

tiratura
25.000 copie

LIBERTÀ *medica*

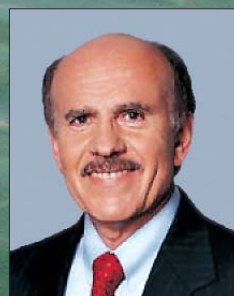
Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.2 anno 6° - aprile/giugno 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



Louis Ignarro
Incontro con il Premio Nobel
per la medicina



Gianluigi Passaretti
Fondatore dello SNAMI

**Me.di.co e Paziente
insieme
contro la burocrazia**

XXVII Congresso Nazionale

n. **2**

aprile - giugno 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

Dopo meno di un anno siamo riusciti a raggiungere insieme una prima meta con una tiratura di venticinquemila copie della nostra **Libertà Medica**. Mi sia concesso un solo attimo di auto celebrazione. Dal congresso di Copanello ne abbiamo fatta di strada. Abbiamo incrementato la tiratura di quasi ventimila copie, l'obiettivo è di portarla entro l'anno a cinquantamila. Le nostre idee devono essere divulgate il più possibile e con il solito coraggio che ci contraddistingue.

Questo numero, come tradizione, dovrebbe essere dedicato interamente al congresso nazionale di Cervia.

Gli articoli, i Vostri, che sono giunti in redazione, non mi hanno permesso di mantenere questa tradizione. Il direttore di un giornale, in genere, indica la linea editoriale. In questo numero la linea editoriale è stata tracciata da tutti coloro che hanno contribuito a fare il giornale. Un piacevole ammutinamento, come se tutti si fossero messi d'accordo. Ne è venuta fuori una edizione, dove tutti mettono il dito sul nervo scoperto della attuale situazione: politica, sanitaria, sindacale, sociale, evolutiva, degenerativa, legale, e non so più quante cose ancora sono venute fuori dai vostri articoli. Ma la cosa straordinaria e preoccupante nello stesso tempo, è una trama, che non a caso sembra tessuta da una sola mano.

La Burocrazia ci sta annientando: è stato uno dei temi dominanti del nostro congresso, non si riesce più a lavorare con serenità. Ministro Brunetta, dedichi quattro cinque ore della sua vita allo studio della deburocratizzazione dell'attività del medico. Ma si faccia affiancare da un medico in piena attività.

Berlusconi e Ministri non riformate per sentito dire, uscite dai palazzi, dove il più delle volte vi raccontano balle, fatevi ospitare in incognito negli studi e negli ambulatori. Vi renderete conto che ciò che credete di conoscere è lontano anni luce dalla realtà. La Sanità non è un prodotto commerciale, per cui non parlate più di mercato.

Se un manager, anche bravo, si è occupato di lamette da barba, non possiamo inserirlo in un contesto amministrativo sanitario; sarà pure bravo, (e non ce ne sono molti), ma sicuramente inadeguato.

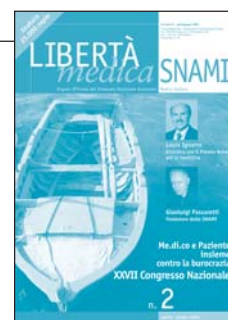
Più di una volta Libertà Medica si è interessata alla sindrome del burn-out. Il problema è più vasto di quanto ci si possa immaginare. L'ENPAM lancia un segnale molto forte, troppe pensioni di invalidità per medici relativamente giovani, con un incremento non fisiologico. Il medico sta male. In ogni articolo della nostra rivista vengono fuori, sempre gli stessi problemi e da tutte le parti della penisola. Facciamo qualcosa di concreto, l'incontro di Fiuggi voluto da Bianco potrebbe essere un momento di serio confronto, per affrontare il problema.

Passaretti e Messina, due lunghe esperienze da valorizzare. Quanto è galvanizzante osservare come il passato possa conciliarsi ed adattarsi al presente. Questa spinta ci è data da due personaggi, avanti con gli anni, che hanno affrontato difficoltà più severe delle nostre attuali. Ed allora non tutto è perduto. Avanti tutta!

francesco.pecora@hotmail.it



SNAMI IN QUESTO NUMERO



In copertina: "Barca"
Mondello - Palermo
Foto: frappè

LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Un altro sindacato è possibile? *Stefano Nobili* 3

XVII CONGRESSO NAZIONALE

Me.di.co. e Paziente insieme contro la burocrazia 5

TRE DOMANDE

Ritrovo uno Snamì evoluto e più maturo sindacalmente *Angelo Testa* 9

POLEMIZZANDO

"Mi consenta, Dottore..." *Augusto Pagani* 10

I Medici e la burocrazia *Matteo Grasso* 12

LA VOCE DEI SETTORI

Lavorare al femminile *Maria Cristina Campanini* 16

DIRITTO SANITARIO

È gratuita la musica negli studi medici? *Ennio Grassini* 18

DALLE PROVINCE

Pavia - Il sistema informatico socio sanitario
è un contenitore propagandistico *Salvatore Santacroce* 22

Caserta - Nuovo rappresentante italiano dell'EGPRN *Ferdinando Petrazzuoli* 23

Monza e Brianza - Nuova Sezione Provinciale di Monza e Brianza *Sergio Ghezzi* 24

Bari - La difesa della dignità professionale nella filosofia
del Comitato Aziendale della ASL di Bari *Antonio Chiodo* 25

Palermo - Contenere la spesa non a scapito dei pazienti *Natale Tarantino* 27

ARTE MEDICA E SCIENZA

Intervista Louis Ignarro *Valerio Nori* 28

Il farmaco generico: un'opportunità da cogliere *Mario Ugo Mirabella* 32

ATTUALITÀ

La retroattività e la postuma nella polizza R.C.
professionale del medico *Daniela Bernuzzi Bassi* 14

Il medico del futuro: preparato, senza arroganza
con l'ammalato e i colleghi *Giuseppe Messina* 21

L'INTERVISTA

Intervista a Orsola Matriciano *Stefano Nobili* 35



la pagina del Presidente

Mauro Martini

I tempi sono cambiati e le proposte di decenni fa sono forse oggi poco utili per le esigenze attuali

Un altro sindacato è possibile?

Preferiamo l'evoluzione alla staticità delle mummie

■ a cura di Stefano Nobili



Il mondo sindacale in generale vive da anni una decadenza legata fondamentalmente ai cambiamenti nelle condizioni di lavoro. Anche i sindacati più storici (la triade CGIL, CISL, UIL) hanno vissuto e stanno vivendo una crisi in ordine al numero dei loro iscritti.

Tipi di contrattazione che negli anni '70, '80 e '90 erano lo standard, ora vedono le organizzazioni dei lavoratori su posizioni più morbide nei confronti di chi detiene il capitale. Idem la contrattazione nei confronti di parte pubblica dove il refrain è sempre quello: non ci sono risorse. Il mondo come detto è cambiato.

Le esigenze della popolazione-utente si sono modificate profondamente e l'atteggiamento nei confronti della protesta sindacale è poco solidale se viene toccato un bisogno precipuo: bastano gli esempi dei controllori di volo e dei lavoratori dei trasporti.

Per non parlare del blocco dei tassisti i quali tra l'altro non sono nean-

che dipendenti ma lavoratori autonomi.

In tutta questa situazione dove si collocano i sindacati dei medici convenzionati?

Non si vuole qui condurre un'analisi approfondita sulle differenze tra lavoro dipendente e parasubordinato, oppure sul concetto di ruolo del medico nella società, ruolo che è cambiato (cheché qualcuno non lo voglia ammettere) come è cambiata la percezione della figura del medico e la sua l'immagine ("...l'immagine è prodotta dal cliente, l'azienda può solo predisporre gli elementi adatti perchè la percezione attiva del cliente si orienti in modo corretto"... D. Bernstein: Company Image 1988).

Semplicemente, dopo questa breve disamina, abbiamo stabilito che i tempi sono cambiati e le proposte di decenni fa, sono forse oggi poco utili per le esigenze attuali. Inoltre dobbiamo essere più realisti del re e chiederci: l'Aventino è meglio della pianura? E ancora: il partecipare al mondo della politica è così deterioro e non etico?

È meglio essere duri e inflessibili, legati ad un modello antico della serie "mi spezzo ma non mi piego" oppure essere attenti alle opportunità che si presentano e coglierle per avere migliori risultati nell'interesse degli iscritti al sindacato? E non è forse più comodo essere sempre (o quasi) contro qualcosa, piuttosto che discutere e valutare i punti di vista altrui? È inutile nascondersi e occorre dire le cose come stanno: il sindacato deve essere portatore di interessi. Di chi? Dei suoi iscritti ovviamente. Il termine "interessi" non è una brutta parola anche se qualcuno può artatamente storcere il naso. Bisogna infatti chiedersi quali sono gli interessi che si vanno a rappresentare e quali sono le relazioni con gli attori della scena con i quali fare i conti e non essere per principio in avversione preconcepita. Cambiano le dinamiche: da qui l'adeguarsi in modo critico (etimologicamente: critica=giudizio) al mondo che cambia. La battaglia di retroguardia non paga più.

Il sindacalismo storico è cambiato perché è assodato che è mutato il

la pagina del Presidente

mondo nel quale esso vive e opera. Prendiamo ad esempio la comunicazione: un tempo era inconcepibile avere relazioni continue e approfondite con la stampa e la visibilità era scarsa rispetto ad oggi (ricordiamo una frase di Enrico Cuccia, storico Presidente di Mediobanca: “Per un banchiere è meno grave scappare con la cassa, che parlare con un giornalista”...).

Eppure i sindacati confederali avevano iniziato una rete di relazioni con la stampa tali da conseguire “simpatie” nell’ambito dell’informazione. Per essere aggiornati, “up to date”, per essere visibili sempre, tessere rappor-

ti con i media è fondamentale, altrimenti non esisti.

Il sindacato può essere portatore di idee eccezionali per i suoi iscritti, ma se non vengono “esternalizzate”, non esistono e la comunicazione col suo strano mondo non è il diavolo. Quindi chi è portatore di idee pratiche e utili non deve essere visto come traditore dell’idea originaria ferma e immutabile perchè i cambiamenti della società sono repentini. Occorre adeguarsi al nuovo e al mondo, altrimenti si rischia di estinguersi o semplicemente di non contare in un mondo, appunto, dove l’esserci “hic et nunc” è fondamentale. ■

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

Mark Twain
 (Florida, 30 noveme 1835
 Redding, 21 aprile 1910)
 umorista, scrittore, letterato,
 lettore universitario
 e conferenziere statunitense



Il tavolo della presidenza al congresso

XXVII Congresso Nazionale Cervia, 20-25 maggio

Me.di.co. e Paziente insieme contro la burocrazia

Il XXVII congresso nazionale svoltosi a Cervia, presieduto con la eleganza e l'equilibrio che sempre lo contraddistinguono dal dottor Francesco Biavati, ha segnato senza dubbio un passaggio storico. Dalla politica del dire si è passati alla politica del fare.

In un anno lo SNAMI ha ricucito, se non addirittura cucito, i collegamenti che aveva in passato e che comunque avrebbe dovuto avere.

Tutto svolto all'insegna della trasparenza e del consenso. Tutto svolto con l'aiuto e l'impegno di tutti. Dal semplice iscritto al massimo dirigente.

Lo SNAMI è in crescita. Ha mantenuto ben saldi i suoi antichi principi di liberalità ed indipendenza.

A pochi, nostro malgrado abbiamo dato fastidio. Ma se ne facciano una ragione.

Lo SNAMI è un organismo nazionale e non può essere influenzato dalle varie "bocciofile" di turno che si arrogano il patetico diritto di primogenitura.

Vale a dire, che le idee che crea e porta avanti ottengono il consenso dei più. Questa è democrazia, viva la democrazia. Nel mondo qualcuno non ha studiato greco e confonde la democrazia con l'oligarchia.

Queste idee, si sta cercando di farle conoscere il più possibile a tutti, me-

dici SNAMI e non SNAMI, istituzioni, altre organizzazioni sindacali, politici ed anche al semplice cittadino, visto che è il co-protagonista nella storia della sanità.

La presenza massiccia dei vertici delle altre organizzazioni sindacali e delle istituzioni, la dice lunga su quello che sta avvenendo.

Se questo congresso ha avuto maggiore risalto sui media ci sarà un motivo?

Questo congresso ha cominciato a dare risposte ai problemi e non solo a sollevarli. Gli argomenti trattati hanno una loro origine dallo slogan del

congresso: insieme ai pazienti contro la burocrazia.

L'introduzione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) per la medicina di famiglia ed un ritorno al concetto di burocrazia che sottrae tempi lunghissimi all'assistenza. Si è parlato di un accordo stralcio sul biennio economico per la medicina generale. Abbiamo ripreso il tema dell'alcol sollecitando le istituzioni a farne un momento permanente di emergenza sociale specialmente negli adolescenti. Ci siamo sentiti in sintonia con la SNAMID sui controlli programmati per le malattie croniche anche a fronte di un risparmio della spesa.



Cervia antica, il canale

XXVII Congresso Nazionale Cervia, 20-25 maggio

Non ultimo l'auspicio di un incontro a breve scadenza con il Ministro Sacconi.

