

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.1 anno 6° - gennaio/marzo 2008

"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

**Un sogno Snami:
ricompattare i medici**

**La Corte dei Conti denuncia
"c'è troppa corruzione
in sanità"**



Eolo Parodi
Manca la cultura
della previdenza



Angelo Testa
Nuovo Segretario
Nazionale

n. **1**

gennaio - marzo 2008

ratiopharm

Qualità e affidabilità

- Accurata scelta dei Principi Attivi
- Elevati standard qualitativi nei processi di produzione e di controllo
- Soddisfatti i più rigidi standard internazionali
- Accurata scelta degli Eccipienti
- Il 10% delle risorse umane a presidio della Quality Assurance
- Bioequivalenza documentata per tutti i farmaci

Esperienza

- Dal 1881 nel settore farmaceutico
- La prima azienda in Europa a produrre e commercializzare il farmaco Equivalente
- Presente in 38 paesi nel Mondo
- Costante crescita internazionale

Innovazione

- Sviluppo di nuove formulazioni
- Messa a punto di metodi produttivi innovativi
- Sviluppo di farmaci ad alto contenuto biotecnologico



Per ulteriori informazioni vieni a trovarci su www.formularatiopharm.it





editoriale

Francesco Pecora

Francesco Pecora

Non è cambiato nulla, via un governo, se ne farà un altro, continueremo ad osservare lo scempio che nel campo della sanità si sta perpetrando, senza fare nulla di concreto. Prima ci si indignava, adesso neanche questo. Questa non è la rubrica del lamento fine a se stesso. Questa è la rubrica della denuncia, del tentativo di fare prendere coscienza a chi ancora non lo ha fatto e del tentativo di risvegliare le coscienze di chi ha anestetizzato la dignità e la personalità.

Ce la possiamo fare.

Le “mele marce” sono pochissime rispetto alla grande quantità di medici che ogni giorno, in tutti i settori della medicina, si prodiga a tirare avanti la sgangherata carretta della sanità.

Troppi medici che fanno politica. Ce ne fosse uno che, una volta collocatosi nella “casta”, si ricordasse di aver fatto il giuramento di Ippocrate, qualcuno forse neanche lo ha fatto.

Sono i peggiori amministratori, riconoscono solo, e non sempre, chi li ha piazzati, in posti di gestione di ulteriore distribuzione del potere, servi in regni di sottogoverno.

Cosa si può fare? Tanto per cominciare ricordate che alla fine di quest'anno si vota per il rinnovo degli ordini. Da tempo immemorabile si reca a votare meno del dieci per cento degli aventi diritto.

Con questo numero di votanti, è scorretto dire che tutti gli ordini dei medici d'Italia sono delegittimati? Andate a votare in massa e sconvolgete i disegni di chi ha fatto dell'ordine dei medici una professione a vita.

Vorrei ricollegarmi ai titoli di copertina; lo SNAMI ha un sogno: ricompattare i medici. Oggi è un sogno che può diventare realtà, è sufficiente che le forze sane della medicina si mettano assieme, rinunciando ai privilegi ed alle miserabili offerte di chi poi li frustra nella professione. Spezziamo la catena del ricatto, riappropriamoci del concetto di diritto a scapito del privilegio.

Possiamo farcela.

La corte dei conti, senza tanti giri di parole, denuncia in maniera esplosiva la corruzione in sanità.

E non succede nulla? Per molto meno si sarebbe dovuto scendere in piazza richiedendo a gran voce l'eliminazione di chi amministra la sanità, a tutti i livelli. Spesso il concetto di malasani   è confuso in maniera strumentale con quello di malamministrazione sanitaria. E se ne fa di tutta l'erba un fascio. Risvegliamoci dal torpore senza la rassegnazione di chi crede che non ci sia nulla da fare.

Troverete un articolo di Augusto Pagani a pagina 6 dove si prende in prestito un comportamento del presidente Sarkozy: “la rottura”. È di questo che abbiamo bisogno, rompere non solo con il passato, ma rompere il sistema e con il sistema. Accontentiamoci dei diritti, e non è poca cosa, che, se ci fossero garantiti, anche solo quelli, sia da medici sia da pazienti, non avremmo di che lamentarci.

francesco.pecora@hotmail.it

SNAMI IN QUESTO NUMERO



In copertina: "il Picciolo",
Castiglione di Sicilia
Foto: frappè

LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Un bilancio fortemente positivo 3

TRE DOMANDE

Manca la cultura della previdenza 5

POLEMIZZANDO

La rottura 6

LA VOCE DEI SETTORI

La bozza per l'assistenza primaria 9

Spreco, sempre spreco, fortissimamente spreco 11

DIRITTO SANITARIO

La diligenza professionale generica del sanitario
e la diligenza professionale qualificata 12

DALLE REGIONI

Puglia - Dirigenza medica un lavoro di squadra 14

DALLE PROVINCE

Torino - Medicina gossip, non cultura 17

Ferrara - Più forti dello zio Sam 18

La Spezia - Storia breve dell'ONAOSI: occhio a non gettare il bambino
con l'acqua sporca 19

ATTUALITÀ

SNAMI e Assita firmano per altri 3 anni 8

C'è troppa corruzione in sanità 24

Angelo Testa succede al dimissionario Roberto Carlo Rossi 29

Ciao Giovanni Corbellini! 31

ARTE MEDICA E SCIENZA

Trattamento dei rifiuti: il caso di Venezia 21

Dopo 30 anni ritorna "l'agopuntura" all'Ospedale San Luigi - Santi Currò di Catania 25

Medicine alternative: un boom in Italia e nel mondo 26

Il profilo professionale del medico di famiglia: il valore e le opportunità della ricerca .. 27

Farmaci equivalenti: certezze e aspetti dibattuti 30

ULTIM'ORA

Il medico è un clinico, non un burocrate 32

L'INTERVISTA

Intervista ad Anna Sgritto 35



la pagina del Presidente

Mauro Martini

Un grande lavoro di gruppo e intenti convergenti

Un bilancio fortemente positivo

SNAMI si rafforza nei numeri e con le istituzioni

■ a cura di Stefano Nobili



Il 2007 ed i primi mesi del 2008 si sono conclusi dopo una lunga serie di impegni statutari istituzionali.

La fine di un anno è sempre un momento di consuntivi, l'inizio di preventivi.

Il bilancio generale appunto deve considerarsi positivo, vista la crescente partecipazione fattiva di tutte le sezioni nazionali che ha trovato il suo apice nell'apertura della nuova sede nazionale.

Verso l'esterno c'è stato un gran lavoro di gruppo, condiviso con tutto l'esecutivo, per rafforzare la presenza di SNAMI a tutti i livelli istituzionali.

Abbiamo iniziato un lavoro meticoloso con tutti i politici che si interessano di sanità o medici (e ce ne sono molti), per presentare le nostre proposte di riorganizzazione della medicina territoriale partendo dal progetto Me.Di.Co.

Abbiamo, con grande sacrificio di tutti, impostato una politica di partecipazione in tutte le sedi istituzionali: Fnomceo, ENPAM, Ministero della Salute, INAIL, Ministero dell'Econo-

mia, Federfarma, Farminindustria. Ci siamo confrontati con tutti i sindacati della medicina e tutte le società scientifiche; abbiamo stretto ancor maggiori rapporti con la stampa di settore e non, obiettivo considerato strategico per il futuro.

Questo estenuante lavoro sta dando i primi frutti visto che ormai SNAMI è sempre presente ovunque non solo nella forma ma principalmente nella sostanza.

L'anno già iniziato si presenta già carico di mille impegni. Il primo è l'imminente apertura delle trattative per la nuova convenzione che le regioni vorrebbero chiudere entro giugno: lo speriamo vivamente.

So che non sarà facile, anzi sono molto scettico sui tempi, ma sono sicuro che il lavoro di compattezza della categoria almeno sugli obiettivi condivisibili da tutti i sindacati, come ad esempio la libera professione, e retribuzioni sulla quale ci batteremo fino allo stremo

delle nostre forze, porterà ad un documento finale accettabile.

Molti altri impegni, sempre condivisi con l'intera categoria della medicina di famiglia, sono in agenda alla Fnomceo, anche alla luce delle ormai imminenti elezioni ordinistiche.

Vorrei sottolineare tra le tante cose una azione che ha portato ad una corretta interpretazione da parte del direttore centrale dell'Inail, Dott. Paolo Vaccarella, riguardo l'accordo siglato con gli altri sindacati che ha portato finalmente chiarezza sull'argomento.

SNAMI ha una nuova sede nazionale a Milano in via Ripamonti 40.

Era ormai improcrastinabile questa decisione per ovvi motivi organizzativi e di spazio. Nella vecchia sede di via



La nuova sede di Via Ripamonti

la pagina del Presidente

Beatrice D'Este gravitavano ormai 4 organizzazioni, ovvero l'AMM (Associazione Medici Milanesi) con finalità associativo-culturali, lo SNAMI Provinciale di Milano, lo SNAMI Regionale Lombardia e lo SNAMI Nazionale; era quindi diventato impossibile lavorare, per cui SNAMI Nazionale ha dovuto lasciare la storica sede di Beatrice d'Este per trovare una sua collocazione autonoma e principalmente "Nazionale".

Per la medicina generale lo SNAMI

è sempre stato aperto ad accettare confluenze di altre sigle e a maggior ragione in questo momento non si opporrà a chiunque vorrà fare lo SNAMI più forte ma nel pieno rispetto dello statuto, che prevede l'accettazione completa delle nostre regole e finalità.

Un accenno al prossimo congresso nazionale SNAMI. A Maggio il prossimo congresso nazionale si terrà a Cervia in Romagna. Per la prima volta avrà una duplice veste ufficiale di

congresso sindacale e scientifico, anche se già nelle precedenti occasioni il Congresso si apriva con una giornata scientifica. Parallelamente SNAMIdi organizzerà un corso con un tema a noi caro: la campagna permanente contro l'uso dell'alcol da parte degli adolescenti. Il corso, in più giorni, formerà i primi medici che terranno aggiornamenti sul giusto utilizzo dell'alcool ed il perché del divieto dell'uso da parte degli adolescenti. ■

Consiglio Nazionale e Comitato Centrale

Consenso e appoggio totale all'esecutivo dopo i primi otto mesi di mandato

Preoccupazione per la crisi di governo. Ancora no alle linee programmatiche dell'atto d'indirizzo e per il ritardo nella riapertura delle trattative.

Mandato al Presidente Martini per risolvere lo stallo. Se necessario scendere in piazza.

Mozione Comitato Centrale Consiglio Nazionale 26.01.08

Mozione finale. Il Comitato Centrale e il Consiglio Nazionale SNAMI, riuniti a Milano il 26 gennaio 2008, **sentita** la relazione del Presidente Nazionale, la approvano.

Considerata la proposta di aumento della quota nazionale di 10€ annue, la approvano. Il Comitato Centrale e il Consiglio Nazionale SNAMI **approvano** la linea politica del Presidente Nazionale e dell'Esecutivo Nazionale e ratificano la proposta di far confluire per l'anno 2008 gli iscritti SNAMI Dirigenza in CIMO, pur mantenendo la propria iscrizione allo SNAMI, in attesa di soluzioni alternative.

Il comitato centrale e il Consiglio Nazionale SNAMI **esprimono** viva preoccupazione per la situazione politica generale attuale, ribadendo la contrarietà alle linee programmatiche espresse nell'atto di indirizzo **esprimono** il disagio della categoria in merito al ritardo della riapertura delle trattative e dà mandato al Presidente Nazionale e all'Esecutivo al fine di trovare le modalità più congrue e attuabili per la riapertura delle stesse e, di indire lo stato di agitazione e le forme di protesta conseguenti.

Mozione approvata all'unanimità dal Comitato Centrale e dal Consiglio Nazionale SNAMI



tre domande

di Angelo Testa

Eolo Parodi Presidente ENPAM

Manca la cultura della previdenza

L'INPS al momento non mi preoccupa

■ di Angelo Testa

Professor Parodi cosa lega gli ordini e i sindacati all'ENPAM?

Ritengo sia solo un motivo elettorale. Gli Ordini dei Medici eleggono il Presidente dell'ENPAM.

Gli Ordini in massima parte attingono i loro uomini in quasi tutta la nazione dai Sindacati per cui...

Penso inoltre che al momento, i sindacati siano l'unica forma di aggregazione della categoria medica.

Perché i medici si interessano poco della vita dell'ENPAM, tranne quando devono farsi fare il calcolo del riscatto o della pensione?

Da una parte perché manca la cultura della Previdenza.

Dall'altra dobbiamo iniziare dall'Università a educare i futuri medici alla previdenza e quindi cercare di modificare l'approccio dell'Enpam alla categoria medica. Nei prossimi anni andremo dai medici a spiegare e a proporre la previdenza.

L'Enpam è il terzo ente previdenziale in Italia, e al momento non ha nessun problema economico.

Perché un medico dovrebbe fare il riscatto degli anni di laurea e qual è il rischio che l'INPS sia attratto così tanto dall'ENPAM da correre il rischio di essere fagocitati dall'INPS stesso?

L'ingresso nel mondo lavorativo per il medico avviene sempre più tardi ed è sempre più difficile per i colleghi maturare gli anni necessari ad una pensione dignitosa senza il riscatto degli anni di laurea.

Inoltre il riscatto è interamente deducibile e quindi fiscalmente molto vantaggioso.

Per quanto riguarda l'INPS io non vedo particolari pericoli, al momento, ma se un giorno dovessero apparire all'orizzonte dei problemi del genere dovrà essere la classe medica a difendere con vigore l'autonomia del proprio ente previdenziale. ■

Gli italiani amano più l'inaugurazione che la manutenzione

Ennio Flaiano

(Pescara, 5 marzo 1910 - Roma, 20 novembre 1972) scrittore, sceneggiatore e giornalista italiano



Foto: frappè



polemizzando

Augusto Pagani

Un rimedio al disastro annunciato

La rottura

La “rupture” nasce dalla constatazione di impotenza e dalla volontà di riscatto

■ *Augusto Pagani*
Presidente Provinciale di Piacenza

Sto leggendo un bel libro di Marina Valensise intitolato “Sarkozy, la lezione francese”, e quando il Direttore Francesco Pecora mi ha chiesto di scrivere un secondo articolo per il suo e nostro Giornale, ho pensato di proporre alla vostra attenzione una riflessione a proposito del suo tema conduttore, che è la teoria politica grazie alla quale Nicolas Sarkozy è stato votato dai francesi ed è diventato Presidente della Repubblica: la rupture.

La rupture è per Sarkozy un programma per rifondare la politica e la vita democratica, dando una scossa alla classe dirigente impigrata da decenni di impotenza e di rassegnazione.

È una parola d'ordine per restituire ai cittadini la fiducia nella politica e riformare le istituzioni in panne.

