

tiratura
30.000 copie

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.3 anno 6° - luglio/settembre 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

Franco Rossi
coordinatore SISAC

**Trattative: poche risorse
maggiori prestazioni**



**Né accanimento
Né eutanasia
"Ho il diritto di morire?"**



**Vere e rapide trattative
per il rinnovo del contratto
o reazione durissima**

n. 3

luglio - settembre 2008

ратиopharm in cardiologia

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

ратиopharm

Ramipril ratiopharm®

Enalapril ratiopharm®

Carvedilolo ratiopharm®

Doxazosina ratiopharm®

Amlodipina ratiopharm® Italia

Ramipril Idroclorotiazide ratiopharm®

Enalapril Idroclorotiazide ratiopharm®

Pravastatina ratiopharm® Italia

Simvastatina ratiopharm® Italia

Ticlopidina ratiopharm®

Fornitore ufficiale



Federazione
Italiana
Sport
Invernali

Consultare il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto sul sito www.formularatiopharm.it



Dalla copertina di questo numero vengono fuori due grosse priorità. Il rinnovo del contratto e il testamento biologico con tutto il corollario che si trascina dietro.

Per quanto riguarda il rinnovo del contratto il discorso è presto liquidato. La parte pubblica dopo aver dilapidato, nei tempi, risorse ingenti vorrebbe maggiori prestazioni a costo zero. Ma noi non ci stiamo. Se la categoria rimane unita, come sembra, da queste prime battute, nei confronti con la parte pubblica, credo che avremo modo di farci sentire.

Un discorso a parte merita un argomento come il testamento biologico, (non a caso è stata scelta una foto sicuramente inquietante), in merito al quale ho espresso delle riflessioni in altra parte del giornale.

Abbiamo inserito una nuova rubrica che abbiamo chiamato “Bacheca”, dove tutti i lettori troveranno spazio. Chiunque ha la possibilità di esprimere le proprie idee. Libertà medica è di chi lo legge non di chi lo scrive. Da queste prime pagine di Bacheca ancora una volta raccogliamo il disagio di chi pur lavorando bene, non ha quella soddisfazione che vorrebbe e dovrebbe avere, ma non anticipo nulla.

Un cenno al Comitato centrale e Consiglio Nazionale svoltosi a Milano il 4 ottobre. Una delle più belle pagine di democrazia che il nostro sindacato abbia mai espresso. Come sempre all'interno un ampio resoconto di come, pur rispettando le idee di una esigua minoranza, non si perde mai di vista l'interesse degli iscritti, dei medici in genere e dei pazienti, senza roboanti atteggiamenti demagogici di antica memoria. Non si va più sull'Aventino, si va al fronte, mantenendo la propria identità ma senza rifiutare le alleanze.

È giusto ribadire delle posizioni che Snam ha preso e porta avanti nel tempo: la burocrazia che è mamma della malversazione nella sanità, la lotta all'alcol negli adolescenti, siamo tutti responsabili della distruzione del loro futuro, e il nepotismo che imperversa più che mai, padre della immeritocrazia regnante nel nostro paese.

Dulcis in fundo. Snam in grande crescita per il numero degli iscritti; anche Libertà medica raggiunge un altro record: questo numero tiratura 30.000 copie.

E non finisce qui.

francesco.pecora@hotmail.it



In copertina: "baia"
Contrada Mazzaforno
Cefalù - Foto: frappè

LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Archiviato il Congresso di Cervia con l'unanimità.
Adesso il rinnovo della convenzione 3

ULTIM'ORA

Comitato Centrale. Consiglio Nazionale Snamì 5

BACHECA

7

TRE DOMANDE

Tempi non brevi per il rinnovo del contratto *Angelo Testa* 13

POLEMIZZANDO

Divergenze di opinioni *Augusto Pagani* 14

LA VOCE DEI SETTORI

La forza delle donne *Maria Cristina Campanini* 18

La continuità assistenziale: quale futuro? *Giancarmelo La Manna* 20

Ancora una volta abbiamo avuto ragione *Gennaro Caiffa* 21

Scuola Quadri Nazionale *Giorgio Massara* 22

DIRITTO SANITARIO

Nel sistema massimale il medico di medicina generale
deve conoscere i suoi assistiti *Ennio Grassini* 23

DALLE REGIONI

Bari - La presunta emergenza sanitaria *Antonio Chiodo* 27

DALLE PROVINCE

Bologna - Dobbiamo liberare risorse dalla riorganizzazione
dell'Assistenza Primaria *Marcello Zanna* 29

Rimini - Un sindacato è rappresentativo non solo per il numero di iscritti,
ma ma anche per la struttura organizzativa che sa creare *Valerio Nori* 31

ARTE MEDICA E SCIENZA

Il farmaco generico: occorre un'informazione di qualità *Mario Ugo Mirabella* 32

ATTUALITÀ

Copertura assicurativa e acquisizione di valido consenso informato
da parte del medico *Daniela Bernuzzi Bassi* 15

Né accanimento né eutanasia, ho il diritto di morire? *Francesco Pecora* 17

Perché aumentano i suicidi nel mondo? 21

Snamì si proietta all'estero con incontri internazionali 25

Molte le certificazioni di idoneità di lavoro e vaccinali cancellate.

Molti i certificati inutili 26

Una tassazione sostitutiva più equa salverà, nel fisco che cambia,
le future pensioni *Giuseppe Messina* 29

L'INTERVISTA

Intervista a Laura Asnaghi *Stefano Nobili* 35

Libertà Medica Snamì è presente sul sito nazionale www.snamì.org



la pagina del Presidente

Mauro Martini

Un Congresso unitario con una grande partecipazione

Archiviato il Congresso di Cervia con l'unanimità. Adesso il rinnovo della convenzione

L'aver chiuso il mio primo congresso da presidente nazionale con un'unica mozione oltretutto approvata all'unanimità è stato un indice di compattezza che mi ha commosso prima che reso orgoglioso.

Il merito però, come ho anticipato nel mio discorso introduttivo del congresso, è stato essenzialmente il frutto di un lungo e duro lavoro di tutti i componenti dell'esecutivo nazionale ma anche della collaborazione di tanti amici che hanno lavorato nell'ombra.

Questa crescente partecipazione nasce sicuramente dall'entusiasmo acceso dalle nuove proposte che hanno trovato il loro corollario nel "Progetto Me.Di.Co."

Non intendo dire che l'unanimità raccolta dalla mozione congressuale rispecchi una unità di intenti tra tutti gli iscritti.

Sarebbe una situazione "bulgara" la quale non solo non è rispettosa dell'ideale che ci ispira, ovvero la rappresentatività di tutti coloro che credono nei valori dello spirito Snami,

ma una situazione contraria ad ogni volontà di crescita che vede nella dialettica interna un grande momento di democrazia.

Sicuramente una frangia minoritaria che è legata ad una "resistenza per l'antico" e che non si sa adeguare alle situazioni contingenti è ancora presente.

Un pensiero agli iscritti, motore del sindacato che aumentano quotidianamente, ai quali bisognerebbe "dare" e non "chiedere", ma tutti devono fare la loro parte.

Mi piace ricordare alcuni passi diventati famosi del discorso di insediamento che fece J.F. Kenney nel gennaio 1961: *"Cominciamo daccapo, e ricordiamoci tutti che il contegno civile non è segno di debolezza e che la sincerità è sempre soggetta a riprova. Non negoziamo mai per timore, ma neppure temiamo mai di negoziare... Tutto ciò non sarà compiuto in cento giorni, né in mille giorni né durante questo nostro mandato né forse nel corso della nostra vita su questo pianeta. Ma cominciamo... Perciò, con-*

cittadini americani, non chiedete che cosa potrà fare per voi il vostro paese, chiedetevi che cosa potrete fare voi per il vostro paese...".

Chi governa un grande sindacato come il nostro deve saper coniugare lo spirito ispiratore che ci ha ricordato il fondatore dott. Passaretti nel suo intervento al congresso, con le necessità che nascono dalla realtà quotidiana. Ecco perché sono un assertore che chi è ai vertici sia nazionali che locali di un sindacato come il nostro debba essere attivo e presente nella professione; allontanarsene anche per pochi mesi fa perdere quel contatto con la realtà che ti permette di conoscere direttamente le problematiche.

Quindi l'unica richiesta che faccio a tutti gli iscritti è di continuare ad essere propositivi e farsi coinvolgere ad ogni livello, il mio impegno è e sarà sempre quello di essere la loro voce come è avvenuto per il nostro progetto Me.Di.Co.

Lo so che siamo ancora lontani... "ma cominciamo..."

la pagina del Presidente

Da luglio è partita la contrattazione per la nuova convenzione. Già da settembre ci siamo accorti che è un inizio di un confronto duro e non breve.

I presupposti non sono sicuramente buoni, ma questa volta abbiamo un vantaggio: le carte sono già scoperte: l'atto di indirizzo abbiamo avuto modo di studiarlo a fondo.

Parte pubblica ha dichiarato quanti sono i fondi a disposizione (ricordo il misero 4.85% per il primo biennio).

Noi abbiamo ora una controproposta, il progetto Me.Di.Co., che non solo mette in discussione tutto il castello dell'atto di indirizzo, ma prevede addirittura la possibilità di trovare ulteriori fondi. Oltretutto il nostro progetto ha suscitato grande interesse nel sottosegretario Fazio che lo sperimenterà a breve.

Richiamando sempre la frase di J.F. Kennedy *"Non negoziamo mai per timore, ma neppure temiamo mai di negoziare"*, siamo pronti alla sfida.

Se sarà necessario, e forse lo sarà, dovremo proporre azioni sindacali forti con forme di lotta che devono prevedere primariamente l'adesione di tutti i medici e quindi di tutti i sindacati e che nell'era dei media e dell'immagine si dovrà concretizzare anche con nuove forme di protesta.

La scuola quadri ha ripreso appieno la propria attività: penso che debba essere oltre che la palestra per i nuovi sindacalisti, una fucina di nuove idee. Ci aspettiamo grandi cose. I protagonisti saranno i docenti ma soprattutto i discenti con le loro domande e le loro osservazioni. ■



Tavolo SISAC: si riconoscono da sinistra Filomena Lopodoto, Franco Rossi e Simone Cuccia



Tavolo Delegati per lo Snam: si riconoscono da sinistra Mauro Martini, Francesco Pecora e Angelo Testa



ultim'ora

Clima sereno, voci dissenzienti una impercettibile minoranza

Comitato Centrale Consiglio Nazionale Snami

Seduta congiunta - Milano, 4 Ottobre 2008

Auditorium Caravaggio Boehringer Ingheleim

■ *a cura di Stefano Nobili*

La seduta congiunta ha permesso l'espressione di tutti i partecipanti in un clima sereno, che ricalca quello degli ultimi consessi. Le voci dissenzienti, in netta minoranza, ovvia manifestazione di un'assemblea democratica, peraltro concilianti nei toni, non hanno modificato l'andamento dei lavori. In particolare, il CC ha eletto a larga maggioranza una commissione costituita da cinque componenti di cui all'art.38, comma 3 dello statuto Snami, mai istituita fino ad ora, utile e necessaria a dipanare eventuali dispute tra gli iscritti dopo un eventuale deferimento ai probiviri.

Il secondo punto all'ordine del giorno ha riguardato la confluenza degli iscritti Snami nella dirigenza in CIMO, previa modifica statutaria della stessa organizzazione sindacale che dovrà prevedere l'istituzione di un settore Snami specifico al suo interno. Anche in questo caso la votazione ha visto una larga maggioranza.

Si è votato poi su di un punto ri-

guardante la libertà di ogni iscritto a partecipare a qualunque tipo di competizione elettorale: tale questione nasceva da una legittima istanza della collega Maria Cristina Campanini, Responsabile nazionale di Snami Rosa, la quale richiedeva il ritiro di una delibera di Snami Milano nella quale si inviava ai probiviri chiunque si fosse presentato al di fuori dei nominativi suggeriti da quella sezione provinciale per le prossime elezioni dell'Ordine dei Medici di Milano e provincia.

Snami Nazionale, con la grande maggioranza dei componenti del CC, ha espresso solidarietà a Maria Cristina Campanini e ribadito con il voto che **“la libertà di espressione e di partecipazione libera a qualsiasi competizione elettorale sono proprie della linea nazionale, senza impedimenti alla libertà individuale di autodeterminazione e di scelta politica o partitica di ognuno”**.

A questo punto la relazione del Presidente nazionale sulle novità in tema di trattativa per il rinnovo dell'ACN:

Mauro Martini ha informato CC e CN della convocazione per l'8 ottobre della seduta del Comitato di Settore a Roma. “Tutte le OO.SS. - ha detto Martini - sono disposte a trattare solo se verrà accettato almeno uno dei seguenti 3 punti:

1. accordo quadriennale, primo biennio economico (4,85% + lodo Fini 2005), associato ad una revisione del carico fiscale finalizzato a rimuovere le iniquità cui oggi la categoria è sottoposta;
2. accordo sul primo biennio riconoscendo quanto al punto 1 come aumento da erogare in tempi brevissimi con revisione riduttiva degli impegni dell'attuale ACN e prosecuzione immediata delle trattative per il completamento dell'ACN quadriennale, per avviare il cambiamento delle cure primarie, con successivi accordi e finanziamenti;
3. aumento del finanziamento complessivo in modo tale da poter comprendere anche gli investimenti iniziali per il cambiamento delle cure primarie.



ultim'ora

“È stata già rifiutata in partenza la proposta di parte pubblica di destinare alla trattativa decentrata (regionale-aziendale) il 30% di quel 4,85% -ha ricordato Martini-”, inoltre c'è già stato un recente incontro con la direzione dell'Agenzia delle entrate sul problema IRAP per il MMG e a tal proposito lunedì 6 ottobre a Padova Snamì e il sottosegretario alle finanze Giorgetti si incontreranno per studiare la possibilità di presentare un emendamento alla finanziaria che tolga finalmente l'IRAP e l'IVA attualmente obbligatoria per diverse certificazioni. Sembrano sussistere buone possibilità anche alla luce non solo delle sempre più numerose sentenze favorevoli ma delle informative che giungono alle sezioni provinciali dell'Agenzia delle Entrate di rinunciare al contenzioso nei vari gradi di giudizio. Il problema principale al momento è quello che il MMG, una volta vinta la battaglia del ricorso, non riesce a recuperare i soldi versati.

È utile che la questione sia chiarita da un emendamento di legge che stabilisca che i MMG non sono soggetti ad IRAP. Ed è quello che Snamì sta sostenendo.

