



**4 I LAVORI DEL  
75° CONGRESSO  
NAZIONALE FIMMG-METIS**

**10 COMMISSIONE FISCO**  
Le novità della  
fatturazione elettronica

**12 VACCINI**  
Una brochure da  
distribuire negli studi

**DIRITTO ALLA  
TUTELA DELLA SALUTE**

**40 ANNI DEL  
SERVIZIO  
SANITARIO  
NAZIONALE**

**am**  
**AVVENIRE  
MEDICO**

IL MENSILE DELLA FIMMG  
NUMERO 5 - 2018 ANNO LVI

**FIMMG**  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

**IL FUTURO  
DI AVVENIRE  
MEDICO**
**CONTINUERETE A LEGGERCI, SUL WEB**

Scomparirà nel breve la carta stampata? Se la sono posti molti questa domanda negli ultimi vent'anni. Nel 2007 Arthur Sulzerberg, editore del New York Times, scriveva di non essere certo che di lì a pochi anni il suo giornale sarebbe ancora stato stampato su carta e non solamente pubblicato sul web. A tutt'oggi il quotidiano viene ancora stampato su carta, anche se in numero di copie ridotto. Sembrerebbe fino al 2043, dicono i più informati.

Non abbiamo manie di grandezza e il cenno al NYT serviva solo ad annunciare ai lettori che *Avvenire Medico*, come peraltro la maggior parte delle riviste di settore nel nostro paese, a partire dal prossimo numero, sarà consultabile solo in rete.

Pensiamo di pubblicarne fino a sei numeri l'anno. Confidiamo nella benevolenza dei colleghi che continueranno a leggerci e, speriamo, ad inviarci contributi e storie dai loro territori.

È necessario potenziare, rendere più viva e autorevole la Fimmg e la Medicina Generale italiana.

Il nostro impegno non mancherà.

Ce la faremo.

**IL MENSILE DELLA FIMMG**


Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25  
00144 Roma  
TEL 06.54896625  
FAX 06.54896645  
[www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)

**Direttore responsabile**  
Fiorenzo Corti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Coordinamento editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**

Lucia Conti  
Vittorio Di Carlo  
Luciano Fassari  
Serena Fasulo  
Ester Maragò  
Walter Marrocco  
Stefano A. Nobili  
Giovanni Rodriguez  
Francesca Taormina

**Progetto grafico e impaginazione**



**Edizioni Health Communication**

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via V. Carpaccio 18  
00147 Roma  
[i.celli@hcom.it](mailto:i.celli@hcom.it)  
TEL 06.59.44.61

**Stampa**

Union Printing - Viterbo  
Registrazione al Tribunale  
di Bologna n. 7381 del  
19/11/2003

Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, dcb Roma  
Finito di stampare  
nel mese di dicembre 2018

# SCOTTI: “BISOGNA INVESTIRE IN SALUTE, PERCHÉ LA MALATTIA CREA POVERTÀ”

Silvestro Scotti, confermato segretario nazionale dal 75° Congresso Fimmg-Metis, illustra i temi chiave per il sindacato: più investimenti per la sanità, per stare al passo con l'UE, e meno burocrazia per i medici

UN CONGRESSO RICCO, articolato, con momenti di dibattito politico-sindacale e tante occasioni di aggiornamento professionale. Dal 1° al 6 ottobre scorso, a Chia Laguna, il 75° Congresso nazionale Fimmg-Metis è stata l'occasione per riflettere sul futuro della professione, a partire dalla relazione del segretario nazionale Silvestro Scotti, riconfermato nell'incarico al termine del Congresso, con una squadra che resterà in carica quattro anni (v.box).

Nella relazione Scotti ha toccato molti temi di stretta attualità, dal finanziamento della sanità, ai limiti prescrittivi per i mmg, passando per la carenza dei medici fino al regionalismo differenziato e alle aggressioni al personale sanitario.

Il tutto con un monito per il Governo: “Se non si deciderà di investire in salute, bisognerà chiarire alla popolazione che potremo avere domani sicuramente meno poveri ma più malati e sappiamo bene come la malattia crei più povertà di qualunque altra azione di mancato investimento. Abbiamo bisogno subito di risposte di sistema a quella capacità di iniziativa che è cardine della nostra proposta e, se non le avremo, saremo pronti a scendere in piazza insieme ai cittadini che sono i veri danneggiati da questa inazione”.

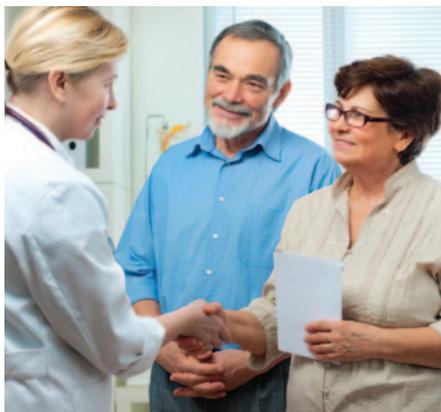
Tema clou anche quello dei *limiti alle prescrizioni degli innovativi per i mmg*. “Nell'ultimo anno - ha ricordato Scotti -, nei rapporti con Aifa, abbiamo chia-



**Nella relazione Scotti ha toccato molti temi di stretta attualità, dal finanziamento della sanità, ai limiti prescrittivi per i mmg, passando per la carenza dei medici fino al regionalismo differenziato e alle aggressioni al personale sanitario**

rito le nostre intenzioni rispetto ad un abuso che si è fatto in questo paese di piani terapeutici a prescrizione esclusivamente specialistica.

Abbiamo chiesto a gran voce i flussi di dati sull'appropriatezza prescrittiva di questi piani terapeutici. Abbiamo chiesto a gran voce i flussi di dati sulla sicurezza, nell'uso di questi farmaci, ragione, che a questo punto dovremmo dire “apparente”, di queste limitazioni. Non ci sono e siamo convinti che queste informazioni non siano disponibili. Possibile che nessuno si è preoccupato di strutturarne la raccolta e la valutazione? Possibile che non ci siano evidenze finalizzate a dimostrare appropriatezza specialistica e sicurezza di tali cure e il loro andamento nel tempo? Speriamo, e siamo fiduciosi, che il lavoro di questo ultimo anno con Aifa cominci a produrre qualche effetto anche nella discontinuità direzionale determinatasi in questi ultimi mesi. Non



siamo, però, disponibili a ricominciare da capo”.

Per Scotti è fondamentale liberare la categoria “da quegli orpelli burocratici che offendono non la Medicina Generale in quanto tale ma chiunque consideri che in quel medico è espresso il senso più profondo di questa professione.

Limitare un medico, seppur di una sola categoria, significa limitare l'essere medico. Significa incastrare quel professionista intellettuale in un percorso precostituito di gerarchie professionali. Diventerebbe a quel punto paradossale, ribellarsi ad un task shifting verso altre professioni sanitarie se abbiamo permesso che all'interno della stessa professione medica, rispetto alla libertà di cura, ci siano blocchi non giustificati o almeno dimostrati”.

