

tiratura
40.000 copie

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.4 anno 6° - ottobre/dicembre 2008

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

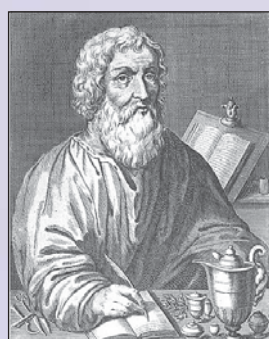
SNAMI

Medici Italiani



Ferruccio de Bortoli
Direttore de **Il Sole 24 Ore**

**Il Ssn è per i cittadini
e contribuenti,
non per chi ci lavora**



Ippocrate da Kos

**Il medico di oggi
è poco sereno**

Rinnovo Convenzione "un attentato alla libertà del medico"

n. 4

ottobre - dicembre 2008

Una risposta completa per la Salute e il Benessere...

ratiopharm è un'azienda farmaceutica che mette a disposizione della collettività una vasta gamma di prodotti di elevata qualità ad un prezzo ragionevole.

ratiopharm



- FARMACI EQUIVALENTI ETICI
- FARMACI DI AUTOMEDICAZIONE
- INTEGRATORI ALIMENTARI

... Efficacia, Sicurezza e Convenienza

ratiopharm



Era mia intenzione offrire grande spazio a chi ha dato dignità scientifica per primo in occidente alla medicina circa 2500 anni addietro. Non me ne vorrà Ippocrate, ma gli avvenimenti che si susseguono ci obbligano a dare maggiore spazio ad argomenti più inerenti la realtà attuale.

Titolo di copertina: Rinnovo della convenzione, un attentato alla dignità del medico.

Da troppi anni il rinnovo della convenzione di medicina generale è un precipizio senza fine.

Ho fatto parte, anche in tempi lontani, della delegazione trattante ed ancora oggi non sono riuscito a capire come mai alcuni sindacati, pur avendo un grande potere contrattuale dettato dai numeri, abbiano ceduto, firmando patti scellerati che hanno roscchiato nel tempo professionalità, dignità e, cosa più grave, il rispetto dei pazienti nei nostri confronti.

Così è stato ammesso (successivamente) da tutti i firmatari della precedente convenzione. Accadrà anche questa volta? Ma sono medici o coccodrilli?

Ma come può dichiarare e scrivere Milillo che è stata salvaguardata la libera professione? Ma ha letto cosa ha firmato? Forse non aveva letto neanche il precedente accordo?

Questo preliminare non porta vantaggi economici addirittura non recupera neanche l'inflazione, si perde la volontarietà della libera professione con obblighi precisi e non modificabili propri della dipendenza; seguendo questa strada, a breve, la figura del medico di famiglia scomparirà, verrà fuori un medico ibrido ed il più delle volte i propri assistiti saranno visti e curati da altri colleghi e gli assistiti perderanno il riferimento del proprio medico.

Questo è rifondare e modernizzare la medicina territoriale?

Distruzione della medicina di famiglia, altro che rifondazione.

Ma continuo a domandarmi, perché?

SNAMI non ha firmato. Ma mi chiedo e Vi chiedo, è giusto rimanere ancora fuori e non svolgere quel giusto controllo sulle regioni che applicheranno questi orrori?

In altra parte del giornale incontriamo Ferruccio de Bortoli direttore del sole 24 ore che arricchisce il nostro giornale con un contributo lucido e preciso degno della sua fama. Continueremo su questa strada, di volta in volta chiederemo a personaggi noti ed autorevoli un pensiero sul mondo sanità.

Riparlano di Ippocrate, così lontano nel tempo, ma così vicino alla realtà, abbiamo pensato di portarlo nelle case o ancor meglio negli studi dei nostri amici lettori. Ci piacerebbe che il Giuramento di Ippocrate, che abbiamo allegato alla rivista, non solo fosse messo in bella mostra, ma venisse spesso riletto ed utilizzato così come aveva previsto il Padre della medicina.

Delle prime copie ne farò personalmente grazioso omaggio a qualche segretario di sindacato.

Il quarto trimestre 2008 di Libertà Medica Snami si chiude con quarantamila copie di tiratura. Non è un traguardo, è una tappa. Esportando le nostre idee, presto, molto presto anche con altri numeri ribalteremo condizioni di lavoro diventate aberranti e spero potrò e potremo dare risposte a tutte le domande che ci stiamo ponendo.

È una promessa!

francesco.pecora@hotmail.it



In copertina: Kefalos (isola di Kos) chiesa greco-ortodossa - foto: frappè

Numero 4/2008

PERIODICO TRIMESTRALE
DI INFORMAZIONE PROFESSIONALE
SCIENTIFICA, GIURIDICA E SINDACALE

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale
Autonomo Medici Italiani
Via Ripamonti, 40 - 20136 Milano
Tel. 02 9738 3440 - 02 58300967
Fax 02 9738 3441

Autorizzazione Tribunale di Milano n.73 del 08.02.03

Direttore Responsabile
Francesco Pecora

Segretaria di redazione
Giovanna Locatelli

Hanno collaborato a questo numero

Diego Beltrutti
Daniela Bernuzzi Bassi
Gianfranco Breccia
Maria Cristina Campanini
Ennio Grassini
Giancarmelo La Manna
Mauro Martini
Giuseppe Messina
Mario Ugo Mirabella
Stefano Nobili
Valerio Nori
Augusto Pagani
Marco Perelli Ercolini
Angelo Testa

Editore

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

© Elsevier Srl 2008

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 Snamì** sono redatti sotto la responsabilità degli autori.

Progetto grafico e impaginazione
Elsevier Srl

Stampa

Grafiche Migliorini
Via Ugo La Malfa, 54
Melzo (Milano)

Finito di stampare nel mese di dicembre

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

Iscrizione al Roc
Registro degli Operatori di Comunicazione
n. 1455 del 14/2/91

Elsevier Srl aderisce all'AIE
Associazione Italiana Editori

Libertà Medica Snamì è realizzato
con il contributo non vincolante di



LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Quasi un anno di trattativa e nessuna certezza 3

TRE DOMANDE

Esercitare la medicina in libertà e indipendenza
di giudizio e di comportamento *Angelo Testa* 6

BACHECA

Libera vetrina a disposizione dei lettori 7

ULTIM'ORA

Ancora una volta costretti a tornare sull'argomento 10

ATTENTI AI LAVORI

Il SSN una conquista di civiltà non esente da insuccessi o veri e propri fallimenti
Intervista a Ferruccio de Bortoli di Francesco Pecora 11

CENTRO STUDI

Aspetti amministrativi-burocratici nella Professione
di Medico di Assistenza Primaria *Gianfranco Breccia* 13

POLEMIZZANDO

È morto il Dott. Desolato Fantozzi, Medico di Base *Augusto Pagani* 15

LA VOCE DEI SETTORI

Alle pari opportunità ci credono le donne? *Maria Cristina Campanini* 19
Ruolo della Continuità Assistenziale *Giancarmelo La Manna* 22

DIRITTO SANITARIO

Il medico specialista e la prova *Ennio Grassini* 23

ARTE MEDICA E SCIENZA

Il medico è il primo riferimento per il paziente,
anche sui farmaci OTC *Mario Ugo Mirabella* 27
La contenzione in geriatria *Valerio Nori* 28
Ricollocazione di talune composizioni a base di ossicodone:
quali opportunità per il medico di famiglia? *Diego Beltrutti* 31

ATTUALITÀ

Necessità del Medico di assicurarsi *Daniela Bernuzzi Bassi* 17
Crisi economica e fisco problemi attuali *Giuseppe Messina* 25
Un pensiero al futuro previdenziale *Marco Perelli Ercolini* 26

LETTI PER VOI

..... 33

L'INTERVISTA

Intervista ad Alessandro Abbotto *Stefano Nobili* 34

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



la pagina del Presidente

Mauro Martini

Un 2008 laborioso e contorto per il rinnovo della Convenzione

Quasi un anno di trattativa e nessuna certezza

Una doverosa cronistoria dei fatti

Si è concluso un lungo anno di trattative e ancora non abbiamo nulla di certo. Per spiegarne le motivazioni devo partire da lontano, con una cronistoria dall'inizio dell'anno, sperando che gli amici che mi leggono non si annoino. Credo sia importante però avere un quadro di cosa sia successo e cosa potrà ancora succedere.

L'INIZIO

Il 12 gennaio 2008 avevo dichiarato a Adnkronos Salute che per rinnovo della convenzione avevamo già atteso troppo tempo senza alcuna voce certa da parte del Comitato di settore e dagli assessori alla Sanità che avevano preso precisi impegni già dal 6 dicembre 2007 con tutti i sindacati di categoria. Nella riunione intersindacale del 23 gennaio 2008 dissi: *“la parte pubblica si aspetti posizioni dure perché i medici convenzionati non sono disposti ad aspettare ancora. Attendiamo un messaggio concreto da parte del Governo e della Sisac e speriamo che giunga in tempo. Siamo disposti ad attuare forme di agitazione congiunte che potrebbero portare a forme di protesta prolungate”*.

Ci sono state le elezioni, il cambio di governo, la sparizione del ministero della salute con l'introduzione di un ministero del welfare e la presenza di sottosegretari alla salute (tra l'altro sottolineo l'ottimo rapporto personale in special modo con il Prof. Ferruccio Fazio).

A distanza di 12 mesi sembra di essere in un'empasse intollerabile.

STATO DI AGITAZIONE

Il 31 gennaio abbiamo proclamato lo stato di agitazione perchè il governo non faceva il suo dovere, ovvero firmare l'atto di indirizzo, cosa fattibile anche con la crisi politica, proposto dal comitato di settore.

INTERSINDACALE

Il 21 febbraio visto il fallimento della procedura di conciliazione al Ministero del Lavoro si è riunita l'intersindacale nella nostra sede nazionale SNAMI di Milano dove è uscita la volontà di presentare un atto di indirizzo comune, una specie di fai da te, da presentare il 18 marzo. Con grande segno di responsabilità visto il momento politico di transizione, ci si è astenuti da scioperi e manifestazioni. Il 25 febbraio l'ex ministro Livia Turco aveva di-

chiarato che “È impegno del Governo l'avvio delle trattative per il rinnovo della convenzione della medicina territoriale che riguarda circa 80 mila camici bianchi tra medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali. Il ritardo per l'approvazione dell'atto di indirizzo, necessario all'avvio delle trattative, sarà infatti colmato”. Il ministro Turco ha investito il presidente Prodi di questo problema con la promessa di colmare il ritardo in questa ultima fase di governo.

PARTE ECONOMICA PRIMA DELLE ELEZIONI?

Alla Turco risposi che sarebbe stato estremamente interessante una rapida chiusura della convenzione della medicina generale solo sulla parte economica prima delle elezioni, adottando lo stesso sistema che l'Aran e i sindacati del comparto stavano applicando. Pagare la maggiorazione del 4,85% sugli anni precedenti a tutti i medici, percentuale già concordata, e ricominciare la trattativa sulla parte normativa successivamente.

Sempre in febbraio, in occasione del Convegno sulle Cure primarie a Bologna, SISAC ventilava trasformazioni



la pagina del Presidente

nel lavoro del medico di famiglia affermando che si voleva proporre un prerequisito per entrare in convenzione ovvero lavorare in gruppo. Precisai subito in quella sede che pur sottolineando la necessità di lavorare in associazione, questo non obbliga a non lavorare più nel proprio studio. È sufficiente mettere in rete i dati come ben previsto dal nostro progetto Me.Di.Co.

Si dunque al lavoro comune ma non tocchiamo il singolo studio, ribadendo la filosofia SNAMI!

BRUTTE NOTIZIE A MARZO

Al Forum Sanità Futura di Cernobbio, il colloquio con Livia Turco è stato negativo. Alle mie parole: "Temiamo che ci siano poche speranze per il rinnovo della convenzione della medicina generale in tempi rapidi" il ministro Turco ha fatto capire che, per sbloccare i fondi destinati al rinnovo della convenzione, in realtà già disponibili, era necessario un decreto congiunto tra maggioranza e opposizione. Purtroppo però mi sembrava un accordo difficile da ottenere in quel momento politico, in cui i contrasti erano più evidenti.

PESCE D'APRILE (POSITIVO)

La firma dell'atto di indirizzo, il primo di aprile 2008, da parte del Consiglio dei Ministri è il punto di inizio, anche se la parte economica e normativa erano tutte da rivedere. È comunque il primo passo per la riammissione a pieno titolo del nostro sindacato ai tavoli delle trattative con lo scopo di presentare il nostro progetto Me.Di.Co (Medicina distrettuale di continuità),

che sarà una chiave di volta per la medicina generale.

LA LUNGA PAUSA: ELEZIONI, CONGRESSO SNAMI

Dopo la lunga pausa per le elezioni e dopo il nostro congresso Nazionale, la riunione dell'intersindacale dei primi di settembre ha portato alla conclusione che il rilancio delle cure primarie "è un'esigenza improcrastinabile" e deve essere avviato "con investimenti a breve e medio termine adeguati". Rinviare questo processo di "cambiamento - si leggeva nel documento dell'intersindacale - significa continuare ad erogare, in strutture di secondo livello, prestazioni ad alto costo in modo inappropriato o, in alternativa, razionare progressivamente e drasticamente le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza, trasferendole a carico dei cittadini". I sindacati della medicina territoriale hanno affidato, dunque, al documento la loro linea. Ho inoltre evidenziato con soddisfazione la presenza nel documento del progetto Me.di.co., messo a punto da SNAMI, tra i modelli erogativi accettati da tutti i sindacati.

Finalmente il 16 luglio la SISAC ci convoca e ufficializza la loro piattaforma: INACCETTABILE.

LA NUOVA RIUNIONE DEL COMITATO DI SETTORE

L'8 ottobre dopo la proclamazione del nostro stato di agitazione, il presidente del Comitato di settore per il comparto sanità della Conferenza delle Regioni, Romano Colozzi, ha nuo-

vamente convocato una seduta del Comitato nella sede della delegazione della Regione Lombardia a Roma e ha modificato accogliendo alcune delle nostre proposte l'atto di indirizzo dando il via ufficiale alla trattativa.

E IL LODO FINI?

Nella riunione del 24 ottobre alla SISAC si è rifatto il punto sulle trattative ma noi abbiamo rilanciato la parte economica proponendo per la medicina territoriale la richiesta del lodo Fini che aggiungerebbe uno 0.9% al 4.8% già pattuito e che è già stato incassato dai colleghi degli altri comparti della sanità italiana.

LA TRATTATIVA NON STOP

Il 30 ottobre dopo una pre-intesa su di un documento condiviso tra sindacati e SISAC c'è stato l'inizio dell'intensificazione delle riunioni. Al centro dei lavori le soluzioni concrete e tecniche per applicare l'aumento previsto al 2006-2007. Uno dei nodi principali è stato quello di definire il monte salari su cui applicare l'aumento. Le difficoltà erano legate sia alle differenze tra le diverse categorie rappresentate (medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali), sia al fatto che si doveva stabilire se calcolare l'aumento sulla quota professionale o tener conto delle integrazioni legate ad accordi regionali. L'augurio era di chiudere sul biennio economico 2006-2007, in una o due sedute anche perché prima si finiva con questa parte, che ormai era una 'coda', prima si cominciava la trattativa vera propria.

la pagina del Presidente

CONTINUA LA TRATTATIVA

13 novembre. Riunione dedicata alla definizione concreta degli impegni già assunti sull'aumento percentuale della retribuzione per il biennio passato, per i medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali e camici bianchi di continuità assistenziale. Per quanto riguarda invece la parte normativa della trattativa la parte pubblica ha presentato proposte orientative, già note, a cui i sindacati hanno deciso di rispondere con un testo dettagliato da discutere prima in un'intersindacale il 18 novembre e da presentare a SISAC nell'incontro del 27 novembre, un incontro no stop per arrivare finalmente alla conclusione. La speranza? Chiudere entro fine mese.

