

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.4 anno 5° - novembre/dicembre 2007

"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

Riacquistiamo la dignità sottratta

**SNAMI insiste su
Progetto ME.DI.CO**

**Quote rosa,
panda e foca monaca**

**SNAMI Nazionale
cambia sede**



M. Martini
Riscriviamo l'atto
di indirizzo



L. Turco
Il ministro
si impegna



A. Bianco
Federazione
e sindacati più vicini

n. **4**

novembre - dicembre 2007



editoriale

Francesco Pecora

Francesco Pecora

Ma chi ha detto che il nuovo è più bello? Con questa frenesia di rifondare corriamo il rischio di gettare il bambino con l'acqua sporca, sempreché non sia già stato fatto.

Da tutte le parti della penisola, nei nostri eventi, è un coro unanime di protesta e grazie al cielo di proposte.

Qual è la madre di tutte le rovine? La risposta è facile! La totale incapacità di chi, e non da oggi, seduto ai comandi della sanità, di governarla. Oggi si corre ai risparmi con i famosi piani di rientro.

Ma vi è stato in tutta la nazione un direttore generale che ha rinunciato alla macchina blu, che ha rinunciato alle consulenze esterne milionarie per sistemare una sanità che prima arrancava e che oggi non funziona? Ma questi amministratori non sono gli stessi che da trent'anni e più gestiscono la sanità? Cosa fanno? Li puniscono spostandoli di sede? Ed allora vai con la distruzione in altri luoghi. Cosa facciamo ci affidiamo al comico di turno e lo incarichiamo delle indagini?

Che schiaffo, che umiliazione e che faccia tosta da parte di chi li ha permessi, i cartelloni pubblicitari dovunque con lo slogan "pane amore e sanità". Ma cos'è un film inedito di Totò e De Sica. Ma credono di aver preso in giro chi? Non certo i medici che sono alla canna del gas, non certo i pazienti che per fare un esame cercano le raccomandazioni. Ed allora? L'invito è riacquistiamo la dignità sottratta. Partecipazione, non più deleghe.

Siamo al punto spero non irreversibile in cui affidiamo argomenti come l'eutanasia oppure l'interruzione di gravidanza ai salotti. Sono argomenti da trattare sottovoce. Ed invece? Vengono urlati in televisione ed al bar dello sport.

Ma cosa ne sanno i giornalisti dello spettacolo e relativi ospiti della sofferenza che si consuma spesso a quattrocchi tra la solitudine di una stanza che puzza di morte? Avete letto bene, puzza.

Cosa fanno gli uomini di spettacolo, ai quali si sono aggiunti colleghi malati del più ridicolo protagonismo di cosa vuol dire parlare, non dietro le telecamere, con donne selvaggiamente e quotidianamente maltrattate, non solo fisicamente, che vogliono interrompere un gravidanza?

Ed adesso anche la chiesa, con il sermone sulla pillola anticoncezionale fatto ai farmacisti. Con tutto il rispetto, ma che ognuno di noi si occupi di quello per cui è deputato.

Ci chiedono: i sindacati che fanno? Ma quali sindacati? Lo SNAMI propone, il nostro giornale è l'esempio che nei vari incontri e con la partecipazione numerosa che abbiamo avuto in buona parte d'Italia, base e dirigenza del nostro sindacato è pronta per un confronto. Ma con chi? Con chi ha redatto un atto di indirizzo sgradito a tutti? Oppure con chi ha arricchito il DDL di prossima discussione al Senato di parole, parole, parole come dice il Presidente Martini.

Reagire, non arrendersi, proporre.

Un invito agli altri sindacati: è finito il tempo delle "meline".

francesco.pecora@hotmail.it

Direttore Responsabile
Francesco Pecora

Segretaria di redazione
Giuseppina Tomaselli

Hanno collaborato a questo numero

Fernando Auriolo
Piero Biondo
Gennaro Caiffa
Maria Cristina Campanini
Antonio Chiodo
Ennio Grassini
Giancarmelo La Manna
Emanuele Maccarone
Michele Maiorana
Giorgio Massara
Stefano Nobili
Marcello Odorizzi
Augusto Pagani
Gianfranco Parise
Angelo Testa
Ernesto Torcinaro

Direzione e Redazione
Via Francesco Fusco, 1
95128 Catania
Tel. 095 551 825 - Telefax 095 213 571
Sito Internet: www.snami.org

Editore



Viale Monza, 133 - 20125 Milano
Tel. 02 2817 2300 - Fax 02 2817 2399
eMail: info@edraspa.it

© Edra 2007

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento professionale. La pubblicazione o ristampa di articoli o immagini della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Gli articoli pubblicati su **Libertà Medica Snami** sono redatti sotto la responsabilità degli autori.

Grafica

Walter Aliprandi
Gaetano Altamura
Raffaella Castelli
Giorgio Gandolfo - *direttore creativo*
Clementina Lamedica - *art director*

Stampa

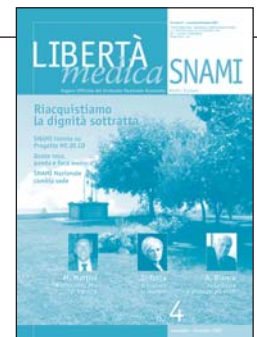
Arti Grafiche Leva SpA
Viale Edison, 605
20099 Sesto S. Giovanni (MI)

Periodico Trimestrale - spedizione in A.P. - 45% art. 2,
comma 20/b, legge 662/96 Milano - Prezzo Euro 1,00



Periodico associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Iscriz. al registro Nazionale della Stampa n. 5290 del 5/8/96
EDRA aderisce all'AIE - Associazione Italiana Editori



In copertina: "pozzo",
Poggio Felice - Fleri

LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Atto di indirizzo da rigettare e scrivere ex novo 3

TRE DOMANDE

Federazione e sindacati più vicini 5

POLEMIZZANDO

Non accontentiamoci delle Case della salute 8

Vuoi un Medico SNAMI o uno degli altri? 10

SCUOLA QUADRI

A Catania seminario organizzativo e avvio del 1° livello 12

DIRITTO SANITARIO

I.R.A.P. - Quando esiste per il medico il diritto al rimborso 14

DALLE REGIONI

Convenzione Puglia: demagogia pura 17

DALLE PROVINCE

Trapani e Tunisi sedi dell'Associazione dell'Amicizia Medica italo-tunisina 19

Politiche territoriali: dalla sanità alla salute 21

Non si placano gli attacchi istituzionali nei confronti dei medici di famiglia! 23

ARTE MEDICA E SCIENZA

James Tait Goodrich, una carica non comune di umanità al servizio della scienza 26

Alimenti funzionali 29

LA VOCE DEI SETTORI

Proposte organizzative per la riqualificazione e il potenziamento del servizio
di Continuità Assistenziale 31

Anche i liberi professionisti tutelati dallo SNAMI 33

Atto di indirizzo per la dirigenza 34

Finanziaria 2008: sciopero e manifestazione dei Medici e Veterinari del SSN 37

Quote Rosa: panda e foca monaca in estinzione 38

Certificazioni INAIL 40

LETTI PER VOI

..... 43

ULTIM'ORA

La regionalizzazione in sanità: incertezze e pericoli 44

Lo SNAMI si arricchisce di due nuove sezioni: Gorizia e Monza 45

L'INTERVISTA

Intervista a Carlo Altamura 46

Libertà Medica SNAMI è presente sul sito nazionale www.snami.org



la pagina del Presidente

Mauro Martini

21 settembre sciopero nazionale

Atto di indirizzo da rigettare e scrivere ex novo

Stato giuridico atto nodale

■ a cura di Stefano Nobili



Una data da ricordare. Dopo più di un decennio l'intera categoria della Medicina Generale è scesa in sciopero

compatta.

Come ho detto nel comunicato stampa di quel giorno, l'unione totale delle forze sindacali è stato possibile sia per le forti motivazioni, come la richiesta di apertura delle trattative nazionali ferme da più di due anni, sia per il compito dovere che ha il Presidente di un grande sindacato come il nostro, di concertazione tra i vari attori del sindacalismo nazionale.

Ma lo sciopero del 21 settembre è stato solo una prima azione sindacale.

Dopo pochi giorni è stato presentato il fatidico "Atto di indirizzo", ovvero quelle indicazioni economico-normative che il Comitato di Settore, formato da esponenti delle Regioni, emana e che detta le regole del nuovo rinnovo convenzionale.

Un "Atto di indirizzo" però da rigettare completamente e scrivere ex novo.

Prima di tutto per la parte economica a dir poco vergognosa: una prima

trance di aumento del 2,84% nazionale da legare all'accettazione di una normativa molto pesante e una seconda del 2% regionale uguale a quella del comparto dei dipendenti.

Dal vecchio 70/30 si è passati ad un 60/40: inaccettabile!!!

Secondo motivo, ma di eguale e pericolosa importanza rispetto al precedente punto, un dichiarato parallelismo tra la nostra convenzione e il contratto del comparto dei dirigenti, ovvero un'ulteriore spinta verso una normativa sovrapponibile alla dipendenza.

Per questi motivi ho subito iniziato una frenetica attività di contatti sia con il Ministero della Salute sia con il Comitato di Settore e le dirigenze degli altri sindacati.

Questo ha portato ad una lettera congiunta di tutti i sindacati della Medicina Generale indirizzata al Ministro per chiedere di non approvare l'Atto di indirizzo fino a quando non si sarà definito in maniera inequivocabile lo stato giuridico del Medico di Medicina Generale.

La definizione quindi del nostro "Stato Giuridico" è il vero punto nodale.

Se siamo, come siamo, dei liberi professionisti con a nostro carico tutti i rischi

d'impresa, tasse ingiustificate come l'IRAP, la bassissima deduzione fiscale di auto, telefono con l'aggiunta di spese varie, non è possibile avere nè un aumento economico percentuale identico ai dipendenti, nè dover rispettare percorsi predeterminati organizzativi e clinici, ma dobbiamo avere riconosciuta almeno la reale inflazione che abbiamo avuto negli ultimi 10 anni e dobbiamo operare non per percorsi ma per obiettivi.

Se vogliono paragonarci alla dipendenza insistendo in quella ambiguità che ha portato la Corte di Cassazione a definirci con quel pessimo termine di "parasubordinati" che neppure esiste nel vocabolario del lavoro, la parte pubblica abbia il coraggio di assumerci come dipendenti con ferie e malattia pagate! O, come già avviene per i colleghi specialisti ambulatoriali interni, che ci venga abolita la tassa IRAP, tipica dell'impresa, massima espressione della libera professione; ma non solo, visto che siamo pagati a tariffe sociali, ci sia concesso di pagare tasse in percentuale ridotta per la quota del SSN.

Questa è la nuova sfida che mi impegno a portare avanti, e se possibile congiuntamente con le altre sigle sindacali. ■



Il ministro si impegna

Trattativa da chiudere con più peso politico

“Voglio dare una risposta urgente e immediata alle richieste sacrosante dei medici”

Impegno del Ministro Livia Turco sulla riapertura delle trattative in tempi brevi anche a fronte delle richieste dei sindacati più rappresentativi che si concretizzano con una maggiore disponibilità sugli argomenti scot-

tanti come: previdenza, fisco, retribuzioni e formazione. Ci sarà da parte del Ministro una intermediazione con le regioni affinché insieme con il governo si giunga presto ad una risposta sollecita e soddisfacente per le parti. “Il mio im-



pegno, dice la Turco, non è soltanto quello di dare una risposta, ma che ci sia una consapevolezza maggiore sul valore politico e non solo di categoria delle vostre richieste sacrosante”.

frp

Meno viaggi della speranza

La mammografia ignorata da troppe donne

“Il denaro non può avere peso sull'erogazione di servizi antitumorali di prevenzione e cura”

All'XI congresso dell'associazione italiana di oncologia medica (Aiom) svoltasi a Palermo il Ministro Turco ha affermato che non si possono tollerare che esistano ancora oggi differenze geografiche nella cura e prevenzione dei tumori e che una donna del sud abbia probabilità inferiori di sopravvivere ad una donna del nord.

A tutti i medici che si sono detti preoccupati per gli alti costi delle nuove cure anti cancro basate su molecole che

inibiscono l'angiogenesi, il Ministro risponde ai camici bianchi invitandoli a segnalare i casi in cui dovessero verificarsi casi di omissione di assistenza.

Buone notizie invece sul fronte della salute regionale. In Sicilia ci si ammalava meno di tumori.

L'incidenza del cancro al seno in Sicilia è del 20% in meno che nel resto d'Italia. I livelli di mortalità sono allineati a quelli di altre regioni non solo per il cancro al seno ma anche per i casi di cancro al polmone al colon, vescica e melanoma,

addirittura con flessioni pari al 15%.

C'è ancora molto da lavorare nel campo della prevenzione. Ci sono donne che a cinquantenni non solo non hanno mai fatto una mammografia ma addirittura nessuno mai gliel'ha consigliata.

Una speranza alimentata dai dati viene confermata dal ministro: In Italia nel 1995 erano 5523 gli italiani che sceglievano di curarsi all'estero. A distanza di dieci anni sono stati 559, il 90% in meno.

frp



tre domande

di Angelo Testa

Amedeo Bianco Presidente Nazionale FNOMCeO

Federazione e sindacati più vicini

Gli Ordini sono percepiti come oggetto lontano

■ di Angelo Testa

Caro Presidente, come valuti gli incontri tra FNOM e sindacati medici che hanno caratterizzato il 2007 e che hanno avuto la loro conclusione con l'incontro di Roma del settembre scorso?

In modo positivo: era importante verificare un metodo e cioè capire se gli ordini professionali potevano fare da capofila per portare ad un tavolo unico tutte le figure della professione medica, che appare quanto mai dispersa e frastagliata, e di permettere a tutti gli attori di ridisegnare le competenze ed i ruoli in modo armonico. Le due giornate di Roma penso abbiano dato una risposta importante e positiva a tutto questo progetto.

Qual è la posizione della Federazione degli Ordini degli accordi che si vengono a stipulare in diverse parti d'Italia con cui le regioni e le ASL chiedono di razionalizzare la spesa ed offrono in cambio incentivi economici ai medici che attuano tale risparmio, configurando, a detta di alcuni, un vero e proprio comparaggio di stato?

Dobbiamo intenderci, vi sono due piani distinti: uno tecnico professionale dove ognuno opera al meglio della buona pratica clinica, ed un altro economico dove le risorse sono definite. Se le risorse risparmiate sulla base dell'appropriatezza vengono rimesse in gioco per migliorare la qualità e la quantità dei servizi non possiamo che essere d'accordo.

Perché pochi colleghi partecipano alle elezioni degli Ordini?

Innanzitutto perché gli Ordini sono percepiti come un soggetto lontano, quasi avulso dalla vita professionale, soprattutto dai Colleghi più giovani. In secondo luogo il seggio unico, soprattutto nelle città più grandi, non incoraggia ad andare a votare sobbarcandosi trasferte di diversi chilometri.

Mi preme ricordare che il sistema elettorale attuale era stato concepito per Ordini di 2-3.000 iscritti, pensiamo all'Ordine di Roma che oggi conta 37-38.000 iscritti, per farli votare tutti, se venissero, avremmo bisogno di uno stadio.

Lo stesso meccanismo elettorale fa apparire superflua la partecipazione al voto quando non vi è contesa, al contrario quando si annuncia più di una possibilità di voto la percentuale dei votanti aumenta. ■

L'indecisione sta alla base della flessibilità.

Arthur Bloch
Umorista e scrittore statunitense



Comitato centrale e Consiglio Nazionale SNAMI: bocciato atto di indirizzo

Martini: “...non è più accettabile, tra l’altro, che una fetta cospicua degli aumenti sia legato a progettualità regionali”

**Mozione Congiunta
Comitato Centrale e Consiglio Nazionale SNAMI
Roma, 6 e 7 ottobre 2007**

Il Comitato Centrale e il Consiglio Nazionale SNAMI, riuniti a Roma presso l’Hotel Ergife, sabato 6 e domenica 7 ottobre 2007, sentita la relazione del Presidente Nazionale, Mauro Martini, **la approvano**.

Approvano il Progetto ME.DI.CO
(*Medicina Distrettuale di Continuità*).

Rigettano l’attuale atto di indirizzo, ritenendo necessari chiarimenti in merito.

Approvano la verifica dell’esistenza dei presupposti necessari alla ripresa della collaborazione tra SNAMI e SNA-MID, sulla scorta delle decisioni derivate dal Congresso Nazionale di Copanello.

Conferiscono il massimo sostegno ai giovani medici con atti di tutela visibili.

Approvano e sostengono il settore della Dirigenza Medica affinché la sua presenza sia sempre maggiore.

Approvano la sinergia tra dirigenza medica e medicina dei servizi.

Approvano la linea programmatica del Presidente Martini e di tutto l’Esecutivo conferendo fiducia e mandato nella prosecuzione del lavoro svolto.

La mozione viene approvata all’unanimità.



L’Esecutivo al completo in Comitato Centrale



Una fase dei lavori del Consiglio Nazionale

La società scientifica e il sindacato, due strade un unico obiettivo

SNAMI e SNAMID si incontrano in Viale Beatrice d'Este

Martini e Bosisio: un sodalizio sinergico a favore dei medici

I vertici della società scientifica SNAMID e del sindacato SNAMI si sono incontrati in Viale d'Este, sede storica dello Snam, per gettare le basi di un sodalizio che possa portare in breve tempo allo sviluppo di idee ed eventi atti a raggiungere in tempi brevi risultati gratificanti per le due organizzazioni, ma soprattutto a favore degli iscritti. I due esecutivi al completo si sono confrontati. Viene fuori da una discussione complessa che gli obiettivi sono comuni anche se le strade per raggiungere i risultati, a volte, possono essere diverse. Con correttezza e lealtà, doti che contraddistinguono sia SNAMI che SNAMID, si può intraprendere un cammino comune cominciando dalla formazione, tema scottante di grande attualità. Le caratteristiche delle due organizzazioni sono diverse, come sono diversi i percorsi. La società scientifica ha bisogno del sindacato come il sindacato ha bisogno della società scientifica, da ciò nasce il concetto di sinergia. Insieme, per recuperare la dignità e superare le enormi difficoltà che si appalesano all'orizzonte, con governi mutevoli che si susseguono ma che hanno un progetto comune e coerente: distruggere la figura del medico. ■

frp



Fase dell'incontro in Viale d'Este tra SNAMI e SNAMID



Stretta di mano tra Bosisio e Martini



polemizzando

Augusto Pagani

Piattaforma per il prossimo rinnovo del contratto

Non accontentiamoci delle Case della salute

Stato e regioni insieme per i Villaggi della salute, strutture alberghiere convenzionate con il SSN

■ *Augusto Pagani*
Presidente Provinciale di Piacenza

Si fa un gran parlare da qualche anno di UTAP e di Case della salute, che dovrebbero portare i medici di medicina generale ad una progressiva, completa e felice integrazione professionale con i colleghi specialisti, con gli assistenti sociali, con gli infermieri professionali e con i dirigenti medici del distretto.