Progetto Me.Di.Co: al sottosegretario Fazio è stato presentato il progetto Me.di.co che formerà la struttura portante per attuare l'H24. I presidi di continuità assistenziale saranno potenziati aumentando il numero dei colleghi e affiancando personale infermieristico e specialisti ambulatoriali interni come già previsto dal loro contratto.

Il Medico di Assistenza Primaria continuerà ad erogare assistenza nelle forme e nei modi attuali, quindi nulla cambierà. Per Lui.

Il Presidente ha inoltre ricordato che nelle Regioni con un grosso deficit sanitario di spesa (Sicilia Campania, Lazio), il sottosegretario Fazio è intenzionato a sperimentare nuove formule assistenziali per cui alcuni piccoli ospedali saranno adibiti a poliambulatori di emergenza territoriale (reparti di astanteria) con personale di provenienza dal 118.

Nella discussione per il rinnovo della convenzione si è ribadito che lo Snamì sostiene la non obbligatorietà a far parte di strutture come associazioni di gruppo o forme ancora più complesse, mentre la forma associativa auspicabile è la rete.

Da ultimo la richiesta di SISAC di conoscere la quota sindacale prevista dalle varie organizzazioni mediche:

per essere rappresentativi a livello nazionale e locale sarà fissata una quota di iscrizione minima annuale. Snamì per la maggior parte delle sue sezioni rientra ampiamente in questa nuova disposizione. Ciò è stato deciso per evitare che si siedano al tavolo della trattativa formazioni sindacali costituite con il pagamento di cifre irrisorie per delega.

Il CC e CN Snamì hanno approvato a larga maggioranza la relazione del Presidente Nazionale conferendo mandato di continuare, insieme con l'Esecutivo, nella linea politica fin qui seguita al fine di ottenere in tempi rapidi un rinnovo dell'ACN, oltre a decidere tutte le misure necessarie, fino allo stato di agitazione e forme di lotta incisive, qualora, dopo il prossimo incontro con parte pubblica non si arriverà ad una conclusione valida e vantaggiosa in tempi rapidi della trattativa nazionale. ■



L'esecutivo al completo al Comitato Centrale e Consiglio Nazionale a Milano del 4 ottobre scorso



bacheca

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Caro direttore, ho inviato queste mie riflessioni ai più importanti quotidiani nazionali e locali. Ma nessuno ha avuto il coraggio di pubblicarmele. Confido nel tuo coraggio ed in quello dello Snami.

Che la professione medica in Italia ed in particolare il medico di medicina generale abbia perso carisma, autorevolezza e fascino credo sia un fatto scontato. Le cause sono diverse: politiche, sociali, culturali, sindacali.

Analizzando brevemente la storia dal 1968 ad oggi si possono individuare tre elementi che hanno determinato la decadenza sociale, culturale, professionale ed economica di tutta la classe medica ed in modo specifico del medico di famiglia. Il primo di questi è stata una diretta conseguenza del '68 che si è manifestata con il varo, nel 1969, della legge codignola per mezzo della quale con qualsiasi diploma si poté accedere indistintamente in tutte le facoltà.

Accadde che geometri, periti commerciali, periti industriali, periti agrari e titolari di diplomi tecnici si iscrissero in massa in medicina. Mentre prima si poteva accedere solo con la maturità classica e scientifica.

Nonostante il numero dei medici rispetto alla popolazione di allora fosse adeguato e cioè di un medico ogni 500-600 abitanti come ha sempre definito l'o.m.s. l'effetto fu devastante. In pochi anni il numero dei medici salì in modo vertiginoso e in breve tempo si assistette alla penosa e degradante situazione della pleora medica, della disoccupazione e delle graduatorie regionali.

Rapidamente si è arrivati ad una densità di un medico ogni 110-120 abitanti forse lo scopo era di aumentare in modo indiscriminato il numero dei medici, di dividere l'intera classe medica, di indebolirla contrattualmente, di dequalificarla, creando disagio e disoccupazione il secondo avvenimento si concretizzò il 31/05/1978 con la firma da parte del sindacato medici mutualisti-fimm (futura fimmg) della convenzione unica o convenzione liberticida che imprigionò nell'elemosina del carcere a vita della quota capitaria, il compenso dei medici di famiglia. Una sorta di gratta e vinci per lo stato, prendi mille e paghi uno. Così

si compì il sacrificio della libertà professionale.

Dopo mesi dal terzo avvenimento in ordine cronologico che imbrigliò l'intera categoria nella legge di riforma del 28 dicembre del 1978, che decretò l'entrata delle forze politiche nella sanità e l'inizio del progressivo ed incontrollabile deficit del s.s.n. fino ai giorni nostri.

Dopo negli anni 80 si ebbero un paio di convenzioni poco più che sufficienti ma le successive furono sempre peggiorative fino all'ultima del 2005, un vero capolavoro di autolezionismo, pressapochismo ed irresponsabilità. Infatti lo Snami non la firmò. Senza contare che nell'arco di 30 anni la categoria ha perso almeno 10 anni di contrattazione perché circa 3-4 convenzioni sono state rinnovate nel periodo stesso della loro scadenza. A questo punto non si può non ricordare un articolo pubblicato su un periodico medico nel 2000, ben otto anni fa, che metteva in evidenza come gli emolumenti dei medici di medicina generale rispetto agli anni 70 avessero perso circa il 200% del potere di acquisto. Ogni commento sarebbe supefluo. Inoltre bisogna sottolineare la peculiarità, tutta italiana, della convenzione dei medici di famiglia. Inquadri dal punto di vista normativo e fiscale come liberi professionisti, hanno le spese di una piccola impresa, una pressione fiscale da liberi professionisti a prestazione ma sono retribuiti come dipendenti con delle tariffe che definire ridicole e lesive del decoro professionale è un eufemismo. Poco più di quattro euro, lordi al mese ad assistito tale situazione è ormai insostenibile ed intollerabile.

Purtroppo tutto ciò è il risultato di 30 anni di una politica sindacale scellerata, portata avanti ed egemonizzata da un sindacato che ha letteralmente svenduto alla parte pubblica la nostra professione e la nostra professionalità.

È impensabile come in un paese civile, quale si definisce l'Italia, un medico possa visitare, prescrivere, curare un assistito per tutto l'anno, ottemperare alle varie incombenze burocratiche e normative, sanzioni pecuniarie connesse, con 4 al mese. La retribuzione dovrebbe essere in rapporto all'importanza della professione che si svolge e dalle responsabilità che comporta.

In riferimento a ciò nel nostro s.s.n. non vengono riconosciuti ruoli e meriti ed esistono delle sperequazioni in-

bacheca

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

giustificabili. Queste ultime sono riconducibili al fatto che il medico difamiglia in ogni momento della sua professione distribuisce ricchezza ad altri. In parole povere dopo aver visitato, fatto diagnosi, impostato la terapia e prescritto i farmaci sotto la sua responsabilità automaticamente incanala fiumi di danaro alle industrie farmaceutiche da un lato e al farmacista titolare dall'altro.

Suppongo, se i dati in mio possesso sono giusti, che su ogni prescrizione medica al farmacista va il 33% ed il resto va all'industria.

In conclusione, facendo una similitudine con il calcio, è come se nelle varie squadre venissero retribuiti meglio, i

raccattapalle ed i magazzinieri anziché i calciatori. Un'azione sindacale seria ed all'altezza dovrebbe mettere in evidenza tutto ciò e proporre una più giusta e meritoria perequazione. Del resto il medico salvaguarda la salute pubblica e senza salute non esiste benessere nè lavoro.

Al prossimo rinnovo della convenzione ci si auspica che tutti i colleghi di medicina generale facciano fronte comune per arrivare anche a forme di protesta eclatanti se non si raggiungerà un risultato dignitoso sia dal punto di vista normativo sia economico.

Francesco Carobene
studiomedicocarobene@tiscali.it

...

Egregio Direttore, ho letto e condiviso il Suo editoriale pubblicato sul n. 2 del notiziario Snamì. Come ho già segnalato all'altro sindacato - mail rimasta, come sempre, lettera morta - dal confronto quotidiano con i Colleghi MMG emerge che l'unico provvedimento che potrebbe realmente cambiare qualcosa nella nostra attività (talora "battaglia") quotidiana a costo zero per la Parte pubblica sarebbe l'introduzione di un ticket - anche di soli 3 euro - per l'accesso in studio, e del pagamento delle visite domiciliari. Impopolare, certo, ma sicuramente risolutivo per migliorare la qualità del nostro lavoro, per ridurre le prescrizioni, per limitare il rischio di burn-out. Si potrebbe dotare ciascun assistito di una tessera che consente-ad esempio - dodici accessi gratuiti in ambulatorio all'anno, esaurita la quale il paziente dovrebbe acquistarne un'altra per ulteriori 10-12 accessi al costo di 30 euro. Collateralmente, andrebbe autorizzata la possibilità, per i lavoratori dipendenti, di autocertificare i primi 3 giorni di malattia (il datore, se non si fida, ha sempre a disposizione i medici fiscali di INPS e ASL). Altro che forme associative spinte o amenità tipo H12 o H24... Se mai passassero provvedimenti del tipo che ho descritto, personalmente sarei soddisfatto anche senza prendere un cent in più della miseria indegna che l'ASL mi versa ogni mese. Grazie se avrà la pazienza di leggermi. Cordiali saluti.

Dr. G. Ferraro - Torino

*Che strana cosa sono il piacere
e il dolore; sembra che ognuno
di loro segua sempre
il suo contrario e che tutti e due
non vogliano mai trovarsi
nella stessa persona.*

*Chi vuol muovere il mondo
prima muova se stesso.*

*Ero veramente un uomo
troppo onesto per vivere
ed essere un politico.*

Socrate
(469 a.C. - 399 a.C.)
filosofo greco

bacheca

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

L'imposizione del massimale di scelte dell'articolo 39 dell'Accordo Collettivo Nazionale viola l'articolo 27 del codice di deontologia medica.

Caro Direttore, troppo spesso leggo e sento dire che Stato Regioni e ASL si comportano verso i medici di medicina generale convenzionati in modo scorretto, che abusano del loro potere, che impongono burocrazie e controlli ingiustificati, che dimenticano o ritardano compensi dovuti. Sempre più raccolgo il lamento del professionista di medicina generale convenzionato, che “il mio è un lavoro sempre più pesante”, che “per fortuna faccio anche il dentista, o l'omeopata o lo specialista privato”, che “non me la sentirei mai di consigliarlo a un collega appena laureato”. Ebbene, amici, preparatevi all’“orripilazione” nel leggere la mia opinione.

Ritengo che tutto ciò sia meritato, in quanto conseguenza di un peccato capitale contro gli dei fondatori della medicina e della libertà, effetto di un profondo masochismo che offre il fianco ai peggiori maltrattamenti, un errore di cui dovremmo al più presto pentirci e liberarci.

Come si fa a non sentirsi autorizzati a prendere a pesci in faccia un gruppo di professionisti che nel redigere e firmare l'accordo che disciplina la convenzione con Stato Regioni e ASL hanno calpestato senza il minimo dubbio o ripensamento un articolo fondamentale del codice di disciplina deontologica? Si è trattato di una venale dimenticanza?

Possibile che un quinto (?) della popolazione medica abbia avallato tramite i suoi rappresentanti sindacali un accordo di legge ignorando l'articolo 27 che stabilisce: “Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino. È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.”? E l'ACN non è un accordo tra medici che nello specifico dell'Articolo 39 tende a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta?

Possibile che nei quattro quinti restanti di medici: dei servizi, ospedalieri, universitari, presidenti e consiglieri de-

gli Ordini, della FNOMCeO, dell'EMPM, nessuno si sia minimamente accorto della gravissima trasgressione?

Non avremmo dovuto a ragione essere sottoposti tutti a trattamento disciplinare?

Ricordo che l'Art. 1 del Nostro Codice recita: “Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice e degli orientamenti espressi nelle allegate linee guida, la ignoranza dei quali, non lo esime dalla responsabilità disciplinare.” O forse si è trattato di un nobile gesto di equità?

Allora perché è stato posto un limite al numero massimo di scelte dei pazienti, ma è stato permesso l'esercizio contemporaneo dell'odontoiatria (seppure in forma non convenzionata), che richiede una doppia iscrizione all'Ordine? Possibile che il convenzionato possa fare il medico necroscopo, fiscale, la guardia medica, l'agopuntore, l'osteopata, e non avere un numero illimitato, vale a dire autolimitante, di pazienti in convenzione? Forse ci affolliamo al Lucullo di Roma perché amiamo il rischio di una contravvenzione per sosta vietata e non per gli insuperabili pasticcini?

Ci facciamo difendere dall'Azzecagarbugli di Milano perché è a due passi da casa e non perché conosce tutti i cavilli per risolvere il nostro problema? Voliamo a Rio de Janeiro dal Pitanguy di turno perché ci entusiasma il viaggio al tropico e non la speranza di un naso perfetto?

Quale paura ha fatto decretare ai Sindacati Firmatari del primo ACN la condanna alla morte della libera concorrenza, della meritocrazia, della libera professione?

Nel 2004, martellato nei genitali dal fisco, e dopo 20 anni di professione puramente privata, decisi di procurarmi lo scudo della Continuità Assistenziale. Ora, per la proprietà transitiva comune a molti obbrobri presto trovarmi di fronte all'offerta di un “posto fisso” (l'idea mi fa ridere) di Medico Generalista Convenzionato della Regione Lombardia. Ed è per questo che mi domando:

- mi piacerebbe trascrivere su ricettario SSN le prescrizioni di altri medici (cheché se ne dica alla fine mi toccherebbe farlo)?
- sarei felice di ripetere fino alla pensione le ricette di insulina e morfina a pazienti che quasi certamente non

bacheca

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

guariranno, e che anche eventualmente guariti ben si guarderanno dall'assumerle seppure a spese della collettività?

- sopporterei che il collega alcolizzato (che si curi finalmente! È un suo diritto) continui ad avere lo stesso numero di pazienti e lo stesso mio stipendio? Siamo sicuri che i suoi assistiti abbiano veramente libertà di scelta? Gli diamo una pensione, ok, ma i pazienti bisogna toglierli.
- non sarei preso da conati di vomito nello stampare in eterno le note e contronote di farmaci che sarebbe più giusto stampassero le ASL e i farmacisti? Gradirei ritagliare i moduli INPS fabbricati in dimensioni sbagliate e tali da non passare nel carrello della stampante?
- non entrerei in uno stato di indignazione perenne, toccando giornalmente con mano che il pluripensionato banchiere e senatore a vita ex Presidente Ciampi (almeno è simpatico) fruisca dell'esenzione per età come il multimassacrato pensionato delle Miniere di Carbonia? Che la figlia di sette anni del sottoscritto (un libero professionista) sia visitata gratis dal pediatra al pari del suo compagno di scuola figlio del mio inquilino pakistano voltantinista precario?

