto dal punto di vista metodologico. Proprio da ciò nasce da parte di dette Associazioni la richiesta di ulteriori approfondimenti. Va altresì ricordato che è fondamentale che gli Studi consentano al maggior numero possibile di contribuenti di riconoscersi nei risultati degli stessi, anche in riferimento al 2009 “.**

“ Le motivazioni del rinvio – sottolinea la Segreteria Sindacale Nazionale ANDI – fanno proprie le osservazioni della nostra Associazione, in merito alla necessità di **recepire le ricadute della crisi economica** in atto e le indicazioni provenienti dai dati delle dichiarazioni 2008 (Unico 2009). Ciò, non solo per gli Studi “ in evoluzione “” come il nostro, ma anche per i restanti Studi di Settore applicabili al periodo di imposta 2009 “

L'enuresi notturna: conoscere ed affrontare il problema.

* Salvatore Maffei

L'enuresi notturna (EN) è il ripetersi involontario di atti minzionali completi durante il sonno in bambini di età > 5 anni. Secondo la definizione dell'International Children Continence Society (ICCS) è *l'incontinenza intermittente durante il sonno in un bambino di 5 anni di età* (1).

È un disturbo che interessa il 10% dei soggetti in età scolare ma un gran numero di casi non emerge dal momento che genitori e bambini tendono a nascondere o minimizzarlo.

È invece necessario portare alla luce ed affrontare il problema per due ordini di motivi:

1) se il disturbo persiste oltre un'età di 6-7 anni può condizionare pesantemente la vita dei piccoli affetti da EN e creare turbative al normale sviluppo psico-emotivo con depressione, deficit dell'autostima e senso di inadeguatezza in una fase in cui la loro personalità si sta strutturando.

2) dal momento che un trattamento adeguato risolve radicalmente il problema nei soggetti senza alterazioni anatomiche del basso tratto urinario *ma non nei soggetti che invece le presentano*, iniziare la terapia ed effettuare un attento follow-up è la pratica più corretta per individuare i soggetti "non responders" da sottoporre ad esami di secondo livello (ecografia renale e vescicale prima di tutto).

L'EN è più frequente nei maschi con un rapporto di 2:1 (2).

L'EN viene distinta in:

- *primaria* (senza periodi asciutti) e *secondaria* (se sono presenti all'anamnesi periodi asciutti > 6 mesi).

- *monosintomatica* se è presente solo EN e *non-monosintomatica* se ci sono anche disturbi diurni come pollachiuria (aumentata frequenza delle minzioni), incontinenza urinaria e messa in atto di manovre anti-incontinenza (squatting, pressione del tallone sui genitali esterni) (1).

L'EN mostra una chiara impronta familiare: se ambedue i genitori sono stati enuretici il bambino ha il 77% di rischio di essere enuretico; se uno solo dei genitori lo è stato il rischio è del 44%; con nessuno dei due genitori enuretici il rischio scende al 17%.

Si è a lungo dibattuto sulle cause responsabili dell'EN e i disturbi psicologici sono sempre stati considerati elemento fondamentale nell'elicitarlo l'evento enuretico. Il "link" tra l'EN e i disturbi psicoemotivi è consolidato; esiste tra mente e corpo una forte connessione e la comparsa di EN in soggetti che hanno subito un forte "stress" come la morte di un genitore, il cambio di casa, la nascita di un fratellino è esperienza comune.

È ben documentata la comorbidità tra EN e *sindrome dell'iperattività e deficit dell'attenzione* (ADHD).

L'EN è un fardello pesante per una psiche che si sta strutturando: i bambini si sentono immaturi, sporchi, inadeguati alla vita che vorrebbero, incapaci di porre rimedio al loro problema.

L'EN è vista come fatto culturale legato alle classi meno abbienti, come conseguenza di eventi stressanti, come equivalente etologico e come manifestazione somatizzata di ansia e depressione.

Oggi gli Autori che si occupano del problema sono concordi nell'affermare che i disturbi della sfera psico-emotiva, quando presenti, sono da considerare come *effetto* e non come *causa* di EN.