Le linee di indirizzo per il rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali del personale medico ed altre professionalità sanitarie, convenzionate con il SSN 2006-2009 perseguono appunto la *“completa integrazione dei professionisti nella rete dei servizi del sistema”*, *“quale condizione strutturale per il miglioramento complessivo del Servizio Sanitario nazionale e della sua capacità di soddisfare il bisogno di salute dei cittadini”*.

Una volta realizzate le Case della salute i cittadini avranno:

■ un miglioramento del loro stato di salute;

- la garanzia di servizi di assistenza sanitaria e sociale senza interruzioni ingiustificate del servizio dall'ospedale al territorio, 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana;
- la garanzia della qualità, della efficacia e della appropriatezza degli interventi;
- l'equità di accesso ai servizi.

E noi medici avremo:

- l'obbligo di svolgere la nostra attività nel rispetto dei principi e dei criteri regionali che disciplinano l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi sanitari e sociali;
- l'incompatibilità con lo svolgimento di attività libero professionale nel

Sognatore è un uomo con i piedi fortemente appoggiati sulle nuvole.

Ennio Flaiano

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

◆◆◆

Quando la vanità si placa, l'uomo è pronto a morire e comincia a pensarci.

Ennio Flaiano

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

polemizzando

nostro studio medico da parte di colleghi specialisti;

- un incremento per il 2006 e 2007 pari al 2,85% rispetto al 2005, a fronte di precisi impegni a perseguire gli obiettivi specifici imposti dalla parte pubblica, indicati ai punti a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l del documento (n.d.r. che sarà bene leggere e valutare con attenzione perché in termini di impegno e responsabilità “costano” molto più del 2,85% di aumento che la parte pubblica è disposta a concedere).

Quando le Case della salute saranno state realizzate avremo dunque una assistenza sanitaria e sociale sul territorio capace di soddisfare 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, il bisogno di salute dei cittadini; una assistenza finalmente equa, solidale e certa per tutti.

Ma purtroppo incompleta, perché priva dei servizi inerenti il tempo libero e lo svago, senza i quali non si potrà garantire il completo benessere psico fisico dei cittadini.

Per questo motivo **noi medici di medicina generale**, per la importanza e la centralità che il nostro ruolo riveste all'interno del SSN, per la conoscenza personale dei nostri assistiti e dei loro problemi, per la integrazione con i colleghi specialisti, con gli assistenti sociali, con gli infermieri professionali e con i dirigenti medici della ASL, **dobbiamo chiedere, anzi pretendere**, che lo Stato e le Regioni rimedino a questa grave carenza e completino il progetto “Case della

salute” con quello “**Villaggi della salute**”, strutture alberghiere convenzionate con il SSN situate nelle più belle località marine e montane, dotate di piscina, palestra, sauna, tennis, sala massaggi, campi da tennis e da bocce, campo pratica golf e maneggio.

I “Villaggi della salute” dovrebbero essere finanziati e gestiti dai medici di medicina generale in pensione, secondo precisi impegni assunti per la liquidazione delle loro pensioni.

Tali impegni dovrebbero prevedere che il medico pensionato possa utilizzare liberamente e senza autorizzazione della ASL il 20% di quanto percepito dall'ENPAM, ma che debba invece reinvestire l'80% della sua pensione in un fondo regionale appositamente costituito per costruire ed attrezzare le strutture in oggetto. La Regione avrà il compito di controllare la puntualità e la correttezza dei versamenti dei medici pensionati.

L'accesso ai Villaggi della salute sarà gratuito per i cittadini esenti da ticket, mentre i non esenti pagheranno una quota giornaliera di 1 Euro. Lo Stato e le Regioni si faranno carico del pagamento delle quote dei cittadini esenti.

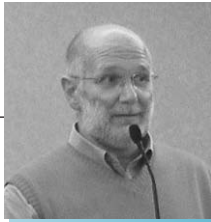
Gli utili di gestione saranno ripartiti fra tutti i medici pensionati che avranno partecipato al progetto sperimentale obbligatorio di cui sopra. Se disgraziatamente il saldo fosse negativo, gli stessi medici si divideranno i debiti.

Io credo che questo progetto, una volta attuato, consentirà ai medici di sentirsi finalmente parte attiva del sistema sanitario nazionale e regionale ed integrati appieno nei relativi servizi assistenziali e di proseguire anche dopo il pensionamento il loro felice rapporto con il SSN.

Questo progetto potrebbe quindi essere una buona piattaforma per il prossimo rinnovo degli ACN. ■



I “Villaggi della salute”



polemizzando

Marcello Odorizzi

Vuoi un Medico S.N.A.M.I. o uno degli altri?

■ *Marcello Odorizzi*
Presidente Provinciale di Bergamo

Lo SNAMI è una organizzazione sindacale per medici tra le più rappresentative in Italia che annovera tra i suoi associati circa 10.000 medici di medicina generale. Quello che accomuna questi colleghi è la fiducia nella propria professione intesa come opera al servizio del cittadino svolta in regime di libera professione in convenzione con il SSN.

È proprio questo vincolo di fedeltà al giuramento che ci impone di **Mai nuocere ai nostri Pazienti** che ci ha portati ad affermare la nostra libertà professionale nel dissentire da quanto hanno deciso la parte pubblica e le altre organizzazioni sindacali all'atto di scrivere le regole delle Cure Primarie.

In particolare vengono espressi alcuni atteggiamenti fondamentali che vogliamo continuino a caratterizzare il Nostro modo di interpretare il ruolo per il quale siamo stati scelti dagli assistiti.

1. *Il Medico SNAMI c'è! Il Paziente ha la certezza di potersi recare in ambulatorio negli orari prefissati e parlare con il proprio medico, non ha senso tenere aperto un ambulatorio 24 ore su 24 se poi ogni volta che ci si va si trova un medico differente.*
2. *In caso di assenza il Medico SNAMI avvisa preventivamente i propri assistiti, non ci saranno sorprese.*
3. *Il sostituto, nei limiti del possibile, sarà sempre lo stesso onde garan-*

tire una continuità anche nei momenti di assenza.

4. *Il medico SNAMI accetta e cura tutti i cittadini, troppo spesso vediamo Pazienti cosiddetti "scomodi" che vengono ruscati da altri*

medici, per risolvere problemi di gestibilità o di spesa.

5. *Il Medico SNAMI visita i propri Pazienti: l'atto medico ha come presupposto insostituibile il colloquio e la visita del Paziente, non accettiamo il facile ricorso agli specialisti o al pronto soccorso che troppo spesso rappresentano un modo per "Scaricare" il Paziente.*
6. *Quando si avvale di collaboratore di studio affida loro compiti di segreteria o di amministrazione, non demanda la gestione degli ammalati che troppo spesso vengono assistiti, specie dopo il ricorso ad ospedali o a specialisti, dalla segreteria che trascrive le prescrizioni suggerite, nessuno all'infuori del*

“
La medicina è un'opinione.

Massimo Bontempelli

(Como, 12 maggio 1878 - Roma, 21 luglio 1960) scrittore

”

polemizzando

medico conosce la storia del Paziente e le sue peculiarità.

7. *Nessuna linea guida o percorso diagnostico terapeutico può prevalere nei confronti delle indicazioni personali che il medico sa **adattare** ad ogni paziente come un abito fabbricato in serie che non avrà mai la vestibilità di quello fatto su misura.*
8. *Nella scelta dei farmaci e delle indagini da prescrivere il primo criterio utilizzato sarà quello della **efficacia, tollerabilità e idoneità** alla realtà del paziente, mai verrà data la prima scelta ad un farmaco solo perché costa meno.*
9. *Il Medico SNAMI **tiene aperti gli ambulatori periferici** distribuiti sul territorio e facilmente accessibili anche quando la parte pubblica incentiva gli accorpamenti in grandi gruppi raccolti in quelle che vorrebbero essere le "Case della salute".*
10. *Il Medico SNAMI **rispetta il segreto professionale e tutela la Privacy** dei propri assistiti che purtroppo oggi si vedono costretti a concedere il cosiddetto "consenso informato al trattamento dei dati", che porterà la loro storia e le loro vicende personali sulle grandi reti informatiche create dallo stato ed accessibili senza il dovuto controllo e le dovute garanzie.*

Questa è la nostra bandiera, non certo per farne un vanto, sappiamo bene che non sempre e non tutti questi obiettivi sono raggiunti da ciascuno di noi, ma nel loro complesso queste 10 regole formano la differenza tra il Medico SNAMI e gli altri, una differenza che viene difesa anche di fronte a norme ed incentivi che portano il vostro medico ad essere paga-

to meno di chi, al contrario, preferisce essere al servizio delle Aziende sanitarie per raggiungere obiettivi diversi da questi o ad essere perseguito dalla corte dei conti per ciò che ha prescritto.

Una differenza davanti alla quale Ti chiediamo di scegliere: **vuoi un medico SNAMI o uno degli altri?** ■

Più spazio per tutti

SNAMI Nazionale cambia casa

In via Ripamonti 40 a Milano la nuova sede

Con la stessa serenità di tanti anni di convivenza lo Snam Nazionale abbandona la storica sede di Viale Beatrice d'Este. Nella sede operavano insieme l'Associazione medici milanesi, la sezione provinciale e la sezione regionale dello Snam e la segreteria nazionale. Una convivenza serena nonostante gli spazi ristretti e tutto sommato una segreteria con poche sbavature grazie ai miracoli anche del personale.

Ma lo SNAMI è cresciuto ha bisogno di spazi non solo materiali. Lo SNAMI nazionale ha soprattutto bisogno di spazi intellettuali dove fare espandere idee, troppo spesso mortificate dalla mancanza di spazio.

In sei mesi si sono messe in evidenza intelligenze di iscritti, più o meno graduati, che non avevano gli giusti spazi per esplodere. Lo SNAMI non solo è cresciuto, ma la tendenza ci dice che è in continua crescita, pertanto la nuova sede in via Ripamonti n.40 darà a tutti la possibilità di poter esprimere al meglio le proprie capacità.

È di dovere un ringraziamento all'Associazione Medici Milanesi che ha ospitato da sempre lo SNAMI, e continua ad ospitare ancora le sezioni provinciale e regionale lombarde.

frp



scuola quadri

Giorgio Massara

Prossimo incontro in Umbria

A Catania seminario organizzativo e avvio del 1° livello

La comunicazione fattore trascinante della scuola

■ *Giorgio Massara*

Il seminario organizzativo della Scuola Quadri che si è tenuto a Catania dal 28 al 30 settembre scorso ha permesso di mettere a fuoco gli obiettivi della Scuola per il prossimo triennio.

Primo livello

È stata evidenziata l'importanza di approfondire le **tecniche della comunicazione**, oggetto dell'attività di uno

dei gruppi di lavoro, introducendo nel programma una **"Giornata della Comunicazione"** articolata sulla **Comunicazione interpersonale** (relatore Giuseppe Giuliano) - volta ad approfondire concetti quali: significato e significante, comunicazione verbale e non verbale, dinamica dei gruppi, leadership, tecniche della Contrattazione - sulla Comunicazione istituzionale interna (relatore Roberto Carlo Rossi) - riguardante i contatti e le relazioni interpersonali interne al Sindacato - e

sulla **Comunicazione web e stampa** (relatore Stefano Nobili) riguardante la stesura di articoli, comunicati e le tecniche di interlocuzione con stampa, televisioni, internet ecc.

Un'altra materia che sarà di casa nella Scuola sono gli **"Aspetti legali dell'attività sindacale"** lezione affidata all'Avvocato Ennio Grassini, il quale non ha certamente bisogno di essere presentato, che ho avuto il piacere di leggere nello scorso numero di questo giornale.



Una fase dei lavori

scuola quadri

Ulteriore novit    rappresentata dal fatto che la seconda giornata (la prima   quella della comunicazione) prevede dopo una breve introduzione comune al tema Convenzione e Dirigenza medica, affidata ad Ernesto Torcinaro e Roberto Carlo Rossi, **due sessioni specifiche**, da tenersi contemporaneamente, **dedicate rispettivamente ai colleghi convenzionati e a quelli dipendenti**, 118 incluso.

La lezione di Elena Villani ci permetterà di approfondire e di confrontarci su aspetti della Convenzione unica di Medicina Generale che esistono e che vanno acquisendo sempre pi  importanza.

A tutti gli iscritti al corso verr  inviato, a cura di Ugo Tamborini, un CD contenente lo Statuto dello SNAMI, il contratto e la convenzione vigenti, la legge sciopero ed il codice di autoregolamentazione, lo Statuto dei lavoratori ed il breviario enti previdenziali. Tale servizio ha lo scopo di avere partecipanti al Corso che siano ben informati, ben motivati e ben preparati.

Secondo livello

L'apposito "Gruppo di studio" ha fornito i seguenti orientamenti:

- questo tipo di Scuola   indirizzato ai Quadri gi  attivi (Consigli provinciali e regionali), ai partecipanti che hanno superato il I  livello i quali devono gi  conoscere le basi di Contratto, Convenzione, Statuto, ed essere forniti di una conoscenza dei concetti base delle previdenza;
- va organizzata in 2 sessioni;

- la metodica di lavoro sar  per il 20-30% di attivit  frontale e per il 70-80% di interattivit  con lavoro a piccoli gruppi con registrazione e discussione seguente differenziate tra dirigenti e convenzionati;
- gli argomenti saranno le metodiche di contrattazione, l'approfondimento delle tecniche di comunicazione, le relazioni sindacali e i rapporti con gli iscritti, con altri sindacati, con le istituzioni, con gli enti previdenziali;
- al termine delle due sessioni verr  prodotto un elaborato finale da pubblicare.

Ringrazio per la buona riuscita delle giornate Catanesi il Presidente Mauro Martini che ha partecipato, nonostante i suoi tanti impegni, a tutti i la-

vori, l'amico Francesco Pecora, inappuntabile organizzatore nonch  validissima guida della sua meravigliosa citt , i docenti della Scuola tra cui i miei Vice Elena Villani, Peppino Giuliano ed Ugo Tamborini che ha l'incarico di curare i rapporti esterni della Scuola.

La Scuola di 1  livello si terr  nella verde Umbria dal 23 al 25 novembre prossimi.

La Scuola   al servizio del nostro Sindacato e richiede, per raggiungere i suoi obiettivi, la collaborazione di tutti. Invito quindi i Presidenti regionali e provinciali ad inviarci dei partecipanti nella speranza che trovino interessante ed utile quanto offriamo loro. ■



L'Etna visto dalla spiaggia della Plaja



diritto sanitario

Ennio Grassini

I.R.A.P. - Quando esiste per il medico il diritto al rimborso

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

Il merito di aver circoscritto i limiti della applicabilità del predetto tributo va alla nota sentenza n. 156 del 2001 della Corte Costituzionale, la quale ammette che l'I.R.A.P., imposta reale gravante non sul reddito ma sul valore aggiunto prodotto, in costanza di esercizio, delle attività imprenditoriali o professionali autonomamente organizzate, colpisce non solo tutte le imprese, ma anche i liberi professionisti iscritti negli appositi albi, se svolgono la loro attività avvalendosi di "elementi di organizzazione", la cui esistenza ed entità debbono essere accertati in linea di fatto.

"Tre sono gli orientamenti principali che - pur con qualche sfumatura - si riscontriamo nel panorama giurisprudenziale italiano.

a. Un primo orientamento ritiene che l'I.R.A.P. sia sempre dovuta dal lavoratore autonomo (salvo nelle ipotesi espressamente escluse dal legislatore) perchè l'autonomia dell'organizzazione si identifica con l'abitudine stessa della professione che non può prescindere dalla

stabilità e programmazione nel tempo delle energie intellettuali impiegate per acquisire clientela, ottenere credito, competere sul mercato con legittime iniziative frutto di una personale organizzazione che non può mai mancare.

b. Un secondo orientamento esclude la assoggettabilità ad I.R.A.P. per i professionisti esercenti una professione "protetta" che esige la iscrizione all'albo e non può mai spersonalizzarsi per il rapporto fiduciario (intuitus personae) che lega il prestatore al cliente ed impedisce che la predisposta struttura di risorse umane e materiali sia in grado di funzionare indipendentemente ed autonomamente dal suo intervento.

Per quanto valore e consistenza possa rivestire l'organizzazione dello studio nel potenziamento del lavoro professionale e dei profitti che ne conseguono, la prestazione d'opera intellettuale resterebbe - secondo questo indirizzo - infungibile ed insostituibile: dunque non si potrebbe mai parlare di autonomia organizzativa distinta dalla prestazione personale;

c. Un terzo orientamento - intermedio - ritiene che l'I.R.A.P. vada applica-

ta nei casi in cui il lavoro autonomo-professionale si avvalga di una significativa o non trascurabile organizzazione di mezzi o di uomini in grado di ampliarne i risultati a i fini del profitto, atteggiandosi come contesto potenzialmente autonomo rispetto all'apporto personale rivolto ad un ruolo di indirizzo, coordinamento e controllo.