SIAMO IN ALTO MARE!

È ovvio che non si può essere soddisfatti né pensare al meglio se mancano garanzie sulla copertura economica. Il 5 dicembre si è fatto addirittura un passo indietro proprio sulla parte economica.

considerata praticamente risolta. Ci siamo resi conto di essere voce fuori dal coro, ma non potevamo accodarci alle altre sigle sindacali che hanno giudicato invece complessivamente positivo l'incontro con la parte pubblica. L'arretramento della trattativa c'è stato ed è notevole: è stata infatti rimessa in discussione dalla parte pubblica la copertura economica dell'incremento del 4,85%, su cui si era raggiunto anche un impegno scritto. Non ci hanno dato le garanzie sulla copertura. I 184 milioni di euro messi a disposizione dal Governo all'inizio della legislatura per

le convenzioni sono infatti destinati, secondo il ministero dell'Economia, alla ricetta elettronica che consentirà l'invio dei dati di ogni prescrizione ai ministeri competenti, e non per l'incremento della retribuzione. Tutto questo sposta completamente il lavoro fatto fino ad ora. Sembra esserci una volontà politica di risolvere il problema. Ma non abbiamo risposte certe. E comunque non le avremo immediatamente. Per il resto su richiesta SNAMI siamo riusciti a trasformare la richiesta di parte pubblica dell'obbligatorietà delle aggregazioni complesse in una suddivisione tra forme funzionali (legate solo ad una condivisione di intenti di politica sanitaria), dalle aggregazioni erogative complesse (che non debbono essere necessariamente UTAP o UMG ma c'è grande spazio anche per organizzazioni territoriali come il nostro progetto Me.Di.Co.). Ottenendo per queste ultime sia il passaggio obbligatorio dagli accordi regionali sia per quanto riguarda il tipo di organizzazione che per quanto riguarda gli incentivi, sia il totale costo economico a carico delle regioni.

L'Esecutivo nel frattempo, di fronte alle tante incertezze della trattativa, ha deciso di indire un **congresso straordinario a Roma** per il 10 gennaio 2009, per informare gli iscritti e per discutere insieme.

ULTIMA DOCCIA FREDDA

In data 18 dicembre la SISAC presenta l'articolato al Comitato di settore per l'approvazione e per tutta risposta le viene detto che è stato fatto un at-

to di indirizzo integrativo dove viene richiesta l'immediata stesura di un nuovo articolo per la ricetta elettronica.

In data 22 dicembre in una riunione molto accesa si discutono gli ultimi paragrafi legati al progetto tessera sanitaria ricetta elettronica priorità imposta del Ministero dell'Economia che danno al medico l'ennesima obbligatorietà.

CONCLUSIONI

Sicuramente è stata una trattativa atipica che ha partorito una proposta di accordo veramente vergognosa sia per quanto riguarda il ristoro economico sia per quanto riguarda i cambiamenti richiesti.

Firmare? Attendiamo il nostro congresso straordinario del 10 gennaio 2009 che si terrà a Ostia (Roma) per prendere una decisione definitiva. Il congresso straordinario è segno della grande democrazia che sta alla base della politica interna avviata da quando ho l'onore di essere al timone di questo grande sindacato.

Voglio che siano i delegati a deliberare sul loro futuro.

Nonostante la nostra attiva presenza al tavolo delle trattative, sono emerse molte criticità importanti, in parte moderate e in parte restate nel documento finale come le obbligatorietà alle forme associative e al flusso informativo a cui si è aggiunto l'obbligo all'utilizzo della tessera sanitaria e della ricetta elettronica. **Mi meraviglio che cambiamenti così dirompenti a fronte di ristori economici così esigui vengano allegramente accettati dai Responsabili Nazionali degli altri sindacati!** ■



tre domande

di Angelo Testa

**Ippocrate di Kos, medico greco,
considerato il padre della medicina**

Esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento

■ di Angelo Testa

Dopo 2500 anni circa il giuramento, famoso nel mondo, oggi sembra forse più attuale di allora?

Non è un problema di attualità, avete così tanto esasperato le cose, che ciò che appariva naturale allora, oggi non essendovi più l'armonia tra cose e persone tutto sembra più difficile e complicato.

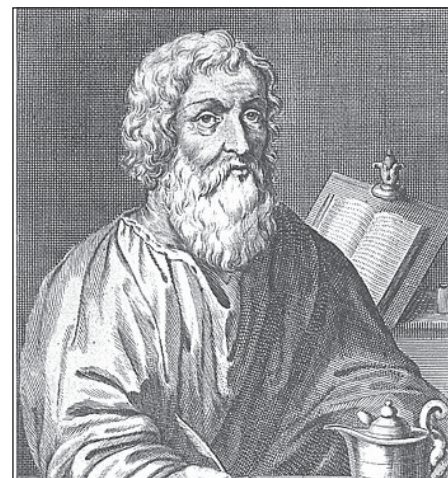
Allora i sistemi di comunicazione, oltre essere utilizzati dagli addetti ai lavori, erano indirizzati e gestiti dagli addetti ai lavori e nessun altro. Oggi siete avvolti in una bolgia incredibile di rumori, nozioni, insomma intorno a voi vi è il Kaos, la confusione. Non vi fermate mai. Il vostro cervello non si riposa mai. Ma con quale serenità potete affrontare i dolori dei vostri pazienti, quando voi stessi avreste bisogno di essere curati.

Cosa vuol dire, che adesso stiamo peggio di prima?

Non fatemi dire cose che non ho detto. La medicina che oggi chiamate sanità in tutti questi secoli ha fatto passi così veloci ed inimmaginabili da apportare un grande beneficio al popolo. Ma il problema non è il popolo, il problema è tutto quello che ruota attorno. Prima, ai miei tempi di medicina se ne occupavano i medici ed i loro discepoli, e di padre in figlio ci trasmettevamo delle regole e delle nozioni che giovassero tanto a noi che ai malati.

A Kos in Grecia dove sono nato sono riuscito costruire in nome del dio Esculapio, il primo ospedale, forse nel mondo. Ancora oggi ve ne sono tracce notevoli. Ma lo costruimmo per i malati.

Oggi fate ancora così? A me non sembra proprio.



Ippocrate di Kos, 460 a.C. - 377 a.C.

Insomma giudizi negativi.

Qualche consiglio per migliorare?

Ma benedetto figliolo, adesso le domande le faccio io. Lo hai letto il mio giuramento? Ma quanti medici in questi 2500 anni si sono soffermati a leggerlo? E di questi quanti hanno messo in pratica quello che vi è scritto? Nel mio giuramento potrai trovare quello che un saggio e qualunque uomo di buonsenso, senza bisogno di regole, mette in pratica nella vita e non solo nell'esercitare l'arte della medicina. Esercitare l'arte medica è un privilegio che gli dei donano. Esercitarla male o addirittura approfittarne è sicuramente una grande offesa alla dignità dell'uomo medico o malato che sia. E scusami se concludo questo breve scambio di idee autocitandomi con l'ultima frase:

“E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro”. ■

bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

Caro direttore,

mi faresti cosa gradita se pubblicassi ciò che ho scritto a difesa di noi medici che continuamente veniamo offesi e vituperati.

- **Giornale di Sicilia del 15/11/08: Assistiti ma morti**
- **Ai medici di Palermo: Ridateci 3,7 milioni**
- **La Repubblica del 15/11/2008: Gli assistiti erano morti da anni. La Ausl ai medici: restituite i soldi**
- **TG3 del 15/11/08: Maxi truffa dei camici bianchi**

*Al Procuratore delle Repubblica di Palermo,
Alla Procura della Corte dei Conti,
Al Presidente dell'Ordine dei Medici,
Al Capo Redattore del Quotidiano la Repubblica
Al Capo Redattore del Giornale di Sicilia*

Dopo la conferenza stampa indetta dal Direttore della Ausl 6, Dott. Iacolino, in data 14/11/08 e nella quale, pur elogiando la “collaborazione dei sindacati di categoria”, ha vantato la risoluzione di questo perpetrato danno economico da parte dei MMG, colpevoli di avere mantenuto negli elenchi, per “distrazione” o per altri motivi, pazienti deceduti, trasferiti o con doppia iscrizione, stamane la nostra “corrotta categoria” è stata data in pasto alla cittadinanza grazie ai ridondanti titoli dei quotidiani nazionali e dei vari TG.

Se il Direttore Generale ha ritenuto opportuno agire in tal senso, avrà avuto le sue motivazioni ma ciò che ne è scaturito, è l'aver gettato discredito e disonore sui MMG, sui quali si è scatenata una bufera che non ha eguali e priva nella maggior parte dei casi di sostanza.

Ebbene questo continuo stillicidio di notizie false e difamanti è diventato intollerabile. Noi non ci stiamo.

Non possiamo assolutamente sopportare queste infamanti accuse manovrate e scatenate da chi ha l'interesse di sviare l'attenzione sui veri responsabili.

Da anni il nostro sindacato, per iscritto ma anche in qualche incontro avuto con il direttore della ASL, ha sem-

pre denunciato le anomalie anagrafiche degli elenchi assistiti ed ha sempre sottolineato la non responsabilità dei medici di medicina generale che materialmente non possono certo operare informaticamente sui propri tabulati, azione esplicata esclusivamente dagli impiegati del centro Anagrafe assistiti dei Distretti e dal CED dell'Assessorato Sanità in collaborazione con l'anagrafe Assistiti del Comune.

Certamente, come in tante altre categorie di lavoratori, esistono poche mele marce, ma ciò non autorizza nessuno a generalizzare, accusando la totalità dei medici di medicina generale.

Le ASL che dovrebbero fornirci mensilmente le variazioni assistiti e semestralmente gli elenchi generali dei pazienti, allo stesso modo hanno l'obbligo di verificare e aggiornare gli elenchi in caso di decesso, trasferimento e doppie iscrizioni di assistiti.

Si rimarca quindi per chiarezza d'intenti che la responsabilità di questa cosiddetta “truffa” è da imputare UNICAMENTE alla inefficienza degli uffici preposti a questo compito e al personale addetto.

La mancanza di collegamento tra l'anagrafe comunale, sanitaria e tributaria deve essere considerata una grave omissione per cui le ASL vanno denunciate per omissione in atti d'ufficio.

I medici a causa delle suddette inadempienze non solo ricevono un grave danno alla loro dignità professionale ma, non potendo rimpiazzare i deceduti con nuovi iscritti, ricevono anche un grave danno economico.

Per non parlare delle decurtazioni selvagge che hanno già subito da parte della Ausl, al di fuori di ogni logica e norma di legge. Ma poi tutti i soldi già decurtati ai MMG dove sono andati a finire?

Quanto affermato naturalmente è supportato dalla normativa vigente (Accordo Collettivo Nazionale) e che riporto di seguito,

- Art. 27 - Revoca e ricsuzione della scelta
- Art. 28 - Revoche d'ufficio
- Art. 29 - Scelta, revoca, ricsuzione: effetti economici
- Art. 30 - Elenchi nominativi e variazioni mensili



bacheca *libera vetrina a disposizione dei lettori*

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca

A questo punto vorremmo chiedere dove sono andati a finire tutti i soldi che la Ausl ha già decurtato a moltissimi medici di medicina generale per le suddette anomalie degli elenchi anagrafici? E i soldi del compenso aggiuntivo non pagato per il quale abbiamo in essere una azione legale con la Ausl? E le quote mai pagate per i cittadini con codice 00? E la mancata corresponsione della indennità per la segretaria? E la minaccia, momentaneamente rientrata, di non pagare l'art. 17 del precedente AIR e ancora non sostituito dall'art. 15, mai attivato ma a suo tempo tanto decantato anche dalle testate dei quotidiani in indirizzo?

Sappiate che il medico di medicina generale, pur sommerso da tanta burocrazia, è l'unica figura che difende il Servizio Sanitario Regionale, le Ausl invece lo stanno distruggendo. Noi medici di medicina generale siamo sempre stati dalla parte del cittadino con la umiltà e la professionalità che ci ha sempre contraddistinto.

Dott. Natale Tarantino

Presidente provinciale Palermo

Dott. Giovanni Genovese

Segretario Organizzativo Provinciale Palermo

Palermo, 15 novembre 2008



Questa è una piccola parte di quello che è stato inviato dai nostri quadri alle varie redazioni della stampa nazionale e locale.

ASSISTITI FANTASMA LETTERA AL QUOTIDIANO "LIBERO"

Egregio Direttore,

capisco che gli articoli di giornale debbano richiamare l'attenzione dei lettori ma, mi consenta, "curavano intensamente i morti", di domenica 16 novembre, dipinge i medici di famiglia siciliani come una banda di truffatori. Premesso che allorché stanno per concludersi i rinnovi del contratto di convenzione tra il SSN e i Medici di famiglia (sempre in ritardo inaccettabile) spunta ogni volta un qualche cosa per gettare fango sulla categoria, vorrei far presente che nessun generalista "cura" i morti.

Come riporta giustamente "Libero" il Medico di famiglia riceve una quota forfettaria LORDA di €38 all'anno per ogni paziente (Il SSN con la cifra di 1 brioche + 1 cappuccino al mese permette al paziente di recarsi dal proprio medico gratis tutte le volte che lo desidera, spesso senza alcu-

na reale necessità). La tenuta dell'anagrafe dei pazienti spetta alle USL che informano periodicamente il Medico dei pazienti deceduti, dei nuovi pazienti e di quelli che hanno ricusato il medico stesso. Il curante, anche volendo, ma non ha materialmente né il tempo né la possibilità, vedendo mediamente tra i 40 e i 50 pazienti al giorno, non può assolutamente intervenire sul "cervellone" USL; i morti "curati" fanno notizia, ma le migliaia e migliaia di pazienti, regolarmente assistiti dai medici e **non pagati dalle USL non fanno notizia** (e questa sì che è truffa, rimanendo in tasca alle USL soldi spettanti ai Medici!)

Riassumendo: non sono i medici siciliani (ma pazienti "fantasma", in modo più o meno eclatante, vi sono in tutta Italia) ad essere "truffatori" ma è qualcuno, nelle anagrafi comunali o nelle USL, che è "fannullone" e non fa per nulla il proprio semplice lavoro, che consiste nel togliere dal SSN chi è passato a miglior vita. Rimarrò lo stesso Suo affezionato lettore.

Distinti Saluti

Il Presidente del Sindacato Naz. Autonomo
Medici Italiani dell'Emilia-Romagna
Francesco Biavati - Bologna, 16 novembre 2008



bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

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

Caro Pecora,
ti invio quanto ho trasmesso alla redazione di canale 5 Mediaset con preghiera di pubblicazione.
 redazione5@mediaset.it

INTOLLERABILE STILICIDIO CHE DETURPA L'IMMAGINE DEI MEDICI

È intollerabile questo stilicidio continuo di notizie difamanti che deturpano l'immagine dei colleghi siciliani e non solo! Le ASL elaborano l'elenco delle scelte effettuate dei cittadini-utenti ed allo stesso modo hanno l'obbligo di sorvegliare sull'elenco delle cancellazioni (d'ufficio) per decesso collegandosi in tempo reale con l'anagrafe comunale. La mancanza di collegamento tra anagrafi (comunale-sanitaria-tributaria) deve essere considerata un'omissione e come tale denunciata perché la permanenza dei deceduti negli elenchi dei medici generalisti (di famiglia) provoca un danno professionale, economico, erariale e d'immagine.