Due belle note di calore ed affetto hanno contraddistinto questa edizione 2008 del congresso a Cervia. La prima è quella di aver conosciuto e aver fatto conoscere a tutti quella straordinaria persona del Dott. Gianluigi Passaretti, primo fondatore dello SNAMI, il quale ci ha allietato proponendoci foto e documenti storici del sindacato, quando fare sindacato per i medici non era certo sicuro. Lui stesso girava armato.

Altro bel momento la consegna da parte del presidente Martini al Presidente Bosisio della SNAMID della tessera di iscrizione al sindacato che chiude definitivamente un capitolo. Non si può chiudere l'evento congresso Cervia 2008 senza rivolgere un pensiero di riconoscenza alle autorità locali che ci hanno accolto come nelle migliori tradizioni del luogo, Sindaco ed Assessori in testa, gli amministratori delle terme, gli amministratori della saline, sensibili oltre che nell'ospitalità anche nella generosità.

Un plauso alle nostre segretarie Patrizia e Giovanna che pure essendo da sole e per la prima volta a gestire un congresso nazionale si sono superate, non una disfunzione, non una sbavatura, tutto perfetto. Un ringraziamento particolare al Dott. Giovanni Cavallaro che da luogotenente ha contribuito a risolvere i non pochi problemi che si sono presentati di volta in volta nei mesi che hanno preceduto il congresso.

Arrivederci al prossimo anno al XXVIII Congresso Nazionale. ■

fp



XXVII Congresso Nazionale Cervia, 20-25 maggio



MOZIONE FINALE

I delegati al 27° Congresso Nazionale SNAMI, svoltosi a Cervia in data 24 maggio 2008, udita la relazione del Presidente Nazionale Mauro Martini, **approvano la linea politica espressa dall'esecutivo nazionale.**

Il Congresso condivide il progetto *Me.Di.Co.* di riorganizzazione e potenziamento della medicina del territorio, contrario a qualsiasi forma di aggregazione coatta; il Congresso nazionale SNAMI d  mandato all'Esecutivo Nazionale, nell'ambito di tale progetto, di mettere in atto tutte le opportune iniziative per:

1. il recupero del potere d'acquisto degli onorari, gravemente erosi negli ultimi anni,
2. l'eliminazione delle forme incongrue di tassazione che gravano sul medico di assistenza primaria (Irap, tassa rifiuti, ICI, ecc.),
3. la drastica riduzione degli atti burocratici di tipo amministrativo, estranei alla professione medica,
4. il mantenimento dell'esclusivo carattere privato dello studio del medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Vista la mozione della dirigenza medica approva la formalizzazione dell'aggregazione al nuovo soggetto sindacale al quale viene trasferita la titolarit  delle deleghe ai soli fini della rappresentativit  della dirigenza medica e la relativa modifica statutaria e/o regolamentare, come da disposizioni ARAN.

Il Congresso Nazionale SNAMI, **approva altres  la linea politica** tesa, per quanto possibile, alla costruzione di un fronte intersindacale unito nella difesa dei principi e della dignit  professionale dei medici nei confronti di parte pubblica, ribadendo al tempo stesso la propria peculiarit  nei progetti di rinnovamento della medicina territoriale.

Preso atto

- che l'ACN   ormai scaduto da 30 mesi,
 - che l'atto di indirizzo di parte pubblica   assolutamente insoddisfacente nella parte normativa ed economica,
- conferisce mandato** all'Esecutivo Nazionale di mettere in atto **tutte le azioni sindacali a forte impatto, fino all'eventuale sciopero per sostenere di fronte a parte pubblica le giuste rivendicazioni.**

Il Congresso Nazionale SNAMI richiede, inoltre con fermezza un incontro in tempi brevi con i rappresentanti del nuovo Governo. ■



XXVII Congresso Nazionale Cervia, 20-25 maggio





tre domande

di Angelo Testa

Gianluigi Passaretti fondatore dello SNAMI

Ritrovo uno SNAMI evoluto e più maturo sindacalmente

Il concetto di medicina di gruppo assicura comunque all'ammalato una assistenza migliore

■ di Angelo Testa

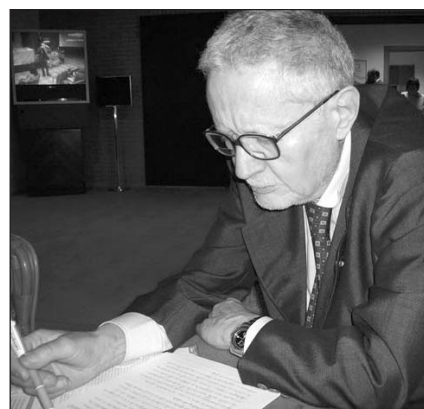
*SNAMI ieri SNAMI oggi.
Quali le sensazioni e le differenze
da parte del fondatore*

C'è una certa differenza tra lo SNAMI dei primissimi anni e quello di oggi, una volta lo SNAMI era un sindacato di battaglia che doveva confrontarsi, oltre che con altre formazioni antagoniste anche con una situazione politica molto pericolosa. Ora questa situazione per fortuna non c'è più, ed il sindacato è evoluto sia come esperienza, sia come maturità sindacale. Oggi si richiede anche una certa fles-

sibilità che tenga conto della situazione generale attuale, flessibilità che non deve comunque intaccare la fermezza nelle proprie decisioni.

La Medicina di famiglia ha seguito una evoluzione fisiologica o quella di oggi è una aberrazione?

No; ha seguito una evoluzione fisiologica che si è un po' adeguata ai tempi moderni: certo è diminuito il rapporto tra il medico ed il proprio assistito, che un tempo era più stretto e, diciamo così, più familiare. Conseguenza anche delle decisioni politiche



che hanno molto spersonalizzato questo rapporto.

Una saggia ricetta per il sindacato e per il medico di famiglia di oggi

Il sindacato deve cercare di combattere questa spersonalizzazione, puntando anche politicamente a sostenere le richieste sia economiche sia etiche che si inquadrino in una situazione più globale di sostegno del ceto medio, a cui appartengono i medici. I medici devono seguire con disciplina le richieste e le lotte sindacali e nello stesso tempo cercare di mantenere un rapporto piuttosto stretto con i propri ammalati, anche nei casi di medicina di gruppo. Il concetto di medicina di gruppo assicura comunque all'ammalato una assistenza migliore ed al medico la possibilità di un lavoro più tranquillo ed ordinato, a parte il fatto che ormai è un concetto più in linea con i tempi. Certo il medico non deve esasperare questo concetto. ■

C'è gente tanto brava da scrivere due libri contemporaneamente: il primo e l'ultimo.

Mark Twain

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



polemizzando

Augusto Pagani

Reale o surreale il malessere è generale

“Mi consenta, Dottore...”

Ma ho incontrato davvero Silvio Berlusconi?

■ **Augusto Pagani**
Presidente Provinciale di Piacenza

Ho incontrato Silvio Berlusconi la scorsa settimana a casa di mio zio, ed in quella occasione ho avuto modo di parlare con lui e di chiedergli quali siano le sue idee ed i suoi progetti per la sanità italiana.

IO: “Presidente Berlusconi, pensa che la sanità italiana sia davvero tutta da rifare?”

BERLUSCONI: “Assolutamente no, il nostro Sistema Sanitario Nazionale è anzi uno dei migliori del mondo, sia per la quantità sia per la qualità delle prestazioni che offre ai cittadini.

Naturalmente ci sono cose da migliorare e cose da cambiare radicalmente, ma non intendiamo distruggere quello che oggi esiste prima di avere fatto una approfondita e completa valutazione dello stato delle cose, di avere predisposto una serie di interventi e di riforme da discutere con le associazioni dei medici e con i sindacati dei lavoratori e soprattutto di avere certezza delle risorse a disposizione per finanziare i nuovi servizi e le eventuali riforme.”

IO: “Sono esterrefatto, Presidente; è la prima volta, negli ultimi 30 anni, che un politico afferma che anche in ambito sanitario i progetti si fanno in funzione delle necessità della popolazione e dei fondi a disposizione dello Stato e delle Regioni!”

A questo proposito, Presidente Berlusconi, crede che l'Italia debba avere una sola organizzazione sanitaria o che invece ciascuna Regione ne possa avere una diversa?”

BERLUSCONI: “Anche in sanità seguiremo i principi del federalismo e permetteremo alle Regioni di adattare alle loro diverse situazioni e necessità le regole ed i programmi definiti e concordati a livello nazionale, fatta salva la garanzia per tutti i cittadini di avere adeguati servizi sanitari e per tutti i medici e gli operatori sanitari di avere le medesime opportunità professionali e gli stessi livelli retributivi su tutto il territorio nazionale”.

IO: “Molto bene e molto chiaro. Vorrei sapere ancora quali sono a Suo parere le criticità della sanità italiana e quali saranno, di conseguenza, le vostre priorità in ambito sanitario.”

BERLUSCONI: “Le criticità in termini di qualità dei servizi sono certa-

mente poche, in relazione alla mole ed alla complessità dei servizi resi. Abbiamo intenzione di intervenire subito fornendo i mezzi e gli strumenti adeguati agli operatori sanitari, medici e paramedici, che sono essi stessi adeguati, e di sostituire quelli che adeguati non sono, se risulterà che sono essi stessi la causa del disservizio. Ma abbiamo anche intenzione di procedere ad una ampia revisione dell'attuale apparato burocratico, che riteniamo sia del tutto sproporzionato nei numeri e nei costi rispetto all'apparato produttivo (e per apparato produttivo intendo la attività complessiva di medici, paramedici, infermieri ed inservienti in genere).

In termini di quantità dei servizi il problema è naturalmente quello di garantire a tutti i servizi necessari, e di ridurre al contempo la fruizione impropria dei servizi non necessari, di cui troppi cittadini abusano a causa della totale gratuità degli stessi.

Per percorrere questa strada cercheremo la collaborazione dei medici, ai quali deve essere affidata questa grande responsabilità senza però opprimerli con un avvilente sistema di controlli e di limitazioni o addirittura colpevolizzarli per il mancato rispet-

polemizzando

to di regole e norme pensate dai politici e dai ragionieri di Stato per limitare la spesa senza assumersi in prima persona la responsabilità e la conseguente impopolarità della scelta, e per di più senza minimamente coinvolgere gli utenti informandoli e responsabilizzandoli ad un corretto comportamento e ad una eventuale sanzione in caso di comportamento scorretto o contrario alla Legge.

Siamo convinti che i medici non possano non avere una grande responsabilità in ordine alla erogazione delle prestazioni e dei servizi, ma che parallelamente debbano essere Loro riconosciute più gratificazioni. Noi intendiamo dialogare con i medici e chiedere Loro di offrirci aiuto e collaborazione per percorrere insieme questa strada.

Abbiamo intenzione di ridurre la spesa per l'apparato burocratico, che rappresenta ormai una voce esagerata del bilancio sanitario e che rappresenta inoltre una delle principali cause della frustrazione professionale di chi lavora invece all'interno dell'apparato produttivo, e soprattutto dei medici, costretti ad incombenze burocratiche spesso inutili e troppo spesso mutevoli in funzione delle direttive di qualsiasi ministro o assessore regionale, o direttore generale di ASL, o direttore di Distretto od impiegato di concetto di un qualsiasi ufficio della ASL.

Intendiamo infine ridurre la spesa per la assistenza ospedaliera ed aumentare quella per la assistenza territoriale, perché per diminuire il nu-

mero e la durata dei ricoveri bisogna adeguatamente organizzare, gestire e finanziare la assistenza sul territorio, per assistere i cittadini al loro domicilio tutte le volte che sia possibile, senza far correre Loro dei rischi e senza chiedere ai medici di fronteggiare delle emergenze continue o di correre Loro stessi dei rischi professionali correlati a scarsità di personale o di attrezzature.”

IO: *“Presidente, queste sono le cose che la maggior parte dei medici si attende da Lei. Se la vostra azione di governo andrà in questa direzione credo che potrà contare sulla nostra collaborazione e sulla nostra comprensione, perché in ogni caso la realizzazione di tutto questo non sarà né facile né breve. Le auguro di cuore di fare un buon lavoro e La ringrazio a nome di tutti i medici italiani per la attenzione che ha dimostrato di avere per la Loro professione.”*

BERLUSCONI: “Mi consenta, Dottore, di ringraziare a mia volta i medici italiani per quello che fanno ogni gior-

no in condizioni spesso difficili, e per chiedere scusa per le frequenti ed ingiustificate accuse di malpractice portate da giornalisti superficiali e sprovveduti, attenti al clamore della notizia piuttosto che alla verità dei contenuti. Le garantisco il mio personale impegno per contrastare e punire la intollerabile caccia alle streghe che da troppo tempo in Italia criminalizza una categoria di professionisti che ha forse come principale colpa quella di non avere la abitudine e la capacità di difendere sé stessa, come purtroppo invece ha sempre fatto egregiamente la classe politica.”

Ma ho incontrato davvero Silvio Berlusconi, oppure ho soltanto sognato e dopo il risveglio ancora mi illudo che realmente queste siano le sue idee ed i suoi progetti?