La rupture nasce dalla constatazione di impotenza e dalla volontà di riscatto con il primato della politica,

con l'idea di ridare ai cittadini la piena sovranità delle loro scelte, con la volontà di recuperare principi forti e chiari: lavoro, merito, autorità, ordine, rispetto, scuola, integrazione, spirito di sacrificio e ricompensa.

La rupture non è poesia, o non è solo poesia.

È lotta, battaglia, tecnica brutale per la conquista del potere e il suo esercizio. È un'arte sperimentale dei rapporti di forza, che include la sorpresa, l'uso spregiudicato del colpo di scena che spiazza l'avversario, senza che questi nemmeno se ne accorga, per togliergli il tempo di reagire.

Per Sarkozy la rupture è un programma liberatorio in fatto di scuola, di serietà degli studi, di rivalutazione

dei professori; la rupture è il rifiuto del Sessantotto, che ha determinato il “disastro morale” ed il crollo della scuola negli ultimi decenni, che ha predicato il relativismo culturale e la idea di una generale equipollenza tra le cose.

Forse vi chiederete, cari colleghi, cosa c'entra con noi la rottura, o meglio la rottura con questa accezione (di altre e diverse rotture correlate alla professione ognuno di noi ne conosce un buon numero).



Nicolas Sarkozy

polemizzando

Io penso che c'entri molto, perch  anche noi abbiamo bisogno di cambiare rotta, di rompere col passato, di recuperare la fiducia in noi stessi e l'entusiasmo per la nostra professione, consapevoli che la possibilit  di cambiare esiste e che dipende solo da noi stessi.

E allora rompiamo con quegli assistiti che ci chiedono certificati di malattia per malattie a noi sconosciute; con quelli che ci chiedono visite domiciliari per aiutarli a misurare la febbre; con quelli che ci chiedono un parere su una terapia prescritta da uno specialista consultato a nostra insaputa; con quelli che vengono in ambulatorio sempre e soltanto "fuori orario"; con quelli che al termine della visita ci chiedono qualcosa d'altro giustificando la richiesta con il solito "Gi  che sono qui...".

Rompiamo con i giornalisti ed i telegiornalisti che ogni qualvolta si verifica un episodio di "malasanit ", ancora prima che sia dimostrata una effettiva colpa o responsabilit  da parte di un medico, criminalizzano l'intera categoria; rompiamo con i politici e gli amministratori che pretendono di gestire la sanit  senza ascoltare la nostra voce, soprattutto se non   intonata alla loro; rompiamo con i colleghi che adottano comportamenti scorretti e che portano discredito alla professione; rompiamo soprattutto con i nostri egoismi, le nostre paure, le nostre incertezze e le nostre rassegnazioni e proviamo a voltare pagina.

Troviamo pochi ed essenziali punti comuni sui quali costruire i nostri progetti per il futuro e fondare le nostre richieste allo Stato, alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie Locali:

- valorizzazione dell'atto medico;
- semplificazione delle procedure burocratiche;
- appropriatezza dei compensi.

E confrontiamoci con gli altri sindacati medici sulle diverse idee e progettualit  per cambiare e migliorare

la assistenza primaria, senza preconcetti e preclusioni, ma tenendo ben presente che alle trattative per il rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali ci presentiamo oggi con una credibilit  che ci siamo guadagnata negli anni e con una unit  che non   mai stata cos  salda.

Io sono fiducioso, perch  sono convinto che la seriet  e la correttezza prima o poi vengono riconosciute ed apprezzate, ovunque e comunque. ■

Insurance Leader 1981 since

  MEDICAL DIVISION

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

NUOVA POLIZZA DEL MEDICO 2008

RESPONSABILIT  CIVILE VERSO TERZI DERIVANTE DALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE E TUTELA GIUDIZIARIA

LIBERO PROFESSIONISTA E/O DIPENDENTE

■ L'assicurazione copre i danni che il Professionista arreca al paziente o al terzo per negligenza, imprudenza o imperizia, lievi o gravi, nell'esercizio di ogni attivit  che l'Assicurato svolge legittimamente nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti.

NUOVE GARANZIE 2008

RETROATTIVIT  ILLIMITATA

GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA

FORMULA YOUNG
NEO ISCRITTI DA NON PI  DI 3 ANNI ALL'ALBO

OLTRE A QUELLE GI  ESISTENTI

- TUTELA GIUDIZIARIA ILLIMITATA PER VERTEZZE CIVILI E PENALI
- 2  RISCHIO
- COLPA GRAVE
- CONDUZIONE STUDIO / AMBULATORIO
- RESPONSABILIT  DI STRUTTURA COMPLESSA E CAPO DIPARTIMENTO

NOVIT  2008

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE

MEDICI OSPEDALIERI

COMPRESA INTRAMENIA E RESPONSABILIT  DI STRUTTURA COMPLESSA
C.C.N.L. - DIRIGENZA MEDICA

assita@assita.it
Numero Verde
800-237220

PREMIO ANNUO INVARIATO per 5 ANNI

Assita SPA
RUI
A000012675

20123 MILANO - P.LE BARACCA, 10
TEL. 02 48.00.95.10 (r.a.) FAX 02 48.01.22.95 - 48.18.897
CASSELLA POSTALE 1595 MILANO - CAP. SOC. Euro 120.000 INTERAMENTE VERSATO
REGISTRO IMPRESE MILANO N. 203066 - R.E.A. N. 1966853 - C.F./P.IVA 04937580159

www.assita.com assita@assita.it

Tabella riassuntiva dell'accordo SNAMI - ASSITA

Rinnovo Convenzione R.C. Professionale

SNAMI e Assita firmano per altri 3 anni

Dal 1982 Consulente Assicurativo del Sindacato per la R.C. Professionale

Lo spirito di continuit  e di innovazione che contraddistinguono oggi lo SNAMI hanno spinto il Sindacato ad attuare una concertazione con Assita per approntare una polizza R.C. Professionale che sia completamente aderente a tutte le necessit  del Medico moderno.

La **Professional Indemnity Plus 2008**   la nuova Polizza R.C. Professionale del Medico che **segna una svolta decisiva in termini di condizioni contrattuali**.

Abbiamo infatti ottenuto che la polizza, riservata sia ai **dipendenti/intramenia** che ai **liberi professionisti/extramenia**, contemplasse:



Foto dell'accordo tra SNAMI e Assita:
Mauro Martini e la Dott.ssa Bassi

- 1. Retroattivit  e Postuma illimitate** - per la prima volta una polizza R.C. Medico garantisce illimitatamente sia il **periodo antecedente** alla stipula che quello **successivo alla cessazione** del contratto.
- 2. Tutela Giudiziaria Illimitata** - assistenza legale sia in sede civile che **penale**, con possibilit  di **nominare anche un proprio legale**, senza limite di massimale alcuno ed in aggiunta a quello stabilito per la R.C. professionale.
- 3. Formula Young** - riservata al **giovane Medico** che non abbia superato i **3 anni di iscrizione all'Albo**, il quale alle **medesime condizioni contrattuali** previste dalla polizza base, beneficer  di uno **sconto pari al 25% del premio**.
- 4. Premio e condizioni invariati per i 5 anni di durata del contratto** - durata **vincolante solo per la Compagnia**, la quale garantisce che per l'intera durata della polizza il costo e le prestazioni rimangano quelli pattuiti all'atto della sottoscrizione, mentre l'Assicurato, per effet-

to della Legge Bersani, pu  decidere per il **recesso ogni anno**.

È stata anche approntata una **specifica polizza Professional Indemnity-Medici Ospedalieri** - a copertura della sola **COLPA GRAVE**, anch'essa con **retroattivit  e postuma illimitate**, **tutela giudiziaria e durata quinquennale**.

Molto soddisfatti dei risultati raggiunti abbiamo quindi deciso di **rinovare con Assita gli accordi sino al 31 Dicembre 2010** e, considerata la grande professionalit  e disponibilit  ancora una volta riservatoci, **le abbiamo conferito anche l'esclusiva di Consulente Assicurativo dello SNAMI per la R.C. Professionale e Tutela Giudiziaria**.

La **Professional Indemnity Plus 2008** pu  essere stipulata da tutti i Medici che vorranno aderirvi e la Convenzione   a disposizione di quei Delegati che vorranno diffonderla sul loro territorio dimostrando ancora una volta il ruolo determinante svolto dallo SNAMI in favore della categoria.

■
ImS



la voce dei settori

Pasquale Orlando

SNAMI è già pronto e propone

La bozza per l'assistenza primaria

Un vero governo clinico che tenga conto delle esigenze dei pazienti

■ **Pasquale Orlando**
Vice segretario Nazionale
Responsabile Nazionale
per l'Assistenza Primaria

Ci viene chiesta la elaborazione di una bozza che tenendo conto di quanto già esistente, si possa funzionalmente integrare con gli obiettivi del Progetto Me.Di.Co. (Medicina Distrettuale di Continuità) che è la base della proposta dello SNAMI nella Medicina Generale, in modo da essere pronti con un progetto esaustivo delle proposte del sindacato.

Il Progetto Me.Di.Co., come è noto, rilancia la figura del medico di medicina generale, rimettendo al centro del sistema il rapporto medico-paziente con la riappropriazione delle cronicità e delle patologie a maggior impatto sociale (diabete mellito, ipertensione, BPCO, ecc.) in un'ottica di "vera" governance clinica che tenga, davvero, conto dei bisogni dell'assistito e non solo di quelli della economicità del sistema. Inoltre il progetto, frutto della collaborazione di tutto l'esecutivo a cui mi onoro di appartenere, rilancia e supera le fantomatiche UTAP con la proposta della Conti-

nuità Assistenziale estesa alle h24, ridisegnando anche l'attività dei colleghi di Continuità Assistenziale che avranno più possibilità di lavoro (circa 4000 posti in più su scala nazionale) e maggiore qualificazione con il loro coinvolgimento nei percorsi di assistenza, anche programmata, del territorio in una collaborazione, alla pari, con gli altri operatori.

Nel solco tracciato dal progetto Me.Di.Co., ho elaborato, con la appassionata e fattiva collaborazione degli amici dell'esecutivo, la proposta di bozza per l'Assistenza Primaria che tiene conto di quanto detto.

Le principali novità sono:

- definizione precisa del ruolo giuridico del medico di Assistenza Primaria, il cui rapporto di lavoro è, e deve essere, di tipo libero-professionale;
- retribuzione divisa in una quota capitarla per dei compiti precisi di assistenza definiti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), quali la visita ambulatoriale e quella domiciliare, e una quota aggiuntiva, da definire a livello regionale, per i compiti di presa in carico delle cronicità, degli ambulatori per patologie, per

i specifici progetti locali, da concordare con le OO.SS. maggiormente rappresentative. Quota "aggiuntiva" e non più "ripartita" come è attualmente in un 70% (nazionale) +30% regionale, che si è rilevata disastrosa con la vecchia convenzione.

- inquadramento giuridico, ad esclusivo utilizzo del medico, delle associazioni che non possono e, non devono, essere intese come luogo deputato al solo soddisfacimento dei "bisogni" dei pazienti, ma piuttosto come strumento per migliorare la professionalità dei medici, fermo restando il rapporto duale medico-paziente. In quest'ottica si è regolamentato lo studio di medicina di gruppo, la medicina in rete e le cosiddette forme miste;
- possibilità di integrazione dei medici, singoli o associati, con il progetto di medicina distrettuale di continuità (ex art. 26), riscritto per l'occasione, al fine di concretizzare gli ambulatori per patologia, per valorizzare il lavoro dei medici e di dare un'assistenza più qualificata. Nell'ambito dello stesso articolo sono previste, inoltre, anche le modalità



la voce dei settori

di integrazione dei colleghi di continuità assistenziale;

- inserimento nei L.E.A. nazionali delle forme di assistenza domiciliare (integrata e programmata) in modo da poter garantire a tutti i cittadini tali forme di cure; fermo restando le possibilità di regolamentazione locali;
- integrazione della continuità assistenziale, h 24, con le funzioni dell'assistenza primaria, anche attraverso un "canale" dedicato per l'inserimento, per chi lo volesse, nell'assistenza primaria;
- una congrua rivalutazione delle quote capitarie, divise per fasce d'età, che parte da almeno euro 50,00/anno dai 14 ai 75 anni, fino a 75,00 euro/anno al di sotto dei 14 anni e al di sopra dei 75 anni;
- ridefinizione della libera professione, che deve essere, appunto, libera; purchè non sia in contrasto con le norme sulle incompatibilità e non pregiudichi la normale assistenza; non si può, infatti, accettare una regolamentazione della libera professione, visto che il nostro rapporto di lavoro con il SSN è, appunto, di tipo privatistico;
- riaffermazione del valore aggiunto dello studio del medico, grazie alla sua capillarità sul territorio e valorizzazione dei medici operanti nella zone disagiate.

Come si può notare un lavoro notevole che, nello sforzo di portare avanti i nostri ideali in un quadro nazionale di riferimento legislativo or-

mai definito ed acclarato, ha rimesso al centro il rapporto duale medico-paziente, rifiutando la logica dei gruppi (UTAP ed équipes) pur senza rinunciare alla possibilità di migliorare la professionalità dei medici che, in tal modo, credo, potranno preservare la loro natura di medici fiduciari dei loro assistiti e non diventare, come sta accadendo, anche dei fiduciari del SSN!

Mi rendo perfettamente conto che la bozza è ancora migliorabile e, cer-

tamente, molte altre buone idee potranno venir fuori; l'importante è che, finalmente, abbiamo un progetto (Me.Di.Co.) ed una bozza di convenzione, per l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale sulla quale confrontarci sul concreto. Resta quindi, un "work in progress" aperto ad altre integrazioni e suggerimenti che, nell'organizzazione di ulteriori comitati nazionali di Settore, mi impegnerò a concretizzare sempre nel solco del nostro progetto. ■



*In amore bisogna essere senza scrupoli,
non rispettare nessuno.
All'occorrenza essere capaci di andare a letto
con la propria moglie.*



*Gli italiani sono sempre pronti
a correre in soccorso dei vincitori.*



*"E vissero tutti infelici e contenti"
Così, per non ingannare il suo bambino,
termina le favole*

Ennio Flaiano

(Pescara, 5 marzo 1910 - Roma, 20 novembre 1972)
scrittore, sceneggiatore e giornalista italiano





la voce dei settori

Maria Cristina Campanini

Si continuano a insultare le intelligenze

Spreco, sempre spreco fortissimamente spreco

Subire subire subire? Ma fino a quando?

■ *Maria Cristina Campanini*
Coordinatrice Nazionale SNAMI Rosa

Pensavate che pane, amore e sanità (la campagna del Ministero della Salute che tutti noi abbiamo certo fattivamente contribuito a sponsorizzare per festeggiare e 30 anni del servizio sanitario nazionale e la cosiddetta “bella sanità”) fosse l’ultima buona azione a favore del sociale e del cittadino?