Addirittura i Media parlano di truffa come se i medici fossero in grado di intervenire direttamente e premeditadamente sui propri elenchi conservando il carico di deceduti e percepiscono le relative quote. I medici (massimalisti) a causa delle anzidette omissioni, non hanno potuto rimpiazzare i deceduti ed adesso sono costretti a rimborsare le ASL: dopo il danno anche la beffa!

Si pensi, invece (!!!), a quanti assistiti vivi non sono iscritti negli elenchi dei medici convenzionati con il SSN. Sono questi che semmai consentono una truffa a danno dei medici!! Informate i Vs. Lettori sulle procedure di acquisizione delle scelte e sulla tecnologia in possesso delle ASL e dei medici. Appurate le capacità informatiche dei medici e del personale delle ASL. Scoprirete quanto i medici siano "volontari" dell'assistenza sanitaria pubblica. Grazie.

Dr. Antonio Chiodo
 (Presidente SNAMI Puglia)

Ill.mo Direttore,
 ritenendo "Libertà Medica Snami" organo di sicura valenza e vettore della comunicazione precisa verso la classe Medica, penso di fare cosa gradita nel comunicarLe quanto segue: sono un Medico di Base in pensione da un anno, in passato sono stato aiuto chirurgo ospedaliero; per questo ultimo motivo la USL 20 di Verona, con la quale sono stato convenzionato, ha sempre ritenuto di non dover erogare la I.I.S (indennità integrativa speciale) nel trattamento stipendiale mensile.

Per questa controversia io ed altri colleghi veronesi siamo ricorsi al Giudice del Lavoro del Tribunale di Verona ottenendo vittoria. La USL 20 ha fatto ricorso alla Corte d'Appello di Venezia ottenendo il ribaltamento della Sentenza di I° grado con vittoria si spese. Da ultimo il sottoscritto e i Colleghi su accennati hanno proposto ricorso alla Suprema Corte di Cassazione del Lavoro di Roma, che a sua volta ha confermato la sentenza di 2° Grado con compenso di spesa.

Orbene dalla sentenza della Cassazione il sottoscritto è stato condannato a restituire circa €55.000,00 cifra insormontabile per un Medico pensionato con un trattamento economico modesto essendo sempre stato Aiuto ospedaliero a tempo definito e con poche scelte nella Medicina di Base.

Per ultimo anche a volere essere diligenti ed onesti, la restituzione della somma indicata comporterà per me l'azzeramento della pensione per un lungo periodo; pertanto mentre considero di aver lavorato una vita per la USL 20 senza risparmiarmi, penso anche che la stessa USL 20 mi ha tolto il mezzo economico per affrontare il futuro! Che cosa posso fare!

Grazie della accoglienza e distinti saluti.

Maurizio Zimbello Verona



bacheca

libera vetrina a disposizione dei lettori

bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca bacheca **ultim'ora**

Egregio Direttore,

da qualche tempo ricevo puntualmente la rivista Libertà Medica Snamì, devo dirti con molta sincerità di averla trovata non solo molto migliorata nella veste grafica ma anche nei contenuti.

Sono molto belle le copertine. Ti scrivo oltre che per farti i miei complimenti anche perché vorrei fare una denuncia pubblica, sperando che il tuo giornale la raccolga e la amplifichi.

Io non so se succede in tutta la nazione, ma se così fosse, lo spreco di denaro pubblico sarebbe stratosferico. È mai possibile che nessuno si sia accorto e denunciato che insieme ai ricettari del SSN vengano distribuiti a noi medici valanghe di adesivi nel caso volessimo oscurare il nome e l'indirizzo dei pazienti sulle ricette? E regolarmente non utilizzate e quindi distrutte?

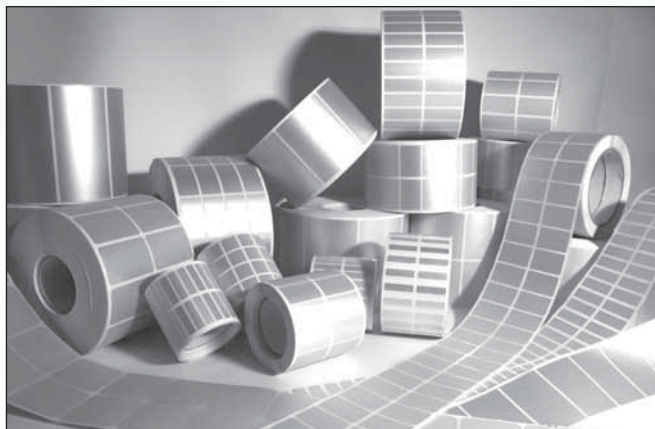
Devo ammettere di non essere un iscritto allo SNAMI e osservando come affrontate con coraggio le situazioni, sto meditando di aderire al tuo sindacato. Spero che lo SNAMI si faccia portavoce di questo ennesimo spreco di risorse. Io non riesco a fare il calcolo ma credo che diversi milioni di euro vengano gettati nella spazzatura arricchendo solo chi produce tali etichette.

Ti ringrazio per lo spazio che vorrai concedermi.

Cari saluti

T.M.

Medico di Famiglia (Siracusa)



Ancora una volta costretti a tornare sull'argomento

Specializzazione 83/91: il vincolo della prescrizione

Ai medici specializzati iscritti per la prima volta nelle scuole di specializzazione negli anni accademici compresi tra gli anni 1983 e 1991 che, a causa della tardiva trasposizione nell'ordinamento interno delle direttive 75/363/Cee e 82/76/Cee, intervenuta solo con il D.Lgs. 257 del 1991, non hanno potuto godere del diritto ad una adeguata remunerazione per il periodo di frequenza della scuola di specializzazione, quale beneficio previsto dalle disposizioni sovranazionali, va riconosciuto il diritto al risarcimento del danno.

Su tale diritto opera comunque la prescrizione quinquennale eccepita dall'Avvocatura dello Stato fin dalla costituzione in primo grado laddove ha affermato che "l'azione di responsabilità extracontrattuale è infatti soggetta al termine di prescrizione quinquennale e il dies a quo coincide con il momento in cui il fatto dannoso si è prodotto".

Avv. Ennio Grassini



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

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



attenti ai lavori

Il sensazionalismo in sanità non è buona informazione e non è nell'interesse dei lettori

Il SSN una conquista di civiltà non esente da insuccessi o veri e propri fallimenti

La politica deve fare senz'altro non uno, ma cento passi indietro dalla gestione della Sanità

■ *intervista a Ferruccio de Bortoli di Francesco Pecora*

Il Servizio sanitario nazionale è una struttura creata per prevenire e curare la popolazione. Purtroppo con il passare degli anni è diventato una macchina per fare soldi. Secondo lei l'ago della bilancia da quale lato pende?

E perché?

Il Servizio sanitario nazionale ha rappresentato una conquista di civiltà per l'Italia. Non bisogna dimenticare, infatti, la situazione dell'assistenza sanitaria prima del 1978, anno di istituzione del Ssn. Va da sé che, purtroppo, le conquiste portano anche insuccessi, talvolta veri e propri fallimenti. In questo senso anche il cammino del Servizio sanitario nazionale in questi trent'anni, è costellato di errori, mezzi risultati e anche peggio. Per il nostro welfare, e non solo a causa della crisi finanziaria internazionale in atto, da più parti si chiede da tempo una profonda rivisitazione.

Ricordo che 15 anni fa l'allora presidente del Consiglio, Giuliano Ama-

to, disse che "non è più tempo del tutto a tutti". La frase di Amato, detta in occasione di un'altra gravissima crisi economica e finanziaria, è di stretta attualità: oggi siamo chiamati a una nuova e ancora più severa riflessione. Perché solo usando la cosa pubblica nel migliore dei modi potremo difendere diritti universali e conquiste sociali. Questi diritti e queste conquiste hanno un costo e vanno adattati costantemente al mutato quadro economico e sociale.

L'universalità del diritto alla salute, oltreché un diritto costituzionalmente garantito, è un bene prezioso da difendere nella consapevolezza però che niente è più come prima. Ogni spreco, ogni malversazione non fa altro che erodere volta per volta l'universalità dell'assistenza, o meglio, quanto di universale c'è ancora. Purtroppo anche nell'assistenza sanitaria l'Italia è spaccata, con il Sud e parte delle regioni del centro in gravissima difficoltà.

Questa è la prima sfida che ci aspetta e alla quale è chiamata a risponde-



Ferruccio de Bortoli
Direttore de il Sole - 24 ore

re la politica e chi, al centro come in periferia, amministra la salute e un settore che vale oltre 100 miliardi di risorse pubbliche l'anno. Che fatalmente portano con sé un cocktail di interessi non sempre lecitamente perseguiti.

Connessione politica e sanità: chi ha colpa di questo malefico intreccio? Abbiamo rimedi?

La politica deve fare senz'altro non uno, ma cento passi indietro dalla gestione della Sanità. Una cosa sono le scelte politiche di indirizzo, altro è che i partiti pretendano di gestire la Sanità attraverso persone cooptate: va spezzata definitivamente la catena del clientelismo, a qualsiasi livello. Nella scelta dei primari come dei direttori ge-

attenti ai lavori

nerali manager, se non addirittura fino alla scelta dei vincitori di concorso per portantino. Ma questo è un problema che non riguarda solo la Sanità, bensì l'intera amministrazione della cosa pubblica. E a questo punto ognuno di noi, per la sua parte, deve vigilare costantemente e non stancarsi mai di denunciare fatti e misfatti. I mass media per primi, naturalmente.

Ordine dei medici e Ordini professionali: qual è la sua opinione?

In vista delle elezioni dell'aprile 2008 Il Sole-24 Ore ha lanciato una campagna per la generazione "pro-pro", vale a dire produttori e professionisti, che rappresentano la vera spina dorsale dell'Italia che produce, innova e dà un contributo fondamentale al Paese. Il pianeta "pro-pro" spesso è sottovalutato nelle scelte politiche e frenato da vincoli burocratici e amministrativi, il che rappresenta un vero e proprio spreco di risorse. Intellettuali e finanziarie. Gli ordini hanno il difficile compito di rappresentare le intelligenze del Paese. E finché sono motori del rinnovamento e della tutela degli interessi generali - egli iscritti e degli utenti - sono fondamentali. Se si limitano a difendere gli interessi di bottega rischiano di essere spazzati via in poco tempo. Non è un caso che da anni, come documentano i numerosi articoli del Sole-24 Ore scritti in questi anni, si discuta della riforma degli Ordini: a parole sono tutti d'accordo, ma finora non si è arrivati a un punto di sintesi. Ma senza dubbio occorre fare in fretta prima che sia trop-

po tardi. Onestamente non conosco bene la situazione dell'Ordine dei medici. Conosco bene, purtroppo, i ritardi e le inefficienze dell'Ordine dei giornalisti. Avremmo bisogno di radicali interventi: spero che per i medici la situazione sia migliore.

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

È innegabile che l'informazione, non tutta per fortuna, sia sempre più incline al sensazionalismo, che tende a "sbattere il mostro in prima pagina" sempre e comunque. Non è buona informazione e non è nell'interesse dei lettori.

Nel campo della salute, anzi, potremmo dire che una cattiva notizia (magari falsa, o scorretta o incompleta) uccide due volte. Perché scatena illusioni - è il caso delle presunte scoperte di cure che ci faranno vivere 200 anni - o perché condanna qualcuno anzitempo - ed è il caso degli episodi nei quali si sbatte il medico in prima pagina. Nell'informazione, in fondo, ci sono regole che hanno una forte vicinanza con i valori della professione medica. Regole etiche che si possono sintetizzare in cinque punti:

1. Verità, senza la presunzione di possederla e nel rispetto della buona fede del lettore;
2. Imparzialità, che non esclude domande scomode, ma distingue cronaca da commento;

3. Libertà: l'indipendenza si tutela se si è liberi, ma anche se non si è scorretti;
4. Umanità: il rispetto della persona, i cui diritti soggettivi a volte prevalgono, in assenza di ruoli pubblici, su quelli di critica e di cronaca;
5. Responsabilità, etica della funzione e coscienza del ruolo pubblico della professione.

Ecco, compito dei media è approfondire accuratamente e ostinatamente, restando sempre sopra gli interessi in gioco. E compito di chi gestisce la nostra salute, medici o manager, è di essere sempre trasparente e disponibile al massimo confronto, nella consapevolezza che uno dei mali peggiori della nostra sanità è l'auto-referenzialità: il Ssn è per i cittadini (e contribuenti), non per chi ci lavora.

Conosce il suo medico di famiglia? Cosa pensa della categoria?

Ho un ricordo molto bello dei medici condotti, che un po' erano amici di famiglia, confessori e psicologi. Conservavano una allure di saggezza e pragmaticità che li rendeva unici, interpreti di un sentimento popolare aperto e laico. Conosco ovviamente anche il medico di famiglia attuale, il dottor Fasul, grande competenza e grande pazienza, specie con gli anziani, spesso non autosufficienti, a volte incredibilmente bizzosi. Il medico di famiglia è un mediatore, cura anche quella sottile malattia che sconfina nelle grandi città con la depressione e la perdita di fiducia nel futuro. Ecco perché è ancora più prezioso... ■



centro studi

Gianfranco Breccia

Sondaggio

Aspetti amministrativi-burocratici nella professione di Medico di Assistenza Primaria

■ *Gianfranco Breccia*
Responsabile Centro Studi Nazionale

A partire dal mese di giugno del 2008 si è proposto un sondaggio per rilevare come venivano percepiti dai Medici di Assistenza Primaria gli aspetti amministrativi-burocratici della professione.

Si è deciso di coinvolgere varie sezioni provinciali, in modo da ottenere un quadro complessivo della situazione italiana, per sensibilizzare gli iscritti e non a rispondere al sondaggio.

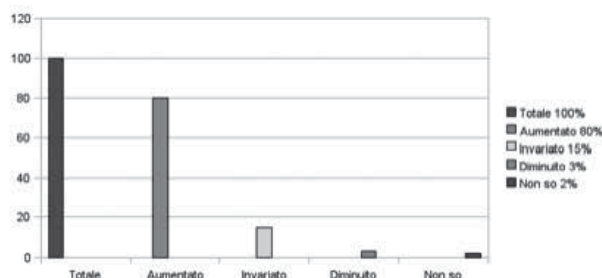
I colleghi sono stati contattati telefonicamente e/o tramite invio di email con preghiera di risposta.

Circa 5.000 medici, precisamente 4.889 hanno risposto al questionario.