Lo svolgimento di una libera professione, come quella di medico, avvocato, commercialista, ragioniere, geometra, consulente etc. - secondo questa tesi - si collocerebbe al di fuori dell'area di applicazione dell'I.R.A.P. a condizione che il professionista operi con un minimo di mezzi materiali e senza l'ausilio di dipendenti, collaboratori e procuratori di ogni tipo, esterni od interni e consistenti beni strumentali.

Va, quindi, condivisa la tesi che legittima l'imposizione solo a cospetto di una struttura organizzativa "esterna" del lavoro autonomo e cioè quel complesso di fattori dei quali il professionista si avvale e che per numero, importanza e valore economico sono suscettibili di creare un valore aggiunto rispetto alla mera attività intellettuale supportata dagli strumenti indi-

diritto sanitario

spensabili e di corredo al suo know-how". (Cass. Civile sentenza Sez. V, 13-06-2007, n. 13811).

Sempre secondo la Suprema Corte "la individuazione degli elementi destinati ad assumere in concreto rilevanza nella definizione del contesto organizzativo ai fini dell'imposizione I.R.A.P., andranno per lo più rinvenuti in negativo escludendosi il requisito occorrente a far scattare la soggettività passiva di imposta quando il risultato economico trovi ragione esclusivamente nella auto-organizzazione del professionista o comunque l'organizzazione da lui predisposta abbia incidenza marginale e non richieda necessità di coordinamento (in genere pochi mobili d'ufficio, fotocopiatrice, fax, computer, cellulare, materiale di cancelleria, vettura)".

In ordine agli elementi probatori

Nel giudizio volto ad ottenere il recupero dell'I.R.A.P. è necessario allegare e dimostrare i fatti costitutivi del diritto al rimborso (es.: la non esistenza di una autonoma organizzazione) quindi il contribuente non può limitarsi a dedurre l'illegittimità dell'imposta. Inoltre non è vero che chi esercita una professione c.d. protetta (es.: il medico il quale per esercitare la professione deve essere iscritto in un albo e deve possedere particolari titoli di studio) per ciò solo non dovrebbe essere soggetto al pagamento dell'I.R.A.P. perché è pur sempre necessario verificare che non abbia una "autonoma organizzazione" di beni, persone o capitali. (Cassazione 09.05.2007 n. 10599).

"Il giudice del merito può ricercare i dati di riscontro del presupposto impositivo attraverso l'auto dichiarazione del contribuente ovvero la certificazione dell'anagrafe tributaria in possesso dell'A.F., soffermandosi sul dettaglio riportato nelle pertinenti sezioni del quadro RE (riguardante la determinazione del reddito di lavoro autonomo ai fini I.R.Pe.F.) che specifica la composizione dei costi, riportando - tra gli altri - le quote di ammortamento dei beni strumentali (con tipologia ricavabile dal registro dei cespiti ammortizzabili o dal registro dei pagamenti), i canoni di locazione finanziaria e non le spese relative agli immobili, le spese per prestazioni di lavoro dipendente, per le collaborazioni ed i compensi comunque elargiti a terzi, gli interessi passivi...

Si tratta di regola empirica che facilita l'onere probatorio in un processo caratterizzato da limitazioni istruttorie, quale quello tributario, sostanzialmente incentrato sulle produzioni documentali; fermo, comunque, restando che **graverà sul contribuente che proponga domanda di ripetizione di indebito** (contro il silenzio-rifiuto od il diniego espresso di rimborso) **dimostrare il fatto costitutivo della sua pretesa, cioè la mancanza della causa** (autonoma organizzazione) che giustifica il prelievo fiscale.

Di conseguenza, laddove non sia segnalata la presenza di dipendenti e/o collaboratori o l'impiego di beni strumentali ulteriori rispetto a quelli indispensabili alla professione e di normale corredo del lavoratore autonomo, la

Commissione adita potrà ricavare un quadro affidabile di esercizio della professione che - secondo una valutazione di natura non soltanto logica ma anche socio-economica - induca a riscontrare l'assenza di una "organizzazione produttiva" tassabile ai fini I.R.A.P."

Nel caso di studi associati

Può ritenersi pacifico che, sono sottoposti all'I.R.A.P. i grandi studi con numerosi collaboratori e segretarie. Il problema sorge quando si tratti di una associazione tra due o tre professionisti, perché, a stretto rigor di logica, il reddito prodotto non sarebbe frutto dell'attività del singolo ma del "gruppo".

Tuttavia la sentenza Cass. civ. Sez. V, 16.02.2007, n. 3673 sembra offrire qualche spiraglio. Dal testo infatti si evince "il rimborso dell'IRAP non spetta agli esercenti arti o professioni, indicati dal D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, articolo 49, comma 1, (richiamato dal D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, articolo 3, comma 1, lett. c), responsabili in qualsiasi forma dell'organizzazione - esclusi gli esercenti arti o professioni inseriti in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse, originariamente esenti dall'imposta - quando essi si avvalgano, in modo non occasionale, di lavoro altrui, o impieghino nell'organizzazione beni strumentali eccedenti, per quantità o valore, il minimo comunemente ritenuto indispensabile per l'esercizio dell'attività: eccedenza di cui è indice, fra l'altro, l'avvenuta deduzione del costo ai fini dell'IRPEF o dell'IVA". ■



diritto sanitario

GIURISPRUDENZA RECENTE

Sulla autonoma organizzazione

- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 11.10.2007 n°21421
- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 16.02.2007 n°3680
- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 05.03.2007 n°5010
- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 18.04.2007 n°9213

Sui requisiti

- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 13.06.2007 n°13811

Sulla nozione di professione protetta

- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 13.06.2007 n°13810

Studio associato

- Cassazione civile, sez. tributaria, sentenza 11.06.2007 n°13570

MASSIME

■ Ai fini dell'applicazione dell'IRAP, l'espressione "autonomamente organizzata", assunta dalla legge quale connotato indefettibile dell'attività abituale tassabile, è da interpretare necessariamente in senso oggettivo, non solo perchè l'elemento dell'autonomia, se inteso in senso soggettivo, si risolve in una mera tautologia (il professionista è autonomamente organizzato perchè è un soggetto capace di organizzazione autonoma), che non avrebbe richiesto un apposito intervento legislativo di precisazione; ma soprattutto perchè è l'unica interpretazione "costituzionalmente orientata", quindi obbligatoria per l'interprete.

La rilevanza riconosciuta all'aspetto oggettivo dell'organizzazione autonoma - al fine d'individuare gli esercenti di arti e professioni soggetti ad imposta - comporta, d'altronde, la necessità di accertare la presenza o l'assenza degli elementi di organizzazione attuati per svolgere l'attività professionale. Tale accertamento - come pure rileva la sentenza n. 156/2001

della corte costituzionale - "in mancanza di specifiche disposizioni normative, costituisce questione di mero fatto", indagabile dal giudice tributario di merito.

**Cass. civ. Sez. V - Tributaria,
Sent. n. 3674 del 16/02/2007**

■ Per far sorgere l'obbligo di pagamento del tributo, è sufficiente l'esistenza di un apparato che non sia sostanzialmente ininfluenza, ovvero sia di un quid pluris che, secondo il comune sentire, del quale il giudice di merito è portatore ed interprete, sia in grado di fornire un apprezzabile apporto al professionista. Si deve cioè trattare di un qualcosa in più la cui disponibilità non sia irrilevante perchè di regola capace di rendere più efficace o produttiva l'attività.

**Cassazione civile, Sezione V,
n. 5020 05/03/2007**



*Un libro sogna.
Il libro è l'unico oggetto inanimato che possa avere sogni.*

(da Diario degli errori - Adelphi)

Ennio Flaiano

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





dalle regioni

Antonio Chiodo

PUGLIA



Una violenza ai medici
come in tutti gli accordi regionali

Convenzione Puglia: demagogia pura

■ Antonio Chiodo
Presidente regionale Puglia

È stupefacente come Organizzazioni deputate alla salvaguardia della libertà professionale propagandata, in termini giuridici, come lavoro autonomo, convenzionato (art. 1, comma 3), nonché alla tutela dell'onorario (inteso nel senso etimologico del termine), accettino che un Accordo ovvero un patto tra Istituzioni e quindi tra entità depositarie di grandi responsabilità politiche e morali, oltre

che economiche, venga redatto senza tangibili riferimenti precisi e certi sui compensi o, se si vuole, sulle quantità di risorse disponibili per finanziarie una serie dirompente e caotica di organismi collegiali ed associativi come: Super Rete, Super Gruppo, CTP, CCA, UACP, ADMG, UOCP, PUA, ecc. La formula adottata è quella degli indecifrabili, in termini di effettiva disponibilità economica, riferimenti normativi e della costituzione di fondi limitati e non sufficienti a garantire tutti coloro che si volessero cimentare, anche esponendosi economicamente, alla sperimentazione di forme associative complesse.

È stupefacente verificare come si possano stanziare (art. 4) 0,43 € per ogni residente nell'ambito aziendale (172.000 € per 400.000 abitanti) a

fronte di un compenso di 18 € per assistito per anno (pari a 27.000 €) per ciascun medico che dovesse far parte del cosiddetto Centro Polifunzionale Territoriale (CPT), una mega struttura destinata ad accogliere da 10.000 a 15.000 pazienti.

Nessuno si è accorto che in un ambito territoriale di 400.000 abitanti le ipotetiche risorse messe a disposizione (sulla carta!!) non coprono neanche i compensi per sette medici (18 € x 1500 assistiti x 7 medici = 189.000 €!!!).

È intellettualmente e sindacalmente umiliante constatare che tutte le nuove forme di associazionismo complesso ovvero "super", sono proposte come "progetto obiettivo" e finanziate attraverso riferimenti normativi giammai numerici che sono gli unici che non generano equivoci e che danno la certezza del diritto.

È sconcertante verificare che esista chi sottoscrive (art. 3, comma 7 e comma 15) gravosi impegni lavorativi a fronte di un aumento, per la super rete, di 2,79 € anno/assistito pari a circa 350 € (poco più di 200 € netti) mensili lordi per un massimalista con 1500 assistiti e di 230 e mensili lordi (meno di 150 € mensili netti) per un medico con 1000 assistiti. Basta riflettere sul compenso relativo al solo passaggio da 7 a 10 ore giornaliere di apertura ambulatoriale (pari ad oltre 60 ore mensili), tralasciando di considerare che le forma di Super rete **devono** (!!) garantire anche:

■ l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di spe-



I trulli di Alberobello

dalle regioni

cifiche patologie e dei relativi percorsi di cura;

- adesione **obbligatoria** ai progetti regionali già approvati alla data di pubblicazione del presente accordo e dei progetti successivamente approvati dal CPR; (oltre lo svolgimento dei compiti definiti dal CPR nell'ambito dei progetti di screening per la prevenzione del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto, obbligatori per tutti i medici pugliesi e remunerati con le risorse di cui all'art. 59, lett. B, comma 15, ACN).

Quel "successivamente" forse non è un assegno in bianco ed a tempo indeterminato che i Medici (per mano di chi li ha rappresentati al Tavolo regionale anche senza delega come i non sindacalizzati e gli aderenti allo SNAMI!) hanno sottoscritto in favore della Regione e delle ASL?

Ma che diritto hanno costoro di obbligare i medici ad effettuare prestazioni scaturenti da progetti che non hanno connotazione alcuna come qualità e quantità?

E i medici singoli, al di fuori di ogni forma associativa?

Ignorati, inesistenti perché non utili alla visione massificante a spersonalizzante di un **rapporto dualistico** che clinicamente è l'unico in grado di rispondere alle esigenze del paziente.

Ma la clinica non è più la prerogativa del Medico di famiglia, fiduciario e mandatario della ASL (vedasi Delibere della Giunta regionale pugliese n.1003/99 e 1392/2001).

I veri aumenti tangibili, certi, misurabili in termini numerici ed immediatamente esigibili sono quelli previsti all'art. 13, comma 11:

A ciascun componente le delegazioni delle OO.SS., definite come previsto dai commi precedenti, compete per ogni accesso:

- a livello regionale: € 155,00, oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione;
- a livello aziendale: € 155,00 comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.

È meglio tralasciare, in questa sede, ogni commento all'art. 10 relativo al Coordinamento aziendale delle cure primarie (CCA) composto dai medici della Continuità Assistenziale

(Guardia Medica), il quale (comma 4, lettera b) attiva il medico di assistenza primaria all'atto delle dimissioni ospedaliere senza concertare con questi le forme organizzative dell'assistenza e senza preventivamente informarlo delle criticità cliniche (...la solita inutile clinica!). Sicché le dimissioni ospedaliere avranno una ripercussione devastante sulla programmazione assistenziale quotidiana che il MMG, dopo tante vicissitudini, aveva conquistato per lavorare con metodo e puntualità.

Per sconfiggere la demagogia e la disinformazione, lo SNAMI è disponibile ad ogni confronto pubblico con gli Amministratori e con i Sindacati firmatari di una convenzione umiliante e demagogica. ■

presidente@snamipuglia.org

La medicina è l'arte di accompagnare con parole greche all'estrema dimora.

Pitigrilli

♦♦♦

L'arte della medicina consiste nel divertire il paziente mentre la natura cura la malattia.

Voltaire

(Parigi, 21 novembre 1694 - 30 maggio 1778), filosofo, scrittore e drammaturgo francese



dalle province

Piero Biondo

TRAPANI



Snami motore di iniziative medico culturali e umanitarie

Trapani e Tunisi sedi dell'Associazione dell'Amicizia Medica italo-tunisina

Collaborazione tra i paesi del mediterraneo, momento di crescita anche per la sanit 

■ **Piero Biondo**
Vice presidente prov. Trapani
Comitato centrale SNAMI

Il 2010 sar  l'anno in cui si creer  un'area di libero scambio con il coinvolgimento di non meno di 350 milioni di cittadini dei Paesi rivieraschi dell'Europa e del Nord-Africa che si affacciano sul Mediterraneo il quale, in un mondo sempre pi  globalizzato, rappresenter  la piattaforma naturale per intensi scambi non solo commerciali ma anche culturali per cui anche medico-scientifici.

La Sicilia, per la centralit  geografica che occupa, rappresenter  uno snodo importante e nevralgico per la interconnessione fra tutti i Popoli del Mediterraneo.

In questo scenario un ruolo importante vuole giocare l'Associazione dell'Amicizia Medica Italo-Tunisina con sede presso l'Ordine dei Medici di Trapani e a Tunisi presso la "Maison du Medicin".

Gi  fondata nel '90 dall'infaticabile opera del Presidente dell'epoca dott. Michele Mangiapane, che per 9 anni

ha presieduto l'Ordine dei Medici di Trapani, e dal Presidente dell'Ordine di Tunisi dott. Fathi Tebourbi, fin da subito si distingue nella ribalta internazionale medico-scientifica organizzando due convegni sotto l'egida del Ministero degli Esteri italiano: il primo a Trapani a febbraio del 1991 e il secondo dopo sei mesi ad Hammamet in Tunisia.

L'associazione era lanciata ed era prossima l'adesione della Spagna, Francia e Russia.

Senonch  per alterne fortune o sfortune dei protagonisti principali l'Associazione si arena e va in letargo. Si sveglia subito dopo quest'ultima estate allorch  il Presidente M. Mangiapane (medico di medicina generale) aderisce allo Snami scoprendo subito nuovi stimoli e con rinnovate energia ed entusiasmo riesuma la sua creatura, contatta in Tunisia il dott. Tebourbi, con il quale non aveva mai interrotti i legami di reciproca stima, e rilancia con un rinnovato consiglio direttivo.

ASSOCIATION DE L'AMIT  MEDICALE ITALO-TUNISIENNE

Associazione dell'Amicizia Medica Italo-Tunisina

ITALIA
Ordine dei Medici - Via Riccardo Passeneto, 69 - 91100 Trapani
Tel. e Fax 0923/22249

TUNISIA
Maison du Medicin - 16 Rue de Touraine - 1002 Tunis
Tel. 002161/242776



جمعية الصداقة الطبية الإيطالية التونسية

اطالیا
ریکارڈو پاسنٹو عدد 69 - 91100 ترپانی
اتف و الفاکس : 0923 - 22249
تونس
الطبيب 16 نجج توران - البلديبر 1002 تونس
اتف : 002161 - 242.776

Logo dell'Associazione



Veduta di Trapani

dalle province

I principi ispiratori e le finalità rimangono identici a quelli iniziali e cioè:

- intensificare scambi culturali con relazioni scientifiche;
- rafforzare i legami di amicizia, solidarietà e pacifica convivenza;
- favorire e promuovere aggiornamenti medici pre e post-universitari;
- collaborazione fra i Paesi del Mediterraneo;
- sviluppo e collaborazione fra i Paesi emergenti.

Il rinnovato consiglio direttivo è così composto:

- **Presidente**
Dott. Michele Mangiapane
- **Vice-Presidente**
Dott. Fathi Tebourbi
- **Tesoriere Generale**
Dott.ssa Amalia Tranchida
- **Tesoriere Aggiunto**
Dott. Abdenebi Kamel
- **Segretario Generale**
Dott. Zemni Nebiha
- **Segretario Aggiunto**
Dott. Giuseppe Biondo
- **Direttore Scientifico**
Dott. Leonardo Zichichi
- **Responsabile Relazioni Internazionali**
Dott. Ajachi Kamel
- **Consigliere**
Dott. Bartolo Gisone
- **Comitato d'onore**
Presidenti degli Ordini dei Medici di Trapani e Tunisi



Veduta di Tunisi



Uno scorcio di Tunisi



dalle province

Michele Maiorana

AVELLINO



Politiche territoriali: dalla sanità alla salute

■ *Michele Maiorana*
Presidente provinciale Avellino

Una reale valorizzazione della medicina del territorio è l'unica strada percorribile per garantire la sostenibilità economica del Sistema sanitario nazionale.

Ma la strada tracciata dal ministro Livia Turco non la riteniamo quella giusta per risolvere il problema, anzi!...

Più servizi sul territorio, cure domiciliari, assistenza vicino al domicilio del paziente, prevenzione attiva. E meno ospedali!

Molti di quelli già in attività sul territorio o vanno riconvertiti o dovranno essere trasformati in strutture molto specializzate, riservate solo ai casi più gravi.