Eravate anche voi tutti convinti che ci fosse proprio da festeggiare questa sanità pubblica o siete anche voi del parere - come quasi tutti i medici di famiglia - che la festa è da un pezzo che la stanno facendo a noi?

Ebbene, chi pensava che la presa in giro della nostra tartassatissima categoria fosse finita con il termine del 2007 si sbagliava di grosso: l’attenzione dei nostri governanti alla nostra salute continua imperterrita anche al nascere del 2008: è così partita la campagna nazionale per l’emergenza freddo.

Emergenza freddo ed emergenza caldo: una diabolica associazione clima-

tica a delinquere che ogni anno si sussegue impegnando duramente numerosi esperti del Ministero della Salute, delle Regioni e delle ASL.

Secondo voi esisteranno uffici appositi (e con impiegati esclusivamente dedicati?) addetti allo studio approfondito del susseguirsi delle stagioni e relativa diffusione di perle di verità del tipo: “se hai freddo copriti” tali da farci accapponare la pelle dalla meraviglia?

Faranno corsi particolari per la valutazione dei cambi stagionali o verranno scelti in base a caratteristiche di particolare sensibilità un po’ come i raddomanti?

Saranno mica degli investigatori modello Sherlock Holmes dotati di formidabile intuito per rilevare la minima modifica di millibar (così come avevano chiesto ai medici di famiglia di rimanere all’erta per intercettare come provetti ghost-busters il virus dell’influenza aviaria).

E secondo voi sono gli stessi funzionari che in estate si occupano di dirci che quando fa caldo dobbiamo invitare gli anziani ad andare al su-

permercato o dai vigili del fuoco (mica per farsi spegnere le vampate di calore ma per usare gratuitamente l’aria condizionata) oppure sono due uffici diversi?

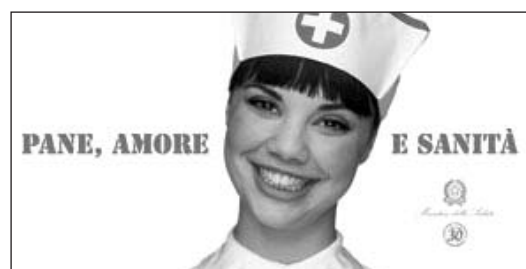
Ma quali sono poi gli insegnamenti di vita di questo decalogo per il freddo?

A grandi linee si susseguono innovative perle di saggezza quali mettersi il cappotto/guanti e sciarpa (e ricordare di toglierseli quando si entra in casa se no si suda), accendere il riscaldamento, non tenere spalancate le finestre, non mettere le mani a diretto contatto con la stufa elettrica (questo va bene anche per l’emergenza ustioni forse di prossima pubblicazione...), non bere bevande gelate e così via ma penso possa bastare.

Quest’è.

I consigli per l’emergenza caldo ve li risparmio.

Considerati i costi di queste campagne e la successiva utilità delle informazioni che ne derivano, una volta tanto possiamo dire a ragion veduta: meno male che non ci sono più le mezze stagioni... ■





diritto sanitario

Ennio Grassini

La diligenza professionale generica del sanitario e la diligenza professionale qualificata

La perizia, tra medico generico e specialista

■ **Ennio Grassini**
 Avvocato (Specialista in Diritto ed Economia della Unione Europea)

In base al combinato disposto di cui all'art. 1176 c.c., comma 2, e art. 2236 c.c. la diligenza richiesta al medico, in relazione ad un corretto adempimento, non è quella ordinaria, del buon padre di famiglia bensì quella ordinaria del "buon professionista" e cioè la diligenza normalmente adeguata in relazione al tipo di attività e alle relative modalità di esecuzione.

Nell'adempimento dell'obbligazione professionale va infatti osservata la diligenza qualificata ai sensi dell'art. 1176 c.c., comma 2, uniformando il proprio modello di condotta attraverso un adeguato sforzo tecnico, con impiego delle energie e dei mezzi normalmente ed obiettivamente necessari od utili, in relazione alla natura dell'attività esercitata, volto all'adempimento della prestazione do-

vuta ed al soddisfacimento dell'interesse creditorio, nonchè ad evitare possibili eventi dannosi.

Lo specifico settore di competenza in cui rientra l'attività esercitata richiede infatti la specifica conoscenza ed applicazione delle cognizioni tecniche che sono tipiche dell'attività necessaria per l'esecuzione dell'attività professionale.

I limiti di tale responsabilità sono quelli generali in tema di responsabilità contrattuale presupponendo questa l'esistenza della colpa, lieve del debitore, e cioè il difetto dell'ordinaria diligenza.

In ordine alla limitazione di responsabilità professionale del medico essa afferisce normalmente ai casi di dolo o colpa grave ex art. 2236 c.c. applicandosi nelle sole ipotesi che presentano problemi tecnici di particolare difficoltà; in ogni caso si rivolgono esclusivamente all'imperizia e non anche all'imprudenza e alla negligenza.

Le obbligazioni professionali sono dunque caratterizzate dalla prestazione di attività particolarmente qualificata da parte di soggetto dotato di specifica abilità tecnica, in cui il paziente fa affidamento nel decidere di sottoporsi all'intervento chirurgico, al fine del raggiungimento del risultato perseguito o sperato.

Tale affidamento risulta tanto più accentuato, in vista dell'esito positivo nel caso concreto conseguibile, quanto maggiore è la specializzazione del professionista e la preparazione organizzativa e tecnica della struttura sanitaria presso la quale l'attività medica viene dal primo espletata.

Ne deriva che la condotta del medico specialista va esaminata non già con minore ma semmai al contrario con maggior rigore ai fini della responsabilità professionale, dovendo aversi riguardo alla peculiare specializzazione e alla necessità di adeguare la condotta alla natura e al livello di

diritto sanitario

pericolosità della prestazione implicante scrupolosa attenzione e adeguata preparazione professionale.

Considerato che la diligenza si manifesta nella cura, nella cautela, nella perizia (cioè con impiego delle abilità e delle appropriate nozioni tecniche peculiari dell'attività esercitata, con l'uso degli strumenti normalmente adeguati) e nella legalità, al professionista (ancora di più allo specialista) è richiesta una diligenza particolarmente qualificata dalla perizia e dall'impiego di strumenti tecnici adeguati al tipo di attività da espletarsi.

È lo standard professionale della categoria che determina il contenuto della perizia dovuta.

Infatti l'impegno richiesto allo specialista, non si profila, normalmente, superiore a quello del comune debitore, ma va individuato in relazione alla normale diligenza che quella specifica attività professionale richiede; considerato che il professionista deve impiegare la perizia ed i mezzi tecnici adeguati allo standard professionale della sua categoria, è proprio tale standard che determina il contenuto della perizia dovuta e la corrispondente misura dello sforzo diligente adeguato per conseguirlo, nonché del relativo grado di responsabilità.

Il medico quindi è di regola tenuto ad una normale perizia, commisurata al modello del buon professionista (secondo cioè una misura obiettiva che prescinde dalle concrete capacità del soggetto, sicché deve escludersi che

il debitore privo delle necessarie cognizioni tecniche sia esentato dall'adempiere l'obbligazione con la perizia adeguata alla natura dell'attività esercitata), mentre una diversa misura di perizia è dovuta in relazione alla particolare qualifica professionale, per il riferimento alla necessità di adeguare la valutazione alla stregua del dovere di diligenza particolarmente qualificato, inerente lo svolgimento dell'attività del professionista, in relazione ai diversi gradi di specializzazione propri dello specifico settore professionale.

Potremmo dedurre che a diversi gradi di specializzazione corrispondono diversi gradi di perizia, tanto da individuare una diligenza professionale generica e una diligenza professionalmente variamente qualificata.

Chi assume un'obbligazione nella qualità di specialista o una obbligazione che presuppone una tale qualità, è tenuto alla perizia che è normale della categoria.

Lo sforzo tecnico implica anche l'uso degli strumenti materiali normalmente adeguati, ossia l'uso degli strumenti comunemente impiegati nel tipo di attività professionale in cui rientra la prestazione dovuta.

La misura della diligenza richiesta nelle obbligazioni professionali va quindi concretamente accertata sotto il profilo della responsabilità.

Il normale esito della prestazione dipende allora da una pluralità di fattori, quali il tipo di patologia, le condizioni generali del paziente, l'attuale stato della tecnica e delle conoscenze

scientifiche, l'organizzazione dei mezzi adeguati per il raggiungimento degli obiettivi in condizioni di normalità, ...

Normalità che risponde dunque ad un giudizio relazionale di valore, in ragione delle circostanze del caso.

La difficoltà dell'intervento e la diligenza del professionista vanno valutate in concreto, rapportandole al livello di specializzazione del professionista e alle strutture tecniche a sua disposizione.

Ne consegue che il medico deve sempre valutare con prudenza i limiti della propria adeguatezza professionale, eventualmente consultando anche uno specialista, avendo cura, nel contempo, di adottare tutte le misure volte ad ovviare alle carenze strutturali ed organizzative, agli incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento, informando e consigliando eventualmente al paziente, ove le condizioni lo richiedono, anche il ricovero in una struttura più idonea.

Pertanto il risultato normalmente conseguibile per i migliori specialisti del settore operanti nell'ambito di una determinata struttura sanitaria ad alta specializzazione tecnico-professionale non può essere il medesimo per chi sia viceversa dotato di minore grado di abilità tecnico-scientifica, ovvero presti la propria attività presso una struttura con inferiore organizzazione o dotazione di mezzi ovvero in una struttura sanitaria polivalente o "generica" oppure in un presidio di "primo intervento". ■



dalle regioni

Antonio Milano

PUGLIA



Professionalità e sentimento

Dirigenza medica un lavoro di squadra

ECM un diritto dovere

■ **Antonio Milano**
Responsabile Regione Puglia
Settore Dirigenza

Ogni fine ed inizio di anno è un grande momento di riflessione. Si pensa alle proprie azioni, ai problemi affrontati e risolti ma, ancora di più, a quelli che ci porteremo nel nuovo anno. È forte il desiderio di affrontarli con rinnovato vigore e la fiducia di raggiungere presto gli obiettivi.

Ho deciso di scrivere un articolo che descrivesse i punti salienti dell'attività sindacale svolta nel 2007 dallo SNAMI - Settore Dirigenza Medica nella



Un vicolo di Oria (Brindisi)

regione Puglia e illustrasse gli obiettivi programmatici per il 2008. Per questo mi sono riunito con i colleghi amici che, come me, rappresentano gli iscritti del Settore.

È lo spirito di collaborazione, di stima e rispetto reciproco, di comunione di intenti che ci unisce e ci rende, ne sono certo, diversi dagli altri.

Perdonatemi se sembra retorico, ma credo fermamente in tutto ciò e vivo giornalmente questi sentimenti, ed è per questo che sono più che mai convinto della scelta che ho fatto.

La credibilità di un Sindacato è legata al contatto diretto con l'iscritto, che ti deve sentire accanto ogni giorno. Condivisione partecipata è l'imperativo irrinunciabile, che se attuato vince "l'allergia" che c'è da parte di molti colleghi medici nei confronti della parola sindacato, e ci permette di conquistare la loro fiducia.

No ai personalismi, al protagonismo e agli interessi del singolo. Basta con le promesse "impossibili" fatte agli iscritti, che poi diventano bugie.

No alla delega ad ogni costo. Si alla disponibilità ed alla concretezza di intenti ed obiettivi. Vogliamo essere diversi dagli altri.

Dobbiamo conservare la visione della realtà in ogni azione che si intraprende, con serietà, fermezza e moderata ironia.

Sono queste le riflessioni che desideravo condividere con tutti voi.

Il nostro CCNL è scaduto da ormai 24 mesi. La Regione Puglia assomiglia sempre di più ad un naufrago che non riesce a vedere la terra nelle vicin-

nanze, ma non si sforza di nuotare, limitandosi a galleggiare, aspettando che passi una nave a salvarlo. Il Governo sta decidendo cosa fare di noi, senza minimamente preoccuparsi della realtà in cui da diversi anni, con sacrifici e difficoltà, siamo costretti ad operare. Altro che risk management in sanità. Insomma niente di nuovo all'orizzonte.

Ma lo SNAMI c'è, noi ci siamo, i colleghi medici ci sono e mi piace credere che molti di loro si uniranno a noi anche nel prossimo anno.

Il bilancio del 2007 è positivo: siamo cresciuti sia in termini quantitativi che qualitativi.

Le prospettive per il 2008? La continuità con l'anno che sta finendo; proseguiremo con le rivendicazioni già avviate e che riteniamo qualificanti, perché rispondono alle aspettative dei nostri iscritti e nel contempo ci daranno visibilità e credibilità con chi è stanco di non avere risposte dagli altri.

Passo brevemente ad elencare gli obiettivi programmatici.

■ Dobbiamo spingere le Direzioni Generali inadempienti a fare chiarezza sul fondo per la retribuzione di posizione che, mi preme ricordarlo, deve essere integralmente utilizzato e quindi erogato ai dirigenti medici. Va tenuto presente che alla retribuzione di posizione mini ma contrattuale deve essere aggiunta la retribuzione di posizione minima aziendale, ai sensi del comma 4 degli artt. 37 e 38 del CCNL 8/06/2000.

dalle regioni

■ L'erogazione del fondo di riequilibrio del 5% di cui all'art. 57, comma 2, lettera i) del CCNL 8/06/2000, che viene puntualmente disattesa da molte Aziende USL regionali con grave danno economico per i colleghi.

■ Il fondo per la retribuzione di risultato, non deve più essere uno sconosciuto, è un nostro diritto da negoziare con l'Azienda e deve essere erogato secondo contratto. Quindi devono essere puntualmente indicati gli obiettivi di struttura da realizzare durante l'intero anno, senza ritardi e omissioni finalizzate a impedirne la realizzazione per poi dirottare le somme disponibili verso utilizzi diversi. Come azione sindacale immediata nel 2008, chiederemo, a tutte le Direzioni Generali interessate, copia delle delibere con le quali sono stati indicati gli importi esatti di detti fondi obbligatori.

■ Recependo le istanze degli iscritti dovremo affrontare le tematiche collegate alla graduazione delle funzioni, all'affidamento degli incarichi dirigenziali (art. 27 CCNL 8/06/2000), nonché alla valutazione degli stessi dirigenti (artt. 31 e 32 del CCNL 8/06/2000). Al riguardo sono innumerevoli le "disattenzioni" commesse da diverse Direzioni Generali, tanto che l'azione sindacale da intraprendere dovrà essere ferma e decisa. Bisognerà seguire attentamente l'attività dei nuclei di valutazione (NU. VAL.) aziendali, affinché operino nei tempi e modi previsti, evitando che i colleghi vengano danneggiati sia economicamente che professionalmente.