- potrei mai smettere di sognare di gestire di poter investire finalmente il milione di euro che m'ha lasciato lo zio d'America in un ambulatorio di Medicina Generale Convenzionata, con 10 dipendenti tra informatici, infermieri, medici e la bellezza di 5000 pazienti che vogliono sempre essere visitati dal sottoscritto o dai suoi allievi?

Volete che continui? Parliamo di come il compenso secondo la quota capitaria sia una seconda corda al collo del Medico Generalista Convenzionato?

Vogliamo appellarci agli articoli 3, 11, 41 e 117 della Nostra Costituzione e ancor più agli articoli 43, 49, 81, 82 e 86 del Trattato istitutivo della Comunità europea, sui cui è basato il Decreto Legge Bersani del 2006, che prevedono ad "assicurare l'osservanza delle raccomandazioni e dei pareri della Commissione europea, dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato e delle Autorità di regolazione e vigilanza di settore"?

[Invece di una rifondazione della Medicina Generale, non sarebbe meglio un più glorioso Rinascimento?]

Stefano Marcelli, Medico-scrittore
Asl BS 315 - Vallecamonica Sebino



Valle Camonica, Parco dell'Alto Sebino

Fonti

Federazione nazionale degli ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri

Codice di deontologia medica, 16 Dicembre 2006

- Titolo I - Oggetto e campo di applicazione - Art. 1
- Titolo III - Rapporti con il cittadino
 - Capo II - Doveri del medico e diritti del cittadino
 - Art. 27 - Libera scelta del medico e del luogo di cura

Accordo collettivo nazionale rapporti con i medici ai sensi dell'art.8 Del D.Lgs. N. 502 Del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni

- Art. 2 - Livelli di contrattazione. Il livello di negoziazione nazionale individua: a) le garanzie per i cittadini;
- Art. 39 - Massimale di scelte e sue limitazioni.



bacheca

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Caro direttore, ho letto e molto apprezzato gli ultimi numeri di Libertà Medica Snamì e ritengo che sia cosa giusta fare sapere a quanti più colleghi a quale punto di degrado e violazione della nostra dignità di medici siamo arrivati.

Ovviamente mi riservo ogni azione giudiziaria. Ti allego integralmente quanto ho ricevuto da una azienda metalmeccanica. Agli amici lettori il commento.

Elio Chiarenza
MMG S. Pietro Clarenza - CT

.....

DITTA ABC CBA

RACCOMANDATA A.R.
Preg.mo Signor Dott. E.C.

Oggetto: *attestato di malattia del lavoratore xy*

Con la presente La informiamo che il lavoratore in oggetto il giorno xy alle ore 11.05 si è presentato presso i nostri uffici ed ha presentato l'attestato in oggetto, alla domanda di attendere qualche minuto ha risposto di avere altro da fare.

Intendiamo ora ricordarLe che i primi tre giorni di malattia sono a totale carico del datore di lavoro e che, per detto motivo, sfuggono anche al controllo dell'INPS.

Per quanto sopra detto ed avendo constatato che il giorno 5 5 5 il lavoratore godeva di buona salute La diffidiamo in futuro a rilasciare attestati di tre giorni ove NON sono assolutamente indispensabili perché è chiaro che questi attestati finiscono con il nascondere un comportamento NON corretto del lavoratore con l'evidente favoreggiamento da parte del Medico curante.

Distinti saluti
Firma ditta

Caro Direttore, dalla lettura del giornale Libertà Medica Snamì mi accorgo che da un anno a questa parte tante cose sembrano cambiate cominciando dalla bella rivista che dirigi.

Dico sembrano, perché dopo tanti proclami non vedo ancora nulla. Probabilmente ci vuole più tempo per vedere fatti tangibili.

Ma quanto dobbiamo soffrire ancora?

Il lavoro aumenta, i funzionari della ausl diventano sempre più arroganti, di soldi non se ne parla nemmeno. Ed allora cosa si aspetta a riscaldare l'autunno? Si sono succeduti tanti governi in questi ultimi anni, nulla è cambiato.

Allora se la destra è come la sinistra e se i pazienti hanno assunto nei nostri confronti un comportamento irrispettoso, quanto tempo ci rimane a non cadere nella irreversibilità del danno irreparabile.

Lo Snamì è il terzo sindacato che cambio in quindici anni di onorata attività.

Ho ammirato il coraggio della non firma del vecchio accordo nazionale. Ma vi prego, non unitevi ai camerieri dei partiti, dei servitori dell'ENPAM o della FNOM.

Non deludetemi anche voi.

Mario F. Roma

“
*Se l'uomo potesse amare il suo
prossimo come fa con i cani,
il mondo sarebbe un paradiso.*

J.P. Donleavy
(1926 - vivente)
scrittore irlandese

”

bacheca

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Caro Direttore, il mese scorso, mentre mi trovavo in vacanza nel Regno Unito, ho letto su “The Times” del 18 settembre un breve articolo nel quale si riferiva che negli Stati Uniti, a seguito di controlli della F.D.A., era stata sospesa la vendita di oltre 30 farmaci della Ranbaxy, la maggiore azienda di generici dell’India in quanto si nutrivano dubbi sulla loro sicurezza. Premetto che sono stato tra i primi medici a seguire con interesse l’arrivo dei generici in Italia, non nutro alcun pregiudizio verso di essi, e penso che rappresentino una reale opportunità di risparmio per il Servizio Sanitario.

Ciò che non mi piace è che da noi non si leggano notizie su provvedimenti limitativi sulla vendita di farmaci e che addirittura non si siano diffuse precise informazioni sullo scandalo delle registrazioni irregolari di alcune medicine.

Fino ad oggi molti medici hanno espresso un parere negativo sui farmaci generici. Io ciò lo imputerei al fatto di aver subito le pressioni delle ASL, legate esclusivamente a

motivi di risparmio, e purtroppo alla troppa libertà dei farmacisti, ai quali è stato concesso di dispensare i generici di qualunque azienda a loro insindacabile giudizio.

È appena il caso che ricordi che è assurdo e nocivo introdurre novità nella sanità mantenendo ai margini i medici. Anche nella prescrizione dei generici il medico deve occupare un ruolo centrale, e deve essere sicuro che, ogni qual volta desidera indicare accanto al nome chimico della sostanza il nome del produttore nel quale ripone fiducia o perché non vuole creare pericolose confusioni nel paziente spesso sconcertato da confezioni sempre diverse nella foggia e nel colore, le sue indicazioni saranno puntualmente seguite.

Concludo asserendo che il medico prescriverebbe di più e più volentieri i generici se fosse sicuro che i controlli sui farmaci fossero molto severi e che venissero ammesse sul mercato, solo le aziende che offrono il massimo della affidabilità.

Fulvio Leonardi MMG, Torino

ATTUALITÀ

CONTINUANO GLI ATTACCHI AI MEDICI

Intervento pesante del Presidente Bianco affinché “la spirale di parole contro i medici inutilmente devastante” si fermi.



Amedeo Bianco

Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), dopo le dichiarazioni di alcuni componenti del Governo - il ministro **Renato Brunetta** e il sottosegretario **Carlo Giovanardi** ha inviato una lettera al ministro **Maurizio Sacconi**. “A chi giova - si chiede Bianco - l’affermazione che sarebbe opportuno eseguire test antidroga sui chirurghi prima dell’ingresso in sala operatoria o pubblicare i curricula dei medici per consentire ai cittadini di capire “se sono bravi, se sono macellai, quanti ne hanno ammazzati” Bianco denuncia il “forte disagio dei medici”, a queste dichiarazioni. **Bianco** dice: “Non mi sfugge il fatto che, nella moderna comunicazione, l’uso delle parole - sia molto più disinvolto rispetto al recente passato, ma mi chiedo e le chiedo se ha dei limiti e dove è giusto posizionarli”. “Come lei sa, la sicurezza

delle cure - continua **Bianco** - è un tema straordinariamente sensibile nella mente e nei cuori di ciascuno di quei milioni di cittadini che ogni giorno approcciano, dalle procedure più semplici a quelle più complesse, il nostro sistema di cure, quello di cui lei porta onori e oneri”. **Bianco** insiste ancora “Come avrà constatato, nessuno, ancorché insultato, si è sottratto al merito delle questioni, offrendo invece collaborazione per le soluzioni più appropriate ai problemi posti. Ritengo però opportuno, e le chiedo fortemente, un autorevole intervento perché questa spirale di parole, inutilmente devastante, ritrovi equilibrio e sobrietà, per consentire quindi il dialogo e la collaborazione. La buona vita e la buona sanità, come lei giustamente dice, hanno bisogno anche di buone parole”.

LmS



tre domande

di Angelo Testa

Franco Rossi coordinatore SISAC

Tempi non brevi per il rinnovo del contratto

Il Governo in carica sembra non intenda discostarsi, almeno per ora, da quelle che sono le indicazioni espresse dal Comitato di Settore



foto: frappè

■ di Angelo Testa

Che tempi prevede per la chiusura dei contratti dei MMG, alla luce di questo contesto politico?

I tempi per la chiusura dell'accordo sono legati a due variabili: la prima è la capacità delle parti di trovare un accordo e la seconda è legata alla disponibilità delle risorse finanziarie per coprire il costo dell'accordo stesso.

La totalità delle risorse, in base alla legge n° 133 del 6 agosto scorso, non sarà comunque disponibile prima del 2009.

Convergenze e divergenze in SISAC a fronte di una disomogeneità politica tra ministero e alcune regioni?

La SISAC è un organo tecnico che lavora sulle linee di indirizzo del Comitato di Settore per la sanità. Se il Comitato di Settore non modifica le linee di indirizzo, la SISAC continuerà

a seguire le indicazioni ricevute e quindi a muoversi sulla base della piattaforma presentata a luglio alle organizzazioni sindacali. Posso comunque affermare che non mi sembra che il Governo in carica intenda discostarsi, almeno per ora, da quelle che sono le indicazioni espresse dal Comitato di Settore: organizzare la medicina del territorio e il lavoro in gruppo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali nell'ottica di un miglioramento dell'assistenza al cittadino.

Come pensate di coniugare la richiesta di maggiori prestazioni da parte pubblica con le poche risorse che intendete investire?

La Parte Pubblica chiede innanzi tutto di organizzare meglio l'attività dei medici, in modo tale che siano possibili significativi progressi in termini di accesso ai servizi da parte dei cittadini e di qualità dell'assistenza agli

stessi erogata. Da questo punto di vista i costi aggiuntivi, gravanti sui medici, dei cambiamenti richiesti sono inesistenti. Al contrario la nuova modalità di lavorare in gruppo, in via ordinaria fatte salve le necessarie eccezioni, presenta notevoli vantaggi per gli stessi medici soprattutto ma non solo sotto il profilo professionale. Inoltre sulla base di questa nuova e generalizzata modalità di lavoro sarà molto più agevole aumentare l'orario di apertura degli studi, garantire più assistenza a domicilio, prendere in carico con continuità più pazienti, eccetera, cioè introdurre dei miglioramenti dal costo marginale minimo che possono perciò essere finanziati con le risorse del contratto. Le Regioni che non dovessero impegnarsi in questo cambiamento e che si limitassero secondo la vecchia logica a chiedere più prestazioni ai singoli medici si vedranno probabilmente costrette ad aggiungere ulteriori risorse a fronte di tali richieste. ■



polemizzando

Augusto Pagani

Triste analisi dei fatti, ma non fuga dalle responsabilità

Divergenze di opinioni

Lettera mai inviata ad uno dei tanti Roberto delusi e demotivati

■ *Augusto Pagani*
Presidente Provinciale di Piacenza

Caro Roberto, rispondo volentieri alla tua lettera, in modo diretto e franco, come si conviene fra colleghi che si stimano e si rispettano, anche se hanno opinioni differenti.

Sei convinto che l'Ordine ed i Sindacati medici non abbiano fatto quanto avrebbero potuto e dovuto fare per tutelare la nostra professione e che ormai sia inutile discutere, fare delle proposte, programmare delle azioni di protesta, tanto la situazione è compromessa.

Sei oberato dalla burocrazia, dai controlli, dalle linee guida e dai reports che valutano la appropriatezza della tua attività, ma sei rassegnato a subire tutto questo, e non ti chiedi nemmeno più se sia giusto o no, se sia utile o no.

Sei deluso dai rapporti che hai con i colleghi, medici di famiglia e specialisti senza distinzione, e ti isoli sempre di più, ed inevitabilmente rimani sempre più solo a fronteggiare le richieste e le pretese dei tuoi assistiti, per i quali costituischi a tutti gli effetti la porta di accesso ai servizi del Siste-

ma sanitario nazionale. E come ogni bravo portiere devi rispondere al telefono, accogliere alla reception, prenotare i servizi, e talvolta devi anche portare i bagagli, chiamare il taxi, dare informazioni sulla città e sui dintorni.

Sono d'accordo con te sulla triste analisi dei fatti, ma non sulla fuga da ogni responsabilità personale e collettiva.

Troppo facile e troppo comodo attribuire ad altri le colpe di quello che non va e lasciare ad altri la fatica di cambiare quello che non va'.

Caro Roberto, so che sei una persona onesta e sincera e che sei un bravo medico; sei giovane, brillante e simpatico; hai tutte le caratteristiche ideali per rappresentare i colleghi e difendere le loro idee ed i loro interessi.

Il Sindacato e l'Ordine hanno bisogno di gente come te, disposta a sacrificare un pochino del proprio tempo libero per occuparsi dei comuni problemi professionali. Pensaci.

Mi auguro che vorrai presto raccogliere il mio invito, nell'interesse esclusivo del Sindacato e dell'Ordine. ■



"MMG: camerieri senza testa?"

Copertura assicurativa e acquisizione di valido consenso informato da parte del medico

■ Daniela Bernuzzi Bassi



Un profilo sul quale è opportuno focalizzare l'attenzione è quello relativo al consenso informato esaminando, in particolare, le clausole contenute nelle polizze di rc professionale del medico che si occupano di tale aspetto.

Nella maggior parte delle polizze destinate ai medici si richiede, ai fini della operatività della garanzia, l'acquisizione di valido consenso informato scritto, non rispondendo la compagnia assicurativa di eventuali responsabilità imputabili esclusivamente ad assenza di valido consenso informato.

