

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.1 anno 7° - gennaio/marzo 2009

"Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. In L.27/02/2004 n.46)
art.1, comma 1 DCB Milano"
Prezzo Euro 1,00

SNAMI

Medici Italiani

**Bianco riletto alla guida
della federazione degli ordini:
riscatto della categoria
o definitiva resa?**



Lorenzo Del Boca
Presidente dell'Ordine
Nazionale dei giornalisti

Non sono poche "mele marce"
a poter compromettere
un'intera professione



Una rosa per Eluana
17anni di calvario:
ora silenzio

**XXVIII Congresso Nazionale
20-24 Maggio 2009
Torre S. Giovanni, Ugento (Lecce)**

n. **1**

gennaio - marzo 2009

ратиopharm in cardiologia

La nostra Qualità e la nostra Esperienza
al servizio della "Primary Care"

ратиopharm

Ramipril ratiopharm®

Enalapril ratiopharm®

Carvedilolo ratiopharm®

Doxazosina ratiopharm®

Amlodipina ratiopharm® Italia

Ramipril Idroclorotiazide ratiopharm®

Enalapril Idroclorotiazide ratiopharm®

Pravastatina ratiopharm® Italia

Simvastatina ratiopharm® Italia

Ticlopidina ratiopharm®

Fornitore ufficiale





L'elezione per la seconda volta di Amedeo Bianco alla guida della federazione nazionale degli ordini può essere, nella continuità, un elemento potenziale di riscatto della categoria, come avrebbe letto dal titolo di copertina. Ho avuto più volte l'occasione di incontrare Bianco e ritengo che sia, da quello che abbiamo visto, la persona adatta a iniziare una profonda trasformazione in quello che è o meglio dovrebbe essere il futuro degli ordini dei medici. Non ho paura ad affermare anzi a ribadire un concetto espresso molte volte: gli ordini provinciali sono delegittimati. Sono delegittimati perché i medici iscritti non ci credono, tant'è che si reca a votare, quando va bene, solo il dieci per cento degli aventi diritto. L'esperienza di Fiuggi dell'anno passato è stata una bella iniziativa che Bianco, ha voluto fortemente: bisogna continuare su questa strada, ma non solo con gli addetti ai lavori. Sono anni, ma tanti, troppi, che si vedono sempre le stesse facce. Come nella politica anche negli ordini abbiamo i "professionisti" dell'ordine, sempre gli stessi.

Ma mi chiedo questi colleghi non lavorano mai?

In numeri precedenti di *Libertà Medica* abbiamo intervistato sia Bianco sia Parodi. Da queste interviste evinco, forse pensando male, che certe carriere ordinistiche tendono sempre ad un obiettivo: raggiungere poltrone in organizzazioni affini. E se si facesse un atto di coraggio limitando l'attività ordinistica al massimo a due mandati triennali? Credo che tante facce sparirebbero, finalmente, e si potrebbe far riavvicinare agli ordini quel 90 per cento di supermaggioranza, non solo silenziosa, ma totalmente e tristemente assente. Prevenendo il commento malizioso di qualcuno che potrebbe dire di farlo anche nel sindacato, mi permetto di osservare che vi è una piccola ma sostanziale differenza tra sindacato ed ordine. Ad un sindacato ci si iscrive volontariamente, all'ordine sei obbligato.

Anche in questo numero abbiamo alcune interviste di notevole interesse. Dopo aver intervistato de Bortoli, a pag. 16 troverete l'intervista al Presidente dell'ordine nazionale dei giornalisti Lorenzo Del Boca. È mia intenzione aprire un dialogo oltre che con i giornalisti, anche con i presidenti degli ordini dei medici, a pag. 5 incontriamo per primo Ugo Garbarini, presidente dell'ordine dei medici di Milano.

Abbiamo dedicato una buona parte del giornale ai lettori con i loro commenti e sfoghi. Mi preme ricordare che *Libertà Medica* Snami è aperta a tutti e chiunque voglia esprimere le proprie idee sarà sempre accolto con rispetto e senza censure.

Non potevo non dedicare un pensiero a pag. 18 ad Eluana che simbolicamente ha rappresentato e rappresenterà tutti coloro che purtroppo languono nella condizione che ben conosciamo. Mi rimane una speranza che prima o poi i medici, parlamentari e non, si riappropriino di quelle che sono le prerogative per le quali svolgono questa professione.

francesco.pecora@hotmail.it



In copertina:
Etna versante sud-ovest
foto: frappè

LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Lo SNAMI, le UTAP e tante storie di mirabolanti aggregazioni 3

TRE DOMANDE

Assenza di incisività da parte della federazione su alcuni temi *Angelo Testa* 5

ULTIM'ORA

European General Practice Research Network *Ferdinando Petrazzuoli* 6

Il medico di famiglia vuole restare accanto agli assistiti *Stefano Nobili* 8

BACHECA

Libera vetrina a disposizione dei lettori 10

ATTENTI AI LAVORI

La sanità è punto di intersezione di medicina ed economia, di medicina e politica, di soldi e salute *Intervista a Lorenzo del Boca di Francesco Pecora* 16

POLEMIZZANDO

Per favore non prendete altri impegni per noi *Augusto Pagani* 19

Aspetti amministrativi-burocratici nella professione di Medico di Assistenza Primaria *Marcello Odorizzi* 21

LA VOCE DEI SETTORI

La marcia delle donne *Maria Cristina Campanini* 26

DIRITTO SANITARIO

L'errore del medico convenzionato è riferibile alla AUSL, quanto al ristoro dei danni? *Ennio Grassini* 28

DALLE PROVINCE

ARTE MEDICA E SCIENZA

Utilizzo degli oppioidi orali per il trattamento del dolore cronico nel paziente anziano *Walter Gianni* 33

Anche la "clinica" promuove il farmaco generico *Mario Ugo Mirabella* 36

ATTUALITÀ

Eluana: perché è diventata una storia di destra o di sinistra? *Francesco Pecora* 18

La tutela giudiziaria del medico *Daniela Bernuzzi Bassi* 24

Decreto 185 per parare la crisi economica *Giuseppe Messina* 31

LETTI PER VOI

..... 37

L'INTERVISTA

Intervista a Roberto Ferraresi *Stefano Nobili* 38



la pagina del Presidente

Mauro Martini

Guai a pensare che vengano pagati i risultati

Lo SNAMI, le UTAP e tante storie di mirabolanti aggregazioni

La voglia di esterofilia e di cambiamento porta spesso a voler modificare ciò che funziona bene senza veri motivi.

Mi giungono diverse richieste da parte di iscritti e anche non iscritti, riguardo le nostre posizioni sulle UTAP o aggregazioni non meglio identificate, che dovrebbero divenire un obbligo sulla base di ciò che è scritto nel preaccordo firmato dalle altre OO.SS. il 22 dicembre 2008.

Quale è il punto dolens di ciò? È appunto l'obbligatorietà. Da un punto di vista comportamentale, l'obbligo per il medico SNAMI è qualcosa che stride con la nostra cultura, poiché la nostra idea è quella di un medico libero-professionista che svolge il suo lavoro, seguendo i dettami del contratto, ma che si organizza in modo assolutamente libero. Ovviamente non diciamo no a sperimentazioni che devono essere ben collocate nello spazio e nel tempo, in situazioni e luoghi ove sono i medici e i cittadini che lo richiedono. Ma nulla deve essere obbligato, specie aggregazioni che porterebbero, a nostro parere a un disservizio nei confronti del cittadino. Ho sempre dichiarato pubblicamente che

“l'associazionismo spinto ha già provocato la sparizione di studi medici da alcune aree disagiate e geograficamente sfavorite della Gran Bretagna”.

E come la mettiamo con i costi? Ho continuato a dire che “il preaccordo” per la Medicina generale, visto che le regioni dovrebbero prevalentemente sobbarcarsi gli oneri economici delle UTAP, porterebbe ad un'esplosione della spesa sanitaria poiché le regioni dovranno sopportare i costi delle trasformazioni strutturali. Ma con quali risorse? Ho infatti posto la domanda: se una struttura complessa di venti medici costa 500.000 euro, quanto costerebbe il tutto moltiplicato per mille o diecimila medici?”. Voglio aggiungere, sembra che anche dalla regione che tra le prime ha sposato l'idea di aggregazioni, il Veneto, ci sia un segnale di ritirata e stiamo assistendo ad un'inversione di marcia. La Regione Veneto ha limitato il numero massimo di due UTAP per ASL, mentre in precedenza questo era il numero minimo previsto. Costi sì, ma anche disagi per la cittadinanza come

da noi sostenuto e sembra che se ne siano accorti anche gli amministratori locali. Il “Resto del Carlino” del 3 marzo riportava l'episodio del sindaco di Castelnuovo Bariano, in provincia di Rovigo, contrario all'ipotesi di un country hospital. Il primo cittadino di Castelnuovo Bariano ha infatti dimostrato che per riunire il bacino di utenza di 20000 abitanti, occorrerebbe comprendere diverse frazioni anche distanti tra loro e si chiede: dove si collocherà tale struttura? E con quali difficoltà per raggiungerla?

Abbiamo già ampiamente parlato di Progetto Me.Di.Co. Non è il caso di riproporlo agli attenti lettori di Libertà Medica. Però, come da mandato del Congresso straordinario di Ostia, il 10 gennaio 2009, ho contattato politici di entrambi gli schieramenti, sottosegretari e consulenti tecnici dei Ministri, associazioni come l'Associazione dei Piccoli Comuni, Federfarma: tutti si sono dichiarati preoccupati per l'eventuale perdita del rapporto diretto medico paziente nelle paventate “Aggregazioni” e hanno

la pagina del Presidente

visto di buon occhio la nostra proposta, unica vera alternativa che risponde alla richiesta di modernizzazione dell'organizzazione territoriale, ovvero fornire una soluzione al territorio per la copertura H 24, il tutto senza alti costi strutturali e senza perdita del rapporto tra il cittadino e il suo medico, fondamento per una buona medicina generale.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha compiuto 30 anni. Nell'indagine "Gli Italiani e il SSN", realizzata da Anao-SWG, il medico di famiglia riceve i più alti voti, con ben il 67% dei cittadini che si dichiara soddisfatto o molto soddisfatto, con il 53% dei cittadini che apprezza l'assistenza ospedaliera, il 51% gli specialisti, il 46% il Pronto Soccorso. Percentuali che inorgoliscono chi è alla guida di un sindacato di medici di famiglia, ma che stonano nei confronti dell'idea di voler cambiare un'istituzione come il MMG che evidentemente va bene così come nella percezione della popolazione. L'Italia è uno strano paese. La voglia di esterofilia e di cambiamento porta spesso a voler modificare ciò che funziona bene senza veri motivi. Quello che stiamo vivendo è sicuramente uno di questi momenti. Qualcuno, alla guida di qualche regione e quel che è peggio alla guida di organizzazioni di medici, senza portare valide motivazioni e giustificando unicamente con una generica volontà al cambiamento, non si capisce bene voluta da chi, propone stravolgimenti che assomigliano sempre più a salti nel buio. La parcelliz-

zazione sul territorio degli studi, la continuità del rapporto medico paziente sono i 2 elementi che differenziano la nostra medicina territoriale da tutte quelle del resto del mondo e sebbene il cittadino sappia che il proprio medico di famiglia non può essere il più bravo e competente in ogni disciplina, lo amano proprio per la sua continua presenza e disponibilità.

In riferimento ad accordi locali che sembrano incentivare economicamente chi risparmia su prestazioni specialistiche ed esami, lo SNAMI, ma prima di tutto la deontologia medica, vietano incentivi al risparmio. Il medico è un professionista e gli va riconosciuto un onorario per la sua attività e non per il risultato sia esso clinico che economico. Guai a pensare che vengano pagati i risultati. Vanno riconosciuti i comportamenti professionali. Da sempre lo SNAMI si è battuto per perseguire questa filosofia ma purtroppo vedo che ultimamente capisaldi come questi sono stati aggirati per mere chimere economiche irraggiungibili.

SNAMI è sempre più presente sullo scenario politico organizzativo. Abbiamo partecipato e stiamo partecipando ai tavoli ministeriali per la ricetta elettronica e la certificazione di malattia on line, puntualizzando le molteplici difficoltà tecnico legislative esistenti. Abbiamo collaborato strettamente per le nuove proposte alternative all'H 24 insistendo sulla realizzazione del Presidio Distrettuale di

Continuità, sulla terapia domiciliare del dolore cronico proponendo corsi di qualificazione per i MMG e sulla rivisitazione dei protocolli del rischio cerebrocardiovascolare.

Vorrei concludere accennando al Congresso Nazionale SNAMI di maggio esponendo le novità che proponeremo. Per quanto riguarda l'organizzazione interna del nostro sindacato, come promesso nel mio programma elettorale, verrà proposto il nuovo statuto che prevede una maggiore democrazia all'interno del nostro sindacato. Per quanto riguarda i rapporti con l'esterno sarà sicuramente un momento di confronto con la politica ed il mondo sanitario nazionale affinché le nostre proposte trovino sempre maggiore sostegno anche da parte dei medici non iscritti SNAMI.

L'appuntamento è quindi in Puglia al XXVIII Congresso Nazionale. ■

Il vantaggio di essere intelligente è che si può sempre fare l'imbecille, mentre il contrario è del tutto impossibile

Woody Allen

(New York, 1° dicembre 1935)
regista, sceneggiatore e attore statunitense,
nonché comico, autore teatrale,
scrittore umoristico e clarinetista jazz



tre domande

di Angelo Testa

Rito ambrosiano, espressione di fiera resistenza agli attacchi alla professione

Assenza di incisività da parte della federazione su alcuni temi

■ di Angelo Testa

Presidente Garbarini, essere il Presidente di uno degli ordini più grandi d'Italia è principalmente un onore o un onere?

Nell'Ordine dal 1977, ho salito tutti i gradini della gerarchia ordinistica, occupandone ora il vertice.

Considero un onore essere alla guida del 2°Ordine, per riferimento numerico, d'Italia. L'attività passata, sotto la guida di grandi Presidenti, mi riempie ancor più d'orgoglio quando si pensi agli indirizzi di politica sanitaria promanati dall'Ordine di Milano, spesso inascoltati, ma che, quanto meno in ambito regionale, hanno creato il cosiddetto rito ambrosiano, espressione di fiera resistenza agli attacchi alla professione.

Onori e oneri sono indissociabili. Oggi, più che un tempo, la legislazione interessante la Pubblica Amministrazione deve essere scrupolosamente osservata. Il che crea una serie di problemi per chi, estraneo per mentalità e scelta professionale, deve con-

frontarsi con questi altrettanto ardui. Leggi sulla trasparenza, sulla privacy e via dicendo. Esposti non più redatti dai cittadini ma dagli avvocati di questi.

È solo un frammentario esempio di quello che incombe sulla struttura ordinistica oggi accanto agli altri e noti compiti istituzionali.

Elezioni Federazione, cosa è successo e cosa prevede succederà?

Le recenti elezioni per il Comitato Centrale mi hanno permesso di conoscere ottimi Colleghi della lista cui ho aderito e della lista contrapposta. Spero che la nuova Federazione, che è nata dalle recenti votazioni, tenga conto anche del programma proposto dalla lista capeggiata da Amato ai fini di un'attività quanto più possibile unitaria sui punti comuni tra i quali deve essere prioritario quello della difesa dei valori morali che connota la nostra professione.



Ugo Garbarini

Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano

Mancanza di volontà o impotenza nella scarsa incidenza sui grandi temi etico sanitari di questi giorni?

Uno dei punti che hanno deluso e motivato l'esordio della lista cui hanno aderito molti Ordini, è stata l'assenza di incisività da parte della Federazione su alcuni temi, particolarmente su quelli etici: molte riunioni, molti convegni ma nulla di fatto.