Per quanto riguarda la *nuova Convenzione* Scotti ha detto di attendere “finanziamenti strutturali finalizzati anche alla specificità dei medici operanti nell'ambito del convenzionamento; solo questo renderà possibile il raggiungimento di standard attraverso le caratteristiche di autonoma iniziativa di questi professionisti e rappresenterà chiaramente una scelta per orientamenti contrattuali a cui potremmo lavorare già da subito nel completamento dell'ACN 2018. La discussione dell'ACN 2018 ha bisogno però di atti di chiarezza sulla volontà delle Regioni di mantenere un modello di sintesi nazionale al contratto di categoria”. Un passaggio nella relazione è stato anche dedicato al *regionalismo differenziato*. “La sintesi di interessi nazionali non rappresenta un ostacolo per noi alle autonomie, ma qualcuno ci deve fare comprendere perché se l'aumento delle autonomie regionali, teso a portare la gestione dei servizi pubblici sempre più vicina ai cittadini, a migliorarne con responsabilità efficacia ed efficienza, col-

Segue a pag. 7

“**SCOTTI**  
**Una trasformazione del modello Paese verso autonomie regionali più spinte, l'equilibrio di autonomie tra Professionisti e Regioni (definite in ACN) potrebbe essere la soluzione per mantenere equità, solidarietà e universalità al Servizio Sanitario Nazionale**”

## Il nuovo Esecutivo Fimmg

Nelle votazioni, svolte il 6 ottobre scorso, **Silvestro Scotti** è stato riconfermato Segretario Generale Nazionale della Fimmg, mentre componenti dell'Esecutivo Nazionale e Vicesegretari sono stati eletti Pier **Luigi Bartoletti**, **Nicola Calabrese**, **Florenzo Massimo Corti**, **Domenico Crisarà**, **Renzo Le Pera** e **Malek Mediati**. Segretario del Segretario sarà Alessandro Dabbene, presidente del sindacato è stato eletto **Giacomo Caudò**, mentre **Stefano Zingoni** è stato nominato presidente onorario della FIMMG.

GIULIA GRILLO

### “I soldi per la Medicina Generale sono un investimento, non una spesa”



“Ritengo fondamentale la figura del medico di Medicina Generale all'interno dell'architettura del Servizio sanitario nazionale pubblico. La ritengo fondamentale perché

la porta d'ingresso alla sanità di tutti noi cittadini-pazienti, l'asse portante della medicina del territorio. È una figura che negli anni è rimasta ai margini di una seria riforma della medicina del territorio mentre secondo me andrebbe messa al centro proprio per poter lavorare su un aspetto fondamentale che è quello del rapporto medico-paziente che richiede una prossimità come appunto il Mmg riesce a garantire oggi”. È quanto ha affermato la Ministra della Salute Giulia Grillo in un video messaggio inviato al 75° Congresso Fimmg.

“Quest'estate, con l'aiuto delle Regioni, abbiamo garantito anche il recupero di 840 borse di studio per 2.093 giovani medici che potranno accedere a questo corso di formazione - ha ricordato il Ministro -. Questo perché uno dei grandi problemi è proprio l'accesso della giovane classe medica al percorso formativo. Sono 40 mln che riteniamo essere un investimento e non una spesa. Credo che tutta la parte di bilancio statale che viene utilizzata per la sanità non sia una spesa ma sia un investimento sul nostro presente e sul nostro futuro, sul nostro Pil in tutte le sue sfaccettature”.

MASSIMO GARAVAGLIA

### “Più soldi per la sanità”

“Dopo anni di calo della spesa sanitaria finalmente, nel Def che presenteremo in Parlamento, ci sarà un'inversione di tendenza e s'interromperà la fase discendente della spesa sanitaria rispetto al Pil”. Così ha annunciato, in collegamento telefonico con il Congresso Fimmg, il viceministro dell'Economia **Massimo Garavaglia**.

“La crescita del Fondo sanitario - ha precisato - è importante per tutto il sistema che è in sofferenza, dal personale alla necessità di investimenti”.

“Abbiamo - ha evidenziato Garavaglia - un problema di invecchiamento del personale: nella PA solo il 7% ha meno di 35 anni. La necessità di un rinnovo del personale è quindi fondamentale e in quest'ottica va la revisione della Legge Fornero. Oltre a ciò bisogna rimuovere gli ostacoli alle assunzioni perché stanno mettendo in difficoltà parecchie realtà territoriali. Sappiamo che ci sono circa 50mila ambulatori su tutto il territorio con la necessità di assumere personale giovane”.

“Poi c'è il tema degli investimenti - ha concluso - una sanità di qualità ne ha bisogno. E i medici di Medicina Generale possono essere uno strumento fondamentale e penso che si possa intervenire per sostenere gli investimenti necessari nella realtà di aggregazione dei medici, come per esempio i macchinari”.

Segue a pag. 7



Segue da pag. 5

leggi l'autonomia a valore e responsabilità, mentre, quando si tratta del medico di Medicina Generale, l'autonomia sembra diventare disvalore, la responsabilità sembra diventare irresponsabilità".

In quest'ottica secondo Scotti "una trasformazione del modello Paese verso autonomie regionali più spinte, l'equilibrio di autonomie tra Professionisti e Regioni (definite in ACN) potrebbe essere la soluzione per mantenere equità, solidarietà e universalità al Servizio Sanitario Nazionale. Non bisogna dimenticare, infatti, che il medico di famiglia oltre a rispondere ad un Accordo Collettivo Nazionale, risponde anche e soprattutto alla scelta e ai bisogni dei cittadini su tutto il territorio nazionale e, non ultimo, al proprio codice deontologico".

Ma in questo quadro Scotti ha ribadito il no a forme di dirigismo, rivendicando l'autonomia professionale del medico di famiglia. "Tutte le derive che possono invece portare a soluzioni inverse ovvero di aumento del controllo e direzionamento decisionale del professionista medico, a nostro avviso, rappresentano la principale causa dell'indebolimento del rapporto medico paziente".

E proprio sul rapporto medico-paziente, purtroppo caratterizzato anche da una violenza crescente nei confronti degli operatori sanitari, Scotti ha affermato: "Dobbiamo chiederci perché il paziente non riconosca più nel medico il soggetto che abbia come unico obiettivo la sua cura, al punto di aggredirlo impedendola. Va sottolineato positivamente che in questa ultima legislatura si è manifestato un interessamento del Governo e delle forze parlamentari su questo tema, mai verificato prima. Siamo convinti che quel rapporto medico paziente vada sì protetto sui piani del diritto penale, ma cominci a esser protetto nel diritto del medico di curare e del paziente di esser curato. Dobbiamo recuperare questa percezione e possiamo farlo solo mettendo insieme con fiducia e con disponibilità le richieste dei professionisti con l'esperienza della politica".

In conclusione Scotti ha rivolto un messaggio ai giovani medici: "Il messaggio che vogliamo dare ai giovani è proprio questo: essere medico di Medicina Generale significa essere centrale nell'assistenza non per una posizione gerarchica ma per una posizione di vicinanza e contiguità fisica e relazionale con colui che è il vero centro della proposta assistenziale: il nostro paziente".

L.F.



**SCOTTI**  
**Una trasformazione del modello Paese verso autonomie regionali più spinte, l'equilibrio di autonomie tra Professionisti e Regioni (definite in ACN) potrebbe essere la soluzione per mantenere equità, solidarietà e universalità al Servizio Sanitario Nazionale. Non bisogna dimenticare, infatti, che il medico di famiglia oltre a rispondere ad un Accordo Collettivo Nazionale, risponde anche e soprattutto alla scelta e ai bisogni dei cittadini su tutto il territorio nazionale e, non ultimo, al proprio codice deontologico**



## Il nuovo Esecutivo Fimmg

Segue da pag. 5

FILIPPO ANELLI

### "Più risorse per contratti e formazione dei medici"

Intervenendo al Congresso Fimmg, il presidente Fnomceo **Filippo Anelli** ha ricordato Giovanni Palumbo, il medico barbaramente ucciso a Sanremo e i cui funerali si sono svolti il 2 ottobre: "È il momento di dire basta alla violenza. È un grido che arriva da tutta la classe medica, affinché si introducano in tempi brevi provvedimenti come quelli in discussione in queste ore in Parlamento".