E' stata dimostrata da Autori Svedesi e Danesi (3) una *diminuita increzione notturna di Ormone Antidiuretico (ADH)* nei soggetti enuretici con conseguente poliuria notturna (>2 L di urina/mq di superficie corporea).

Gli enuretici presentano una *diminuzione dal 15 al 24% della capacità vescicale durante il sonno*, associata o no a poliuria notturna (4).

Durante il sonno la sensazione di replezione vescicale non risveglia i piccoli enuretici, come invece succede nei non-enuretici, e quindi la minzione avviene nel letto durante il sonno.

In definitiva l'EN è causata da:

- poliuria notturna*
- ridotta capacità vescicale durante il sonno*
- difficoltà di risvegliarsi alla sensazione di replezione vescicale*

Secondo l'ICCS il bambino enuretico bagna il letto a causa della poliuria e/o dell'iperattività vescicale associate ad un'alta soglia di risveglio ovvero a causa della *difficoltà a risvegliarsi nonostante la sovradistensione vescicale e/o la contrazione detrusoriale* (5).

Quando trattare l'EN? Quando il sintoma diventa "*problema*" per il bambino e/o per i suoi genitori è preferibile consultare il Pediatra di Libera Scelta che deciderà, secondo la sua esperienza, se attendere o iniziare la terapia, considerando che esiste la possibilità di guarigione spontanea (10-15% ogni anno).

I genitori dei bambini enuretici dovranno categoricamente *evitare* di:

- parlare del problema in presenza di estranei
- rimproverare e colpevolizzare il bambino
- minacciarlo se il letto verrà ancora bagnato
per non aggravare il suo carico emotivo
- svegliare il bambino in piena notte per "trascinarlo" al water
per non procrastinare l'instaurarsi della connessione tra sensazione di replezione vescicale e risveglio
- impedirgli di bere
per il rischio di disidratazione ed ulteriore riduzione della capacità vescicale.

Il Pediatra di Libera Scelta che prende in carico un bambino enuretico dovrà cercare un approccio amichevole, coinvolgerlo attivamente nel programma terapeutico e chiarire:

- quello che gli succede durante una notte bagnata (*informazione*)
 - che il suo problema è comune a molti suoi amichetti e che non dipende dalla sua volontà (*decolpevolizzazione*)
 - che il suo problema si risolverà senza un grosso impegno da parte sua (*sdrammizzazione*)
 - che la terapia sarà efficace, breve, senza rischi e "indolore" (*rassicurazione*).
- Il trattamento ha lo scopo di agire su:
- la poliuria*
 - la bassa capacità vescicale*
 - la qualità del sonno*

Il trattamento prevede una terapia comportamentale (*condizionamento attivo, condizionamento passivo e re-training vescicale*) e una terapia farmacologica (*urofarmaci, psicofarmaci e Desmopressina*).

Gli interventi terapeutici considerati di 1° scelta e con livello di evidenza di tipo I a sono:

-il condizionamento passivo, che si attua con un dispositivo formato da cuscinetto e campana (*pad and bell*) meglio noto come *allarme sonoro* (6); ha lo scopo di *far risvegliare il paziente alla sensazione di replezione vescicale*. Richiede attiva collaborazione da parte del bambino e dei suoi genitori e presenta un'alta percentuale di recidive alla sospensione.

-la *Desmopressina*, un analogo della *Vasopressina* (ADH), che riduce drasticamente la poliuria notturna; sono in commercio compresse sublinguali da 60 e da 120 microgr. da assumere un'ora prima di dormire. Il farmaco è maneggevole e innocuo se usato con alcune precauzioni (p. es. *evitare di far bere il bambino un'ora prima della sua somministrazione e per il resto della notte*) (7). La scelta dell'uno o

dell'altro presidio (*Allarme sonoro vs Desmopressina*) spetta ai genitori dopo che il Pediatra ne ha esaurivamente prospettato vantaggi e svantaggi.