Un profluvio di parole, nulla di concreto.

Ci si rende conto della delicatezza dei temi trattati ma non ci si devono aspettare passivamente dalla politica o dai magistrati norme o leggi sui comportamenti da tenere dai medici in determinate circostanze. Anche se inascoltata, la Federazione doveva far sentire la sua voce di assenso/ dissenso essendo l'organo titolato più di altri ad esprimersi.

L'Ordine di Milano in questo senso non ha avuto alcun bisogno di tergiversare sull'argomento avendo in più occasioni espresso il suo parere. ■

Bertinoro, Italy - 7-10 Maggio 2009

European General Practice Research Network



Ferdinando Petrazzuoli

 Presidente Provinciale
 SNAMID Caserta
 EGPRN National
 Representative and
 Educational Committee
 EURACT Italy Operative
 Board - Ruviano (CE)

Presso il Centro Residenziale Universitario di Bertinoro (Forlì-Cesena) dal 07 al 10 maggio 2009 si terrà il 68° Congresso dell' European General Practice Research Network (EGPRN) dal titolo: **Data Analysis of Electronic Patient Record Databases in General Practice.**

L'EGPRN (www.egprn.org) è il network europeo della ricerca nelle cure primarie, strettamente collegato al WONCA Region Europe (www.globalfamilydoctor.com), e fa parte integrante di esso insieme ad altri networks quali EURIPA, EURACT, EQUIP.

La lingua ufficiale del convegno è l'inglese quindi il convegno è riservato a colleghi medici di medicina generale o che comunque lavorano nell'ambito delle cure primarie con una buona conoscenza di questa lingua. L' utilizzo della Cartella Clinica Computerizzata (Electronic Medical Records) (EMRs)

si è dimostrato uno strumento potente ed efficiente nel management di molte malattie croniche quali il diabete, l'ipertensione arteriosa e le patologie cardiovascolari in generale, laddove il disease-management da parte del medico di medicina generale o assistenza primaria riveste un ruolo preminente. Ad esempio gli EMRS riescono ad identificare i pazienti che soffrono di diabete, a valutare se il paziente ha bisogno o meno dei test raccomandati o delle procedure standard di screening ed inoltre a segnalare quali pazienti non hanno raggiunto i target clinici ottimali (per esempio a riguardo dei valori di pressione arteriosa, livello di glicemia e di HBA1c, livelli di colesterolo e quant'altro).

In Medicina Generale vi è la tendenza alla cosiddetta "Inerzia Clinica" che può essere definita come la rinuncia ad intensificare il trattamento nei pazienti che non sono a target per quanto riguarda gli indicatori clinici.

In alcuni studi è dimostrato che il tasso di Inerzia Clinica durante una consultazione con un paziente diabetico può superare il 50%; la tecnologia elettronica mediante la cartella clinica computerizzata ed i database in medicina primaria rappresentano

lo strumento tagliato apposta per ridurre questo problema, ed in questa maniera, portare ad un miglioramento delle cure.

Certo la lingua inglese è stato un motivo di ostacolo per i colleghi italiani e devo purtroppo ammettere che ancora adesso molti colleghi non danno a questi networks la dovuta importanza e considerazione.

La mancanza di un confronto internazionale con paesi diversi purtroppo rischia di rendere molti colleghi italiani chiusi nel loro "particolare" e, quel che è peggio, succubi, passivi e rassegnati di fronte ad una politica sanitaria italiana che dal 1993 ad oggi, nonostante le dichiarazioni di facciata, ha schiacciato ed umiliato il ruolo della medicina primaria, affidandole non il compito di cura e prevenzione delle malattie, ma invece solo l'ingrato compito di tagliare, ridurre, risparmiare a tutti i costi ed arginare la domanda crescente di cure da parte dei pazienti domanda non sempre razionale ed appropriata.

I medici di medicina generale italiani si trovano a lavorare in un sistema sanitario peraltro paralizzato da un numero spropositato di leggi e regolamenti; soffocato da una cultura bu-

ultim'ora

rocratica invasiva e ottusa; gestito da una amministrazione pletrica, costosa e inefficiente e, non di rado, corrotta.

Con la giustificazione dell'equità sociale, appropriato allocamento delle risorse e sostenibilità del sistema, si creano infatti a tavolino procedure complicate, ambigue, incomprensibili sia per il medico che per i pazienti e scarsamente applicabili nella realtà quotidiana. Questi mostri di burocrazia (che non hanno eguali in nessuna parte d'Europa) distolgono l'attenzione del medico dal suo compito primario, aumentano il contenzioso con i pazienti difficili, causano un rapido e purtroppo spesso irreversibile burn-out che sfocia in un disamoramento per la propria professione ed un pericoloso scaldamento delle prestazioni.

La ricerca così come la didattica, possono restituire entusiasmo ai colleghi medici di famiglia. Il livello di ricerca nelle cure primaria in Italia è incoraggiante tenendo conto dello scarso tempo a disposizione ovvero mancanza di "tempo dedicato", dello scarso supporto delle istituzioni e dell'ancora labile collegamento con il mondo dell'università.

È quindi encomiabile quello che si riesce a fare nonostante tutti questi ostacoli soprattutto se lo confrontiamo con le grandi disponibilità di mezzi e tempo che hanno i paesi del Nord Europa. La possibilità di studi collaborativi transnazionali è una opportunità da perseguire anche nelle cure primarie così come avviene nelle branche specialistiche. ■



L'ALCOL DISTRUGGE IL FUTURO

Campagna permanente SNAMI
contro l'uso dell'alcol
da parte degli adolescenti




ultim'ora

di Stefano Nobili

Protesta a Roma, venerdì 6 febbraio

Il medico di famiglia vuole restare accanto agli assistiti

L'Accordo nazionale proposto alla categoria promuove forme di aggregazione che rischiano di snaturare il ruolo del curante.

Alcuni dicono che scendere in piazza non serve. Vogliamo invece affermare che essere stati presenti davanti a Montecitorio venerdì 6 febbraio è il segno che i Medici di famiglia ci sono e vogliono dire a tutti cittadini-pazienti che questo accordo per la medicina del territorio è penalizzante per loro.

Principale preoccupazione dello SNAMI è che le forme di aggregazione obbligatoria tra medici di famiglia, sono una sorta di grande ambulatorio territoriale, e che compromettano la capillarità della presenza dei medici di famiglia, facendo venire meno il suo rapporto personale e diretto con l'assistito. Inoltre, le esperienze all'estero hanno mostrato che spesso esasperare le forme di associazione tra i medici di medicina generale ha provocato danni irreversibili al sistema, peggiorando e non migliorando i servizi sanitari. Ma non è solo questo il punto: la creazione di aggregazioni, ma anche delle Case della Salute lanciate dal precedente Ministro della Salute Livia Turco, comporta un onere economico oggi diffi-

cilmente sopportabile. "In un momento di crisi come quello che stiamo attraversando, quando molte famiglie italiane non fanno fronte alle spese quotidiane, questo accordo per la medicina generale porterebbe ad un'esplosione della spesa sanitaria. Nell'accordo si dice che saranno le Regioni italiane a sobbarcarsi i costi delle trasformazioni "strutturali": ma con quali soldi? "I quattrini verrebbero quindi stornati da altri capitoli di spesa e abbiamo il fondato timore che ne possa conseguire una diminuzione delle risorse per l'assistenza sanitaria ai cittadini (inasprimento ticket o quant'altro). I medici SNAMI vogliono curare i loro pazienti attraverso le forme associative che sono già presenti e che funzionano. Basta ricordare gli altissimi indici di gradimento che la medicina di famiglia riscuote in tutti i sondaggi. Il Sindacato è consapevole che occorre ridisegnare l'assistenza di primo livello, ma ritiene che sia possibile un'altra via. La nostra proposta l'abbiamo preparata da tempo e con attenzione sia alle ragioni economiche sia alle reali

esigenze degli assistiti. Il progetto SNAMI (Medicina distrettuale di Continuità) dove davvero garantiamo un'assistenza 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 con costi economici risibili e con un contributo all'assunzione di medici, che potranno lavorare nella Continuità Assistenziale con un contratto degno di questo nome".

La manifestazione del 6 febbraio è stata preceduta da un incontro con il sottosegretario alla salute Ferruccio Fazio, il ministro ombra del PD, Enrico Letta e da Alberto Solia, segretario del Presidente della Camera, on. Gianfranco Fini, che ha lo scopo di illustrare a Governo e parlamentari le proposte dello SNAMI a difesa del ruolo dei medici di famiglia e dell'assistenza al cittadino. I politici saranno edotti sulle ragioni della nostra protesta, sottolineando le nostre forti perplessità e il nostro dissenso sulla preintesa, anche per quanto riguarda il problema del rispetto delle norme sulla privacy. Abbiamo la fondata preoccupazione che sia in atto un cambiamento del sistema sanitario che penalizzerebbe i cittadini. ■

ultim'ora



Piazza Montecitorio



Manifestazione SNAMI a Montecitorio

*Identificate
in Gran Bretagna
nove tipologie
di bevitori*

Contro l'alcolismo una nuova campagna

Per nove tipi di bevitori incalliti è stata lanciata una nuova campagna anti-alcool per aiutare le persone a conoscere le proprie abitudini. Il governo di sua maestà, con questo approccio su misura, vuole aiutare quattromila persone a ridurre il consumo di alcolici entro un anno. Le nove categorie identificate dal ministero della Salute inglese: Depresso, Stressato, Super impegnato, In gruppo,

Conformista, Annoiato, Macho, Edonista, Al limite. Novecentomila famiglie riceveranno l'opuscolo con tutte le informazioni utili sulle nove categorie di alcolisti con relativi rischi per la salute e indirizzi utili ai quali chiedere aiuto.

LmS



bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

NON È FACILE CAPIRE

Caro direttore,

non è facile per un medico di famiglia comprendere quello che dicono e scrivono coloro che si interessano della nostra categoria, facendone parte.

Non è facile capire perché essi continuino ormai da molti anni a sostenere la necessità di una riforma, ristrutturazione profonda, adeguamento alle necessità del nostro lavoro, come se questo fosse qualcosa di inadeguato, da ristrutturare.

Tutti noi che ogni mattina cominciamo a rispondere al telefono e poi fino alla sera offriamo a milioni di cittadini italiani un servizio personalizzato non abbiamo affatto la sensazione di essere inadeguati o di aver bisogno di riformare profondamente il nostro modo di agire.

Anzi abbiamo il quotidiano riscontro di come le crescenti difficoltà ed inadeguatezze introdotte dalla politica nel servizio sanitario nazionale trovino soltanto in noi un modo di attenuarne l'impatto sui pazienti.

Parlando con i colleghi ho avuto la conferma di come siamo diventati l'ultimo punto fermo in un servizio sanitario che si sta degradando di giorno in giorno.

Si potrebbero ricordare i sondaggi che inevitabilmente descrivono come il cittadino italiano considera il medico di base il migliore dei servizi offerti dalla sanità in Italia, non ci sorprendono affatto.

Eppure c'è qualcuno che cerca di rompere il giocattolo; e, sorprendentemente, sono proprio coloro che dovrebbero, ripeto dovrebbero, difendere i nostri interessi oltreché quelli dei pazienti.

Assistiamo sgomenti e sorpresi al tentativo di introdurre quel sistema di strutture di medicina di base che introdotto in Inghilterra molti anni fa è stato considerato un fallimento e di cui si sta cercando un'alternativa.

Ogni volta che ascoltiamo rassicurazioni sulla necessità di ridurre gli obblighi burocratici oramai sappiamo che ne saranno introdotti di nuovi e più pesanti.

Il famoso preaccordo della convenzione è in questo veramente il massimo pensabile.

Modifica sostanzialmente il nostro modo di agire da medici, introducendo obblighi e condizioni precise che eliminano completamente ogni parvenza di libera professione; allo stesso tempo introduce un assurdo obbligo quotidiano di trasmissione di dati tale che nessun ente pubblico di qualunque tipo ne ha uno paragonabile.

Tutto ciò in nome di... non si capisce cosa.

Sappiamo quanto il sistema medico di base guardia medica costi una frazione della spesa sanitaria pari a meno dell'8%, sappiamo anche che la spesa farmaceutica quella direttamente prodotta dei medici di base è calata negli ultimi anni quanto non è calata nessun'altra spesa dello Stato italiano.

Questi due costi, molto modesti rispetto ad altri, a fronte di una prestazione di opera sanitaria che copre abbondantemente più della metà delle necessità dei cittadini.

Eppure si deve adeguare la medicina di base, si devono dare nuove risposte ai cittadini, e così avanti a forza di slogan.

È siamo noi!! che affermiamo queste "verità", o meglio sono i nostri sindacati.

Ed alla politica che oramai ha il controllo totale della sanità non par vero di mettere le mani su un settore che fino a oggi sembrava sfuggirgli.

Perché, mi chiedo, dobbiamo assistere in silenzio alla distruzione dell'ultimo presidio sanitario capace di parlare con i cittadini e che si occupa in tempo reale e i loro bisogni di salute.

Dr. Roberto Alessi
Medico di famiglia
Grosseto
alessi.roberto@virgilio.it



bacheca *libera vetrina a disposizione dei lettori*

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

"STREAM OF CONSCIOUSNESS"

Caro direttore e cari colleghi,

probabilmente sarete già tutti al corrente dell'avvenuta firma, da parte di altre Organizzazioni Sindacali, della preintesa, che sarà sicuramente mantenuta senza stravolgimenti, nel nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN).

Analizzando quanto previsto, il risultato netto sarà di aumento di carichi amministrativo-burocratici (v. "relazioni" in tempo reale o differito, perfino per le visite domiciliari, alla AUSL), in vista di una futuribile e improbabile attività che si dichiara sia qualitativamente migliore; per sovrammargine il vantaggio economico di questo stravolgimento è a dir poco risibile.

Ma chi guida le decisioni di sottoscrivere questi accordi? Ma a chi si considera sia diretto questo accordo? È mai possibile continuare a praticare il masochismo metodico ed efficace di dare credito, mandato e soldi a sindacati guidati da chissà quale imponderabile (nella migliore delle ipotesi) criterio?

Purtroppo le dure leggi dei rapporti sindacali fanno sì che ad accordo firmato da altri, chi non firma si trova scaricato dalle successive decisioni; la nostra Storia testimonia

come l'aver puntato i piedi per uno scatto di orgoglio in passato ci abbia penalizzato, tenendoci lontano dalle sedi istituzionali-decisionali; il rientrarci è costato un intensissimo lavoro diplomatico-operativo, che ci ha permesso di continuare a far capire di quali importanti valori e significati siamo portatori.

È ineluttabile quindi la necessità, per continuare a fare sentire la nostra voce, di restare in un ambiente che non ci piace, non ci è consono, non ci fotografa fedelmente; ma come ogni habitat è quello che la "selezione" ci ha affibbiato; ci dobbiamo stare! Però sappiamo che modificarlo si può.

Riusciremo a vincere la sfida di farlo diventare armonico e non ostile a noi che lavoriamo? Per questo siamo portatori dell'immagine di un Sindacato che faccia gli interessi e non sia invece controparte costante di noi medici, che abbiamo per abitudine di stare nello studio e con i pazienti.

Abbasso i capetti e i "coordinatori"! Caro Pecora, sono solo "Stream of consciousness"; giusto per farti vedere cosa penso.

Aldo Milone
Medico di famiglia
Catania



Caro Direttore Pecora, se le osservazioni sotto riportate sono di qualche utilità a difesa del MMG e meritevoli di pubblicazione vi chiedo di farlo.

ERRORI NEGLI ELENCHI DEGLI ASSISTITI. QUASI MAI È COLPA DEI MMG. ESPERIENZA PERSONALE.