Il quadro complessivo, che se ne ricava, è che le incombenze amministrative-burocratiche sono percepite come aumentate nel tempo, non indispensabili nella pratica medica quotidiana anche alla luce dell'eccessivo carico burocratico e del tempo sottratto all'attività clinica e che un miglioramento di tale quadro sembra essere una possibilità che non trova riscontro nella maggioranza dei Medici contattati. ■

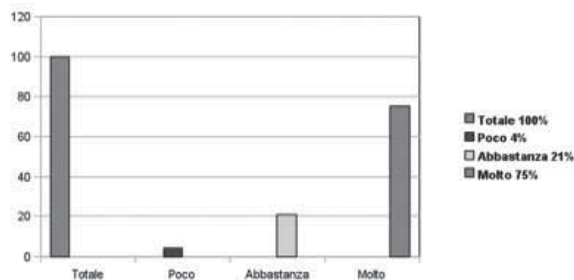
1. Ti sembra che negli ultimi 10 anni il carico burocratico nella professione sia:

- aumentato 80%
- invariato 15%
- diminuito 3%
- non so 2%



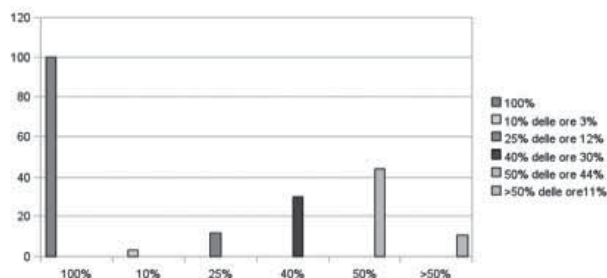
2. Quanto incidono gli aspetti amministrativi-burocratici nella tua attività professionale quotidiana?

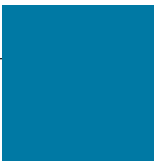
- poco 4%
- abbastanza 21%
- molto 75%



3. Quale percentuale di tempo professionale devi dedicare a tale incombenza?

- 10% 3%
- 25% 12%
- 40% 30%
- 50% 44%
- >50% 11%

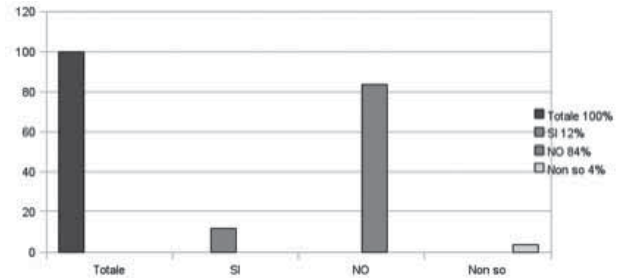




centro studi

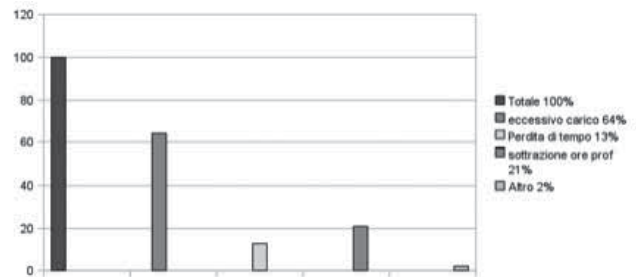
4. Ritieni che tale compito sia indispensabile per svolgere la professione di Medico di Medicina Generale?

- sì 12%
- no 84%
- non so 4%



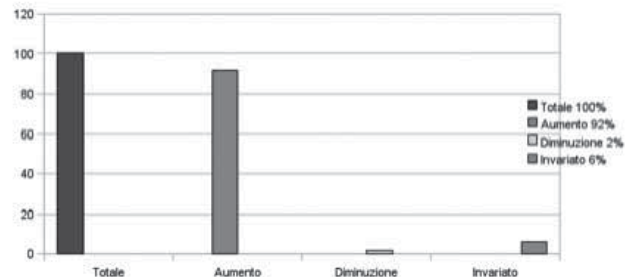
5. Se hai risposto NO alla domanda precedente, indica una delle seguenti motivazioni:

- eccessivo carico burocratico 64%
- perdita di tempo 13%
- impegno che deruba ore e risorse alla assistenza propriamente medica 21%
- altro 2%



6. Ritieni che in futuro il tuo impegno per incombenze amministrative-burocratiche:

- aumenterà 92%
- diminuirà 2%
- rimarrà invariato 6%



Scheda di adesione allo Snami

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

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

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

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

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

Data _____ Timbro e Firma leggibile _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

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

Firma leggibile _____

20136 Milano - Via G. Ripamonti, 40

Tel. 02.583.00.967 - Telefax 02.97.38.34.41

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



polemizzando

Augusto Pagani

Non ha potuto realizzare i suoi sogni

È morto il Dott. Desolato Fantozzi, Medico di Base

Dopo trent'anni di onesta attività professionale convenzionata è stato colpito da un gravissimo attacco di Burn out.

■ *Augusto Pagani*
Presidente Provinciale di Piacenza

Il Dott. Desolato Fantozzi era nato il 31 agosto 1951 a Cacchio, un piccolo paese in provincia di Piacenza, da una famiglia piccolo borghese; aveva frequentato con profitto le scuole e si era laureato in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti, lode e bacio accademico.

La sua famiglia aveva fatto notevoli sacrifici per consentirgli di diventare Dottore, e quel giorno aveva pensato che ne era valsa la pena, perché per il giovane Desolato si prospettava una vita piena di soddisfazioni e di gratificazioni.

Si sbagliava, purtroppo, e di molto. Il Dott. Desolato Fantozzi ebbe infatti la malaugurata idea di dedicarsi alla medicina di famiglia, forse affascinato e condizionato dalla lettura del romanzo "La cittadella" (poi interpretato in TV da Alberto Lupu), dalle gesta del mitico Dott. Kildare ed an-

che, un pochino, da quelle del Dott. Tersilli, medico della Mutua.

Ma arrivò troppo tardi, nel posto sbagliato, solo e indifeso da migliaia di Colleghi, illusi come lui ed affamati come lui.

Non ha potuto realizzare i suoi sogni, ed anzi giorno dopo giorno le sue aspirazioni sono state frustrate, annullate, irrisse.

Ha cercato di guadagnarsi la fiducia e la stima dei suoi pazienti, visitandoli in studio e quando necessario a domicilio, tenendo diligentemente la loro cartella clinica (un tempo cartacea ed oggi informatizzata), prescrivendo loro i farmaci, le consulenze e gli accertamenti necessari, redigendo i certificati di malattia previsti dalla legge.

Qualche volta è stato costretto a rifiutare una visita domiciliare, spiegando però che non poteva andare a cambiare il pannolone alla anziana nonna o a misurare la febbre al bambino (di 25 anni) perché impegnato per visite un pochino più urgenti.

Una volta ha dovuto rifiutare la prescrizione a carico del SSN di un antibiotico per il cane di un suo paziente.

Due volte è stato costretto a negare certificazioni di malattia ad assistiti in ottima salute e tre volte si è rifiutato di attestare una minorazione inesistente.

In tutti questi casi è poi stato revocato dagli assistiti, anche se fino a quel momento li aveva visitati, aveva redatto la cartella clinica e prescritto quanto necessario.

Ogni revoca è stata per lui un dramma, perché non riusciva ad accettare che la correttezza venisse punita.

Riteneva che l'etica e la professionalità venissero prima di tutto, ed era convinto che la sua integrità morale sarebbe stata riconosciuta ed apprezzata.

Ha dovuto prendere atto, negli ultimi anni della sua triste carriera, che non era così.

Nessun elogio e nessun ringraziamento, nessuna attestazione di buona condotta, nessuna solidarietà da par-

polemizzando

te di nessuno (della ASL per non aver prescritto l'antibiotico al cane, dell'INPS per non aver certificato malattie inesistenti, delle Assicurazioni per non aver certificato false minorazioni), ed anzi il suo comportamento determinò un gravissimo danno a suo carico, perché ognuno dei suoi ex pazienti consigliò ad altri di cambiare medico, raccontando che Egli non dava ai suoi assistiti i farmaci e le certificazioni di cui avevano bisogno e diritto. Gli arrivarono 256 revoche.

Il Dott. Desolato Fantozzi ebbe un difficile rapporto anche con i Dirigenti della sua ASL, perché non riuscì mai a comprendere appieno il significato di appropriatezza, di controllo della spesa e di clinical governance. Era convinto che il suo compito fosse quello di curare al meglio i suoi assistiti, offrendo loro i migliori farmaci e servizi che il SSN aveva predisposto e messo a sua disposizione. Non riuscì mai a capire perché non fosse appropriato prescrivere un antibiotico piuttosto che un altro, o una statina piuttosto che un'altra, in base a criteri di farmacoeconomia piuttosto che di efficacia clinica.

E, cosa ancor più grave, non riuscì mai a convincere i Dirigenti della sua ASL che la sua spesa farmaceutica era più alta perché assisteva a domicilio più pazienti di altri colleghi e perché i suoi assistiti erano quasi tutti ultranovantenni.

In realtà era più alta della media del suo Distretto, in linea con quella pesata della ASL ed inferiore a quella

della maggioranza delle altre ASL della Regione, ma questo non conta.

Fu richiamato più volte, e gli furono richieste prove e controprove della sua correttezza professionale. Alla fine fu condannato.

Faceva fatica a sopportare tutto questo il Dott. Desolato Fantozzi, ed il suo umore era progressivamente peggiorato, fino alla depressione.

Aveva letto un articolo che parlava di Burn out, sindrome molto diffusa fra i medici, provocata da situazioni ambientali stressanti, e capì di esserne gravemente affetto.

Ha provato a reagire, invano, fino a quando ieri un informatore scientifico ha inavvertitamente pronunciato il termine *Medico di base*, definizione che il Dott. Desolato Fantozzi aveva sempre odiato ritenendola una sintesi offensiva della sua attività professionale.

Il suo cuore non ha retto, si è accasciato sulla poltrona del suo studio, ieri alle ore 18 e trenta.

Da questo momento non consentirò a nessuno di chiamarmi Medico di base. ■



Dott. Desolato in croce



attualità

Necessità del medico di assicurarsi

Non basta assicurarsi, ma prestare la massima attenzione alla polizza che si sottoscrive

■ Daniela Bernuzzi Bassi



L'assicurazione di responsabilità civile del medico costituisce sempre più un investimento necessario per potere svolgere la professione con la dovuta tranquillità e scongiurare il rischio di incorrere in spese di risarcimento superiori alle proprie possibilità e che vanifichino il faticoso lavoro svolto per anni.

Costituisce infatti un dato statistico innegabile quello relativo all'aumento costante delle richieste risarcitorie avanzate giudizialmente e/o stragiudizialmente contro i medici. Tale aumento è ricollegabile a molteplici cause, tra le quali si annoverano anche atteggiamenti speculativi, non potendosi di certo ragionevolmente sostenere che siano clamorosamente aumentati negli ultimi anni gli errori dei medici, situazione quest'ultima che mal si concilierebbe con la sempre maggiore specializzazione, competenza e professionalità di questi ultimi.

In un tale contesto, anche di sensibilizzazione del paziente, costante-

mente attento a "valutare" con occhio critico l'operato del medico, la stipula di una buona polizza di responsabilità civile professionale, con garanzie trasparenti, chiare ed ampie, costituisce uno scudo del quale non si può fare a meno per tutti i medici.

Non basta tuttavia assicurarsi, ma bisogna assicurarsi prestando la massima attenzione alla polizza che si sottoscrive.

Preliminarmente, rileviamo come occorra esaminare con molta attenzione l'intero testo contrattuale delle polizze che vengono proposte allo scopo di evitare che problemi interpretativi relativi alla concreta estensione della copertura assicurativa insorgano in sede di operatività della polizza, ovvero al momento della denuncia e trattazione del sinistro.

Ogni dubbio, pertanto, va eliminato al momento della sottoscrizione della polizza.

È in tale sede che occorre procedere ad un esame sistematico dell'intero contratto, le cui clausole si interpretano le une a mezzo delle altre, attribuendo a ciascuna il senso che risulta dal complesso dell'atto. Ed in-

vero, la interpretazione di un qualsiasi contratto (e quindi anche del contratto assicurativo) non può essere effettuata se non attraverso i criteri ermeneutici individuati dalle norme di legge. In base ad essi, ogni contratto deve essere interpretato sulla base innanzitutto del dato testuale, considerando ogni singola clausola nella sua interezza, senza tralasciare nessuna parte di essa che potrebbe far trasparire una diversa volontà negoziale.

Laddove pertanto rilevate una contraddizione o anche semplicemente una ambiguità tale da far insorgere un dubbio interpretativo dalla lettura di due o più clausole contenute nella stessa polizza, è necessario approfondire e dirimere la questione.

Così come tutte le volte in cui viene richiesta dall'assicurato una specifica condizione particolare di contratto, ad esempio mediante specifica appendice che deroghi alla condizione generale di contratto, è necessario prestare molta attenzione alla formulazione di detta appendice che deve essere chiara ed univoca dal punto di vista soggettivo, oggettivo e temporale.

attualità

In generale, le problematiche in argomento sono particolarmente evidenti nell'ambito di quei contratti di assicurazione che non sono contratti specifici per i rischi dedotti in polizza. Più precisamente, benché sia ormai innegabile come la struttura del sinistro di responsabilità professionale medica, che lo contraddistingue dagli altri sinistri di responsabilità professionale relativi a diverse categorie di professionisti, imponga uno specifico contenuto alla polizza, sono ancora molte le Compagnie che offrono ai medici polizze contenute in testi contrattuali abbastanza standard, utilizzabili con riferimento a tutti i rischi correlati alla responsabilità civile, senza le specificità tipiche delle polizze redatte con riferimento alle strutture sanitarie ed ai medici che, con diversa specializzazione ed a diverso titolo, operano all'interno di dette strutture.

Le polizze da ultimo menzionate risentono, pertanto, inevitabilmente di detta limitazione la quale si riflette, inevitabilmente, in primo luogo, sull'ampiezza delle garanzie oltre che, poi, sulla certezza delle medesime giacché non è possibile, ex ante, stabilire o escludere che una determinata fattispecie rientri o meno nell'oggetto delle polizze mancando una precisazione, sia pure a titolo esemplificativo e non limitativo, sulle specifiche attività garantite e quindi sull'oggetto della garanzia assicurativa.

Tale incertezza viene poi dissipata solo al momento del verificarsi del sinistro, allorquando il medico/ assicu-

rato si vede eccepire dalla Compagnia la inoperatività della garanzia con specifico riferimento al sinistro denunciato ed è costretto, nel persistere del dubbio, a rivolgersi all'autorità giudiziaria per fare accertare la esistenza e validità della sua copertura assicurativa, facendosi carico di sostenere ulteriori costi, allungando i tempi di liquidazione del sinistro e, ancor

più, sopportando l'alea insita in ogni procedimento giudiziario.

Concludendo: il medico ha necessità di assicurarsi ed ancora più, di assicurarsi bene, esigendo condizioni generali e particolari di contratto chiare, precise, univoche, specifiche con riferimento al rischio assicurato, alla attività in concreto svolta dal medico ed alla sua specializzazione. ■

Insurance Leader 1981 since

MEDICAL DIVISION

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

**NUOVA
POLIZZA
DEL MEDICO 2008**

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

LIBERO PROFESSIONISTA E/O DIPENDENTE

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

NUOVE GARANZIE 2008

- RETROATTIVITÀ ILLIMITATA
- GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA
- FORMULA YOUNG
NEO ISCRITTI DA NON PIÙ DI 3 ANNI ALL'ALBO
- OLTRE A QUELLE GIÀ ESISTENTI**
- TUTELA GIUDIZIARIA ILLIMITATA
PER VERTENZE CIVILI E PENALI
- 2° RISCHIO
- COLPA GRAVE
- CONDUZIONE STUDIO / AMBULATORIO
- RESPONSABILITÀ DI STRUTTURA COMPLESSA
E CAPO DIPARTIMENTO

assita@assita.it
Numero Verde
800-237220

NOVITÀ 2008

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE

MEDICI OSPEDALIERI

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

PREMIO ANNUO INVARIATO per 5 ANNI

RUI
A000012675

20123 MILANO - P.LE BARACCA, 10
TEL. 02 48.00.95.10 (r.a.) FAX 02 48.01.22.95 - 48.18.897
CASSELLA POSTALE 1595 MILANO - CAP. SOC. Euro 120.000 INTERAMENTE VERSATO
REGISTRO IMPRESE MILANO N. 203066 - R.E.A. N. 1066853 - C.F./P.Iva 04937580159

www.assita.com assita@assita.it

Tabella riassuntiva dell'accordo SNAMI-ASSITA



la voce dei settori

Maria Cristina Campanini

Alle pari opportunità ci credono le donne?