La ragione di tale previsione risiede nel fatto che la acquisizione da parte del medico di un valido consenso informato in forma scritta, rappresenta per quest'ultimo una importantissima forma di garanzia, in mancanza della quale il medico che pure abbia correttamente eseguito la sua prestazione, non riesce ad essere adeguatamente difeso in caso di controversie con il paziente.

Ed invero, la doverosità del consenso informato del paziente si fonda sul principio etico-giuridico secondo cui nessuno può essere sottoposto ad un trattamento sanitario se non ha previamente espresso il proprio libero assenso.

Le norme che regolano e definiscono il consenso informato sono: in primo luogo la Costituzione ed, in particolare, gli artt. 13 (inviolabilità della libertà personale) e 32 (che consacra il principio a mente del quale la salute è un diritto fondamentale dell'individuo e che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizioni di legge); poi, il Codice Deontologico del Medico Chirurgo e dell'odontoiatra ed, in particolare, l'art. 30 (rubricato "informazioni al cittadino") e l'art. 32 (rubricato "acquisizione del consenso", in base al quale detto consenso deve essere reso al paziente in forma scritta ed inequivocabile prima di intraprendere procedure diagnostiche o terapeutiche particolari o potenzialmente lesive dell'integrità fisica).

Una delle domande che più frequentemente ci viene posta è la se-

guente: **quando in una polizza si rinviene la clausola a mente della quale la garanzia assicurativa non sarà operante per responsabilità imputabili esclusivamente ad assenza del consenso informato scritto, come opera la copertura assicurativa nell'ambito di un giudizio di responsabilità professionale di un medico laddove il paziente deduca esclusivamente di avere subito un danno senza tuttavia porre in alcun modo la questione relativa al rilascio di valido consenso informato?**

Ribadito che la mancata acquisizione di valido consenso informato costituisca uno specifico titolo di responsabilità a carico del medico, indipendentemente dall'esito dell'intervento eseguito sul paziente, laddove il paziente imputi al professionista esclusivamente un tale tipo di responsabilità, è evidente che la copertura assicurativa - a fronte di una clausola quale quella sopra riportata - non possa operare.

Diversa è invece la fattispecie nella quale il paziente imputi al professionista di avere subito un danno a seguito di un intervento, senza in alcun modo porre detto danno in correla-

zione con l'acquisizione o meno di un valido consenso informato.

In tale caso, la polizza assicurativa nella quale sia inserita una clausola del tenore di quella in esame sarà comunque operativa, anche nell'ipotesi in cui il medico non abbia raccolto un valido consenso informato. Ciò in quanto tale ultimo profilo non è in discussione e non prevedendo la clausola contenuta in polizza una generale esclusione della garanzia per tutti i casi di mancata acquisizione di valido consenso informato, ma limitando la esclusione ai soli casi di responsabilità derivante esclusivamente dalla assenza di valido consenso informato scritto.

Si rinvengono sul mercato assicurativo anche clausole contenute nelle polizze rivolte ai medici che prevedono formule diverse relativamente al rapporto intercorrente tra la copertura assicurativa e l'acquisizione di valido consenso informato, alle quali occorre prestare molta attenzione.

Vi sono ad esempio clausole che, a differenza della situazione in precedenza esaminata, escludono qualsiasi copertura assicurativa in mancanza di valido consenso informato scritto, a prescindere dalla tipologia di responsabilità fatta valere dal paziente.

Vi sono poi clausole che limitano e/o escludono la copertura assicurativa in mancanza di valido consenso informato, senza precisare i criteri di riferimento (scritto? verbale?) che verranno presi in considerazione - al momento della trattazione del sinistro - al fine di verificare la effettiva validità di tale consenso, con ciò lasciando mol-

ta incertezza sulla concreta portata applicativa della garanzia assicurativa che potrebbe variare di volta in volta.

Ancora, vi sono polizze che limitano la copertura assicurativa nel senso di prevedere scoperti e/o franchigie a fronte della mancata acquisizione di valido consenso informato. Anche in questo caso occorre prestare particolare attenzione perché la polizza, a fronte magari di un aumento

di premio, potrebbe "millantare" la concessione di una garanzia estremamente ampia, che copre anche la mancata acquisizione di valido consenso informato, mentre in realtà, di fatto, tale apparente maggiore garanzia viene svuotata dalla misura dello scoperto e/o della franchigia, spesso previsti in importi tali da non permettere in concreto la operatività della garanzia. ■

Insurance Leader 1981 since

MEDICAL DIVISION

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

NUOVA POLIZZA DEL MEDICO 2008

RESPONSABILITÀ 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 attività che l'Assicurato svolge legittimamente nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti.

NUOVE GARANZIE 2008

- RETROATTIVITÀ ILLIMITATA
- GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA
- FORMULA YOUNG
NEO ISCRITTI DA NON PIÙ DI 3 ANNI ALL'ALBO

OLTRE A QUELLE GIÀ ESISTENTI

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

assita@assita.it
Numero Verde
800-237220

NOVITÀ 2008

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE

MEDICI OSPEDALIERI

COMPRESA INTRAMENIA E RESPONSABILITÀ 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. 203086 - R.E.A. N. 1066653 - C.F./P.Iva 04937580159

www.assita.com assita@assita.it

Tabella riassuntiva dell'accordo SNAMI-ASSITA

“la pietà” opera di Klarita Pandolfi

ATTUALITÀ

È utile il testamento biologico?
Al medico l'ultima parola

**NÉ ACCANIMENTO NÉ EUTANASIA
“HO IL DIRITTO DI MORIRE?”**

Francesco Pecora

Era nelle mie intenzioni invitare a confronto più personalità della cultura e della religione a esprimere un parere su una problematica che da sempre ha diviso le idee e le convinzioni.

Oggi più che mai il problema è diventato di attualità. Ho cambiato idea. Il problema è diventato di troppa attualità. Se ne discute come il lunedì dopo le partite di calcio. È diventato argomento da bar dello sport, chiunque esprime idee e giudizi su aspetti etici deontologici e forse pure religiosi senza avere spesso non solo la competenza ma neppure le capacità per esprimerli.

Si è sentito di tutto e da tutti. È diventato argomento di diatriba politica. Abbiamo permesso che la vita e la morte finissero addirittura sui banchi di parlamento e senato e che divenissero argomento di destra o di sinistra.

Abbiamo permesso la costituzione di una Commissione sugli stati vegetativi e sugli stati di minima coscienza, istituita al ministero del Welfare. Ma chi sono questi commissari? E a che titolo si arrogano il potere di poter codificare regole non codificabili se non dalla scienza e coscienza del medico curante. Abbiamo permesso che ambienti ecclesiastici si scontrassero con gli ambienti scientifici, per modificare nella discussione le proprie idee e le proprie convinzioni. Ma chi sono questi scienziati e questi ecclesiastici che si arrogano questo diritto? Si leggono frasi come: “Occorre rimettere in discussione la definizione



di morte cerebrale”. Lo scrive l'Osservatore Romano. Ma chi è l'Osservatore Romano per arrogarsi il diritto, non di rimettere in discussione, ma addirittura di discutere con clamore di argomenti che devono essere sussurrati?

Anche i magistrati, chiamati giustamente in causa, intervengono con richiesta di consulenze che a detta dei magistrati stessi la parte scientifica aggiorna, ovvero cambia ogni mese.

Siamo addirittura arrivati alle sentenze della corte di appello.

Si sta mettendo a punto un Registro Nazionale degli stati vegetativi per contare gli italiani in questo stato, ma riusciranno i medici di buona volontà a fermare questo scempio.

Adirittura sono 8 o 10 i disegni di legge sul testamento biologico o le dichiarazioni anticipate di trattamento, depositati in Commissione Igiene e sanità del Senato. È una deriva!

Non voglio parlare di criterio di morte cerebrale per sancire la morte di un individuo, cadrei anch'io nella trappola del blaterare per blaterare. Abbiamo perso di vista la pietà, “la pietas” il sentimento che induce l'uomo ad amare e rispettare il prossimo e che non venga travisata nell'accezione dispregiativa, ovvero la pietà che viene provata verso soggetti o situazioni tristi, indecorose, disperate.

Che si lasci al medico la decisione ultima per la quale è stato da sempre deputato. Ma vi prego, sottovoce.



la voce dei settori

Maria Cristina Campanini

Fiuggi, 13-14 giugno 2008 - Prima Conferenza Nazionale della professione medica

La forza delle donne

Poche, sempre poche, ancora poche le donne che raggiungono posizioni apicali

■ *Maria Cristina Campanini*
Coordinatrice Nazionale Snam Rosa

La maggioranza di Ordini professionali, sigle sindacali e società scientifiche del mondo sanitario, politici e rappresentanti del Governo insieme a circa 800 medici per trovare soluzioni e progetti comuni e concreti.

Sei gruppi di lavoro che hanno visto un impegno collettivo che si riassume nello slogan della riunione “i medici per una buona sanità”, a indicare la forte volontà di riappropriarsi della nostra professione, e in un documento programmatico che riporta le varie dichiarazioni di consenso delle differenti sessioni di lavoro.

Le mie impressioni e i dati della sezione dedicata alle donne medico

I numeri parlano chiaro: il mondo della sanità si sta femminilizzando con un trend costante che permetterà che, nel 2017 l'80% dei medici sarà rappresentato da donne. L'incremento numerico dagli anni '70 a oggi delle donne iscritte (e laureate con voti medi pari a 107/110) è stato del 1900%. I

dati del centro studi FNOMCeO rilevano che nel 2007 su 5731 laureati ben 3736 sono donne; andamento analogo nella laurea in odontoiatria; nella disciplina di psicologia circa il 95% delle laureate sono di sesso femminile. Questi dati a oggi fanno sì che nella fascia di età più giovane (sotto i 35 anni) oltre il 70% dei medici sia già rappresentato da donne.

Poche, sempre poche, ancora poche le donne che raggiungono posizioni apicali: siamo il fanalino di coda dell'Europa per la presenza di ricercatrici; i dati del CNR riportano che per raggiungere l'equilibrio tra i sessi per l'incarico di professore ordinario ci vorrebbero 179 anni, andando avanti con i parametri di assegnazione attuali. Le dirigenti di struttura complessa sono l'11% e a oggi solo la collega Roberta Chersevani (che ha condotto i lavori della sezione femminile di Fiuggi) riveste la carica di Presidente dell'Ordine dei Medici di Gorizia: unica donna a rappresentare una professione sempre più declinata al femminile su 103 Ordini Professionali.

Certo l'impegno sociale, sindacale, politico (nel senso civico di polis), or-

dini-stico e di carriera diventa difficile se si considera che al lavoro in studio per le donne si aggiunge una media di 347 minuti al giorno per la gestione della famiglia, lavori domestici, assistenza ai figli e ai genitori (spesso anche del marito). Questo dato si rispecchia nel fatto che il 30% delle donne medico che rivestono posizioni di vertice sono single o separate (negli uomini la percentuale è di tre volte inferiore).

Io considero il mondo per quello che è: un palcoscenico dove ognuno deve recitare la sua parte.

William Shakespeare
(Stratford-upon-Avon, battezzato il 26 aprile 1564 - Stratford-upon-Avon, 23 aprile 1616) drammaturgo e poeta inglese

la voce dei settori

Esaminati i dati di fatto della condizione femminile con relazioni precise e aggiornatissime da parte delle relatrici della riunione che hanno fatto un quadro nei differenti settori della medicina, generale, dipendenza, pediatria, specialistica ambulatoriale e libera professione, dopo un'animata discussione e con il supporto e appoggio dell'Onorevole Dorina Bianchi della Commissione Sanità del Governo si sono fatte proposte che sono state allegate al documento finale prodotto a disposizione di cittadini, istituzioni, politici e colleghi che vogliono integrarle e migliorarle.

Mi unisco quindi a caldeggiare la cultura partecipativa e consapevole di genere, a mio avviso questa deve partire dalla formazione universitaria dell'ultimo biennio di studi con corsi di orientamento e promozione di genere, considerando le pari opportunità come diritto (per entrambi i sessi) applicabile alla società, come linea guida delle attività professionali. Qualsiasi discriminazione o mancata facilitazione (segregazione orizzontale e verticale, differenza salariale, limitazione alla progressione di carriera, ostacolo alla conciliazione dei tempi lavoro-famiglia) va cercata, segnalata e rimossa da e con le donne impegnate in sanità. Non siamo "il problema delle pari opportunità" o "la problematica delle donne che lavorano": siamo un dato di fatto numerico che sempre più sarà determinante per l'equilibrio economico del nostro paese. La diversità di genere non va ostacolata ma valorizzata, come pa-

trimonio comune, come valorizzazione di significati e valenze individuali. Le cosiddette "azioni positive" a favore delle donne devono partire anche e soprattutto dalle donne: estensione del part time (come periodo e applicabilità), flessibilità di orario e di carichi lavorativi, affiancamenti temporanei non solo per la maternità ma anche per problemi di gestione familiare e dei parenti anziani, ampliamento del congedo di maternità, possibilità di incarichi di telemedicina cioè di quel lavoro che è possibile svolgere anche al di fuori della sede usuale ove la prestazione sia tecnicamente

possibile, come il controllo di cartelle cliniche o dati di laboratorio) come auspicato dall'accordo di Bruxelles del 2002.

Invito tutte le donne a credere nelle proprie capacità, partecipare, allearsi per affermarsi, voler esserci per poter fare, e desidero farmi fortemente promotrice dei contributi individuali di ogni collega, perché possiamo trovare nel lavoro che abbiamo scelto e che con tanta capacità abbiamo dimostrato di saper interpretare, il giusto riconoscimento sociale e professionale che ci meritiamo. ■





la voce dei settori

Giancarmelo La Manna

Oggi nei presidi di C.A. i Medici in servizio forniscono LEA di alto livello

La continuità assistenziale: quale futuro?