Il presidente Anelli ha poi dichiarato di apprezzare la proposta del coordinatore della Commissione Salute delle Regioni, **Antonio Saitta**, di vincolare una parte delle risorse del Fondo sanitario nazionale per il rinnovo dei contratti e per favorire la formazione e l'occupazione dei medici e del personale sanitario: "Ci sembra un'idea interessante, che potrebbe sbloccare immediatamente il percorso dei rinnovi contrattuali, aumentare sin da subito le borse di specializzazione e favorire l'accesso di nuovo personale medico e sanitario all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Chiediamo, a tal fine, di eliminare gli attuali tetti per le assunzioni, vincolando l'impiego delle risorse solo al reale fabbisogno di professionisti".



ALBERTO OLIVETI

### "Rilanciare l'orgoglio di una professione libera e liberale"

"La professione medica soffre di un problema di presa sulla società", ha dichiarato il presidente dell'Enpam **Alberto Oliveti** nel suo intervento al congresso Fimmg.

"Il primo problema riguarda la nostra capacità di presa sulla società - ha detto - È evidente che come medici siamo scesi nella scala sociale, tanto che le aggressioni sono all'ordine del giorno. L'uccisione del collega Giovanni Palumbo a Sanremo è un'espressione di questo fenomeno e speriamo che sia l'ultima volta che ci capiterà di commuoverci per un caso del genere".

"Anche il Servizio sanitario nazionale ha un serio problema di 'grip': l'impressione è che al suo interno si stia perdendo la visione del fattore umano, mentre si sta affermando sempre di più un concetto di amministrazione degli atti, delle opere, dei servizi e delle prestazioni", ha sottolineato Oliveti, concludendo poi: "Di fronte a tutto questo occorre rilanciare con orgoglio la nostra professione, che esercitiamo in modo libero e liberale seguendo una vocazione e svolgendo una funzione di interesse pubblico, in scienza e coscienza".



## L'87% degli italiani si fida del medico di Medicina Generale

L'87,1% degli italiani dichiara di fidarsi del medico di medicina generale (la quota raggiunge il 90% tra gli over 65 anni), l'84,7% si fida dell'infermiere, mentre è molto più ridotta, sebbene ancora maggioritaria (68,8%), la quota di chi esprime fiducia nel Servizio sanitario nazionale. Lo stesso vale per gli odontoiatri: l'85,3%

degli italiani ha un dentista di riferimento. È quanto emerge dalla ricerca *Il medico pilastro del buon Servizio sanitario*, realizzata dal Censis e presentata a Roma nell'ambito dell'evento della Fnomceo per i 40 anni del Servizio sanitario nazionale. La ricerca completa è disponibile sul portale della Fnomceo, [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it).



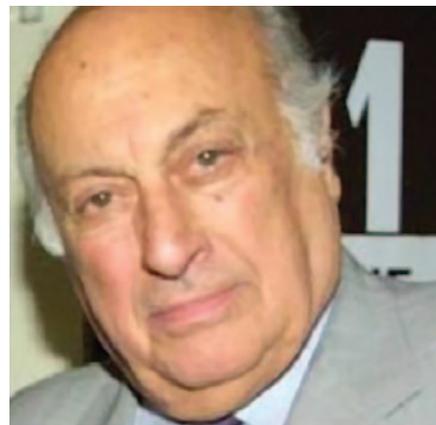
## Luca Coletto nominato sottosegretario alla Salute



**“Le mie congratulazioni e i più sinceri auguri di buon lavoro a Luca Coletto per la nomina a sottosegretario alla Salute”:** così Silvestro Scotti, segretario nazionale della Fimmg, ha salutato il nuovo incarico dell'assessore alla sanità della Regione Veneto. **“In un momento in cui si spinge sul processo di autonomia regionale e forti sono le preoccupazioni legate in particolare all'autonomia sulla sanità, il coinvolgimento in azioni di governo nazionale dell'assessore Coletto – ha aggiunto Scotti – uomo di esperienza della sanità veneta, rappresenta, come dichiarato dal Presidente Zaia, la volontà di mettere a disposizione, nell'interesse primario del mantenimento del Servizio Sanitario Nazionale, gli uomini migliori e non per**

**dividere o fare passi indietro su equità e solidarietà, ma al contrario perché l'esperienza maturata, ora trasportata sul livello nazionale, diventi utile ad assicurare uguali risorse e garantire un sistema di tutele uguali per tutti i cittadini e, per quanto ci riguarda più da vicino come categoria, riferimenti contrattuali e formativi validi su tutto il territorio nazionale”.** **“Il neo sottosegretario, come già dimostrato e in continuità con il dialogo già in atto con il Ministro Giulia Grillo, potrà contare sulla nostra disponibilità e il nostro contributo – ha concluso Scotti – siamo da subito pronti ad intraprendere un percorso di dialogo sui temi legati alla Medicina Generale e alla tutela della salute dei cittadini”.**

## È morto a Napoli Peppino Del Barone



**Giuseppe Del Barone, noto a tutti come Peppino, è morto a Napoli lo scorso 29 novembre. Del Barone era nato nel 1926 ed è stato presidente della Fnomceo, consigliere Enpam e deputato in Parlamento. Attualmente era presidente emerito dello Smi, Sindacato dei medici Italiani.**

## Aldo Lupo riceve la Honorary Fellowship

Il 23 novembre scorso Aldo Lupo, presidente Uemo, ha ricevuto da parte del presidente del Royal College of General Practitioners la Honorary Fellowship, la massima onorificenza che la Società scientifica dei medici di famiglia britannici concede, eventualmente anche a un collega straniero, per meriti eccezionali maturati nell'attività a favore della medicina di famiglia. È la prima volta che un medico italiano riceve questo prestigioso riconoscimento, e le motivazioni della sua concessione sono davvero significative: sia per la Uemo, sia per la Medicina di Famiglia italiana, sia infine per la Fnomceo, che promosse la candidatura di Lupo alla presidenza Uemo come segnale visibile dell'apertura internazionale della Federazione degli Ordini dei Medici italiani nell'affrontare le tematiche mediche, sanitarie e deontologiche proprie della sua istituzione. Questa caratura internazionale, attraverso la presidenza Lupo, è transitata integralmente nella Uemo valorizzandone le competenze istituzionali. Uemo è l'acronimo francese



che identifica l'Unione europea dei medici di famiglia: un'organizzazione che riunisce a livello continentale 450 mila professionisti della salute (operanti anche in paesi non UE) con compiti ufficiali di consulenza e interlocuzione con il Parlamento Europeo. Tra le motivazioni ufficiali per la concessione di questo riconoscimento, la più importante afferma che “la presidenza Lupo ha reso la Uemo un'organizzazione che davvero ha saputo rappresentare a Bruxelles il peso, le istanze e le potenzialità della Medicina di Famiglia europea. Un risultato raggiunto attraverso un'azione istituzionale sempre improntata alla trasparenza e all'apertura, grazie allo svolgimento di un intenso lavoro”.

# FNOMCEO CELEBRA I 40 ANNI DEL SSN. MA FILIPPO ANELLI AVVERTE: “MAI DARE PER SCONTATO IL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE”

La professione medica rappresenta un punto di riferimento come garante della dignità della persona e del diritto alla salute, ma le disuguaglianze in sanità non sono scomparse, il finanziamento del Ssn è insufficiente e serve una modifica dei criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale e delle regole che disciplinano la mobilità sanitaria

“MAI DARE PER SCONTATO il diritto alla tutela della salute, non lo è affatto. Era considerato una “concessione” da parte dello Stato nei regimi totalitari, un “dovere” sociale nei confronti dei cittadini nelle prime Costituzioni liberali. Nella nostra Costituzione, invece assume il rango di un ‘diritto’ ossia una prerogativa irrinunciabile della persona. Ma a distanza di quarant’anni, le disuguaglianze in sanità non sono scomparse e affondano le proprie radici nell’organizzazione del sistema, nel suo finanziamento, in risvolti di carattere socio-economico e culturale. Di fronte a questi scenari la professione medica rappresenta un punto di riferimento quale garante della dignità della persona e del diritto alla salute al di là di ogni logica mercantile e rappresenta un contributo decisivo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società”.