È arrivato il momento di abbandonare quel pessimismo che ci porta a non partecipare, non votare, non esporci.

■ *Maria Cristina Campanini*
Coordinatrice Nazionale Snamì Rosa

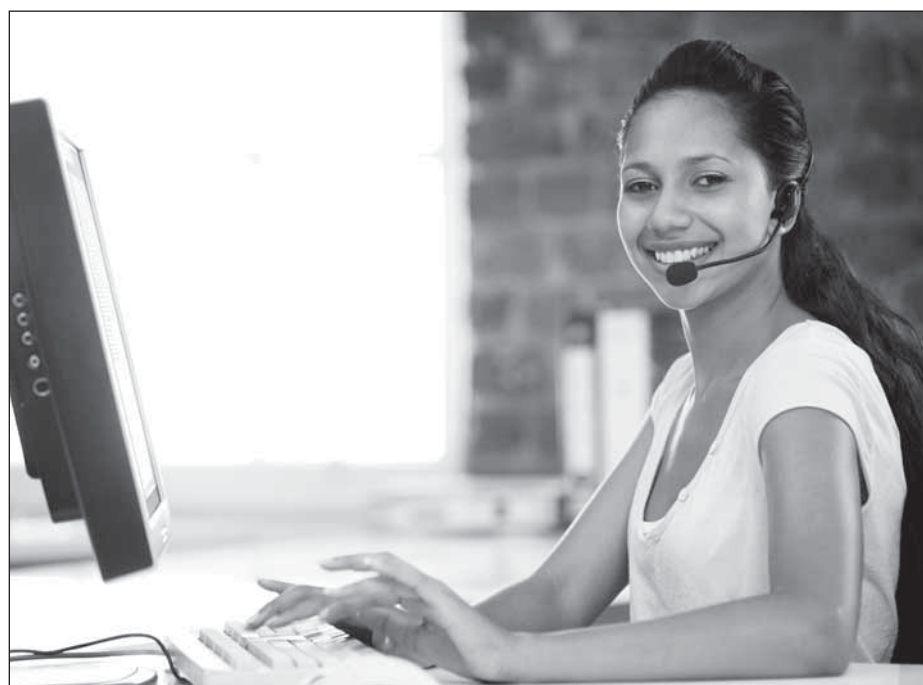
Strategia di Lisbona, Consiglio Europeo di Bruxelles, è il momento delle riforme delle politiche sociali su tutto il territorio nazionale ed europeo per favorire la giusta collocazione e retribuzione femminile nel mondo del lavoro. Da anni la giusta soluzione al problema questi ar-

gomenti rimbalza di Governo in Governo, fino a produrre il programma poliarticolato del 2007, anno europeo della pari opportunità per tutti.

Forse è quel “per tutti” che ci ha un po’ confuso. Dopo i primi dati esaltanti della regione Lombardia, che dichiara con anticipo con orgoglio il raggiungimento in anticipo degli obiettivi proposti dalla Comunità Europea e il proposito di arrivare per il 2010

al tasso di occupazione femminile del 60% (la media nazionale è ancora ferma al 47%), vediamo però che dal 2006 al 2007 un migliaio di lavoratrici lombarde si sono dovute dimettere dal lavoro durante il primo anno di vita del bambino, per scarsità di supporto sociale e per la conseguente impossibile conciliazione del tempo lavoro-famiglia. Purtroppo, sempre nella regione Lombardia, il tasso di disoccupazione femminile nel secondo trimestre 2008 è salito al 4.9% il tasso di disoccupazione femminile rispetto al minor 2.9% maschile.

Le donne studiano di più e sono più brave e da una ricerca condotta dal CNEL nel 2008 risulta che l’effetto sul



“L’assenza delle donne da certi luoghi non squalifica le donne, ma quei luoghi.”

Luisa Muraro
(Montecchio Maggiore, 1940) filosofa

la voce dei settori

salario di un anno di istruzione addizionale è pari a 1,5 % per le donne ed a 1,3 % per gli uomini.

L'istruzione consente dunque alle donne di attenuare solo in minima parte il loro gap retributivo e la differenza salariale attuale per il genere femminile può arrivare fino al 24% in meno nella classe dirigente (dati Banca d'Italia). Si pensi poi che la percentuale di working poors (cioè di quei lavori che non permettono di garantire un sostentamento economico adeguato al proprio mantenimento) è ben del 28% nelle donne contro il 16% negli uomini.

Non so se questo dato possa essere un deterrente per smorzare l'entusiasmo femminile verso il lavoro e le posizioni apicali, ma tant'è che sul territorio nazionale ogni 100 uomini occupati 4 sono dirigenti e 8 quadri mentre su 100 donne occupate troviamo solo 4 quadri e nessun dirigente.

La condizione non migliora anche negli altri punti in cui l'Europa vorrebbe vedere un costante incremento dell'attività femminile, quale ad esempio il mondo della politica.

L'Unione Europea ha delineato una "roadmap per la parità tra uomini e donne 2006-2010" con interessanti linee di azione, tra cui spicca il riequilibrio tra donne e uomini negli organi di Governo.

Ad oggi, i numeri di questo settore sono sconfortanti. Nelle 107 Province italiane, ci sono solo 7 donne con incarico di Presidente, 13 donne vicepresidente e 10 donne presidenti di consiglio.

In Italia le donne sindaco sono 774, per una percentuale pari solo all'8,4% sul totale degli amministratori. L'esigua presenza di donne sindaco è superiore alla media nazionale nell'area nord-est (11,6%), nord-ovest (12%) e centro (9,8%), mentre le isole si attestano sotto la media nazionale (7%); il Sud è fatalino di coda e sfiora appena il 4%.

Meno del 14% è la percentuale di donne che hanno seggio in Senato.

Perfino la commissione educazione servizi infanzia del Comune di Milano, che si potrebbe pensare istituto molto affine alla sensibilità e capacità femminile è costituita solo dal 16% di componenti donna.

Un analogo quadro desolante sui numeri di presenza femminile dobbiamo annoverare nella ricerca, nella carriera universitaria e ospedaliera ed ordinistica.



la voce dei settori

In un mondo medico che tra meno di dieci anni sarà interpretato per l'80% da donne ancora pochissime pensano sia indispensabile che il nostro Governo Professionale veda una partecipazione femminile nei consigli dei propri Ordini che saranno presto obbligati ad affrontare i problemi che la conciliazione dei tempi tra lavoro e famiglia ripercuoterà sull'intero sistema sociale.

L'interesse femminile per le politiche ordinarie è molto bassa: una sola Presidente di Ordine a Gorizia; 5 poi sono i vice-presidenti su oltre 100 Ordini dei Medici sul territorio nazionale. Viene ripetuto ovunque che la sanità si sta femminilizzando sempre più rapidamente, eppure anche alle passate elezioni per il rinnovo delle cariche per l'Ordine dei medici e odontoiatri di Milano e Provincia ha votato meno del 10% delle donne aventi diritto.

Detto ciò tuttavia non manca settimana in cui non venga dedicato spazio dalla stampa e dalle istituzioni ampio spazio a comitati, riunioni, presentazioni di progetti, linee guida, misure attuative, strategie di sostegno, promozioni e interventi programmatici a favore delle donne.

Si producono valanghe di parole, riunioni, e documenti firmati dalle stesse donne ma evidentemente poco "sentiti", forse per sfiducia, per scarsa conoscenza, per atteggiamento rinunciatario o forse perché da troppo tempo le donne sono comunque deluse e disilluse. Ma così non si va da nessuna parte.

Credo che sia arrivato il momento di svegliarci da quel pessimismo che ci porta a non partecipare, non votare, non esporci. Dai dati elaborati dalla FNOMCeO su fonti EUROSTAT e ISTAT risulta che dove è maggiore la presenza delle donne in tutte le istituzioni sociali, professionali e politiche, maggiori sono i sostegni e gli investimenti a favore della donna che lavora e che ha una famiglia. In Francia esistono rimborsi che arrivano fino al 25% delle spese per i servizi all'infanzia; in Germania lo stato versa un bonus di 154 euro a bambino, dalla nascita ai 18 anni di età, mentre ai genitori viene dato un supporto che varia percentualmente allo stipendio con valori da 300 a 1800 euro mensili. In Svezia le madri hanno diritto a 110 euro al mese per ogni figlio e vengono consentiti detrazioni fiscali fino a 5000 euro all'anno. Nei paesi del nord Europa i congedi parentali utilizzati soprattutto dagli uomini, sono ancora dieci volte superiori a quelli utilizzati in Italia (è questo un tipico caso in cui vanno assolutamente sostenute le pari opportunità maschili).

In Italia circa l'1% del Pil è dedicato alle politiche sociali, e molta strada rimane ancora da fare per superare l'attuale copertura nazionale del 10% dei posti disponibili presso gli asili nido per i bambini fino a due anni.

È arrivato davvero il momento di farci coraggio e proporci in tutte quelle sedi dove finora altre persone hanno deciso come risolvere i nostri problemi. Il medico è quel professionista che si occupa della salute umana, la

definizione di salute viene definita dall'OMS "uno stato di benessere completo fisico, psichico e sociale" e non solo assenza di malattia. Solo se orienteremo i nostri sforzi e il nostro impegno e presenza sul territorio verso questo obiettivo riusciremo a proporre le modifiche necessarie a risolvere i problemi femminili di tutti i giorni. Il mancato utilizzo delle nostre capacità e dell'innato spirito organizzativo femminile nel mondo sociale ritarda quella necessità di adattamento che la società odierna richiede per utilizzare al meglio le nostre risorse come lavoratrici e professioniste. ■

*Le parole hanno vita
più lunga dei fatti.*

Pindaro
(Cinoscefales, 518 a.C. ca - Argo, 438 a.C. ca)
poeta greco antico

*“Che cosa sarebbe
l'umanità, signore,
senza la donna?”
“Sarebbe scarsa,
signore, terribilmente
scarsa”.*

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



la voce dei settori

Giancarmelo La Manna

Rinnovo del contratto di MMG

Ruolo della Continuità Assistenziale

È in gioco il futuro del settore vittima di sforbiciate al bilancio

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

Riqualficare e rimotivare i “camici bianchi” italiani della medicina generale e migliorare così il Servizio Sanitario Nazionale e l’assistenza ai cittadini è l’ambizioso obiettivo che lo SNAMI sta cercando di raggiungere in questi giorni nelle trattative nazionali per il rinnovo del contratto di Medicina Generale e trovare così un accordo con al parte pubblica che finalmente soddisfi la categoria. In quest’ottica il settore che dovrebbe essere potenziato, rilanciato e a cui ormai credo debba essere ridata quella dignità professionale troppe volte calpestata è quello della Continuità Assistenziale.

È in gioco il futuro di questo settore che in molte Regioni come ad esempio la Sicilia è ancora massacrato da impetuose e incomprensibili sforbiciate al bilancio e a cui SNAMI si è opposto con tutti i mezzi a sua disposizione, in ultimo con il ricorso al T.A.R di Catania per la sospensione dei provvedimenti di chiusura dei presidi di C.A. che hanno comportato una perdita di centinaia di posti di lavoro con incremento esponenziale della disoccupazione.

Pertanto questi gli obiettivi su cui da qualche anno stiamo lavorando e che desidero qui ricordare e che sono stati ribaditi da SNAMI nella contrattazione di questi giorni:

1. Completamento orario a 38 ore settimanali in attività distrettuali.
2. Stabilizzazione dei medici sostituiti che per inadempienza contrattuale da parte delle Regioni (vedi Sicilia) sono di fatto alla soglia dei 50 anni ancora precari.
3. Eliminazione della quota riservata del 67% dei posti da assegnare ai medici di medicina generale in possesso dell’attestato di formazione, garantendo così ai medici equipollenti il diritto sancito dall’art. 30 del d.lgs n. 368 del 17.08.1999, così come anche stabilito dalle sentenze della terza sezione quater del TAR del Lazio (RM_200801091_SE) e (Tar Lazio sez. III bis n. 7187/05).
4. Riconoscimento del riposo psicofisico, come tutti i lavoratori.
5. Riconoscimento dell’attività usurante.
6. Assicurare un maggior ruolo decisionale dei medici nell’organizzazione e nelle scelte aziendali e nel governo delle attività cliniche, con

maggiori poteri, libertà e responsabilità.

7. Sviluppare iniziative e progetti per l’aggiornamento costante dei medici sulle innovazioni tecnologiche e terapeutiche. Garantire la trasparenza e l’indipendenza dei processi formativi.
8. Migliorare la comunicazione ai cittadini sul ruolo del medico nel servizio pubblico.
9. Valorizzare il rapporto tra medico e paziente e l’etica della professione.
10. Risolvere i problemi sull’attuazione delle normative comunitarie nella formazione complementare in medicina generale.
11. Definire con criteri certi il fabbisogno dei medici che non deve essere subordinato, come lo è invece nella proposta FIMMG, al numero dei medici di A.P. e dei Pediatri convenzionati il cui aumento porterebbe alla scomparsa della zona carente di C.A. e quindi all’esaurimento del settore.

Ancora una volta vigileremo e lotteremo per i nostri medici, per il nostro futuro. ■



diritto sanitario

Ennio Grassini

Il medico specialista e la prova

Profili operativi in ordine alla responsabilità da intervento medico

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

In tema di responsabilità da intervento medico, la responsabilità sia del medico che dell'ente ospedaliero trova titolo nell'inadempimento delle obbligazioni ai sensi dell'art. 1218 c.c. e ss.

Il danneggiato, quindi, è tenuto a provare il contratto e ad allegare la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla dovuta diligenza, mentre al debitore, presunta la colpa, spetta la prova del del fatto impeditivo, provare cioè che l'inesattezza della prestazione dipende da causa a lui non imputabile.

Posto che siamo in presenza di una obbligazione professionale (ex art. 1176 c.c., comma 2, e art. 2236 c.c.), va osservata la diligenza ordinaria del buon professionista, vale a dire la diligenza qualificata quale modello di condotta, che si traduce nell'adeguato sforzo tecnico, con impiego delle energie e dei mezzi normalmente ed obiettivamente necessari od utili, in relazione alla natura dell'attività eser-

citata, volto all'adempimento della prestazione dovuta, nonché ad evitare possibili eventi dannosi.

Il criterio della normalità va valutato con riferimento alla diligenza media richiesta, avuto riguardo alla specifica natura e alle peculiarità dell'attività esercitata; la condotta del medico specialista va, invece, esaminata avendosi riguardo alla peculiare specializzazione e alla necessità di adeguarla alla natura e al livello di pericolosità della prestazione, implicante scrupolosa attenzione e adeguata preparazione professionale, essendogli richiesta la diligenza particolarmente qualificata dalla perizia e dall'impiego di strumenti tecnici adeguati allo standard professionale della sua categoria.