Da poco più di un anno sono felicemente pensionato dopo essere stato per quarant'anni Medico di Medicina Generale in un comune di montagna. Felicemente perché l'eccessiva burocratizzazione della medicina attuale mi avviliva e con essa ero frequentemente in conflitto ma, obtorto

collo, mi sono adeguato sino a raggiungere i settat'anni, termine ultimo per la convenzione.

Dopo un periodo nelle corsie ospedaliere, dal 1968, prima come Medico Condotta (ed Ufficiale Sanitario incaricato) poi come MMG, ho attraversato tutte le trasformazioni dell'assistenza sanitaria del territorio sino alle USSL degli anni '80. Nell'Alta Valtellina, dove risiedo, l'USSL comprendeva cinque comuni, con una popolazione di venticinquemila persone circa.

Nel 1984, pur continuando ad essere MMG, sono stato nominato Responsabile del Servizio di Medicina di Base della locale USSL 24 di Bormio, incarico che lasciai nel 1992 per motivi personali.

bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Usando da alcuni anni il computer portai in USSL le mie esperienze. Eravamo ai primordi dell'informatica e preparai un programma per la produzione di un data base degli assistiti residenti. Sempre con miei programmi: le vaccinazioni della prima infanzia, la statistica delle cause di morte, i libretti di idoneità sanitaria dei lavoratori adetti alla manipolazione delle sostanze alimentari, pap te-



Vicolo del Gimnasio - Valfurva

st, mammografie, malattie infettive, servizio assistenza domiciliare anziani ed altro. Costituii nel 1985 un Ufficio di Informatica e di Statistica Medica, inserito nel Servizio di Medicina di Base, a cui facevano riferimento l'Ufficio di Scelte e Revoche, il Servizio di Igiene, il Servizio Sociale e il Servizio di Medicina di Base.

Constatai immediatamente che gli elenchi cartacei dei residenti nell'USSL erano imprecisi, mancanti dei nominativi di alcuni nuovi nati ed immigrati e non sempre erano cancellati gli emigrati e i defunti. Le cause dei disguidi erano da imputare in parte ai Comuni che non inviavano per tempo e con precisione i dati dell'anagrafe (ai tempi anch'essa cartacea) e in parte alla dispersione di tali dati in USSL.

Nominai un responsabile alla ricezione dati dell'Ufficio di Informatica a cui dovevano essere indirizzati mensilmente (a lui e a lui solo) tutti gli elenchi provenienti dai comuni, nel contempo mi premurai di indire una riunione dei responsabili dell'anagrafe dei cinque comuni per indicare a chi dovevano essere indirizzati i dati. Feci eseguire un controllo / confronto dei nostri dati con quelli di ciascun comune per individuare gli errori pregressi. Da allora non è più successo che non venisse invitato un bambino alle vaccinazioni obbligatorie e non, che nessun defunto rimanesse negli elenchi e sfuggisse alla statistica USSL delle cause di morte e tutte le donne di una determinata fascia di età venivano chiamate alla prevenzione con regolarità.

Le imprecisioni iniziali sono un fatto fisiologico. Nessuna meraviglia, errori comprensibili con l'avvio delle prime procedure informatiche regionali. Gli elenchi sono stati velocemente purificati.

Dagli anni '80 ne è passata di acqua sotto i ponti, l'informatica e le comunicazioni si sono ampliate ed affinate e, con i controlli incrociati previsti, si dovrebbe rasentare la perfezione ma nei giornali si leggono sempre notizie eclatanti riguardanti alcune regioni: i medici percepiscono compensi per la cura di defunti! Mi chiedo: è colpa dei medici se tali regioni, comuni od ASL, non hanno provveduto alla trasmissione esatta dei dati, alla depurazione degli elenchi in loro possesso ed hanno omesso il dovuto controllo?


*bacheca**libera vetrina a disposizione dei lettori**bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca*

Come scusante si leggono notizie di incompatibilità dei programmi informatici fra regione, comuni ed ASL, fra ASL e ASL e forse all'interno delle stesse, con conseguente incomunicabilità dei data base che ciascun comparto gestisce. Se è vera la notizia mi chiedo ancora: esistevano dei responsabili della gestione dei dati?.

È possibile che nessuno abbia pensato di armonizzare gli elenchi elettronici per renderli compatibili e farli comunicare?

Può sorgere il sospetto che ciascuno coltivasse il suo orticello senza fare un minimo sforzo intellettuale per risolvere l'anarchia informatica. Ora chi ne subisce le conseguenze sono i MMG che, ultimi della filiera, dovevano e devono individuare negli elenchi fra millecinquecento nominativi i tre, cinque, dieci, quindici assistiti deceduti per segnalarli alla propria ASL. Qualcuno potrebbe averlo fatto senza però conservare la copia protocollata della comunicazione e sapendo quali sono gli intoppi della burocrazia potrebbe risultare che la cosa non sia mai avvenuta. Di tale incidente non ne ha colpa il medico e probabilmente neppure il ricevente la comunicazione che, per competenza, passando le carte a Tizio, da questo a Caio ed a Sempromio e chissà a chi altro, fa sì che i nominativi si disperdano e non entrino nel data base regionale degli assistiti, ma dormano tranquilli e dimenticati in qualche cassetto.

Non ho mai spulciato i miei elenchi e non mi è mai capitato di dover rifondere l'ASL per cura di defunti, non ho notizia di casi eclatanti nella mia regione che, per quel che mi risulta, ha fatto e fa le cose egregie e con precisione. Non ho quindi provato personalmente quanto bruci sentirsi additato come truffatore dai mezzi di stampa che, alla ricerca della notizia, sbattono il MMG in prima pagina a caratteri cubitali, talvolta poi alleviandone le responsabilità nel corso dell'articolo. Non sempre però tutti i lettori arrivano in fondo a questo e quindi il solo titolone fa testo e resta impresso. Come medico sono rattristato ed anche un po' indignato nel sentire di questi colleghi indagati per truffa od altro a causa di omissioni o superficialità burocratiche di cui potrebbero non avere alcuna colpa.

Per evitare tutto questo scompiglio sarebbero bastati buon senso, buona volontà, un pizzico di responsabilità, di attenzione e meno ignavia mentale. La malasania fa notizia, prendersela con il medico è un piacere. Dagli all'untore, anche quando questo potrebbe essere innocente.

Leggo sull'ultimo numero di Libertà Medica l'intervista a De Bortoli che ha nostalgia per il Medico Condotta ed plaude al suo Medico di Famiglia. Il primo è ormai morto e sepolto, non più riproponibile e si sta lentamente e inesorabilmente tentando di affossare anche il secondo.

Si dimentica infatti che i MMG hanno ben altro da fare che rincorrere tutte le scartoffie della burocramedicina attuale (compresi gli elenchi assistiti, compito regionale e dell'ASL), dovrebbero poter svolgere tranquillamente il loro dovere specifico, potersi dedicare all'ascolto del malato, alla diagnosi, alla terapia ed all'aggiornamento. Gli spazi per farlo purtroppo si restringono sempre più, schiacciati dalle pastrocchie burocratiche. La mia impressione è che di questo passo il MMG si trasformi in un affannato travet della ricetta, dell'impegnativa, del lavoro amministrativo e ancor più pericolosamente in medico smistatore, portato sbrigativamente ad inviare con sempre maggior frequenza dello specialista, ad abusare di accertamenti, con grave ingorgo negli ambulatori, dilatazione dei tempi di attesa e maggiori costi. Meno tempo si dedica all'ascolto del malato, alla visita, al ragionamento e alla clinica più si perde in capacità di fare il medico, di far diagnosi e terapia, rendendo inutili anche i corsi di aggiornamento perché, a lungo andare, si rischia di perdere la professionalità e dimenticare anche le nozioni che si hanno. Senza diagnosi il malato inizia il giro degli ambulatori specialistici e si innesca una spirale perversa. Ma questa è un'altra storia che sarà il tema di una eventuale seconda puntata. Ne ho da dire. A ben risentirci e cari saluti.

Mauro Galperti
(MMG in pensione)
Valfurva (SO)
Cell. 3332682938

bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Ho letto, con molto interesse, nella recente edizione della Pubblicazione SNAMI della dolorosa morte del Dott. Desolato Fantozzi, Medico di Base.

Colpito da questa tragedia, mi sono impegnato alla ricerca di testimonianze di vite di medici di successo ed ho trovato la documentazione che riporto e, che, se lo riterete potrete pubblicare. Grazie.

Un inaspettato ed improvviso senso di malessere in-grovescente risvegliò quella notte l'Emerito Professore, Dottore Teobaldo Teobaldini di Montemiracoli.

Gravemente impressionato riflettè sul da farsi. Chiamare, per un consulto un Medico più bravo? Certo sarebbe stato opportuno, ma, imbarazzante ed umiliante.

Rivolgersi ad uno più asino di lui sarebbe stato impossibile ed anche rischioso.

Un po' di biografia e di note curricolari sembrano, a questo punto opportune per meglio comprendere la valenza Umana e Professionale del protagonista.



Scorcio di Ferrara

L'Emerito Professor Dottor Teobaldo Teobaldini di Montemiracoli (che di seguito nomineremo Baldo per brevità) proveniva da una illustre tradizione familiare fatta di: Medici, Professori, Cattedratici, Rettori, Liberi Docenti, ed affondava solide radici nella Storia, come poteva dedursi da manoscritti di epoca Longobarda ben in vista nel suo studio professionale.

Baldo aveva frequentato il liceo e l'Università, pressoché senza aprire libri ma con quel profitto che era intrinsecamente correlato ai nobili natali ed alle attenzioni e premurose intercessioni dei blasonati genitori, zii, amici e parenti di ogni ordine e grado.

Così giorno dopo giorno, il nostro Baldo, si era trovato, con spirito di servizio e dedizione a ricoprire ruoli professionali che lo avevano portato all'apice della carriera dirigenziale.

A questa brillante carriera aveva inoltre contribuito l'assidua militanza del Nostro nel P.G. (Partito Giusto).

Ma mentre ci stavamo approfondendo nella biografia dell'illustre Clinico le sue condizioni di salute si aggravavano così Teobaldo Teobaldini aveva iniziato a girovagare tra le stanze della sua bella casa arredata con mobili antichi e tele d'autore, in parte eredità della sua pregiatissima stirpe, ed in parte delle fatiche del Nostro, fatte di impegno professionale e libero-professionale, docenze, consulenze, contratti a progetto, obiettivi raggiunti, pubblicazioni, attestazioni di benemeranza di filantropiche case farmaceutiche.

Essendo Teobaldo persona estremamente semplice e pratica teneva parte del denaro così guadagnato in una serie di cassapanche disposte nei locali di casa.

Così, ogni tanto, Baldo per trovar conforto degli inevitabili momenti di tristezza che la Vita a tutti riserva era solito esaminare il contenuto delle sue cassapanche; quelle periodiche riviste lo rincuoravano e contribuivano ad implementare quelle qualità che Baldo si riconosceva: l'autorevolezza nei confronti dei Colleghi meno titolati che i malevoli scambiavano per supponenza, lo spirito di servizio con il quale cercava di agevolare il progredire nella



bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Professione dei giovani medici, che, sempre i soliti malevoli indicavano come: “strabismo orientato”, riferendosi agli: “assist” che Baldo offriva ai figli di amici fraterni ed ai “figliocci” di operosi politici del P.G. (Partito Giusto).

Ma in quella fatidica notte neppure quell’occupazione sembrava dargli il ristoro cercato. Pensò, allora di consultare qualche testo di medicina. Ma in casa non ve n’erano; non che non ne avesse posseduti, anzi, spesso aveva ricevuto in meravigliosi tomi scientifici munifici doni di disinteressati emissari di produttori di beni e servizi sanitari di ogni tipo ma il Dottor Professor Teobaldo Teobaldini di Montemiracoli non sopportava i libri per varie motivazioni di cui le principali sono elencate nella Tabella I:

- a) notoriamente inutili per chi già sa;
- b) occupano spazio prezioso
(utilizzabile più proficuamente per le cassapanche);
- c) portano polveri nocive.

Per queste motivazioni Teobalduccio era solito ridonare i libri ricevuti al Mercatino delle Pie Opere, spinto anche dal suo indubbio sentimento filantropico.

Ad un certo punto, risvegliata dal tramestio, comparve la Fantesca che, edotta delle condizioni del Nostro si offrì di preparargli una tisana che, dopo qualche esitazione Teobalduccio bevve. Subitamente Teo accusò un peggioramento delle sue condizioni indi liberò nell’etere domestico una prorompente, rettoriale, cattedratica, dottissima SCORREGGIA e si sentì meglio, una perfetta restituito ad integrum.

Era pronto per affrontare l’indomani e la riunione con il Direttore Straordinario, Generale, Multipotenzionario delle Super Aziende Sanitarie Riunite Associate.

Con l’aiuto di Ippocrate, Galeno Avicenna ed Associati.

Roberto Marescotti
Copparo (FE)



Caro Pecora, sono un MMG di Roma di 57 anni laureato da 32 anni e da sempre faccio questo lavoro. Ho uno studio grazioso, nulla di speciale, ma l’ho arredato con amore e secondo i miei desideri. Ho circa 500 assistiti, mi piace il lavoro, anche se da molti anni i miei introiti sono sempre gli stessi: non voglio soldi per PPIP, ADP, UCP, Ospedali virtuali e via cantando.

Vorrei sapere allora perchè ora debbo essere obbligato a fare grupponi, magari con colleghi che non mi attraggono, ad usare il PC, Internet e altre modernità. Mi hanno sempre detto che sono un libero professionista e allora perchè dovrei lasciare il mio studio, intrupparmi con decine di colleghi e con il PC se ai miei pazienti piaccio così come sono? Perchè, visto che io già assicuro la mia reperibilità tutta la settimana, debbo aderire ad H24 (ma

cos’è una marca di sigarette?). Vorrei semplicemente continuare il mio lavoro come sempre; vorrei che fossero i miei pazienti a scegliere tra me e le altre forme di Assistenza di base: io sono laureato in Medicina e Chirurgia, non in Informatica o Ingegneria gestionale.

Ecco, se qualcuno mi desse una risposta convincente ai miei dubbi, allora sì che rinuncerei alla Convenzione sapendo di non essere in grado di reggere il passo dei tempi, ma, per favore, non mi si dica che con il PC e con i grupponi io sarò un medico migliore: non è vero, anzi sono sicuro che perderei il rapporto medico-paziente faticosamente costruito in questi decenni. Grazie per l’attenzione.

Dott. Concetto Pirrottina
M.G.M. Roma



attenti ai lavori

Intreccio malefico quando la politica sceglie il "bisturi"

La sanità è punto di intersezione di medicina ed economia, di medicina e politica, di soldi e salute

Non sono poche "mele marce" a poter compromettere un'intera professione.

■ *intervista a Lorenzo Del Boca di Francesco Pecora*

Ordine dei Medici, e quindi ordini professionali, qual è la sua opinione?

Se non credessi nel ruolo degli Ordini professionali non sarei qui, è evidente. Di qui a dire che nulla deve cambiare e che gli Ordini non debbano adeguarsi al mutare delle situazioni, ovviamente, il passo è lungo. Spesso sono stati additati come un elemento della cosiddetta casta, ed è falso, non si può però nascondere che il ruolo di tutela del cittadino, che è il principio alla base degli Ordini professionali, è stato spesso lasciato in ombra. Bisogna che questa funzione diventi più visibile e divenga patrimonio della società civile. Ovviamente nessuno dispone della ricetta per raggiungere questo obiettivo, ma è fondamentale che se ne discuta anche tra categorie differenti. Quanto alle accuse di essere un ostacolo nell'accesso alla professione, cre-

do che non regga: le procedure per l'accesso all'Ordine, si tratti di medici o di giornalisti, mi sembrano assolutamente trasparenti. Non sono lì gli ostacoli.