Così il presidente della Fnomceo **Filippo Anelli** ha aperto la celebrazione dei 40 anni del Ssn, nel corso dell’evento *La conquista di un diritto, un impegno per il futuro*, organizzato all’Hotel Plaza di Roma, con la partecipazione di autorità civili, religiose e militari, istituzioni e rappresentanti del mondo medico e scientifico e delle professioni sanitarie. Nella lunga e dettagliata relazione Filippo Anelli ripercorre la storia del Ssn, dal 1978, quando l’allora Presidente della

Repubblica **Sandro Pertini** promulgò la Legge 833 che lo istituiva, ad oggi. Una legge voluta per tutelare il diritto alla salute, come previsto dall’articolo 32 della Costituzione: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale”. Anelli ricorda la legge 180, la cosiddetta legge Basaglia, nata sempre nel 1978, “un’altra norma di grande civiltà e di tutela dei diritti della persona” e cita **Tina Anselmi** che 25 anni dopo l’istituzione della 833 riportava alla ribalta la necessità di “tutelare sempre i diritti della persona, là dove ci sono situazioni che questa tutela possono rendere difficile”. Una tutela dell’individuo e della sua salute, aggiunge Anelli, che ha visto allargare il suo raggio d’azione con l’approvazione della legge n.409 del 24 luglio 1985 che ha istituito la professione sanitaria dell’odontoiatra.

“L’approvazione della Legge 833 - ha detto il presidente Fnomceo - rappresenta, quindi, un momento importante della storia repubblicana nel compimento di quel disegno voluto dei Padri Costituenti che considerava la tutela dei diritti inviolabili dell’uomo, tra cui figurano diritti etico-sociali come il diritto alla salute, come il fine stesso della nostra Democrazia”.

Purtroppo, a distanza di quarant’anni, le disuguaglianze in sanità non sono scomparse. Basta dare uno sguardo ai dati, sottolinea Anelli, per rendersi conto di come l’uguaglianza teorica di accesso ai servizi del Ssn non si cali nella realtà: “Le disuguaglianze hanno assunto altre forme e affondano le proprie radici nell’organizzazione del sistema, nel suo finanziamento, in risvolti di carattere socio-economico e culturale, oltre che in fattori legati all’individuo quali l’età, il sesso, il genere, il patrimonio genetico. In Europa - prosegue - il nostro Paese si colloca nella parte bassa della classifica per livello di finanziamento del proprio Ssn. L’Italia risulta inoltre all’ultimo posto per le spese sulla prevenzione nel-

Ester Maragò



**ANELLI:**  
L’approvazione della Legge 833 rappresenta un momento importante della storia repubblicana nel compimento di quel disegno voluto dei Padri Costituenti che considerava la tutela dei diritti inviolabili dell’uomo, tra cui figurano diritti etico-sociali come il diritto alla salute, come il fine stesso della nostra Democrazia

l’ambito dei 34 Paesi dell’Ocse. Negli ultimi anni abbiamo infatti assistito a un costante de-finanziamento che non può che aggravare le disuguaglianze, anche in conseguenza di una dissennata politica di tagli lineari e di riduzione del personale sanitario”.

Serve allora un’inversione di tendenza. L’attuale finanziamento del Ssn appare infatti insufficiente ad invertire la rotta per migliorare il livello di assistenza soprattutto nelle aree più depresse del Paese. Così come urge una modifica dei criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale e delle regole che disciplinano la mobilità sanitaria dei cittadini all’interno del Paese, al fine di consentire alle Regioni più povere di colmare il divario, in termini di salute e benessere della popolazione. “Per queste ragioni mi preoccupano molto le proposte politiche che vedono un aumento dei livelli di autonomia delle regioni in tema di sanità - ha sottolineato Anelli - ciò che rischia di accadere è di fatto una redistribuzione sul territorio delle risorse destinate alla Sanità, proprio in Regioni in cui il Ssr è più ricco ed efficiente, con inevitabile impoverimento del sud del Paese, dove già si rileva un sistema in grave crisi. Le maggiori autonomie in ambito sanitario rischiano di creare cittadini sempre più poveri e cittadini cui viene negato il diritto alla salute.



# IL MMG E LA FATTURA ELETTRONICA: COSA CAMBIA NEL 2019



Nessuna fattura per le prestazioni già registrate attraverso la Tessera Sanitaria, ma tutti gli acquisti dovranno avere la fattura elettronica. Sempre che non intervengano novità normative...



**Il documento è da considerarsi provvisorio e assolutamente non vincolante per la non definitiva stesura e approvazione del provvedimento. La Commissione Fisco interverrà con successivi documenti ad integrazione ed aggiornamento**

LA COMMISSIONE FISCO DELLA FIMMG si è riunita il 4 dicembre scorso per esaminare le novità in tema di fatturazione elettronica. In tal senso per effetto della proposta di modifica (emendamento) al Decreto legge n.119/2108, originata dall'intervento del Garante della privacy, allo stato attuale il mmg potrebbe essere esonerato dall'obbligo della emissione della fattura elettronica. Occorre però puntualizzare che:

- l'esonerazione dovrebbe riguardare solo le fatture emesse dal MMG nei confronti di persone fisiche, ovvero per tutte le prestazioni già trasmesse mediante l'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria;
- per tutte le fatture di acquisto (passive per il MMG) permane l'obbligo di ricevere fattura elettronica.

Sulle base delle certezze legislative attese entro fine anno, la Commissione Fisco interverrà con successive e tempestive comunicazioni, che saranno pubblicate sul sito [fimmg.org](http://fimmg.org).

## Soggetti coinvolti

L'obbligo vale esclusivamente per le operazioni effettuate tra soggetti residenti, stabiliti o identificati in Italia, pertanto le cessioni di beni e servizi intracomunitari o rivolte a soggetti extra UE potranno essere fatturate ancora in formato analogico (ovvero su carta).

Nulla cambia per quanto riguarda le fatture emesse a soggetti facenti parte della Pubblica Amministrazione: per tali fatture permane l'obbligo di fatturazione elettronica secondo le particolari modalità ed

il tracciato telematico previsto per la Fattura Elettronica PA (DM n. 55/2013). Sono esclusi dall'obbligo di fatturazione elettronica gli emolumenti percepiti dal MMG dalle Aziende Sanitarie relativamente alle prestazioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale ed esposte nello "statino" mensilmente trasmesso dalle Direzioni Amministrative al Medico stesso (Risoluzione Agenzia Entrate N.98/E - 2015).

Restano infine esonerati dall'obbligo di trasmissione della fatturazione elettronica, i cosiddetti "soggetti minori", ovvero:

- Contribuenti minimi di cui all'articolo 27, commi 1 e 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;
- Contribuenti in regime forfettario di cui all'articolo 1, commi da 54 a 89, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

## Tempistiche per la fatturazione

L'obbligo della fatturazione elettronica non ha modificato la normativa di riferimento in merito ai tempi di emissione della fattura; questa infatti deve essere emessa, nel caso di cessione di beni, entro le ore 24 del giorno di effettuazione dell'operazione (fattura immediata) o entro il giorno 15 del mese successivo (fatturazione differita), mentre, nel caso di prestazioni di servizi, entro le ore 24 del giorno in cui è avvenuto il pagamento, o altrimenti entro il giorno 15 del mese successivo a quello del pagamento. Per i soggetti che dal 1° gennaio 2019 avranno difficoltà nell'emettere la fattura elettronica

il Legislatore prevede tuttavia un regime transitorio, fino al 30 giugno 2019, durante il quale, in caso di emissione in ritardo del documento fiscale, non si applicano le sanzioni di cui l'articolo 6, del Decreto Legislativo 18 dicembre 1997, n. 471 o si applicano in misura ridotta. La disposizione è contenuta all'art. 10 del D. L. 119/2018.