Riappropriazione dei Medici di famiglia delle attività loro attribuite dalla 833 del 23 Dicembre 1978 (la Bibbia del Ssn!!!) e sottratte loro, mattone dopo mattone, dalle leggi successive di riforma. A cosa serve, continuare ad inviare, ad esempio, i pazienti diabetici non insulino-dipendenti e che non presentano criticità alcuna, al Centro antidiabetico... se non a sperperare le già scarse risorse dell'Azienda?...

È questa la 'ricetta' per contenere la spesa sanitaria in **inarrestabile** ascesa per l'invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica.

Da quando la gestione della sanità è stata trasferita alle regioni la politica sanitaria territoriale ha avuto, a nostro

avviso, una notevole ricaduta negativa non solo nel Rapporto Medico/Paziente, quanto anche (cosa molto più grave!) nel rapporto Sanità/Salute.

E l'integrazione territoriale, di cui si parla in ogni convegno, ha più il sapore di una proposta di programmi teorici che pratici.

Senza le risorse che da tempo mancano alle nostre Aziende, non si può fare nulla di concreto per la sanità territoriale.

Non si può andare a nozze con i fichi secchi!!!...

È vero che la popolazione italiana è quella che, da qualche decennio, inaspettata, è nella più punti in Europa, nel cammino dell'invecchiamento, ma è anche quella che sta subendo più disagi nei rapporti con il proprio medico.

In Italia s'invecchia di più che nelle altre nazioni europee, e in Irpinia s'in-

vecchia di più che nelle altre province della Campania.

Da tempo i rapporti tra Medico/Paziente non sono più quelli di qualche decennio passato. E tutto questo non per colpa dei medici!

Causa di questo deterioramento nei rapporti con il proprio medico sono le continue, spesso cervellotiche disposizioni date ai medici per le prescrizioni, siano esse riferite ai farmaci, siano esse riferite agli accertamenti diagnostici.

Questa nostra osservazione vuole essere solamente una premessa su quanto si profila all'orizzonte della sanità territoriale.

Altro che integrazione socio-sanitaria del territorio, stiamo procedendo alla realizzazione della **disgregazione socio-sanitaria del territorio!!!...**

Stiamo per andare incontro ad uno stravolgimento dell'organizzazione sa-



Avellino imbiancata

dalle province

nitaria territoriale che, secondo il pensiero degli addetti ai lavori istituzionali, dovrebbe essere migliorativa di quella oggi esistente ma che, per lo SNAMI, è fortemente peggiorativa non solo per i medici ma vieppiù, ripetiamo, per i cittadini-pazienti.

Noi medici SNAMI questo paventato pericolo lo abbiamo previsto da tempo e lo stiamo denunciando in ogni sede!

Lo abbiamo ricordato anche durante la Tavola Rotonda tenutasi sull'argomento il 9 Ottobre presso il Convitto Nazionale Pietro Colletta di Avellino. In quella occasione abbiamo voluto informare l'Assemblea dove erano presenti i sindaci ed i rappresentanti di tanti settori dell'universo territoriale della nostra Provincia.

Ed a questo punto ci tengo a precisare che noi SNAMI non siamo affatto dei "Laudatores temporis acti".



Avellino

Sappiamo benissimo come la società sia in continua mutazione e la sanità deve cambiare di conseguenza per adattarsi ai tempi ed alle nuove esigenze che provengono dalle nostre popolazioni.

Ma, vivaddio, facciamo tesoro dell'adagio che ci ricorda il nostro Manzoni ne "I Promessi Sposi": **adelante Pedro cum iudicio!**...

Diteci voi come i nostri cittadini si potrebbero adattare e plaudire alla istituzionalizzazione sul nostro territorio delle cosiddette Utap, oggi ridefinite dall'attuale ministro "Casa della Salute"?!...

Restringiamo il nostro campo di osservazione e fermiamoci al territorio della nostra Asl.

Il nostro D.G., durante un recente Tavolo sindacale ci accennò che era sua intenzione procedere alla istituzione (molto prossima) di una "Casa della Salute" nel Comune di Solofra e di voler istituire un'altra "Casa della Salute" (fra qualche tempo) in quel di Monteforte Irpino (sembra nei locali dell'Ospedale S. Giacomo, prossimo alla dismissione).

Se noi ora ci domandiamo cosa sono le "Case della Salute" e quali saranno i loro compiti ci verrebbe la voglia di metterci le mani nei capelli!!!!...

Tanto sono assurdi e penalizzanti non solo per i medici, ma soprattutto per i cittadini-utenti!!!!...

Lo SNAMI ha messo nero su bianco, come suol dirsi, ed ha presentato al Ministero della Salute la sua proposta sulla riforma della sanità territoriale che dovrà essere distrettualizzata, l'ha predicato nei Convegni, l'ha pubblicato sui giornali di categoria...

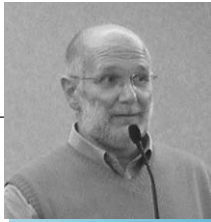
In sintesi, la Casa della Salute nasce da una decisione del ministro Livia Turco che nel suo Disegno di Legge sull'Assistenza Primaria, all'articolo 18, comma 1-2-3 e 8 ne definisce struttura e compiti. Ed in particolare stabilisce che una Casa della Salute (comma 3) deve essere dotata di **"un congruo numero di medici, non inferiore a 20, in relazione all'ambito territoriale e demografico di riferimento, assicurando mediante idonea turnazione e complementarietà degli orari, l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle 12 ore diurne e l'assistenza domiciliare ininterrotta, diurna e notturna.**

La determinazione dell'ambito territoriale del bacino d'utenza..., l'assegnazione dei medici..., saranno fissati ai sensi dell'art. 8 del Dlgs 28 agosto 1997, n. 281".

Immaginiamo ora di avere una Casa della Salute a Monteforte Irpino, nei locali dismessi dell'Ospedale S. Giacomo...

Demograficamente il bacino di utenza di questa nuova struttura giungerebbe fino alla lontana Pietrastornina...

Tutti i Medici di MG operanti in questo bacino, dovrebbero andare a lavorare per **turnazione** a Monteforte e, cosa ancora più grave, il cittadino-utente di Pietrastornina dovrebbe recarsi a Monteforte per accedere alle prestazioni sanitarie; quasi sicuramente, direi spesso, non sarà ricevuto dal suo medico di fiducia (a causa della turnazione a cui è assoggettato, per cui dovrà fare i suoi turni e potrebbe benissimo non essere presente in sede quando il



dalle province

Marcello Odorizzi

suo paziente, che l'ha scelto come medico di famiglia, bussava alla porta dell'ambulatorio della Casa della Salute)...

Non dimentichiamoci, infine, il "disagio" a cui dovrà sottoporsi per raggiungere Monteforte: se non possiede un proprio mezzo di trasporto, dovrà prendere un mezzo pubblico che lo porterà prima ad Avellino; da qui un altro mezzo pubblico che lo porterà a Monteforte e viceversa!...

Io ritengo che questa struttura che si sta per creare sarà destinata ad aggravare le carenze socio-sanitarie territoriali!...

Altro che integrazione socio-sanitaria del territorio!...

Questa sarà un'ulteriore disgregazione socio-sanitaria territoriale che penalizzerà la fascia dei cittadini appartenenti alle classi più disagiate!...

Oggi in Campania operano Associazioni sanitarie gestite direttamente da Medici di medicina generale che coprono quasi tutto il territorio e danno assistenza a più dell'80% della popolazione.

Basterebbe che le Regioni implementassero queste Associazioni dotandole di ulteriori servizi socio-sanitari (segretarie, infermieri, cardiografo, ecografo, un piccolo laboratorio per gli esami di routine, ecc.) ed avremmo un'assistenza sanitaria territoriale più che soddisfacente, sia per il medico che per il cittadino-utente! E quel che più conta: con poca spesa!!!...

In Campania basterebbero 350-400 milioni di euro per implementare tutte le Associazioni, mentre per strutturare e gestire le Case della Salute si parla di numerosi miliardi di euro!!!... ■

BERGAMO



È una guerra all'ultimo neurone

Non si placano gli attacchi istituzionali nei confronti dei medici di famiglia!

Cosa è rimasto del fascino, della gioia, del piacere di curare la gente?

■ **Marcello Odorizzi**
Presidente provinciale Bergamo

Non c'è pace per i Medici di Medicina Generale che continuano ad essere nel mirino delle istituzioni per il perpetuarsi di quella che lo SNAMI definisce un'opera lenta e progressiva di screditamento e di ostacolo alla professione con conseguenti modificazioni radicali della figura e del ruolo stesso del medico.

È di questi giorni la notizia di una nuova ondata di convocazioni presso



Veduta di Bergamo

la Corte dei Conti di Milano di alcuni medici di Famiglia accusati di aver prescritto troppi farmaci ai propri assistiti ed ai quali la Corte chiede il rimborso dei prezzi di detti farmaci in virtù di un presunto danno all'erario.

La vicenda ha avuto inizio nel Luglio 2006 con le prime convocazioni e, per gli aspetti particolarmente grotteschi, merita una breve spiegazione.

Tutto è nato quando sono state commissionate a ditte specializzate le "medie prescrittive di ogni singolo distretto: in sostanza per ogni medico si contano i farmaci prescritti e si confrontano con quelli prescritti ad altri Pazienti, da altri medici operanti nello stesso territorio.

Ovviamente sono affiorate notevoli diversità tra il comportamento dei vari medici, innanzitutto per le diversità dei pazienti assistiti, ed in secondo luogo per le diversità di scuola e di comportamento dei vari medico.

Per intenderci un medico "interventista" che cura in prima persona, senza demandare agli specialisti prescrive di più di un collega che ricovera più facilmente o di quello che cura con Omeopatia inducendo una spesa tutta a carico del paziente e quindi abbassando la media.

Un secondo momento chiave di questa vicenda ha visto un pretore della Corte dei Conti che ha pensato bene di equiparare i 6 anni di corso in medicina e chirurgia e tutti gli aggiornamenti successivi che i MMG effettuano regolarmente alla semplice conoscenza analitica delle schede tecniche dei farmaci (quelli che vengono volgar-

dalle province

mente chiamati “I bugiardini”) e, forte di questa equazione, ha preso in esame tutte le prescrizioni dei medici, le ha confrontate con le schede tecniche e le note ministeriali sulla prescrivibilità di alcuni farmaci ed ha individuato un nuovo reato, non ancora scritto nei codici, ma che ha permesso comunque, al signor Pretore, di incriminare un elevato numero di Medici: “inappropriatezza prescrittiva”.

I medici che maggiormente hanno prescritto si trovano così in tasca un conto da pagare allo stato per rifondere il prezzo di farmaci prescritti maggiorato del costo di tutti i controlli. Badate bene, non si tratta di soldi rubati o accantonati dai medici, ma di farmaci prescritti ai pazienti che si rivolgevano al medico per essere curati e che, secondo il Pretore, sono stati danneggiati dall’operato del medico stesso.

Non sappiamo come andrà a finire questa vicenda, ma ripropongo all’attenzione dei lettori lo sfogo di un medico SNAMI al quale ho chiesto le sue impressioni sull’azione progressiva di

smantellamento della Medicina e della medicina di Famiglia in particolare.

“Ho iniziato questo lavoro nel 1983, allora era una missione, dovevo occuparmi della salute dei miei assistiti e dei loro familiari ed avevo un ricettario su cui scrivevo tutto quello di cui avevano bisogno.

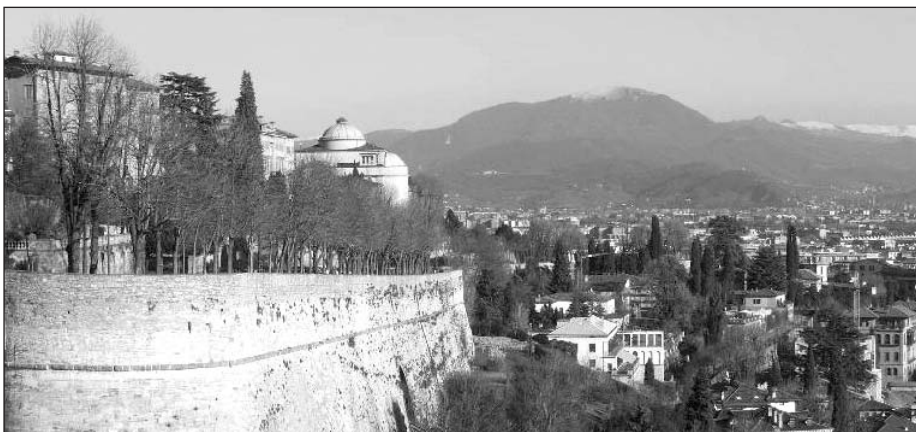
A poco a poco sono arrivate le modificazioni: prima sulla prescrivibilità: ho imparato a distinguere tra farmaci rimborsati dal SSN e farmaci a carico del paziente, poi è arrivato il limite di pezzi per ricetta, adesso ogni due scatole bisogna ripetere l’intestazione, poi sono arrivate le note ministeriali: gli stessi farmaci sono rimborsabili per alcuni pazienti e per altri no, mi hanno detto per quante ore dovevo restare in ambulatorio, senza contare che come ogni direttore di supermercato sa bene: più ore si tiene aperto l’ambulatorio e più i cittadini ci si rivolgono anche solo per piccole cose con conseguente impennata della spesa, e qui sono arrivati i primi nodi al pettine: non dovevo più soltanto occuparmi della salute dei pazienti,

ma anche della corretta gestione delle risorse e dei livelli programmati di spesa, pena, in caso di sfondamento, ritorsioni personali. Si proprio ritorsioni personali!

Alle regole sui farmaci sono seguite le regole sulle malattie, o meglio i percorsi diagnostico terapeutici: sono fiorite centinaia di linee guida: per ogni situazione si deve rientrare in un protocollo preformato e prescrivere solo gli esami e le medicine previste, peccato che ogni paziente ha una sua storia, una sua problematica e in tanti anni di professione non ne abbia ancora trovati due esattamente uguali.

Poi sono arrivate le richieste di modificazioni strutturali: era consigliato avere in studio una segretaria che viene pagata per metà dallo stato, meglio ancora se è presente anche un’infermiera, anche questa viene pagata per metà dallo stato, sono stato quasi obbligato ad usare il computer, ma lo stato me ne paga la metà, devo inserire tutti i dati in un programma informatico regionale per consentire il controllo in tempo reale di ogni mia attività, alla faccia della privacy e del segreto professionale: negli uffici delle aziende sanitarie tutti coloro con la giusta password conoscono vita morte e miracoli di ogni cittadino, ma, paradossalmente, lo stesso DEVE concedere il consenso informato, altrimenti non può essere curato, questa sì che è libertà!

Così il mio compenso, che inizialmente bastava per mantenere dignitosamente me e la mia famiglia adesso basta per mezza segretaria, mezza in-



Bergamo, le mura

dalle province

fermiera, metà delle spese per il computer e metà delle spese di gestione dell'ambulatorio con l'inevitabile conseguenza di aver dovuto dimezzare anche le spese per la famiglia.

E le prospettive non sono rosee: per il futuro si prevede che dovrò lavorare 24 ore su 24, occuparmi della prenotazione degli accertamenti specialistici, accettare e somministrare ai pazienti le risposte degli esami stessi e far quadrare i bilanci di spesa prescrivendo sempre meno farmaci e meno esami, mi hanno già dato il cartellino, ma la timbratrice non serve, devo solo inserire il cartellino nel computer ed in regione controllano con precisione informatica come, quanto e quando lavoro.

Questo vuol dire che non lavoro più al servizio dei miei assistiti, ma al servizio del SSN che non è più l'istituzione che raccoglie le somme che tutti noi versiamo come tasse della salute per poi destinarle agli operatori sanitari, ma è diventato il padrone che raccoglie le somme, ne intasca il 46% per le spese interne di gestione e con il restante 54% cerca di coprire le spese per le cure e la prevenzione.

Guai a quei medici che non saranno sottomessi alle indicazioni imposte, verranno multati e potranno anche perdere il lavoro. La missione non esiste più, ci sono solo le regole ed i controlli e non mi meraviglio che un numero crescente di medici lasci il mondo della medicina di famiglia per orientarsi verso altri sbocchi professionali, ma è proprio questo che vogliono medici e Pazienti?". ■

Convocazione urgente Comitato Nazionale Settore Dirigenza Medica per il giorno 24 novembre 2007

Ore 15.00 c/o Hotel Poledrini
Via Mezzetti, 3 - Foligno (PG)

■ Ernesto Torcinaro
Responsabile nazionale
Dirigenza medica

A seguito degli sviluppi conseguenti alla sottoscrizione del Contratto collettivo nazionale quadro d'integrazione del CCNQ sulle modalità di utilizzo dei distacchi, aspettative e permessi nonché delle altre prerogative sindacali del 7 agosto 1998 sottoscritto il giorno 24 settembre 2007 presso la sede dell'A.R.A.N. e della riunione tenutasi in merito il giorno 14 novembre u.s. presso la sede CIMO in Roma, ho convocato per il giorno 24 novembre 2007 alle ore 15.00 in Foligno - il Comitato Nazionale del settore Dirigenza Medica con il seguente

Ordine del Giorno

1. CCNQ 24/09/2007, analisi, valutazione e decisioni.
2. Varie ed eventuali.

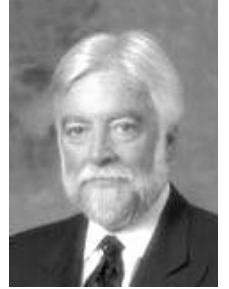
Gravi ed importanti problemi e conseguenti i decisioni da prendere collegialmente, esigono una massiva partecipazione del settore. ■

arte medica e scienza

Fernando Auriolo

Gemelli siamesi, una realtà da affrontare

James Tait Goodrich, una carica non comune di umanità al servizio della scienza



*Quando l'anima è protagonista nella scienza:
due corpi e un anima o viceversa?*

■ **Fernando Auriolo**
Responsabile U.F di neurochirurgia
Casa di cura Morgagni, Catania

Lo scorso 6 settembre, è stato ospite dell'Unità funzionale di neurochirurgia a Catania presso la Clinica Morgagni diretta dal prof. Castorina una delle più grandi personalità mondiali nel campo della neurochirurgia pediatrica, il **prof. James Tait Goodrich**.