■ Attività intramoenia. Qualcuno, forse, si è dimenticato che tutti i medici dipendenti devono essere posti nelle migliori condizioni per esercitare il diritto alla libera professione, che coincide con l'analogo diritto dell'utente-paziente nei confronti del medico specialista di fiducia. L'attività intramoenia, le sedute aggiuntive, non sembrano più un diritto ed uno strumento per ridurre le liste d'attesa (obiettivo prioritario dato dalla Regione Puglia ai Direttori Generali ed elemento di valutazione degli stessi), ma mero oggetto del contendere tra colleghi. La nostra azione sindacale dovrà mettere i colleghi nelle condizioni di poterle esercitare come un diritto sancito dal nostro CCNL, e non come una concessione o peggio ancora come merce di scambio. Si cerca di dividerci, di farci entrare in conflitto tra colleghi, ma noi non ci stiamo.

Vogliamo riaffermare la nostra professionalità e identità medica. Incentivi

si, ma senza compromessi, perchè al centro ci siamo sempre noi con i nostri pazienti.

Vanno evitate, quindi, rigidità, forzature, eccessi burocratici, capaci di rendere virtuale il diritto suddetto e di produrre discriminazioni fra gli aventi titolo, sia per quanto riguarda l'intramoenia "tipica" che quella "allargata".

■ E. C. M. Ci batteremo affinché le Aziende USL regionali adottino tutte le modalità più idonee per garantire a ciascun dipendente il diritto-dovere alla formazione, all'aggiornamento ed all'acquisizione dei crediti formativi e creino le condizioni per il finanziamento e l'organizzazione dell'aggiornamento obbligatorio. In proposito promuoveremo iniziative affinché eventuali somme residue (a fine esercizio) vengano utilizzate per la costituzione ed il potenziamento di strumenti stabili di formazione al servizio dei dirigenti medici (anche aggiornamento a distanza).



Torre dell'Orso (Lecce) al tramonto

dalle regioni

- Intraprendere azioni, anche legali, finalizzate a concretizzare il “progetto mensa” all’interno dei presidi delle Aziende e proseguire le iniziative per ottenere la corresponsione dell’indennità di mensa del quinquennio precedente agli aventi diritto.
- Attuare l’istituto delle pari opportunità, secondo le procedure di cui all’art. 8 del CCNL 8/06/2000, promuovendo azioni positive (Legge

125/91) e misure per favorire i dirigenti medici specie in materia di: formazione manageriale, mobilità, flessibilità e riduzione dell’orario di lavoro, compreso l’utilizzo del part-time, ai fini della tutela sociale del lavoratore e dei suoi impegni con la famiglia.

- Poiché oggi i volumi prestazionali richiesti, frequentemente, non sono calibrati in modo oggettivo rispetto

alla dotazione organica esistente ed i carichi di lavoro risultano non ben definiti o senza riscontro pratico, ci batteremo affinché vengano indicati i criteri per:

1. l’individuazione corretta dei volumi prestazionali;
2. la definizione dei piani di lavoro per ciascuna U.O. aziendale;
3. la definizione dei carichi di lavoro individuali.

Voglio concludere invitando tutti a riflettere su questo scritto, analizzandolo attentamente ed attivamente, comunicandomi il consenso o il dissenso, suggerimenti o semplici considerazioni, altre proposte da inserire nel programma del 2008.

Vorrei che tutti diventassero parte attiva nelle nostre iniziative, perché credo che ognuno abbia il diritto-dovere di partecipare per far conoscere il proprio pensiero e, quindi, il nostro SNAMI.

Un particolare ringraziamento al nostro Presidente Regionale Antonio Chiodo che mi ha dato fiducia, a Nicola De Sabato Presidente Provinciale di Taranto che mi è sempre vicino e mi sprona anche nei momenti difficili, a Uccio Pinto Presidente Provinciale di Bari sempre insostituibile e, non ultimi, gli amici dirigenti del Settore che con il loro prezioso contributo hanno reso possibile tutto questo (*e li ricordo come nei films in rigoroso ordine alfabetico*): Claudio Azzolini, Giuseppe Calabrese, Paolo Costa, Costantino Fortunato, Lorenzo Lopedote e Marco Rollo. ■

*Ci sono molti modi di arrivare,
il migliore è di non partire.*

(da Il gioco e il massacro, Rizzoli)

♦♦♦

*Gli presentano il progetto per lo snellimento
della burocrazia. Ringrazia vivamente.
Deplora l’assenza del modulo “H”.
Conclude che passerà il progetto,
per un sollecito esame, all’ufficio competente,
che sta creando.*

(da Diario notturno)

Ennio Flaiano

(Pescara, 5 marzo 1910 - Roma, 20 novembre 1972)
scrittore, sceneggiatore e giornalista italiano



dalle province

Vincenzo Prunelli

TORINO



Guardare in casa di chi pontifica

Medicina gossip, non cultura

Qualcuno istiga a prendere tutto

■ *Vincenzo Prunelli*
Direttore "Il Medico SNAMI"

Forse difendersi da tutto non è il massimo, ma guardare in casa di chi sentenza senza sapere, e di chi gli da troppo spazio, non è male.

Per l'Healt Consumer Powerhouse, un istituto di analisi e informazione con sede a Bruxelles, i medici italiani, "baroni in camice bianco", amano sentirsi Dio, mandano i pazienti dagli specialisti amici e non offrono tutte le possibilità alternative di cura e di terapia, sono autocratici e non rispettano i diritti dei malati.

Vediamo però anche una certa magnanimità, e quindi non dovrebbe essere il carrozzone ingoiasoldi di qualche premier locale. Ci dà atto di offrire una buona assistenza, ma insiste troppo sui progressi che, in qualche settore, sono quello che sono. Piacebbe anche a noi avere solo malattie curabili o tutte le soluzioni. sappiamo come stanno le cose, ma ne prendiamo solo atto, perché l'idea di una medicina magica e onnipotente è un limite culturale e di conoscenza che evitiamo.

Chiama in causa anche i governi che ritardano l'accesso a nuovi farmaci, e non essere indicati come colpevoli di qualsiasi manchevolezza è una novità.

parla di liste d'attesa sulle quali stendere un velo pietoso, e in effetti ci stupiamo perché, forse ingenuamente, siamo convinti che basterebbe assumere i medici e il personale necessari per far lavorare le strutture a pieno ritmo.

Mancano i soldi? Vista la continua espansione e fortuna dei centri convenzionati che, crediamo, non hanno manager e direttori generali migliori dei nostri, sembrerebbe di no.

La ricerca è fredda, troppo lontana per essere esauriente. Per esempio, bisogna dire a tutti che la medicina è innovazione e non si fa a tavolino: se non fai sei giustamente colpevole, ma se fai qualcosa di nuovo perché sia utile e essenziale in futuro rischi. E se non fai il miracolo c'è sempre qualcuno che istiga i pazienti a denunciarti "per amore della verità e della giustizia", e poi divide.

E qui l'istituto non è preso dal dubbio, altrimenti dovrebbe chiarire cos'è la medicina difensiva e quanto costa a tutti.

Bisogna dire ai pazienti che la medicina non è onnipotente, è un'opportunità della quale non abusare e non ce la fa contro la natura: allunga la vita, ma contro la morte deve cedere. Qualcuno istiga a pretendere tutto, ma sappiamo che lo fa per stupire il lettore o per interesse di bandiera e ricerca di consenso, e allora gli dobbiamo presentare una cultura della responsabilità che riguardi lui e anche il paziente.

Il paziente che viene illuso di avere solo diritti e non responsabilità, e

quindi di dover essere solo protetto, spreca senza ottenere vantaggi: alla fine gli mettono le note e la classe C, e così paga, anche se gli dicono che lui è debole e non è mai responsabile di nulla.

Il nostro giornale, amato e odiato e non sempre in prima fila tra quelli che la contano giusta, questa volta un po' ci difende. Riconosce che tanti danno l'anima, la vita media si allunga e la sanità ha i suoi meriti.

L'istituto suggerisce anche l'accesso diretto all'assistenza specialistica, perché "troppo spesso in Italia i pazienti fanno esclusivamente quello che dice il loro dottore, e non sem-



La Mole Antonelliana - Torino



dalle province

Roberto Tieghi

pre è la scelta migliore”. Avremmo tanti medici di famiglia, e tutti specialisti, ma che code davanti ai loro ambulatori!

Ma soprattutto non sa che in Italia siamo anche svegli, e se quello che ci dice il nostro medico non è giusto lo cambiamo.

Manca una visione reale della professione e delle nostre capacità critiche, sia che siamo lettori, elettori o fruitori.

Per esempio, nessuno dice a chi abusa e spreca che se il 20% dei pazienti consuma l'80% delle risorse agli altri resta ben poco. O a chi ci governa che far mostra di furbizia e accesso a privilegi non dovuti è un esempio che tra i meno civili e evoluti. O che parlare chiaro può far perdere consenso tra chi non porta vantaggi e pretende solo privilegi, ma ne fa guadagnare tanto di più tra coloro che sono responsabili.

Infine, il medico italiano è scostante e non informa, ma quando ho bisogno di qualcosa per me non dico mai che sono un medico. Sarà perché so essere educato senza essere servile, ma non sono mai stato trattato male, mentre confesso di non avere mai ceduto ad un paziente arrogante.

In ogni caso è vero, tra i medici ci sono anche quelli mal riusciti, come tra i droghieri, i baristi, i politici e gli astronauti. Però generalizzare è un limite culturale.

Quindi, bene tutte le ricerche, ma occorre conoscere e considerare tutto il contesto, altrimenti si fa gossip, non cultura. ■

FERRARA



Il vero problema siamo noi medici...

Più forti dello zio Sam E poi dite che mancano i soldi

■ **Roberto Tieghi**
Presidente Provincia Ferrara

Leggo che il bel Paese con i suoi 59 milioni di abitanti può contare su 574.215 “auto blu”, di contro gli Stati Uniti d’America con 300 milioni di abitanti arrivano a malapena a 73.000.

Mica roba da ridere, battiamo alla grande lo zio Sam!

Che dire della gioia nel sapere che l’acquisto e il noleggio di queste auto si è concretizzato con il contributo di tutti?

Non importa sapere quanto ci costano, l’importante è sapere che ci sono e in gran numero, belle, lucide e sempre pronte a scattare al leggero premito di un piede sull’acceleratore.

Cosa sarà mai il costo sopportato dalla collettività per qualche migliaio di autisti o le spese per assicurazione e bollo. Scommettiamo quello che volete, la manutenzione inciderà senz’altro in percentuale bassissima.

Il vero problema siamo noi, medici e non solo, che ci ostiniamo ad usare l’auto per l’espletamento della nostra attività e per le quotidiane visite domiciliari. E la paghiamo pure, incredibile ma vero in questo Paese fatto di personalismi ossessivi, fur-

betti e amici degli amici.

Per grazia ricevuta, è proprio il caso di dirlo, la detraibilità dell’IVA sul mezzo che ognuno di noi ha acquistato è stata elevata al 40%; consoliamoci al pensiero che nel frattempo tante “auto blu” scorrazzano in lungo e in largo per l’italico stivale.

Lo sapevate che una punta di invidia scende sul volto di Bush quando si sintonizza sulle nostre televisioni?

Riferiscono i suoi collaboratori che a denti stretti abbia pronunciato la faticosa frase: *“Anch’io volere tante italian blu cars, please”*.

Non so se lo slogan riportato nei cartelloni affissi nelle vie d’Italia a cura di un partito che prometteva di far piangere i ricchi abbia ottenuto l’effetto sperato. Di certo piangono i 16,5 milioni di pensionati e ancor di più quel 25% di pensionati con 500 euro mensili.

Poi piange la classe media, il motore dell’economia italiana che ormai a forza di tirar la cinghia assomiglia sempre più ad una modella anoressica.

Nonostante tutto l’Italia rimane al primo posto al mondo come numero di “auto blu”.

Coloro che proprio non riescono a farsene una ragione possono trovare consolazione sapendo che la voce “noleggio di automezzi” è passata da 28 a 140 milioni di euro, con un aumento reale del 357%.

E poi dite che mancano i soldi! Bisogna avere pazienza, risparmiare e ancora risparmiare, questo il ritor-



dalle province

Luigi Caselli

nello che sentiamo dire.

I rinnovi dei contratti tardano? Evidentemente non è motivo prioritario per il Paese.

L'inflazione relativa agli anni trascorsi tra un rinnovo contrattuale e l'altro non è possibile recuperarla.

Non è assolutamente la fine del mondo.

Per qualcuno tutto questo può rientrare nella normalità quotidiana ma è un errore gravissimo allontanarsi dal Paese reale che i sacrifici è costretto a subirli sulla propria pelle.

I buoni propositi fioccano da destra e da sinistra, tanti sperano in un ridimensionamento dell'apparato burocratico, una boccata di ossigeno per coloro che si trovano ai margini di una società poco solidale. Un piccolo e modesto segnale per cominciare.

In caso contrario manteniamo pure un ricco parco auto, prima o poi ci faremo un giro pure noi! ■



L'Italia ha il record mondiale di vetture Blu: 574.215 vetture.

La cosa incredibile è che al secondo posto ci sono gli Stati Uniti d'America, con sole 73.000 vetture, terza la Francia con 65.000 auto.

LA SPEZIA



Storia breve dell'ONAOSI: occhio a non gettare il bambino con l'acqua sporca

■ Luigi Caselli

Vicepresidente Sezione Provinciale SNAMI La Spezia
Segretario Sezione Provinciale FEDERSPEV di La Spezia e Regionale Liguria

Unanime è stata l'alzata di scudi di Medici, Farmacisti e Veterinari, compresi i Pensionati e Vedove, quando dall'ONAOSI ci si è visti appioppare l'inatteso balzello della contribuzione obbligatoria erga omnes, dipendenti e non, attivi e non. Non poteva essere più dirompente un provvedimento apparso iniquo anche all'osservatore meno smaliziato, incomprendibile dai più, lontani da una conoscenza corretta dell'Ente di "Assistenza degli Orfani dei Sanitari Italiani".

L'Istituto, nato nel 1874, operativo dal 1892, per merito di Luigi Casati, medico condotto testimone dei disastrosi effetti della prematura scomparsa di un collega, si è sviluppato e cresciuto con lo scopo di tutelare il diritto allo studio e alla formazione professionale degli orfani dei nostri Sanitari.

Nella sua lunga storia l'Opera, divenuta Fondazione nel 1995 vincendo una dura battaglia burocratica che ne minacciava la dissoluzione, ha egregiamente interpretato il dettato

dello Statuto, ampliando e migliorando le prestazioni. Attraverso gli anni migliaia di orfani di Sanitari, hanno continuato e completato gli studi di loro scelta presso i Convitti maschile e femminile di Perugia o nelle sedi dei Collegi e Centri formativi istituiti in altre sedi. Come quelli di Bari, Bologna, Messina, Napoli, Padova, Pavia, Roma, Torino. Il gradimento e l'efficacia delle prestazioni dell'(attuale) ONAOSI sono dimostrate da un evidente crescendo di iscritti ai corsi, dai 5 del 1892, ai 90 del 1902, ai 229 del 1914, ai 425 del 1932.