Una diversa misura di perizia è infatti dovuta in relazione alla qualifica professionale del debitore, in relazione ai diversi gradi di specializzazione propri dello specifico settore professionale.

Ai diversi gradi di specializzazione corrispondono in realtà diversi gradi di perizia, dovendo distinguersi tra una diligenza professionale generica e una diligenza professionale variamente qualificata.

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

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

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

E la limitazione della responsabilità professionale del medico ai casi di dolo o colpa grave ex art. 2236 c.c., si applica nelle sole ipotesi che presentano problemi tecnici di particolare difficoltà, in ogni caso attenendo esclusivamente all'imperizia, e non anche all'imprudenza e alla negligenza.

Avuto riguardo al profilo dell'onere della prova, il paziente che agisce in giudizio deve, anche quando deduce l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario. Non anche la colpa del medico e/o della struttura sanitaria e la relativa gravità.

diritto sanitario

Resta a carico del debitore (medico - struttura sanitaria) l'onere di dimostrare che la prestazione è stata eseguita in modo diligente, e che il mancato o inesatto adempimento è dovuto a causa a sè non imputabile, in quanto determinato da impedimento non prevedibile nè prevenibile con la diligenza nel caso dovuta .

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova che rimane a carico del debitore, ma deve essere apprezzata esclusivamente per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa richiesto nella esecuzione della prestazione.

All'art. 2236 c.c. (Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave) non va conseguentemente assegnata rilevanza alcuna ai fini della ripartizione dell'onere probatorio, giacchè incombe in ogni caso al medico dare la prova della particolare difficoltà della prestazione, laddove la norma in questione implica solamente una valutazione della colpa del professionista, in relazione alle circostanze del caso concreto.

Dovendo l'art. 2236 c.c., essere inteso quindi, come contemplante una regola di mera valutazione della condotta diligente del debitore, incombe infatti al medico, in ogni caso di "insuccesso" dell'intervento, dare la prova della particolare difficoltà della pre-

stazione, senza alcuna distinzione - sotto il profilo della ripartizione degli oneri probatori - tra interventi "facili" e "difficili", in quanto l'allocatione del rischio non può essere rimessa alla maggiore o minore difficoltà della prestazione.

In presenza di risultato "anomalo" rispetto al convenuto esito dell'intervento o della cura, che si ha non solo allorquando alla prestazione medica consegue l'aggravamento dello stato morboso o l'insorgenza di nuova patologia ma anche quando l'esito risulta caratterizzato da inalterazione rispetto alla si-

tuazione che l'intervento medico - chirurgico ha appunto reso necessario, e quindi dello scostamento da una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza, il medico e la struttura sono cioè tenuti a dare la prova che esso dipende da fatto ad essi non imputabile, in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta in conformità alla diligenza dovuta, avuto riguardo alle specifiche circostanze del caso concreto.

La assenza di prova, secondo la regola generale ex artt. 1218 e 2697 c.c., determinerà la soccombenza dei suddetti onerati. ■

ONAOSI condannata alla restituzione oltre interessi legali

Secondo il Tribunale di Benevento la Fondazione Onaosi sarebbe tenuta alla restituzione delle somme indebitamente versate a titolo di quota associativa per gli anni dal 2003 al 2006; oltre interessi legali.

Ciò, nel caso concreto, non assumendo rilevanza il recente disposto in base al quale si prevedeva che nelle more della riforma della Fondazione il contributo obbligatorio dovuto da tutti i sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi ordini professionali italiani dei farmacisti, dei medici chirurghi e odontoiatri e dei veterinari sarebbe stato determinato dal consiglio di amministrazione della Fondazione in modo da assicurare l'equilibrio della gestione e la conformità alle finalità statutarie dell'ente rapportandone l'entità, per ciascun interessato, ad una percentuale della retribuzione di base e all'anzianità di servizio.

Avv. Ennio Grassini

attualità

CRISI ECONOMICA E FISCO

PROBLEMI ATTUALI

Un eccesso di debiti con mutui sulla casa senza garanzie, con vendite a rate infinite, specie in alcuni stati è la causa prima della crisi economica con banche ed industrie senza contanti.

I mutui subprime hanno fatto aumentare i prezzi delle case che, in alcuni paesi, sono crollati quando i tassi d'interesse, sono saliti vertiginosamente, e le case sono finite all'asta per far recuperare alle banche una parte dei versamenti fatti. Molti crediti inoltre sono stati impacchettati in titoli fallimentari (derivati) e rivenduti come in una catena di S. Antonio.

Questi avvenimenti hanno interessato anche l'Italia ma, essendo il paese del risparmio, in modo minore.

Nell'ultima campagna elettorale politica avevamo fatto delle richieste sul fisco, che da noi raggiunge tassi elevati:

- abolizione dell'IRAP. Questa imposta si è ridimensionata dal 4,25% al 3,9%. È scomparsa per i contribuenti minimi e per quelli ad attività senza autonoma organizzazione. Ne è prevista la scomparsa completa con il federalismo fiscale che sostituirà il concetto di spesa storica con quello di responsabilità;
- IVA pagata e non recuperabile per il medico ma attualmente deducibile solo come costo;
- Ritenuta d'acconto al 20% , troppo alta per i piccoli contribuenti;
- Pensioni non dovranno essere cumulabili per l'IRPEF con altri redditi; altrimenti si annulla il reddito netto manca lo stimolo produttivo dell'anziano;
- bisogna detassare il lavoro straordinario: anche quello dell'anziano pensionato che, se lavora, lo fa sempre in modo straordinario;
- Rivedere gli studi di settore, inapplicabili al singolo medico.

Per gli studi di settore basati su monitoraggi anticrisi si richiede, con l'arrivo della crisi economica, revisione o sospensione.



Giuseppe Messina

Gli incassi dei professionisti meno di 12,500 euro, possono essere fatti con assegni trasferibili o con denaro contante non necessita più un conto corrente specifico per la professione aumenta il contenzioso specie sulle spese. Queste devono essere veritiere e documentate, realmente a carico del contribuente, sostenute nell'anno fiscale dichiarato, riferite all'attività esercitata e con percentuali previste dalla legge.

Gli accertamenti possono essere analitici (sulla dichiarazione e scritture contabili), induttivi specie se il contribuente non ha presentato la dichiarazione o sono omesse le scritture contabili, con adesione dopo patteggiamento con il contribuente.

Il decreto legge 112 dell'estate 2008 stabilisce un piano straordinario di controllo con il redditometro per gli anni 2009-2011. La legge 413 del 1991 dà potere all'Agenzia delle Entrate di determinare sinteticamente il reddito quando per circostanze di fatto certe, ci si discosta tra quanto dichiarato ed il tenore di vita. Il redditometro viene applicato se lo scostamento supera il 25% in due anni successivi. Il tenore di vita si basa parametri che considerano il possesso di auto, imbarcazioni, aerei, moto sopra 250cc, residenze, cavalli da corsa ed equitazione, assicurazioni varie e l'aiuto di collaboratori familiari.

Il contribuente, chiamato al contraddittorio, può dimostrare che i beni provengono per notevoli possibilità familiari. ■

*Più giro il mondo
e meno mi piace.*

Francesco Petrarca
(Arezzo, 20 luglio 1304 - Arquà, 19 luglio 1374)
scrittore, poeta e umanista

UN PENSIERO AL FUTURO PREVIDENZIALE

Il turbine dei mercati economico-finanziari non rompe più di tanto i vasi di coccio della previdenza obbligatoria, già abbastanza martoriata dalle varie riforme; ha certamente influenza, invece, sui fondi pensione agganciati ai mercati finanziari.

Allo stato attuale una cosa è però certa: le future pensioni a stento garantiranno appena la sopravvivenza.

Se le pensioni della dipendenza avranno un indice di sostituzione (rapporto tra ultimo stipendio col massimo dell'anzianità contributiva/primo rateo di pensione) sotto il 50%, anche i trattamenti ENPAM dei Medici di famiglia non brilleranno. Infatti un accesso tardivo nella convenzione, un massimale (numero massimo di assistiti) difficilmente raggiunto, dei contributi rivalutati annualmente ad un indice ISTAT molto contenuto e certamente sottostimato rispetto alla reale svalutazione monetaria ed alcune riforme che hanno limitato i benefici per chi continua la convenzione oltre il 65esimo anno, nonché qualche altra piccola limatura dovuta ai calcoli attuariali per gli aumenti delle speranze di vita (innalzamento della vita mediamente di tre mesi ogni anno che passa) comportano trattamenti molto contenuti rispetto alle pensioni del passato.

Ecco dunque la crescente necessità, peraltro già attuata con precedenti contratti, di innalzare le aliquote di contribuzione: anche con questo contratto è in discussione l'aumento dal 15 al 18 per cento delle trattenute globali su tutte le voci della busta paga, divise in pro quota tra medico e Asl, che comporterà ovviamente ad una revisione migliorativa della aliquota di rendimento per il calcolo del trattamento economico, logicamente partendo dalla data della modifica.

È stata fatta anche una campagna, molto appetita da diversi colleghi, sulle possibilità ai riscatti di laurea e del periodo militare nonché quelle di allineamento contributivo. Il vantaggio deriva dalla totale deducibilità fiscale che comporta un abbattimento del reddito imponibile col recupero quindi delle somme in relazione alla specifica aliquota marginale.

Mentre il riscatto di laurea e del periodo militare aumentano l'anzianità contributiva, conseguentemente incidendo con maggiorazioni nel calcolo del trattamento economico (un aumento dell'anzianità contributiva potrebbe interessare inoltre a coloro che vogliono accedere alla pensione prima dell'età pensionabile per raggiungere i 35 anni richiesti), il riscatto di allineamento aumenta invece il montante su cui calcolare la pensione. Certamente il primo, potendo operare una scelta, è più vantaggioso.

Sempre nell'ottica di aumentare la rendita pensionistica si parla anche di poter operare, mediante opzione volontaria, per una maggiorazione contributiva con aumento di 5 punti sull'aliquota, come avviene già per gli iscritti di altre casse di previdenza: il medico può scegliere la linea della contribuzione al 18 per cento oppure optare per quella al 23 per cento ovviamente con miglioramenti di pensione in proporzione alla maggiore aliquota contributiva. È tutto in fieri, però le parti sembrano ben disposte.

Da ultimo in sede ENPAM si parla anche di togliere i tagli sull'indice ISTAT per il calcolo della perequazione automatica annuale dei trattamenti di pensione cioè di operare una rivalutazione piena delle somme di pensione sempre però ancorata all'indice di rivalutazione calcolato per le famiglie di impiegati e operai e non purtroppo all'indice reale del costo dei principali beni di consumo corrente. ■



**Marco Perelli
Ercolini**

*Le rughe dovrebbero indicare
soltanto dove sono stati
i sorrisi.*

Anonimo



arte medica e scienza

Mario Ugo Mirabella

Il paziente-consumatore ricerca in questi farmaci efficacia e sicurezza

Il medico è il primo riferimento per il paziente, anche sui farmaci OTC

Arrivano conferme sul nostro ruolo centrale in tema di salute

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

Lo dice la ricerca Eurisko fatta su 28 mila consumatori di farmaci di automedicazione che ha evidenziato quanto la figura del medico sia importante per il paziente nella scelta di questa tipologia di farmaci. Il 40% degli intervistati dichiara di aver scelto per la prima volta il farmaco sotto il suggerimento del Medico, che risulta essere più forte del suggerimento del Farmacista (18%), del passaparola di amici e parenti (20%) e perfino della pubblicità (12%).

In un momento socio-economico di recessione come quello attuale sta cambiando l'atteggiamento del consumatore nei confronti della propria Salute, da passivo ad attivo, volto alla ricerca del benessere psico-fisico di fronte a piccoli malesseri a cui sono destinati i farmaci OTC. Ci troviamo di fronte a pazienti che proattivamente ci chiedono consigli sul tema dell'automedicazione e della prevenzione delle piccole patologie, spesso stagionali, e che non sempre si accontenta del "nome noto" ma ricerca altre soluzioni a seconda delle proprie esigenze. Ecco che il paziente ap-

procia l'autocura in modo più responsabile e attento, cerca sempre di più il confronto per raccogliere informazioni di efficacia e di sicurezza, di possibili interazioni con altri farmaci assunti contemporaneamente. Non solo vuole essere più informato ma cerca di incrementare la propria capacità di gestire i disturbi più lievi.

Questo senso di responsabilità (stiamo comunque parlando di farmaci) è stata dimostrata dal fatto che non si è registrato un boom degli acquisti di questi farmaci nonostante la liberalizzazione della vendita al di fuori della Farmacia, prevista dal decreto Bersani che ha portato all'apertura di circa 2.000 nuovi punti vendita tra corner della GDO e parafarmacie. Siamo quindi chiamati a stare in prima fila per costruire e trasmettere ai cittadini una cultura dell'automedicazione: educare il paziente ad una corretta autocura non solo ci offre l'opportunità di ampliare la gamma dell'offerta terapeutica ma di avere, a medio-lungo termine, sempre più tempo da dedicare alla gestione delle patologie più serie.

Educare il paziente significa condividere con lui delle regole, semplici e chiare, che consentano di evitare i prodotti che potrebbero essere "contro-

producenti" e di assumere quelli più adatti alla risoluzione del disturbo con particolare attenzione ad alcune categorie di persone come i bambini, gli anziani e le donne in stato di gravidanza e in allattamento. È importante che in tutto questo ci sia la collaborazione con il farmacista affinché quest'ultimo possa assistere il cittadino nella corretta applicazione della terapia impostata dal medico di famiglia.

L'efficacia e la sicurezza che il consumatore-paziente ricerca in questi farmaci viene garantita in primis dal fatto che dietro ai vari marchi ci sono aziende farmaceutiche di grandi dimensioni che fanno della qualità un valore da cui non si può prescindere. Ci sono aziende che in più cercano di soddisfare il bisogno di risparmio del cittadino, offrendo farmaci di alta qualità a prezzi convenienti. Questa è la filosofia delle aziende farmaceutiche che commercializzano i farmaci equivalenti, tra le quali ci sono realtà impegnate anche nel settore dell'automedicazione in modo da raccogliere sotto il proprio nome un'ampia gamma di soluzioni che vanno dal farmaco "etico" all'OTC e all'integratore alimentare. Queste aziende saranno i nuovi partner del mondo della salute e del benessere. ■



arte medica e scienza

Valerio Nori

Una situazione giuridica difficile

La contenzione in geriatria

Alcune misure che possono essere intese come contenitive hanno lo scopo di salvaguardare la dignit  della persona.

■ Valerio Nori
Presidente Provinciale di Rimini

Le difficolt  e rischi della attivit  medica non si limitano pi  solo alle fasi diagnostiche e terapeutiche come fu un tempo.

Responsabilit  nuove, in una societ  in continuo divenire, portano il medico al confronto con situazioni in cui   necessario districarsi tra contraddizioni giuridiche e opposti modelli culturali.

Un tempo non si parlava di contenzione, la cultura generale e la Legge ritenevano giustificata la limitazione della libert  di persone affette da disturbi psichici sia per evitare che potessero autodanneggiarsi che per limitare le condotte socialmente disturbanti.

La collettivit  si difendeva dal disturbo psichiatrico considerandolo alla stessa stregua di una condotta criminale ed applicando pertanto modalit  di restrizione personale simili a quelle applicate per chi delinquesse.