Chi legge può pensare quello che vuole, e spero non me ne voglia chi alla fine della lettura avrà avuto la sgradevole impressione di aver buttato del tempo. ■



Due momenti di Silvio Berlusconi



polemizzando

Matteo Grasso

Dalla passione alla sindrome del burnout

I Medici e la burocrazia

Tutto tempo sottratto alla assistenza

■ Matteo Grasso
 Proboviro nazionale CT

Con *burocrazia* si intende l'organizzazione di persone e risorse destinate alla realizzazione di un fine collettivo secondo criteri di razionalit , imparzialit , impersonalit . L'etimologia ibrida del termine, dal francese *bureau* (ufficio) connesso al greco *kr tos* (potere) ne rivela l'origine tarda e la derivazione di chiara matrice francofona. Questo termine negli ultimi decenni ha acquisito un'accezione negativa, che si riferisce, spesso qualunquisticamente, alla lentezza, agli sprechi e alla corruzione dell'amministrazione pubblica e che riprende la sfumatura polemica e ironica che la parola aveva all'atto della sua comparsa; infatti fu usato probabilmente per la prima volta dall'economista Vincent de Gournay verso la met  del XVIII secolo per criticare il potere crescente dei funzionari dello stato francese.

Da ventiquattro anni esercito la professione di Medico di famiglia e non ricordo mai una riforma, un decreto, una circolare che abbia migliorato il mio status lavorativo, o semplificato

la vita ai pazienti. Sembra che il legislatore voglia accanirsi ad applicare il significato peggiore sopraddetto del termine "burocrazia"!

Infatti, i medici di medicina generale attualmente incontrano molte difficolt  nel realizzare la continuit  della cura nei confronti dei loro assistiti e l'integrazione professionale, che pur ritengono necessaria, con gli altri specialisti.

L'organizzazione complessa dei servizi sanitari e le normative nazionali e regionali richiedono spesso l'istituzione di complicate procedure ed il rispetto di difficili percorsi burocratici.

Fra i pi  importanti cito:

- il rispetto delle note, l'istituzione del piano terapeutico,
- il rilascio di una miriade di certificati quasi sempre inutili,
- l'attivit  di tipo trascrittivo per esami specialistici strumentali e di laboratorio prescritti da altre figure sanitarie (ospedalieri, universitari, medici convenzionati),
- le innumerevoli esenzioni ticket presenti nel nostro SSN che non hanno alcun corrispettivo in nessun altro paese civilizzato e che servono, da un lato ad illudere il cittadino-paziente-elettore, dall'altro sono bramati potentemente da questo e visti come



polemizzando

l'ultimo escamotage per non sborsare quattrini (che poi escono ben di pi  quando ci si trovi in situazioni complesse o ritenute urgenti).

Tutto ci  rischia di diventare un sistema burocratico pesante (nel senso pi  deterioro del termine) che impone al medico di medicina generale un notevole impegno professionale per riuscire ad eseguire correttamente questi percorsi, che sono vissuti come attivit  frustranti, fortemente usuranti, mal retribuite e che sottraggono tempo alla sua attivit  di diagnosi e cura.

In pratica, le parole chiave sono tre:

1. **demagogia** (da parte delle autorit ): promesse vuote e non realistiche (ad esempio il "tutto gratis" dalla culla alla tomba) che causano l'emergere di gruppi di pazienti che chiedono "sanit " in maniera ossessiva e sono poco accontentabili;
2. **ipocrisia**: nonostante la consapevolezza che queste promesse non possono essere mantenute, i politici e spesso anche i media, trovano molto "conveniente" accusare la classe medica quando le cose vanno male;
3. **burocrazia**: il crescente uso di protocolli e regolamenti, che condizionano severamente la vita professionale dei medici di medicina generale, sembra causato pi  dalla necessit  di difendere il sistema sanitario dagli abusi causati da questa stessa demagogia, piuttosto che derivare da provate evidenze scientifiche.

Sfortunatamente questi sono argomenti "proibiti": per molti degli at-

tori di questo teatrino (media, politici e persino la comunit  medica) alcuni ragionamenti sono considerati non "politicamente corretti" perch  sfavorevoli da un punto di vista di popolarit  e di successo elettorale.

In definitiva, la **burocrazia strutturale del servizio sanitario** da un lato e le aspettative irrealistiche dei pazienti dall'altro, spesso sfociano in frequenti lamentele e contrasti ed in un aumentato senso generale di insoddisfazione che espone il medico alla cosiddetta sindrome del "burnout" (processo stressogeno che colpisce coloro che esercitano professioni d'aiuto qualora queste persone non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere).

Ne consegue che, se non opportunamente trattati, questi soggetti cominciano a sviluppare un lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuta alla mancanza di energie e di capacit  per sostenere e scaricare lo stress accumulato ("burnout" in inglese significa proprio "bruciarsi").

Caratteristici del *burnout* sono anche l'esaurimento emozionale, la depersonalizzazione, un atteggiamento spesso improntato al cinismo e un sentimento di ridotta auto-realizzazione.

Il soggetto tende a sfuggire l'ambiente lavorativo assentandosi sempre pi  spesso e lavorando con entusiasmo ed interesse sempre minori, a provare frustrazione e insoddisfazione, nonch  una ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali dovrebbe occuparsi. ■

“

Non c'  che una stagione: l'estate. Tanto bella che le altre le girano attorno.

L'autunno la ricorda, l'inverno la invoca, la primavera la invidia e tenta puerilmente di guastarla.

Ennio Flaiano

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

Agite secondo giustizia.

Sorprenderete alcuni, e stupirete tutti gli altri.

(da Aforismi)

Mark Twain

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

”

La retroattività e la postuma nella polizza R.C. professionale del medico

■ Daniela Bernuzzi Bassi



Scopo di questa rubrica è quello di fornire un quadro di riferimento che orienti il medico nella valutazione di tutte le proposte assicurative che gli vengono continuamente sottoposte.

La struttura del sinistro di responsabilità professionale medica, che lo contraddistingue dagli altri sinistri relativi a diverse categorie di professionisti, impone infatti uno specifico contenuto alla polizza che deve contenere garanzie ampie, chiare e precise, idonee a garantire al medico una copertura a 360°.

La nostra disamina partirà dalle clausole relative alla efficacia nel tempo della assicurazione, riservando ai successivi articoli l'approfondimento di tutti gli ulteriori rilevanti profili che pure incidono enormemente sulla concreta operatività della polizza di r.c. professionale del medico.

La retroattività e la postuma nella polizza R.C. professionale del medico

I concetti di “retroattività” e “postuma” o “ultrattività” non possono essere appieno compresi, in tutta la loro rilevanza concreta, se non partendo, preliminarmente, dalla individuazione dei vari momenti in cui si articola il sinistro di responsabilità professionale, vale a dire:

- a. fatto generatore** - momento in cui il professionista pone in essere la condotta colposa;
- b. fatto dannoso** - momento nel quale si manifesta il danno al terzo;
- c. richiesta risarcitoria** da parte del terzo danneggiato nei confronti del professionista;
- d. denuncia di sinistro;**
- e. accertamento (giudiziale o stragiudiziale) della effettiva esistenza di responsabilità professionale**, accertamento che presuppone la dimostrazione di tre presupposti: condotta attiva o omissiva - danno - nesso di causalità tra condotta e danno, e successiva quantificazione del danno;
- f. liquidazione del danno** - momento in cui avviene l'effettivo risarcimento del danno al terzo.

Detti momenti acquistano, poi, ancora maggiore rilevanza nell'ambito della responsabilità professionale medica, laddove anche solo tra la condotta del professionista ed il manifestarsi del danno in capo al paziente può intercorrere un lasso di tempo estremamente lungo e laddove, comunque, non meno lunga sarà la successiva attività di accertamento di responsabilità e di stabilizzazione e quantificazione del danno.

Da un punto di vista assicurativo, nelle polizze di r.c. professionale, tradizionalmente, assistiamo a due tipologie di clausole:

- a. la c.d. clausola “claims made”** che conferisce rilevanza alla data di richiesta di risarcimento da parte del terzo;
- b. la c.d. clausola “loss occurrence”** che delimita l'operatività della garanzia ai “fatti” avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza.

Entrambe le clausole presentano **vantaggi e svantaggi**.

Ipotizziamo un rischio medico assicurato nel tempo presso diversi assicuratori senza soluzione di continuità

con una serie di polizze in regime di claims made senza retroattivit : potrebbero verificarsi sinistri che, paradossalmente, non troverebbero copertura in nessuna delle polizze stipulate nel tempo dal professionista. Analoga situazione potrebbe verificarsi in presenza di retroattivit  temporaneamente limitata, quando le analoghe clausole presenti sui precedenti contratti non includano alcun periodo di ultrattivit .

D'altro canto, le polizze in regime di "loss occurrence", mal si prestano a tutelare il professionista laddove escludono dalla medesima garanzia le richieste risarcitorie intervenute diversi anni dopo il verificarsi del fatto per il quale, magari, il professionista all'atto della sottoscrizione del contratto assicurativo non aveva alcuna conoscenza e nemmeno percezione.

Solitamente le compagnie assicurative che concedono la garanzia retroattiva non concedono anche la garanzia postuma.

Tuttavia, sulla base di quanto sopra rappresentato, riteniamo che le polizze destinate ai medici in grado di fornire loro una tutela a 360  siano quelle che prevedono una retroattivit  illimitata nel tempo, in associazione alla garanzia postuma o ultrattivit  illimitata, perch  solo in tal caso non si pu  verificare alcuna "scopertura" assicurativa, neppure nelle ipotesi di passaggi tra diverse polizze non in soluzione di continuit  tra loro.

Insurance Leader since 1981

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 VERTENZE CIVILI E PENALI
- 2  RISCHIO
- COLPA GRAVE
- CONDUZIONE STUDIO / AMBULATORIO
- RESPONSABILIT  DI STRUTTURA COMPLESSA
E CAPO DIPARTIMENTO

assita@assita.it
Numero Verde
800-237220

NOVIT  2008

**POLIZZA R.C.
PROFESSIONALE**

**MEDICI
OSPEDALIERI**

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

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
 CASELLA POSTALE 1595 MILANO - CAP. SOC. Euro 120.000 INTERAMENTE VERSATO
 REGISTRO IMPRESE MILANO N. 203066 - R.E.A. N. 1066853 - C.F./P.Iva 04937580159
www.assita.com assita@assita.it

Tabella riassuntiva dell'accordo SNAMI-ASSITA



la voce dei settori

Maria Cristina Campanini

Le diseguaglianze ancora evidenti

Lavorare al femminile

SNAMI Rosa un osservatorio privilegiato

■ *Maria Cristina Campanini*
Coordinatrice Nazionale SNAMI Rosa

La sanità è sempre più rosa; il mondo medico sarà rappresentato quasi esclusivamente da donne con un ricambio di genere già assolutamente evidente nelle fasce di giovani laureati in medicina.

La promozione del mondo femminile e la valorizzazione delle capacità professionali e di carriera sono ancora però non correttamente interpretate dalle stesse donne.

Spesso l'espressione "il futuro è donna" rimane talora solo una boutade nel concetto maschile e nel mondo del lavoro.

Le diseguaglianze sono ancora evidenti in ambito professionale, tanto che un recente lavoro del CNR pubblicato nel 2008 riporta che, ai tassi di crescita attuali, sarebbero necessari 179 anni per raggiungere l'equilibrio tra i sessi nel ruolo di professore ordinario.

Le donne vivono ancora una condizione di sottosviluppo, nel difficile equilibrio di gestione professionale e familiare.

In ambito sindacale, pur con alcune differenze regionali, le donne iscritte

te allo SNAMI non superano il 30% rispetto ai colleghi maschi (con punte massime del 35%), per mancanza di tempo e spesso per carenza di risposte e appoggio specifico alle problematiche femminili.

Su queste basi è nato nel 2005 SNAMI Rosa, con la prospettiva di riservare un osservatorio privilegiato e dedicato alle tematiche delle donne che lavorano in sanità.

L'attività di questo primo triennio è stata mirata su obiettivi diversi ma convergenti.

■ **Promozione a SIGLA SNAMI:**

- articoli,
- interviste,
- eventi,
- incontri,
- sito web,
- mail e newsletter dedicate.

■ **Monitoraggio e informazione su borse studio e bandi di concorso a livello regionale e nazionale.**

■ **Collaborazione con le altre organizzazioni femminili.**

■ **Facilitazioni assicurative rischio professionale per:**

- donne medico medicina generale,
- specialiste in ostetricia-ginecologia,
- neolaureate.



Osservando l'attività delle altre associazioni fondate e rivolte alle donne in campo sanitario ho trovato iniziative mirate a campagne di promozione della salute (Fondazione Donna a Milano con il camper della salute itinerante in tutta la città per screening dietologici e problematiche sull'alimentazione, ma anche il camper dell'ascolto dedicato ai problemi di diritto di famiglia, separazioni, corretta gestione dei figli). La Fondazione ON- Da ha provocato l'opinione pubblica proseguendo il progetto Ospedale Donna 2008: un bollino rosa agli ospedali italiani vicini alle donne. Si tratta di una menzione particolare alle strutture che offrono la maggiore attenzione possibile verso le esigenze di salute delle pazienti ricoverate ma anche come produzione scientifica di genere e adattamento delle strutture alle necessità delle donne lavoratrici.

la voce dei settori

La stessa FNOMCeO ha sposato le problematiche della donna in sanità creando un'apposita commissione "dimensione donna", presieduta dalla collega Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine dei Medici di Gorizia, che ha promosso numerose azioni, riunioni e convegni su tutto il territorio nazionale sul mondo della sanità ormai sempre più declinato al femminile.