La seconda guerra mondiale comportò una crisi per la perdita di circa quarantamila iscritti contribuenti; costringendo alle dimissioni un Presidente come Nicola Pende, endocrinologo di fama mondiale, alla guida dell'Ente dal 1934 al 1944. Ma, dopo le incertezze dell'immediato dopoguerra, che comportarono il commissariamento straordinario e modifiche statutarie, ci fu la ripresa con 646 iscritti ai corsi nel 1947, che divennero 2194 nel 1970 e 3068 nel 1977. Dal 1958 il 67,7% degli orfani sono assistiti a domicilio, mentre nel 1977 l'ONAOSI rischia di essere incluso tra gli "Enti inutili", vincendo anche questa battaglia. Nel 1991 finalmente una legge ne assicura l'esistenza, gli assistiti salgono a 3950, e nel 1995 l'assetto passa da Ente pubblico a "Fondazione privata".

Nel 2002 la "bomba": estensione a tutti i Sanitari iscritti agli Ordini professionali della contribuzione ob-

dalle province

bligatoria (adesione all'art. 52/comma 23 della Legge finanziaria 2003). Gli effetti li conosciamo, dall'aggravamento della contribuzione specifica per migliaia e migliaia di Sanitari, alla fuga in massa di Sanitari pensionati dagli Ordini di appartenenza, cosa sottovolutata, perché rappresenta la rescissione dell'ultimo rapporto con il proprio Ordine, il rigetto di appartenenza dopo una lunga carriera professionale, la perdita dei benefici deontologici, collegiali, umani di una frequentazione ormai connaturata. Anche se, in questo caso, causata da un piccolo esborso percepito, però, e giustamente, come offensivo e ingiustificato.

Ed ecco, allora, le reazioni: ricorso per presunta illegittimità al Consiglio di Stato, ricorsi a TAR regionali. Il nostro SNAMI è stato il portabandiera di questa reazione e ha visto giusto: i Tribunali hanno giudicata illegittima l'estensione dell'obbligatorietà e condannato l'ONAOSI a rifondere i contributi illegittimamente riscossi.

E ora? Ora l'Ente entra in crisi: sorvolando sui suoi programmi dettati forse da una eccessiva euforia per l'ingente gettito contributivo assicurato, ha scatenato una reazione tra i Sanitari italiani che non promette niente di buono. In molti sono ora a chiedersi perché mantenere in vita una Fondazione assistenziale che per sua stessa ammissione ha visto nel tempo scemare sempre di più l'utilizzo dei Convitti perugini e degli altri Centri formativi, dato che il ricorso agli aiuti economici risulta oggi la formula più gradita. Insomma non si comprende più l'elefan-

tiasi gestionale dell'Ente di fronte alle effettive esigenze prestazionali. Allora, buttare l'ONAOSI a mare, perché quasi inutile e sgonfiare di appetibilità quell'enorme carrozzone ricco e corpulento, facile preda di gestioni potenzialmente disinvolute? Sempre più spesso questo tipo di richiesta viene riecheggiata nelle discussioni sul tema, sia che a parlarne siano i Colleghi attivi che i pensionati.

Ma, arrivati a questo punto, rileggiamoci il titolo: attenzione a non fare un danno più grave. E allora venga la proposta di chi, come l'ha ripetuta nel Consiglio Nazionale del 26 Gennaio scorso a Milano, il professor Guido Caprio, presidente di SNAMI Esperienza, sostiene che logica im-

porrebbe di semplificare eliminando doppioni: perché non attribuire quelle sue, ormai non più esclusive, funzioni assistenziali dell'ONAOSI, all'ENPAM, il nostro Ente previdenziale che già si occupa anche di assistenza, tanto da aver impiantato di recente un altro nuovo dipartimento allo scopo? E perché, già che ci siamo, non ricondurre la finalità della "Residenza per Anziani Sanitari" di Montebello, Perugia, a quella originale, e non a quella farsa pseudoturistica fallimentare, che ha costretto l'Ente prima a sospendere, e poi a riaprire le prestazioni di Montebello in gestione affidata a privati? Tutto questo giustifica il mantenimento dell'elefante perugino? ■

La psicanalisi è una pseudo-scienza inventata da un ebreo per convincere i protestanti a comportarsi come i cattolici.

(da Frasarario essenziale per passare inosservati in società)

Ennio Flaiano

(Pescara, 5 marzo 1910 - Roma, 20 novembre 1972)
scrittore, sceneggiatore e giornalista italiano

♦ ♦ ♦

I giorni indimenticabili della vita di un uomo sono cinque o sei in tutto. Gli altri fanno volume.

Ennio Flaiano

(Pescara, 5 marzo 1910 - Roma, 20 novembre 1972)
scrittore, sceneggiatore e giornalista italiano



arte medica e scienza

Armando Zingales

Rifiuti e salute

Trattamento dei rifiuti: il caso di Venezia

I rifiuti sono una risorsa

■ **Prof. Armando Zingales**
Professore di Chimica Industriale
Università Ca' Foscari di Venezia
Presidente del Consiglio Nazionale
dei Chimici presso il Ministero
della Giustizia
Presidente di Ecoprogetto Venezia srl
(Fusina)

È difficile trovare qualcuno disposto a credere che esistono in Italia luoghi in cui i cittadini si sono fatti carico del problema dei loro rifiuti e se lo gestiscono sul proprio territorio, in maniera concreta ed efficace.

Verso la fine di dicembre dello scorso anno, prima un articolo di Gian Antonio Stella sul "Corriere della Sera", ripreso da diversi programmi di RAI 1 e RAI 3 e poi un paio di facciate su "Il Giornale" hanno attirato l'attenzione sulla "via Veneziana" per la gestione dei rifiuti.

A Venezia, infatti, i rifiuti sono una risorsa: i cittadini ricavano energia elettrica dai rifiuti che loro stessi producono, con il minimo impatto sull'ambiente. Ma non solo. Il Polo Integrato di Fusina (così si chiama il complesso

di impianti di Ecoprogetto Venezia, società a controllo pubblico locale) permette di trattare i rifiuti in maniera diversificata e flessibile a seconda della loro composizione merceologica.

Venezia è una realtà difficile per la filiera dei rifiuti: il centro storico (60.000 residenti e 20 milioni di presenze turistiche l'anno: che su base giornaliera raddoppiano il numero dei cittadini!) richiede la raccolta porta a porta ed il trasporto "manuale" - con appositi carrelli - fino agli approdi dove le motobarche munite di compattatore ricevono i rifiuti e dopo il travaso su capienti chiatte li fanno arrivare attraverso la laguna all'impianto di trattamento.

In questo contesto la raccolta differenziata è complessa: il numero di nautanti che può girare per i canali è limitato e, quindi, l'organizzazione del servizio richiede di semplificare le operazioni. Per questo a Venezia le frazioni della raccolta differenziata sono soltanto tre (VPL cioè vetro-plastica-lattine, carta e cartone, e rifiuti umidi). Le prime due frazioni vengono raccolte due volte la settimana (in giorni di-

versi). L'umido viene raccolto tutti i giorni tranne la domenica.

Nella terraferma veneziana (Mestre, Marghera e altre municipalità) la raccolta differenziata avviene su base volontaria con conferimento in cassonetti dedicati e premio sulla tariffa per i quartieri più virtuosi.

Per questo pur se a Venezia non è possibile raggiungere le quote di raccolta differenziata che alcuni comuni "ricicloni" del Veneto possono vantare (80-85%), questa si attesta comunque intorno al 30%.

Tuttavia è dopo la raccolta che la musica cambia a Venezia! I Comuni virtuosi, ma privi di impianti di trattamento industriale dei rifiuti, sono costretti ad avviare verso le discariche tutto il rifiuto che non è differenziato all'origine (dal 15% in su). A Venezia, invece, dopo il trattamento in impianto, oggi viene avviato in discarica soltanto il 6-7% dei rifiuti raccolti: in pratica soltanto... i piatti rotti e il breciolino che le spazzatrici meccaniche raccolgono dalle strade. E nel 2008 entrerà in funzione un nuovo impianto



arte medica e scienza

di “lavaggio degli inerti” che permetterà di recuperare tutto il materiale lapideo per il riutilizzo in edilizia e il rifacimento delle strade. A quel punto la quantità di rifiuti avviati a discarica non supererà il 3% del totale. Non esiste in Italia una sola comunità che riesca a fare meglio, anche con una raccolta differenziata estremamente spinta ed efficace.

Il cuore del sistema, come detto, è l'impianto di Fusina, tecnologicamente avanzato, che comprende un impianto di compostaggio della Frazione Organica, un impianto di produzione di CDR (Combustibile Derivato dai Rifiuti) a qualità controllata e un termovalorizzatore. Completano l'impianto le apparecchiature automatiche per la selezione del vetro, plastica e la separazione dei materiali ferrosi e non ferrosi - dalla massa e tra loro - e gli spazi per il magazzinaggio dei materiali nelle varie fasi della lavorazione (vedi immagine).

La logica del “Polo Integrato” è quindi quella di recuperare al massimo la “materia” (per differenziazione all'origine o selezione in impianto) e dopo, a completamento del ciclo, recuperare tutta l'energia che è contenuta nella frazione combustibile del rifiuto secco dopo la differenziazione. Il recupero energetico dal rifiuto raccolto avviene in parte nel termovalorizzatore dell'impianto ma, soprattutto, attraverso il rifornimento di CDR alla adiacente centrale elettrica dell'ENEL, altrimenti alimentata a carbone.

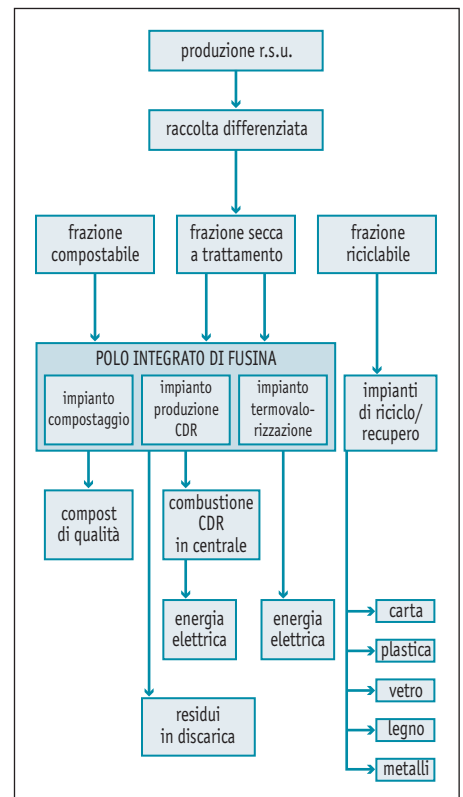
L'idea vincente, quindi è stata quella di individuare e perseguire questa pre-

ziosa sinergia con la centrale elettrica esistente. Strategia che ha richiesto diversi anni di studi, sperimentazioni ed iter autorizzativi. Ma adesso il Polo di Fusina fornisce alla centrale 30.000 t/anno di CDR (che dal 2008 saranno 70.000 t/anno), consentendo il risparmio di una quantità energeticamente equivalente di carbone.

I vantaggi economici per il Paese sono evidenti. Ma i vantaggi per l'ambiente sono anche più importanti: il CDR a qualità controllata prodotto a Fusina consente di diminuire in misura notevole la produzione di inquinanti (come SO₂ ad esempio) che la combustione del carbone comporta. Quindi anche il trattamento delle emissioni richiede costi minori. Aver deciso di utilizzare per lo smaltimento dei rifiuti un impianto già esistente per la produzione di elettricità della Regione ha permesso di non aggiungere nuove emissioni, neppure limitate, a quelle che già c'erano, ma, anzi, di ridurre quelle esistenti. E i rifiuti non restano in strada, ma neppure sotto il tappeto (in discarica, cioè).

Anche il trasporto del CDR dalla produzione all'utilizzo, in questo caso, comporta una quantità di emissioni inquinanti insignificante, dal momento che la centrale elettrica è collocata di fronte all'impianto di produzione di CDR, sulla stessa strada, e già si prevede di installare un nastro trasportatore per il trasferimento del materiale senza utilizzare camion, neppure per le poche decine di metri che separano gli impianti. Altro che invio dei rifiuti in Germania!

Certo, nel CDR prodotto è presente anche una parte di materiale plastico (di minuta frammentazione), ma potremmo immaginarlo come “petrolio solido” che alla fine della sua carriera viene utilizzato per produrre energia, anziché essere bruciato subito dopo l'estrazione. Nel frattempo è stato adoperato per molti usi utili, e, fra questi, quello di alleggerire gli imballi e i contenitori di fluidi che vengono trasportati da una parte all'altra della Penisola, permettendo un grande risparmio dei combustibili per autotrazione (si provi ad immaginare quanto peso in più si dovrebbe movimentare usando solo contenitori di vetro o metallo).



Schema dell'impianto di Fusina

arte medica e scienza

Ma nel CDR è contenuta anche una notevole percentuale (anche il 40%) di materia secca che proviene da fonti naturali (carta, residuo secco di materia organica ecc.). E questa frazione, non insignificante di "biomassa", contribuisce a migliorare il bilancio complessivo di anidride carbonica (gas serra) rendendo all'atmosfera, per la sua parte, soltanto quella CO₂ che aveva fissato nel ciclo vegetativo.

A completamento del quadro deve essere detto che anche le emissioni del termovalorizzatore interno all'impianto sono limitate per qualità e quantità. Una attenta progettazione previene la formazione di molecole organiche dannose (come le diossine), e, a garanzia della popolazione, il camino è dotato di un impianto di campionamento in continuo il cui contenuto viene prelevato ed analizzato da un laboratorio pubblico esterno ed indipendente, con frequenza ben superiore a quella richiesta dalla legge. Le emissioni di questo camino non arrivano neppure ad un decimo dei limiti di legge per i vari parametri. Il che indica che per il raggiungimento ed il mantenimento di livelli di sostenibilità elevati non basta una eccellente progettazione, ma è sempre necessaria una gestione professionale e responsabile.

Nel 2007 all'interno del Polo integrato di Fusina sono state trattate 275.000 tonnellate di rifiuti: 46.500 sono state avviate al compostaggio e la frazione umida è stata trasformata in fertilizzante, 48.500 al termovalorizzazione con recupero energetico,

18.000 (6,5%) in discarica e 156.000 sono state trasformate in CDR.

Il territorio del bacino di Venezia è dunque autosufficiente dal punto di vista dello smaltimento e al riparo da eventuali emergenze legate ai rifiuti. Questo consente anche di assicurare stabilità ai costi, dal momento che la Tariffa di igiene ambientale non è più legata alla crescita esponenziale dei prezzi fatta registrare dalle discariche.