Si segnala inoltre la concreta possibilità che vengano eliminate le sanzioni connesse al mancato rispetto degli obblighi di fatturazione elettronica per tutto il 2019, e non solo per il primo semestre. Ma su tale aspetto interverranno eventualmente successive comunicazioni. Inoltre, l'art. 11 D.L. 119/2018 prevede che a decorrere dal 1° luglio 2019 l'emissione delle fatture potrà avvenire entro 10 giorni dall'effettuazione delle operazioni. In tal caso, il contribuente dovrà riportare nella fattura la data dell'operazione. In questo caso la norma non incide però la disciplina dell'esigibilità dell'imposta e la conseguente liquidazione, che avverrà comunque mediante il versamento periodico il 16 del mese successivo al mese o trimestre di riferimento. La fattura elettronica, pertanto, si considererà emessa regolarmente se risulta trasmessa attraverso il Sistema di Interscambio entro 10 giorni dalla data dell'effettuazione dell'operazione.

## Modalità di fatturazione

Da un punto di vista tecnico la predisposizione alla fatturazione elettronica comporterà due principali obblighi per ogni titolare di partita IVA, ovvero:

- l'iscrizione all'anagrafe telematica: si può procedere a tale iscrizione direttamente dal sito dell'Agenzia delle Entrate. La procedura consiste nella registrazione dei dati della società o del professionista presso l'anagrafe telematica e nel rilascio da parte dell'Agenzia delle Entrate di un codice identificativo necessario per l'invio ed il recapito delle fatture (in alternativa è previsto il possibile utilizzo di una casella di posta elettronica certificata (PEC) che soddisfi però ad alcuni requisiti, soprattutto relativi alle dimensioni, per garantire la ricezione delle fatture ricevute)
- il munirsi di un software per l'elaborazione, invio e conservazione delle fatture elettroniche o, alternativamente, utilizzare la procedura web messa a disposizione gratuitamente dall'Agenzia delle Entrate nel rispettivo sito.

La fattura elettronica, emessa quindi tramite il software, dovrà essere inviata, tramite lo stesso software, al Sistema d'Interscambio (SdI), gestito dall'Agenzia delle Entrate, il quale provvederà a verificare la corretta compilazione della fattura, ovvero: 1. la presenza di un importo della prestazione 2. i dati obbligatori del "cliente" ai fini fiscali (art. 21 ovvero 21-bis del DPR n.633/72), che sono gli stessi che si riportavano obbligatoriamente nelle fatture cartacee, nonché l'indirizzo telematico (c.d. "codice destinatario" ovvero indirizzo PEC) al quale il cliente desidera che venga recapitata la fattura oppure la sua PEC. L'SdI controlla, inoltre, che la partita Iva del fornitore e la partita Iva, ovvero il Codice Fiscale del cliente, siano esistenti. Si ribadisce che per inviare correttamente una fattura elettronica è indispensabile che al suo interno sia riportato l'indirizzo telematico che il cliente ha comunicato al fornitore. Tale indirizzo potrà solo essere:

- un indirizzo PEC, ed in tal caso occorrerà compilare il campo della fattura "Codice Destinatario" con il valore "000000" (sette volte zero) e il campo "PEC Destinatario" con l'indirizzo PEC comunicato dal cliente;
- un codice alfanumerico di 7 cifre, in tal caso occorrerà compilare solo il campo della fattura "Codice Destinatario" con il codice comunicato dal cliente.

Qualora il cliente non abbia né indirizzo mail PEC né "codice destinatario" (come nel caso di fatturazione di prestazioni per certificazioni a persone anziane o non informatizzate...) in fattura lo spazio del CODICE ALFANUMERICO di 7 cifre andrà compilato con di 7 zeri: "0000000" (sette volte zero) e lasciando chiaramente non compilato il campo relativo all'indirizzo PEC. Dunque, se il cliente è un consumatore finale (come nel caso di prestazione fatturata ad un paziente), il MMG dovrà rilasciargli una copia su carta (o per email) della fattura inviata al SdI ricor-



**Con il processo di conservazione elettronica a norma, infatti, si avrà la garanzia – negli anni – di non perdere mai le fatture, riuscire sempre a leggerle e, soprattutto, poter recuperare in qualsiasi momento l'originale della fattura stessa**

dandogli che potrà consultare e scaricare l'originale della fattura elettronica nella sua area riservata del sito internet dell'Agenzia delle Entrate.

In caso di esito positivo dei controlli precedenti, il Sistema di Interscambio consegna la fattura al destinatario comunicando, con una "ricevuta di recapito", a chi ha trasmesso la fattura la data e l'ora di consegna del documento. Come si conservano le fatture elettroniche Per legge (art. 39 del Dpr n. 633/1972) sia chi emette che chi riceve una fattura elettronica è obbligato a conservarla elettronicamente. La conservazione elettronica, tuttavia, non è la semplice memorizzazione su PC del file della fattura, bensì un processo regolamentato tecnicamente dalla legge (CAD -Codice dell'Amministrazione Digitale).

Con il processo di conservazione elettronica a norma, infatti, si avrà la garanzia – negli anni – di non perdere mai le fatture, riuscire sempre a leggerle e, soprattutto, poter recuperare in qualsiasi momento l'originale della fattura stessa (così come degli altri documenti informatici che si decide di portare in conservazione). Il processo di conservazione elettronica a norma è usualmente fornito da operatori privati certificati facilmente individuabili in internet; tuttavia, l'Agenzia delle Entrate

mette gratuitamente a disposizione un servizio di conservazione elettronica a norma per tutte le fatture emesse e ricevute elettronicamente attraverso il Sistema di Interscambio. Tale servizio è accessibile dall'utente dalla sua area riservata del portale "Fatture e Corrispettivi". Cosa fare quindi? Ai fini dell'invio e conservazione delle fatture elettroniche, l'utente può scegliere tra gli strumenti gratuiti messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate (procedura web, utilizzabile accedendo al portale "Fatture e Corrispettivi" del sito internet dell'Agenzia; software scaricabile su PC; App per tablet e smartphone, denominata "Fatturae", scaricabile dagli store Android o Apple) o, in alternativa, un qualsiasi altro software disponibile sul mercato che possa svolgere la funzione. Alcune softwarehouse produttrici di software di gestione ambulatoriale, già predisposti per la emissione delle fatture per la cessione di prestazioni, stanno provvedendo ad arricchire i rispettivi prodotti di tali funzionalità ed informeranno i propri utilizzatori delle integrazioni del programma. La stessa FIMMG Nazionale sta provvedendo in merito per consentire ai propri Iscritti, entro i termini previsti di applicazione del decreto, l'utilizzo di una funzionalità operativa mediante NetMedica Italia.