D'altra parte la legge 125/91 per la realizzazione delle pari opportunità mira a "...favorire e realizzare l'uguaglianza sostanziale fra uomini e donne anche con l'adozione di azioni positive per le donne... per superare i pregiudizi di genere e promuovere l'inserimento in campo professionale, ma a oggi i comitati per le pari opportunità nelle A.O e nelle ASL non sono né diffusamente presenti né attivi.

Come responsabile del settore SNAMI Rosa propongo e auspico quindi: l'Istituzione di un **osservatorio SNAMI** presente in tutte le nostre sedi provinciali per problemi delle donne medico legate a:

- Maternità - Asili nido;
- Sicurezza sui posti di lavoro (specie per i problemi segnalati dalle sedi di continuità assistenziale);
- Facilitazioni per part-time;
- Predisposizione di criteri di conferimento incarichi dirigenziali che siano realmente pari;
- Aumento numerico delle donne nelle commissioni di concorso;
- Mobbing (inteso come legal framework, termine usato per identificare una cornice di comportamenti acconati dalla caratteristica di pro-

vocare sofferenze, disagi e mortificazioni in ambito lavorativo), per vari tipi di condotta (discriminazioni, molestie, dequalificazione, demansionamento, abusi di potere);

- Conciliazione tempi di lavoro e tempi di vita.

Dall'ultima riunione del Consiglio dei Ministri d'Europa raccogliamo e

facciamo nostra la seguente raccomandazione:

"Gli effetti delle differenze di genere e le loro conseguenze devono essere prese in considerazione nelle politiche e nelle prestazioni sanitarie".

Chiediamo quindi la massima attenzione per considerarci parte attiva dei vostri programmi. ■

*Avrei potuto diventare un soldato
se avessi aspettato:
sapevo più cose sulla ritirata
di quante ne sapesse il tizio che l'ha inventata.*

Mark Twain

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

◆◆◆

*Cerchiamo di vivere in modo tale
che quando moriremo
perfino il becchino sia triste.*

Mark Twain

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

◆◆◆

*Leggere è niente,
il difficile è dimenticare ciò che si è letto.*

Ennio Flaiano

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



diritto sanitario

Ennio Grassini

È gratuita la musica negli studi medici?

Una recente sentenza affronta il problema

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

Una recente sentenza del Tribunale di Torino ha affrontato il particolare tema della utilizzazione di musica all'interno degli studi medici e se, in ragione della diffusione, il professionista sia o meno tenuto al pagamento di un compenso in favore dei soggetti titolari del relativo diritto. In particolare, nel caso concreto, si trattava di uno studio dentistico.

La società - mandataria per la tutela dei diritti dei produttori fonografici - agiva in giudizio affinché venisse dichiarato che l'utilizzo della musica da parte del medico costituisce comunicazione al pubblico soggetta a compenso ai sensi degli artt. 73 o 73 bis della Legge n. 633 del 22/04/1941 sulla protezione del diritto d'autore [l.a.], con conseguente condanna del titolare dello studio al pagamento per ogni utilizzazione compiuta nei dieci anni precedenti.

Con la sentenza in rassegna i giudici del tribunale di Torino hanno rigettato la domanda proposta dai produttori fonografici, affermando l'i-

napplicabilità alla vicenda sia dell'art. 73 che dell'art. 73 bis delle norme sul diritto d'autore.

L. n. 633 del 22/04/1941 Protezione del diritto d'autore e di altri diritti connessi al suo esercizio

Art. 73

1. Il produttore di fonogrammi, nonché gli artisti interpreti e gli artisti esecutori che abbiano compiuto l'interpretazione o l'esecuzione fissata o riprodotta nei fonogrammi, indipendentemente dai diritti di distribuzione, noleggio e prestito loro spettanti, hanno diritto ad un compenso per l'utilizzazione a scopo di lucro dei fonogrammi a mezzo della cinematografia, della diffusione radiofonica e televisiva, ivi compresa la comunicazione al pubblico via satellite, nelle pubbliche feste danzanti, nei pubblici esercizi ed in occasione di qualsiasi altra pubblica utilizzazione dei fonogrammi stessi. L'esercizio di tale diritto spetta al produttore, il quale ripartisce il compenso con gli artisti interpreti o esecutori interessati.

2. La misura del compenso e le quote di ripartizione, nonché le relative modalità, sono determinate secondo le norme del regolamento.
3. Nessun compenso è dovuto per l'utilizzazione ai fini dell'insegnamento e della comunicazione istituzionale fatta dall'Amministrazione dello Stato o da enti a ciò autorizzati dallo Stato.

L'art. 73 veniva dapprima modificato dagli articoli 1 e 2 del D.P.R. n. 490 del 14 maggio 1974; dall'art. 8 D.Lgs. n. 685 del 16 novembre 1994; dall'art. 5 D.Lgs. n. 581 del 23 ottobre 1996; infine è stato sostituito dall'art. 12, D.Lgs. n. 68 del 9 aprile 2003.

Art. 73 bis

1. Gli artisti interpreti o esecutori e il produttore del fonogramma utilizzato hanno diritto ad un equo compenso anche quando l'utilizzazione di cui all'art. 73 è effettuata a scopo non di lucro.
2. Salvo diverso accordo tra le parti, tale compenso è determinato, riscosso e ripartito secondo le norme del regolamento.

Articolo aggiunto dall'art. 8, D.Lgs. n. 685 del 16.11.1994

diritto sanitario

I produttori fonografici nello stesso procedimento intentato dinanzi al Tribunale di Torino, avevano cercato, senza riuscirci, di far sottoporre al vaglio della Corte di Giustizia della Comunità Europea alcuni profili dubbi in ordine all'ampiezza delle nozioni di "comunicazione al pubblico" e di "messa a disposizione del pubblico" e se esse, in particolare, fossero tali da estendersi anche alle attività di uno studio professionale medico che diffonde musica nei locali ricevendo via etere un segnale radiofonico oppure utilizzando un supporto di suono e il relativo lettore. Parallelamente si cercava di ampliare l'eventuale campo di indagine del giudice comunitario ponendo, alternativamente, il problema di una diversa ricostruzione delle nozioni da interpretare a seconda dell'ipotesi che lo studio percepisse o meno un compenso separato per le *utilità/piacevolezze* che al paziente possono derivare dall'ascolto di musica nei tempi di attesa o di cura.

Il Tribunale, interpretando le sole norme contenute nella legge nazionale sulla tutela del diritto d'autore, affermava che certamente non potevano applicarsi i precetti dell'art. 73 in quanto la riproduzione musicale in uno studio dentistico **non può ritenersi effettuata neppure indirettamente a scopo di lucro** considerando che il medico ascolta la musica mentre lavora soltanto per diletto e il paziente è indifferente al fatto che vengano trasmessi dei brani musicali, né tanto meno è indotto a scegliere un professionista piuttosto che un altro in base al

fatto che nello studio si ascolti della musica.

Escludere l'applicazione di una disposizione che ha come presupposto lo scopo di lucro, appare, anche sul piano logico, percorso sufficientemente agevole, risultando difficile immaginare che un paziente venga indotto a scegliere un professionista in luogo di un altro in ragione del piacere collegato alla possibilità di ascoltare musica nei momenti di attesa, di colloquio o di cura.

Più delicato era escludere il pagamento dell'equo compenso in favore degli artisti, esecutori o produttori del brano musicale quando l'utilizzazione

fosse avvenuta senza scopo di lucro ai sensi dell'art. 73 bis l.a.

Anche quest'ultima accezione, in sede giudiziale, veniva negata, assumendosi quale presupposto per il versamento del compenso, la riproduzione in un *luogo pubblico o aperto al pubblico*. Configurandosi la natura privata dello studio medico-dentistico, consegue che gli eventuali pazienti non costituiscono un pubblico indifferenziato, essendo singolarmente individuati, con diritto di accedervi normalmente previo appuntamento ovvero, in casi particolari, quali le visite urgenti, dietro consenso del medico.

Medici e borse 1983-1991

Il mito resiste

Sul tema dei medici specialisti, relativamente al periodo 1983-1991 si sono consumati, come si dice, fiumi di inchiostro; e proprio quando l'argomento sembra essersi sopito è proprio in quel momento che, ad arte, viene riproposto, destando un sempre rinnovato entusiasmo.

È indubbio il desiderio di lasciarsi alle spalle una pesante "ingiustizia", affrontando e sconfiggendo il "colpevole" con ogni mezzo.

Ma i rimedi avanzati da taluni, specie se in netta contrapposizione con la giurisprudenza dominante, non possono e non devono giungere ad alimentare false aspettative; pena la propria credibilità.

Se i Tribunali hanno individuato, ad esempio, nella intervenuta prescrizione, la perdita definitiva del diritto alla remunerazione; se per interrompere la stessa efficacemente si doveva intervenire al più tardi nei cinque anni successivi al 1991 (1996/1997); come si giustifica l'atteggiamento di taluni che ancora oggi (2008), ritengono di consigliare ai medici, che è necessario inviare una lettera per interrompere i termini di prescrizione, come se niente fosse successo!

diritto sanitario

Il tribunale per escludere l'obbligo di versamento del compenso, dava ingresso al concetto di luogo pubblico o aperto al pubblico, intendendo quel luogo accessibile e aperto a tutti, non circoscritto a determinate persone o relativo ad un ambito collettivo, come per esempio un ospedale, un bar, un supermercato, un ristorante, una sala da ballo, una festa di beneficenza, una azienda sanitaria locale, ma non uno studio privato quale uno studio medico.

Si riflette, pertanto, sui concetti [*luogo pubblico o aperto al pubblico*] ampiamente analizzati dalla giurisprudenza soprattutto in ambito penalistico, trattandosi di elementi rilevanti per la realizzazione di talune ipotesi di reato.

In termini generali, osservando l'insignimento della Suprema Corte di Cassazione, per luogo pubblico è da intendersi quello continuamente libero, di diritto o di fatto, a tutti o ad un numero indeterminato di persone; il luogo aperto al pubblico è quello al quale ciascuno può accedere in determinati momenti oppure osservando determinate condizioni poste da chi esercita un diritto sul luogo stesso ovvero quello al quale può accedere una categoria di persone che abbia dati requisiti; la caratteristica di luogo aperto al pubblico è stata attribuita talora anche ad un ambiente privato, la cui accessibilità sia esclusa alla generalità delle persone, ma sia consentita ad una determinata categoria di aventi diritto.

A ben vedere il ragionamento seguito dal tribunale torinese lascia aperto qualche margine di perplessità per talune categorie di studi medici che posseggono caratteristiche peculiari.

In particolare ci si chiede quale sarebbe stato l'esito del giudizio se la diffusione dei brani musicali fosse avvenuta all'interno dello studio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale [SSN].

Se l'esclusione dell'obbligo di pagare un equo compenso per la diffusione di musica nel privato studio del medico - dentista è stata affermata applicando il principio per cui non può configurarsi l'onere laddove manchi il presupposto della riproduzione in luogo pubblico o aperto al pubblico, allora, nell'ipotesi dello studio del medico di base convenzionato con il SSN si porrebbe almeno un problema di qualificazione della fattispecie.

Il Tribunale di Torino indicando la diffusione in luogo pubblico o aperto al pubblico quale presupposto del pagamento, sembra aver collocato sullo stesso piano le due circostanze benché esse posseggano una diversa consistenza ed ampiezza.

Lo studio del medico di assistenza primaria trova, invero, una sua connotazione all'interno del contratto collettivo di categoria che lo delinea *presidio del Servizio Sanitario Nazionale* che concorre, quale bene strumentale e professionale del medico,

al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite.

Le parti contrattuali, nell'ACN vigente, hanno avuto cura di precisare che lo studio del medico di medicina generale, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è **studio professionale privato** che deve possedere determinati requisiti ed essere **aperto agli aventi diritto**.

Il punto è se la nozione giurisprudenziale di luogo aperto al pubblico sia o meno da escludersi per quest'ultima categoria e se la connotazione contrattuale dei primi insostituibili presidi del SSN sia sufficiente a liberalizzare l'ascolto di musica rendendo più lieta al paziente l'attesa del proprio turno senza oneri per il medico di base.

La difficoltà interpretativa della reale ampiezza dell'assunto posto alla base della sentenza del Tribunale di Torino deriva dalla riflessione che quasi spontaneamente si intraprende laddove, come nel caso in esame, vengono utilizzate per motivare una decisione, categorie giuridiche [*luogo pubblico o aperto al pubblico*] che esprimono variegata e differenziata realtà. ■

Tribunale di Torino

Sez. IX civile - 21.03.2008

Sentenza disponibile nel testo integrale su www.dirittosanitario.net

Il futuro obbliga ad aggiornarsi

Il medico del futuro: preparato, senza arroganza con l'ammalato ed i colleghi

Più autorevolezza e tranquillità economica

■ *Giuseppe Messina*
Medico di Milano



In pochi anni la sanità ed il medico sono cambiati più di quanto sia successo nei secoli precedenti.