Resta da affrontare la questione più spinosa: è meglio un impianto di incenerimento/termovalorizzazione del rifiuto "tal quale", o un impianto composito come quello di Venezia?

La materia ha dato adito a discussioni infinite e gli interessi in gioco sono troppo elevati per non lasciare il sospetto che le valutazioni siano "di parte".

Non avendo nulla da vendere, tuttavia, possiamo esprimere un'opinione fuori dal coro.

Come evidenzia uno studio svolto dal Politecnico di Milano qualche anno fa, se si tiene d'occhio il bilancio energetico complessivo, probabilmente, un impianto di termovalorizzazione del rifiuto "tal quale" e cogenerazione, è il sistema più efficiente a condizione che sia in grado di trattare importanti quantità di rifiuti (economia di scala). Per essere tale l'impianto deve trattare i rifiuti di un bacino di oltre 700.000 abitanti.

Quando si tratta di impianti di taglia più modesta (un bacino di circa 300.000-500.000 abitanti, come quello di Venezia), la flessibilità di un impianto di CDR a qualità controllata lo

rende competitivo anche se si considera il solo bilancio energetico.

Il pro del grosso termovalorizzatore sta nelle importanti quantità di energia prodotte e nella semplicità concettuale del trattamento: una "stufa" in cui bruciare tutto quello che entra recuperando il calore sotto forma di elettricità e vapore. Resta da valutare quanto costano le infrastrutture per l'utilizzo del vapore prodotto, ad esempio per il teleriscaldamento.

Ma l'accettabilità sociale di grossi impianti è veramente bassa: i cittadini dei siti in cui vengono collocati questi impianti, nonostante ogni assicurazione, anche per l'interessata pressione di gruppi di disinformazione, sono poco propensi ad accettarne la presenza. La sindrome NIMBY (Not In My Backyard: ovunque purché non nel mio giardino) prevale. E prevale tanto più quanto è grande l'impianto e ampio il raggio della zona servita: i cittadini non comprendono perché i rifiuti di altri che abitano a qualche centinaio di chilometri di distanza debbano esser portati a casa loro. Anche l'energia spesa per il trasporto dei rifiuti cresce molto all'aumentare della distanza dal centro di trattamento, per non parlare dei problemi di traffico stradale e di emissioni di polveri sottili da parte dei veicoli di trasporto.

Fin qui ci siamo limitati al solo confronto del bilancio energetico: ma il bilancio ambientale complessivo non può limitarsi a questo. Si deve tener conto anche e soprattutto della quantità di materia che si riesce a riutilizzare e re-

arte medica e scienza

cuperare in impianti integrati come quello di Fusina, ma che non viene recuperata come tale in impianti di termovalorizzazione del “tal quale”, volti al solo recupero di energia.

E, infine, ogni nuovo termovalorizzatore è un “camino” in più. Che sarà gestito, si spera, professionalmente e con alto senso civico, ma che immanicabilmente “aggiunge” qualcosa alle emissioni in atmosfera.

L'uovo di Colombo di “sottrarre” alle centrali elettriche una parte dell'alimentazione a carbone per sostituirla con il combustibile derivato dai rifiuti, non aggiunge nuovi camini, ma diminuisce l'emissione inquinante complessiva di camini già esistenti e che comunque dovrebbero continuare a funzionare per garantire l'energia elettrica necessaria al Paese. Si tratta di “comprare tempo” per trovare soluzioni diverse ai problemi energetici del Paese. Ed utilizzare i rifiuti al posto del carbone appare una soluzione molto ragionevole.

Questo, insieme alla consapevolezza dei cittadini che i rifiuti trattati sono tutti e solo quelli del territorio adiacente al sito dell'impianto, ha reso e continuerà a rendere gli impianti come quello di Venezia non solo “accettabili” per i cittadini, ma anche fonte e causa di orgoglio per la loro capacità di risolvere in casa i propri problemi.

In un mix miracoloso in cui le Amministrazioni comunali, provinciale e regionale, pur di colore politico diverso, si sono trovate concordi nel portare a buon fine l'accordo di programma avviato nel 1998 e nell'affidarne il compimento a tecnici indipendenti. ■

La Corte dei conti denuncia: ancora tante tangenti

C'è troppa corruzione in sanità

Piaga ampiamente diffusa

■ di Francesco Pecora

Nel settore della sanità, ma anche in quello dei lavori pubblici e delle pubbliche amministrazioni, emergono patologie che forniscono “un quadro di corruzione ampiamente diffuso”.

È quanto sottolinea il Procuratore generale della Corte dei conti, Furio Pasqualucci, nel corso della cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario.

In particolare, afferma il Procuratore, “l'accertamento del pagamento di tangenti è correlato ad artifici di irregolarità connesse a fattispecie della più diversa natura, quali la dolosa alterazione di procedure contrattuali, i trattamenti preferenziali, la illecita aggiudicazione, la irregolare esecuzione o l'intenzionale alterazione della regolare esecuzione di appalti di opere, forniture e servizi”.

A questi danni, se ne aggiungono altri causati “dal disinteresse, dall'inerzia e da comportamenti omissivi”.

Tra l'altro, il pg della Corte dei Conti segnala comportamenti illeciti “nei rapporti con le strutture private cui sono stati erogati rimborsi eccessivi o non dovuti”.



Corte dei Conti: inaugurazione anno giudiziario.



arte medica e scienza

Nuccio Mortellaro

Precursori, oggi ci rimettiamo in gioco

Dopo 30 anni ritorna “l’agopuntura” all’Ospedale San Luigi - Santi Currò di Catania

■ *Prof. Nuccio Mortellaro*
Dir. U.O. Laserchirurgia
Day Surgery Ospedale San Luigi -
Santi Currò - Catania

Circa trent’anni addietro una tecnica terapeutica millenaria, l’agopuntura, fece il suo ingresso presso l’Istituto di Patologia Chirurgica dell’Università di Catania.

Allora giovane chirurgo, fui artefice di questo sensazionale evento.

Fui inviato dall’Università di Catania nella Repubblica Popolare Cinese, per gli scambi culturali Italo-Cinesi, per verificare e apprendere le tecniche agopunturali che permettevano di eseguire interventi chirurgici in Analgesia per Agopuntura.

Infatti mettendo a profitto l’esperienza maturata in Cina, effettuai numerosissimi interventi chirurgici in Analgesia, soprattutto in pazienti che presentavano grossi rischi Anestesiologici.

L’enorme eco riscontrato anche in campo Nazionale, indusse l’Istituto Universitario ad aprire un ambulatorio per il trattamento terapeutico del-

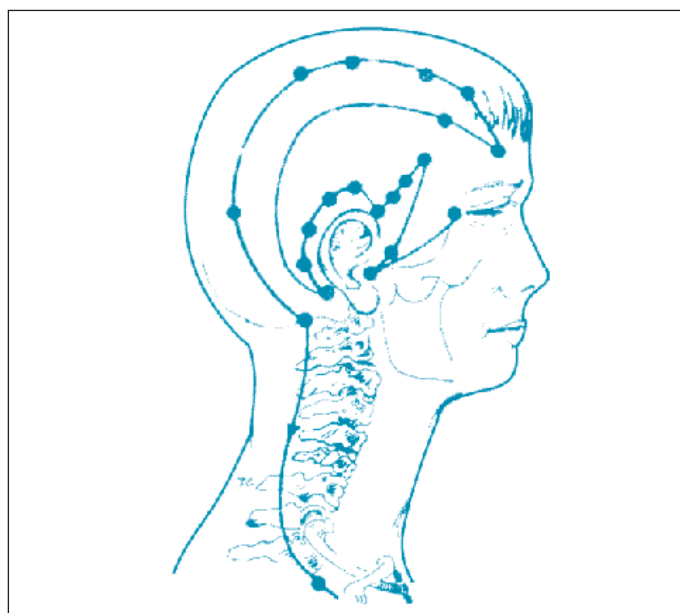
le svariate patologie sensibili all’Agopuntura.

Negli anni l’utenza è diventata sempre più numerosa, raggiungendo oltre 6000 prestazioni annue, con risultati terapeutici veramente eccezionali.

Dopo oltre trent’anni, questo metodo terapeutico, sempre molto discusso e inserito come “medicina alternativa”, è oggi una metodica terapeutica praticata in molte strutture ospedaliere e universitarie, annovera milioni di pazienti che si rivolgono a questo tipo di terapia. Per evitare “Agopuntori improvvisati” presso tutti gli ordini dei Medici esiste addirittura un Registro dei Medici Agopuntori, cioè di medici che hanno i requisiti e l’esperienza per poter esercitare

l’Agopuntura, con una commissione che valuta e seleziona i Medici idonei a iscriversi.

Non dimentichiamo, e ne sono fortemente convinto, che la “Medicina è e sarà sempre una soltanto, Esistono invece diversi metodi di cura, fra i quali è doveroso inserire l’Agopuntura, che se non fosse stata una terapia valida non sarebbe stata tramandata da oltre 6000 anni!



I meridiani dell’agopuntura

arte medica e scienza

Solo i medici possono praticare questa tecnica terapeutica, infatti prima di qualunque trattamento è necessario formulare una diagnosi.

La tecnica Agopunturale consiste nell'infissione di aghi in "punti" particolari del mantello cutaneo, che se uniti rappresentano i famosi meridiani.

Se stimolati, danno una risposta terapeutica in base alla patologia trattata, effettuando alcune sedute, della durata di circa venti minuti, due volte alla settimana.

Gli aghi metallici, monouso, provocano una stimolazione cutanea superficiale e profonda, causando un vero e proprio corto-circuito elettrico, tra gli strati cutanei superficiali e profondi che sono ricchi di un gradiente elettrico.

Il meccanismo di azione si basa su principi di Neurofisiologia in cui intervengono strutture nervose e biochimiche.

L'Agopuntura ha un'azione:

- analgesica;
- sedativa;
- anti-infiammatoria;
- modulante.

Pertanto viene usata con successo:

- in tutte le patologie dolorose (cefalee, artrosi, nevralgie trigeminali, sciatalgie, ecc);
- nelle neurodistonie (insonnie, fobie, ecc);
- in tutte le patologie funzionali (dell'esofago, stomaco e colon, ecc);
- nel vizio del fumo, ecc;
- nelle malattie allergiche (asma, riniti, ecc).

Medicine alternative: un boom in italia e nel mondo

I pazienti che si curano con le medicine alternative nel nostro paese, sono circa 10 milioni, in europa 50 milioni mentre 150 mila sono i medici che praticano le terapie alternative. Sono dati che emergono dai vari convegni che trattano medicine integrate e discipline bionaturali.

Fanno parte delle medicine non convenzionali la medicina Ayurvedica, omeopatia, agopuntura, la medicina antroposofica, la fitoterapia, la terapia con i fiori di Bach e l'omotossicologia.

Secondo stime del parlamento europeo in media circa il 30% della popolazione ricorre alle medicine non convenzionali con punte in Francia dove addirittura il 50% ha preferenza per l'omeopatia, l'agopuntura, la chiropratica e l'osteopatia.

Alla luce di questi dati il Consiglio d'Europa ha approvato una risoluzione in cui invita gli stati membri a regolarizzare lo status delle medicine non convenzionali per inserirle a pieno titolo nei sistemi sanitari nazionali. ■



arte medica e scienza

Marco Cambielli

Negli studi osservazionali la medicina generale ha molto da dire

Il profilo professionale del medico di famiglia: il valore e le opportunità della ricerca

■ **Marco Cambielli**
Segretario Nazionale SNAMID
Clinical Pharmacology Advisor

Negli ultimi mesi, in occasione del previsto rinnovo del contratto nazionale, si è acceso un gran dibattito tra le organizzazioni sindacali e scientifiche della medicina generale sulla rifondazione dei ruoli e dei compiti della medicina generale.

Tra i compiti e le competenze del MMG, trasversalmente alle competenze clinica, gestionale e comunicativa, si è opportunamente e concordemente inserita la competenza formativa e di ricerca.

L'obiettivo della ricerca in Medicina generale consiste prioritariamente nella produzione di conoscenze proprie della medicina generale sulla base di esigenze nate nel proprio contesto operativo, anche in concorso con gli altri attori della ricerca clinica, farmacologica, epidemiologica.

La prima normativa che regola la ricerca in MG corrisponde al Decreto 10 maggio 2001 sulla Sperimentazio-

ne clinica controllata in medicina generale ed in pediatria di libera scelta. (GU n. 139 del 18-6-2001). In questo decreto, non si fa cenno agli studi osservazionali, ma si fa esplicito riferimento ai cosiddetti studi randomizzati controllati e riguardano quindi espressamente la ricerca farmacologica. E ciò rappresenta sicuramente un obiettivo ambizioso cui sono stati preparati circa 1500 medici SNAMI, tramite SNAMID, nel periodo 2002/2003.

Lo studio clinico randomizzato (RCT) è ritenuto attualmente il metodo più rigoroso per misurare gli effetti di un trattamento. I soggetti che partecipano ad uno studio clinico sono assegnati in maniera randomizzata al trattamento o al gruppo di controllo. La randomizzazione riduce gli errori sistematici (bias) stabilendo che il gruppo in trattamento attivo e quello di controllo siano identici in ogni caratteristica tranne il tipo di trattamento assegnato. Quando la randomizzazione è condotta correttamente le eventuali differenze tra i gruppi evidenziate statisticamente possono essere attribuite

esclusivamente alla differenza tra il trattamento ed il controllo. ⁽¹⁾

Ma lo studio clinico randomizzato richiede uno sforzo economico, pratico ed etico importante, sicuramente superiore a quello degli studi osservazionali. Alcuni ricercatori preferiscono usare studi osservazionali per valutare gli esiti di alcune terapie per ovviare all'impegno sopra citato, ma anche lo studio osservazionale meglio disegnato non controlla automaticamente gli errori sistematici. Il confronto degli studi osservazionali può essere viziato da errori sistematici riferibili, per esempio, a importanti differenze prognostiche presenti tra i pazienti dei gruppi di confronto all'inizio dell'osservazione, dando luogo ad un bias di selezione inosservato. Inoltre interazioni cliniche e sociali nel percorso diagnostico e terapeutico, e la conoscenza del medico di variabili prognostiche non valutate, può modificare la scelta del trattamento ed il risultato.

La mancanza di randomizzazione presente negli studi osservazionali può determinare differenze che possono determinare un errore sistematico nella

arte medica e scienza

valutazione degli effetti di un trattamento.

Per questo motivo l'evidenza offerta da studi clinici randomizzati intesi a valutare gli effetti di un trattamento è stata finora ritenuta molto più affidabile di quella degli studi osservazionali.

La superiorità degli studi randomizzati controllati versus gli studi osservazionali è tuttavia talora considerata meno categorica quando l'oggetto degli studi riguardino l'eziologia, la diagnosi, la prognosi e la farmacovigilanza e l'efficacia nel contesto reale di un intervento farmacologico, dove gli studi osservazionali hanno fornito risposte a problemi lasciati irrisolti dagli studi randomizzati controllati. ^(2,3)

E negli studi osservazionali la medicina generale ha molto da dire.