In caso di insuccesso o di successo solo parziale è possibile associare un farmaco ad azione anticolinergica (*che provoca rilascio del detrusore e aumento del tono del leiosfintere*) come l'Ossibutinina con lo scopo di aumentare la capacità vescicale.

Se si sospetta che sia presente anche un disturbo del sonno può essere utile aggiungere all'Allarme e/o Ossibutinina oppure alla Desmopressina e/o Ossibutinina un farmaco ad azione antistaminica-antiserotoninica come la Niaprazina.

L'uso di altri farmaci, come l'Imipramina, è da proscrivere in età pediatrica.

ETÀ PENSIONABILE nulla cambia per i liberi professionisti

Dal 1° luglio di quest'anno sono entrati in vigore i nuovi requisiti per l'età pensionabile.

Per la maggior parte dei dentisti, però, non cambierà assolutamente nulla.

Tali requisiti, difatti, riguarderanno soltanto i medici ed i dentisti che lavorano alle dipendenze di strutture sanitarie pubbliche o private e che versano i propri contributi all'INPDAP o all'INPS.

Viceversa, gli iscritti all'EMPAM, che operano come **liberi professionisti**, conservano le stesse regole in vigore. Medici e dentisti, cioè, possono congedarsi dalla propria professione, accedendo alla pensione, soltanto ad un'età superiore a quella di molte altre categorie, vale a dire **dopo aver raggiunto i 65 anni**.

Dal 01/07/2009 i medici ed i dentisti dipendenti pubblici o privati, possono andare in pensione con una somma fra età anagrafica ed anni di contribuzione pari a 95 (età minima 59 anni)

Dal 2011 tale somma verrà elevata a 96 (età minima 60 anni), dal 2013 a 97 (età minima 61 anni)

Nulla cambia per i liberi professionisti: la pensione viene erogata solo a 65 anni, eccezion fatta per l'invalidità (assoluta e permanente) e la pensione ai superstiti.

NOTIZIE da " Il Giornale dell'Odontoiatria "

Oral cancer day – III edizione

Il cancro orale si combatte convincendo la gente ad effettuare visite preventive dal dentista. Interessati anche i medici di medicina generale.

Anche quest'anno, con il Patrocinio del Ministero della Salute, ANDI ha promosso ed organizzato l'Oral Cancer Day, giornata di informazione e sensibilizzazione rispetto alla prevenzione del cancro della bocca. La novità di quest'anno è che analoga iniziativa si è tenuta lo stesso giorno in tutta Europa, nel World Oral Health Day, organizzato dalla F.D.I., Federation Dentarie Internazionale – World Dental Federation. In 88 piazze delle principali città italiane, dunque, fra cui naturalmente Perugia (nel 2008 la città con percentuali fra le più alte, se non

la più alta d'Italia, nel rapporto fra le "visite" ed il numero di abitanti), altrettanti gazebo hanno visto tantissimi volontari ANDI informare accuratamente i cittadini, circa l'importanza delle visite preventive, per scongiurare questa terribile patologia, purtroppo ancora oggi sottovalutata. Non solo, quindi, motivare i pazienti verso una corretta igiene orale, al fine di prevenire le più comuni malattie di bocca e denti, ma anche particolare attenzione alle patologie più gravi. Prologo alla giornata (giunta alla terza edizione), la conferenza stampa presso l'Auditorium del Ministero della Salute, con la partecipazione di Max Laudario di Striscia la Notizia, testimonial d'eccezione, e la messa in onda di numerosi spot pubblicitari, atti non solo a sensibilizzare la gente rispetto all'evento, ai suoi contenuti ed alle sue finalità, ma anche a far capire che l'odontoiatra è, a pieno titolo, un professionista della salute, la cui presenza seria, costante e capillare sul territorio rappresenta un presidio

ed un ruolo di grande importanza e dignità. Non a caso, questa iniziativa ha suscitato in tutta Italia un notevole interesse anche fra i medici di Medicina Generale, il primo pilastro, sul territorio, della tutela sanitaria della popolazione. Importante, dunque, sottolineare alcuni dati. Secondo vari studi, i tumori maligni della testa e del collo rappresentano il 10% dei tumori maligni nell'uomo ed il 4% nella donna. Eppure una recente ricerca europea evi-

dienza come fra la gente siano pesantemente sottostimati sia la percentuale di incidenza (per il 20% degli intervistati, addirittura un valore di 100 volte inferiore a quello corretto!), che i fattori di rischio collegati, come il fumo, l'abuso di alcool, una dieta



poco equilibrata ecc.