Questo cambiamento si accentuerà nel futuro sia per i progressi scientifici della medicina che per il sistema di vita che ci circonda.

All'inizio della mia attività ho visto gli ultimi casi di polmonite curati senza terapia antibiotica ancora non affermata, l'epatite virale considerata itterizia da spavento, il medico che andava a fare le visite domiciliari con il calesse.

Il futuro obbliga ad aggiornarsi nella cultura e nel modo di esercitare la professione: computer, sistemi moderni di rianimazione, elicotteri da pronto soccorso, ecografie diventano una necessità anche prevista dalla legge.

Il rapporto medico paziente cambia: l'ammalato non pende più dalla bocca del medico, è più preparato anche se spesso di falsa cultura, e vuol conoscere tutto ciò che lo interessa.

L'informazione diventa un obbligo di legge per il medico.

Il rapporto con i colleghi basato anche su una giusta concorrenza richiede maggiore rispetto della deontologia.

Il potere del medico è diminuito? Sì! Più compiti evita e meno potere avrà.

In tempi recenti, rappresentando in Lombardia i medici di famiglia, mi sono battuto con l'assessore Borsani per il medico prescrittore unico (c'erano anche dei buoni compensi).

I medici volevano faticare meno e ridurre la responsabilità e non accettarono.

Meno fai e più facilmente vieni sostituito, specie in caso di agitazioni sindacali.

La tranquillità economica è indispensabile: chi ha guai economici in

famiglia difficilmente ha il giudizio sereno del terapeuta.

Necessitano buone convenzioni e principalmente la revisione di alcune norme fiscali: abolizione dell'Irap, ritenute d'acconto più basse, Iva da pagare dopo l'incasso, aliquote Irpef ridotte, studi di settore realistici, Irpef sulla pensione a tassazione separata. ■

*Nelle mie storie
d'amore una volta
il rimorso
veniva dopo,
adesso mi precede.*

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



dalle province

Salvatore Santacroce

PAVIA



Il SISS è stato varato cinque anni fa, con notevole impiego di fondi

Il sistema informatico socio sanitario è un contenitore propagantistico

Risultato: acquisire più velocemente i dati "economici" relativi alla spesa sanitaria

■ *Salvatore Santacroce*
Presidente provinciale Pavia

La Lombardia, a seguito della Legge Regionale n. 18 del 31 luglio 2007 il progetto CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi - Sistema Informativo Socio Sanitario), a partire dal 1 Novembre 2007, entra a far parte in maniera concreta e diffusa del sistema sanitario.

Tale legge, infatti, prevede l'obbligatorietà di adesione al progetto da parte di tutti gli erogatori di servizi sanitari: ASL, Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Farmacie, Residenze per Anziani, ecc.

Quindi diventa obbligatorio, salvo per chi esercita la Professione da più di trent'anni, aderire al SISS.

Il SISS è stato varato cinque anni fa, con notevole impiego di fondi, con l'obiettivo (dichiarato) di rendere un servizio al Cittadino, rendendo possibile la condivisione dei dati sanitari del Cittadino stesso, con il suo consenso, da parte dei vari operatori della salute.

Dopo cinque anni, il risultato più evi-

dente è stato quello di rallentare l'attività del Medico di famiglia, di aumentare i tempi di attesa del cittadino, dal proprio Medico, in ospedale e in farmacia.

È stato indubbiamente conseguito anche il risultato di acquisire più velocemente i dati "economici" relativi alla spesa sanitaria.

Quello che più mi irrita è che, in tutti questi anni, sono stati quasi del tutto ignorati i suggerimenti e le segnalazioni effettuate per rendere meno sgradevole l'utilizzo del SISS. Ogni aggiornamento del software, lungi dall'aver come obiettivo una maggiore compliance medico-macchina, è stato rivolto ad acquisire più velocemente i dati, anche rallentando ulteriormente, e a volte rendendo impossibile, l'attività del Medico.

Qualche esempio.

La fissazione dei sistemisti del SISS, è quella di ottenere i dati che loro chiedono sanitari e che io chiamo economici, in tempo reale.

Non importa se questo implica un ritardo di 20-30 secondi per ricetta.

Non importa se la sala d'attesa è piena ed i pazienti aspettano un'ora in più.

Non importa se il computer si blocca. Ci sono voluti due anni di dura lotta di mancata adesione al SISS di oltre metà dei Medici pavesi, per ottenere la possibilità di inviare i dati "in differita".

Ci sono voluti due anni ed innumerevoli segnalazioni per ottenere (anche se parzialmente) la realizzazione di un tasto di scelta rapida che consentisse al Medico di inviare i dati accumulati

quando lo ritiene opportuno il Medico, durante l'attività ambulatoriale, e non quando lo richiede il computer, visto che durante l'invio dei dati l'attività viene paralizzata.

Ma, recentemente i "geni informatici" sono tornati in azione facendo installare una release che avrebbe dovuto risolvere gli innumerevoli problemi ma che invece ne ha creati di nuovi, e oltretutto, proditoriamente, forzava a lavorare inviando i dati in tempo reale.

L'installazione della release è stata bloccata dallo SNAMI in tutta la Lombardia.

È stata quindi "perfezionata" non forzando più ad inviare i dati in tempo reale ma fornendola di un avviso temporizzato che obbliga ad inviare il dato o ad uscire dal SISS, nel momento in cui decide il computer.

Anche se il Medico ha inviato i dati, sua sponte, cinque minuti prima. Geniale!!

Altra chicca. In caso di caduta della connessione il computer si paralizza, costringendo il Medico a forzare lo spegnimento, con successivo avvio automatico dello scandisk, perdita di tempo, e, in alcuni casi, perdita definitiva dei dati clinici (tutti non solo quelli del giorno) del paziente la cui scheda era aperta al momento del crack.

Credo che un allievo di un corso elementare di informatica, in un compito elementare, farebbe in modo che, in caso di caduta di connessione, il sistema si svincolasse dalla comunicazione in rete e consentisse di lavorare in differita.



dalle province

Ferdinando Petrazzuoli

Ma al SISS non lavorano allievi informatici bens  fior di “geni” informatici pagati fior di Euro.

In sintesi, negli ultimi cinque mesi, ho inviato **settantacinque e-mail** di segnalazione di malfunzionamento, in media una al giorno tutti i giorni, dopo cinque anni di collaudo sul campo.

La decisione di tentare di aprire un referto relativo ad un assistito, messo sul server dall’ospedale, metterebbe a dura prova anche la pazienza di Giobbe.

Finch  responsabili del SISS non si decideranno a rendere l’utilizzazione accettabile, magari ascoltando i suggerimenti di chi lavora sul campo ed   “appassionato” di informatica, il Sistema Informatico Socio Sanitario sar  un contenitore progandistico vuoto di significati concreti e sempre pi  invisito ai Medici. ■



La Certosa di Pavia

CASERTA



Equit  sociale, appropriato allocamento delle risorse e sostenibilit  del sistema

Nuovo rappresentante italiano dell’EGPRN (European General Practice Research Network)

- **Ferdinando Petrazzuoli**
SNAMI Caserta
Coordinatore provinciale SNAMID Caserta
EGPRN National Representative and Educational Committee
EURACT Italy Operative Board

Succedendo al dott. Franco Del Zotti, sono diventato il nuovo rappresentante italiano dell’EGPRN (European General Practice Research Network). L’EGPRN   il network europeo della ricerca, strettamente collegato al **WONCA Region Europe**, e fa parte integrante di esso insieme ad altri networks quali EURIPA, EURACT, EQUIP. Dal mio primo Congresso Wonca nel giugno 2001 (Tampere Finlandia) non ho mai mancato un appuntamento n  del WONCA n  del EGPRN contribuendo con altri colleghi dello SNAMI e della SNAMID di Caserta con poster, presentazioni orali e workshops al contenuto scientifico della conferenza. In particolare i workshops sul **Burn-Out**, quelli sugli **Electronic Patient Records** ed ancora quelli sui **Frequent Attenders** organizzati coinvolgendo prestigiosi colleghi Italiani e stranieri hanno avuto un notevole interesse e gradimento da parte dei colleghi.

Dal 2004 faccio parte dell’Educational Committee all’interno dell’EGPRN, ovvero il comitato che si interessa della organizzazione di corsi internazionali quali ad esempio i Research Methods Courses ovvero Corsi sui Metodi di Ricerca in Medicina Primaria.

I prossimi impegni sono in Antalya (Turkey) Maggio 2008, Instambul (Turkey) Settembre 2008 e Budapest (Hungary) Ottobre 2008, dove spero di incontrare sempre pi  colleghi italiani e possibilmente colleghi SNAMI e SNAMID. Nel Maggio 2009 vi   in programma di organizzare un EGPRN Conference in Italia. Certo la lingua inglese   stato un motivo di ostacolo per i colleghi italiani e devo purtroppo ammettere che ancora adesso molti colleghi non danno a questi networks la dovuta importanza e considerazione.

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

Sfortunatamente anche per molti nostri colleghi, ormai plagiati da que-

dalle province

sto delirante ideologia, la burocrazia, la iperregolamentazione normativa e le vessazioni continue sul contenimento dei costi sono un male inevitabile e necessario!

Negli ultimi 15 anni gli aspetti economici, sociali ed ideologici della sanità hanno prevalso nettamente su quelli scientifico-clinici. Sia ben chiaro, sicuramente la sanità e soprattutto la medicina generale ha a che fare con i problemi sociali dei pazienti, ma non può e non deve essere completamente

sommersa da queste problematiche.

Con la giustificazione dell'equità sociale, appropriato allocamento delle risorse e sostenibilità del sistema, si creano a tavolino procedure complicate, ambigue, incomprensibili sia per il medico che per i pazienti e scarsamente applicabili nella realtà quotidiana. Questi mostri di burocrazia (che non hanno eguali in nessuna parte d'Europa) distolgono l'attenzione del medico dal suo compito primario, aumentano il contenzioso con i pa-

zienti difficili, causano un rapido e purtroppo spesso irreversibile burnout che sfocia in un disamoramento per la propria professione ed un pericoloso scadimento delle prestazioni.

Per migliorare è necessario misurare, ecco quindi la necessità ed il grande potenziale della ricerca nelle cure primarie. Accanto a studi quantitativi di tipo epidemiologico vanno sempre di più emergendo studi di tipo qualitativo che sono focalizzati al perché succedono o non succedono determi-

Torniamo meritatamente a parlare della sezione di Monza e Brianza

Nuova Sezione Provinciale di Monza e Brianza



Sergio Ghezzi

Dal primo gennaio 2008 è nata ed è operativa la nuova sezione provinciale SNAMI di Monza e Brianza. Nasce a seguito della costituzione della provincia omonima, raccogliendo gli iscritti della provincia di Milano e sulla necessità che il sindacato sia materialmente presente sul territorio per soddisfare le esigenze sindacali dei colleghi della zona, diverse da quelle dei colleghi delle grandi città. La nuova sezione SNAMI, che per ora ha una sede provvisoria, conta già 270 iscritti ed è la quarta sezione provinciale (come numero di iscritti) d'Italia.

Come tutte le nuove sezioni, deve affrontare numerosi problemi, anche economici, ma presto si darà una sede propria e una capacità organizzativa allineata alle aspettative degli iscritti.

Il neo presidente Sergio Ghezzi, medico di famiglia, è iscritto da diversi lustri, con la collaborazione dell'esecutivo e del consiglio provinciale, ha già intrapreso iniziative, che hanno dato modo di incrementare da subito ulteriormente gli iscritti. Inoltre la sezione si pone come riferimento per la costituzione del nuovo ordine dei medici di Monza e Brianza, costituzione che non può non tenere conto della presenza attiva del nostro sindacato per partecipare alla tornata elettorale.

ORGANIGRAMMA

Presidente Sergio Ghezzi

Vice Presidente Alberto Monguzzi

Segretario Giancarlo Nobili

Tesoriere Edoardo Ponti

Revisore dei conti

Giorgio Brambilla

Marcello Costa Angeli, Marco Grendele

Consiglieri

Raffaele Casazza, Antonino Natelli

Vito Sileo, Francesco Vaiano

Supplente

Luigi Maria Manzoni



dalle province

Antonio Chiodo

nate cose; ad esempio è importante non solo sapere che in una determinata area il controllo del diabete è peggiore rispetto al confronto ma anche perché succede questo.

La ricerca così come la didattica, possono restituire un po' di entusiasmo ai colleghi medici di famiglia. Certo molti di noi, me compreso che opero in un piccolo villaggio rurale della Campania, sono talmente asfissati dalla routine giornaliera, da riuscire con grande difficoltà a trovare il tempo per fare qualcosa di diverso, ma credetemi è qualcosa che può essere veramente appagante e ne vale sicuramente la pena. Il livello di ricerca nelle cure primaria in Italia è incoraggiante tenendo conto dello scarso tempo a disposizione ovvero mancanza di "tempo dedicato", dello scarso supporto delle istituzioni e dell'ancora labile collegamento con il mondo dell'università.