I primi cenni di normativa sugli studi osservazionali erano dati dalla Circolare Min San 2 Settembre 2002 ⁽⁴⁾ ed, in Lombardia, dalle Linee Guida degli studi osservazionali della Regione Lombardia, Decreto 11960 del 13/07/2004. ⁽⁵⁾, seguiti dall'art 2, comma 1c del DL 211/2003, che definiva le caratteristiche degli studi non interventistici, o osservazionali, non ancora sufficientemente esaustivo rispetto alle problematiche valutative riferite a protocolli assai variabilmente articolati, essendo il D.L. prevalentemente orientato verso gli RCT. ⁽⁶⁾

Intanto la ricerca in Medicina generale restava al palo, per diffidenza della Industria e scarsa progettualità della Medicina generale stessa. Nell'Agosto 2007 l'AIFA ha emanato le Linee

Guida per la classificazione e la conduzione degli studi osservazionale sui farmaci, istituendo un registro nazionale degli studi osservazionali, ⁽⁷⁾ che dovrebbero porre fine anche alle diatribe interpretative di alcuni Comitati Etici che avevano assunto posizioni assolutamente interpretative e arbitrarie e di fatto cassanti molte proposte nate dalla Medicina Generale.

E in attesa che vengano risolte le difficoltà, ingiustificate, dell'Industria, a coinvolgere la Medicina generale nelle ricerche di fase III e IV sull'uso dei farmaci, è assolutamente necessario che ci sia finalmente una spinta alla ricerca osservazionale secondo criteri rigorosi. Non basta infatti raccogliere dati dal proprio elaboratore e metterli in fila, come abbiamo visto fare in certe circostanze da alcune organizzazioni della Medicina generale, per dire che si fa ricerca osservazionale, anche limitatamente epidemiologica. Questi dati sono spesso quelli che in letteratura internazionale si definiscono "raw data" ed il loro valore è ritenuto marginale.

Dopo la recente emanazione delle Linee Guida per la classificazione e la conduzione degli studi osservazionale sui farmaci e l'istituzione di un registro nazionale degli studi osservazionali, con l'equiparazione di fatto di questi studi ai RCT, di fatto, controllo e trasparenza per entrambe le tipologie di studi sono sovrapponibili.

Ricordiamo inoltre che gli studi osservazionali ben disegnati e condotti, sono stati ampiamente rivalutati nella scala dell'evidenza, secondo un con-

senso internazionale, col sistema GRADE (*Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation Working group*) ^(8,9), modificando il concetto che gli studi osservazionali presentino sempre bassa evidenza per la naturale carenza metodologica come la mancanza di randomizzazione; bassa evidenza significa, secondo il consenso internazionale, che è possibile che ulteriori ricerche modifichino la valutazione del dato che emerge da tali studi.

Secondo alcuni autori, non sempre è necessario fare RCT per ottenere dati affidabili da utilizzare per la diagnosi e cura dei pazienti, sempre che gli studi non randomizzati siano metodologicamente impeccabili. ^(2,10)

Ecco quindi che esistono forti motivazioni a produrre in proprio i dati che ci servono per lavorare con maggiore sicurezza su dati oggettivamente vicini al nostro vissuto quotidiano: molti generalisti ci stanno provando, molti di più ne occorrono per dimostrare l'importanza fondamentale della Medicina generale e per impedire che tale importanza sia solo un paravento millantato o offerto dalla controparte come un'offa indigesta a colmare un'insignificanza politica contrattuale. ■

Bibliografia

1. D'Agostino RB Jr and D'Agostino R B Sr. Estimating treatment effects using observational data JAMA 2007;297:314-316.
2. Jager KJ, Stel VS, Wanner C, Zoccali C and Dekker FW The valuable con-

arte medica e scienza

tribution of observational studies to nephrology. *Kidney International* 2007;72:671-675.

3. Black N Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996;312:1215-1218.
4. Circolare Ministeriale n.6 del 2 Settembre 2002 Attività dei Comitati Etici istituiti ai sensi del decreto ministeriale 18 Marzo 1998 (G.U. n.214 del 12 Settembre 2002).
5. Linee Guida sugli studi osservazionali della Regione Lombardia, Decreto 11960 del 13/07/2004.
6. DL 24 Giugno 2003, n 211 Attuazione della direttiva 2001/20/CE, relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali per uso clinico.
7. Ministero della salute. Agenzia Italiana del Farmaco. Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci Agosto 2007.
8. Grading quality of evidence and strength of recommendations for the GRADE Working group *BMJ* 2004; 328:1490-4.
9. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, Raskob G, Lewis SZ, Schunemann H. Grading Strength of Recommendations and Quality of Evidence in Clinical Guidelines: Report From an American College of Chest Physicians Task Force. *Chest* (2006); 129:174-181.
10. Glasziou P. et al When are randomised trials unnecessary? Picking signal from noise. *BMJ* 2007;334:349-351.

Milano, 25.01.08

Avvicendamento alla Segreteria Nazionale

Angelo Testa succede al dimissionario Roberto Carlo Rossi

*Renato Zerbinati nuovo Vice Segretario Nazionale.
Al Vice Segretario Pasquale Orlando il Coordinamento Nazionale dell'Assistenza Primaria,
Maurizio Boni Segretario interregionale del Nord.*

Riceviamo e pubblichiamo per correttezza e per intero il comunicato che il Dott. Roberto Carlo Rossi ha inviato e fatto leggere in comitato centrale e consiglio nazionale congiunti.

Milano, 26 gennaio 2008

Come saprete ho rassegnato le mie dimissioni da Segretario Organizzativo Nazionale e da Responsabile Nazionale dell'Assistenza Primaria.

Chi mi conosce sa che non sono tipo da lunghe perifrasi e discorsi "impostati": molto semplicemente, alla luce di evidenti divergenze di opinioni con la maggioranza dei componenti dell'Esecutivo Nazionale, ritengo sia più corretto ed etico, da parte mia, fare un passo indietro e rimettere questi mandati.

Auguro all'Esecutivo Nazionale (e a voi tutti) un proficuo lavoro, nell'interesse dell'istituzione a cui tutti apparteniamo e che continuo a rappresentare in qualità di componente del Comitato Centrale, di Presidente Regionale e di Presidente Provinciale, e cioè nell'interesse dello SNAMI.

A Dio piacendo, ci rivedremo presto nel primo Consiglio Nazionale-Comitato Centrale utile.

Un caloroso saluto
Roberto Carlo



arte medica e scienza

Ronald Tramarin

Momento importante di condivisione medico paziente

Farmaci equivalenti: certezze e aspetti dibattuti

■ *Ronald Tramarin*
Presidente Prov. Trieste

Il farmaco Generico, inizialmente introdotto in Italia dall'art. 130, comma 3 della L.28.12.1995, n.549, con la L. 149 del 26 luglio 2005 ha assunto la definizione più consona di "equivalente".

Com'è a tutti noto per farmaco equivalente si intende una specialità medicinale, che presenta lo stesso principio attivo, allo stesso dosaggio o concentrazione, e con la stessa via di somministrazione di un prodotto originario.

Perché i farmaci equivalenti possano essere registrati ed immessi nell'uso clinico occorre che il brevetto di protezione del principio attivo della specialità originale sia scaduto: questi farmaci devono dimostrare di essere Bioequivalenti alla specialità di riferimento attraverso studi appropriati di biodisponibilità previsti dalla normativa Internazionale.

Il vantaggio è quello di poter disporre di un farmaco che da un punto di vista clinico produce gli stessi effetti terapeutici e/o avversi della specialità originale, ma ad un prezzo molto contenuto dato che su questo non gravano i costi sostenuti per la ricerca. Le Autorità sensibilizzano all'uso sempre più

esteso dei farmaci equivalenti per indurre un sensibile risparmio della spesa farmaceutica e soprattutto per generare risorse da reinvestire nell'innovazione. Il medico ha così a disposizione un farmaco a base di principi attivi di consolidato utilizzo, con alle spalle approfonditi studi clinici che rendono la prescrizione sicura sia per il medico sia per il paziente.

L'atto della prescrizione dei farmaci equivalenti rappresenta un momento importante di condivisione tra il medico e il paziente, che deve essere adeguatamente informato sulle caratteristiche di questo importante strumento di salute affinché si possa avvicinare con maggiore consapevolezza al suo utilizzo.

Il mercato del farmaco equivalente, con le prossime scadenze brevettuali di molecole importanti, si sposterà sempre di più verso terapie croniche e alla luce di questo il medico di medicina generale più che mai deve essere messo in condizione di poter scegliere il farmaco equivalente che ritiene più appropriato per la cura del proprio paziente.

Fermo restando che i farmaci equivalenti devono avere la stessa efficacia e la stessa sicurezza del farmaco originale, il passaggio da quest'ultimo deve

fare i conti con la risposta individuale del paziente. Pertanto, una volta che il medico ha scelto il farmaco equivalente più appropriato occorre tenere sotto controllo il paziente e la sua stabilità clinica. Proprio per questo il medico rivendica il suo ruolo nella scelta del farmaco equivalente, senza dover essere costretto di far seguire la propria prescrizione dalla dicitura "non sostituibile" perché questa sia rispettata.

Il medico è cosciente che il farmaco originale è intercambiabile con il farmaco equivalente ma chiede una maggiore informazione per essere messo nelle condizioni di poter scegliere, come ad esempio quella sull'intercambiabilità di due farmaci equivalenti contenenti lo stesso principio attivo. Negli Stati Uniti esiste il "The Orange Book" edito della FDA, periodicamente aggiornato, che informa circa la sostituibilità della specialità originale con n farmaci equivalenti che sono quindi interscambiabili tra loro.

Quando anche l'Aifa metterà a disposizione dei medici italiani uno strumento simile, visto che il medico di medicina generale si trova a dover soddisfare le esigenze di cura del paziente in un sistema di assistenza a forte connotazione sociale? ■

Un vuoto difficilmente colmabile

Ciao Giovanni Corbellini!

Da sempre Sindacalista, da sempre SNAMI

*A cura di tutti coloro
che ti vogliono bene*

Giovanni Corbellini, da sempre sindacalista, da sempre SNAMI. Sempre presente a tutte le riunioni fin dai tempi della presidenza di Danilo Chignola, ne fu il degno successore quando Danilo, giunto all'età di 65 anni, preferì non solo andare in pensione, ma si cancellò anche dall'Ordine dei Medici "per non avere ripensamenti" oramai schifato dalla situazione in cui si stava cacciando la medicina generale in Italia.

Prese in mano il sindacato provinciale il Corbella (o Corbellone come era chiamato a causa della sua stazza) e in una piazza difficile come Verona (santuario di un altro sindacato) ci mise l'anima per portare avanti le idee SNAMI e soprattutto, come diceva lui, "la dignità della professione" che vedeva rapidamente affondare.

Il suo cruccio: vedere accogliere dai colleghi come sacrosante le idee che portava avanti ma poi non riuscire a raccogliere iscritti. Ma si sa: i colleghi telefonano a frotte quando c'è il rin-

novo contrattuale, poi spariscono. Anche quando c'era da scioperare e lo sciopero era solo dello SNAMI, si danava l'anima per telefonare a tutti e spiegare che sì era difficile fare sciopero in quattro gatti ma che era in gioco la dignità della professione.

Quanta amarezza quando alla conta degli scioperanti ci si ritrovava in 4 o 5 SNAMI in tutta la provincia.

Quando questa estate mi comunicò la sua malattia sapeva certamente della gravità del suo stato: ma indomito e speranzoso affrontò le terapie come aveva affrontato tutte le battaglie sindacali.

In novembre un cedimento: "sto facendo la radioterapia. Sarà quel che Dio vorrà". La malattia lo aveva piegato.

L'ultima volta che ci siamo visti è stata il giorno 6 dicembre 2007, quando è stata indetta un'assemblea elettiva, fu chiaro a tutti che il nostro Presidente non stava bene. Ci si era tenuti regolarmente in contatto anche attraverso quelle "e-mail" come le chiamava per affrontare le problematiche legate al sindacato. Ma quel giorno alla riuniono-

ne, anche se era stata organizzata per comunicare le sue dimissioni per motivi di salute, ci era sembrato il combattente di sempre.

Aveva parlato del lavoro fatto fino a quel momento e dei progetti da portare avanti e presentando il suo successore, il dottor Lombardo, aveva precisato "Io non lascio il sindacato" dichiarando così che non aveva intenzione di mollare e che potevamo sempre contare sulla sua presenza.

Lui c'era ed era sempre ascoltato, nelle riunioni dove era necessario difendere la dignità della professione medica.

Ci incontravamo spesso, nel suo ambulatorio, alla sera per discutere del lavoro e preparare progetti, ci spronava quando ci vedeva sconfortati, ci esortava a difendere la dignità della nostra professione medica come garanzia della migliore assistenza alla persona sofferente.

Ora lascia nella sezione di Verona e nel sindacalismo medico un vuoto difficilmente colmabile. Nello sconforto per la grave perdita dobbiamo continuare la sua opera: Lui vorrebbe così. **Ciao Corbellone!** ■



2° Congresso interregionale SNAMI del sud

Il medico è un clinico, non un burocrate

Mesagne (BR) 16 febbraio 2008

■ a cura di Antonio Chiodo
e Stefano Nobili

Il medico di famiglia clinico, non burocrate è ribadito dai medici dello SNAMI durante il congresso interregionale SNAMI Sud Italia dedicato a “La regionalizzazione in sanità, incertezze e pericoli”, che si è svolto il 16 febbraio a Mesagne (BR).

Si tratta del secondo congresso interregionale, dopo quello di Bologna dello scorso novembre, voluto dall'esecutivo del sindacato - per sottolineare la necessità di un contratto unico, con livelli di assistenza e prestazioni uguali in tutta Italia, che può essere integrato a livello locale, migliorandolo e aggiungendo soprattutto risorse.

Il grido di “dolore” comune a tutti gli interventi dei relatori del congresso pugliese, è il rischio della perdita del rapporto medico-paziente e la posizione ibrida del medico di famiglia stretto tra le richieste di maggiori prestazioni degli utenti e la diminuzione delle risorse messe a disposizione da Asl e Regioni. Occorre che il medico di medicina generale abbia un potere deci-

sionale e di management della sanità, altrimenti si corre il rischio della perdita del suo ruolo. Al congresso si è parlato anche della medicina difensiva che, se protegge il medico dal contenzioso legale con il paziente, lo espone anche ai controlli delle Aziende sanitarie e addirittura della magistratura contabile in alcuni casi. “I medici sono stanchi - e chiedono sempre più di anticipare la

propria uscita da un mondo del lavoro che è sempre meno clinico e sempre più burocratico. Questo svilisce la scienza medica e il giuramento di Ippocrate, al quale i medici si ispirano nella loro professione quotidiana. Una soluzione: puntare sull'alleanza tra i medici e pazienti per far comprendere ai politici le nostre comuni esigenze, che coincidono perfettamente”.