I media, in particolare i giornali, sono a caccia di sensazionalismi, i medici e la sanità sono un boccone ghiottissimo e quindi bersaglio indifeso, spesso oggetto del neologismo terribile che è la malasanià. La classe medica come può difendersi?

È vero, il boccone è ghiotto, anche se va detto che il trattamento che ricevono questi eventi non è uniforme: non tutti i mezzi di comunicazione hanno un approccio sensazionalistico. D'altra parte, il compito del giornalista è chiaro: dare le notizie e soprattutto dare quelle che più interessano il cittadino. La sanità, che è il punto di intersezione di medicina ed economia, di medicina e politica, di soldi e salute, detto in parole povere, suscita la massima attenzione. Detto



Lorenzo del Boca
Presidente dell'Ordine Nazionale dei giornalisti

questo, va considerato che si tratta di una campo abbastanza complesso, che richiede conoscenze per così dire specialistiche e, come rappresentante della professione, non posso che auspicare che i giornalisti che affrontano questi temi siano sempre più preparati. D'altra parte, anche l'ultimo fatto eclatante, gli episodi di corruzione rilevati dall'inchiesta Apotheke partita da Roma, mi sembra sia stato affrontato in linea generale con grande obiettività, anche per merito delle prese di posizione dei presidenti delle Federazioni nazionali degli Ordini dei medici e dei farmacisti. E qui vengo alla seconda parte della domanda: la categoria si difende prendendo le di-

attenti ai lavori

stanze dai comportamenti aberranti, applicando la legge in fatto di sospensioni e radiazioni dalla professione e, soprattutto, ricordando che non sono poche “mele marce” a poter compromettere un’intera professione. Del resto, se tutte le indagini demoscopiche, comprese quelle ufficiali, mostrano che il gradimento verso il medico del servizio sanitario è sempre elevato è evidente che questo concetto è largamente condiviso.

Conessione politica e sanità. Chi ha colpa di questo malefico intreccio. Abbiamo rimedi? E se ve ne sono quali?

Che la politica si intrecci alla sanità è inevitabile. Oggi la tutela della salute rappresenta la voce più importante del bilancio delle Regioni e, prima delle riforme in senso federale, dello Stato. Se non ricordo male parecchi anni fa il medico, (Mario Zanetti che fu anche alla guida dell’Agenzia Sanitaria dell’Emilia Romagna), scrisse che non lo spaventava la lottizzazione, ma la lottizzazione fatta con gli incompetenti. Intendeva dire che è inevitabile che una Regione amministrata dal Centro-sinistra chiami alla guida della Sanità un manager dello stesso orientamento, visto che deve applicare una precisa politica sanitaria, e che lo stesso valeva per lo schieramento avverso. L’intreccio diviene malefico quando la politica pretende di scegliere chi deve impugnare il bisturi. Un conto sono le scelte politiche, ben altra cosa quelle tecniche, soprattutto quando sono scelte che in-

cidono direttamente sulla vita del cittadino. Le colpe della situazione temo vadano condivise: di fronte al politico che dispone a suo piacere della cosa pubblica c’è qualcuno che chiede favori. I rimedi possibili sono moltissimi e scegliere quale adottare è una scelta politica, ancora una volta, ma la chiave di volta deve essere la trasparenza e la valutazione oggettiva del merito. Negli Stati Uniti, per citare un esempio, le casistiche, i titoli accademici e scientifici dei medici sono dati pubblici.

Conosce il suo medico di famiglia? Cosa pensa della categoria? Per sentito dire o per esperienza personale?

Conosco il mio medico di famiglia, anche se non sono un frequentatore assiduo dell’ambulatorio. Nella mia

idea della categoria, comunque, rientrano sia le esperienze personali sia il sentito dire, che poi sono le esperienze di amici e parenti. Penso che oggi i medici di medicina generale abbiano un compito difficile, stretti tra il ruolo di controllore della spesa che gli affida il servizio sanitario e quello di primo referente, e spesso confidente, di una famiglia. A ciò si aggiunge che sento spesso i medici lamentarsi di un carico burocratico sempre maggiore. C’è poi anche da considerare che il cittadino, il paziente, come si diceva una volta, è sempre più informato o crede di esserlo e, soprattutto, vuole avere un ruolo meno passivo. Insomma, è più esigente e più difficilmente accetta a priori quello che gli viene detto. Del resto, è così anche quando legge il giornale... ■

“Cerchiamo di non essere troppo esigenti: è meglio possedere diamanti di seconda scelta che non possederne affatto.

Non c’è che una stagione: l’estate. Tanto bella che le altre le girano attorno. L’autunno la ricorda, l’inverno la invoca, la primavera la invidia e tenta puerilmente di guastarla.

Mark Twain

(Florida, 30 novembre 1835 – Redding, 21 aprile 1910)
scrittore, umorista, letterato, lettore universitario e conferenziere statunitense

Oggi in Italia sono oltre 2000 le persone in stato vegetativo

Eluana: perché è diventata una storia di destra o di sinistra?

Ogni tre anni davanti a un notaio accompagnati dal proprio medico di famiglia

■ di Francesco Pecora

Con grande disagio ritorno a parlare di Eluana: mi ero limitato, occupandomene precedentemente, ad una acuta osservazione dei fatti cercando nei limiti del possibile di non farmi tentare dai commenti.

Oggi Eluana non è più tra noi ed allora mi sento, pur soffrendo terribilmente, come padre e come medico, meno incatenato da questa sensazione di sofferenza. Eluana Englaro è morta, mentre intorno a lei, a Udine e a Roma, infuriavano le polemiche sul suo destino e sulla sua vita.

Non riprendendo nessuno dei commenti volgarmente distribuiti gratuitamente da tutti, ma proprio tutti, non si può fare a meno di rilevare che proprio gli addetti ai lavori non hanno fatto sentire la loro voce, se non a cose fatte. È stata approvata una legge tra mille polemiche.

Non è possibile che in uno stato di diritto come il nostro, il numero spropor-

zionato di medici che affollano le due camere, non abbiano una idea univoca del problema. Non è possibile, se non con qualche eccezione, che il medico di uno schieramento politico la pensi diversamente da quello dell'altro schieramento su problemi etici come quello di Eluana e di altri cento, mille individui che si trovano e si troveranno in quelle condizioni. Oggi in Italia sono più di duemila le persone in stato vegetativo. Sarebbe stato più serio che medici di ambedue gli schieramenti, insieme ad altri organi rappresentativi della categoria avessero preso in mano la situazione e tentato, non di risolvere il problema, ma soltanto di porgerlo con la dovuta discrezione e competenza, alla osservazione di tutti coloro che si sono arrogati il diritto di farlo in vece.

Adesso abbiamo una legge che a mio parere non potrà accontentare quasi nessuno. A cosa serve una legge sapendo in partenza che una decisione od una scelta in ogni caso spetterà ad altri? Non uso per scelta le due parole che al solo nominarle vengo pervaso da un grande malessere: Testamento

biologico. Si è soffermato qualcuno a valutarne la violenza?

Mi rimane la speranza che prima o dopo i medici, parlamentari e non, si riappropriino di quelle che sono le prerogative per le quali svolgiamo questa professione, forse solo allora rivedremo una partecipazione totale alla vita sociale, oggi limitata ad alcuni che ne fanno solo commercio e che tengono lontana una maggioranza sana, laboriosa e purtroppo silenziosa. ■





polemizzando

Augusto Pagani

Perché modificare la organizzazione della assistenza primaria

Per favore non prendete altri impegni per noi

I delusi e gli arrabbiati attribuiscono ai Sindacati tutte le colpe di questa brutta situazione.

■ **Augusto Pagani**
Presidente Provinciale di Piacenza

L'ultimo buon accordo contrattuale per i medici di famiglia fu quello siglato con l'allora Ministro della sanità On.le Aldo Aniasi nel 1980.

Da allora ogni rinnovo ha provocato la perdita di un po' di potere di acquisto e di un po' di libertà, e l'aumento della burocrazia, dei controlli e delle incompatibilità.

I delusi e gli arrabbiati attribuiscono ai Sindacati tutte le colpe di questa brutta situazione, senza troppo entrare nel merito delle differenti linee politiche e delle differenti responsabilità che scaturiscono dal numero delle deleghe sindacali.

Molti quelli che si lamentano e criticano, a voce e per iscritto, pochi quelli che dopo aver espresso un giudizio negativo decidono di fare qualcosa in prima persona o quanto meno di manifestare il loro apprezzamento o il loro dissenso nei confronti di una determinata politica sanitaria con una scelta od una revoca che esprima concre-

tamente ed utilmente il loro appoggio ad un sindacato piuttosto che ad un altro.

Dopo la loro elezione il Presidente Nazionale dello SNAMI ed il Segretario Nazionale della FIMMG hanno riaperto il dialogo ed hanno sperimentato una inedita collaborazione fra i loro sindacati nella trattativa per il rinnovo dell'ACN.

Fino a settembre hanno marciato insieme, ed alla piattaforma della SISAC hanno risposto con un documento, sottoscritto da tutti i sindacati medici, che rappresentava la valutazione condivisa e preliminare all'inizio della trattativa.

Nelle conclusioni di tale documento stava scritto testualmente:

La prosecuzione delle trattative è quindi subordinata ad uno dei seguenti impegni:

1. *accordo quadriennale, primo biennio economico (4,85% + lodo Fini 2005), associato ad una revisione del carico fiscale finalizzato a rimuovere le iniquità cui oggi la categoria è sottoposta;*
2. *accordo sul primo biennio riconoscendo quanto al punto 1 come*

aumento da erogare in tempi brevissimi con revisione riduttiva degli impegni dell'attuale ACN e prosecuzione immediata delle trattative per il completamento dell'ACN quadriennale, per avviare il cambiamento delle cure primarie, con successivi accordi e finanziamenti;

3. *aumento del finanziamento complessivo in modo tale da poter comprendere anche gli investimenti iniziali per il cambiamento delle cure primarie.*

A metà novembre SNAMI e FIMMG dichiaravano che i contenuti economici erano stati concordati e la firma dell'ACN era prossima, grazie alla compattezza dei sindacati.

Ecco alcuni dei nuovi obblighi:

- *entrare a far parte delle Aggregazioni funzionali di medici di medicina generale;*
- *entrare a far parte delle Unità complesse di cure primarie, perdendo da quel momento gli incentivi relativi all'associazionismo, ai collaboratori*

polemizzando

di studio, agli infermieri professionali, all'informatizzazione;

- inviare mensilmente alle ASL il riepilogo giornaliero dalla propria attività assistenziale, accessi e visite ambulatoriali, visite domiciliari, ADI e ADP, PIPP e vaccinazioni, ricoveri;
- aderire ai progetti Tessera sanitaria e Collegamento in rete con la Regione.

L'accordo non fa alcuna menzione dell'aumento del finanziamento complessivo necessario per iniziare il cambiamento delle cure primarie, ma impegna i medici di famiglia ad una maggiore integrazione nelle attività distrettuali, ad un potenziamento degli orari di ambulatorio, della assistenza domiciliare e della continuità assistenziale.

Il 22 dicembre 2008 FIMMG ha firmato la pre-intesa con la SISAC, informando poi gli iscritti che "l'accordo firmato rappresenta l'inizio del cambiamento per cui abbiamo lavorato negli ultimi due anni" e che erano stati raggiunti importanti traguardi con la introduzione delle Aggregazioni funzionali, con la costituzione delle Unità complesse di cure primarie e con la introduzione del flusso informativo.

SNAMI invece ha dato una valutazione negativa dell'accordo, per i contenuti normativi ancor più che per quelli economici, ed ha deciso di contrastare in tutte le sedi le criticità presenti nella preintesa dell'accordo nazionale.

Nessuno dei tre impegni esposti nelle conclusioni del documento comune dei sindacati è stato soddisfatto, e pur tuttavia alcuni hanno firmato, consapevoli che questo atto avrebbe sancito la fine della collaborazione intersindacale ed avrebbe costretto chi non firmava alla esclusione dalle trattative regionali ed aziendali.

La maggior parte dei medici di famiglia che sulla stampa di settore, nelle mailing list, nelle assemblee e nei congressi hanno espresso un parere negativo nei confronti di questo accordo.

Tutti i sondaggi riferiscono che la grande maggioranza degli italiani apprezza il proprio medico di famiglia, e lo colloca al top dell'indice di gradimento fra i servizi del sistema sanitario.

In un tale contesto perché modificare la organizzazione della assistenza primaria, introducendo norme e vincoli che ostacolano lo svolgimento della attività in forma singola e di associazione semplice? Perché aumentare ulteriormente la integrazione con il Distretto, che per esperienza vissuta sappiamo consistere in aumento dei controlli, della burocrazia, della attività extraprofessionale piuttosto che in un miglioramento della efficacia della assistenza al cittadino?

Queste ed altre domande si fanno i medici di medicina generale, senza trovare una convincente risposta, neppure nelle dichiarazioni di chi ha lavorato e lavora per questa ri-organizzazione della assistenza primaria. Risposte che arriveranno troppo tardi.

Quel giorno faremo parte di una Aggregazione funzionale, ed in gruppi di venti saremo coordinati da un collega che per questo percepirà un compenso, e sarà il nostro tramite verso il Distretto, o il tramite del Distretto verso di noi.

Faremo anche parte di una Unità complessa di cure primarie, medici di famiglia, di continuità assistenziale e specialisti, infermieri professionali, assistenti sociali, segretarie, tutti insieme per garantire la assistenza H24. Al servizio dei cittadini, ciascuno con la propria professionalità e responsabilità.

Ma ditemi cari colleghi, se non ci fossero medici di continuità assistenziale o infermieri in numero adeguato per fornire le prestazioni promesse, cosa succederà?

Chi farà la guardia notturna o festiva, chi farà le medicazioni e metterà i cateteri?

Le segretarie, le assistenti sociali o gli specialisti?

Non lo so, ed ho qualche timore riguardo il nostro futuro.

E siccome sono convinto, da sempre, che alle parole debbano seguire le azioni, mi sono messo d'impegno a convincere quanti più colleghi possibile che i progetti di assistenza primaria sostenuti dai diversi sindacati medici sono molto diversi e che pertanto, nel loro interesse, devono scegliere quello che meglio li rappresenta e li tutela.

Chi non apprezza l'accordo sottoscritto non può restare in un sindacato che invece lo considera "un impegno nei confronti dei MMG, non eludibile e non modificabile". ■



polemizzando

Marcello Odorizzi

Sondaggio

Aspetti amministrativi-burocratici nella professione di Medico di Assistenza Primaria

■ *Marcello Odorizzi*
Presidente Provinciale di Bergamo

Cari amici, l'occasione è buona per augurare a tutti Voi che il 2008 se ne sia andato con tutto il suo casotto e che arrivi un 2009 con tante cose belle buone e nuove.

Prendetevi 10 minuti di pausa e provate il mio questionario, il mio punteggio purtroppo è molto basso e quindi... beh l'articolo 19 punto 1 lettera C dell'ACN mi da 60 gg di riflessione, dovremmo arrivare più o meno fino al giorno del mio compleanno, vedremo cosa mi regalerò.

1. Quale delle seguenti affermazioni è inaccettabile?

- Ricevere la giusta ricompensa per un lavoro che mi piace.
- Ricevere la giusta ricompensa per un lavoro che NON mi piace.
- Ricevere una ricompensa esageratamente alta per un lavoro, che mi piaccia o no.
- Ricevere una ricompensa insufficiente per un lavoro che mi piace.
- Ricevere una ricompensa insufficiente per un lavoro che NON mi piace.

2. Noi cittadini paghiamo fior di tasse per ottenere dal servizio Sanitario Nazionale:

- Un Medico di fiducia al nostro servizio per tutto quanto concerne la nostra salute.