Americano nato in Oregon, lavora nel Bronx, dove dirige il reparto di Neurochirurgia Pediatrica del Montefiore Medical Center ed è professore di neurochirurgia pediatria e chirurgia plastica presso l'Albert Einstein College of Medicine.

Il prof. Goodrich è stato chiamato a inaugurare l'Unità Funzionale di Neurochirurgia della Clinica Morgagni, che è stata affidata al dr. Fernando Auriolo, neurochirurgo di origine messicana, e al suo aiuto, la dr.ssa Marika Tuzino.

Il prof. James T. Goodrich è passato alla storia per essere stato il primo al mondo a separare due gemelli siamesi uniti per la testa con successo e senza deficit neurologici aggiuntivi post-operatori.

Infatti i gemelli Carl e Clarence Aguirre oggi hanno 5 anni e vanno regolarmente a scuola, camminano indipendentemente e fanno una vita quasi normale, anche se ormai la loro storia è conosciuta in tutto il mondo.

È stato proprio questo il tema della lettura magistrale del prof. Goodrich, che con le sue parole e le immagini della sua tecnica chirurgica ha fatto vivere a tutti i presenti un'esperienza unica, incredibile, commovente.

L'exorsus storico ci ha portato a capire che la parola siamese, trae le sue origini dai fratelli Chag ed Eng Bunker del 1837, gemelli uniti per il fianco che fecero un tour negli Stati Uniti e diventarono famosi.

Altri siamesi altrettanto noti furono i gemelli Giacomo e Gianbattista Tocci. Conosciuti anche come i ragazzi con

due teste, che furono un'attrazione attraverso l'Europa e l'America dal 1878 all'età di 4 mesi, fino all'età di 20 anni, quando si ritirarono nel 1897.

Il professore Goodrich ha spiegato come i gemelli siamesi che inizialmente venivano chiamati mostri, dal latino "mostrare", venivano considerati dei fenomeni da baraccone se non addirittura esseri ripugnanti da eliminare.

Nel passato ci sono stati diversi tentativi chirurgici di separazione di gemelli siamesi e dal 1920 sono stati eseguiti circa 20 casi, di cui gli ultimi 7 sono stati solo negli ultimi 10 anni.

Tra questi ricordiamo il caso di gemelli toracopagi operati presso l'Ospedale Regina Margherita di Savoia nel 1965 a Torino. Nei casi descritti, la mortalità intraoperatoria è quantificata a non meno del 50%. Nei bambini craniopagi, oltre all'alto rischio di morte intraoperatoria, i pochi sopravvissuti avevano dei grossi deficit neurologici post-chirurgici. Il primo esempio di gemelli craniopagi separati erano

arte medica e scienza

i fratelli Brodie, di cui uno morì dopo l'intervento e l'altro, che era più forte riuscì a sopravvivere per diversi anni.

I gemelli Aguirre sono arrivati al Montefiore Medical Center direttamente da Manila, all'età di 18 mesi; erano uniti per la testa, avevano in comune la volta cranica, la dura madre, vasi venosi vitali e il seno sagittale, e inizialmente si pensava che i cervelli di entrambi i bambini fossero solamente a contatto, ma poi si realizzò proprio in campo operatorio, che anche la corteccia cerebrale era in comune.

Dopo un approfondito studio che prevedeva l'uso di TC 3D, del circolo venoso, della fisiologia di ciascun gemello, il prof Goodrich, leader insieme al Dr Staffenberg di uno staff multidisciplinare, ha pianificato la tecnica multistage che sarebbe diventata innovativa e il golden standard da seguire in questi casi.

Quindi il motto principe di questa storia fin dall'inizio era: "Two boys, joined skulls, one goal: two lives" (due bambini, crani uniti, un obiettivo: due vite).

L'innovazione che ha introdotto il prof. Goodrich e che ha portato ad un così eccellente risultato, è stato di procedere ad una separazione per stadi, evitando le maratone chirurgiche che si effettuavano in passato e che portavano molto spesso ad una prognosi infausta. Sono stati così eseguiti 4 interventi in un periodo di 10 mesi.

Il primo passo, realizzato nel primo intervento l'11 novembre 2003 era di inserire dei skin expanders, in modo da avere poi a disposizione la cute per coprire le due teste.

Il second step era cominciare a dividere il sistema venoso e il 24 Novembre 2003 il prof Goodrich separò 4 grandi vene e il tratto anteriore del seno sagittale, in modo da consentire ai gemelli di sviluppare un circolo collaterale venoso: Clarence che aveva un circolo migliore, ha ricevuto il seno sagittale; Carl invece ha sviluppato un circolo collaterale rideviando il flusso sanguigno.

Nella terza seduta chirurgica durata 9 ore del 20 febbraio 2004 veniva portata a termine la separazione del sistema venoso e veniva ricostruita parte della volta cranica.

Infine la quarta ed ultima seduta, quella che ha fatto realizzare al prof. Goodrich che i due cervelli non erano a contatto come sempre si era pensato, ma erano fusi tra loro. Con abile tecnica microchirurgica e con tutta la pazienza di cui può essere dotato un uomo dopo 17 ore di intervento, finalmente il miracolo: i due bambini erano separati,

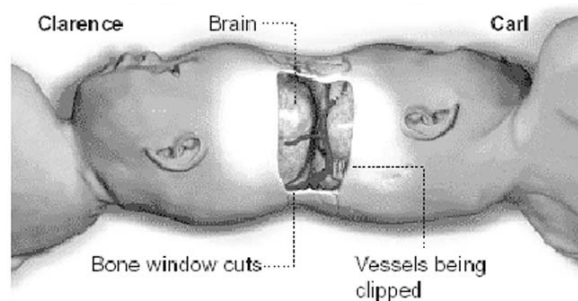
due individui diversi, due caratteri diversi ora finalmente indipendenti anche fisicamente. E quindi il momento più commovente, il prof. Goodrich con le lacrime agli occhi e il cuore pieno di soddisfazione, riceveva l'applauso di tutta l'equipe chirurgica e di tutti coloro che da dietro i vetri assistevano al prodigioso evento e la comunicazione a mamma Arlene.



I gemelli Aguirre prima dell'intervento con il prof. David A. Staffenberg.
Da: Montefiore Medical Center

Conjoined twins undergo surgery

Two years old Filipino twins joined at their heads underwent surgery for separation Wednesday. An illustration compiled using recent MRI imaging studies shows connecting veins.



Source: Montefiore Medical Center / Illustration by Medical Modeling LLC AP

Illustrazione che dimostra i vasi venosi in comune.
Da: Montefiore Medical Center

arte medica e scienza

Il passo successivo è stato la riabilitazione post-chirurgica, in quanto i gemellini avevano poco sviluppati i muscoli del tronco e del collo, in quanto non potevano stare eretti data la malformazione e camminavano a quattro zampe, anche se in maniera coordinata.

Nel giro di poco tempo, i gemellini sono stati in grado di camminare e di recuperare i deficit pre-operatori. E tutto questo grazie ad una madre coraggiosa e ad una equipe di esperti di grande valore.

I fratellini Aguirre dovranno ancora sottoporsi a interventi di cranioplastica per ricostituire il difetto osseo, che si è deciso di posporre per consentire loro di recuperare i deficit pregressi.

Questo momento ha segnato la storia della neurochirurgia: ormai la tecnica da adottare secondo il congresso americano di chirurgia neurologica e il comitato europeo di neurochirurgia è quella ideata dal prof. Goodrich e dalla sua equipe: "step by step".



Goodrich e Staffenberg con i loro gemellini ad un controllo post-operatorio.
Da: Montefiore Medical Center

Ai gemelli Aguirre si sono succeduti vari interventi e ormai, il Montefiore Medical center è diventato centro di riferimento mondiale per questo tipo di chirurgia e la presenza del prof Goodrich è richiesta in tutto il mondo per trattamento di questa patologia.

Il prof. Goodrich è famoso in campo scientifico per numerose tecniche e innovazioni nel campo della chirurgia craniofacciale e neurochirurgia. Ha scritto 11 libri di testo di neurochirurgia e storia della medicina, 79 capitoli di libri scientifici e di storia della medicina e più di 90 articoli e abstract in giornali scientifici internazionali, tra i quali il "Child Nervous System" (di cui è uno degli editors). Tra i numerosi articoli possiamo menzionare un lavoro innovativo di chirurgia craniofacciale endoscopica secondo una tecnica ideata dal dr Matteo Tutino e in collaborazione con la dr.ssa Marika Tutino, il dr Fernando Chico, il prof. Fernando Ortiz Monasterio e il dr. Enrique Ochoa che prevede la dissezione endoscopica extradurale del cranio attraverso minime incisioni e successive tecniche di cor-



Carl e Clarence Aguirre festeggiano il loro 5° compleanno.
Da: Montefiore Medical Center

rezione di malformazioni quali cranio-sinostosi sagittale, plagiocefalia, trigonocefalia e altre patologie malformative. Sotto la sua direzione la divisione di neurochirurgia pediatrica del Montefiore Medical Center ha stabilito una collaborazione con diverse istituzioni mediche di tutto il mondo, come il Burdenko Neurological Institute in Mosca, Russia e l'istituto di Chirurgia Cranio-facciale di Città del Messico.

La sua alta qualità medica è stata tale da consentirgli di essere eletto tra i "best doctor in America" dall'American Health magazine per diversi anni, e le sue mani sono state fotografate e pubblicate in un libro pubblicato nel 2002 dalla New York Thieme - Medical Publisher "In Their Hands".

Alla presenza di questa grande personalità e di ospiti internazionali, si è inaugurato il reparto di Neurochirurgia della Casa di Cura Morgagni che sarà diretto dal Dr Fernando Auriolles, neurochirurgo messicano, con grande esperienza di neurochirurgia pediatrica e generale oltre che spinale, e la Dr.ssa Marika Tutino formata presso la Neurochirurgia di Messina diretta dal Prof. Tomasello. Entrambi sono legati al prof. Goodrich da un rapporto di amicizia oltre che professionale.

Il prof. Castorina ha proposto al prof. Goodrich una collaborazione diretta con la neonata neurochirurgia della casa di cura. Il professore Goodrich ha accettato l'invito con piacere e quindi tutto fa sperare che questo sia, non un evento occasionale, ma il primo di numerosi incontri. ■



arte medica e scienza

Emanuele Maccarone

Alimenti funzionali

■ *Professor Emanuele Maccarone*
Ordinario di Chimica degli alimenti
Università degli Studi di Catania

L'etnologo Lévi-Strauss afferma che il cibo prima di essere buono da mangiare deve essere buono da pensare; ed in effetti il consumatore sceglie gli alimenti in relazione alla sua cultura che a sua volta dipende in maggior misura dall'esperienza sensoriale e meno dalla conoscenza del valore nutritivo. Tuttavia l'allungamento della vita media e la necessità di prolungare la vita attiva impongono, nell'uso quotidiano, la scelta di alimenti con qualità aggiuntive, di tipo salutistico, dovute alla presenza di sostanze che contribuiscono allo stato di benessere, cioè capaci di svolgere un ruolo positivo verso una o più funzioni fisiologiche dell'organismo o di ridurre il rischio dell'incidenza di determinate patologie. Nel caso in cui tali funzionalità fisiologiche siano state dimostrate con rigore scientifico l'alimento può essere definito funzionale.

Le procedure per il riconoscimento delle proprietà funzionali richiedono differenti livelli di approfondimento della ricerca. Si tratta di un percorso per certi versi analogo a quello della validazione clinica di un principio attivo farmaceutico, ma per un alimento tale percorso è più difficile da rea-

lizzare. In particolare, gli studi di epidemiologia nutrizionale devono dimostrare un rapporto di causa-effetto tra i molteplici fattori della dieta e l'insorgenza o la prevenzione di patologie. In diversi casi sono state riscontrate correlazioni significative tra i fattori nutrizionali e talune funzioni e disfunzioni fisiologiche. È il caso dello zucchero nei confronti della carie e del fluoro per la sua prevenzione, del calcio con lo sviluppo osseo, della fibra con il transito intestinale, dei grassi saturi e del colesterolo con l'insorgere dell'arteriosclerosi. In molti altri casi i risultati rimangono incerti.

Le opinioni, le definizioni, l'approccio metodologico e la legislazione relativa al mercato degli alimenti funzionali differiscono tra USA, UE e Giappone. Negli USA è preferito il ter-

mine *nutraceuticals*, mentre quello utilizzato nell'UE è *functional foods*. Il dibattito è attualmente incentrato sulla possibilità di usare gli *health claims*, cioè le informazioni al consumatore, anche in forma di messaggi promozionali, che affermano o suggeriscono una relazione tra l'alimento, o un suo componente, e la salute umana.

Tra gli ingredienti alimentari, il cui ruolo funzionale a livello gastro-intestinale è sufficientemente dimostrato tanto da consentire l'uso del *functional claim* e in taluni casi del *health claim*, rientrano i cosiddetti prebiotici e probiotici, che attualmente costituiscono il 65% del mercato degli alimenti funzionali in Europa.

I prebiotici sono oligosaccaridi non digeribili costituiti da fruttosio e/o galattosio (inulina, lattulosio, amidi mo-





arte medica e scienza

dificati) e polioli, contenuti nelle bucce dei legumi, nei carciofi e nella cicoria. Queste sostanze fungono da substrati metabolici selettivi perché stimolano la proliferazione e l'attività di alcuni ceppi batterici colici, arricchendo la microflora del colon e modulando la lipogenesi epatica; tuttavia, se assunti in eccesso, producono effetti negativi (gonfiori addominali, flatulenza e diarrea).

I probiotici sono microrganismi viventi (lattobacilli e bifidobatteri) che inseriti in varie formulazioni alimentari, in particolare nei latt fermentati, sono in grado di modulare l'equilibrio della flora intestinale, e di potenziare le difese immunitarie attraverso gli effetti sulla mucosa intestinale. Queste funzioni ne giustificano l'uso nelle malattie del tratto gastroenterico, quali diarree, costipazioni, coliti e neoplasie.

Gli alimenti simbiotici sono quelli con la presenza concomitante e sinergica di prebiotici e probiotici.

Attualmente sono in fase di studio gli effetti e i meccanismi di azione di numerosi metaboliti di origine vegetale (*phytochemicals*), privi di significato nutrizionale ma con potenziale attività anticancerogena. In tutti i casi, devono essere condotti ulteriori studi sui possibili effetti derivanti dal consumo dell'alimento intero rispetto al phytochemical isolato, prima di dare al consumatore delle indicazioni specifiche. Fino a quando non saranno disponibili dati certi, la scelta migliore sembra essere quella di incrementare il consumo di frutta e verdura, seguendo le indicazioni delle linee guida per una corretta alimentazione.

Tra i più importanti *phytochemicals* sono da annoverare le vitamine A, C ed E, non tanto in relazione alle patologie indotte dalla loro carenza, ma soprattutto perché è stata dimostrata la loro efficacia nel rallentamento del processo d'invecchiamento e nella riduzione del rischio di cancro e di malattie cardiovascolari. Tuttavia la suppl-

mentazione di singole vitamine pure non ha gli stessi effetti favorevoli di una dieta variata a base di frutta e ortaggi. Tali studi hanno concluso che la ridotta incidenza di eventi patologici in popolazioni a largo consumo di alimenti vegetali è riconducibile alla presenza di altri componenti funzionali che agiscono in sinergia con le vitamine presenti in tali alimenti. Ad esempio, è stato accertato che la capsicina, una sostanza contenuta nel peperoncino, migliora la circolazione periferica e il funzionamento dei recettori nervosi, aumentando altresì le secrezioni dell'apparato digerente, tutte funzioni che preludono a uno stato di benessere.

Gli alimenti funzionali rappresentano un capitolo importante nell'attività di ricerca e sviluppo delle grandi aziende alimentari. La loro produzione è in ascesa sia in Europa sia negli USA. La velocità di crescita è del 15-20% per anno, con un fatturato che ha superato i 70 miliardi di dollari nel 2005. ■



Quando l'uomo non ha più freddo, fame e paura è scontento.

Ennio Flaiano

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



Una volta il rimorso mi seguiva, ora mi precede.

Ennio Flaiano

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





la voce dei settori

Giancarmelo La Manna

Non più cenerentola del S.S.N, ma parte integrante nei servizi sanitari territoriali

Proposte organizzative per la riqualificazione e il potenziamento del servizio di Continuità Assistenziale

Vantaggi sia dal punto di vista politico sia economico

■ *Giancarmelo La Manna*
Responsabile Nazionale
Continuità Assistenziale

Dopo tanti anni d'esperienza sul territorio, e dopo essere stato il portavoce S.N.A.M.I. dei Medici di Continuità Assistenziale prima della Provincia di Messina e poi anche della Regione Sicilia. Ricevo dal Presidente Mauro Martini e accetto volentieri l'incarico di responsabile nazionale per la Continuità Assistenziale, perché per migliorare la nostra attività professionale, da sempre poco considerata, bisogna impegnarsi e interessarsi attivamente delle problematiche del settore vivendole in prima persona. Condivido in pieno la linea politica del nostro sindacato espressa dal Presidente e da un Esecutivo nazionale che è espressione di un cambiamento che mira alla riqualificazione e al riscatto del territorio attraverso anche il potenziamento della C.A. che oggi è pilastro portante del progetto SNAMI ME.DI.CO.

Il tutto in un'ottimizzazione della medicina generale attraverso una migliore integrazione tra i professionisti operanti nel territorio e una maggiore efficacia di risposta alle richieste di assistenza sanitaria da parte dei cittadini.

Per l'attuale situazione non siamo scevri da responsabilità, perché da troppo tempo abbiamo permesso ad altri di decidere per noi. Questo è quello che sta avvenendo soprattutto nelle regioni del sud del paese dove alla C.A. si chiedono sempre più sacrifici essendo sempre il settore a pagare un grosso tributo per gli sprechi della sanità che invece sono da altre parti.