## Tabella riassuntiva degli obblighi di fatturazione per i MMG

### Fatture Attive

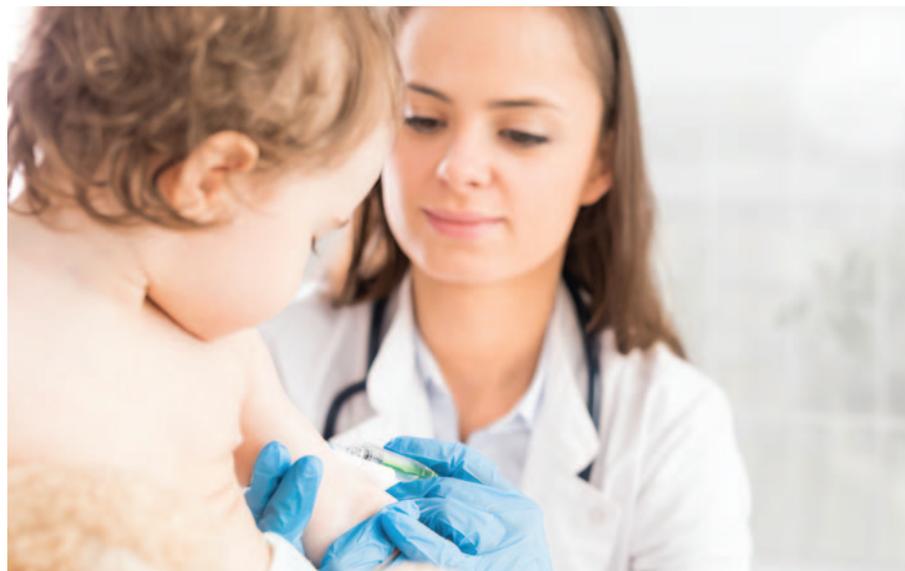
DESTINATARIO	OBBLIGHI	NOTE
Fatturazione verso le ASL per COMPENSI ACN	Nessun obbligo di emissione fattura elettronica. Nessun obbligo di emissione di fattura cartacea.	Risoluzione Agenzia Entrate N.98/E - 2015
Fatturazione verso privati (Assistiti: "consumatori finali" B2C)	Obbligo di emissione della fattura cartacea (Art. 21 del D.P.R. n. 633 del 1972)	Esonero dalla emissione della fattura elettronica (Art. 10-bis D.L. 119/2018)
Fatturazione Verso Strutture Sanitarie Private	Obbligo di emissione fattura elettronica	Nei rapporti B2B (soggetti titolari di partita IVA) è sempre obbligatoria emissione fattura elettronica.
Fatturazione Verso la Pubblica Amministrazione (ASL, Regione o altro)	Obbligo di emissione fattura elettronica.	Fanno eccezione tutte le ulteriori prestazioni che siano già inserite nello Statuto prodotto dalle ASL (esempio Compensi per partecipazione a Comitati Aziendali).

### Fatture Passive

SOGGETTO EMITTENTE	OBBLIGHI	NOTE
Tutti i soggetti obbligati ad emettere fattura elettronica	Il MMG deve comunicare il proprio CODICE UNICO DESTINATARIO o l'INDIRIZZO PEC che deve essere riportato in tutte le fatture passive che il MMG riceve nello svolgimento della propria attività. La deduzione dei costi deve essere sempre supportata da fatture elettroniche, a meno che il soggetto emittente rientri tra quelli esentati.	Si suggerisce di: 1) Evidenziare il proprio CODICE UNICO DESTINATARIO o INDIRIZZO PEC sulla propria carta intestata, sito web, ecc. 2) Richiedere presso gli esercizi commerciali sempre copia cartacea della fattura, in maniera da poterla anticipare al proprio consulente fiscale che provvederà poi al riscontro documentale presso il SdI, oltre ad avere garanzia della effettiva trasmissione della fattura stessa.

#### Si suggerisce di:

- 1) Evidenziare il proprio CODICE UNICO DESTINATARIO su propria carta intestata, sito web, ecc.
- 2) Richiedere presso gli esercizi commerciali sempre copia cartacea della fattura, in modo tale da poterla anticipare al proprio consulente fiscale che provvederà poi al riscontro documentale presso il SdI, oltre ad avere garanzia della effettiva trasmissione da parte del fornitore della fattura stessa.



## I VACCINI SONO UTILI, DICIAMOLO A TUTTI

Una brochure che spiega in modo semplice l'utilità dei vaccini, da distribuire negli studi dei medici di famiglia. Una campagna vincente, perché sono aumentate le persone che chiedono di vaccinarsi, ma che si scontra con i ritardi di alcune amministrazioni regionali



“Abbiamo pensato di mettere a disposizione dei medici di Medicina Generale uno strumento a supporto dell'attività di counselling vaccinale nel periodo di più intenso lavoro di una campagna di vaccinazione antinfluenzale che sta presentando per noi medici notevoli difficoltà organizzative in alcune Regioni a causa della tardiva e carente distribuzione dei vaccini”. Così **Tommasa Maio**, responsabile della Rete Vaccini Fimmg, presenta la brochure che trovate nelle pagine seguenti, che potrà essere riprodotta da tutti i medici di famiglia.

La brochure è stata anche inviata per mail ai mmg ed è disponibile sul sito Fimmg per essere scaricata e distribuita ai pazienti via mail, attraverso i social, nelle sale d'attesa degli studi dei medici di famiglia.

“La brochure è dedicata soprattutto agli anziani - spiega **Angela Amodeo**, mmg della Rete Vaccini, curatrice della pubblicazione - e contiene informazioni sui vaccini utili a prevenire in questi soggetti malattie infettive che possono avere gravi complicanze o peggiorare la qualità di vita quali l'influenza, le malattie da pneumococco, l'herpes zoster”.

Più di mille copie della brochure sono state, inoltre, distribuite durante la convention di Federanziani che si è tenuta



**La brochure è stata anche inviata per mail ai mmg ed è disponibile sul sito Fimmg per essere scaricata e distribuita ai pazienti via mail, attraverso i social, nelle sale d'attesa degli studi dei medici di famiglia**

a Rimini, dove Fimmg è stata presente aAcon uno stand informativo.

“Ringrazio i componenti della Rete Vaccini della Fimmg - sottolinea **Tommasa Maio** - che hanno ideato questa che è il primo di una serie di materiali educativi che saranno prodotti e messi a disposizione dei medici di Medicina Generale per informare i pazienti sull'importanza delle vaccinazioni in età adulta”.

E in effetti, i risultati della campagna a favore dei vaccini sembrano positivi. “Quest'anno la Medicina Generale e i cittadini italiani hanno mostrato un rapporto fiduciario con la vaccinazione senza precedenti”, ha detto **Silvestro Scotti**, segretario generale della Fimmg, parlando della campagna vaccinale in corso contro l'influenza. “La campagna novax, radicalizzando lo scontro, è servita più a far vaccinare persone che non a evitare che si vaccinassero”, ha sottolineato Scotti, intervenendo a Potenza, dove l'Azienda sanitaria si è particolarmente impegnata per definire ed attuare una strategia per raggiungere l'obiettivo di una copertura vaccinale di tutte le categorie a rischio ed in particolare per la popolazione over 65.



# I vaccini funzionano e rendono più forti



FIMMG Federazione Italiana Medici di Famiglia  
[www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)  
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma  
Tel. 0654896645  
Email: [fimmg@fimmg.org](mailto:fimmg@fimmg.org)

## PERCHÉ È IMPORTANTE VACCINARSI?

Andando avanti con l'età il nostro sistema immunitario si indebolisce e quindi diminuisce la nostra capacità di resistere alle malattie infettive. Perdiamo inoltre la protezione dei vaccini fatti durante l'infanzia.

Le persone che hanno più di 65 anni sono sicuramente più vulnerabili e corrono un rischio maggiore non solo di ammalarsi ma anche di avere più spesso complicanze gravi o gravissime. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ogni anno di sola influenza in Italia muoiono circa 8 mila persone, di cui il 90% di età superiore ai 65 anni.

Le vaccinazioni ci proteggono da malattie come l'influenza, le polmoniti e le meningiti da pneumococco, la pertosse, il Fuoco di Sant'Antonio che possono avere gravi complicanze.

Per questo motivo il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione offre gratuitamente le vaccinazioni utili alle persone che hanno compiuto 65 anni.