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

Il confronto con realtà diverse, non necessariamente migliori ma comunque diverse, deve farci aprire gli occhi: è ora che i medici italiani abbiamo più fiducia in se stessi quando si va a trattare sugli indirizzi di politica sanitaria e sul ruolo della medicina generale nel campo delle cure primarie e dell'istruzione universitaria. ■

BARI

Lo SNAMI ha sempre guardato troppo in avanti per poter essere assecondato dai miopi

La difesa della dignità professionale nella filosofia del Comitato Aziendale della ASL di Bari

Ma gli Ordini professionali dove sono?

■ Antonio Chiodo
Presidente regionale Puglia

Il Comitato Permanente Aziendale per la Medicina Generale della ASL di Bari amministrata dall'avv. Lea Casentino, nella seduta del 3 aprile scorso ha convenuto all'unanimità, di "sommministrare" al paziente collocato in regime di assistenza domiciliare (ADP ed ADI) una scheda di valutazione del grado del servizio erogato. Tale scheda di valutazione dovrà essere "sommministrata", per l'appunto, dal Medico di Medicina generale sia al paziente che ai familiari.

È quanto si legge nella nota del 17.04.08 (prot. 79276/1) a firma del Commissario straordinario della ASL barese, nota inviata a tutti i direttori di distretto per la sua applicazione.

Prima di esaminare nel dettaglio come si arrivi all'estrema unzione della dignità professionale e del prestigio della Cultura in senso lato, individuamo gli attori di cotanto progresso etico ed intellettuale.

Lo SNAMI (vivaddio!) non ha firmato la convenzione nazionale e nean-

che quella regionale (ammesso che possano entrambi chiamarsi convenzioni ovvero strumenti attraverso i quali tutti i medici, tramite i propri rappresentanti, e tutta la popolazione, tramite gli amministratori pubblici, raggiungono un'intesa utile alla tutela dei diritti della parti in causa); pertanto non siede al Tavolo Aziendale e regionale quantunque gli stessi amministratori pubblici hanno pubblicamente (nel congresso SNAMI di Mesagne del febbraio scorso) dichiarato che la sua assenza si fa sentire in termini di proposte qualitative e di incisività sindacale. È evidente, anche dagli ultimi avvenimenti sulle certificazioni INAIL e su quelle autogestite dai pazienti, che lo SNAMI ha sempre guardato troppo in avanti per poter essere assecondato dai miopi.

In definitiva, ai sensi dell'art. 23 dell'ACN, i Comitati Aziendali sono formati da FIMMG e SMI (peraltro, quest'ultima, non firmataria di alcuna convenzione perché, fino a poco tempo fa, inesistente nella storia del sindacalismo medico nazionale).

Il barbarismo espressivo "Customer Satisfaction" con cui viene presentata la scheda di valutazione, annuncia la qualità del suo contenuto diviso in due parti di cui la prima da **sommministrare al paziente** (in grado di intendere? Vedasi giurisprudenza specifica) e la seconda da **sommministrare alla famiglia e/o a chi si prende cura del paziente** (in termini affettivi, evidentemente!).

Nello specifico si parte dalla raccolta del consenso o dissenso nei confronti del Servizio di Assistenza do-

dalle province

miciliare e si arriva ad analizzare le modalità organizzative, il rapporto con gli operatori sanitari (n.b.: è previsto il giudizio sul MMG, sugli specialisti, sugli infermieri professionali e sui terapisti della riabilitazione. **Ma gli Ordini professionali dove sono?**) e la segnalazione di problemi durante l'espletamento dell'assistenza: tutto questo avendo come interlocutore il paziente in regime di ADP o di ADI (si rammentino, a tal proposito, quali siano le patologie che attivano l'ADI!).

Nella seconda, **somministrata ai familiari**, viene proposto di esprimersi sulla necessità della presenza dei Servizi sociali o dello Psicologo nel servizio ADI. Evidentemente nella ASL di Bari l'ADI viene erogata senza queste figure peraltro volute dalla legge proprio per assicurare la qualità del servizio!

Con la domanda numero 6) si entra nel dettaglio di valutazioni del tutto inopportune e personali in quanto la famiglia è chiamata ad esprimersi se è stata emotivamente aiutata dall'operatore ADI/ADP nel gestire la malattia del proprio congiunto. Non ci risulta ci sia un mansionario che codifichi quale possa essere l'iter migliore per aiutare emotivamente la famiglia di un ammalato. Ci risulta, invece, che deve essere la famiglia a farsi da parte con la propria emotività per dare spazio alla razionalità ovvero alla professionalità ed alla scienza del medesimo operatore. Non a caso il corretto rapporto tra medico (operatore sanitario) e paziente deve essere duale e non collettivo!

La domanda numero 7) è pleonastica e scontata, ancorché priva di connotazioni razionali. Per arrivare all'ADI ed all'ADP ci sono voluti anni di concertazione e di valutazioni cliniche ed organizzative. A 20 e più anni dalla sua istituzione, oggi nella ASL

di Bari si ci pone questa domanda come quella numero 8).

Dopo un'attenta lettura del documento in questione, abbiamo la speranza che i medici-clinici, non quelli burocrati, abbiano un sussulto di orgoglio e di dignità. ■



Informazioni:

FNOMCeO
P.zza Cola di Rienzo 80/A
00192 Roma

Segreteria
Annarita Mascolini
Sesto Francia
tel. 06 36203210 - 221 - 268
e-mail: presidenza@fnomceo.it

Segreteria organizzativa
Giuliana Eusebi
tel. 06 36203217
cell. 334 6679428

MEETING PROGETTUALE
DEGLI ORDINI E DELLE ASSOCIAZIONI
SINDACALI E SCIENTIFICHE

PROGRAMMA

I MEDICI
PER UNA BUONA
SANITÀ

1ª CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA

FNOMCeO
FIUGGI 13-14 GIUGNO 2008

AIPAC - ANAAG - ASSOMED
CIMO - ASD - CIMOP - CISL MEDICI
FIMMG - FIMP - SMI - SNAMI - SNR - SUMAI
FISM Federazione Italiana
Società medico-scientifiche



dalle province

Natale Tarantino

PALERMO



Contenere la spesa non a scapito dei pazienti

Spesa indotta non imputabile ai medici di famiglia

■ *Natale Tarantino*
Presidente provinciale Palermo

In risposta alla e-mail ai medici di famiglia per invio giustificazione sul mancato conseguimento degli obiettivi prescrittivi di risparmio nella spesa farmaceutica (nota prot. n.1905/SDFD del 18.03.08), inviata a tutti i medici della ASL e tramite i Distretti, dietro sollecitazione del Responsabile del Dipartimento del Farmaco, desideriamo sottolineare alcune cose. Sulla bontà delle legge 12/2007, in precedenti circolari inviate agli iscritti, si è detto tanto e tanto ancora si dovrà dire e comunque:

- premesso che buona parte delle nostre prescrizioni, e le SS. LL. ne sono a conoscenza, sono indotte da specialisti ospedalieri e da specialisti dei poliambulatori della ASL 6, i quali si avvalgono, spessissimo, dei farmaci citati nella nota in oggetto, fatto ribadito più volte in sede assessoriale, ma anche in occasione dell'ultima convocazione dell'Osservatorio per la Appropriata Prescrittiva. Ma tutti gli altri soggetti prescrittori sono così controllati?
- premesso che il compito fondamentale del medico deve essere sempre e unicamente la salute del cittadino, secondo scienza e coscienza, che sicuramente non vanno d'accordo con la pesatura delle prescrizioni farmaceutiche;
- premesso che queste misure coerciti-

ve, sicuramente, non giovano allo svolgimento della attività del medico di medicina generale che peraltro opera tra altre mille pastoie burocratiche, non si comprende come si possa pretendere che il medico di medicina generale debba sostituire, con farmaci a basso costo e magari già utilizzati in passato e sostituiti perché inefficaci o non tollerati, farmaci sia pure più costosi ma che hanno determinato nel paziente una ottima stabilizzazione della ipertensione o della ipercolesterolemia.

Il medico di medicina generale è perfettamente conscio della necessità di contenere gli sprechi in Sanità, ma il risparmio non deve passare sulla pelle dei cittadini. Una maggiore spesa prescrittiva può significare una maggiore stabilizzazione della malattia, un maggiore controllo degli eventi cardiovascolari e soprattutto una drastica riduzione dell'ospedalizzazione con gli elevati costi che essa comporta.

L'ottimizzazione delle risorse deve essere giudicata prendendo in visione globalmente tutte le cause della spesa sanitaria con valutazioni eseguite da veri esperti che sappiano leggere ed interpretare i dati a disposizione. Ci si permetta di esternare il dubbio che ciò possa essere conseguito da chi ha solo una visione ragionieristica e non di merito della gestione della Sanità, senza offesa peraltro al loro impegno.

Tutto ciò può avvenire solo con la collaborazione di soggetti veramente esperti di Sanità, con spirito di servizio verso le esigenze dei cittadini al di là di interessi lobbistici, clientelari ed elettorali, dato il delicato momento politico. In merito alla sollecitazione in oggetto, posso sicu-

ramente dire che gli ARBs, generalmente, non vengono utilizzati dal medico di medicina generale quali farmaci di prima scelta, bensì in seconda istanza e cioè conseguentemente ad effetti secondari e/o intolleranza dei farmaci di prima scelta oppure per la scarsa efficacia di essi.

Per quanto concerne le statine, le prescrizioni del MMG sono generalmente indotte dallo specialista o in fase di dimissione ospedaliera, altre invece sono prescrizioni di medici di medicina generale che, nel pieno rispetto delle note AIFA e confidando nella loro professionalità, le prescrivono avendo come unico obiettivo ed interesse la salute del proprio paziente.

Infine ci venga permessa un'ultima riflessione. Questo clima di terrorismo e di censura sulle prescrizioni, quanto giova al medico di medicina generale?

Non viene il dubbio che ciò possa ingenerare in qualche medico degli atteggiamenti difensivi che si possono poi tradurre in una cattiva gestione della salute del cittadino? Non tutti i medici hanno la forza di combattere e controbattere le continue pressioni della ASL e molto spesso alcuni, per il quieto vivere, tacitano la propria coscienza o cercano giustificazioni omissive al proprio operato anche se il fatto di essere stati tutti richiamati dimostrerebbe il contrario. Essere i mandanti morali di tutto ciò comporta le stesse problematiche di coscienza che logorano il quotidiano operare del medico di medicina generale. Siamo pronti comunque ad un incontro con le SS. LL., per eventuali chiarimenti, nell'ottica della disponibilità di collaborazione che sempre abbiamo dimostrato. ■



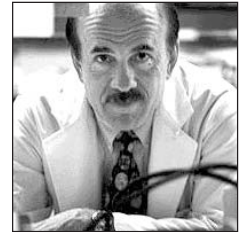
arte medica e scienza

Valerio Nori

Premio Nobel per la medicina

Intervista a Louis Ignarro

Un ruolo preventivo nella ricerca con studi sull'ossido nitrico



■ di Valerio Nori
Presidente Provinciale Rimini

Ho incontrato il Prof. Ignarro in un sabato piovoso, era in Italia per portare la sua testimonianza ad un congresso dedicato all'alimentazione, agli stili di vita e all'ossido nitrico, un mediatore gassoso che svolge ruoli fondamentali di

comunicazione intra ed extracellulare (vedi riquadro). Ignarro è stato infatti insignito del premio Nobel per la medicina e la fisiologia nel 1988 proprio per le sue ricerche sull'ossido nitrico.

Dopo una attesa abbastanza lunga ma proficua, ci accomodiamo sui divani di una saletta barocca del Grand Hotel di Rimini, con l'assistenza di una interprete che l'eccellente orga-

nizzazione del congresso mi ha messo a disposizione.

Ignarro è asciutto e scattante, nel corso dell'intervista mi rivelerà di aver corso dodici chilometri anche in quella giornata un po' umida, anzi, oggi un po' più veloce perchè pioveva. Da un cenno di disponibilità del professore capisco che l'intervista può iniziare. Mi rivolgo a lui in inglese per la prima domanda. Si complimenta per la mia buona pronuncia, purtroppo un po' di emozione mi tradirà nel proseguo dell'intervista e peggiorerà il mio inglese. Ignarro mi risponderà in un inglese chiaro e senza inflessioni, permettendomi di fare a meno dell'interprete. La prima domanda è generale, perchè Ignarro possa spaziare liberamente.

Cenni biografici

Il Prof. Louis Ignarro è nato negli Stati Uniti (Brooklyn) nel 1941 da genitori di origine Italiana emigrati negli Stati Uniti all'inizio del XX secolo.

Ha studiato alla Columbia University e si è laureato in farmacia nel 1962 e ha ottenuto nel 1966 il Ph.D.

Ha lavorato al dipartimento di farmacologia dell'Università del Minnesota a Minneapolis, considerato uno dei migliori luoghi di studio della farmacologia negli Stati Uniti.

Ha lavorato all'Institutes of Health al Laboratory of Chemical Pharmacology al the National Heart, Lung and Blood Institute.