- Un Medico al servizio della ASL che può muoversi e decidere liberamente per avvicinare le Nostre esigenze alle possibilità del SSN.
- Un medico al servizio della ASL con le mani legate da tanti Obblighi e divieti che limitano la possibilità di trattare ogni paziente secondo le proprie esigenze personali.

3. Quale di queste affermazioni è veritiera?

- Lo stato spende per comprare le medicine ai cittadini tanto quanto spende per mantenere e gestire l'apparato del SSN.
- Lo stato spende più per curare i cittadini di quanto spende per i gestori della sanità.
- Lo stato spende molto più per la gestione della sanità (funzionari, uffici, computers, etc,) di quanto spende per la Farmaceutica o per i ricoveri ospedalieri.

4. In quale delle seguenti affermazioni ti identifichi?

- Ogni persona ha la propria storia, le proprie necessità e le proprie malattie con esigenze personali di prevenzione diagnosi ed assistenza.
- Ogni persona ha la propria storia, ma le malattie sono tutte uguali e si devono curare tutte allo stesso modo.
- Tutte le persone sono uguali e così pure tutte le ma-

polemizzando

lattie per ciascuna di esse vi è un solo iter diagnostico ed un solo protocollo terapeutico da applicare a tutti.

5. Cosa prevede il giuramento di Ippocrate?

- a. Il medico deve curare secondo scienza e coscienza applicando il principio: “Primo non nuocere”.
- b. Il medico deve curare secondo Scienza, Coscienza e Portafoglio.
- c. Il medico deve curare soltanto secondo le indicazioni contenute nei Piani diagnostico terapeutici del momento, nelle Linee guida attuali e senza guardare in faccia nessuno.

6. Quale delle seguenti affermazioni è sbagliata?

- a. Occuparsi della salute dei propri assistiti è un lavoro che richiede una laurea in medicina e chirurgia e merita la giusta retribuzione.
- b. Occuparsi della corretta gestione delle risorse in sanità è un lavoro che non richiede una laurea in medicina, ma merita la giusta retribuzione.
- c. Partecipare a progetti di monitoraggio e prevenzione delle malattie per portare a conclusioni generalizzate è un lavoro che merita la giusta retribuzione.
- d. Gestire ed implementare un programma informatico per la raccolta nazionale dei dati sanitari di ogni cittadino è un lavoro che merita la giusta retribuzione.
- e. Garantire la continuità dell’assistenza 24 ore al giorno e 7 giorni su 7 è un lavoro che merita una giusta retribuzione.
- f. Tutte le precedenti rappresentano 5 lavori differenti e meritano 5 differenti giuste retribuzioni.
- g. Tutte le precedenti rappresentano un lavoro solo che può essere svolto da una persona sola e pagato un quinto di quanto dovuto.

7. Che cosa è ed a che cosa serve la legge sulla Privacy?

- a. Garantisce al cittadino il diritto alla riservatezza dei propri dati sensibili senza privarlo del diritto alla salute.
- b. Una legge che impone di raccogliere i dati sanitari in modo anonimo escludendo a chiunque la possibilità di risalire al titolare dei dati raccolti.

- c. Una legge che obbliga il cittadino a dare “Liberalmente e gratuitamente” il consenso informato al trattamento, all’utilizzo ed alla divulgazione dei propri dati sanitari e sensibili pena la perdita del diritto all’assistenza sanitaria pubblica.

8. Cosa Ti ricordi a proposito di Scienza e statistica?

- a. La somma di tanti comportamenti diversi può generare una MEDI che è indicativa dell’andamento generale.
- b. La media dei comportamenti serve per eliminare e punire gli estremi fino a giungere ad un sistema omogeneo.
- c. Soltanto chi si trova in sintonia con la media è appropriato, mentre coloro che se ne discostano sono fuorilegge che recano danno all’erario.

9. Quale delle seguenti affermazioni ti sembra sensata?

- a. Il medico può prescrivere una terapia complessa ad un Paziente spiegandogli le modalità ed i tempi di assunzione dei singoli farmaci.
- b. Quando il medico prescrive una multiterapia il Paziente va a casa ed assume subito tutti i farmaci prescritti in un’unica soluzione.
- c. Ogni farmaco è gravato da effetti collaterali che si possono manifestare qualora detto farmaco venga assunto dal Paziente; esistono anche interazioni tra farmaci diversi che, qualora assunti contemporaneamente possono modificare in più o in meno il rischio degli effetti collaterali dei singoli farmaci.
- d. Anche la semplice prescrizione dei farmaci, o il loro acquisto in farmacia espone il Paziente al rischio di effetti collaterali e di interazioni indipendentemente dall’assunzione degli stessi.

10. Quale affermazione condividi a proposito delle malattie croniche degenerative?

- a. Fino a quando non hai eseguito un accertamento radiografico NON hai l’artrosi.
- b. Fino a quando non hai eseguito una MOC o non hai rotto una vertebra NON hai Osteoporosi.

polemizzando

- c. Meglio prevenire che curare, ma prevenire è a carico del Paziente.
- d. La capacità clinica ed anamnestica del medico consente di diagnosticare e trattare alcune malattie anche in assenza di accertamenti strumentali.

11. Quale delle seguenti affermazioni condividi per quanto riguarda il tuo futuro?

- a. Ho imparato a fare il medico, ma devo accettare qualsiasi compromesso per mantenere la mia famiglia e pagare il mutuo.
- b. Ho guadagnato ed accumulato talmente tanto negli ultimi anni di professione che ora posso anche essere sottopagato per i prossimi 5/6 anni e dedicare molto più tempo al mio lavoro.
- c. Le capacità e l'impegno che mi hanno consentito di imparare a fare il MMG possono oggi permettermi anche di cominciare ad imparare un'altra professione.
- d. Il mio lavoro attuale non basta più a garantire a me ed alla mia famiglia la sicurezza economica e devo per forza cercarmi un secondo lavoro.
- e. Mi manca talmente poco tempo alla pensione che mi conviene inghiottire amaro ancora per pochi anni prima di uscire di scena.

Hai totalizzato un punteggio da 1 a 100! Eccoti l'interpretazione.

Oltre 75: COMPLIMENTI. Sei la persona giusta, al posto giusto e nel momento giusto, hai un lavoro che soddisfa tutte le tue esigenze e ti permette anche di assentarti per 2 o più giorni quando vuoi, nessuno è INSOSTITUIBILE, ed il tuo lavoro può essere fatto da qualsiasi altro medico sostituto, se non addirittura dalla segretaria.

Da 51 a 74: COMPLIMENTI. Hai una buona capacità di adattamento alle richieste del tuo datore di lavoro. Riesci a soddisfare bene le tue esigenze lavorative. Sarà utile per il futuro stipulare una buona polizza di assicurazione (ASSITA) perché un eventuale contenzioso con un Paziente insoddisfatto potrebbe costare molto di più di quelli con la Corte dei Conti.

Da 25 a 50: COMPLIMENTI. Hai le idee chiare su quello che vuoi e su quanto sei disposto a offrire per ottenerlo, per il 2009 sarà conveniente e necessario cercarti un secondo lavoro oppure, fatto salvo l'impegno orario richiesto dal nuovo ACN, meglio ancora cercarti un Primo lavoro, lasciando la convenzione per la MMG al secondo posto.

Meno di 25: COMPLIMENTI. Hai un buon rapporto con i tuoi assistiti, Loro si fidano di te e contano sul tuo aiuto, quando parti per le vacanze si affrettano per consultarti nei giorni che precedono, oppure aspettano fino a quando rientri in servizio. Purtroppo la nuova convenzione non apprezza né permette il tuo stile di lavoro e ti conviene lasciare il posto ad altri, abbandonando la nave prima di affondare con lei.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A	10	0	5	1	1	8	1	1	1	10	10
B	2	5	10	7	5	8	5	10	10	10	8
C	2	10	1	10	10	8	10	10	1	1	2
D	5					8			10	1	5
E	0					8					4
F						10					
G						1					

La tutela giudiziaria del medico

La polizza tutela giudiziaria può essere contenuta nella polizza di responsabilità civile professionale.

■ Daniela Bernuzzi Bassi



Tra le garanzie assicurative, la tutela giudiziaria viene talvolta sottovalutata dal medico benché la stessa si riveli, in concreto, estremamente importante nella gestione del sinistro di responsabilità professionale medica.

Non è infatti infrequente che il costo della gestione di un sinistro di responsabilità professionale medica possa essere addirittura superiore al costo dell'eventuale risarcimento, venendo spesso in rilievo anche esigenze di protezione della professionalità e del buon nome del medico che ha di mira non solo una difesa dal punto di vista patrimoniale ma, prima ancora, professionale.

Precisiamo innanzitutto l'oggetto che deve avere la polizza tutela giudiziaria per essere idonea a salvaguardare pienamente il medico. Essa deve coprire tutte le spese occorrenti in sede giudiziale ed in sede stragiudiziale, sia nell'ambito dei proce-

dimenti civili che nell'ambito dei procedimenti penali, rese necessarie per la tutela dei diritti dell'assicurato a causa di fatti o eventi connessi allo svolgimento della attività professionale. e quindi, a solo titolo esemplificativo, ricordiamo:

- le spese per l'intervento di un legale;
- le spese peritali;
- le spese di giustizia nel processo penale;
- le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'assicurato.

La polizza tutela giudiziaria normalmente non copre anche il pagamento di multe, ammende, sanzioni in genere ovvero gli oneri fiscali.

La polizza in esame può essere sottoposta a limiti territoriali. È opportuno pertanto che il medico si munisca di polizza tutela giudiziaria che operi con riferimento a tutti gli Stati d'Europa.

In caso di controversie relative alla proprietà o alla locazione dei lo-

cali ove il medico esercita la propria attività, la polizza tutela giudiziaria opera solo laddove tra le condizioni di contratto sia espressamente prevista detta estensione. Una buona polizza di tutela giudiziaria rivolta ai medici dovrebbe prevedere, tra l'oggetto della garanzia in esame, tale previsione specifica.

Il massimale della polizza di tutela giudiziaria rivolta al medico deve essere elevato, in modo da garantire il massimo esercizio del diritto di difesa dell'assicurato.

Sul mercato assicurativo italiano la maggior parte delle polizze di tutela giudiziaria rivolte ai medici non offre un massimale elevato, non potendosi considerare tale il massimale solitamente offerto, che si aggira intorno ai 25.000 euro, valevoli tanto per le spese legali quanto per le spese peritali. Basti pensare al costo di una perizia di parte proveniente da un consulente qualificato o anche solo al costo di un legale per cause che si protraggono nel tempo (anche per la necessità di espletamento di attività istruttorie) e per più gradi.

attualità

Il non plus ultra per il medico sarebbe quello di ottenere un massimale illimitato, in modo che il professionista possa tutelare la propria immagine professionale e la propria integrità patrimoniale, senza doversi preoccupare dei costi di difesa e senza essere costretto a rinunciare ad una assistenza tecnica qualificata, il cui costo potrebbe essere anche superiore alla richiesta risarcitoria ricevuta.

La polizza tutela giudiziaria, dal punto di vista temporale, è normalmente assoggettata a dei limiti. Occorre, pertanto, verificare, nell'ambito delle condizioni di contratto, a decorrere da quale data i fatti che hanno dato origine al sinistro di responsabilità professionale sono coperti dalla polizza tutela giudiziaria ovvero se la decorrenza della polizza sia correlata ad altri elementi (notifica atto giudiziario, diffida stragiudiziale, etc...).

La nomina di legali e tecnici è regolamentata nelle condizioni di contratto. Molte polizze prevedono una scelta unilaterale, imposta dalla Compagnia, senza che tale limitazione abbia, quale contropartita, vantaggi diversi ed ulteriori per l'assicurato.

Sarebbe invece opportuno che laddove la scelta di legali e tecnici sia demandata alla Compagnia di assicurazione (o, comunque, sia previsto che la nomina di legali e tecnici sia autorizzata dalla Compagnia di assicurazione), tale limitazione di scelta sia compensata da massimali elevati (se non addirittura illimitati) e

che sia comunque previsto un sistema di preventiva concertazione con la compagnia di legali e periti, specializzati nell'ambito della responsabilità professionale medica.

La polizza tutela giudiziaria può essere contenuta nella polizza di responsabilità civile professionale. Tuttavia, la maggior parte delle polizze di r.c. professionale rivolte ai medici non contiene una specifica polizza di tutela giudiziaria. E ciò benché la contestualità delle due polizze presenti indubbi vantaggi per l'assicurato che, stipulando un'unica polizza, è così garantito sotto ogni profilo inerente

l'esercizio della sua attività professionale e può, in tal modo, beneficiare di una gestione unitaria del sinistro da parte della medesima Compagnia oltre ad ottenere l'ulteriore vantaggio di non dovere stipulare alcuna ulteriore polizza ad hoc per la tutela giudiziaria.

Concludendo: una buona polizza di tutela giudiziaria, preferibilmente contestuale alla polizza di r.c. professionale, con le garanzie oggetto di disamina, rappresenta un giusto completamento della tutela del medico nell'esercizio della sua professione. ■

Tabella riassuntiva dell'accordo SNAMI-ASSITA

Assita
Fondazione 1937
MEDICAL DIVISION

ESCLUSIVA ASSITA
CONVENZIONE S.N.A.M.I.

POLIZZA DEL MEDICO 2009

Riservata al MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

UNICA POLIZZA CONV

- RETROATTIVITÀ ILLIMITATA • GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA
- FORMULA YOUNG con infortuni da non più di 3 anni all'Albo
- TUTELA GIUDIZIARIA ILLIMITATA PER VERTENZE CIVILI E PENALI
- 2° RISCHIO • COLPA GRAVE • CONDIZIONE STUDIO / AMBULATORIO
- RESPONSABILITÀ DI STRUTTURA COMPLESSA E CAPO DIPARTIMENTO

	MASSIMALI EURO	PREMI LORDI			
		100.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000
1. Valore di garanzia generale	€ 100	€ 100	€ 700	€ 800	
2. Valore Specialità, esclusi accertamenti diagnostici, malattie infettive di tutti	€ 100	€ 700	€ 800	€ 1.000	
3. Valore Specialità, malattie accertate (diagnostica, malattie infettive di tutti) / Malattie infettive	€ 1.000	€ 1.100	€ 1.200	€ 1.300	
4. Valore di garanzia struttura	€ 1.700	€ 2.200	€ 2.500	€ 2.700	

SCONTO 25%
FORMULA YOUNG
RISCHIO 2°
CAPO DIPARTIMENTO

AUMENTO 100%
RESPONSABILITÀ DI STRUTTURA COMPLESSA

AUMENTO 25%
GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA

SCONTO 10%
STUDIO ASSOCIATO
ALY ASSOCIATO

CONVENZIONI SPECIALI

ANESTESISTA - CHIRURGO PLASTICO - DENTISTA - ODONTOIATRA - GINECOLOGO - OSTETRICO

PER ASSICURARSI

CONTATTARE

www.assita.com

800-207220

assita@assita.it



la voce dei settori

Maria Cristina Campanini

Le donne hanno maggiore rischio di trovarsi in situazioni di povertà rispetto agli uomini

La marcia delle donne

La parità retributiva tra uomini e donne sarà raggiungibile solo successivamente alla maggiore occupazione delle donne.

■ **Maria Cristina Campanini**
Coordinatrice Nazionale Snamì Rosa

La Commissione Europea con la comunicazione COM 2008 di fine novembre ha confermato e rinforzato alcuni punti della tabella di marcia (roadmap 2006-2010) per la parità tra uomini e donne.