## QUALI VACCINI?

Vaccino anti-influenzale 1 dose all'anno per difendersi dall'influenza stagionale.

Vaccino pneumococcico coniugato una dose seguita a distanza di tempo da una dose di vaccino pneumococcico polisaccaridico: proteggono dalle malattie pneumococciche.

Vaccino anti Herpes zoster protegge contro il Fuoco di Sant'Antonio, 1 dose.

Richiamo dei Vaccini contro la difterite, il tetano, la pertosse e la polio, nella formulazione per adulti, 1 dose ogni 10 anni.

In caso di particolari condizioni di rischio possono essere indicate anche le vaccinazioni contro meningococco, epatite A o epatite B. Chiedi al tuo medico di famiglia.

## VACCINO ANTI-INFLUENZALE

L'Influenza è una delle malattie più comuni e delle più pericolose. Aumenta la probabilità di andare incontro a ictus, infarto, polmonite, BPCO. Se associata a complicanze può causare la morte.

La vaccinazione è l'arma migliore per prevenire l'Influenza

- Deve essere ripetuta ogni anno tra Ottobre e Dicembre perché il virus cambia in ogni stagione.
- È gratuita ed è raccomandata ogni anno per i soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, per gli adulti con patologie croniche, per chi assiste un anziano o una persona fragile.
- Ha molto raramente effetti indesiderati che sono comunque lievi e si risolvono spontaneamente: gonfiore nella sede dell'iniezione, malessere generale, febbre e lievi dolori muscolari.

## VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCO

Lo Pneumococco è un batterio presente nel naso e nella faringe di molti soggetti che si trasmette con la saliva, la tosse e gli starnuti.

In caso di abbassamento delle difese immunitarie può causare diverse malattie molto gravi tra cui la polmonite, la meningite, la setticemia.

Per prevenire le malattie da pneumococco sono disponibili due vaccini, il PCV13 e il PPV23, entrambi efficaci e ben tollerati.

- I due vaccini devono essere somministrati in sequenza l'uno dopo l'altro a distanza di tempo.
- La vaccinazione è gratuita ed è raccomandata per i soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, per gli adulti con patologie croniche.
- La vaccinazione anti-pneumococco può essere offerta insieme alla vaccinazione anti-influenzale ma può essere somministrata anche indipendentemente, in qualsiasi momento dell'anno.

## VACCINO ANTI-HERPES ZOSTER

L'Herpes Zoster, conosciuto anche come Fuoco di Sant'Antonio, è una malattia molto comune causata dal virus della Varicella. Il Virus dopo la prima infezione rimane nel sistema nervoso e dopo molti anni può riattivarsi e colpire la cute e le terminazioni nervose causando la dolorosa neuropatia post-erpetica che si manifesta con dolore intenso che spesso i farmaci non riescono a controllare.

- Il vaccino è l'unico strumento che permette di prevenire la riattivazione del virus e la comparsa della neuropatia.
- Si tratta di un vaccino ben tollerato, che può essere fatto in qualsiasi momento dell'anno.
- La vaccinazione è gratuita ed è raccomandata per i soggetti di età pari o superiore ai 65 anni e per gli adulti con patologie croniche a partire dai 50 anni.

I vaccini proteggono la vita

Le vaccinazioni sono gratuite per chi ha compiuto 65 anni

Il medico di famiglia ti può informare sui vaccini, consultalo



# Aerosol terapia: un respiro di salute

Per educare e informare i cittadini sul ruolo dell'aerosolterapia nella cura delle patologie delle alte, medie e basse vie respiratorie FederAsma e Allergie Onlus realizza la campagna educativa "Un Respiro di Salute"



"La campagna inizia nel 2018 e proseguirà nel 2019 con appuntamenti tematici sulle allergie, otiti e tematiche estive ed autunnali. Con questa campagna vogliamo mettere a disposizione strumenti informativi esaustivi che ci permettano di fornire risposte validate ma fruibili" spiega Carlo Filippo Tesi, Presidente di FederAsma e Allergie Onlus. La campagna educativa, resa possibile grazie al contributo non condizionato di Chiesi Italia, la filiale italiana del Gruppo Chiesi, partirà quest'anno attraverso la divulgazione di locandine informa-

tive e del leaflet "Vademecum sull'aerosolterapia - I benefici per il paziente", distribuiti presso gli studi medici, in farmacia, scaricabili dal sito [www.federasmaeallergie.org](http://www.federasmaeallergie.org) o visualizzabili direttamente sul cellulare utilizzando il QRcode dedicato.

## COS'È L'AEROSOLTERAPIA

L'aerosolterapia è una modalità di somministrazione di farmaci e presidi terapeutici che vengono trasformati in aerosol. Con l'aerosolterapia il trattamento viene rilasciato direttamente nelle vie aeree, nella zona da curare, ed è possibile ottenere effetti terapeutici più rapidi, si somministrano dosaggi di cura inferiori a quelli necessari con una terapia orale o iniettiva con un minor rischio di effetti indesiderati. Appartengono a questa classe di dispositivi: gli spray pre-dosati, gli inalatori a polvere secca e i nebulizzatori.

I nebulizzatori sono nell'immaginario comune, ma poco si conosce sull'evoluzione tecnologica degli ultimi anni e sui numerosi ambiti in cui possono essere impiegati. I nebulizzatori risultano, infatti, particolarmente adatti ai bambini e adulti di tutte le età, sono indicati per ogni stadio anche severo e acuto della patologia respiratoria e permettono una terapia indolore, non invasiva, semplice, intuitiva e facile da utilizzare.

## LA NEBULIZZAZIONE "TAGLIA" IL FARMACO SU MISURA

La nebulizzazione oggi è in grado di erogare le soluzioni fisiologiche e/o farmacologiche in particelle di differenti dimensioni; ciò permette alla terapia di arrivare velocemente nelle alte, nelle medie e nelle basse vie respiratorie in base alla zona dell'apparato respiratorio da raggiungere, con dosi minori rispetto a quelle assunte per via sistemica. Questo risultato si raggiunge anche grazie all'impiego di accessori studiati per rispondere alle differenti necessità: docce nasali per le alte vie respiratorie, maschera per le alte, medie e basse vie respiratorie e boccaglio per le basse vie respiratorie.

Grazie alla nebulizzazione si possono inoltre combinare più terapie, rendendo possibile una cura personalizzata, anche ad alte dosi.

## I CAMPI DI APPLICAZIONE DELLA NEBULIZZAZIONE

Con l'inverno ormai protagonista, la nebulizzazione diventa un'alleata per fronteggiare le patologie dell'apparato respiratorio che colpiscono in queste settimane i bambini, anche molto piccoli, e gli adulti di tutte le età.

"I virus parainfluenzali sono causa di molte patologie delle alte vie aeree: raffreddore, tosse, mal di gola che comporta-

no sintomi fastidiosi e anche dolorosi. L'impatto negativo sulla qualità di vita di tali patologie è alto. Il raffreddore è il più frequente, non è pericoloso, ma non deve essere sottovalutato né trascurato: molte riniti evolvono, infatti, in complicanze soprattutto nei soggetti più delicati" afferma il professor Fabrizio Pregliasco, virologo e ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi dell'Università di Milano e Direttore Sanitario dell'IRCCS Galeazzi di Milano. "La nebulizzazione - prosegue Pregliasco - può essere una valida metodologia per curare i sintomi evitando le complicanze: in particolare, in combinazione con la doccia nasale, si igienizza la cavità nasale, colpita da ostruzione causata da muco e catarro. In questo modo è possibile ridurre il rischio che il virus si estenda, andando sempre più giù, causando complicanze quali sinusite (la più frequente), otiti e laringotracheobronchiti (soprattutto nei bambini) o patologie delle basse vie aeree (più frequenti nei soggetti anziani)".