Un approccio cos  estremo ha determinato la comparsa di una diversa cultura che ha portato tra gli anni '60 e '70 ad un totale ribaltamento dei modi della psichiatria. I diritti per-

sonali sono stati riconosciuti con pienezza anche a chi non fosse capace di intendere e parallelamente sono divenute inaccettabili alcune modalit  operative quali la contenzione, ovvero quel novero di misure che limitavano la libert  individuale dei soggetti affetti da disturbi mentali.

L'ambito dei disturbi psichiatrici non si limita tuttavia alle psicosi dei soggetti in et  giovane o adulta, l'altro fronte sempre pi  consistente   quello degli anziani affetti da malattie degenerative del sistema nervoso e pertanto assai sovente e conseguentemente sofferenti anche per gravi disturbi comportamentali, peggiorati poi dall'associazione di disturbi neurologici e da altre situazioni legate all'invecchiamento.

Il medico di medicina generale visto ormai sempre pi  come specialista della cronicit  opera in molte regioni d'Italia nelle strutture per anziani, definite a seconda di alcuni specifici criteri come Case Protette o Residenze Sanitarie Assistenziali.

In queste strutture volte all'assistenza di anziani non autosufficienti a causa di gravi malattie invalidanti tra cui principalmente forme di de-

menza di diversa origine si pone con costanza il problema della contenzione, ovvero di misure che di fatto limitano o possono limitare la libert  dei pazienti ricoverati.

La scomparsa, come dicevamo, delle leggi manicomiali sicuramente inique e da superare ha per  lasciato un vuoto nel campo legislativo.

Nel paese delle mille leggi mancano normative specifiche per gli atti medici che possano limitare la libert  personale i quali atti si trovano cos  soggetti alla legislazione penale generale e pertanto omologati, a comportamenti criminosi che hanno sfondi morali e culturali ben diversi da quelli cui i medici fanno riferimento.

La legge generale infatti, nella sua necessaria genericit  proibisce, qualunque limitazione della libert  personale e ne consegue che quando il medico prescrive o applica un ausilio terapeutico che causi riduzione anche minima della libert  personale commette un reato, per il quale non sar  punibile qualora vi sia stato costretto dalla necessit  di salvare s  od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, n  altrimenti

arte medica e scienza

evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo come recita il codice penale.

Commettere un reato (nella fattispecie il delitto di sequestro di persona) ancorché non punibile per il solo scopo di aiutare qualcuno è già cosa forte, potrebbe essere comprensibile, sia pure con difficoltà nel caso della grande contenzione, quella della immobilizzazione al letto con bracciali e cavigliere, quella delle stanze chiuse a chiave ma la mancanza di una disciplina di legge specifica fa sì che possano essere trattate alla stessa stregua anche le semplici spondine al letto, il tavolino davanti alla carrozzina o una tuta intera.

Ed è proprio in questo senso, nel senso cioè di una generale condanna di ogni metodica che la letteratura che ho potuto esaminare mi è sembrata orientata.

Così facendo, tuttavia il problema pratico rimane irrisolto, ovvero esso viene scaricato sulle spalle dei medici e degli altri operatori vere e proprie ultime ruote del carro di questa situazione, che devono comunque affrontare le situazioni ed assumere decisioni in assenza di norme precise e quindi in solitudine e con rischio personale.

Ma il medico si deve confrontare non solo con misure che hanno lo scopo di evitare un danno grave alla persona e come tali quindi accettate dalla legge ma anche con misure che sebbene utili hanno tuttavia altre finalità.

È noto ad esempio che le stesse spondine al letto che si usano per evitare rovinose cadute sono molto utili

quali punto di trazione per pazienti gravemente debilitati che riescono così a guadagnare un minimo di autonomia e collaborare attivamente alla loro movimentazione, il tavolo in carrozzina che previene le cadute è molto utile sia per sostenere gli arti superiori atonici che per conservare sia pur minime prassie motorie delle mani e via dicendo. Si tratta però di indicazioni che almeno apparentemente appaiono del tutto illecite. Esse infatti possono determinare contenzione, ma avendo solo lo scopo di migliorare le condizioni di vita del paziente anziano e non quello di salvarlo dal pericolo attuale di un danno grave, non sembrano ricadere nell'esimente dell'articolo 54 CP.

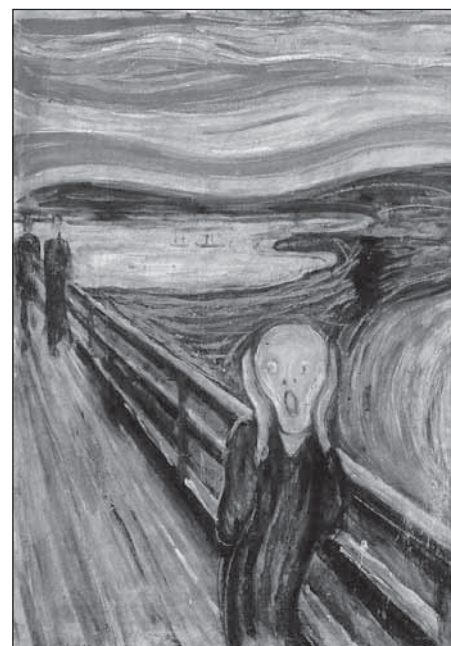
E sempre alcune misure che possono essere intese come contenitive hanno lo scopo di salvaguardare la dignità della persona. Le cinte che trattengono il tronco unito allo schienale della carrozzina servono ad impedire che il corpo ipototonico si afflosci su se stesso e scivoli lungo la carrozzina e le tute servono ad evitare lo spargimento di urina e materiale fecale sul corpo.

È vero che una scorretta postura può determinare dolore e aumentare il rischio di ulcere da pressione (piaghe da decubito) ed è vero che lo spandimento di materiale fecale può contaminare eventuali ulcere da pressione, ma nuovamente non si può con certezza affermare che questi rischi rappresentino un danno grave ed attuale, cioè molto probabile e pertanto anche queste misure appaiono escluse dal noto esimente.

Dobbiamo poi dar conto di una frequente affermazione secondo la quale è opportuno ricorrere a mezzi e presidi alternativi tramite i quali ottenere i medesimi risultati senza produrre limitazioni della libertà.

Questa opinione è assolutamente valida, almeno sulla carta ma assai meno nella realtà del quotidiano. La presenza di ausili idonei, utili ma non contenitivi, dipende dalla produzione industriale dalle disponibilità economiche di USL ed enti assistenziali e così pure dalle stesse disponibilità e dalle modalità contrattuali dipende la formazione del personale e non dalle volontà del medico che invece subisce decisioni assunte in altre sedi.

Non da ultimo viene il difficilissimo rapporto con le famiglie delle persone incapaci, le quali considerano con ingenua semplicità, molte forme





arte medica e scienza

contenitive quali atti di benevolenza e tutela, utili o addirittura indispensabili, ignorando completamente il difficile retroscena giuridico fino a ritenere addirittura negligente il sanitario che cerchi di limitare il ricorso a tali strumenti.

D'altra parte è molto diffusa, nel senso comune, l'idea che la libertà sia tale solo se si esplica in comportamenti razionali o comunque comprensibili e si ritiene giusto se non addirittura doveroso inibire con strumenti contenitivi il comportamento motorio irrazionale.

La legislazione viceversa, non discrimina sulle modalità in cui la libertà si esplica. Ovvero è espressione di libertà anche il camminare continuo (wandering) del paziente affetto da demenza o le continue alzate dal letto per raggiungere il bagno in assenza di una reale necessità, o qualunque altra cinesia ancorché a finalistica.

La distanza tra legalità e senso comune è un fattore potenzialmente distruttivo dell'alleanza terapeutica che deve legare medico e familiari e può portare a gradi di contestazione estremi.

A fianco delle problematiche della contenzione sta infatti e paradossalmente il problema opposto.

Se la legge proibisce la limitazione della libertà personale prevede anche che la persona incapace per malattia di mente o corpo non possa essere abbandonata, e non si può non considerare che i medici che operino per conto del Servizio Sanitario Nazionale ricoprono un ruolo di garanzia stabilito dalla Costituzione (Art. 32).

Si può quindi configurare un reale obbligo di intervento, secondo il noto articolo 40 del Codice Penale, per il quale non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo.

Ovvero non adottare una metodica, evidentemente anche contenitiva, se essa serve a tutelare la persona incapace da un danno diviene addirittura un obbligo e la manchevolezza, come al solito, un fatto penalmente rilevante.

Il medico e il suo paziente camminano quindi su un franoso crinale, il primo può essere con facilità sospinto verso opposti infamanti reati ed il timore di ciò può indurlo in valutazioni errate, il secondo a far le spese della carenza legislativa e di guise che muovendo da assunti assoluti anziché dalla pragmatica considerazione della realtà finiscono per rivolgersi proprio contro colui che volevano invece proteggere. ■

Art. 13 Costituzione

La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dalle autorità giudiziarie nei soli casi e modi previsti dalla legge.

Art. 32 Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Art. 40 Codice penale

(...) Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

Art. 54 Codice penale

Stato di necessità **non** è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Art. 591 Codice penale

Abbandono di minori o incapaci Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stessa e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Art. 605 Codice penale

Sequestro di persona Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni.

arte medica e scienza

Diego Beltrutti

Il nuovo decreto ha risolto una incredibile incongruenza prescrittiva

Ricollocazione di talune composizioni a base di ossicodone: quali opportunità per il medico di famiglia?

L'impostazione di terapie con oppioidi, è indicata in numerose patologie non neoplastiche



Prof. Diego Beltrutti
Senior Consultant
in Medicina del Dolore
IRCCS Humanitas,
Rozzano
Segretario Collegio
Italiano Medici
Algologi
Past President World
Society of Pain
Clinicians

Il 14 novembre 2008 è entrato in vigore il Decreto Ministeriale 26 settembre 2008 relativo all' "Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, con la ricollocazione di talune composizioni a base di ossicodone", pubblicato in GU n. 242 del 15-10-2008. Sulla base di questo decreto si stabilisce che i farmaci a base di ossicodone, indipendentemente dal fatto che siano associati ad altri principi attivi, per dosaggi massimi/somministrazione di 10 mg, vengono collocati in Tabella II

- sezione D e quindi prescrivibili su normale ricetta (1).

In pratica questo significa che dal 14 novembre u.s. anche le formulazioni di ossicodone CR potranno essere prescritte senza più la necessità di utilizzare il ricettario speciale.

Queste nuove disposizioni ministeriali si traducono, nella pratica clinica del medico di famiglia, in un aiuto concreto per facilitare una più adeguata attenzione al dolore inteso come malattia e, di conseguenza, trattamenti più idonei con i giusti farmaci.

I dati di letteratura e le più accreditate Associazioni Internazionali hanno messo in evidenza il fondamentale ruolo degli oppioidi per il trattamento del dolore cronico di natura oncologica, ma anche - e soprattutto - per quello di natura non neoplastica (2 - 6).

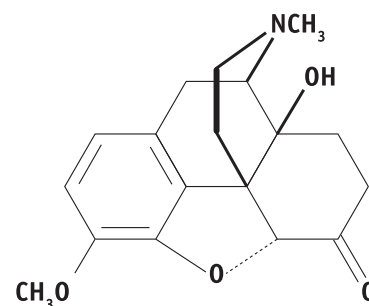
Difatti, sono proprio questi pazienti che avranno la necessità di utilizzare farmaci per lunghi periodi e, di conseguenza, la scelta di molecole con effetti

collaterali controllabili e che non inducano danni d'organo sono sicuramente da considerare come farmaci d'elezione.

Purtroppo in Italia, l'uso/abuso di FANS è ben noto. La percentuale maggiore del mercato farmaceutico per la terapia del dolore è rappresentata da questa categoria di farmaci, nonostante i dati pubblicati ci dicano che la gastropatia da FANS è una delle cause più frequenti di ospedalizzazione e morte negli USA.

L'impostazione di terapie con oppioidi, a partire da basse dosi, è indicata in numerose patologie non neoplastiche, quali, ad esempio: neuropatie diabetiche, FBSS, artrite reumatoide, artrosi, osteoartrite, fibromialgia, low back pain, reumatismi, dolore muscoloscheletrico e molte altre (7-15).

In particolare, ossicodone è indicato come oppioide d'elezione, anche in combinazione con altri farmaci (ad esempio con gli antiepilettici per il trattamento della neuropatia diabetica) (16,17).



arte medica e scienza

Fino ad oggi si potevano prescrivere, su normale ricettario, le formulazioni di ossicodone a rilascio immediato, per un dosaggio massimo/somministrazione di 10 mg; questa formulazione è gravata dall'associazione prefissata con paracetamolo che ne determina anche l'effetto tetto, oltre a richiedere 4 somministrazioni/die.

Con il nuovo decreto, che ha risolto positivamente questa incredibile incongruenza prescrittiva, si possono impostare direttamente terapie con ossicodone a rilascio controllato su ricetta normale (per dosi fino a 10mg/somministrazione), consentendo di ottimizzare la compliance del paziente grazie alle 2 somministrazioni/die, ad una facile titolazione, ad un rapido adeguamento posologico e ad una migliore gestione degli eventuali effetti collaterali.

Queste novità in senso prescrittivo sono certo che contribuiranno ad aumentare la compliance dei medici di famiglia verso l'utilizzo di oppioidi per il controllo del dolore severo di origine oncologica e non oncologica.

La cura del dolore, sia che si tratti di un sintomo o di una vera e propria malattia è un preciso dovere etico che contraddistingue la classe medica nella sua totalità, a prescindere dalle conoscenze specialistiche o super specialistiche che uno possa avere acquisito. Credo che nella classe medica così come nella società si faccia strada il concetto che il dolore non debba più essere sottovalutato, ma gestito con le opzioni terapeutiche che sono state messe a disposizione. Garantire ai pazienti un'adeguata qualità di vita, liberi dal dolore, deve essere l'imperativo della classe medica del 2009! ■

1. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 242 del 15-10-2008. DECRETO 26 settembre 2008 Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, con la ricollocazione di talune composizioni a base di ossicodone.
2. KM Jordan et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based medicine approach to the management of knee osteoarthritis. Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1145 - 1155.
3. Punzi L. et al. Italian consensus on EULAR 2003 recommendations for the treatment of knee osteoarthritis, *Reumatismo* 2004; 56: 190-201.
4. Hanks G, De Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay H, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Radbruch L, Roca i Casas J, Sawe J, Twycross R, Ventafridda V: Morphine and alternative opioids in cancer pain the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 84: 587-593
5. World Health Organization: Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva, World Health Organization, 1990.
6. Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmiikko T, Sampaio C, Sindrup S, Wiffen P, EFNS Task Force. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006 Nov;13(11):1153-69.
7. Furlan AD et al. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006;174(11):1589-94.
8. Roddy E, Doherty M Rheum Guidelines for management of osteoarthritis published by the American College of Rheumatology and the European League Against Rheumatism: why are they so different? *Dis Clin North Am.* 2003 Nov;29(4):717-31.
9. Abásolo L, Carmona L. Systematic review: are major opioids effective in the treatment of musculoskeletal pain? *Med Clin (Barc).* 2007 Mar 3;128(8):291-301.
10. Solomon DG et al. Prescription opioid use among older adults with arthritis or low back Pain. *Arthritis Rheum* 2006; 55: 35-41.
11. Lacouture P et al. A double-blind, placebo-controlled, repeated dose, dose-response evaluation of controlled-release (CR) oxycodone in patients with osteoarthritis. *Am Soc for Clin Pharmacol Therapeutics, Lake Buena Vista; Florida, February 1996.*
12. Markenson J et al. Effectiveness of controlled-release OxyContin in osteoarthritis patients with uncontrolled pain measured by the WOMAC scale. *Arthritis Rheum* 2000;43(9 suppl.): S337. 13. Chou R et al. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med* 2007; 147: 505-514.
14. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007 Mar 9; 8: 27.
15. Barron MC, Rubin BR Managing osteoarthritic knee pain. *J Am Osteopath Assoc.* 2007 Nov; 107(10 Suppl 6): ES21-7.
16. Hanna M, O'Brien C, Wilson MC Prolonged-release oxycodone enhances the effects of existing gabapentin therapy in painful diabetic neuropathy patients. *Eur J Pain.* 2008 Feb 7.
17. Gatti Antonio, Sabato Alessandro Fabrizio, et al. Controlled release oxycodone and pregabalin in the treatment of neuropathic pain: results of a multicentre Italian study *European Neurology -In press.*

Ama la verità, ma perdona l'errore.