Infatti non va dimenticato che i medici di C.A. sono stati da sempre colpiti dai tagli della spesa sanitaria pur essendo i più sottopagati, e ciononostante hanno continuato a garantire da soli e quasi sempre in trincea un servizio essenziale per la sanità.

Pertanto ritengo sia mio compito, quale responsabile nazionale, ipotizzare eventuali, o per meglio dire, ne-

cessari programmi di ristrutturazione e potenziamento del servizio di C.A.

Tali programmi sono in linea con la politica sanitaria che il nostro sindacato persegue, e con quella esposta negli ultimi giorni dal Ministro della Salute.

L'urgenza di "rivisitazione" di quello che è il settore meno valutato nel panorama della sanità italiana dipende da due ordini di fattori: da una parte dare risposte agli utenti che siano sempre più valide in termini di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate, e dall'altra rivalutare il ruolo del medico che in continuità assistenziale opera, consentendogli una riqualificazione del suo ruolo sia dal punto di vista professionale che umano.

Il potenziamento del servizio dovrebbe necessariamente passare attraverso l'estensione dello stesso anche alle ore diurne (C.A. H24) in attività distrettuali e di dipartimento cure primarie, medicina scolastica e preventiva, screening delle malattie dismetaboliche ad alta valenza sociale, medicina fiscale, domiciliarità specialistica



la voce dei settori

programmata, partecipazione alla formazione continua per aumentare qualitativamente i livelli di assistenza offerti ai cittadini.

Si potrebbe in questo modo offrire una migliore assistenza ai pazienti con patologie croniche e disabilitanti con l'erogazione di prestazioni di particolare impegno professionale, si potrebbe procedere all'accertamento di particolari patologie al domicilio del paziente ed erogare in tempi brevi i presidi e gli ausili necessari, attuare campagne di prevenzione di malattie ad alta valenza sociale e di vaccinazioni non obbligatorie.

Tutto questo porterebbe le aziende a un risparmio di spesa, perché il compenso di un medico di C.A. è minore rispetto a quello di un dirigente medico dell'AUSL, decongestionerebbe ospedali e ambulatori, ridurrebbe le liste di attesa e si avrebbe quindi una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie, compresa quella della risoluzione dei "codici bianchi".

Si creerebbe, inoltre, uno strumento di forte sinergia tra medico di famiglia e medico di continuità assistenziale, pur individuando i modi che rendano autonomi e parimente dignitosi i due servizi, al fine di garantire anche nelle regioni meridionali con particolari condizioni orografiche un considerevole miglioramento dell'accessibilità ai servizi territoriali.

A tal proposito andrebbe inoltre chiarito che all'art.64 del nuovo accordo collettivo nazionale di medicina generale, in relazione alla C.A. introduce il concetto di "rapporto ottimale".

Questo rapporto ottimale non ha alcun riferimento con l'ottimizzazione del rapporto medico-paziente, e non è assimilabile a quello riguardante la medicina di base dalla quale è stato mutuato, ma costituisce solo uno strumento di controllo nelle fasi di attribuzione degli incarichi di C.A., tralasciando un importante aspetto relativo invece al servizio di C.A. che è, come ho avuto già modo di precisare, la particolare condizione orografica dei territori nei quali i medici di continuità assistenziale si trovano a operare, la distribuzione della rete ospedaliera, del pronto soccorso, dei servizi di emergenza sanitaria territoriale, e pertanto andrebbe rivisto se si vogliono assicurare prestazioni efficaci, e se si vuole renderlo un valido supporto integrativo al servizio del 118, esonerando da questi criteri le isole minori poiché zone disagiate; prevedendo in esse per la migliore presa in carico del paziente la presenza di due medici in turno ai quali andrebbero rimborsate le spese di viaggio e di vitto come e con gli stessi criteri dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

Una proposta, quindi, quella del potenziamento del servizio della C.A. vantaggiosa sia dal punto di vista economico che politico.

Questo potenziamento del servizio della C.A. non assicurerebbe solo un notevole miglioramento delle prestazioni erogate con risparmi per le aziende sanitarie, ma sanerebbe anche l'annoso problema della qualifica professionale dei medici operanti in tale servizio.

Si vedrebbe risolta la realizzazione del completamento orario a 38 ore set-

timanali cui giustamente i medici operanti nel servizio di C.A. aspirano e quindi quello di precarietà a sottoccupazione che ancora contraddistingue i medici della continuità assistenziale, assicurando a essi un giusto compenso e la giusta rivalutazione delle loro prestazioni professionali. Inoltre ai medici di C.A. andrebbe riconosciuta l'attività usurante, 21 giorni di riposo psicofisico, la mobilità e il passaggio ad altre funzioni nell'ambito dell'ASL, e una modifica dell'art. 46 che vedrebbe aumentato il contributo previdenziale del competente fondo di previdenza al 23% di tutti i compensi previsti dall'accordo compresi quelli derivanti dagli accordi regionali e aziendali, di cui il 17% a carico dell'azienda e il 6% a carico del medico.

Infine, per quanto riguarda il disagio delle isole minori e delle comunità montane andrebbe consolidato e diffuso il progetto di telemedicina EOLINET che in questo momento è in fase sperimentale in Sicilia, progetto ministeriale di teletrasmissione di cardiologia e di diagnostica strumentale che metterebbe i medici di C.A. in condizione di offrire anche in quei territori LEA di alto livello.

Pertanto sarebbe auspicabile fossero adottati, per le motivazioni sin qui esposte, tutti gli adempimenti necessari perché soltanto essendo partecipi e più uniti possiamo trovare il modo di riqualificare e potenziare la continuità assistenziale ormai divenuta un servizio territoriale essenziale per la sanità pubblica e per dare più dignità, stabilità e sicurezza contrattuale ed economica ai medici che vi operano. ■



la voce dei settori

Gianfranco Parise

E.C.M. un motivo in più per integrarsi nel sindacato

Anche i liberi professionisti tutelati dallo SNAMI

■ *Gianfranco Parise*
Responsabile Nazionale
Settore Libera Professione

In qualità di responsabile nazionale del settore Libera Professione ho avuto il piacere di partecipare a Roma i primi giorni di ottobre, ai lavori del consiglio nazionale SNAMI.

È stata un'occasione per rilanciare e confermare il ruolo del sindacato con le indicazioni ed iniziative atte a migliorare il rapporto paziente, medico, istituzioni.

Ricordiamo ai presenti che questo settore medico allocato all'interno del nostro Sindacato raccoglie molti colleghi: odontoiatri, radiologi, ortopedici, dietologi, cardiologi, ginecologi e non mi dilungo ad elencare tutte le altre specialità che appartengono a un settore tutto nuovo dal punto di vista sindacale e quindi organizzativo, in termini di tutela della professionalità, difesa dalla pressante, eccessiva burocrazia che ostacola lo svolgimento del proprio lavoro al servizio del malato.

Parliamo delle liberalizzazioni di figure parasanitarie con nuovi Ordini. Queste toglieranno spazi ai giovani Medici che in attesa di posto di lavoro, convenzionato o dipendente, potreb-

bero con imprenditorialità e iniziativa, aprire ambulatori privati. Per loro potrebbe essere una soluzione transitoria oppure definitiva, ma comunque una libera scelta.

Altro motivo importante per appartenere allo SNAMI, è la possibilità di ricevere informazioni sulle leggi e disposizioni cui attenersi per svolgere correttamente il proprio lavoro, inoltre non dimentichiamo la possibilità dell'aggiornamento.

Crescono le difficoltà oggettive di attuazione in quanto, per gli ECM (educazione continua medica) i tempi sono lunghi ed i costi sono elevati. Per citare un dato relativo al numero dei corsi ECM in Italia, nei primi quattro mesi di quest'anno, sono stati organizzati 1.239 eventi formativi a fronte dei 4.454 dello stesso periodo del 2006, un calo dunque del 70%.

Rimangono comunque gli ECM, un tema aperto che prossimamente riprenderemo a chiarimento e indirizzo per i colleghi.

La Legge 27/12/06, art.38-39-40-41, obbliga il sanitario che opera in una qualsiasi struttura sanitaria privata (clinica, day surgery, poliambulatorio ecc.) a non potere incassare direttamente il compenso dal paziente co-

me nel passato, quindi, dal 1 marzo 2007, tutte le strutture sanitarie devono ottemperare al disposto dell'art.38 L. 296 del 27/12/06, incassare loro l'importo della fattura dal paziente, registrarla in un apposito registro, quindi versare l'importo al sanitario.

Siamo perplessi sulla tutela della privacy del paziente e dell'operatore che consegna alla struttura dati sensibili riguardanti i suoi pazienti e cifre che potrebbero creare palese concorrenza in riferimento ai compensi.

Ci occuperemo dell'approfondimento dei temi sopraesposti attendendo istanze e interrogazioni dai Colleghi.

Saranno sensibilizzati i Presidenti regionali e provinciali SNAMI, per il settore libera professione all'interno del sindacato, per attivare i comitati Provinciali e Regionali delle varie discipline mediche con dei responsabili del coordinamento.

Al dinamico e costruttivo Esecutivo Nazionale SNAMI, al Presidente Mauro Martini mi sento di rivolgere un sentimento di amicizia.

Auguro un buon lavoro con tangibili successi finalizzati a portare serenità ai nostri iscritti, impegnati nel quotidiano lavoro-missione di medico, a servizio della centralità dell'uomo e la sua salute. ■



la voce dei settori

Ernesto Torcinaro

Scenario preoccupante

Atto di indirizzo per la dirigenza

Solo un punto di partenza

■ *Ernesto Torcinaro*
Responsabile Nazionale Dirigenza medica

È stato finalmente emanato dal Comitato di Settore, nella seduta del 27.09.2007, l'Atto di indirizzo per il rinnovo del CCNL della Dirigenza medica e veterinaria per il quadriennio 2006-2009 che dopo l'approvazione del Consiglio dei Ministri dovrebbe approdare al-

l'ARAN per l'inizio delle trattative con i sindacati di categoria.

Si tratta di 13 pagine che interessano vari aspetti normativi oltre che alcuni aspetti economici che sinteticamente andremo ad esaminare.

A grandi linee gli **obiettivi generali** prevedono:

- a.** una significativa semplificazione del testo contrattuale perché si possa finalmente pervenire alla redazione di un testo unico delle disposizioni contrattuali vigenti;
- b.** una chiara definizione delle linee di responsabilità in armonia con le disposizioni normative interessanti anche le altre aree contrattuali;
- c.** una significativa semplificazione del sistema retributivo;
- d.** un riequilibrio dei meccanismi di gestione, delineando maggiormente gli ambiti di autonomia tecnico-professionale, rispetto alle responsabilità gestionali;
- e.** un riconoscimento reale del raggiungimento degli obiettivi e delle prestazioni svolte in condizioni disagiate;
- f.** una spesa certa e coerente con le previsioni;
- g.** un quadro di flessibilità coerente con la programmazione delle attività per progetti ed obiettivi di sistema.

Vengono successivamente affrontate le problematiche relative a:

1. Relazioni sindacali

- rafforzare il livello di coordinamento regionale;

- temporizzazione certa delle fasi di coordinamento regionale e di contrattazione aziendale;
- maggiore finalizzazione delle risorse a risultati di miglioramento della qualità e quantità dei servizi (ad esempio: l'ampliamento degli orari di apertura dei servizi, la riduzione dei tempi di attesa; i processi di stabilizzazione del precariato; l'innovazione organizzativa e tecnologica; la maggiore integrazione fra territorio e ospedale; la razionalizzazione delle procedure);
- prevedere forme di consultazione fra Aziende e Organizzazioni sindacali e degli utenti al fine di verificare l'effettiva efficacia dei servizi erogati.

2. Sistema degli incarichi

Vanno individuate delle linee di valorizzazione finalizzate a:

- a.** definire chiaramente le linee di responsabilità delineando dei percorsi di carriera specifici e disponibili;
- b.** prevedere un maggior bilanciamento tra percorsi di carriera gestionale e professionale con la possibilità per le aziende, di graduare in maniera analoga i due percorsi di carriera;

la voce dei settori

3.1. Condizioni di lavoro

Potenziare l'utilizzo dell'istituto della pronta disponibilità nella normale programmazione delle attività.

3.2. Forme di flessibilità

- a. La durata media dell'orario del personale addetto ad attività di assistenza e di supporto alla stessa non deve superare, per ogni periodo di sette giorni, le 48 ore comprese le ore di straordinario.
- e. Va individuata un'apposita procedura che permetta, una assegnazione del dirigente sanitario, in possesso della specializzazione richiesta, in struttura diversa da quella di ingresso (con relativo incardinamento in organico).

4. Sistemi di valutazione

Il contratto dovrà individuare:

- soluzioni ulteriormente semplificate, attraverso una concentrazione maggiore dei momenti di valutazione;
- vengano meglio definiti gli effetti della valutazione negativa sulla retribuzione di risultato, revoca degli incarichi e recesso dal rapporto di lavoro;
- meccanismi di tenuta della storia valutativa del singolo dirigente.

5. Aspetti del procedimento disciplinare

Il CCNL dovrà prevedere un'adequata forma di graduazione della sanzione.

6. Formazione

Il ruolo centrale della formazione continua dovrà ulteriormente esplicitarsi tramite la formazione "sul campo", la docenza interna e le funzioni di tutoraggio e le altre modalità di formazione previste dall'accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007. A tal fine il CCNL dovrà individuare opportune forme di incentivazione. Per sottolineare l'importanza della formazione continua per la dirigenza sanitaria va ribadito che le Aziende devono predisporre piani formativi che garantiscano l'acquisizioni dei crediti annuali ECM e la partecipazione a iniziative formative rientra a tutti gli effetti nel normale orario di lavoro e quindi con la destinazione di uno specifico numero di ore settimanali da dedicare a tale attività.

7. Risk Management

Nell'ambito delle disposizioni contrattuali dovranno essere trattate adeguate modalità di sviluppo dei sistemi aziendali di risk management.

Per quanto concerne gli Istituti economici

Il Comitato di Settore individua i seguenti elementi contrattuali di natura economica come percentuali di incremento sul monte salari dell'anno 2005:

- per l'anno 2006 le risorse corrispondenti al costo dell'indennità di vacanza contrattuale (0,39%);
- per l'anno 2007 gli incrementi retributivi pari al tasso di inflazione programmata del 2% con assorbimento del costo della vacanza contrattuale (1,61%);
- dall'anno 2008 gli incrementi di regime del 4,46%, assicurando oltre i tassi di inflazione programmata del biennio (3,7%), un ulteriore incremento retributivo dello 0,76%.

Una quota delle risorse disponibili comunque non inferiore allo 0,50% dovrà essere destinata alla contrattazione integrativa per finanziare la retribuzione di risultato dei dirigenti.

Dovrà essere esplicitata nel testo contrattuale la cessazione di qualsiasi effetto derivante dalla retribuzione individuale di anzianità del personale cessato.

Indennità di esclusività dei dirigenti sanitari

Il Governo ha riferito a questo Comitato circa la richiesta formulata dal Ministero della Salute di finanziare il maggior costo derivante dall'inserimento dell'indennità di esclusività tra le voci che compongono il monte salari, con conseguente rivalutazione della stessa.

Il Comitato di Settore, nell'ipotesi che la suddetta abbia esito positivo, nel riservarsi la valutazione sull'effettiva congruità del finanziamento aggiuntivo a carico del bilancio dello Stato, fa presente all'Aran la necessità che di tale circostanza se ne tenga debito conto nell'ambito della trattativa.

All'atto della valutazione di congruità saranno dati indirizzi per la revisione delle modalità di erogazione.

la voce dei settori

Il testo presentato questa volta può essere un punto di partenza valido su cui costruire la trattativa per il rinnovo contrattuale senza grosse riserve, ciò che preoccupa molto è invece l'aspetto economico che potrebbe gravemente pregiudicarne il percorso.

È a tutti noto che le disponibilità economiche condizionano fortemente anche gli aspetti normativi ed è pertanto impensabile sedersi al tavolo della contrattazione in assenza di garanzie sulla copertura economica del contratto nella sua interezza.

Il contratto va finanziato per l'intero arco di valenza normativa 2006-2009 e non per il solo biennio economico 2006/2007, quanto verificatosi negli anni passati dimostra in modo inequivocabile che diversamente non si va da nessuna parte.

Le incertezze e la scarsa chiarezza nelle scelte politico-economiche di questi giorni non ci può far stare tranquilli.

Già con la Finanziaria 2006 avevamo dovuto prendere atto che il Governo non aveva previsto la copertura economica per il rinnovo dei contratti di lavoro.

Da quanto emerge, almeno sino ad oggi, visto che le cose cambiano di giorno in giorno, nella Finanziaria 2007 le notizie non sono certo migliori e poche sono le certezze:

1. In primo luogo è ormai assodato che l'anno 2006 è andato perso. Ci tocca esclusivamente l'indennità di "vacanza contrattuale" (0,39 % pari a circa 45 €).
2. Per il 2007 sembra che l'incremento debba essere dell'1,61 % pari a circa 185 €.
3. L'indennità di esclusività dovrebbe entrare a far parte del monte salari, ma non si capisce con quale incremento economico e con quale retroattività, visto che è ormai congelata dal 2000 (la sola inflazione programmata sarebbe all'incirca del 18%).

A queste non certo rassicuranti certezze dobbiamo aggiungere che:

1. La Finanziaria non prevede fondi per il secondo biennio economico 2008-2009.

2. Per il 2008 si prevede quindi come incremento economico la sola indennità di "vacanza contrattuale" con il risultato finale, nella migliore delle ipotesi di un "compri quattro e paghi due" (aumenti economici solo per due anni e "vacanza contrattuale" per gli altri due). Ottimo affare per il Governo, ulteriore schiaffo ai medici.
3. Aggiungiamo poi il blocco della perequazione sulle pensioni (l'incremento automatico annuo) e l'aumento dell'aliquota per i pensionati dal 16% al 17%.
4. Per i lavori usuranti praticamente sta emergendo una esclusione dei medici da tale riconoscimento alla luce dei sempre maggiori paletti che vengono frapposti.