Come per altri tumori, è fondamentale una diagnosi precoce, visto che la sopravvivenza, dal 67% nel caso di tumore localizzato (ma più si ritarda la diagnosi più gli interventi sono distruttivi!), scende al 30% con positività linfonodale, al 5% in presenza di metastasi. Per questo ANDI da tempo insiste sull'argomento, fornendo gratuitamente agli oltre 23mila iscritti l' " ATLANTE DI STOMATOLOGIA – Lesioni mucose del cavo orale: elementi di diagnosi differenziale ", con oltre 400 illustrazioni, ed organizzando innumerevoli corsi FAD, allo scopo di tenere costantemente aggiornati gli odontoiatri italiani. Un'ultima positiva considerazione.

In Umbria, fortunatamente, sia a Perugia, che a Terni, che a Foligno, esistono Presidi pubblici di Odontostomatologia e di Maxillo Facciale di grande livello, ai quali i dentisti privati possono tranquillamente indirizzare i propri pazienti, anche al minimo sospetto.

Senigallia, 26 ottobre 2009-10-29

Caro Presidente,

leggo, abitualmente e con piacere, il BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA. Dove tu scrivi "LA PAGINA DEL PRESIDENTE", di elevato pensiero ai Colleghi. In ottimo italiano, con idee chiare e semplici, come sei solito. Chissà perché, quando ci mettiamo a scrivere, entra in alcuni di noi un po' di confusione. Una volta si era concordi nell'affermare che l'italiano era la lingua più bella e più armonica del mondo. Parlata e scritta. Ora scriviamo periodi ad effetto, che paiono brillanti e talvolta invece sono pieni di sbagli. E allora correggiamo errori non solo formali. Qualcosa non va. Forse spetterebbe agli insegnanti delle Scuole elementari, medie e superiori, porre rimedio ad un andazzo criticabile del linguaggio comune. Di chi è la colpa se non si pensa a migliorare l'eloquio quotidiano? Dei mezzi di informazione di massa? Forse e in parte. Ma è da confermare. Nel bollettino n.4, diffuso in questi giorni, ho letto questa frase: "L'IDEOLOGIA DEL MERCATO PENETRA PERFINO NELLE CORSIE D'OSPEDALE E NELLE SALE OPERATORIE, IMPONENDO IL DOGMA ASSOLUTO DEL PROFITTO. MA DI MERCATO E DI PROFITTO SI PUO' ANCHE MORIRE". Un'affermazione agghiacciante, che noi medici non dovremmo nemmeno ipotizzare. Per nessun motivo. Nella vita tutti cerchiamo il successo, aspiriamo ad un traguardo, ma non a qualsiasi costo. Siamo consapevoli che i familiari devono nutrirsi, ci dobbiamo vestire, e anche viaggiare, più per conoscere che per divertirci! L'ideologia del mercato potrebbe penetrare in noi insieme al profitto senza accorgercene. Mentre forse qualche volta dovremmo essere più attenti e seri. Tu hai ragione quando scrivi "MEDICI DA ROTTAMARE: A VANTAGGIO DI CHI E DI CHE COSA ?" E' doveroso e penoso il ricordo della triste avventura di un giovane di 23 anni rimasto ferito gravemente in un incidente stradale, che non si è potuto operare in tempo ed è morto per emorragia. UCCISO DALLA MALASANITA', DALL'INEFFICENZA E DALLA CRUDELTÀ' DI UN SISTEMA SANITARIO ISPIRATO ALLA LEGGE DEL BILANCIO PIU' CHE ALLA SOLIDARIETA' UMANA E CIVILE". Anche questo fatto, purtroppo, è lì ad accusare il mondo medico. Sembra che nessuno se ne accorga... Ho letto, inoltre, l'EDITORIALE dal titolo DISCUSSIONI "OZIOSE" SOTTO L'OMBRELLONE, a cura del Collega Tiziano Scarponi. Posso condividere il concetto in generale, senza tuttavia dare eccessiva importanza a sigle e acronimi oggi di moda. Penso che abbia molto valore conoscere l'inglese, diffuso ormai ovunque. La conoscenza dell'informatica è fondamentale, non c'è dubbio. Soprattutto se unita ad una corretta base filosofica nell'affrontare il problema del metodo quando si lavora. Un imperativo condiviso e sentito. Assai importante "DOMANDARCI" se siamo sempre convinti di esercitare la professione adatta per ciascuno di noi. Quella del medico è in assoluto la più difficile, pur con il rispetto per tutte le altre. Sentiamo in ogni occasione l'esigenza di aggiornarci e di studiare come se fossimo di continuo sotto esami? Il comportamento del medico deve essere eticamente ineccepibile: ciò vale per tutti noi, senza eccezioni. E MAI DIMENTICARE L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE E DELLA DIAGNOSI PRECOCE: OBIETTIVI PRIMARI ASSOLUTI NEL NOSTRO LAVORO. MAI DISGIUNTI DAL RISPETTO DELLA DIGNITÀ' DI CHI SOFFRE.