Dobbiamo riappropriarci del nostro settore se vogliamo migliorare il nostro status

■ **Giancarmelo La Manna**
Responsabile Nazionale
per la Continuità Assistenziale

La Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) ha rappresentato sin dal 1980, in Italia, un elemento peculiare dell'assistenza sanitaria legato alla necessità di garantire in orari notturni e festivi, una risposta sanitaria a quanti non avevano la possibilità di recarsi in ospedale soprattutto in quelle comunità montane o isolate con vie di comunicazione primitive che a volte in condizioni meteorologiche particolari erano tagliate fuori dall'assistenza sanitaria che non poteva essere soddisfatta dal solo medico di famiglia. Pertanto da sempre questo servizio è stato considerato anche dagli stessi medici come un'esperienza professionale breve, oserei dire di passaggio ad altre attività sicuramente più dignitose e appaganti sia sul piano professionale che economico contrattuale. Nel corso degli ultimi anni invece venendo meno alcuni degli sbocchi professionali di un tempo, il medico di C.A. si è stabilizzato in un settore che nel frattempo ha assunto la denominazione di continuità assistenziale, ma ha continuato ad essere poco considerato. Infatti oggi è un setto-

re a cui si continuano a chiedere sempre più sacrifici essendo sempre il primo a pagare un grosso tributo per gli sprechi della sanità che invece sono in altri settori; Infatti non si deve dimenticare che i medici di C.A. sono stati da sempre colpiti dai tagli della spesa sanitaria pur essendo i più sottopagati e sottooccupati, e ciononostante hanno continuato a garantire da soli e in sedi a volte non idonee un servizio essenziale per la sanità. In questi anni abbiamo vissuto un peggioramento della strutturazione della parte economica, alla devoluzione del SSN, all'imposizioni di budget che pesano sulla salute dei cittadini, alla volontà di creare le UTAP che rappresentano la negazione del rapporto di fiducia medico-paziente, alla volontà di smantellare il territorio privandolo dei punti di riferimento essenziali per un'assistenza sanitaria efficace (chiusura presidi di C.A. e P.E.T.). Poco importa se avremo così un territorio con elementi di criticità del servizio, con una diminuzione dei livelli di efficacia dell'assistenza sanitaria di I livello e dell'accessibilità verso codesto servizio da parte della popolazione; e penso ai più deboli come gli anziani e i bambini di quei comuni che troveranno chiusa la guardia medica, che fino a quel momento era stata per loro un

importante punto di riferimento. Bisogna dire infatti che questo comporterà un sovraccarico di prestazioni improprie nei Pronto Soccorso e nelle postazione di 118, i cui medici non possono per contratto sostituire il servizio di continuità assistenziale e sono attivati nelle ore notturne direttamente dalla centrale operativa e solo per le urgenze emergenze e quindi non più dai cittadini che per trovare un medico si dovranno recare in ospedale con accessi impropri ed aumento di conseguenza della spesa sanitaria. Chi colmerà il vuoto di assistenza sanitaria che si verrà a creare se avverrà la paventata chiusura dei presidi di C.A.? Non saranno neanche i medici di famiglia che durante la notte riposano e non farebbero queste prestazioni se non forse dietro un compenso economico. Dove sarebbe quindi il risparmio? Dobbiamo riappropriarci del nostro settore se vogliamo migliorare il nostro status e continuare quello che a mio avviso sta avvenendo da un anno a questa parte e che ha visto lo S.N.A.M.I. interessarsi attivamente delle problematiche della C.A., proponendo un cambiamento che mira alla riqualificazione e al riscatto dei medici che vi operano e che è pilastro portante del Progetto ME.DI.CO. ■



la voce dei settori

Gennaro Caiffa

Ancora INAIL

Ancora una volta abbiamo avuto ragione!

La situazione per molti resta confusa

■ **Gennaro Caiffa**
Responsabile Nazionale Enti Sociali
e Assistenziali

Sulla certificazione INAIL regna ancora per molti una grande confusione.

Un punto chiaro, è che lo Snami non ha firmato l'Accordo con l'Ente, che non può essere esteso "erga omnes", come per la Convenzione della Medicina Generale.

Pertanto non rientrando tale certificazione tra i compiti del medico di Medicina Generale, i nostri iscritti possono operare in regime libero professionale, come confermato dal nostro Ufficio Legale Nazionale.

Fatto grave è che l'Inail, pur essendo per legge tenuta ad assicurare la gratuità della certificazione ai lavoratori, non rimborsa questi ultimi, quando la certificazione è in regime libero-professionale!

Ciò rappresenta una grave turbativa del rapporto di fiducia "medico-assistito"!

Infatti in alcune sedi provinciali l'Inail allorchè i lavoratori chiedono il giusto rimborso, l'Ente risponde erroneamente che il medico di Medici-

na Generale non è tenuto a farsi retribuire dagli assistiti!

Inoltre anche i colleghi che vogliono aderire alla Convenzione ci segnalano alcune criticità come la difficoltà nell'approvvigionamento dei moduli cartacei, l'enorme difficoltà nella trasmissione one-line delle certificazioni o addirittura l'assenza dei pagamenti.

A dimostrazione di tutte queste criticità, c'è la revoca il 15 maggio 2008 dell'Accordo con INAIL firmato nel

Settembre 2007 da parte di Fimmg. Pertanto a questo punto si rende necessario ridiscutere le suddette criticità a partire dalla semplificazione della certificazione, difendendo la privacy del lavoratore, e la revisione del compenso auspicando un giusto aumento dello stesso. Lo Snami è disponibile.

Magra consolazione, ancora una volta avevamo visto giusto a non firmare! ■

ATTUALITÀ

PERCHÈ AUMENTANO I SUICIDI NEL MONDO?

L'Italia, con le altre nazioni del Mediterraneo, si posiziona tra le aree geografiche meno a rischio.

Paesi più a rischio sono i paesi dell'Est: 45 casi su 100.000 abitanti rispetto all'Italia e paesi del Mediterraneo con una media di 14.4 casi per 100.000 abitanti. Nelle zone ad alta densità demografica come Cina ed India si conta il numero più elevato di omicidi. Nei paesi dove l'influenza della religione cattolica è predominante vi è una significativa riduzione del fenomeno.

LmS



la voce dei settori

Giorgio Massara

Scuola Quadri Nazionale

■ *Giorgio Massara*

Il secondo semestre di quest'anno ci vede protagonisti in due appuntamenti della Scuola Quadri, uno già svolto ad Ostia dal 19 al 21 settembre e l'altro da effettuare ad Abano Terme nel periodo 7-9 novembre.

Ad Ostia si è riproposto, con qualche aggiornamento dettato dall'esperienza, il classico schema previsto per il I livello che permette di avvicinare i discenti ai grandi temi interni ed esterni dell'attività sindacale quali: Comunicazione, ACN vigente, Budget, Tecniche di comunicazione sindacale, Pri-

vacy ed altre tematiche utili alla preparazione di Quadri sindacali. Abbiamo riscontrato l'interesse e la partecipazione dei trenta partecipanti provenienti da tutta Italia.

Per il prossimo futuro, ad Abano, avremo un Corso di II Livello che ruoterà intorno a tre temi che sono: il Budget, il Governo clinico e la Comunicazione. Vi sarà inoltre un intervento sulla ortoprassi sindacale affidato al Presidente Mauro Martini.

La differenza tra il I ed il II livello sta nel fatto che, mentre il primo si prefigge di insegnare a "sapere", cioè a conoscere una serie di tematiche fondamentali per l'attività sindacale, il se-

condo è maggiormente finalizzato al "saper fare", cioè alla operatività legata alla pratica.

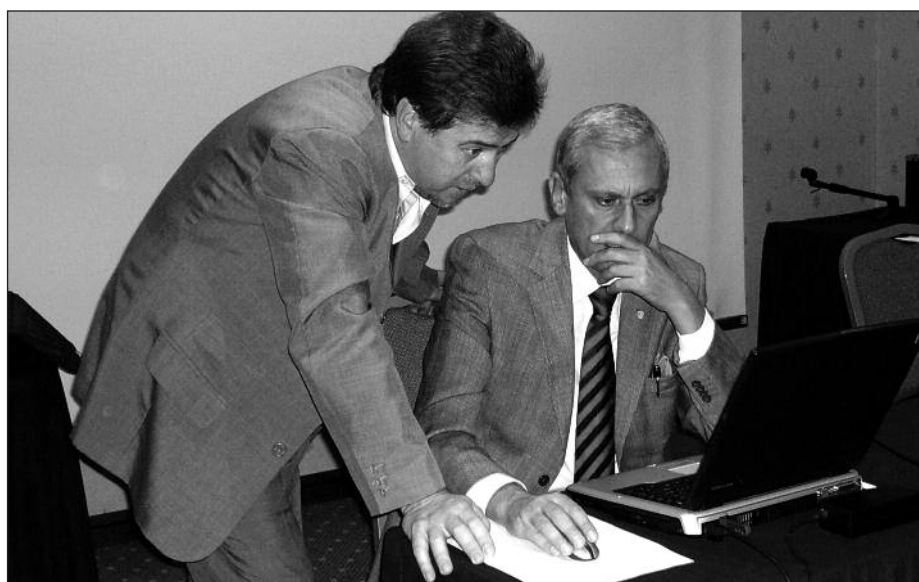
Mi auguro, in conclusione che, grazie all'impegno congiunto di docenti e discenti, si possano centrare in pieno tali obiettivi dando così significato all'ambizioso progetto, legato all'attività della Scuola Quadri.

Migliorare sempre di più la qualità sindacale di coloro che rappresentano lo Snamì e diffondono la sua filosofia perché, se si vuole che le idee incidano sulla realtà, è necessario che esse non siano solo "buone" ma che siano anche adeguatamente veicolate da persone tenaci e preparate. ■



*È puerile domandarsi
dove vanno
le cose e i mondi.
In nessun luogo
vanno: sono arrivati.*

Maurice Maeterlinck
(Gent, 29 agosto 1862 -
Nizza, 6 maggio 1949)
poeta, commediografo e saggista belga,
vincitore del Premio Nobel
per la Letteratura nel 1911



Angelo Testa e Giorgio Massara: passaggio di testimone

foto: frappè



diritto sanitario

Ennio Grassini

Nel sistema del massimale il medico di medicina generale deve conoscere i suoi assistiti

Il medico di medicina generale deve rispettare il massimale mentre la ASL deve rendere disponibili idonei strumenti di informazione

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

Il sistema del massimale, cioè del numero massimo di scelte che i medici di medicina generale possono legittimamente acquisire, pone in alcuni casi problemi interpretativi di decisa consistenza con risvolti giudiziari che non sempre trovano condivisione tra gli operatori.

All'interno del contratto di categoria attualmente vigente - osservando in particolare gli artt. 39-44 - ritroviamo la sequenza delle disposizioni con cui la parti hanno affrontato il tema e le sue implicazioni fondamentali, mentre la recente giurisprudenza di Cassazione [terzo grado di giudizio], impegnata a tracciare il profilo applicativo di disposizioni risalenti a controversie insorte in periodi più lontani, ha trovato occasione, nel contempo, di esplicitare taluni principi di sicura attualità.

Il medico di medicina generale non può non conoscere chi siano i suoi as-

sistiti. È questo il senso della sentenza n. 15144 del 09 giugno 2008 [la sentenza è disponibile nel suo testo integrale su www.dirittosanitario.net - pubblicazione del 25 luglio 2008] con cui la Sezione Lavoro della Suprema Corte di Cassazione ha respinto il ricorso del medico di assistenza primaria che, avendo avuto in carico un numero di assistiti superiore al massimale, agiva in giudizio per ottenere il pagamento delle quote capitarie a titolo di compenso forfettario annuo o, in subordine, a titolo di risarcimento del danno o per ingiustificato arricchimento delle amministrazioni convenute in giudizio.

Il professionista asseriva che pur essendo previsto dalla convenzione per la disciplina normativa e per il trattamento economico un massimale di assistiti e contestualmente specificato l'obbligo di ricusazione delle scelte effettuate in eccedenza, non aveva potuto adempiervi in quanto non gli erano pervenuti dalla USL né l'elenco nominativo delle scelte in suo favore, da inviarsi annualmente, né le variazioni nomi-

native degli assistiti e il riepilogo numerico relativo alle scelte da comunicarsi con cadenza mensile. In altri termini, il medico sosteneva che in assenza delle dovute comunicazioni non era tenuto ad operare ricusazioni, ma, al contrario, soggetto all'obbligo di proseguire nella prestazione della propria attività anche verso quanti siano collocati nell'area di eccesso al massimale, con diritto all'integrale compenso per tutti gli assistiti in carico; riteneva ancora il medico che l'amministrazione sarebbe stata tenuta al risarcimento del danno cagionatogli per non aver provveduto - pur essendovi tenuta contrattualmente - alle cancellazioni d'ufficio delle scelte *ultra massimale*.

Il ragionamento seguito prima dal giudice d'appello - che aveva riformato la sentenza del pretore favorevole al sanitario - ed infine dalla Corte di Cassazione, delinea l'infondatezza dei motivi di ricorso sulla base della considerazione che anche qualora la ASL sia inadempiente all'obbligo di trasmettere l'elenco nominativo degli assistiti, ciò

diritto sanitario

non determinerebbe una sorta di causa di giustificazione per il medico che ometta di ricusare quelli in eccesso rispetto al massimale poiché, in nessun caso il comportamento della Pubblica Amministrazione può far scattare la regola *inadimplenti non est adimplendum* secondo cui nei contratti a prestazioni corrispettive ciascun contraente può rifiutarsi di eseguire la propria prestazione se l'altro non adempie (o non offre di adempiere) contempora.

In sostanza, nelle motivazioni della sentenza, si sottolineava ancora - ed è questo un punto delicato - che per connotare la vicenda in termini favorevoli al medico convenzionato, avrebbe dovuto positivamente accertarsi che quest'ultimo non disponesse di altro modo per conoscere il numero e l'identità dei propri assistiti se non il tabulato inviato (o che avrebbe dovuto essere inviato) dall'amministrazione. Secondo i giudici di legittimità [Corte di Cassazione, ndr.], ciò non risulterebbe, dovendosi anzi tener conto che il medico è soggetto ad una sorta di dovere di conoscere se un paziente è a lui in carico o meno, se non altro al fine di emettere regolari prescrizioni di farmaci con onere di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di specie, per rigettare ogni pretesa avanzata dal professionista, oltre all'assunto ora riferito, si evidenziava che la violazione della norma impositiva del divieto di prendere in carico ulteriori assistiti oltre il numero stabilito, non può in nessun caso giustificare il conseguimento di vantaggi economici. Costituendo il massimale un limite oggettivo per la prestazione sanitaria, ne deriva la insussistenza di un

diritto a qualsiasi trattamento economico per le prestazioni rese a pazienti non spettanti, a nulla valendo, in mancanza di formale autorizzazione al superamento del limite, l'eventuale inadempimento della ASL all'obbligo di trasmettere il tabulato periodico (degli assistiti in carico). Ciò, evidenziandosi una volta ancora a chiare lettere, che i due adempimenti non si pongono in regime di stretta complementarietà, strumentalità o reciproco condizionamento giacché il medico **in qualsiasi momento sa - o deve sapere - quanti e quali assistiti abbia in carico.**

Sullo sfondo della vicenda si può intravedere la diversa chiave di lettura di un sistema che pure sembra contenere elementi tali da lasciar propendere per una significativa bilateralità negli adempimenti: nel senso che il medico di medicina generale deve rispettare il massimale mentre la ASL deve rendere disponibili idonei strumenti di informazione. Ma non è questo, come si è detto, il quadro emerso dalla sentenza di rigetto del ricorso.