Lo scenario è senz'altro preoccupante e per non si prevedono certamente risvolti positivi a breve termine.

Il Governo sta per approvare definitivamente il testo di una Finanziaria che non sembra certamente andare incontro alle esigenze dei cittadini e che sicuramente penalizza in modo irreversibile la classe medica.

Il momento è grave e tutto ciò è insostenibile, non è più possibile rimanere inerti ed aspettare che ci piovano addosso ulteriori penalizzazioni.

Tutti i sindacati della dirigenza sono consapevoli di quanto si sta perpetrando nei confronti dei medici e pertanto hanno deciso di far sentire la propria voce con una manifestazione nazionale dei vertici sindacali presso il Cinema Capranica in Roma il giorno 13 novembre 2007.

I membri del Consiglio Nazionale dello SNAMI Dirigenza Medica saranno tutti presenti a Roma e porteranno il contributo fattivo a tale manifestazione nella quale verrà proclamata una serie di iniziative che culmineranno in un calendario di scioperi se il Governo non prenderà atto della gravità delle proprie scelte e decida i cambiare rotta tenendo conto delle legittime aspettative dei medici. ■

*la voce dei settori***Testo del documento sottoscritto da tutte le sigle della Dirigenza Medica**

ANAAO ASSOMED - ANPO - ASSOMED-SIVEMP - CIMO-ASMD (UGL Medici - SNAMI Dirigenza Medica - Unione Medica) - CIVEMP (SIVEMP-SIMET) - FEDERAZIONE CISL MEDICI - FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL FPL - FESMED (ACOI-ANMCO-AOGO-SUMI-SEDI-FEMPA-ANMDO) - FP CGIL MEDICI - UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

Finanziaria 2008: sciopero e manifestazione dei Medici e Veterinari del SSN

9 Ottobre 2007

I Medici e i Veterinari del SSN scioperano contro una Finanziaria che li penalizza e non consente il rinnovo del contratto scaduto da due anni.

Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale giudicano negativamente la Finanziaria 2008 relativamente a:

- mancato finanziamento del contratto per il biennio economico 2008/2009;
- nessuna rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto congelata ai valori del 1999;
- insufficiente risposta al problema del precariato della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale e del Ministero della salute;
- assenza di qualsiasi riduzione della pressione fiscale per una categoria che è stata privata, con l'incremento delle tasse della Finanziaria 2007, degli aumenti del biennio contrattuale 2004/2005.

Per questi motivi viene indetta una manifestazione nazionale di protesta per il **13 novembre 2007** presso il **Teatro Capranica di Roma** e verrà proclamata una giornata di sciopero da tenersi nell'ultima decade di novembre.

(La data esatta dello sciopero verrà decisa compatibilmente con il calendario previsto dalle norme di legge).





la voce dei settori

Maria Cristina Campanini

Dottori e Dottoresse quale differenza?

Quote Rosa: panda e foca monaca in estinzione

Un tormentone stucchevole che coinvolge senza interessare

■ **Maria Cristina Campanini**
Responsabile Nazionale
SNAMI Rosa

Ci risiamo. Torna il tormentone delle Quote Rosa - che impressiona più o meno quanto il declino della foca monaca nel mediterraneo - dopo l'articolo apparso a fine settembre sul Corriere della Sera che, in prima pagina, segnalava l'allarme (ma di chi?) per l'esagerata numerosità femminile nel mondo della sanità. Come dire: le donne stanno all'arte medica come lo tsunami sta alle Maldive.

Imbarazzante l'articolo pubblicato sul quotidiano.

Squalificante la dichiarazione del Presidente della Società Italiana di Urologia che si fa portavoce della maschia affermazione secondo cui nessun uomo accetterebbe di dichiarare la propria impotenza sessuale a una donna né tanto meno si farebbe controllare la prostata da una dottoressa, inorridendo al solo pensiero di avere una ricetta vergata da mano femminile per un farmaco che aiuti a rinvigorire la propria virilità.

Fuorviante l'interpretazione errata delle dichiarazioni della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici che negli stessi giorni di pubblicazione dell'articolo del Corriere aveva organizzato un convegno a Caserta, "medicina e sanità declinate al femminile", finalizzato non alla distribuzione di presidi per difendersi dai camici rosa ma all'approvazione di piani programmatici che si adattino meglio alle esigenze professionali, di leadership, sociali e familiari delle donne che si moltiplicano tra lavoro e famiglia e che da qui a dieci anni rappresenteranno la quasi totalità del mondo sanitario.

Si legge sul documento finale approvato al convegno campano e pubblicato sul sito fnomceo che la stessa ha deciso di istituire un osservatorio sul territorio nazionale con il supporto di tutti gli Ordini, per monitorare le criticità emergenti delle donne che lavorano come medici e odontoiatri. Le finalità sono di impegno per migliorare sempre più la competenza professionale, modificare e adattare le leggi per la tutela della maternità (part-time, sostituzione garantita, flessibilità di orari, possi-

bilità di aggiornamento), sollecitazione alla partecipazione femminile all'interno degli Ordini per aumentare la rappresentanza che meglio interpreti le necessità delle donne medico, appoggio e sostegno per garantire adeguato inserimento lavorativo e possibilità di raggiungimento di posizioni apicali.

I nostri Ordini non si stanno allarmando perché ci sono troppe donne medico (fenomeno peraltro diffuso in tutta le comunità europea), ma semmai preoccupati per l'inadeguatezza delle strutture alla condizione femminile, per la scarsa possibilità di orari flessibili, per la sicurezza sul posto di lavoro, per la mancanza di formazione per il raggiungimento di posizioni apicali.

Umiliante la necessità di testimonianze femminili di donne medico che "ce l'hanno fatta a fare lavori maschili!" quali il chirurgo o l'urologo. Ma perché per par condicio non ci sono interviste agli uomini che, senza scalpore femminile alcuno, fanno i ginecologi o i pediatri?

Ma perché nel 2007 con tutti i problemi che abbiamo, la Finanziaria, i soldi che non ci sono, i contratti che

la voce dei settori

vengono rinnovati dopo anni di trattative con aumenti pari a un caffè con brioche al giorno (periodi di dieta all-inclusive), accordi collettivi che fanno più paura dei racconti di Stephen King, ma perché dobbiamo star qui a perdere tempo con queste ridicolaggini?

Perché non cerchiamo di allarmarci per cose più serie, visto che ce ne sono abbastanza?

Perché non ci preoccupiamo di “crescere”, di rappresentarci, di unirici, di fare gruppo?

Noi incarniamo così tanto bene l'arte medica nell'espressione del “prendersi cura” e della compassionevole empatia con il paziente ma troviamo tanta difficoltà nella partecipazione a cariche sociali, politiche, sindacali, ordinarie, universitarie, dirigenziali. Ancora ci è difficile sfondare il soffitto di cristallo, ancora tanta strada dobbiamo fare per affermare serenamente le nostre capacità senza rivendicazioni o inutili sarcasmi, nel reciproco rispetto dei ruoli di lavoro e di gestione familiare.

Le posizioni apicali delle donne, in differenti ambiti lavorativi, rimangono ancora difficili da raggiungere: il contributo della forza-lavoro femminile nell'impresa a livello medio-alto, vede le donne europee svantaggiate rispetto alle americane e quelle italiane all'ultimo posto in Europa. In un'indagine condotta dal settimanale Newsweek si sottolinea con sarcasmo il “mito” europeo della parità delle donne che lavorano, concludendo che a queste è concesso di avere un lavoro ma non una carriera.

Questo dato di fatto della realtà femminile è ancora più evidente per quanto riguarda la partecipazione femminile alla vita politica: il monitoraggio - sulle Quote Rosa e sulla partecipazione attiva e passiva delle donne all'attività politica nei rispettivi paesi - effettuato dalle due agenzie internazionali negli stati a democrazia rappresentativa ci colloca dopo Paesi all'apparenza meno avanzati dal punto di vista della cultura politica. Ovviamente dopo Svezia, Norvegia, Danimarca, Austria e Germania. Ma anche dopo Costa Rica, Nicaragua e Mozambico. Va detto che, paradossalmente, il paese con maggiore presenza femminile in parlamento è il Rwanda con il 48,8% di donne elette (39 su 80 eletti). La nazione africana si aggiudica il podio grazie a regole rigidissime in fatto di Quote Rosa. Seguono a ruota la Svezia (45% di deputate, 157 su 349), mentre al terzo posto della classifica si colloca un paese sudamericano, il Costa Rica, che vanta un 38,6% di donne sedute in parlamento superando la Norvegia che ha ‘solo’ il 37,7% di presenze femminili (64 su 169).

Le italiane sedute alla Camera dei deputati oggi sono 109 su 630 seggi disponibili, un misero 17,3%. Al Senato, è anche peggio: 44 donne su 322 eletti (13,7%). Persino l'Iraq, attualmente, sta meglio di noi con 70 donne elette su 275 seggi disponibili in parlamento (25,5%). Appena prima della Repubblica Dominicana, ma dopo l'Uzbekistan.

Si legge nella relazione 2006 della Commissione delle Comunità Europee sulla parità tra uomini e donne: “le po-

litiche volte a conciliare lavoro e vita familiare contribuiscono a creare un'economia flessibile, migliorando nel contempo la vita delle donne e degli uomini. Tali politiche aiutano a entrare e rimanere nel mercato del lavoro utilizzando l'intero potenziale della forza lavoro e devono favorire equamente le donne e gli uomini”.

Il 2007 è l'anno per le pari opportunità, come consapevolezza di ruolo innanzitutto. Il raggiungimento di questa consapevolezza comprende percorsi personali, supporto familiare, formazione culturale, insegnamenti e impegno di auto affermazione. Consapevolezza delle proprie potenzialità, abbandono degli stereotipi di ruolo, condivisione di responsabilità e opportunità, partecipazione attiva da parte del partner, supporto da parte delle organizzazioni lavorative e del welfare con incentivazione per una migliore distribuzione dei compiti tra uomo e donna: questi gli strumenti indispensabili alla donna che lavora all'interno e all'esterno della propria famiglia, questi gli obiettivi che vogliamo perseguire. ■

Trecento premi nobel:

solo dieci donne.

Sono attualmente guidati da donne i governi di quattro paesi:

Germania, Nuova Zelanda, Bangladesh, Sao Tome e Principe, Mozambico.

Donne attualmente Capi di stato:

Filippine, Finlandia, Irlanda, Lettonia, Liberia.



la voce dei settori

Gennaro Caiffa

Un chiarimento definitivo

Certificazioni INAIL

Continuano a perpetrarsi i soliti abusi

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

Vorrei chiarire una volta per tutte a seguito delle comunicazioni inviate da parte di alcune sedi provinciali INAIL a diversi nostri iscritti, in merito alle certificazioni INAIL redatte in regime libero professionale da parte di medici che, seguendo le indicazioni di SNAMI, non aderiscono all'Accordo firmato dalle altre OO.SS.

1. SNAMI non ha firmato l'Accordo con l'INAIL.
2. La certificazione di infortunio non rientra tra i compiti del medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN.
3. La suddetta convenzione "erga omnes", come invece avviene per la convenzione di Medicina Generale. Pertanto, come già comunicato a seguito del Comitato Centrale SNAMI dello scorso giugno, i medici che non accettano l'accordo so-

no liberi di eseguire la prestazione in regime libero-professionale, chiedendo quindi un compenso diretto da parte dell'Assistito.

4. l'INAIL è tenuto per legge in ogni caso ad assicurare ai lavoratori la gratuità della certificazione attestante l'infortunio o la malattia professionale, come previsto da diverse sentenze della Cassazione disponibili presso la nostra sede

Nazionale, INAIL è pertanto tenuto a rimborsare al paziente (almeno in parte) la spesa per il certificato.

5. la certificazione INAIL, del medico che non aderisce all'accordo, non può essere redatta sui moduli proposti dall'Ente ma su carta intestata del medico utilizzando come fac simile il modello che si può reperire facilmente sul sito internet dello SNAMI nazionale. ■

Indipendenza e autonomia, anche in rete

Lo SNAMI sa quanto conti per il medico di famiglia un'informazione libera e autonoma. E sa anche quanto conti poter raggiungere tempestivamente la categoria.

Per questo è attivo www.snami.org

La professione e la sanità, le notizie e i commenti. In rete, ogni giorno.



www.snami.org www.snami.org www.snami.org www.snami.org



SNAMI presente e sensibile ad ogni manifestazione

Congresso nazionale ANSPI Isola d'Elba

Una messa a fuoco sulla telemedicina e sulle nuove tecniche di soccorso

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



Lo S.N.A.M.I. facendo seguito alla linea politica sanitaria di riqualificazione e di riscatto del territorio che è anche espressa nel progetto ME.DI.CO. di potenziamento della CA nella visione di un'ottimizzazione della Medicina Generale che mira a una migliore integrazione tra i professionisti operanti nel territorio ed a una maggiore efficacia di risposta alle richieste di assistenza sanitaria da parte dei cittadini; ha voluto accettare l'invito dell'ANSPI al nostro Presidente Nazionale a partecipare al 6° congresso Nazionale tenutosi all'Isola d'Elba. Il congresso si è aperto con il saluto delle autorità invitate e con la lettura magistrale del Dott. Scirè Presidente Nazionale dell'ANSPI, ed è continuato nel tardo pomeriggio con la tavola rotonda sulle strategie d'intervento istituzionale verso le problematiche sanitarie delle isole minori cui hanno partecipato diversi direttori generale delle Asl, rappresentanti del Ministero della salute e sindaci.

Anche lo S.N.A.M.I. ha dato un contributo al dibattito ponendo l'attenzione anche sul disagio cui sono costretti i medici di CA in molte piccole isole dove il più delle volte sono gli unici garanti della salute pubblica; rilevando che ciò dovrebbe riflettersi sul quadro normativo contrattuale con un cambiamento che tenga conto dell'ormai indispensabile riqualificazione del territorio, dell'assistenza sanitaria e dei medici di CA che vi operano.

Nella 1° e 2° sessione del sabato vi sono state delle letture magistrali e tecniche su diverse patologie, delle

quali l'unica che a mio avviso ha tenuto conto del territorio e del disagio di alcuni suoi centri è stata quella del Prof. Bramante, che ha rilevato che vi sono emergenze urgenze anche nelle patologie croniche, che dovrebbe esserci un censimento dei ricoveri impropri in rianimazione, e che l'uso esteso dei defibrillatori ha portato ad un sempre maggiore numero di casi in cui non vi è un risveglio dal coma e sopraggiunge il passaggio allo stato vegetativo soprattutto nei traumi cranici, con conseguente presa in carico da parte del servizio sanitario del paziente chissà per quanto tempo.

*Oggi ho lasciata la mia famiglia
perché ero stanco di sentirmi solo.*

Ennio Flaiano

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



La 3° sessione è stata incentrata sulla telemedicina e il suo sviluppo, e molto interessante è stato il punto di vista dei rappresentanti del Ministero della Salute che hanno evidenziato che bisogna definire una strategia unitaria per lo sviluppo e la diffusione della telemedicina, attivare una sinergia interdistrettuale, diffondere i modelli organizzativi ed infine garantire una continuità dei servizi.

È stato poi presentato il progetto Eolinet con il quale si vuole portare LEA dove non sono presenti, far viaggiare informazioni mediche anziché i pazienti in quei territori disagiati e lontani da centri ospedalieri, promuovendo quindi il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari. Infatti, la telemedicina offre al medico del territorio dei servizi quali la replicabilità dell'assistenza, accesso all'eccellenza, e la gestione del processo di cura. Per la sostenibilità dei servizi però è necessaria la replicabilità del progetto di telemedicina ed il progetto è replicabile quando gli impianti sono concepiti come servizi e sono utilizzati dagli operatori sanitari. Questo infatti è il punto cardine su cui è stata posta l'attenzione dei relatori, perché il successo del progetto di telemedicina è dato dal reale utilizzo del servizio e non dall'esistenza dell'impianto tecnologico; ed ha il vantaggio di facilitare l'attività del medico e lo svantaggio di essere un complicatore iniziale nella fase di apprendimento. Pertanto bisogna che ci sia

una presa di coscienza da parte degli operatori medici che la telemedicina costa fatica perché è una modalità nuova di comunicare. Nella discussione di queste tematiche lo S.N.A.M.I ha sottolineato che i medici operatori di questo progetto sono soprattutto quelli del settore di continuità assistenziale, i quali pur non essendo stati consultati nelle fasi iniziali di programmazione del progetto, sono disponibili a questa fatica, a queste nuove responsabilità, ma con quali incentivi?

Bisognerebbe cambiare l'organizzazione dei presidi prevedendo per esempio il raddoppio dei medici in servizio, valutare gli aspetti medico-legali e assicurativi derivanti dall'utilizzo di questi impianti tecnologici

che non sono contemplati dal Contratto Nazionale intervenendo quindi sul quadro normativo. Infine molto toccanti sono state le relazioni sul disagio psicosociale e sull'abbandono scolastico nelle isole minori che hanno completato il quadro di disagio che questi territori vivono giornalmente. Il congresso è poi continuato con le letture magistrali e le relazioni tecniche sull'emergenza diverse dall'esperienza che siamo abituati a vivere, quelle in mare e in elicottero.