Nel Gennaio 1973 è divenuto Assistant Professor of pharmacology alla Tulane University School of Medicine di New Orleans, dove ha potuto proseguire le ricerche intraprese sul GMP ciclico.

Queste ricerche lo porteranno a definire il ruolo dell'ossido nitrico e a vincere il premio Nobel per la medicina e la fisiologia nel 1988 insieme a Ferid Murad e Robert Furchgott.

Attualmente è professore di farmacologia alla UCLA di Los Angeles in California.

Quali vantaggi la sua ricerca ha portato alla medicina?

Le mie ricerche hanno riguardato il ruolo dell'ossido nitrico. L'ossido nitrico è un mediatore chimico fondamentale dotato di più azioni che conosciamo solo in parte. Riduce la aggregazione piastrinica e limita anche il processo infiammatorio. Raggiunta la muscolatura liscia determina rilassamento muscolare e conseguente vasodilatazione.

arte medica e scienza

Questo il ruolo più conosciuto ma l'ossido nitrico opera anche nell'apparato respiratorio, nell'apparato digerente, renale, in numerose funzioni cerebrali ed è per questo ancora oggetto di studio.

L'ossido nitrico agisce da mediatore nella comunicazione dentro le cellule e tra le cellule e migliora anche il funzionamento dei mitocondri. È implicato nei processi di memorizzazione e probabilmente anche in altre situazioni che ancora non conosciamo.

Nella memoria a breve termine o a lungo termine

Nella memoria a breve ma anche a lungo termine, ritengo abbia un ruolo importante nel morbo di Alzheimer e sono in corso studi.

Cosa c'è nella sua ricerca per l'attività quotidiano del medico?

Anzitutto come è noto l'ossido nitrico è fondamentale per il processo erettile e le mie ricerche hanno portato alla messa a punto del viagra, ma l'ossido nitrico può avere un importante ruolo sul sistema cardiovascolare ma anche in molte altre situazioni.

Si riferisce ad un ruolo preventivo o ad un ruolo già terapeutico

Preventivo, soprattutto preventivo, tuttavia sono in corso numerose sperimentazioni e trial clinici poiché potrebbero esserci ruoli terapeutici. Le aziende farmaceutiche stanno sviluppando farmaci che aumentino l'ossido nitrico per la terapia di molte situazioni ma ancora non sappiamo se siano efficaci, so-

L'ossido nitrico

L'ossido nitrico è una molecola molto diffusa nei sistemi biologici ed il cui ruolo non è stato compreso per lungo tempo.

Chimicamente è ossido di azoto NO la cui reattività è determinata dalla presenza di un legame libero dell'atomo di azoto. La fonte biosintetica dell'ossido di azoto è l'aminoacido levo-arginina.

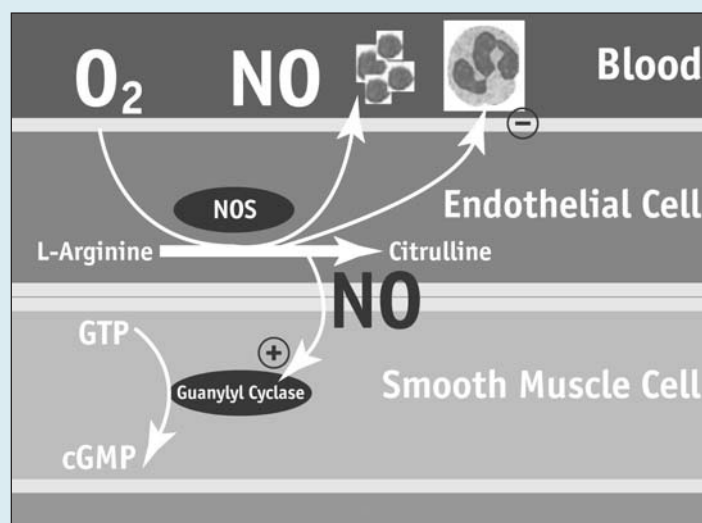
La funzione meglio conosciuta dell'ossido nitrico è quella emoreologica e vasodilatatrice, viene infatti prodotto dall'endotelio vasale riducendo l'aggregazione piastrinica e l'adesione leucocitaria e induce poi il rilasciamento della muscolatura liscia vascolare. La nitroglicerina usata da un secolo come vasodilatatore funziona proprio da donatore di acido nitrico.

L'effetto oggi più noto dell'ossido nitrico è il rilassamento della muscolatura dei corpi cavernosi del pene che permette l'erezione.

Il sildenafil infatti inibisce una fosfodiesterasi che degrada la guanosina monofosfato ciclico responsabile dell'erezione, la cui produzione è innescata proprio dall'ossido di azoto.

L'ossido nitrico è un importantissimo mediatore intra ed inter-cellulare anche del sistema nervoso centrale dove sembra implicato nei processi di memorizzazione ma anche nel rene polmoni e nell'apparato digerente.

Il suo ruolo e le potenzialità terapeutiche e preventive di farmaci che ne aumentino la produzione sono oggetto di studio.



L'ossido nitrico agisce come molecola messaggera

arte medica e scienza

no in corso trial di valutazione. Comunque la prevenzione è sempre fondamentale, ad ogni livello. So che è difficile svolgerla ma è indispensabile. Anzitutto una corretta alimentazione, la vostra dieta mediterranea va benissimo frutta e verdure sono importantissime e in più (me lo dice in italiano) del vino rosso. E tanta attività fisica, io ogni mattina passo tre ore in palestra e non sono disponibile per nessuno, perché prima di tutto viene la cura per il mio corpo. È lo stile di vita responsabile di molte diffuse malattie.

Quali sono le sue ricerche attuali e prospettive future?

Collaboro con diverse università soprattutto in Giappone e continuo ad occuparmi dell'ossido nitrico e delle sue potenzialità. La medicina preventiva oggi è fondamentale non solo per la protezione dalle malattie ma anche per la sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

L'intervista al prof. Ignarro è stata possibile grazie alla gentile disponibilità del Dott. Francesco Fagnani Presidente dell'associazione ALBA

Quali obiettivi e finalità si prefigge l'associazione ALBA?

Francesco Fagnani Presidente ALBA
 ALBA - Associazione Lifestyle, Benessere e Alimentazione,
www.assoalba.org

L'associazione è nata appena nel 2007 ad opera di professionisti della salute. Il traguardo di oggi (il Nobel Ignarro) ci rende orgogliosi e ci fa ben sperare nel futuro. La nostra finalità è quella di diffondere, attraverso materiali, strumenti e metodi validati, la cultura del corretto stile di vita sia in ambito medico scientifico sia fra gli operatori e non ultimo, fra la popolazione generale. In che modo? La

splendida giornata di oggi ne è un esempio, con un grandissimo numero di medici giunti da ogni parte d'Italia (consentiteci un caloroso ringraziamento alla major multinazionale americana dell'integrazione alimentare che ha supportato in maniera garbata ma decisiva questo evento, ed alla sensibilità dimostrata dal suo management).

ALBA, diventata oggi entità autonoma, già dal 2006, vedeva alcuni dei suoi membri di oggi, impegnati nei primi Masters sull'integrazione Alimentare, e via via con gli eventi susseguitisi nel tempo, continua ad offrire supporto scientifico non solo alle categorie abituali (medici, farmacisti, infermieri, diestisti, ma sta cercando di andare ben oltre.

Il progetto ALBA

Se vogliamo che il messaggio del corretto stile di vita sia efficacemente ed omogeneamente distribuito, la nostra filosofia è duplice: da una parte la massima diffusione con iniziative istituzionali di informazione alla popolazione (regioni, enti...), dall'altra una chiara definizione degli ambiti di ogni figura professionale coinvolta, auspicando e favorendo una stretta sinergia fra tutti gli "attori", ognuno dei quali si farà carico della parte di sua competenza (si pensi al progetto "Guadagnare Salute" a titolo di esempio, tante figure e tanti ambiti con un unico obiettivo).

Ecco quindi iniziative sinergiche con altre Associazioni o Federazioni scientifiche; ecco l'innovativo progetto, condotto con una Università italiana, Ca-



Primo a sinistra il Dott. Nori, al centro il Prof. Ignarro, ultimo a destra il Dott. Fagnani

arte medica e scienza

merino (leader nella didattica on line in Italia), per lavorare in sinergia e mirare alla costituzione ed al riconoscimento di una nuova figura professionale, una sorta di “Assistente al Benessere”, che non solo potr  affiancarsi al medico, ma sar  un valido strumento

della diffusione del messaggio del corretto Lyfestyle nella popolazione. A tale proposito, diverse realt  guardano ad ALBA per l’offerta formativa, ponendo contare su asetticit  e certificazione, nonch  modulazione della didattica alle esigenze stesse dell’udito-

rio, indipendentemente dal livello culturale di partenza, questo per garantire, come dicevamo, ad ogni “attore” coinvolto il livello di competenza proprio del suo specifico ambito, senza interferenze o sovrapposizioni, solo dannose nell’interesse generale. ■



Il Prof. Ignarro mentre riceve il Premio Nobel

“
*La dignit 
non consiste
nel possedere onori,
ma nella coscienza
di meritarli.*

Aristotele
(Stagira, 17 giugno 384 a.C.
Calcide, 7 marzo 322 a.C.)
filosofo greco

◆◆◆

*Se c’  un modo
di far meglio, trovalo.*

Thomas A. Edison
(Milan, 11 febbraio 1847
West Orange, 18 ottobre 1931)
inventore e imprenditore statunitense

◆◆◆

*Quello che non   utile
allo sciame non   utile
nemmeno all’ape.*

Marco Aurelio
(Roma, 26 aprile 121
Sirmio, 17 marzo 180)
imperatore e filosofo romano

”



arte medica e scienza

Mario Ugo Mirabella

Ottimizzare l'uso delle risorse disponibili

Il farmaco generico: un'opportunità da cogliere

*Reinvestire nell'innovazione,
all'interno della stessa area terapeutica in cui si è risparmiato,
senza impattare sulla spesa*

■ di Mario Ugo Mirabella
V. presidente prov. Catania
farmacologo

Il farmaco generico rappresenta una realtà già presente nell'attività quotidiana del medico e lo sarà sempre di più negli anni futuri alla luce delle prossime scadenze brevettuali.

Infatti saranno "genericate" numerose molecole di uso consolidato in "primary care" e nel contempo le prospettive di ingresso nel mercato di molecole innovative, a detta degli esperti, sono piuttosto scarse.

Il compito dell'Assistenza Primaria è quello di prendersi carico degli assistiti mediante il riappropriarsi della gestione delle terapie croniche in un'ottica di "governo clinico" teso il più possibile ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Alla luce del nuovo scenario economico e socio-demografico e a fronte dell'aumento della prospettiva di vita della popolazione italiana, si può

prevedere, nei prossimi anni, un ragionevole incremento del numero di pazienti con patologie croniche, con un conseguente aumento della spesa sanitaria del nostro Paese.

L'AIFA, negli anni scorsi, con la sua politica di taglio prezzi ha cercato di raggiungere una stabilità del sistema sanitario e gli effetti si sono visti nel 2007 quando per la prima volta la spesa farmaceutica retail sostenuta dal SSN è stata al di sotto del tetto del 13%, quindi sotto controllo. (Fig. 1).

Un sistema stabile non può prescindere dalla presenza nel mercato di farmaci generici che rappresentano una leva importante per generare preziose ed ingenti risorse, che potranno essere reinvestite nella ricerca e nell'innovazione, con il risultato di curare di più e meglio i cittadini.