Senza esito positivo restava anche il tentativo del medico protagonista della vicenda giudiziaria di ottenere un indennizzo per la diminuzione patrimoniale connessa al maggior carico di assistiti, a fronte del risparmio conseguito dalla ASL (indebito arricchimento). Il giudizio sullo specifico punto concludeva nel senso che l'azione per l'indebito arricchimento della P.A. è esperibile nel solo caso in cui fosse da questa riconosciuta l'utilità dell'opera che, tuttavia, non può trovare terreno in coerenza di un formale divieto di superamento di un certo numero di assistiti.

Vale precisare che in giurisprudenza l'arricchimento senza causa della P.A., giustificativo ai sensi dell'art. 2041 codice civile dell'erogazione di un indennizzo in favore del soggetto privato depauperato, deve consistere nell'acquisto di un bene o di una somma di denaro o, se trattasi di un pubblico servizio, in un miglioramento dello stesso oppure nel mantenimento della sua qualità con una spesa minore. Ne consegue che verranno meno i presupposti del diritto all'indennizzo per il medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale che abbia assistito pazienti in un numero eccedente rispetto a quello previsto, in quanto, superando il limite massimo consentito dalla legge va a porsi nella condizione di non poter assicurare a ciascun paziente il livello minimo qualitativo, oltre che quantitativo, di assistenza che gli è dovuto.

In una logica così strutturata, in cui l'obbligo di conoscenza degli assistiti in carico trova la sua ratio anche nella necessità di garantire una assistenza adeguata e nei rigidi e giusti meccanismi di impiego corretto delle limitate risorse economico-finanziarie riservate alla sanità, è ragionevole configurare un interesse del medico di medicina generale convenzionato con il SSN ad una sempre corretta corrispondenza dei propri assistiti (oltre che, ovviamente, alla realtà) ai limiti del massimale, giacché un numero superiore (salve eventuali percentuali di tolleranza stabilite dall'amministrazione), stante il profilo delineato dalla giurisprudenza, non solo risulterebbe insuscettibile di trovare soddisfazione economico, ma potrebbe involgere problematiche ben più complesse e delicate. ■

Snami si proietta all'estero con incontri internazionali



*Il Presidente Martini e il Segretario Testa incontrano a Brussels
Vincenzo Costigliola*



**Intervista al
Dott. Vincenzo
Costigliola
Presidente
European Medical
Association**

Avenue des Volontaires, 19
1160 Brussels - Belgique
Tel. +32 02 734 2980
E-mail: vincenzo@EMAnet.org
www.EMAnet.org

Snami: l'EMA perché?

Le informazioni necessarie per esercitare la professione negli USA, erano da tempo disponibili presso l'AMA (American Medical Association), quando decisi di stabilirmi in Belgio, dove trovai invece un vero "vuoto informativo".

Nessuna associazione professionale era in grado di fornirmi in maniera esauriente le informazioni necessarie.

Eravamo negli anni 70 e la normativa sulla libera circolazione dei medici era di recente applicazione.

Dal confronto della mia esperienza con quella di altri colleghi passati attraverso le stesse difficoltà, lentamente maturò la decisione di creare una as-

sociazione di medici per i medici.

Ci trovammo due italiani, due belgi, una tedesca, un francese, una danese, un greco, uno spagnolo e un inglese; (l'Europa contava 12 stati membri).

L'Associazione Medica Europea che prese forma fu infine registrata, come "Association internationale poursuivant un but scientifique" secondo la legge del 1919, e gli statuti furono pubblicati sul *Moniteur belge* il 10 ottobre 1990.

Rapidamente ci rendemmo conto che spesso, a causa della carenza di informazioni, i medici erano male documentati sulle reali possibilità offerte dalla Comunità Europea. Nell'ambito di contesti sociali e culturali diversi ma all'interno della cornice dell'Europa unita nacque l'EMA, una associazione indipendente senza scopi politici con l'obiettivo di introdurre una dimensione europea nella vita professionale dei medici per rispondere così alle nuove esigenze, nazionali ed internazionali create, in campo medico, dell'introduzione del Mercato Unico. I primi incontri internazionali, i primi contatti con la Commissione Europea, le prime esperienze nel campo dei progetti europei consentirono all'EMA di ritagliarsi un suo spazio e di ridefinire i propri obiettivi.

Snami: la missione dell'EMA?

Convinti che la qualità delle cure offerte ai pazienti passa inevitabilmente attraverso il livello di formazione e di informazione dei medici, l'EMA si propone non solo di sostenere l'aggiornamento e la formazione professionale ma anche e soprattutto di aggiungere una dimensione europea alla attività quotidiana del medico incoraggiandone la collaborazione e la mobilità internazionale.

Snami: diversità nell'unità

Nel corso degli anni, nuovi paesi hanno raggiunto l'Unione con le loro tradizioni, la loro cultura e il loro sistema sanitario.

La necessità di adeguamento in tempo reale alle sempre nuove esigenze determinate dalla continua evoluzione della "Europa della salute", ha indotto l'EMA a creare una rete professionale interattiva e a impegnarsi come associazione di servizi per la promozione della coesione all'interno di una autentica e moderna Comunità Medica Europea.

Snami: le opportunità offerte dall'Europa?

Nel corso degli anni i programmi proposti dalla Commissione hanno inte-



ressato sempre più aree sociali e scientifiche, sono state investite somme sempre più importanti e attualmente vengono sostenuti un numero sempre crescente di progetti. Oggi siamo al VII Programma Quadro (2007-2013) che costituisce il principale strumento di implementazione della politica di ricerca della Commissione europea che dispone di un budget pari a 50,521 miliardi di Euro. I finanziamenti disposti dalle Direzioni generali della ricerca, dell'educazione e della salute e tutela dei Consumatori della Comunità sono destinati a sostenere la ricerca europea, la mobilità dei ricercatori, i programmi di integrazione culturale e a promuovere un elevato livello sanitario e di benessere in tutta la Comunità, mentre si profilano nuovi campi di investimento. L'EMA partecipa come partner o come *main contractor* a tutta una serie di progetti elencati sul sito www.emanet.org

L'EMA è stata impegnata in vari progetti, da quello di un CD-Rom interattivo realizzato con neuropsichiatri belgi, a quello sull'Alzheimer; da quello riguardante l'impatto della dichiarazione di Bologna sugli studi di medicina a quello sulla pediatria in Europa; da quello sul repertorio delle scuole di medicina, a quello sulle biotecnologie.

Snami: il futuro dell'EMA?

Nuove progettazioni sono in cantiere, nuove aree di interesse entrano nel nostro orizzonte. Una nuova iniziativa è il "Who is Who, della medicina in Europa" ancora una opportunità per collaborare sulla base di interessi comuni. Raccogliere e diffondere informazioni professionali, e coinvolgere un numero

sempre crescente di colleghi in tutti i paesi resta un nostro obiettivo fondamentale. Vorrei concludere semplicemente invitando tutti i Colleghi a raggiungerci e

a portare la loro esperienza, sia umana che professionale perché venga condivisa ad accrescimento di quella degli altri e, alla fine, della propria. ■

ATTUALITÀ

MOLTE LE CERTIFICAZIONI DI IDONEITÀ DI LAVORO E VACCINALI CANCELLATE. MOLTI I CERTIFICATI INUTILI

Tagli sulla burocrazia, la manovra economica 2009-2011

Via al Libretto sanitario per il personale che si occupa di alimenti. A questi lavoratori, sarà garantita un'adeguata preparazione igienico sanitaria. Per le vaccinazioni non bisognerà più presentare, quando si comincia la scuola dell'obbligo, la certificazione per le vaccinazioni antidifterica e antitetanica, antipoliomelitica e contro l'epatite virale B.

Tra i certificati cancellati quello di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego o per l'ammissione al servizio civile nazionale.

Quello di sana costituzione fisica, per ottenere, da parte di alcune categorie di dipendenti, di sovvenzioni in cambio della cessione del quinto della retribuzione.

Sana e robusta costituzione per l'iscrizione agli istituti magistrali e ai corsi per infermiere, per la presentazione della domanda di partecipazione a concorsi indetti dalla Corte dei conti, per ottenere l'abilitazione alle funzioni di ufficiale della riscossione.

Sana costituzione per i farmacisti; idoneità psico-fisica all'attività di maestro di sci; idoneità fisica al mestiere di fochino (che effettua il brillamento di mine con innesco elettrico e a fuoco).

Buona salute per la pratica sportiva non agonistica organizzata dagli istituti scolastici.

E ancora: idoneità fisica e psichica per la nomina a giudice onorario e a giudice onorario aggregato;

Idoneità fisica richiesta per il responsabile tecnico delle attività di riparazione dei veicoli e dei complessi di veicoli a motore.

Più semplice anche ottenere il certificato di maternità, necessario per attestare l'astensione delle lavoratrici dal mese precedente al parto.

LmS



dalle regioni

Antonio Chiodo

PUGLIA



La presunta emergenza sanitaria

■ *Antonio Chiodo*
Presidente regionale Puglia

Le richieste di assistenza o di intervento medico, sono classificate dal D.M. 25.05.92 e, di conseguenza, la loro evasione non segue l'ordine cronologico di ricezione delle telefonate ma una gerarchia di gravità. Attualmente si fa sempre più strada l'ipotesi di decongestionare i Pronto soccorso ospedalieri attivando il medico di medicina generale che non necessariamente è il medico di famiglia (Assistenza Primaria), ma quello di continuità assistenziale o entrambi organizzati in forme associative tutte da scoprire o istituire. Vale la pena quindi, riproporre la suddetta gerarchia al fine di offrire uno spunto di riflessione sull'utilizzo delle professionalità che non necessariamente devono essere quelle mediche.

In ordine crescente di importanza clinica, le richieste di intervento sono classificati da un colore:

- **Verde:** è il codice di priorità minore, e viene usato nel caso in cui non siano compromesse le funzioni vitali del paziente. Tipici codici verdi sono piccole lesioni, dolori o patologie in cui il paziente è comunque stabile.
- **Giallo:** in caso la condizione del soggetto sia a rischio, ed il paziente non sia quindi stabile. Una forte dispnea ovvero difficoltà respiratoria, emor-

ragie, ustioni di secondo grado non troppo estese o sospette lesioni ad organi interni sono solitamente codici gialli.

- **Rosso:** indica la massima urgenza. Il paziente ha alcune funzioni vitali compromesse, quindi è incosciente, o in arresto respiratorio o cardiocircolatorio. Da nuove direttive anche il dolore toracico irradiato in una persona cosciente è dato come codice rosso per sospetto infarto del miocardio.

Tutti questi codici sono sia di uscita che di rientro, ovvero possono essere dati dalla centrale operativa all'ambulanza che deve effettuare l'intervento, sia dall'ambulanza alla centrale una volta visitato il paziente.

Vi è anche l'attualissimo Codice Bianco, che indica l'assenza di urgenza, ovvero viene usato nei casi in cui il paziente presenta lievi patologie che dovrebbero essere viste dal medico curante. È detto anche priorità 1 o taxi sanitario, e può essere soggetto a ticket. Il pagamento di un ticket è previsto: per le persone a cui è attribuito un codice bianco, ovvero prestazione non urgente ed accesso improprio. L'ammontare del ticket è di 25 euro.

Nei codici bianchi rientrano anche i trasporti senza emergenza per consentire al malato di effettuare terapie ospedaliere. Solo molto raramente viene effettuato dalle ambulanze del 118, e viene più frequentemente girato alle "croci" volontarie. Alcune organizzazioni usano il codice bianco anche per i trasporti rifiutati dal paziente.

L'applicazione del codice bianco non è uniforme all'interno dei vari gruppi di assistenza, ed in alcuni può essere assente.

Esiste infine un ultimo codice, il Codice Nero. Viene dato solo a constatato decesso da parte di un medico (anche se per ovvi motivi chiunque può essere in grado di stabilire che una persona è morta o viva quando è in avanzato stato di decomposizione, gravemente mutilata, carbonizzata o altro il medico è l'unica figura sanitaria abilitata a constatare legalmente un decesso) ed è un codice di solo rientro. Il defunto non può essere trasportato in ambulanza e si deve attendere l'autorizzazione dell'autorità alla rimozione dopo l'arrivo del medico legale. La rimozione di cadavere è infatti punibile a norma di legge.

Rosso: massima priorità, paziente a rischio di vita. Accesso immediato in sala visita.

Giallo: paziente grave, a rischio di improvvisa alterazione delle funzioni vitali (respiratorie, circolatorie e neurologiche). Accesso rapido e comunque subordinato al codice rosso.

Verde: paziente sofferente ma senza rischio di compromissione delle funzioni vitali. Il trattamento è differibile e subordinato ai due precedenti codici.

Bianco: paziente con patologia minore, non urgente ovvero, differibile nel tempo e risolvibile dal medico curante. Dal Gennaio 2007 è previsto il pagamento del ticket.

dalle regioni

Per meglio comprendere il fenomeno dell'uso improprio del Pronto Soccorso, riportiamo qui di seguito una pubblicazione della ASL di Asti dello scorso Luglio. A cura di Lidia Monetti Ufficio stampa Asl AT.

Asti - Pronto Soccorso: studio di simulazione contro gli accessi impropri

ASL AT - Nel 2007 si sono rivolte al Pronto Soccorso di Asti, Nizza e di altre città piemontesi 76.389 astigiani, di cui 680 in situazione di emergenza (codice rosso), 8.746 in gravi condizioni o a rischio di rapido peggioramento (codice giallo).

La maggior parte degli accessi ha riguardato i codici verdi, cioè 53.487 pazienti non in pericolo di vita, e i codici bianchi: vale a dire 13.476 persone con sintomi e situazioni cliniche non urgenti che dovrebbero essere normalmente risolti con una visita dal medico curante o al Servizio di continuità assistenziale (ex Guardia Medica). Casi, questi ultimi, che quotidianamente affollano, in particolare, il Pronto Soccorso del Cardinal Massaia e per fronteggiare i quali l'Asl AT ha da tempo istituito un ambulatorio appositamente dedicato, in funzione tutti i giorni.