Giorgio Silvestri.

Caro Silvestri,

Ti ringrazio per le belle parole e per l'interesse con cui segui il nostro lavoro. Tu sai che mi piacciono detti, aforismi e massime celebri. Ti rispondo con due di queste. La prima riguarda la scrittura ed è di Francis Bacon: "La lettura rende l'uomo completo, la conversazione lo rende agile di spirito e la scrittura lo rende esatto". La seconda riguarda i problemi economici in sanità ed è del Cardinale Carlo Maria Martini: "La salute non è un prodotto, il malato non è un cliente e la sanità è fuori dal mercato".

Graziano Conti

AVVISO AGLI ISCRITTI

Si comunica che, visti i disservizi verificatisi nel corso degli ultimi anni da parte di Equitalia, nella **riscossione delle quote di iscrizione all'Albo**, il Consiglio, dopo aver acquisito il parere del consulente legale dell'Ordine, ha provveduto a richiedere diversi preventivi per l'affidamento del servizio di riscossione delle suddette quote tramite MAV, **a partire dall'anno 2010**.

Il MAV, o pagamento Mediante Avviso, è una procedura interbancaria standardizzata di incasso mediante bollettino, pagabile senza spese presso qualsiasi sportello bancario. Può essere pagato anche presso tutti gli uffici postali (in questo caso, con la commissione applicata ai versamenti di conto corrente postale). Il MAV, pertanto, rappresenta per gli iscritti una **semplificazione per il pagamento della quota** di iscrizione all'Albo, in quanto ogni iscritto potrà rivolgersi alla propria banca di fiducia, anziché ad Equitalia.

Il servizio di incasso verrà effettuato, per conto dell'Ordine, dalla Banca Popolare di Spoleto, che provvederà ad inviare a tutti gli iscritti, agli indirizzi forniti dall'Ordine, il bollettino da pagare con le modalità suddette. Per questo motivo è **IMPORTANTE** che gli indirizzi siano perfettamente aggiornati. **Pertanto si invitano tutti gli iscritti a comunicare alla Segreteria dell'Ordine eventuali variazioni o a confermare gli indirizzi di residenza precedentemente indicati.**

Si ricorda, infine, che in caso di mancato pagamento del bollettino MAV, l'Ordine procederà alla riscossione coattiva delle quote non pagate, sia tramite emissione delle cartelle esattoriali da parte di Equitalia Perugia S.p.a., sia mettendo in atto tutte le procedure previste dalla legge.