Foto: frappe



Foto: frappe

Alcuni responsabili regionali SNAMI dell'Italia del sud

In alto: Antonio Chiodo, Alfredo Montefusco, Mauro Martini


ultim'ora

ALCUNI INTERVENTI IN BREVE

Dott. Quarta
Presidente dell'Ordine dei Medici di Brindisi

Ha parlato delle problematiche inerenti la regionalizzazione come differenza nei LEA e del possibile divario nord-sud, con il rischio di mettere in discussione il rapporto di fiducia medico-paziente che è una bandiera SNAMI da sempre.

Dott. Franco Damiano
Vicepresidente provincia di Brindisi

Occorrono rapporti più stretti tra la politica e medicina che deve possedere la funzione di consulenza del politico. È raro che un sindacato di medici affronti problematiche sociali e SNAMI a Mesagne l'ha fatto con il Congresso Interregionale.

Quindi grande merito ad una organizzazione che evidentemente non pensa solo a tutelare i diritti dei suoi iscritti medici ma è anche vicina ai cittadini, al fine di capire che un equilibrio tra le regioni è indispensabile in sanità.

Dott. Rocco Palese
Consigliere regionale della Puglia

Approfondisce le norme relative alla ripartizione delle risorse tra le diverse regioni italiane e si sofferma in importanti riflessioni sulle discrepanze esistenti nella distribuzione delle stesse che penalizzano talune regioni del SUD.

Dott. Giuseppe De Gregorio
Presidente SNAMI Molise

La Regione Molise ha contratto un mutuo con la Banca Europea per ripianare il deficit proprio della sanità regionale.

Dott. Giuseppe Maugeri
Addetto alla presidenza regionale SNAMI Sicilia

Tra i nostri obiettivi, la riappropriazione delle patologie croniche da parte del mmg. Abbiamo ottenuto per il settore Emergenza territoriale 11€ in più, abbiamo scongiurato pur non essendo firmatari di contratto la chiusura 60 presidi di continuità assistenziale. Abbiamo proposto, primi in Italia il progetto ME.DI.CO. e in parte fatto applicare.

Dott. Antonio Chiodo
Presidente SNAMI Puglia

Affrontando le ragioni giuridiche della cosiddetta "devolution", si è soffermato ad approfondire le deformità conseguenti alla regionalizzazione della sanità enfatizzata dal sindacato Padano che nel proprio sito esalta la diversità del medico di famiglia da regione a regione quasi che la formazione culturale e/o le patologie umane fossero diverse nelle diverse latitudini del Paese.

È poi passato ad analizzare le diversità delle risorse sanitarie nelle diverse regioni d'Italia e il diverso indice di gradimento della popolazione.

Nel criticare l'adozione dei prontuari farmaceutici regionali, che servono unicamente a restringere l'autonomia intellettuale della prescrizione, cita il culmine della diversificazione professionale attuata in Basilicata dove il cellulare è stato istituzionalizzato da un accordo regionale mettendo a repentaglio la serenità operativa del medico che non può essere in grado di conciliare la risposta telefonica con la risposta "clinica". Ad una mancata risposta telefonica, il medico corre rischio di essere accusato o di omissione di atti d'ufficio; o addirittura essere accusato di interruzione di pubblico servizio. Un assurdo!

Oggi purtroppo nessuno esalta l'impegno intellettuale e scientifico ovvero la clinica. Il medico è assimilato sempre più ad un burocrate parasubordinato alla volontà dell'economia e non dell'assistenza sanitaria. In definitiva la re-


ultim'ora

gionalizzazione non piace soprattutto al cittadino nel 93.6% delle interviste del Censis. Conclude la sua relazione enumerando una serie di attività collaterali alla professione che ne consentono lo svolgimento e che non sono riconosciute dalle norme convenzionali. Sono tutte attività proprie del lavoro autonomo che vanno dal rapporto con gli Informatori scientifici del farmaco, agli enti erogatori di servizi; dal consulente fiscale e del lavoro, al personale dipendente di studio; dall'approvvigionamento di strumentario, allo smaltimento dei rifiuti. Attività che gravano sulla giornata lavorativa e sul reddito del medico a scapito della clinica.

Dott. Alfredo Cuffari
SNAMID

È necessario una sempre maggiore stretta collaborazione tra sindacato e società scientifica per migliorare programmazione, verifica, formazione, didattica e ricerca ovviamente con le risorse adeguate da parte pubblica.

Dott. Mauro Martini
Presidente nazionale SNAMI

La medicina del territorio deve essere e rimanere unica con un unico contratto per tutta Italia. Il concetto di medicina difensiva oggi è cambiato in quanto è vero che ci si difende dall'eventuale contenzioso aperto da un paziente nei confronti del medico, ma all'opposto, medicina difensiva è quando il medico prescrive meno perché si "difende" da accuse di sprechi avanzate dalla magistratura contabile.

SNAMI, nel primo caso si è fatto promotore della proposta di depenalizzazione dell'atto medico. Sulla seconda questione degli sprechi, il problema ad esempio dei farmaci equivalenti è senza fondamento in quanto è sufficiente che i medici siano consci delle caratteristiche del farmaco che vanno a prescrivere. Occorre quindi riappropriarsi del ruolo prescrittivo per i generici ma anche per tutte le prescrizioni.

I lavori si sono conclusi con una tavola rotonda moderata dal giornalista Mauro Miserendino redattore di Corriere Medico alla quale hanno partecipato anche l'Assessore alla Salute della Puglia dr. Alberto Tedesco, i direttori generali della AUSL del Salento ovvero il dr. Rodolfo Rollo (Lecce) ed il dr. Guido Scoditti (Brindisi).

Gli argomenti trattati: iperprescrizioni, costruzione sistema territoriale, assistenza regionale fondamentale con risorse adeguate, autocertificazioni per esenzione spesa sanitaria, razionalizzazione della spesa secondo altre strategie diverse dal budget e dalla restrizioni operate sul medico di famiglia; convenzione regionale per la medicina generale e la ingiustificata assenza dello SNAMI dai tavoli istituzionali.

Protagonista il MMG come attore e coattore, informazione al cittadino, formazione pre e post laurea necessaria in ogni università dove i MMG sono i docenti. Condivisione dei progetti di cambiamento della sanità con gli altri sindacati. Progetto ME.DI.CO. con qualità del servizio e costo inferiore per la comunità rispetto ad altre proposte (UTAP, UMG, Case della Salute).

Tutti gli Amministratori pugliesi presenti, hanno sottolineato l'importanza della presenza dello SNAMI in fase di concertazione sindacale arrivando persino ad affermare che "l'assenza dello SNAMI si sente non poco" per la qualità delle sue proposte e per la collaborazione fattiva offerta alle diverse aziende della Regione Puglia ed alle ASL.

L'Assessore Tedesco, dando atto ai dirigenti SNAMI circa la loro preoccupazione per i sempre crescenti oneri che gravano sulla professione e sugli equilibri finanziari del medico, ha annunciato di aver proposto al Governo l'abbattimento dell'IRAP e di aver dato mandato ai tecnici regionali ed in particolare al dr. Morlacco, l'approfondimento della questione in termini normativi. ■



l'intervista

di Stefano Nobili

Intervista ad Anna Sgritto

La centralità del medico di famiglia è effimera o reale?



Anna Sgritto, giornalista (capo servizio professione e sanità) di M.D. Medicinae Doctor. Spesso apprezzata relatrice e moderatrice in convegni medico scientifici.

Anna Sgritto, da sempre vicina alle problematiche dei medici convenzionati italiani: come vedi la loro situazione oggi proiettata in un futuro prossimo?

Mai come in questo 2007 si è messa al centro la figura del Mmg come perno necessario del sistema sanitario nazionale. Va comunque sottolineato che tale centralità è stata sempre riconosciuta, almeno verbalmente, da chiunque abbia operato istituzionalmente nel Ssn. Ciò che oggi rende questo pronunciamento meno aleatorio e più intriso di fattibilità è il fatto che attorno a questa centralità si cerchi di costruire, nel bene o nel male a seconda di come la si pensi, una riorganizzazione della medicina territoriale. Indubbiamente si tratta di una centralità cruciale per affrontare con efficacia le nuove domande di salute del nostro Paese quali, solo per fare un esempio, le cronicità e l'integrazione socio-sanitaria. A mio avviso, però, attualmente si corrono due rischi simmetrici che è necessario evitare a tutti i costi: il non credere abbastanza in questa evidenza, e il trasformare il Mmg in un taumaturgo che tutto può, anche all'interno di un sistema che non tiene.

Il contratto per i Mmg si fa e non si fa: quali i suggerimenti di una commentatrice quale tu sei alle parti sindacali?

La situazione, nella contingenza temporale in cui mi viene posta questa domanda, sembra potersi sbloccare. È chiaro che il Ssn ha risentito di una "stretta" delle disponibilità economiche delle Regioni dopo i primi anni di "leggerezza" nella gestione delle risorse, almeno da parte di alcune di esse. Ma ha subito, a mio avviso, anche un'annosa diffidenza dei direttori generali e dei governatori nella sua effettiva capacità di gestione delle complessità. Se non si supera questo che, secondo me, è il problema dei problemi, ritengo difficile che i medici di medicina generale possano cogliere quanto sarebbe auspicabile dal rinnovo contrattuale.

Come vedi il medico singolo e il medico in gruppo da un punto di vista del potere contrattuale?

Ci sono pro e contro in tutte e due le posizioni. Il peso non lo fa tanto la forma quanto la sostanza, e cioè la rete che il medico di famiglia ha saputo costruirsi intorno, a partire dal legame di stima e di fiducia del suo paziente, passando per il ruolo di effettiva governance che gestisce tra esso e le strutture amministrative, ambulatoriali e ospedaliere del territorio. È questo, in realtà, che può renderlo forte o, al contrario, debole, a prescindere dalle forme organizzative date.



l'intervista

I sindacati servono ancora? Che si dice nelle stanze del potere?

Mah, essendo un giornale a contatto diretto con i medici di medicina generale, M.D. frequenta il potere solo nelle forme date della rappresentanza democratica, più che nei corridoi. A parte questo ci sembra che quando essi stanno davvero dalla parte del Mmg, ne interpretano sogni e bisogni, e gli suggeriscono strade possibili e percorribili, anche in relazione alle evoluzioni di sistema sperimentate in Europa, è lì che fanno al meglio il loro mestiere. Tanto più si fanno sussumere e fagocitare dai decisori, a livello locale e nazionale, tanto meno contano, ma è quasi banale notarlo.

SNAMI e Fimmg: quali le salienti diversità agli occhi di un osservatore imparziale?

Ci sembra che SNAMI abbia maggiormente presente la dimensione libero-professionale del Mmg, mentre la Fimmg abbia scommesso di più sulla sperimentazione di forme organizzative complesse e sul ruolo che il Mmg possa assumere al loro interno. Ci pare che, correttamente, abbiano presente entrambi che le due dimensioni siano ambedue necessarie e l'una e l'altra debbano essere rappresentate con chiarezza e determinazione, per questo ritengo che in questa fase delicata di trasformazione dell'assetto della categoria l'aver scelto di dialogare con le istituzioni insieme sia stata molto importante e politicamente strategico anche per il futuro della categoria. Il punto è vedere quanto e fino a quando le diversità sapranno tradursi in completamento reciproco e non in distanza. Noi speriamo che tengano.

SNAMI e il nuovo corso: che c'è realmente di nuovo?

In particolare ho potuto riscontrare un vero e proprio new deal del sindacato. Il primum movens di tale cambiamento secondo me è stata la volontà di uscire da un immaginario collettivo che collocava SNAMI quale sindacato del Nord, penalizzandolo dal punto di vista nazionale. Tale volontà si è trasformata in fattibilità progettuale e di istanze quali risposte complesse alle domande di "cambiamento" proposte dalla parte istituzionale, con cui il sindacato era in netto contrasto. Voglio dire che SNAMI è uscito da una fase di "contrapposizione dura e pura" di diniego assoluto che rendeva facile legittimare da parte della controparte, soprattutto sul piano nazionale, che con questo sindacato non c'erano margini per un dialogo "costruttivo" poiché l'alternativa proposta era una difesa corporativa della categoria per un mantenimento dello status quo.

SNAMI e la comunicazione: che cosa è stato fatto e che c'è da fare di più?

Sicuramente il riconoscimento di questa nuova fase del sindacato a livello nazionale non avrebbe avuto l'eco che ha avuto se non fosse stato accompagnato da un cambiamento progettuale anche sul piano della comunicazione. A chi lavora nel settore questo è apparso subito chiaro per la penetrazione capillare sugli organi di stampa - non solo di categoria - delle istanze, delle progettualità e degli eventi targati SNAMI con una presenza costante in cui il parere del sindacato non manca mai ogni volta che l'attualità lo renda opportuno. Certamente tutto si può migliorare, ma l'importante, secondo il mio modesto parere, e che con l'intento di migliorare e differenziare alla fine si abbassino gli standard raggiunti, un rischio sempre in agguato per chi si occupa di comunicazione. ■

ogni giorno
gratuitamente
nella tua eMail gli ultimi
aggiornamenti su:

- Sanità
- Scienza
- Diritto Sanitario



DoctorNews **33**

il quotidiano eMail del Medico Italiano

Il progetto aderisce a:

medikey

Certificazione dei dati ai sensi
della Circolare Min. San.
Dipartimento Valutazione
Farmaci e Farmacovigilanza
n. 800.I/15/1267
del 22-03-2000



registrati ora!
www.doctornews.it/registrati

edra

EDRA Spa
una società del gruppo ELSEVIER

Viale Monza, 133 - 20125 Milano
Tel +39 02 28172 300 - Fax +39 02 28172 399
eMail: info@edraspa.it - Web: www.edraspa.it

Certified ISO 9001 by



n°152598

con un'unica registrazione potrai

- partecipare alla **Formazione a distanza accreditata ECM33**
- scaricare gratuitamente il software **FARMACUF**
(prontuario dei farmaci aggiornato quotidianamente
per PC e Pocket PC)
- ricevere ogni mattina nella tua eMail il quotidiano
DOCTORNEWS

Ed inoltre accedi gratuitamente a **DOCTOR33**

e al mondo di servizi e di contenuti qualificati per la tua professione:

- oltre 200 aggiornamenti mensili per ogni specialità
- Banche dati medico-scientifiche
- Banche dati di imaging medicale
- Servizi di Telemedicina
- Software gratuiti per lo studio medico
- Normativa sanitaria, previdenziale e giuslavoratoristica

e molto altro ancora



L'ALCOL DISTRUGGE IL FUTURO

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