Che cosa cambierebbe negli accessi al Pronto Soccorso se sul territorio funzionassero le Case della Salute, destinate a garantire un sistema di cure decentrato ma efficace, lasciando alla rete ospedaliera la cura delle patologie acute?

“Sulla base dei dati 2007 - indica il direttore generale Luigi Robino - l'Azienda sanitaria ha compiuto una simulazione che ha prodotto indicazio-

ni molto significative: “intercettati” dai servizi assicurati nelle Case della Salute, i codici bianchi in Pronto soccorso diminuirebbero del 60% e quelli verdi del 40%. In numeri: i casi non urgenti passerebbero da 13.476 a 8.626, facendo segnare anche una netta diminuzione delle prestazioni sanitarie assicurate dal Pronto Soccorso”.

Quelle effettivamente erogate nel 2007 per i codici bianchi e verdi sono state complessivamente 428.255 su un totale di 569.621 (prelievi del sangue, visita medica, radiologia, tac, ecografie, ecc.). Con le Case della Salute in attività le prestazioni garantite complessivamente ai 58.109 pazienti scenderebbero a 462.355, di cui 19.092 per i codici bianchi (l'anno scorso ne sono state assicurate 29.838) e 307.907 per i codici verdi (368.579 nel 2007).

“Per effetto del sistema virtuoso che andrebbe a instaurarsi nei percorsi diagnostico-terapeutici implementati dalle Case della Salute - aggiunge Robino - si andrebbe anche a un abbattimento del 5% dei codici gialli, che scenderebbero a 7.531 contro gli 8.746 del 2007. Oltre a ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e a fornire buoni livelli di prestazioni, i nuovi centri di salute raggiungerebbero altri due obiettivi: mantenere nei limiti i costi e ridurre l'“emigrazione” dei pazienti astigiani verso le strutture fuori provincia”.

La simulazione ha tenuto conto della realizzazione, sul territorio astigiano, di dieci Case della Salute, di cui sei già localizzate a Canelli (destinata a entrare in attività nel 2009), Calliano, Castello d'Annone, San Damiano, Villafraanca e Villanova. ■

ANALISI PRONTO SOCCORSO

Codice bianco (non urgente)	13.476
Codice verde (urgenza differibile)	53.487
Codice giallo (urgenza indifferibile)	8.746
Codice rosso (emergenza)	680
Totale	76.389

ACCESSI 2007

SIMULAZIONE PRONTO SOCCORSO CON CASE DELLA SALUTE ATTIVE

Codice bianco (non urgente)	8.626
Codice verde (urgenza differibile)	41.272
Codice giallo (urgenza indifferibile)	7.531
Codice rosso (emergenza)	680
Totale	58.109

ACCESSI

TOTALE PRESTAZIONI PRONTO SOCCORSO

Codice bianco (non urgente)	29.838
Codice verde (urgenza differibile)	368.579
Codice giallo (urgenza indifferibile)	155.830
Codice rosso (emergenza)	15.374
Totale	569.621

2007

SIMULAZIONE PRONTO SOCCORSO CON CASE DELLA SALUTE ATTIVE

Codice bianco (non urgente)	19.092
Codice verde (urgenza differibile)	307.907
Codice giallo (urgenza indifferibile)	119.982
Codice rosso (emergenza)	15.374
Totale	462.355

PRESTAZIONI



dalle province

Marcello Zanna

BOLOGNA



Dobbiamo liberare risorse dalla riorganizzazione dell'Assistenza Primaria

Non c'è riconoscenza nemmeno da parte degli assistiti

■ *Marcello Zanna*
Addetto stampa Snami Bologna

Siamo alle solite. Sono passati 2 anni e mezzo dalla scadenza del contratto dei Medici di Famiglia e le trattative per il rinnovo sono ancora in alto mare. Come al solito aspetteremo il terzo anno di scadenza prima di ricevere qualche attenzione da parte del ministero competente. Come al solito ci daranno tre anni di arretrati (l'inflazione programmata per tale triennio, non un cen-

tesimo in più) in un'unica soluzione, così da permettere al fisco di riprendersi indietro almeno il 50% di quelle briciole. Perché parliamoci chiaro: l'inflazione programmata in questo paese non rappresenta nemmeno la metà dell'inflazione reale sopportata dai cittadini. I costi di gestione dei nostri studi (affitti, riscaldamento, luce, attrezzature, personale, rusco, automobile, assicu-

ATTUALITÀ

UNA TASSAZIONE SOSTITUTIVA PIÙ EQUA SALVERÀ, NEL FISCO CHE CAMBIA, LE FUTURE PENSIONI

Il decreto legge n. 112 del 25 giugno 2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 147, ha portato notevoli modifiche fiscali alla normativa in vigore. Scompare l'obbligo per tutti i soggetti IVA di presentare l'elenco clienti e fornitori, considerato adempimento contabile superfluo, viene spostata a euro 12500 la possibilità di emettere assegni in forma libera senza indicare il codice fiscale del girante e di possedere libretti di deposito bancario al portatore, scompare per i professionisti l'obbligo di incassare i compensi con strumenti finanziari tracciabili e ritorna il contante, aumenteranno i controlli di colf e badanti con lavoro in nero, si applicherà maggiormente il redditometro, gli studi di settore saranno territoriali e dal 1 gennaio 2009 salta il divieto di cumulo tra pensione e redditi di lavoro per tutti i lavoratori. L'Agenzia delle Entrate con la circolare n. 45 del 13 giugno 2008 ha recepito, dopo molti anni dalla sentenza della Corte Costituzionale, "l'orientamento ormai consolidato della Corte di Cassazione" sulla impossibilità di sostenere "l'assoggettamento generalizzato dell'IRAP a tutti i professionisti" e ha considerato superate le disposizioni precedenti in contrasto con la Corte di Cassazione emanate precedentemente. Gli Uffici riesa-

mineranno i contenziosi IRAP e dove manca l'autonoma organizzazione procederanno ai rimborsi richiesti.

Un argomento che abbiamo portato all'ultimo congresso di maggio dei pensionati Federspev a Perugia e che ha avuto un ordine del giorno approvato all'unanimità è: la tassazione separata con un calcolo IRPEF sostitutivo sulla pensione. L'attuale sistema di tassazione con aliquote progressive e cumulo con altri redditi, già disapplicato in vari casi (per i redditi dei contribuenti minimi, redditi degli imprenditori, redditi di lavoro straordinario) deve cambiare per le pensioni. Nel futuro, con la speranza di vita sempre maggiore e con la necessità di produrre, i pensionati saranno spinti, per poter vivere, a lavori complementari. La somma del reddito di lavoro più quella di pensione spinge ad aliquote IRPEF più alte che finiscono per far scomparire buona parte della pensione o a spingere verso un lavoro nero con il quale lo Stato sarà danneggiato dal lavoratore e dal datore di lavoro. Una tassazione sostitutiva al 15%, come proposto, proteggerà le pensioni e farà recuperare allo Stato tributi dal campo dell'evasione fiscale.



Giuseppe Messina

dalle province

razioni per i rischi professionali ecc.) non seguono certamente l'inflazione programmata. Eppure noi medici pazientiamo. Fare il medico oggi in Italia è più che una missione. Personalmente ho fatto esperienze di volontariato in Africa, tra chi non ha niente. In cambio però ho ricevuto molto, molto più di quel poco che sono riuscito a dare. I pazienti in Africa intonavano addirittura canti di ringraziamento all'arrivo di noi medici volontari. Non si pretenderebbe tanto. In questo nostro paese però non c'è più alcun tipo di riconoscenza per il lavoro svolto. Non c'è da parte dell'ASL, che ci giudica unicamente in base alla spesa farmaceutica indotta, senza interessarsi affatto al numero di ricoveri evitati, alle invalidità prevenute, alle sofferenze risparmiate ai nostri assistiti, in poche parole alla qualità delle nostre prestazioni. Non c'è riconoscenza nemmeno da parte degli assistiti, per i quali ormai tutto sembra

dovuto, e tutto viene preteso quasi unicamente da parte di noi medici di famiglia che siamo in prima linea e oltretutto soggetti al ricatto della ricusazione. Se i servizi dell'ASL non funzionano, se vi sono liste di mesi per accedere ad un esame ecco che i pazienti anziché protestare con l'ASL (come sarebbe forse opportuno), pretendono l'urgenza da parte del medico, spesso dietro suggerimento del personale del CUP: "Se il suo medico mettesse la crocettina qui sulla B ci sarebbe posto in settimana" si sentono dire dai solerti impiegati. Le ASL anziché educare la popolazione ad un uso corretto dei servizi, diffondono l'idea che tutto sia da noi dovuto, salvo poi richiamare noi medici come fossimo ragazzini indisciplinati in caso di sfioramento sulla spesa per i farmaci: spesa programmata naturalmente in base a parametri del tutto arbitrari e non certo su basi scientifiche ed epidemiologiche. Gli ambu-

latori quindi traboccano di gente spesso senza veri problemi di salute, tanto che sta diventando sempre più difficile individuare tra gli assistiti che affollano le nostre sale d'attesa quei pochi che necessitano veramente di attenzione e cure mediche immediate. Nel mese di gennaio ho contato 1380 accessi nei miei due studi: sommati alle visite domiciliari praticamente ho visto in un solo mese un numero di pazienti che equivale a tutti i miei assistiti. A Febbraio è andata anche peggio. Chi lavora per appuntamento nei periodi ad alta morbilità ha prenotazioni di settimane o mesi, contribuendo così ad intasare i pronto soccorso ospedalieri. Sia chiaro: non mi fa paura il lavoro; in queste condizioni, però, diventa davvero difficile lavorare in maniera corretta. I massimali andrebbero rivisti adeguando ovviamente la quota capitolaria, se si vuole continuare a garantire come ora un accesso libero a tutti senza alcun limite e senza un euro di ticket sia sulle visite ambulatoriali che su quelle domiciliari, con dimissioni protette dagli ospedali che ovviamente aumentano a dismisura il nostro carico di lavoro.

1600 assistiti oggi equivalgono per attività lavorativa ai 4.000 assistiti di Tersilliana memoria. Anche la farmacopea rispetto a 30 anni fa è decuplicata. Il rischio di effetti collaterali è dietro ogni ricetta, connesso al rischio di denuncia per malpractice. Basta un errore per essere ridotti sul lastrico, per avere la vita rovinata, e le assicurazioni questo lo sanno bene, al punto che i premi assicurativi contro i rischi professionali sono lievitati a dismisura.



Bologna - Chiesa Santo Stefano



dalle province

Valerio Nori

Vi sono sempre più medici di famiglia che anticipano l'età della pensione e molti medici in età lavorativa fanno domanda di invalidità per sopraggiunto burn-out da stress continuato.

Io penso che sia giunta l'ora di fare sentire la nostra voce, forte e unita.

I sindacati firmatari dell'ultima convenzione hanno delle responsabilità per lo stato in cui versa oggi la nostra categoria. Ora è comunque necessario uno sforzo comune. L'intera categoria dei medici di famiglia e della Continuità Assistenziale deve dimostrarsi compatte, perché è necessaria tutta la nostra forza per cercare di risalire la china, per strappare condizioni migliorative nel prossimo ACN, cosa che con la crisi economica in atto a livello planetario non sarà comunque facile da ottenere. A questo proposito, il progetto Me.Di.Co proposto dallo Snamì merita attenzione, perché la copertura delle 24 ore per le piccole urgenze da parte dei medici della Continuità Assistenziale costerebbe molto meno rispetto al progetto Case della salute, UMG e affini proposte da altri sindacati e dalla parte pubblica, lasciando al MMG più tempo per gestire la cronicità e la prevenzione senza intaccare oltretutto il rapporto medico/paziente. Non è possibile risparmiare ulteriormente sulle giuste competenze dei medici. Dobbiamo liberare risorse dalla riorganizzazione dell'Assistenza Primaria. Incentivare la qualità delle prestazioni e limitare gli eccessi di richieste improprie di prestazioni mediche, comprese le certificazioni per i primi giorni di malattia. ■

RIMINI



Un sindacato è rappresentativo non solo per il numero di iscritti, ma anche per la struttura organizzativa che sa creare

■ Valerio Nori
Presidente Provincia di Rimini

Diventato presidente della sezione di Rimini giovanissimo e senza esperienza sindacale, il caso volle che la USL di Riccione, dove era nato lo Snamì, scomparisse assorbita nella USL di Rimini che diveniva contemporaneamente provincia.

L'allora presidente comprese che era indispensabile che il presidente fosse laddove c'era il cuore decisionale della sanità locale. Rimini appunto.

Non fu una decisione facile perché lo Snamì a Riccione era forte, potendo contare sulla maggioranza dei medici iscritti. Detto fatto mi trovai così presidente senza esperienza e la sezione perse anche qualche iscritto.

Feci allora quello che sapevo fare, andai a comprare dei libri.

Comprai dei complicatissimi codici di Leggi sanitarie e cominciai una lettura sistematica del manuale ordinistico guida all'esercizio professionale. La prima edizione quella rilegata con i bottoni automatici, per chi se la ricorda, era una ottima fonte di documentazione, anzi una vera e propria miniera. Non c'era molto da fare in quel periodo, la con-

venzione era ancora tutta nazionale e per di più scaduta da sei anni. Le trattative, molto difficili erano in corso e quindi tutto si svolgeva altrove.

Tuttavia più importante fu lo studio del manuale di diritto sindacale di Gino Giugni. Da qui appresi non solo molti tecnicismi che vedo ostici a parecchi colleghi ma anche una nozione fondamentale che ha molto influenzato le mie idee sulla struttura del sindacato.

La normativa infatti (L. 30/12/1996 n. 936) individua i criteri della maggior rappresentatività sindacale non solo nella consistenza numerica, ma addirittura come primo criterio pone l'ampiezza e la diffusione delle strutture organizzative. Ovvero un sindacato è rappresentativo non solo e, direi, non tanto per il numero di iscritti ma anche per la struttura organizzativa che sa creare. Per questo non potendo ambire a grandi numeri ritenni sin dall'inizio l'organizzazione e le qualità del sindacato come un obiettivo strategico da raggiungere.

A Rimini lo Snamì era perfettamente sconosciuto ed io altrettanto.

Per questo dall'inizio cominciai a frequentare tutte le occasioni pubbliche.

Subito dopo il rinnovo convenzionale esplose il problema delle cooperative mediche. Molti pensavano che fosse in arrivo una nuova fase organizzativa della medicina generale, sui modelli inglesi nella quale i medici avrebbero avuto grandi responsabilità organizzative ed addirittura la gestione diretta delle risorse economiche destinate alla sanità.