Le principali azioni che costituiscono la base di lavoro e sviluppo del progetto si suddividono in sei settori: l'in-

dipendenza economica per le donne e gli uomini, la conciliazione tra la vita privata e professionale, la pari rappresentanza nel processo decisionale, l'eradicazione di tutte le forme di violenza fondate sul genere, l'eliminazione di stereotipi sessisti e la promozione della parità tra i generi nelle politiche esterne e di sviluppo.

La parità retributiva tra uomini e donne sarà raggiungibile solo successivamente alla maggiore occupazione

delle donne, fissata al 60% come obiettivo europeo per il 2010; si calcola che la media della disparità nella retribuzione sia di circa il 15% a sfavore del sesso femminile, specie per il maggior numero di donne impiegate in lavori precari e in attività poco redditizie. Le donne hanno maggiore rischio di trovarsi in situazioni di povertà rispetto agli uomini; il 2010 sarà l'Anno Europeo della lotta contro la povertà, ancora e particolarmente rivolto alle donne in stato di discriminazione economica o sociale.

È stata proposta l'autorizzazione degli aiuti dello Stato per le nuove imprese create da donne, sostenendo e riconoscendo sempre più il ruolo delle donne imprenditrici. È stata creata una rete europea per la promozione delle donne che occupano posti decisionali politici ed economici, che ha riunito per la prima volta i rappresentanti delle reti europee del settore, con l'obiettivo di agire in sinergia.

La popolazione che sta progressivamente invecchiando incide non poco sulla sostenibilità dei sistemi di protezione sociale e necessita sicuramente di un rinnovamento e modernizzazione che tenga conto delle differenze di



Donne in corteo



la voce dei settori

genere. Differenti sono inoltre le esigenze nelle necessità di tipo sanitario e nell'accesso alle cure. Il problema della medicina di genere è stato ampiamente trattato da un convegno organizzato dalla SIF (Società Italiana di Farmacologia) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di raggiungere un equilibrio di genere nel settore della cura, prevenzione e ricerca biomedica, con particolare attenzione alle varie fasi della vita della donna. L'Organizzazione Mondiale della Sanità bene evidenzia il concetto che dal punto di vista sanitario le donne non sono "piccoli uomini": "...la ricerca medica ha fatto una attività di genere. I luoghi scelti, i metodi usati e le analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in molti campi importanti. (...) Laddove le stesse patologie colpiscono sia gli uomini che le donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi rispetto agli indicatori diagnostici, ai sintomi, alla prognosi e alla effettiva efficacia dei diversi trattamenti. (...) Fintanto che i ricercatori continueranno ad usare come modello gli uomini, le cure mediche delle donne continueranno ad essere compromesse".

Un altro obiettivo proposto dalla Commissione riguarda la partecipazione paritaria ai processi decisionali: sebbene siano stati compiuti passi avanti le donne sono sottorappresentate sia nelle sfere di potere politico di molti Stati dell'Unione Europea che nei settori dell'istruzione; una serie di specifici programmi di formazione e

istruzione dovrebbe portare al 25% la percentuale delle ricercatrici che occupano posti di responsabilità, quadruplicando il dato nazionale attuale, soprattutto riqualificando la componente femminile nel settore delle nuove tecnologie della comunicazione e riducendo il gap di genere discriminante negli indirizzi di studio e formazione universitaria. Forte l'attenzione sulla violenza sulle donne: preoccupanti quanto raccapriccianti i numeri delle donne vittime di violenze domestiche, della prostituzione e di soprusi commessi ancora oggi in nome di tradizioni o religione. La roadmap 2006-2010 ha ribadito l'impegno della Commissione per quanto riguarda i principi di parità tra le donne e gli uomini internazionalmente riconosciuti nella Dichiarazione del millennio per lo sviluppo e nella Piattaforma d'azione di Pechino, specialmente per la parità di genere nella cooperazione allo sviluppo e relazioni esterne all'Unione Europea.

Il cosiddetto partenariato euromediterraneo come strumento europeo per la democrazia e i diritti dell'uomo prevede il sostentamento delle donne in campo politico, sociale e familiare, con iniziative condotte dal sesso femminile in azioni di mediazione internazionale e l'applicazione di risoluzioni del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite per la partecipazione delle donne come elemento di "stabilizzazione di un mondo insicuro", anche e soprattutto in paesi teatro di conflitti armati e nei periodi post-bellici. Per una migliore e più accurata analisi

dei dati raccolti è stato istituito un Istituto Europeo per l'uguaglianza di genere che avrà compito di sorvegliare e armonizzare gli indicatori in osservazione e i dati raccolti nei vari Stati membri dell'Unione Europea.

Patto per la parità, impegni internazionali sanciti dalla Piattaforma di Pechino, accordi definiti nella strategia di Lisbona: non devono essere solo parole ma sfide reali per la partecipazione equilibrata e coerente delle donne in tutti gli organi decisionali, economici e politici, senza che questo discrimini il fondamentale ruolo/spazio familiare e privato di ogni singola donna. Migliorare la comunicazione, il dialogo con i media, gli stereotipi sessisti ancora presenti nel periodo di formazione scolastica e nel mondo del lavoro.

Nella primavera del 2009 sarà organizzata una conferenza per fare il punto e ottimizzare la tabella di marcia, mobilitare le politiche e sensibilizzare gli attori e i cittadini sugli obiettivi da raggiungere per la parità di genere; nel giugno 2009 si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Parlamento Europeo e le decisioni politiche e di bilancio dovranno tenere sempre in maggiore considerazione le esigenze delle donne, prendendo in considerazione più sistematicamente i loro effetti su tutti gli individui. Nel 2010 la Commissione Europea, sulla base dei risultati raggiunti, valuterà come proseguire la strategia per l'attuazione dei diritti di parità tra uomini e donne. ■



diritto sanitario

Ennio Grassini

Forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati

L'errore del medico convenzionato è riferibile alla AUSL, quanto al ristoro dei danni?

La responsabilità della ASL neppure può derivare dall'applicazione del principio dell'apparenza.

■ **Ennio Grassini**

Avvocato (Specialista in Diritto ed Economia della Unione Europea)

Il quesito che ci proponiamo è il seguente: Il rapporto tra l'azienda sanitaria e il medico convenzionato, appare caratterizzato da prevalenti vincoli di controllo, vigilanza, direzione dell'azienda ASL, tali da far ritenere che un eventuale illecito commesso dal sanitario convenzionato, possa farsi rientrare nella sfera di rischio del preponente (ASL) ovvero se le caratteristiche di autonomia dell'attività professionale del medico siano così caratterizzanti da escludere questa riferibilità all'azienda pubblica?

Occorre esaminare anzitutto l'assetto normativo che caratterizza il rapporto tra l'ente pubblico e medico convenzionato. Il fondamento normativo è da rinvenirsi nell'art. 48 della L. 23 dicembre 1978 n. 833 di isti-

tuzione del servizio sanitario nazionale, che evidenzia i principi cui devono attenersi i contratti collettivi nazionali, sulla cui base vengono stipulate le relative convenzioni. Dal suo esame emerge la conferma dell'orientamento giurisprudenziale, ormai prevalente, che esclude che il rapporto in oggetto si risolva in un rapporto di pubblico impiego e che la formula usata dalla legge (comma 3, n. 1 dell'art. 48 della L. n. 833 del 1978) che poteva far sorgere dubbi su questo punto, per l'equivocità della locuzione utilizzata ("l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito") non consente di rafforzare l'ipotesi dell'esistenza del rapporto di pubblico impiego, ma configura un rapporto di prestazione di opera professionale con i connotati della collaborazione continuativa e coordinata. Ciò comporta che dalla relazione medico convenzionato - ASL, conseguono posizioni di di-

ritto soggettivo, di natura paritetica, con l'ulteriore conseguenza della devoluzione delle controversie al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro (art. 409 c.p.c., n. 3), trattandosi appunto di rapporti di natura parasubordinata.

Su questo assetto (limitatamente al medico di assistenza primaria e al pediatra di libera scelta) non ha inciso significativamente la riforma contenuta nel D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (che ha invece profondamente modificato - oltre alla natura delle preesistenti unità sanitarie locali, divenute, per l'art. 3, aziende configurate come enti strumentali della regione - il rapporto tra strutture sanitarie pubbliche e private con il passaggio dal sistema del convenzionamento a quello dell'accreditamento). L'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche, ha infatti introdotto nuove regole nella disciplina del rapporto tra medico e azienda ASL, soprattutto per quanto riguar-

diritto sanitario

da la determinazione dei compensi, ma non ha modificato significativamente la disciplina contenuta nell'art. 48 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Dall'esame dell'art. 48 citato, e tenuto conto delle modifiche introdotte successivamente, può ricavarsi la conclusione di una ambivalenza di questo rapporto. Infatti, mentre appaiono piuttosto pregnanti i controlli dell'ente per quel che riguarda la disciplina del rapporto con l'ente medesimo - tanto da prevedere nei contratti collettivi la possibilità di stabilire il numero massimo dei medici convenzionati e di quello degli assistiti, la disciplina delle incompatibilità e le limitazioni rispetto ad altre attività mediche, le attività professionali incompatibili, forme di controllo, procedimenti disciplinari, l'aggiornamento professionale obbligatorio e così via - il rapporto tra il medico convenzionato e il paziente che l'ha prescelto, sembra invece essere tuttora improntato alla privata e libera attività professionale tanto che, a parte il sistema di retribuzione del medico, in nulla sembra differire il rapporto tra paziente e medico convenzionato da quello tra paziente e medico libero professionista non convenzionato.

È vero che sono previste "forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati" ma è altrettanto vero che, in mancanza di specificazione o di precisazione sulla natura di tali controlli, sembra da escludere che queste possano riguardare il contenuto e

il merito della prestazione professionale, come invece avviene nell'ambito ospedaliero, nel quale il medico in posizione apicale esercita un controllo sulle scelte terapeutiche dei medici in posizione subordinata.

Evidentemente la ASL deve intervenire, laddove a conoscenza di trattamenti non adeguati da parte del personale convenzionato, ma l'assetto descritto non sembra tale da consentire all'azienda una qualche forma preventiva di controllo e vigilanza, e tanto meno di direzione, sull'attività del sanitario che, viene ammesso alla stipulazione della convenzione, purché in possesso di determinati requisiti e senza alcuna selezione effettiva.

Tenendo presente, dunque, da un lato la sostanziale inesistenza di un potere di vigilanza e controllo sul contenuto dell'attività terapeutica e dall'altro la natura prettamente professionale del rapporto tra medico convenzionato e paziente, sul quale l'azienda non può interferire, e l'organizzazione del lavoro con mezzi e secondo modalità liberamente scelte (sia pure entro una cornice stabilita nei contratti collettivi), la conclusione da trarre deve essere quella di una prevalenza, nello svolgimento del rapporto professionale con il paziente, degli aspetti di autonomia del medico convenzionato, che non consente di ritenere il rap-

Commissione Tributaria Regionale Napoli

Rimborso Irap al medico di base

Ha diritto al rimborso IRAP il contribuente che svolga attività di "medico di base", ossia di medico convenzionato con l'ASL per l'assistenza di medicina generica agli assistiti: si tratta, infatti, di un'attività professionale parasubordinata, caratterizzata da una collaborazione coordinata e continuativa e, quindi, rientrante proprio in quei casi di esenzione riconosciuti dalla stessa Agenzia delle Entrate. L'utilizzo di uno studio ove ricevere gli assistiti e dei mezzi strumentali indispensabili per l'esercizio di detta professione, con l'apporto di un solo collaboratore, non possono certamente andare a modificare la natura del rapporto professionale convenzionato, né costituire quell'autonoma organizzazione che giustificerebbe l'imposizione IRAP.

Avv. Ennio Grassini

diritto sanitario

porto in questione un rapporto di “committenza” nel senso indicato dall’art. 2049 c.c.

Tale disposizione normativa (rubricata Responsabilità dei padroni e dei committenti) stabilisce che “I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell’esercizio delle incombenze a cui sono adibiti”, ponendo a carico del datore di lavoro la responsabilità per i danni arrecati dai suoi dipendenti, con dolo o colpa, a terzi o a cose.

Al di là della formulazione piuttosto datata, occorre valutare quali siano le caratteristiche che deve avere il

rapporto di “committenza” o di “preposizione” per giustificare l’applicabilità dell’art. 2049 c.c..

Questa valutazione non può che derivare dall’esame del contenuto del rapporto instaurato tra la Pubblica Amministrazione e il soggetto incaricato dalla medesima delle funzioni conferite.

La ragione posta a fondamento dell’esclusione della responsabilità “indiretta”, e quindi dell’art. 2049 c.c., è fondata sulla inesistenza, o assai limitata rilevanza, di un potere di vigilanza, di controllo, di direzione dell’attività svolta dal preposto e, sull’altro versante, dall’autonomia che caratterizza l’attività del

soggetto incaricato il quale esegue il servizio commessogli in piena autonomia decisionale ed in autonomia di organizzazione di persone e di mezzi.

Non può, di conseguenza, affermarsi che il medico convenzionato sia un ausiliario dell’azienda sanitaria, nè che quest’ultima assuma in qualche modo il rischio (connaturato all’utilizzo di terzi) della libera attività del sanitario.

Non ricorre inoltre, tra il paziente e la ASL, come avviene, invece, secondo la giurisprudenza prevalente, fra il paziente e la casa di cura, il cd. contratto di ospitalità, in virtù del quale la struttura si impegna a fornire prestazioni di natura alberghiera, a mettere a disposizione personale medico e paramedico e ad apprestare i medicinali e le attrezzature necessari, così costituendosi un rapporto atipico da cui discende una responsabilità della struttura medesima ai sensi dei richiamati articoli 1228 e 2049 c.c..

La responsabilità della ASL neppure può derivare dall’applicazione del principio dell’apparenza, considerato che normalmente il medico convenzionato non prospetta di agire in rappresentanza della ASL.

Né vale il richiamo agli artt. 1218 e 2043 c.c., visto che la prestazione sanitaria non è stata fornita direttamente dalla parte ricorrente e che unico debitore del “servizio sanitario” deve essere considerato il medico, dovendosi escludere la ricorrenza di qualunque relazione fra l’azienda sanitaria ed il paziente. ■



Value Relations®

Non aspettare il momento giusto. **CREALO!**

Lavoriamo al vostro fianco per sviluppare **RELAZIONI DI VALORE**

www.valuerelations.it

attualità

DECRETO 185 PER PARARE LA CRISI ECONOMICA



Giuseppe Messina

Il Decreto Legge 185 del 29 novembre 2008, non ancora trasformato in legge completa la grande manovra economica del 2008: D.L. 185 (manovra d'estate), la Finanziaria 2009 e il Decreto mille proroghe.

Il decreto anticrisi (D.L. 185) porterà disposizioni che cerchiamo di riassumere con riferimento alle più importanti:

- tetto del 4% per i mutui a tasso variabile per acquisto, ristrutturazione e costruzione della prima casa. La differenza in più la pagherebbe lo Stato;
- notevole riduzione di sanzioni (un ottavo del minimo) e pagamento anche rateale per i contribuenti che aderiscono immediatamente all'invito dell'Agenzia delle Entrate;
- possibilità di versare l'IVA al momento dell'incasso ma entro un anno dall'emissione della fattura;
- deduzione IRAP al 10% sull'IRPEF in rapporto ad interessi e costi del personale;
- modifica degli studi di settore, in rapporto alla gravità della crisi economica, per le varie categorie;
- bonus da 200 a 1000 Euro per i nuclei familiari in difficoltà economica con un modello da presentare, se rapportato con il reddito 2007, entro il 31 marzo al sostituto d'imposta datore di lavoro o all'Ente pensionistico. Se il reddito del richiedente è riferito al 2008 il modello può essere presentato entro il 30 giugno 2009. Sono esclusi da questo bonus i titolari di partita IVA.