Il congresso si è chiuso con il saluto del presidente nazionale che ha ringraziato tutti i partecipanti invitandoli al prossimo congresso che si terrà in Sardegna. ■



L'Isola d'Elba



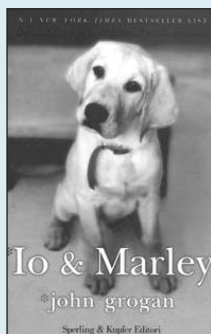
letti per voi

a cura di Francesco Pecora



IO & MARLEY

di John Grogan



Quando John e Jenny, una giovane coppia della Florida, decidono di adottare un cane per fare pratica come genitori non si immaginano quale uragano sta per abbattersi sulla loro casa. Marley, un Labrador giallo, da adorabile cucciolo si trasforma immediatamente in un gigante maldestro che si lancia attraverso le porte a zanzariera, distrugge le pareti, sbava sugli ospiti, ingurgita qualsiasi cosa attiri la sua curiosità, dai gioielli ai divani, e fugge dai bar ti-

randosi dietro il tavolino. Insomma, è la vergogna della scuola di addestramento e la disperazione del suo veterinario, che non sa più quale tranquillante prescrivergli. Ma Marley ha anche un cuore puro e innocente. Come rifiuta ogni limite imposto alla sua esuberanza, così la sua lealtà e il suo attaccamento sono infiniti, e la sua allegria devastante ma contagiosa sa riconquistarsi ogni volta l'affetto dei padroni. ■



HARRY NON HA PAURA

di Clare Sambrook



Harry ha nove anni, è il bambino più veloce della sua classe, adora David Beckham e si diverte a prendere in giro il fratellino minore, Daniel. Tutto sommato la sua vita non è male, almeno fino alla maledetta gita scolastica. Quel giorno suo fratello scomparire. Gli è stato sempre accanto, fino alla noia, tanto che lui ha finito per non pensarci più, a Daniel.

Ma ora Daniel non c'è. Negli occhi della mamma e del papà Harry legge solo incredulità, dolore e poi l'accusa: "Dovevi badare a tuo fratello e non l'hai fatto". E mentre la polizia parla di rapimento, e l'ansia, un'ansia selvaggia si impadronisce di tutti gli abitanti della casa, Harry non ha scelta: deve scoprire che fine ha fatto suo fratello... ■



PECCATI DI GOLA

di Killham Nina



Altro che dieta Zona, Weight Watchers, bilance e metri da sarta! Si sa che le grasse sono più felici, più sorridenti e - perché no? - più belle! Jasmine ha fatto la sua fortuna, personale e professionale, grazie all'amore per la cucina vera, quella che non ha paura di irrorare i cibi di burro profumato, spezie esotiche e fiumi di squisita cioccolata e soffice panna... È così che ha conquistato suo marito. Ed è così che è diventata una chef importante.

Ma da qualche tempo la sua famiglia sembra più impazzita di una maionese. Sua figlia Careme ha quindici anni e la odia. E Daniel, il suo bel marito attore, il suo bel marito magro, passa decisamente troppo tempo con le allieve della scuola di recitazione in cui insegna. Pochi giorni prima del compleanno di Daniel la vita di Jasmine diventerà un pastiche di colpi di scena, colpi di testa, cadaveri e poliziotti. ■

1° Congresso Interregionale SNAMI

La regionalizzazione in sanità: incertezze e pericoli

Da Bologna un coro unanime di protesta

■ *Stefano Nobili*

Si è svolto a Bologna, sabato 10 novembre 2007, il 1° congresso interregionale SNAMI dal titolo “La regionalizzazione in sanità: incertezze e pericoli”. Il Congresso interregionale nord Italia, primo evento ufficiale dopo il Congresso nazionale SNAMI di Copanello, sarà seguito da un congresso centro e sud in data da destinarsi nell'anno 2008. L'evento ha visto la partecipazione di oltre 70 tra presidenti regionali, provinciali e dirigenti SNAMI provenienti dalle regioni del nord Italia. Il tema, estremamente d'attualità, la regionalizzazione con le sue luci e ombre, è stato ampiamente dibattuto dai relatori che hanno sottolineato l'esistenza di una criticità comune a tutte le regioni: i controlli pressanti sulla spesa sanitaria attraverso verifiche continue da parte delle ASL. Altra criticità, comune a tutte le regioni, le basse competenze economiche con rinnovi contrattuali locali insoddisfacenti, senza nemmeno gli aumenti ISTAT. Con una felice eccezione: la provincia autonoma di Bolzano, nella quale i MMG hanno un contratto “provinciale”, ha previsto un adegua-

mento “ASTAT” (l'agenzia alto atesina di rilevazione) automatico dell'inflazione: quindi i colleghi percepiscono gli aumenti dovuti in rapporto al caro-prezzi. Ma nelle altre regioni generalmente “...fortunati sono i colleghi che hanno la moglie che lavora...”, visto che gli emolumenti sono sempre più sottili. Ci sono ad esempio regioni come la Lombardia e in particolare Milano dove da un anno i medici vedono una contrazione oborto collo delle loro entrate mensili dai 200 ai 400 euro trattenute d'ufficio per le quote dei pazienti deceduti con un totale che va dai 2000 ai 4000 e più euro per il 2007.

L'opinione del Congresso è stata che non si può più lavorare con spese che arrivano al 50% e che conseguentemente abbattano gli introiti di metà o più. Occorre una decisa azione che rivaluti ciò che spetta al medico in quanto professionista, chiudendo fughe in avanti come quelle proposte da qualcuno riguardanti la dipendenza che si potrebbe attuare subdolamente attraverso organizzazioni di lavoro come UTAP, UMG o case della salute. SNAMI ha sempre dimostrato la sua contrarietà a forme obbligate di lavoro. In zone dove queste organizzazioni sono

possibili, possono essere anche sperimentate, ma con la libera volontà del medico e, ripetiamo, ove possa essere l'unica forma di lavoro possibile. Ricordiamo che UTAP, UMG, GCP o case della salute snaturano il rapporto medico-paziente creando un “qualcos'altro” che non è il modello di medicina che SNAMI propugna da sempre.

Una domanda ricorrente dei congressisti è stata se è giusto che un medico che lavora in una regione debba avere più o meno risorse rispetto al collega che lavora magari nella regione accanto con discrepanze che si riversano anche sulle risorse garantite al cittadino-paziente.

La burocrazia: questo mostro che uccide la clinica e la medicina di famiglia deve essere in qualche modo ridotta ai minimi termini. Ormai, si è detto al



Momenti del Congresso di Bologna



ultim'ora

congresso, il tempo per visitare è ridotto al minimo perchè i MMG si devono aggirare nel percorso ad ostacoli costituito da note AIFA, piani terapeutici, prescrizioni off label, costi di farmaci ed esami diagnostici e quant'altro. Il costo dei farmaci appunto: da rigettare i premi che le ASL riservano a chi risparmia, atto che può configurare quasi un "comparaggio di stato". I colleghi interessati a questa forma di "premio" hanno deciso di devolvere quanto promesso dalle ASL in ONLUS a sfondo sociale. È inoltre affiorato che l'analisi del costo e del risparmio farmaceutico è assolutamente disgiunta dalla qualità dell'opera del medico, ovvero: "tu risparmi e basta, non ci interessa se lavori bene o male, basta che risparmi".

È stato toccato il tema della continuità dell'assistenza, inerente ai codici bianchi o prestazioni non a carattere d'urgenza. SNAMI ha proposto il Progetto ME.DI.CO. (medicina distrettuale di continuità) che pone implicazioni di lavoro e riqualificazione per i colleghi di continuità assistenziale, immettendoli a pieno titolo nella collaborazione con i MMG.

Il Congresso si è concluso con una tavola rotonda, moderata da Mauro Miserendino, Giornalista di "Corriere Medico" che ha tratto le conclusioni della giornata e ha lanciato le proposte per il nuovo ACN: una grande base contrattuale nazionale identica per tutte le regioni con contratti integrativi locali che devono essere percentualmente minori rispetto al quantum generale nazionale. ■

Lo SNAMI si arricchisce di due nuove sezioni: Gorizia e Monza

La sezione di Gorizia guidata dal presidente Alberto Governa si avvia a rappresentare non solo in regione, ma in tutta la nazione un esempio di attività ed organizzazione.

L'esecutivo della sezione di Gorizia è così composto:

- Presidente: Dott. Alberto Governa
- Vice Presidente: Dott. Fabio Visintin
- Tesoriere: Dott. Alessandro Godeas
- Segretario: Dott. Franco Monti
- Addetto Stampa: Dott. Claudio Lautieri



Alberto Governa e Mauro Martini



La neo sezione di Monza e Brianza è nata dalla creazione della nuova provincia. A seguito dell'assemblea elettiva del sei novembre scorso sono stati eletti i consiglieri:

- Dott. Casazza Raffaele, Dott. Grezzi Sergio, Dott. Monguzzi Alberto, Dott. Natelli Antonio, Dott. Nobili Giancarlo, Dott. Ponti Edoardo, Dott. Sileo Vito, Dott. Vaiano Francesco.
- Revisori dei conti: Dott. Brambilla Giorgio, Dott. Costa Angeli, Dott. Marcello Grendele.
- Supplente: Dott. Manzoni Luigi Maria.

Il consiglio ha nominato l'esecutivo provinciale che così risulta:

- Presidente: Dott. Sergio Grezzi
- Vice Presidente: Dott. Alberto Monguzzi
- Segretario Organizzativo: Dott. Giancarlo Nobili
- Tesoriere: Dott. Ponti Edoardo
- Addetto stampa: Dott. Casazza Raffaele



Il Duomo di Monza



l'intervista

di Stefano Nobili

Intervista a Carlo Altamura

La patologia psichiatrica nei medici



*Professor A. Carlo Altamura
Cattedra di Psichiatria
Università degli Studi di Milano*

Professore Altamura ovviamente anche i medici si ammalano, vi sono patologie correlate a sollecitazioni psico fisiche in relazione alle attività proprie del medico?

È piuttosto tautologico affermare che la figura del medico, così come qualunque altra figura professionale, possa sviluppare patologie cardiache, oncologiche, neurologiche e psichiatriche. Tuttavia, in relazione a quest'ultima categoria di disturbi il discorso è in qualche misura più complesso e occorre fare qualche riflessione in più. Il concetto di fattori di rischio e fattori associati ad una determinata patologia - peraltro non completamente sovrapponibile - è di uso ampiamente frequente in ambito medico, ed è a tutti noto come ad esempio il fumo di sigaretta rappresenti un chiaro fattore di rischio per lo sviluppo di neoplasie, patologie coronariche, etc. Nella clinica psichiatrica, è altrettanto noto come la presenza di eventi vitali (*life events*, lutti, eventi di perdita/separazione, etc) e di stressors ambientali a livello familiare e socio-lavorativo siano tutti elementi in grado di slatentizzare reazioni comportamentali anomale e, in alcuni soggetti con una maggiore vulnerabilità su base genetico-familiare, la presenza di patologie psichiatriche vere e proprie.

Nella professione medica, e in alcuni campi più che in altri, si è frequentemente esposti ad eventi di forte carica emozionale. A ciò si aggiunga un altro elemento che è quello legato allo stress non solo su base emotiva ma, soprattutto, derivante dai ritmi lavorativi comprendenti tur-

nazioni e prestazioni, capaci di alterare episodicamente il riposo notturno e i ritmi biologici di molti medici. Questi elementi combinati ad una particolare vulnerabilità individuale che si esprime attraverso substrati genetici e biologici (disturbi psichiatrici nei familiari, temperamenti affettivi e i già citati eventi vitali) fanno del medico una figura professionale a rischio per lo sviluppo di patologie psichiatriche.

Professore, è di uso comune parlare di sindrome da Burnout, cos'è?

Si è parlato molto negli ultimi anni di "Sindrome da Burnout" per indicare l'esito patologico di un processo stressante che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto e che sono soggette ad una duplice fonte di stress: il loro stress personale e quello della persona aiutata. Caratteristici del Burnout sarebbero l'esaurimento emozionale, la depersonalizzazione, un atteggiamento spesso improntato al cinismo e un sentimento di ridotta realizzazione personale. Una specifica scala di valutazione - Maslach Burnout Inventory (MBI), dal nome della psichiatra americana che negli anni 70 è stata tra i primi studiosi ad interessarsi al fenomeno - è in grado di misurare accuratamente questi aspetti. Un recentissimo lavoro francese (Embriaco et al., 2007) ha utilizzato l'MBI per valutare la prevalenza di Burnout all'interno del personale medico e infermieristico delle unità di terapia intensiva e pronto soccorso, fornendo stime intorno al 50%, valore questo impressionante. Esistono, peraltro, tutta una serie di recenti studi internazionali che hanno valutato la prevalenza di burnout all'interno di specifiche popolazioni mediche quali gli oncologi (Liakopoulou et al., 2007), gli anestesisti (Kuczkowski et al., 2007), i medici generali



l'intervista

(Anaya Aceves et al., 2006), gli stessi specializzandi (Prins et al., 2007) etc., sottolineando la presenza tutt'altro rara del fenomeno.

In Italia il fenomeno esiste? Qual è il rapporto con gli altri stati occidentali?

È ovvio che le conseguenze legate al Burnout siano ampie e particolarmente delicate non solo per lo stato di salute del medico stesso ma anche per l'efficienza delle sue prestazioni e, in ultima analisi, per la salute dell'assistito. Il fenomeno è ovviamente presente anche in Italia ed è stato oggetto di una lunga serie di pubblicazioni e monografie negli anni '90. Non esistono stime recentemente aggiornate del fenomeno nel nostro paese, ma è verosimile che queste siano in linea con gli altri paesi europei e del nord america, e che pertanto anche in Italia, il fenomeno sia in crescita e sia, tuttavia, poco studiato e sottostimato. È comunque fortemente auspicabile lo sviluppo di programmi d'indagine capillare del fenomeno, di prevenzione e d'intervento che possano aiutare a controllare e a ridurre i sintomi del Burnout.

Ma solo il Burnout è fenomeno psichiatrico nei medici?

Il Burnout non è l'unica sindrome psichiatrica nei confronti della quale i medici possono presentare un maggior rischio. Le patologie depressive, unipolari e bipolari, i disturbi d'ansia e i disturbi dell'adattamento rappresentano entità cliniche frequentemente riscontrate nella pratica clinica di soggetti che esercitano professioni d'aiuto. Tali patologie mostrano diverse aree di sovrapposizione in termini sintomatologici con la sindrome da Burnout. Sintomi neurovegetativi che si esprimono a carico del sonno, dell'appetito e della sfera sessuale, sintomi so-

matici localizzati non solo a livello gastrointestinale e percepibili in forma di parestesie o dolore vero e proprio e, infine, sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione possono essere variabilmente presenti sia nei disturbi con sindromi ansioso-depressive che nel Burnout vero e proprio.

Strettamente connesso alla patologia depressiva, in particolar modo quando quest'ultima è sottostimata o maltrattata, è il problema delle condotte suicidarie che nella popolazione medica presenterebbe una prevalenza maggiore rispetto a popolazioni di controllo secondo recenti studi internazionali (Hem et al., 2000; Gyorffy et al., 2005).

Non certo trascurabile è il problema dell'uso di sostanze, categoria eterogenea all'interno della quale possiamo per semplicità ricomprendere non solo l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti, ma anche di farmaci quali le benzodiazepine e gli antidolorifici e, infine, l'alcolismo. Tali comportamenti anomali, tutt'altro che infrequenti nella popolazione medica, rappresenterebbero una delle conseguenze del forte stress emozionale e lavorativo cui i medici sono quotidianamente esposti, nonché un meccanismo aberrante volto a compensare e limitare temporaneamente il problema (Mavroforou et al., 2006).

Indipendentemente dal tipo specifico di diagnosi, occorre sottolineare l'importanza di un riconoscimento precoce della sintomatologia ai fini prognostici. Esistono ormai diversi studi che indicano come ad una maggior durata di malattia non trattata corrisponda un peggior decorso nel medio-lungo termine inteso come una minor risposta al trattamento farmacologico, una maggior probabilità di sviluppare altri disturbi psichiatrici in comorbidità, un maggior numero di ricadute, ospedalizzazioni etc. Mentre questi studi avevano inizialmente fornito indicazioni di questo tipo esclusivamente in disturbi psicotici quali la Schizofrenia, recentemente risultati analoghi sono stati ottenuti anche nel Disturbo Depressivo Maggiore (Altamura et al., 2007) e in disturbi d'ansia quali il Disturbo di Panico (Altamura et al., 2005).

l'intervista

Possiamo dire che il problema da noi in Italia è sottostimato e sottostudiato?

Quello della patologia psichiatrica nei medici è pertanto un problema reale e di non trascurabile entità che necessita di essere affrontato sia in termini di prevenzione sia di diagnosi e trattamento precoce analogamente a quanto avviene in altri disturbi psichiatrici e non a livello della popolazione generale. In tale ambito, il medico, con alcune discipline potenzialmente più a rischio di altre, rappresenta un soggetto esposto a eventi stressanti di ti-

po lavorativo ed emozionale di cui non devono essere trascurate le possibili conseguenze di un'esposizione continua e protratta.

Occorre indubbiamente approfondire la reale prevalenza del fenomeno nel nostro paese - non disponiamo allo stato attuale di stime aggiornate e affidabili - e all'interno delle aree potenzialmente più a rischio al fine di garantire, con la messa in opera di specifici programmi di prevenzione, diagnosi e trattamento, la sicurezza non solo del medico ma dell'insieme di pazienti da lui assistito. ■

Bibliografia

- Altamura AC, Santini A, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor? *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2005;1:345-347.
- Altamura AC, Dell'osso B, Mundo E, Dell'osso L. Duration of untreated illness in major depressive disorder: a naturalistic study. *Int J Clin Pract.* 2007 Oct;61(10):1697-1700.
- Anaya Aceves JL, Ortiz García AC, Panduro Vargas DR, Ramírez Rodríguez G. Burnout syndrome in family doctors and physician assistants *Aten Primaria* 2006 (38)8:467-8.
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care.* 2007 Oct;13(5):482-8.
- Gyorffy Z, Adám S, Csoboth C, Kopp M. The prevalence of suicide ideas and their psychosocial backgrounds among physicians. *Psychiatr Hung.* 2005;20(5):370-9.
- Hem E, Grnvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample *Eur Psychiatry.* 2000;15(3):183-9.
- Kuczkowski KM. Sleepless in the operating theater: chronic fatigue and burnout in anesthesia. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2007;54(2):133.
- Liakopoulou M, Panaretaki I, Papadakis V, Katsika A, Sarafidou J, Laskari H, Anastasopoulos I, Vessalas G, Bouhoutsou D, Papaevangelou V, Polychronopoulou S, Haidas S. Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer.* 2007, in press.
- Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Alcohol and drug abuse among doctors. *Med Law.* 2006;25(4):611-25.
- Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ.* 2007;41(8):788-800.