L'impiego dei medicinali generici nelle terapie croniche più consolidate, infatti, permetterà al Sistema Sanitario di reinvestire nell'innovazione, anche all'interno della stessa area terapeutica in

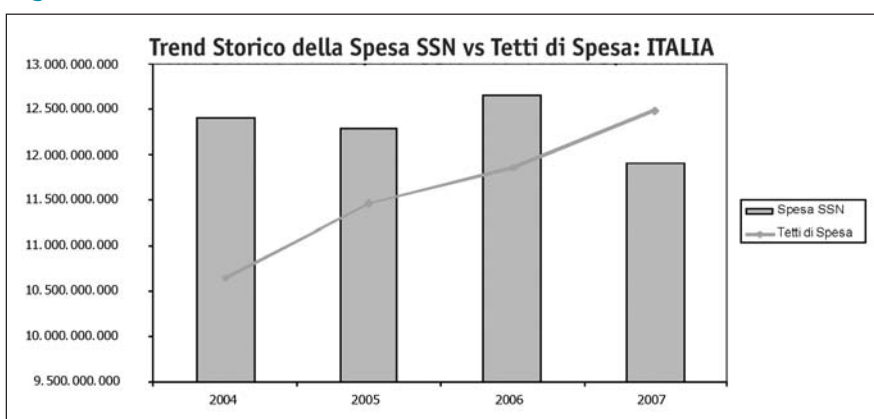
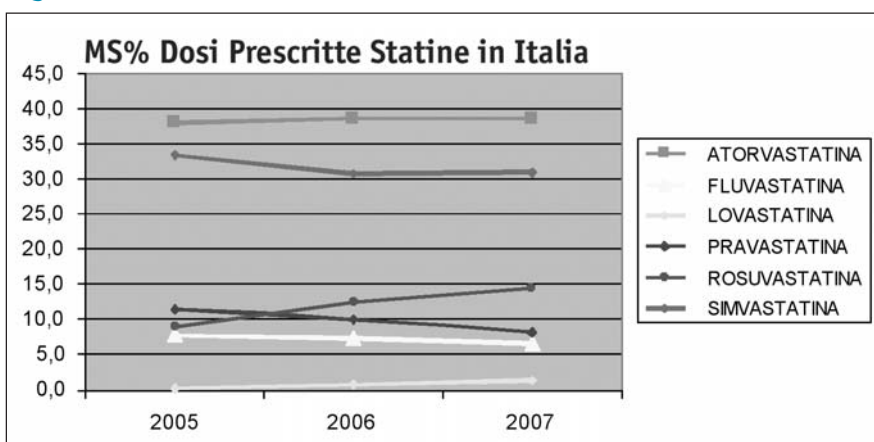
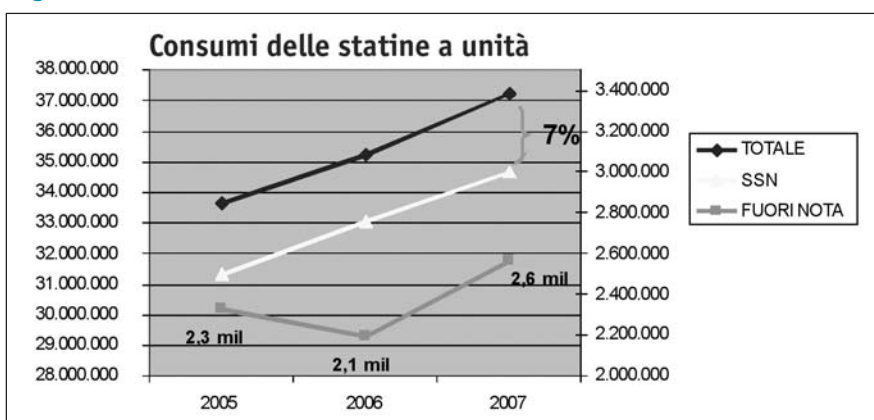
cui si è risparmiato, senza impattare in maniera importante sulla spesa.

Affinché ciò si realizzi concretamente occorre, però, contenere il fenomeno dello switch prescrittivo a favore delle nuove molecole: quindi il tema dell'appropriatezza prescrittiva è quanto mai necessaria per liberare risorse.

Ridurre per tempo questo fenomeno consentirà al medico di poter scegliere in futuro la migliore terapia per il proprio paziente utilizzando di più le molecole di più recente introduzione nei prontuari, e creando le condizioni per avere meno burocrazia.

Si sono analizzate le dinamiche dei consumi delle statine dal 2005, un anno e mezzo prima della scadenza dei brevetti delle prime molecole. Si è dimostrato come le due molecole che perdono significativamente quote di prescrizione sono state simvastatina e pravastatina, le prime a perdere il brevetto, rispettivamente aprile e dicembre dell'anno scorso. Analizzan-

arte medica e scienza

Figura 1

Figura 2

Figura 3


do, inoltre, i consumi fuori nota 13 di queste molecole nel 2007 si   dimostrato che essi rappresentano il 7% del consumo totale, corrispondente ad una spesa di 58 milioni di euro (Figg. 2, 3).

Vari studi hanno dimostrato che, nel trattamento delle dislipidemie, se si fosse preservato l'atteggiamento prescrittivo del 2005 (anno in cui tutte le molecole attualmente utilizzate erano gi  disponibili), con la scadenza del brevetto di simvastatina, si sarebbero generate risorse tali da coprire il 30% della spesa delle terapie fuori nota 13 sostenuta dai cittadini nel corso del 2007.

Ecco perch  quella del farmaco generico   un'opportunit  da cogliere: una corretta integrazione tra l'uso di molecole pi  consolidate come farmaco generico e l'impiego di molecole pi  innovative pu  dare maggiori garanzie di stabilit  al Sistema, garantendo da un lato una migliore possibilit  di cura del cittadino e, dall'altro un miglior controllo della spesa del Servizio Sanitario. ■

Se i popoli si conoscessero meglio si odierebbero di pi .

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



letti per voi

a cura di Francesco Pecora



LA MENNULARA

di Simonetta Agnello Hornby



Sicilia fine Ottocento. Costanza Safamita è l'unica figlia femmina di una ricca famiglia di proprietari terrieri, tanto amata e protetta dal padre, il barone Domenico, quanto rigettata dalla madre. Con la sua chioma di capelli rossi e il suo aspetto fisico quasi "di un'altra razza", cresce fra le persone di servizio, fra l'orgoglio paterno del sangue e le prospettive alquanto ridotte della vita in provincia.

Sarà lei, per volere del padre, a ereditare le sostanze e il prestigio della famiglia.

Affronterà la mondanità palermitana e una vita coniugale in equilibrio tra l'amore per il marito e l'impossibilità di abbandonarglisi, saprà affrontare i capimafia e contenere lo sfascio della famiglia, in un mondo arcaico e barbarico, fotografato nel momento della fine. ■



LA ZIA MARCHESA

di Simonetta Agnello Hornby



Sicilia, fine Ottocento. La saga di una famiglia aristocratica.

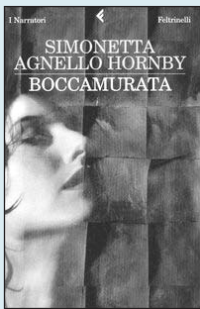
Il ritratto, fra luce e ombra, di una donna destinata, controversa, a reggere le sorti, il prestigio, l'orgoglio di un ceto in rovina.

I furori, le nequizie, gli amori, le crudeltà, gli spasimi, gli abusi di un mondo quasi arcaico e barbarico dietro la cortina di un ultimo dorato fulgore. ■



BOCCAMURATA

di Simonetta Agnello Hornby



Chi è stata la madre di Tito? Una poco di buono, come dicono certe voci cattive? O una signora di buona famiglia costretta a "sparire", come ha sempre detto il padre Gaspare? Tito è alla guida di un pastificio, fonte non solo di ricchezza ma anche di conflitti, tensioni e invidie in seno a una famiglia allo sbando. È soltanto la sua autorità a tenerla insieme, a volerla unita, con il sostegno forte della mite presenza di una vecchia zia: zia Rachele ha vegliato su Tito e poi sui figli di lui e non ha perso la capacità di intuire anche quello che le si vorrebbe tener nascosto, ma nel suo

sguardo cominciano ad affiorare a poco a poco ricordi confusi e brandelli di segreti custoditi tenacemente per più di mezzo secolo. A smuovere ulteriormente le acque torbide, insieme alla bellissima Irina, spregiudicata e intraprendente, arriva all'improvviso Dante, figlio di una ex compagna di collegio della zia. E c'è chi sospetta oscuri moventi. Quanto più la storia si apre a inattesi sviluppi nel presente, tanto più il passato viene folgorato da una nuova luce e il mistero che nascondeva si dischiude lentamente con la forza di una grande storia d'amore. ■



l'intervista

di Stefano Nobili

Intervista a Orsola Matrisciano

Il medico e la comunicazione ovvero la capacità di sapere comunicare



*Orsola Matrisciano,
giornalista nel settore delle comunicazioni
e dell'editoria medico-scientifica.
Oggi direttore operativo di Egea.*

Quanto è importante la comunicazione per la classe medica?

La classe medica si è accorta dell'importanza della comunicazione con un certo ritardo rispetto ad altre categorie, guardando sempre con una certa sufficienza - e talvolta sospetto - la comunicazione degli altri, considerando di fatto che nel proprio ambito non si trattasse di un fattore rilevante. L'affermazione che la cosa cruciale fosse il rapporto con il paziente (fatto vero, per carità), ha nascosto troppo spesso una considerazione errata di cosa fosse e a cosa servisse la comunicazione.

Con il tempo è esplosa la comunicazione medico-sanitaria e di salute in generale e si è generato il fenomeno per cui i medici hanno "subito" la comunicazione e questo vale soprattutto per i medici di medicina generale. Quante volte, infatti, si è assistito banalmente al fatto che il paziente si recava nello studio con qualche "notizia", magari commentata da un collega specialista? Dunque, c'era una fetta che "cavalcava" la comunicazione, identificandola tout court con la visibilità mediatica e una fetta che la subiva, assumendo un approccio difensivo. Poi una sensibilizzazione sempre più allargata sui temi - e i problemi, gli errori, i sensazionalismi, gli scandali etc. - hanno portato a riempirsi la bocca sull'importanza della comunicazione medico-paziente, medico-istituzioni, medico-territorio,

medico-media e chi più ne ha più ne metta. Occorre forse partire da una cosa semplice: in qualsiasi relazione o transazione la comunicazione è un mezzo e non un fine. Altrimenti si cade nella deriva di una comunicazione fine a se stessa che non serve a nessuno e di fatto si continua a "subire" la comunicazione, ad essere puramente reattivi e a sprecare le potenzialità di una corretta comunicazione.

Cos'è una corretta comunicazione?

È quella che ha chiaro l'obiettivo che si intende perseguire qualsiasi esso sia, paradossalmente anche il meno nobile e rende coerente i messaggi con tale obiettivo. Messaggi che sono di vario genere, non solo verbali, non solo individuali, legati al come ci porge, ci si rivolge etc.; sono messaggi anche quelli "ambientali", persino le comunicazioni burocratiche.

È utile che il medico sappia comunicare?

Certo, se consideriamo la premessa su esposta. Ora, non è che necessariamente il medico debba diventare un "tecnico della comunicazione"; proprio questo può generare danno e confusione e riportare anche a posizioni radicali per cui o il problema non lo riguarda o non esiste (magari perchè certamente fa meglio... nella comunicazione).

È un po' come per il calcio, in cui ognuno tende a fare l'allenatore. L'adagio per cui ognuno deve fare il suo mestiere è quanto mai veritiero, ma ognuno nel suo mestiere, e in certi mestieri questo è ancor più vero, può essere più efficace e più soddisfatto se tiene dentro il suo orizzonte alcuni elementi di base dei principi e delle tecniche comunicative. A questo punto il discorso si allarga ai diversi attori che fanno parte del sistema di relazione di una figura pub-



l'intervista

blica come quella del medico e che vanno aldilà del paziente: dai media, ai colleghi, ad altri operatori. Ricordiamoci che siamo comunque in un contesto competitivo, dove spesso il come fa la differenza rispetto al che cosa, e questo non è solo una questione di immagine liquidabile in poche battute sarcastiche, ma di reputazione, che si costruisca anche con la comunicazione, che non è puro maquillage.

Il livello di “formazione” sulla comunicazione può essere diversificato, a seconda del contesto operativo, oltre che dell’interesse individuale.

E l’offerta formativa si è decisamente ampliata, è entrata, ben ultima, anche nelle Università con facoltà scientifiche. Le possibilità si sono moltiplicate, forse troppo e può essere difficile operare scelte. In questo caso, credo che, aldilà dell’iniziativa individuale, sia utile che le istituzioni di riferimento dei medici, siano esse sindacali o altro, indirizzino o favoriscano una formazione sulla comunicazione.

Discorso un po’ diverso, ma non totalmente, è quello relativo alla comunicazione di categoria, ovvero a quella che è portatrice di interessi (quindi anche il sindacato) e si confronta con molteplici attori. Prima di tutto bisognerebbe ri-

cordare che i primi destinatari della comunicazione di un’organizzazione sono coloro che ne fanno parte e che essi sono i primi testimonial anche all’esterno. La comunicazione interna non è assolutamente da sottovalutare ed è importante tanto quella verso l’esterno, ancora troppo identificata solo con la visibilità mediatica e caratterizzata ancora troppo da approssimazione (in termini di competenze e esperienza) e tatticismi del momento, spesso solo reattivi: dobbiamo rispondere, dobbiamo buttar fuori un comunicato, dobbiamo farci vedere. Tutto vero, tutto giusto; ma se non semini, se non hai una strategia chiara, precisa e sistematica di comunicazione (che significa chiarirsi bene cosa si vuole essere, cosa si vuol offrire etc.) non costruisci quella adeguata reputazione verso i tuoi interlocutori che ti permette di essere credibile e dunque di avere più possibilità che il tuo messaggio sia ascoltato (e amplificato...). E se consideriamo quanto sia sempre più scottante il tema della rappresentatività (oltre che della competizione), si comprende quanto diventa ancora più importante non limitarsi a comunicare tanto per... ma a dotarsi di un progetto, di un grado di sensibilizzazione buono, di esperienze, di competenze.



Chiunque è come la luna, e ha una parte che non viene mai mostrata a nessuno.



Il paradiso lo preferisco per il clima, l'inferno per la compagnia.



Sono pazzo, ma questo non vuol dire che non abbia ragione.



Dà a ogni giornata la possibilità di essere la più bella della tua vita.



Mark Twain

(Florida, 30 novembre 1835 - Redding, 21 aprile 1910)

umorista, scrittore, letterato, lettore universitario e conferenziere statunitense

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