Voltaire

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



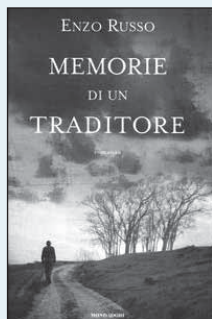
letti per voi

a cura di Francesco Pecora



MEMORIE DI UN TRADITORE

di Enzo Russo



A metà degli anni Trenta un giovane siciliano entusiasta del fascismo parte volontario per la guerra d'Africa, lasciando una giovane moglie innamorata e tutto il suo mondo per inseguire confusi ideali di giovinezza e un insaziabile spirito d'avventura. Quasi inconsapevolmente, vive da comparsa tutte le grandi e tragiche trasformazioni dell'Europa in quel periodo, passa dall'Africa all'Alba-

nia, al Montenegro, alla Russia, fa il partigiano ma poi si tira indietro e comincia un vagabondaggio nella misera Italia del dopoguerra. E quando finalmente troverà il coraggio di tornare nel suo minuscolo paese dell'Agrientino sotto mentite spoglie, dovrà affrontare tutte le paure accumulate in anni di tormentosa solitudine. ■



LA PENSIONE EVA

di Andrea Camilleri



Per le stanze della Pensione Eva, il casino di Vigàta appena rinnovato e promosso dalla terza alla seconda categoria, transitano figure e personaggi provinciali e sonnolenti. E questa "casa chiusa" diventa lo sfondo di un vero e proprio romanzo di formazione prima dolce e poi crudele. Ogni quindici giorni le sei "picciotte" della Pensione partono, e ne ar-

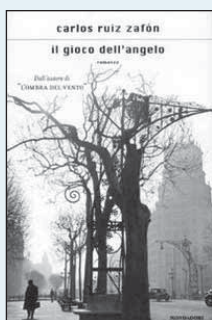
rivano delle nuove; è in mezzo a queste presenze carnali che trascorre la giovinezza di Nenè, Ciccio e Jacolino.

Un periodo indimenticabile, perché "le storie che quelle picciotte potevano contare gli avrebbero permesso di capire. Capire qualichì cosa di lu munnu, di la vita". ■



IL GIOCO DELL'ANGELO

di Carlos Ruiz Zafón



Nella tumultuosa Barcellona degli anni Venti, il giovane David Martín cova un sogno, inconfessabile quanto universale: diventare uno scrittore. Quando la sorte inaspettatamente gli offre l'occasione di pubblicare un suo racconto, il successo comincia infine ad arridergli. È proprio da quel momento tuttavia che la sua vita inizierà a porgli interrogativi ai quali non ha immediata risposta, esponendolo come mai prima di allora a imprevedibili azzardi e travolgenti passioni, crimini efferati e sentimenti assoluti, lungo le strade di una Barcellona ora familiare, più spesso sconosciuta e inquietante, dai cui angoli fanno capolino luoghi e personaggi che i let-

tori de "L'ombra del vento" hanno già imparato ad amare. Quando David si deciderà infine ad accettare la proposta di un misterioso editore - scrivere un'opera immane e rivoluzionaria, destinata a cambiare le sorti dell'umanità -, non si renderà conto che, al compimento di una simile impresa, ad attenderlo non ci saranno soltanto onore e gloria. Con uno stile scintillante, Zafón torna a indagare tra i misteri del Cimitero dei Libri Dimenticati, costruendo una storia in cui l'inesausta passione per i libri, la potenza dell'amore e la forza dell'amicizia si intrecciano ancora una volta in un connubio irresistibile. ■



l'intervista

Stefano Nobili

Intervista ad Alessandro Abbotto

Una nuova generazione di farmaci per terapie fotodinamiche (PDT) Progetto e studio di nuove molecole organiche

Il farmaco fotosensibilizzatore si localizza selettivamente nei vasi anomali



*Alessandro Abbotto,
Professore associato
di Chimica Organica
Dipartimento di Scienza dei Materiali
dell'Università di Milano-Bicocca.
Si occupa di progettare e sintetizzare
molecole attive nel campo della
nanofotonica applicata alla biologia
e medicina.*

Che cosa è la scienza dei materiali?

È la Scienza che si occupa di progettare e preparare nuovi materiali con proprietà innovative o semplicemente ottimizzate rispetto a quelli attuali. La natura dei materiali spazia dalle molecole organiche, ai polimeri, ai metalli, ai composti inorganici. Le applicazioni dirette sono in tutti i principali campi delle tecnologie moderne, come la biologia, la diagnostica, la terapia medica, l'optoelettronica (chip per computer, memorie, transistor di nuova generazione), le energie rinnovabili (celle fotovoltaiche, celle a idrogeno e pile a combustibile) e tutto il mondo della fotonica (laser, fibre ottiche, telecomunicazioni, memorie digitali). La Scienza dei Materiali è un tipico settore interdisciplinare dove, oltre a prioritarie competenze di Chimica e Fisica, sono richieste conoscenze di Ingegneria, Medicina, Biologia e Informatica.

Quali i rapporti delle sue ricerche con la medicina?

Noi progettiamo e studiamo nuove molecole organiche dotate di particolari proprietà che possono essere sfruttate in ambito diagnostico e/o terapeutico. Ad es. abbiamo studiato nell'ultimo quinquennio una nuova generazione di farmaci per terapia fotodinamica (PDT), che è utilizzata nel trattamento della degenerazione maculare senile. La PDT sfrutta la capacità che hanno alcune molecole, chiamate fotosensibilizzatori, di produrre, quando irradiate da luce laser, ossigeno "singoletto", cioè una forma killer dell'ossigeno. L'ossigeno singoletto è una specie particolarmente reattiva, in grado di degradare molte biomolecole portando alla necrosi cellulare. Se il farmaco fotosensibilizzatore, iniettato per via endovena, si localizza selettivamente nei vasi sanguigni anomali o, in generale, nei tessuti malati, si ha distruzione selettiva dei neovasi anomali, senza deteriorare i tessuti sani circostanti. La cura è ambulatoriale e il paziente può subito tornare a casa con l'unico accorgimento di evitare per alcuni giorni l'esposizione al sole finché tutto il fotosensibilizzatore non sia stato eliminato dall'organismo. La necessità di una nuova generazione di farmaci deriva dal fatto che il farmaco attuale, la verteporfina, ha una selettività limitata per i vasi anomali e un'attività modesta, quest'ultima dovuta all'interferenza da parte di componenti intra ed extracellulari che assorbono la luce del laser al posto del farmaco, diminuendone quindi l'efficienza. La nuova generazione di composti, tra cui quella che stiamo studiando, cerca di aggirare questi limiti progettando nuove molecole in grado



l'intervista

di presentare un più efficace assorbimento della luce e una selettività maggiore, o addirittura specifica, verso il tessuto malato. In altri termini la ricerca in questo campo va nella direzione di mettere a punto una sorta di “cannone” molecolare che spara l’ossigeno killer in maniera specifica e in forma altamente attiva solo laddove è necessario, senza perturbare i tessuti e le cellule sane. La nuova generazione di molecole ha inoltre lo scopo di allargare questa terapia, nota fin dagli antichi egiziani per la cura della psoriasi, anche a forme tumorali. Esistono già studi avanzati nel campo dei trattamenti del tumore al polmone a cellule non piccole e alla patologia dell’esofago di Barrett.

Vi sono altri ambiti in cui le vostre ricerche si applicano alla medicina?

Gli avanzamenti in campi quali lo studio dell’attività neuronale e le neuroscienze, gli studi transgenici e la biologia e lo sviluppo di malattie richiedono una conoscenza precisa dei processi cellulari e biologici attraverso un’osservazione in tempo reale delle singole cellule e dei loro processi nei tessuti intatti, cioè in vivo. La microscopia di fluorescenza, che sfrutta particolari molecole fluorescenti (marker o traccianti), è un tecnica che permette questo studio con elevata risoluzione. Il Premio Nobel per la Chimica 2008 appena assegnato interessa un aspetto rilevante di questa tecnica. Nei nostri laboratori abbiamo sviluppato una nuova generazione di marker che, tramite un assorbimento non convenzionale della luce, permette di raggiungere risoluzioni più elevate associate ad un minore fotodanneggiamento del marker - uno dei principali limiti della tecnica di microscopia - e una minore interferenza delle componenti intra- ed extracellulari. Molecole analoghe alle nostre sono state applicate con successo allo studio della malattia di Alzheimer tramite l’analisi dell’angiopatia amiloide, all’approfondimento delle dinamiche neuronali attraverso la fotografia in vivo dei neuroni e delle loro attività, all’analisi del sistema immunitario tramite l’osservazione in vivo delle funzioni dei linfociti, fino a ieri estrapolate da studi in vitro con evidenti approssimazioni.

I mezzi di contrasto diagnostici: che cosa c’è di nuovo?

Negli ultimi anni sono stati fatti molti studi per spiegare il meccanismo di azione degli agenti di contrasto per MRI a base di complessi di gadolinio. Contemporaneamente, molti ricercatori in varie parti del mondo, tra cui anche noi, hanno proposto nuovi complessi come alternative agli agenti di contrasto oggi utilizzati. Uno degli obiettivi principali della ricerca chimica è quello di aumentare drasticamente la sensibilità al fine di monitorare anche particolari a bassissima concentrazione nell’organismo. Al momento questo rimane ancora un obiettivo da raggiungere e molti studi sono ancora necessari. I fattori sui quali i chimici stanno lavorando al momento sono l’aumento del contrasto, la sensibilità e quindi la necessità di ricorrere a dosi minori, la stabilità per minimizzare il rilascio di metallo tossico nell’organismo, la veloce eliminazione dall’organismo. Lo scopo ultimo è quello di aumentare i campi di applicazione del MRI al fine di limitare sempre più l’uso di tecniche invasive e dolorose e permettere una diagnosi precoce più efficace.

Quale sarà il futuro dei rapporti tra la ricerca di base e le scienze di applicazione?

Sempre più stretto, per varie ragioni, tra cui non ultimo la difficoltà di reperire finanziamenti per la ricerca in assenza di precise finalità applicative. I ricercatori italiani hanno capito che, per reperire finanziamenti nazionali ed internazionali necessari per svolgere ricerca di qualità e competitiva, è necessario focalizzare gli sforzi nei settori prioritari di interesse per la società. Tra questi cito in particolare la salute, l’energia, l’ambiente. Un aspetto importante della ricerca di base applicata alle reali esigenze della società è lo sviluppo di studi interdisciplinari, dove varie competenze sono chiamate a cooperare per raggiungere gli obiettivi. Ad esempio noi chimici collaboriamo sempre più assiduamente con biologi, fisici, ingegneri, medici e gli informatici.



l'intervista

Cambiamo argomento: la fuga dei cervelli. È proprio così difficile fare ricerca qui in Italia e quali le principali cause?

Purtroppo anche dal mio punto di vista confermo la maggiore difficoltà di fare ricerca in Italia. I finanziamenti sia nazionali che internazionali esistono ma sono spesso insufficienti e comunque molto più modesti di quelli reperibili in altri paesi europei o negli Stati Uniti. Fortunatamente alcuni enti locali privati e pubblici offrono forme di finanziamento addizionali, ma non in grado di risolvere il problema.

Il risultato è che in Italia si fa ricerca di qualità ma in dimensioni molto modeste rispetto ad altre realtà occidentali. Basti pensare alle dimensioni dei gruppi di ricerca italiani che, tranne rarissime eccezioni, rappresentano una frazione dei team che si trovano ad es. negli USA e con i quali siamo chiamati a competere. I ricercatori chimici italiani sono tra i più apprezzati al mondo, tanto è vero che negli USA non trovano particolari problemi ad essere reclutati nei migliori laboratori. È comprensibile che un ricercatore valido e motivato venga attratto da realtà di ricerca in grado di offrire strumentazioni e laboratori più completi e attrezzati. Per non parlare dello stipendio, che è spesso due-tre volte quello italiano. Tuttavia è importante mettere in evidenza che anche in Italia, seppur con maggiori difficoltà e limitazioni strutturali, è possibile svolgere ricerca ad alto livello e allineata alla migliore ricerca a livello internazionale. Però, solo maggiori investimenti in termini di strutture e finanziamenti alla ricerca potranno permettere il salto di qualità e l'allineamento a tutti gli effetti con gli altri paesi più industrializzati. A questo punto il rientro dei cervelli sarà una naturale conseguenza. ■

Ultimissime dal Segretario nazionale

Dr. Testa perché lo SNAMI non ha firmato questa preintesa di accordo nazionale?

Nonostante la nostra delegazione sia riuscita a fare apporre numerose modifiche e cancellazioni al primo articolato che ci era stato presentato, per molti aspetti l'accordo non è ancora accettabile.

Perché la FIMMG ha firmato l'accordo subito mentre voi e lo SMI no?

A questa domanda ne dovrà rispondere la Fimmg ai medici che rappresenta. Noi abbiamo indetto un Congresso straordinario per il 10 gennaio per permettere ai nostri delegati e quindi a tutti gli iscritti di discutere e di dare un'indicazione chiara alla delegazione trattante. Non abbiamo interessi da salvaguardare se non quelli dei nostri iscritti e di tutti i medici che usufruiscono loro malgrado del nostro coraggio.

Quindi andrete a firmare dopo il Congresso?

Questo lo sapremo il 10 sera, ma anche se firmassimo la nostra non sarà certo una firma di consenso. Servirebbe esclusivamente a riprendere un discorso interrotto ai tavoli regionali ed aziendali per apportare, come già abbiamo fatto a livello nazionale, le modifiche che riterremo più opportune per salvaguardare il lavoro di tutti i medici e non solo dei nostri iscritti. Lo SNAMI è un Sindacato, non un'associazione di cittadini e prima di tutto dobbiamo salvaguardare i nostri iscritti e la qualità del loro lavoro; di conseguenza l'assistenza da dare alla popolazione.

R.F. Corape

ogni giorno
gratuitamente
nella tua eMail gli ultimi
aggiornamenti su:

- Sanità
- Scienza
- Diritto Sanitario



DoctorNews

il quotidiano eMail del Medico Italiano

Il progetto aderisce a:

medikey

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



registrati ora!

www.doctornews.it/registrati

con un'unica registrazione potrai

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

E inoltre accedi **gratuitamente** a **DOCTOR33**

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

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

e molto altro ancora



ELSEVIER

Elsevier srl

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



L'ALCOL DISTRUGGE IL FUTURO

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