La USL organizzò un dibattito a cui non fui invitato a parlare. Presi però la

dalle province

parola nella discussione, mi presentai ma non feci come tutti si aspettavano un intervento polemico. Fui tranquillo, ma precisai che credevo poco a che le pubbliche amministrazioni lasciassero così grande potere ai medici e che viceversa evidentemente pensavano di costruire un sistema che determinasse risparmio economico.

Non mi scagliai nemmeno contro il risparmio in sanità, personalmente penso sia indispensabile, precisai però che il medico di medicina generale era la figura meno indicata per questo scopo e che probabilmente il suo ambito di lavoro era forse quello con meno sprechi e costi.

L'intervento fu applaudito da tutti e credo molto apprezzato perché da allora cominciai ad essere convocato con regolarità dall'Azienda USL.

Pur essendo il sindacato necessariamente di parte, ciò non significa che non debba considerare con il massimo rispetto anche la posizione della controparte. La trattativa sindacale è dinamica ovvero scaturisce dal necessario compromesso tra interessi diversi e se non c'è la disponibilità a transare non c'è la possibilità di un accordo.

In tutta franchezza ho sempre visto il sindacalista come qualcuno che porta a casa accordi. Se è capace e le condizioni lo permettono gli accordi, saranno molto vantaggiosi se è meno brillante o, come spesso accade, le condizioni non lo permettono l'accordo sarà meno vantaggioso, ma sarà sempre una solida base per continuare a lavorare e prepararsi per un'intesa migliore.

Non ho respinto mai neanche le discussioni difficili, quelle che implicano o sottoindendono il cambiamento e quindi spaventano, nell'idea che la trasformazione rappresenti quasi sempre una opportunità sindacale.

Il sindacalismo va pensato nel contesto sociale e politico del paese ed in questi tempi anche nella dimensione più ampia europea e globale che sono sempre più presenti ed hanno un influsso soprattutto di tipo indiretto, ma non perciò meno incisivo.

Per questo penso che le resistenze di tipo corporativo siano destinate alla sconfitta e che se il sindacalismo medico vuole avere qualche possibilità di successo debba sviluppare una capacità di scontro intellettuale e progettuale oltre ad una grande professionalità.

Negli incontri di trattativa infatti si dispiega al massimo l'abilità di chi rappresenta il sindacato, abilità che non è solo dialettica e ancora meno è attaccamento indissolubile a modelli precostituiti, ma è conoscenza del contesto operativo delle volontà politiche delle percezioni dell'opinione pubblica. In questo modo ho sempre potuto scrivere parti degli accordi e ottenuto il rispetto di condizioni importanti.

Per questo ho firmato sempre tutti gli accordi aziendali. Alcuni sono stati ottimi accordi, altre volte ho dovuto ingoiare qualche rospo, ma sempre, come dicevo, ho potuto porre condizioni importanti e soprattutto essere sempre presente e partecipare alla programmazione del futuro sanitario della mia città.

Non sono certo mancati i momenti

di tensione anche molto forte sia con l'azienda USL che con le altre forze sindacali, ma li abbiamo sempre superati e con un po' di orgoglio debbo dire che lo Snam Rimini è stato chiamato al comitato d'azienda della Azienda USL di Rimini sino dalla prima riunione e nonostante gli assurdi veti proposti.

Per onestà devo anche citare i punti, diciamo così deboli della mia sezione. Sebbene il numero degli iscritti sia rispetto al numero di medici sindacalizzati più che importante (25% dei sindacalizzati) il numero assoluto non è particolarmente alto e il trend è più di mantenimento che non di crescita.

Mi giustifico dicendo che non si può fare tutto, ma comprendo che anche l'aspetto numerico è rilevante, per questo ho raccolto l'invito del tesoriere nazionale a ricercare l'adesione di quella grande parte di medici non iscritta ad alcun sindacato. ■



Uno scorcio di Rimini



arte medica e scienza

Mario Ugo Mirabella

Prospettive di crescita che questo mercato può avere nei prossimi anni, alla luce delle future scadenze brevettali

Il farmaco generico: occorre un'informazione di qualità!

Una prescrizione consapevole non può prescindere da tutta una serie di informazioni

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

Il tema del farmaco generico è sempre più un tema attuale per gli operatori del settore.

Le prospettive di crescita che questo mercato può avere nei prossimi anni, alla luce delle future scadenze brevettali, sono enormi: si conta che nel 2012 l'80% del mercato farmaceutico ad unità sarà rappresentato da molecole a brevetto scaduto: questo significa che la "primary care" vedrà il farmaco generico come assoluto protagonista.

Ecco perché c'è sempre più la necessità di conoscenza, da parte del medico prescrittore, dei diversi aspetti che qualificano il farmaco generico: dalla bioequivalenza alle procedure di autorizzazione all'immissione in commercio, e inoltre di comprendere fino in fondo a quali controlli vengono sottoposti questi farmaci, prima e dopo la commercializzazione.

Inoltre la condivisione dell'esperienza degli altri paesi dove è ben diffuso il suo utilizzo, e di tutte le implicazioni farmaco-economiche che impattano sul sistema sanitario sono argomenti che meritano un approfondimento per poter comprendere la vera valenza del farmaco generico: curare i pazienti generando risorse economiche da reinvestire nell'innovazione farmaceutica per garantire al paziente la migliore cura a seconda delle situazioni, garantendo l'equilibrio di sistema.

Sarebbe utile approfondire tutti questi ed altri argomenti, ma in che modo?

Accanto all'informazione scientifica classica a cui siamo stati abituati da sempre ci sono altri strumenti altrettanto efficaci: per esempio le newsletter, il mailing postale, i siti internet interamente dedicati al farmaco generico, i corsi di formazione a distanza.

Invece davanti ad una parziale informazione sul tema spesso si rinuncia a utilizzare il farmaco generico perché non vengono divulgate tutte le informazioni necessarie.

Una prescrizione consapevole non può prescindere da tutta una serie di informazioni, comprese quelle relative agli eccipienti.

Non che questi possano influenzare l'efficacia del farmaco generico, che è garantita dagli studi di bioequivalenza, ma talvolta sarebbe utile conoscere se un farmaco contiene o meno del glutine, piuttosto che del lattosio o del saccarosio.

Questo a beneficio di quei pazienti che soffrono di intolleranze in modo che il medico si regoli durante la prescrizione.

Decidere il giusto farmaco per il proprio paziente è un obiettivo che tutti noi quotidianamente perseguiamo e ricevere un'informazione di qualità ci sarebbe di grande aiuto per poter fare al meglio il nostro lavoro. ■



letti per voi

a cura di Francesco Pecora



LA CLESSIDRA DI PIOMBO

di Dora Muccio



Alla fine della sua giornata terrena, Cesare tipografo-editore, ripercorre la sua lunga vita, vissuta tra una Catania inizio secolo e una Parigi intima e crepuscolare.

L'alternarsi dei ricordi, in un suggestivo incastro di flashback, vivacizza il racconto, spezzandolo

abilmente con alterno ricorso all'io narrante. Sullo sfondo, sempre incombente, una clessidra, metafora del tempo inarrestabile, di ciò che forse è la nostra vita, di ciò che potrà diventare e di ciò che dovremmo evitare che diventi. ■



QUADERNI DI SILENZI

di Dora Muccio



Un uomo, per sottrarsi alla sopraffazione di presenze familiari prevaricanti, si rifugia in un mondo segreto fatto di pensieri raggruppati nelle pagine silenziose e pazienti di consolanti quaderni, trasformati in scenario della sua vera vita. La scrittura, strumento di liberazione, difesa, liberazione, finisce per

celebrare il suo trionfo sulle restrizioni di una esistenza pirandellianamente vissuta attingendo il suo vigore dalle forze rigeneratrici della natura. La prosa asciutta, essenziale, la cornice del barocco e della unicità delle campagne iblee, catturano il lettore coinvolgendolo totalmente nei fatti narrati. ■



C'ERA UNA VALLE

di Dora Muccio



Dagli aspri declivi etnei alle sconfinite piantagioni di caffè venezuelane si snoda la saga di una famiglia siciliana, con un alternarsi di episodi dolorosi e momenti di gioia. Dipanando con sapienza lunghi fili memoriali, tenaci e sottili, l'Autrice nel-

la sua narrazione intrisa di nostalgia fa riemergere antichi frasari e desuete ritualità, forti sentimenti e tenere affettuosità, peculiari di un particolare ambiente familiare. ■



Il mondo è pieno di vittime delle passioni non sincronizzate.

Ernest Hemingway
(Oak Park, 21 luglio 1899 - Ketchum, 2 luglio 1961)
scrittore statunitense





l'intervista

di Stefano Nobili

Intervista a Laura Asnaghi

Come vestono i medici?



Laura Asnaghi giornalista di moda e fashion del quotidiano "La Repubblica".

È responsabile della pagina sanità di Milano

Come vestono i medici?

I medici italiani sono abbastanza vanitosi e andando in giro per ospedali e studi medici si scoprono vezzi molto interessanti. Dovendo fare i conti con la divisa bianca, molti medici puntano sui maglioni inglesi dai colori classici o pastello, oppure dedicano una attenzione incredibile al pantalone: da quello di taglio sartoriale a quello più sportivo ma di gran marca. Per le scarpe c'è una sorta di feticismo che porta i medici a esibire solitamente scarpe british. Naturalmente, i medici-esteti, quelli che amano avere un guardaroba di tutto rispetto, rappresentano la fascia alta della categoria. Mentre la maggioranza dei camici bianchi punta a un certa sobrietà, fatta di capi essenziali e senza tempo, forse perché non vogliono apparire troppo frivoli davanti ai loro pazienti. Come in tutte le categorie, anche tra i medici ci sono quelli che vestono male, che portano il calzino corto e non sanno armonizzare i colori. Ma questo è un fatto comune a tante categorie.

I medici italiani seguono in generale la moda?

Io ho la sensazione che i medici della vecchia guardia non siano molto attratti dai trend modaiole. Mentre le giovani generazioni sono più sensibili ai richiami fashion e osano di più, pur restando sempre nei limiti del buon gusto. Certo rispetto agli architetti, ai designer, i medici non possono essere annoverati tra i "fans della moda". La loro professione richiede sempre il rispetto di un certo decoro e così per andare a fare una visita non possono certo indossare un jeans strappato o un giacca troppo attillata. Ne andrebbe della loro credibilità.

Conoscenze scientifiche e gusto personale vanno di pari passo?

Ci sono medici ricercatori, autori di studi brillanti, famosi per la loro eleganza e altri che sono tutto "genio e sregolatezza", che vestono maglioni-jeans informi e scarpe da ginnastica sfondate anche nelle occasioni dove è richiesto

Il giornalista è colui che distingue il vero dal falso... e pubblica il falso.

Mark Twain

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

l'intervista

l'abito formale. Il professor Umberto Veronesi è certamente uno degli uomini più raffinati della medicina italiana e la sua fama è pari alla sua capacità di indossare con grande stile sia lo smoking che la divisa verde da chirurgo. Questo perché l'eleganza non è fatta solo di abiti costosi, ma è una questione di attitudine. Un altro esempio interessante è quello del professor Silvio Garattini. Ormai il maglione dolcevita fa parte della sua immagine, è un tratto distintivo della sua personalità. Lui l'ha capito benissimo e, con una certa malizia, non se ne separa mai.

Abbigliamento casual o formale: in ospedale o in studio cambia l'abbigliamento?

Direi che è una questione generazionale. Chi è abituato all'immagine del medico "vecchia maniera" preferisce i completi classici "giacca e cravatta". Mentre le new entry non hanno difficoltà a scegliere un abbigliamento più casual, meno compassato e più confortevole.

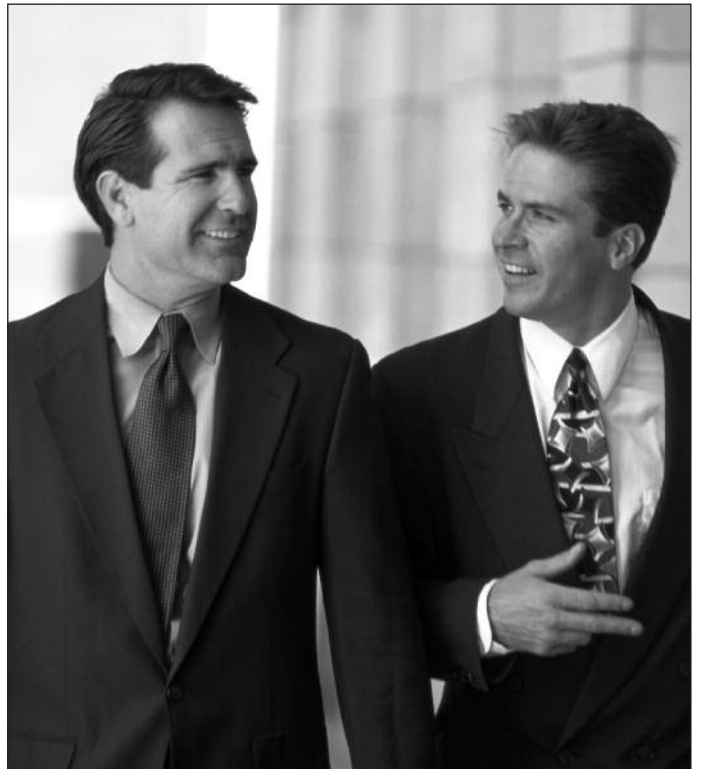
L'abito fa il monaco.

Ovvero il paziente viene aiutato, nello scegliere il medico, anche da un look elegante?

Come in tutte le scelte "anche l'occhio vuole la sua parte". Un medico troppo arruffato e disordinato avrà meno appeal sul paziente. Nel rapporto tra medico e paziente incidono molti fattori, come la fiducia, l'affidabilità ma il lato estetico va tenuto sempre in grande considerazione.

Come la moda di casa nostra vorrebbe vestire un medico?

Credo che gli stilisti disegnerebbero volentieri delle giacche speciali per i medici, con tasche interne studiate ad hoc, dove riporre gli attrezzi fondamentali del mestiere, senza però perdere un briciolo di eleganza.



Due stili a confronto

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:



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

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

E 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



ELSEVIER

Elsevier srl

Via Paleocapa, 7
20121 Milano - Italia
Telefono +39 02 88184.1
Telefax +39 02 88184.301
www.elsevier.it



L'ALCOL DISTRUGGE IL FUTURO

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