Il reddito del nucleo familiare per ottenere il bonus deve essere compreso da 17.000 Euro a 35.000 Euro, in rapporto alla composizione del nucleo familiare.

In sede di discussione del decreto la commissione bilancio e finanze della Camera ha approvato una spesa di 350 milioni di euro per istituire assegni familiari anche per i lavoratori autonomi.

Altra proposta da aggiungere al decreto è quella di abolire la penale per i conti bancari che sono in rosso per meno di un mese. ■

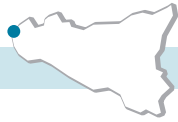




dalle province

Vito D'Angelo

TRAPANI



Le parole sono potenti quando è possibile fare affidamento su di esse

La legge della notizia è crudele per sua stessa natura: la notizia è notizia solo nella disgrazia

■ **Vito D'Angelo**
Responsabile 118s
Sezione provinciale di Trapani

Quante volte questo Sindacato ha denunciato la grave, gravissima situazione dell'EMERGENZA 118 della Nostra Provincia? Ciò nonostante non se ne tiene conto, forse perché non fa direttamente "notizia" come un caso comune di malasanità.

Io non so più se arrendermi, urlare, tacere, quale aggettivo usare affinché il DIRITTO del cittadino alla sicurezza e alla salute venga rispettato. Se un medico si fosse rifiutato di assistere e/o soccorrere un cittadino sarebbe già stato condannato per omissione di soccorso e di omissione di atti d'ufficio. Mentre se le AASSLL, la Regione Siciliana non pubblicano i posti per il medico 118, nessuno deve rispondere apparentemente di qualcosa.

In quale Stato di diritto viviamo? Forse nel solo Stato del "DOVERE"? ... Eppure diritto e dovere dovrebbero stare in perfetto equilibrio. "Il diritto ci fu insufflato come respiro e divenne diritto a vivere fisiologicamente. Ci arricchisce dentro ma non possiamo trattenerlo, possiamo solo liberarlo al di fuori per non morire. Per alchimia divina, ciò che è diritto diviene dovere, ciò che per diritto entra in noi per dovere esce".

Quanti assessori alla Sanità, quanti deputati regionali e nazionali si sono succeduti nell'ultimo triennio che non hanno promesso di interessarsi del problema. È da tutti riconosciuto che la Provincia di Trapani si trova in condizioni di estremo disagio e pertanto la politica si sarebbe dovuta adoperare per il bene della collettività e prevedendo scadenze brevi. Ma come disse (Virgilio) "Ab uno disce omnis" (Da uno capisci come sono tutti).

■

XXVIII Congresso Nazionale Snamì Alba o tramonto della Medicina Generale Torre San Giovanni - Ugento (Lecce) 20 - 24 maggio 2009

Scheda di iscrizione scaricabile anche dal sito internet www.snamì.org
Una volta compilata inviare via fax allo 055 2326 414

Nome
Cognome
Mail o recapiti telefonici
Via nr
Città CAP
Codice fiscale

Fatturazione a Soggetto o Ente diverso

Nome o ragione sociale
Mail o recapiti telefonici
Via nr
Città CAP
C.F. e P. IVA

Barrare il quadratino dell'opzione desiderata (una delle quattro) poi barrare la camera e/o il giorno/i

- Congresso completo, tutti i giorni di formazione
arrivo il 20 maggio - partenza il 24 maggio
- Camera doppia dal 20 al 24 € 430.00
- Camera singola dal 20 al 24 € 575.00
Incluso, iscrizione Congresso - ECM - colazioni, pranzi, cene e pernottamenti
- Solo partecipazione al Congresso, tutti e 3 i giorni € 200.00
Incluso, iscrizione Congresso - ECM - pranzi
- Solo partecipazione al Congresso il giorno
- 21 22 23 (€ 90 per ogni giorno. Venerdì 22, € 30 in aggiunta)
Incluso, iscrizione Congresso - ECM - pranzi

- Partecipazione al Congresso e pernottamento solo il giorno
- 21 22 23
- Camera doppia € 160.00 (al giorno)
- Camera singola € 205.00 (al giorno)
- Incluso, iscrizione Congresso - ECM - colazioni, pranzi, cene e pernottamenti

Sarà cura della Segreteria Organizzativa informare per iscritto dell'avvenuta accettazione o meno della domanda di partecipazione
Pagamento con bonifico bancario C.R.F. ag. Galluzzo
Causale: nome e cognome
ABI: 06160 CAB: 02847 - CIN - c/c: X 10257/00
I.B.A.N.: IT 79 X061 6002 8470 0001 0257 C00
Caparra €200 - saldo entro il 1° maggio 2009

Ai sensi del Dlgs 196/2003 e successive modificazioni, informiamo i partecipanti in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda circa la necessità di destinare a terzi tali dati (agenzia di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale) il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il titolare del trattamento dei dati è Pirene - Pirene s.r.l. - Via Silvani 155 - 50125 Firenze, nella persona del legale rappresentante della stessa. Il trattamento è effettuato anche con mezzi informatici ed i dati sono conservati presso gli uffici di Pirene, in Via Silvani 155 - 50125 Firenze, che ha attuato le misure minime di sicurezza previste dalla legge stessa. Il firmatario autorizza Pirene al trattamento dei dati indicati. In particolare dà atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del Dlgs 196/2003 e successive modificazioni e delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto nella norma richiamata. Il firmatario autorizza inoltre Pirene all'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM, tra cui la pubblicazione dei curricula dei docenti e dei responsabili scientifici nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti". Il firmatario può chiedere a Pirene la visione, la correzione e la cancellazione dei propri dati ai sensi della citata Legge.

data firma

arte medica e scienza

Walter Gianni

Utilizzo degli oppioidi orali per il trattamento del dolore cronico nel paziente anziano

Il dolore cronico non è una condizione “fisiologica”.



Walter Gianni
INRCA-IRCCS
Sede di Roma

Il dolore è una sgradevole esperienza sensoriale ed emozionale, riconosciuta come un complesso fenomeno derivato da molteplici fattori ⁽¹⁾.

Sebbene il dolore cronico nei pazienti anziani sia una delle problematiche maggiori, ancora oggi si sa poco in merito alla sua incidenza in questa categoria di persone.

Una delle possibili cause di questa scarsa conoscenza del problema può essere legata al fatto che il dolore cronico sia considerato come una condizione “fisiologica” nei pazienti anziani e, di conseguenza, sia scarsamente valutato sia dal personale medico che infermieristico ^(2,3). Inoltre, i pazienti stessi tendono a minimizzare il problema per non essere considerati dei “cattivi pazienti” ⁽⁴⁾. A questo si deve aggiungere che un’alta incidenza di demenza e disabilità rendono la valuta-

zione e il trattamento del dolore estremamente difficoltosi ⁽⁵⁾.

La sottostimata incidenza del dolore cronico nel paziente anziano comporta inoltre il sottotrattamento di tale sintomo in questa fascia di popolazione. Uno dei principali fattori del mancato trattamento del dolore nei pazienti anziani è il timore che l’utilizzo dei farmaci idonei, con particolare riferimento agli oppioidi, possa ridurre le aspettative di vita in questi pazienti o, quanto meno, la qualità della vita.

La letteratura e la pratica clinica, di contro, ci dicono che non è così, ma che anzi l’impiego di questa classe farmacologica svolge un ruolo fondamentale per il miglioramento della qualità di vita di questi pazienti, sia per il dolore cronico di natura oncologica sia per quello di natura non neoplastica.

Un’interessante recente pubblicazione ⁽⁴⁾ afferma, infatti, che l’utilizzo di formulazioni orali di oppioidi a basse dosi, opportunamente titolate, possono essere impiegate nel paziente anziano

al posto dei FANS (over e mal utilizzati in Italia-OSMED-ISS) che, al contrario di quanto si pensi, sono controindicati in questa tipologia di pazienti, in quanto determinano un aumento del rischio di sviluppare tossicità (non solo gastroenterologica, ma anche emostatica, cardiologica e psichiatrica) ^(6,7,8).

È ormai opinione condivisa tra gli specialisti del dolore considerare un errore il perseverare nel primo gradino dell’approccio sequenziale della terapia del dolore e non mancano anche perplessità sul secondo gradino, da taluni giudicato superfluo, dal momento che l’effetto analgesico massimale dei FANS non è inferiore a quello della codeina e di altri oppioidi minori. Recenti pubblicazioni ^(9,10), infatti, hanno dimostrato che un approccio precoce con oppioidi maggiori a basse dosi, permette di ottenere un più rapido controllo del dolore, con minori effetti collaterali e con dosi complessive finali più basse, rispetto ad un approccio tardivo con questi farmaci.

arte medica e scienza

Ma l'aspetto importante da sottolineare è che i farmaci oppioidi possono essere utilizzati con estrema sicurezza anche nel paziente non oncologico.

Nel 2006, Kahan ⁽¹¹⁾ et al. hanno pubblicato un interessante lavoro sulla valutazione del trattamento del dolore non oncologico.

Dalla Medline effettuata e dalla valutazione degli studi esaminati, sono giunti alla conclusione che ancora oggi il dolore cronico benigno è trattato con farmaci non adeguati e/o poco efficaci. L'analisi conferma che il trattamento con oppioidi può iniziare subito dopo le terapie con FANS e paracetamolo, in quanto gli oppioidi sono sicuri ed efficaci, anche nel trattamento del dolore non oncologico. Un'interessante nota in merito agli effetti collaterali afferma che 15 mg/die di morfina causano meno disturbi cognitivi rispetto ad 1 mg di lorazepam.

Nel 2007, le "raccomandazioni cliniche dell'ESMO" ⁽¹²⁾ hanno nuovamente ribadito come la commercializzazione di nuove formulazioni di oppioidi maggiori (morfina, ossicodone, idromorfone - per quest'ultimo farmaco ancora non presenti in Italia) ben si prestino ad un utilizzo di questi farmaci già nel secondo scalino (ovvero saltando il II scalino della scala OMS).

Questo approccio risulta quindi adeguato anche nel paziente anziano, dove la presenza di comorbidità e conseguenti molteplici trattamenti potrebbe rappresentare un fattore di rischio.

L'esperienza effettuata da un collega italiano ⁽¹³⁾ è significativa a questo ri-

guardo; in una popolazione di grandi anziani (età media 82,66 anni) affetti da lombosciatalgia, algie coxofemorali, crolli vertebrali, sindrome del canale ristretto, gonartrosi, ernie discali e sciatalgia acuta il trattamento con basse dosi di ossicodone CR (dose di partenza 5 mg) ha permesso non solo di ottenere un rapido ed adeguato controllo del dolore (riduzione del valore della NRS - numeric rating scale - da 7,45 a 2,6 pari al 65%) ma anche di garantire un miglioramento della qualità di vita espresso come soddisfazione nei confronti della terapia.

In uno studio multicentrico appena terminato circa l'utilizzo di ossicodone nel dolore cronico di tipo non-oncologico nel grande anziano, abbiamo trattato 14 centenari con la formulazione 5 mg x 2/die, riportando una buona tollerabilità ed una risposta non solo sulla sintomatologia dolorosa, ma

anche su quella comportamentale (valutata con la scala NPI-NeuroPsychiatricInventory) (in press).

In conclusione, possiamo quindi affermare che il dolore cronico nel paziente anziano può essere trattato con successo grazie all'utilizzo di farmaci oppioidi che, quando somministrati per via orale ed adeguatamente titolati, permettono al paziente di ottenere un netto miglioramento della qualità di vita.

Non è argomento di questo articolo ma credo sia utile ricordare come comunque citato anche dal modello a tre scalini dell'OMS in tutte le fasi di trattamento del dolore soprattutto nei soggetti anziani, sia fondamentale il concomitante utilizzo di farmaci cosiddetti "adiuvanti" (antidepressivi, cortisonici, neurolettici, bifosfonati), quando le comorbidità presenti ne richiedono la presenza. ■



arte medica e scienza

Bibliografia

1. Gloth FM. Pain management in older adults: prevention and treatment. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Feb;49(2):188-99.
2. American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons: AGS panel on persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 6 (50), supplement 205-224.
3. Jakobsson, U., Klevsgard, R., Westergren, A., & Rahm Hallberg, I. (2003). Old people in pain: A comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26, 625-636.
4. Mercadante S, Arcuri E. Pharmacological management of cancer pain in the elderly. *Drugs Aging.* 2007;24(9):761-76.
5. Pain in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 409-414.
6. Chan AT, Manson JE, Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, Curhan GC, Rimm EB, Willett WC, Fuchs CS. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, acetaminophen, and the risk of cardiovascular events. *Circulation.* 2006 Mar 28;113(12):1578-87. Epub 2006 Mar 13.
7. Baron JA, Sandler RS, Bresalier RS, Lanus A, Morton DG, Riddell R, Iverson ER, Demets DL. Cardiovascular events associated with rofecoxib: final analysis of the APPROVe trial. *Lancet.* 2008 Nov 15;372(9651):1756-64.
8. Onder G, Pellicciotti F, Gambassi G, Bernabei R. NSAID-related psychiatric adverse events: who is at risk? *Drugs.* 2004;64(23):2619-27.
9. Maltoni M, Scarpi E, Modonesi C, Passardi A, Calpona S, Turriziani A, Speranza R, Tassinari D, Magnani P, Sacconi D, Montanari L, Roudnas B, Amadori D, Fabbri L, Nanni O, Rauli P, Poggi B, Fochessati F, Giannunzio D, Barbagallo ML, Minnotti V, Betti M, Giordani S, Piazza E, Scapatucci R, Ferrario S. A validation study of the WHO analgesic ladder: a two-step vs three-step strategy. *Support Care Cancer.* 2005 Nov;13(11):888-94. Epub 2005 Apr 8.
10. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, Fulfaro F, Aielli F, Ficorella C, Verna L, Tirelli W, Villari P, Arcuri E. Low morphine doses in opioid-naïve cancer patients with pain. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Mar;31(3):242-7.
11. Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Midmer D. Opioids for managing chronic non-malignant pain: safe and effective prescribing. *Can Fam Physician.* 2006 Sep;52(9):1091-6.
12. Management of cancer pain: ESMO Clinical Recommendations. *Ann Oncol.* 2007 May;18 Suppl 2:ii92-ii94.
13. Desio P. Trattamento del low back pain nel grande anziano. Phatos, 2008.



Scheda di adesione allo Snamì

Il Sottoscritto Dottor _____
 e-mail _____
 abitante a _____
 Via _____ CAP _____
 Tel. ab. _____ Tel. St. _____
 Cell. _____

Chiede di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani - SNAMI in qualità di:

Convenzionato con la ASL _____ Distretto n. _____
 Cod. Regionale n. _____
 Quale Medico di: Assistenza Primaria
 Continuità Assistenziale Emergenza Sanitaria Territoriale
 Medicina dei Servizi Altro _____

Autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita dalla Tesoreria Provinciale di _____

La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria Snamì.

Data _____ Timbro e Firma leggibile _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto _____ esprime il consenso ex artt. 11, 13, 20, 22 Legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni al trattamento dei propri dati personali da parte del sindacato per tutti i fini statutari all'organizzazione.

Firma leggibile _____

20136 Milano - Via G. Ripamonti, 40

Tel. 02.583.00.967 - Telefax 02.97.38.34.41

E-mail: snami@snami.org - Sito Internet: www.snami.org



arte medica e scienza

Mario Ugo Mirabella

Occorre limitare la diffidenza sui farmaci generici evitando di riportare opinioni aneddotiche

Anche la “clinica” promuove il farmaco generico

35 studi clinici controllati randomizzati (RCT) su 38 hanno dimostrato l'equivalenza clinica del farmaco generico vs farmaco di marca nelle malattie cardiovascolari.

■ *di Mario Ugo Mirabella*
Vice Presidente Provinciale Catania
Farmacologo

Questo è il risultato pubblicato su JAMA., 2008; 300 (21): 2514-2526, in cui sono state prese in considerazione 9 sottoclassi di farmaci cardiovascolari, dal beta bloccante all'ace inibitore, dal calcio antagonista agli antiaggreganti piastrinici, dagli antiaritmici alle statine fino a considerare il warfarin.

È significativo che gli studi si siano concentrati su un'area così delicata in cui le terapie sono salvavita e su cui è di estrema importanza attendersi un'equivalenza clinica da parte del farmaco generico.

Quante volte, erroneamente, abbiamo sostenuto che la bioequivalenza dei farmaci generici (“più o meno 20% di biodisponibilità”) fosse adeguata solo in alcuni ambiti terapeutici come ad esempio l'infiammazione e il dolore? Quante volte ci siamo nascosti dietro

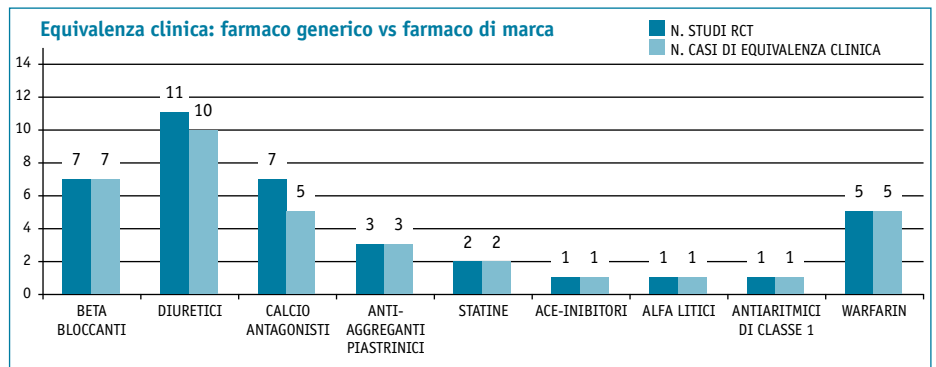
il concetto di finestra terapeutica ristretta per cui anche lievi differenze di biodisponibilità posso farci incorrere nel non-effetto oppure nell'effetto indesiderato?

Lo studio dimostra come questi timori siano infondati e che possiamo contare ragionevolmente sulla valutazione di bioequivalenza fornita dalla FDA quale attestazione dell'equivalenza clinica del farmaco generico anche in contesti ad alto rischio come l'impiego del warfarin (ndr. 5 RCT su 5 hanno evidenziato equivalenza clinica).

Sono d'accordo con il commento finale che occorre limitare la diffidenza

infondata sui farmaci generici evitando di riportare opinioni aneddotiche basate su scenari non clinici circa una minor efficacia o un maggior rischio di effetti avversi legati ai farmaci generici.

E non dimentichiamo che i farmaci generici hanno una valenza economico-sociale molto importante per la nostra professione: anche grazie al risparmio che si è ottenuto con il loro utilizzo l'AIFA ha potuto stanziare un fondo per sostenere i farmaci innovativi ed ha finanziato, nel 2008, 130 studi di ricerca indipendente stanziando 66 milioni di euro. ■





letti per voi

a cura di Francesco Pecora



UN ALTRO FINALE

di Lorenza Caravelli



Questo racconto è un viaggio nel passato. L'autrice costruisce la storia scorrendo le tappe di una vita attraverso l'osservazione di sette fotografie, spunto e partenza di un cammino a ritroso nei ricordi, sulle quali si innesta un percorso di fantasia, un'alternativa impossibile eppure cara.

Una consolazione, un omaggio. Un racconto della memoria.

L'autrice ricorda e rivisita la vita e la morte di suo padre, guardando indietro con la lente dell'amore e della nostalgia. ■



IDI DI MARZO

di Valerio Massimo Manfredi



Un grido improvviso e agghiacciato dissolve la quiete di una grigia alba di inizio marzo. Proviene dalla casa del pontefice massimo di Roma.

Nel cielo echeggia un tuono, il vento soffia tra le fronde degli alberi accompagnando il sorgere del nuovo giorno, mentre il dittatore perpetuo Caio Giu-

lio Cesare giace nel suo letto in preda alle convulsioni.

Così si apre il nuovo romanzo di Valerio Massimo Manfredi, dedicato a uno dei personaggi più amati e controversi del passato, Giulio Cesare. ■



DOPO LUNGA E PENOSA MALATTIA

di Andrea Vitali



Il dottor Carlo Lonati e il notaio Luciano Galimberti arrivano a Bellano nello stesso periodo, quarant'anni prima.

Giovani, freschi sposi e alle prime armi nelle loro rispettive professioni diventano presto amici, condividendo le stesse abitudini e, purtroppo, gli stessi disturbi. A sessantotto anni entrambi soffrono di angina, prendono le stesse medicine e seguono la stessa dieta. Accertarsi, in una notte d'autunno, che il notaio è stato stroncato da un infarto è un

vero trauma per il dottor Lonati e per sua moglie Elsa, preoccupata che il marito, come per un segno del destino, possa fare presto la stessa fine del suo amico.

In effetti il Lonati è perplesso, non tanto per lo stato del cadavere, che sicuramente indica una morte rapida e pressoché indolore, ma per uno strano avvenimento successivo alla morte: il manifesto funebre della famiglia annuncia che il notaio si è spento "Dopo lunga e penosa malattia". ■


l'intervista

Stefano Nobili

Intervista a Roberto Ferraresi

Il piede diabetico ischemico



*Roberto Ferraresi
Specialista in Medicina Interna
Dirigente 1° livello della divisione
di cardiologia
Ospedale Policlinico di Milano*

Le complicanze del piede diabetico sono la causa più comune di amputazione degli arti inferiori nel mondo”. L'affermazione della TASC II (TransAtlantic Intersociety Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease), pubblicata nel 2007, esprime il senso di gravità e preoccupazione relativo alla crescente incidenza delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori eseguite su pazienti affetti da diabete mellito. Pur rappresentando la popolazione diabetica circa il 3% della popolazione generale, più del 50% di tutte le amputazioni riguardano proprio i diabetici. Dobbiamo riflettere su un fatto ormai ben documentato: su 100 diabetici amputati più di 80 hanno avuto come esordio della loro malattia arteriosa un'ulcera del piede che si è lentamente aggravata nel tempo.

I diversi fattori di rischio per lo sviluppo di aterosclerosi interessano l'albero arterioso degli arti inferiori prediligendo distretti differenti. Il tabagismo e l'ipercolesterolemia si associano con una localizzazione “alta” della malattia, essendo prevalentemente interessati i distretti aortico, iliaco e femorale. Il diabete e l'età avanzata si correlano invece con un interessamento più distale, prevalen-

temente femoro-popliteo e dei vasi della gamba. Nella figura 1 è osservabile la distribuzione di malattia aterosclerotica ostruttiva osservata nella nostra popolazione di oltre 1800 pazienti diabetici, affetti da ischemia periferica critica, trattati negli ultimi otto anni con procedure di rivascolarizzazione percutanea. È osservabile come l'interessamento iliaco sia raro (essenzialmente confinato ai pazienti che associano diabete e tabagismo), altamente frequente l'interessamento dell'asse femoro-popliteo, sempre presente l'interessamento dei vasi infra-poplitei. Va inoltre notato come la malattia sia polidistrettuale, e, nel caso della localizzazione infrapoplitea, estesa nel 70% dei casi a tutti i vasi della gamba. Nella maggior parte dei casi è una malattia ostruttiva calcifica con scarso sviluppo di circoli collaterali.

Il piede diabetico presuppone un trattamento specialistico: quali le terapie?

Il piede diabetico è un fenomeno complesso, che richiede un approccio multidisciplinare (Fig. 2). In altre parole non esiste e non potrà mai esistere uno specialista in grado, da solo, di dare una risposta adeguata a questa patologia. Negli ultimi otto anni abbiamo trattato con PTA oltre 1800 pazienti diabetici affetti da ischemia periferica critica, ottenendo un salvataggio d'arto dell'86%. La figura 3 mostra il nostro protocollo di trattamento. Innanzitutto è fondamentale il corretto inquadramento clinico del paziente che inizia con l'eliminazione dei tessuti necrotici ed infetti, la terapia antibiotica mirata, il controllo metabolico e cardiologico, le premedicazioni. La riva-

l'intervista

scolarizzazione si pone come elemento fondamentale in quanto è in grado di fornire ai tessuti sofferenti un flusso ematico adeguato, condizione indispensabile per avviare il processo di guarigione (Fig. 4). Il trattamento finale è mirato a consolidare definitivamente il salvataggio d'arto, intendendosi con tale termine la guarigione delle ferite ed il mantenimento di un appoggio plantare anche parziale, eventualmente ottenuto mediante amputazioni tarso-metatarsali, che consentano comunque la deambulazione.

La nostra esperienza si allinea con quella delle "diabetic foot clinic" americane: solo la collaborazione multidisciplinare è in grado di fornire una risposta adeguata a questi pazienti complessi e difficili, riducendo drasticamente le amputazioni maggiori.

*Medico specialista e medico di famiglia:
a volte una relazione difficile per tanti motivi.
Non può essere questa una patologia
di incontro tra due specificità?*

Il piede diabetico rappresenta una patologia nella quale il ruolo del medico di famiglia è fondamentale. In primo luogo bisogna considerare che il piede diabetico presenta una lunga incubazione, durante la quale il paziente non si rivolge allo specialista, ma ha frequenti rapporti con il suo medico curante. Mentre il paziente non diabetico manifesta la presenza di malattia ostruttiva arteriosa precocemente, con claudicatio, nel paziente diabetico la malattia ostruttiva è più subdola in quanto la coesistenza di neuropatia periferica impedisce la percezione del dolore all'arto inferiore. Esiste cioè un lungo periodo nel quale il paziente diabetico, tipicamente sedentario, non lamenta alcun sintomo pur in presenza di una malattia ostruttiva progressiva e multidistrettuale che può essere facilmente sospettata dal curante con la semplice palpazione dei polsi periferici distali. Nella maggior parte dei casi l'esordio dell'ischemia critica è improvviso: il paziente si procura inavvertitamente lesioni cutanee del piede che si infettano, non guariscono, cronicizzano. Da uno stadio di apparente normalità del piede si entra direttamente in una condizione di ischemia critica severa.

In secondo luogo dobbiamo considerare che la malattia aterosclerotica che caratterizza questi pazienti è una grave malattia sistemica: nella maggior parte dei casi coesiste una patologia coronarica e cerebrovascolare importante, talora ancora silente. È ben noto che i pazienti affetti da ischemia periferica critica presentano tassi di sopravvivenza del tutto paragonabili a quelli delle patologie neoplastiche: la ricerca ed il trattamento delle localizzazioni coronariche e carotidiche della malattia è una delle strade possibili per cambiare la prognosi di questi pazienti. La tentazione dello specialista è perciò quella di aggredire i pazienti con plurimi trattamenti di rivascolarizzazione la cui utilità spesso è dubbia. Il ruolo del medico di famiglia credo sia proprio questo: intervenire come moderatore ed mediatore tra lo specialista ed il paziente, in modo da calibrare le scelte terapeutiche nel contesto non solo "idraulico" ma anche clinico, umano e sociale del singolo paziente.

Vorrei finire con un invito rivolto a tutti noi a favore di una presa di coscienza della reale sofferenza e prognosi che si celano dietro a questa malattia che chiamiamo piede diabetico. Se un mattino una donna si accorge per la prima volta di un nodulo al seno, nel giro di poche ore lei, i familiari ed il medico curante entrano in quello che io definirei "atmosfera di morte", cioè tutti gli attori di questa vicenda hanno coscienza che la morte può fare parte di questa malattia. E si scatena la battaglia: mammografia, biopsia, TAC total body, ecografia mammella ed addome, scintigrafia ossea etc. etc. Sappiamo molto bene cosa è il cancro.

Ma se un mattino un paziente diabetico si accorge di una infezione ad un dito del piede non è così che ci comportiamo, il problema viene percepito come un fatto locale, mentre può facilmente essere la prima espressione di una malattia arteriosa severa e critica, con concreti rischi di amputazione d'arto e con una prognosi quoad vitam simile a quella di una malattia neoplastica. Soprattutto in una società dove è in atto un'epidemia di diabete è ora di cambiare modo di pensare: nel 2001 Fisher scrisse che "il diabete è uno stato di morte cardiovascolare prematura che si associa ad iperglicemia cronica".

l'intervista

Figura 1

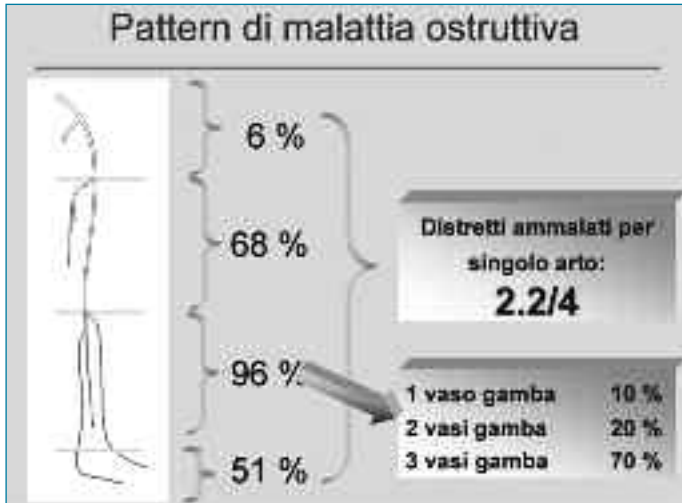


Figura 4



Figura 2



Angiografia degli arti inferiori.

A. Malattia diffusa dei vasi della gamba, occlusione delle due tibiali e della peroneira distale.

B. Dopo PTA, riapertura delle due tibiali con ripresa di flusso ematico diretto al piede.

Figura 3



Figura 5





DoctorNews33

Supplementi speciali **33**

Agopuntura **33**

Cardiologia **33**

Dermatologia **33**

Fleboangiologia **33**

Ginecologia **33**

Medicina Interna **33**

Nutrizione **33**

Odontoiatria **33**

Omeopatia **33**

Pediatria **33**

Reumatologia **33**

Vaccinare **33**

Il quotidiano online del medico italiano
www.doctornews.it

È il primo quotidiano eMail che offre ai medici e agli operatori sanitari: contenuti di politica sanitaria, di scienza e di diritto sanitario, Focus on Demand e qualificati servizi per la clinica.

➤ **Il quotidiano è inviato oggi a 180.000 destinatari di cui oltre 140.000 medici.**

I periodici specialistici di DoctorNews33

Una vasta gamma di testate periodiche inviate a un target selezionato di specialisti del settore, con possibilità di personalizzarle secondo le esigenze della Società Scientifica.



ELSEVIER

Elsevier Srl
www.elsevier.it

XXVIII Congresso Nazionale



20 - 24 maggio 2009

alba o tramonto della Medicina Generale

Torre San Giovanni
Ugento (Lecce)

Accreditamenti ECM

Corsi con crediti ECM

- **Attività e responsabilità professionale ed extraprofessionale del medico di medicina generale**
Modera: Augusto Pagani
- **La Governance del cardiovascolare nella popolazione del terzo millennio**
Modera: Maria Emilia Bonaccorso - ANSA
- **Tavola rotonda sul farmaco generico**
Modera: Stefano Nobili
- **L'Osteoporosi**
Modera: Mario Pappagallo - Il Corriere della Sera
- **Il trattamento del dolore cronico: quali farmaci per una corretta terapia**
Modera: Margherita De Bac - Il Corriere della Sera
- **Antibiotico terapia e resistenze sul territorio**
Modera: Dr. Giuseppe Di Donna