Le forme parainfluenzali, che colpiscono naso, orecchie e gola, possono essere fattore di riattivazione della rinosinusite che può arrivare a protrarsi per tutto l'anno. "I virus respiratori in queste settimane sono la regola e colpiscono

indistintamente adulti e bambini. Spesso ad essere coinvolto è tutto il distretto delle alte vie respiratorie. Rhinovirus e virus parainfluenzali penetrano nella mucosa respiratoria aumentando la produzione di muco, causando edema, occludendo i seni paranasali che, ostruiti, favoriscono il processo infiammatorio. In questi casi possiamo curare le conseguenze e il sintomo più evidente: la tosse" sottolinea il professor Gian Luigi Marseglia, Presidente della Conferenza Permanente delle Scuole di Pediatria, Presidente eletto della SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica) e Direttore Clinica Pediatrica Università di Pavia-Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. "L'utilizzo della nebulizzazione con l'erogazione di molecole di farmaco che si vaporizzano in particelle di dimensioni adeguate - aggiunge Marseglia - permette di disinfiammare la mucosa e di poter tornare a respirare. Il lavaggio nasale, in particolare, con soluzioni fisiologiche, consente di raggiungere la cavità dei seni paranasali rimettendoli rapidamente in comunicazione con il naso e ripristinando un corretto respiro".

con il contributo di:

  
People and ideas for innovation in healthcare





## LA MEDICINA DI SIMULAZIONE NEI PERCORSI DI FORMAZIONE DELLA MG

**Walter Marrocco**  
Fimmg - Simpesv

Nel Congresso nazionale Fimmg-Metis 2018, Simpesv ha proposto una serie di percorsi esperienziali che possono migliorare le competenze dei mmg attraverso i metodi e gli strumenti della medicina di simulazione, nella formazione di base e nella formazione continua

LA SIMULAZIONE È UNA TECNICA, non una tecnologia, per sostituire o amplificare esperienze reali con esperienze guidate che evocano o replicano aspetti sostanziali del mondo reale in modo completamente interattivo.

La simulazione è ampiamente considerata efficiente dal punto di vista della formazione e allo stesso tempo complementare alle iniziative in favore della sicurezza dei pazienti rilevante nel processo di formazione clinica. L'adozione formale della simulazione nei piani di studio per la formazione sanitaria sta cominciando a farsi strada. Tuttavia, poiché si possa comprendere a fondo il valore della simulazione, l'opinione prevalente è che i leader e i legislatori responsabili delle riforme nel settore sanitario dovrebbero, sulla base delle indicazioni fornite dai dati disponibili, considerare i vantaggi della simulazione con una visione all'intere-

grazione (dove appropriato) all'interno dei piani formativi nel settore della sanità.

Sono obiettivi della didattica con tecniche di simulazione:

- promuovere la simulazione come metodica di formazione nella sanità a vari livelli professionali ed interprofessionali;
- farsi garante di una metodologia applicativa che serva per qualunque soggetto (società scientifiche, ospedali, privati, ecc.) che abbia intenzione di applicare la simulazione come strumento di formazione nel proprio ambito;
- promuovere attività di ricerca insieme a centri qualificati di simulazione nei settori di ricaduta sulla performance lavorativa, modalità e tipo di raccolta dati, durata temporale;
- dettare linee guida per il curriculum dei formatori/istruttori;
- farsi parte attiva per organizzare corsi di formazione per istruttori/facilitatori;
- dare supporto culturale, metodologico, organizzativo a soggetti o società scientifiche che hanno intenzione di preparare corsi;
- costruire un "database";
- dei corsi effettuati nei vari ambiti specifici in modo da raccogliere tutte le più varie esperienze italiane.

### La Simulazione nella Formazione del Medico di Medicina Generale

Al medico di Medicina Generale è richiesta la capacità di relazionarsi al paziente, interpretare la sua domanda e utilizzare le sue competenze cliniche per la corretta ed efficace gestione del caso. Competenze, inoltre, sempre più rilevanti sono anche quelle manageriali, che mettano in grado il medico di operare efficacemente entro le AFT (associazioni funzionali territoriali) recentemente introdotte in molte Regioni italiane, ambulatori integrati multidisciplinari operativi 24h, che porteranno un grande cambiamento nell'assistenza erogata ai cittadini e quindi anche nelle attività del medico di MG.

### Integrazione della Simulazione

Il valore aggiunto che la simulazione può portare alla formazione del medico di Medicina Generale è indubbiamente molto alto e consente di sperimentare o di reinterpretare, in un ambiente diverso e con strumentazione diversa, le espe-



rienze cliniche e relazionali che il medico si trova ad affrontare durante le fasi pratiche del suo percorso. L'approccio con il paziente, l'interpretazione della domanda e la sua gestione, gli esami clinici, la presa in carico o l'informazione sono momenti tipici dell'esperienza del medico di MG e sono tutti momenti che possono essere supportati da un'attività in simulazione. Per integrarla nel tirocinio, è necessario sviluppare/acquistare software specifici per la Medicina Generale, metterli a disposizione dei docenti e soprattutto dei coordinatori, il ruolo più indicato per gestirne l'interazione con le esperienze concrete vissute dai medici durante le attività pratiche, individualmente e in gruppo: in pratica si tratta di avviare un nuovo ambiente formativo, accanto a quelli consolidati della pratica e della teoria, che attinge da entrambi e che può contribuire ad arricchirli.

### La simulazione nella Formazione Medica Continua

#### Identificazione degli obiettivi formativi

Gli obiettivi della formazione medica continua corrispondono alla necessità da parte del medico di aggiornamento, regolamentato dal conseguimento dei crediti formativi nell'ambito del programma ministeriale di Educazione Medica Continua (ECM), ed alla necessità professionale di aggiornamento e revisione delle competenze e delle "abitudini" operative condizionate dal sistema e dalle realtà individuali.



**Al medico di Medicina Generale è richiesta la capacità di relazionarsi al paziente, interpretare la sua domanda e utilizzare le sue competenze cliniche per la corretta ed efficace gestione del caso**

### Integrazione della simulazione

Allo svolgimento dell'attività medica è richiesto un elevato grado di conoscenza e di competenza tecnica, la "non conoscenza" e/o l'omissione di pratiche diagnostiche e terapeutiche, qualora vi sia l'indicazione specifica, configurano il reato di colpa grave da parte del medico. L'attività del medico, inoltre, si svolge in molti casi in condizioni di stress emotivo ed in situazioni di emergenza a ad elevata complessità laddove il "fattore umano" è il principale determinante dell'errore in medicina. L'integrazione della simulazione nel percorso di aggiornamento del medico rappresenta un'opportunità di perfezionamento delle conoscenze e delle competenze e di "correzione" di eventuali modalità operative non ottimali. La simulazione consente inoltre l'educazione all'identificazione e dall'analisi del comportamento umano in condizioni critiche e di stress emotivo attraverso la modalità di individuazione sistematica delle variabili "non tecniche" che concorrono al compimento di un'azione e che contribuiscono a configurare il "fattore umano".

### Percorsi esperienziali al Congresso Fimmg-Metis

Durante il recente Congresso nazionale Fimmg-Metis (Chia Laguna, 1-6 ottobre 2018) la Simpesv ha proposto una serie di percorsi esperienziali che possono migliorare le competenze dei mmg attraverso i metodi e gli strumenti della Medicina di Simulazione rivolti a piccolissimi gruppi.

L'obiettivo dell'iniziativa di esperienze di Medicina di Simulazione proposte è stato quello di acquisizione di competenze da parte dei mmg finalizzate ad offrire ai Pazienti afferenti agli studi medici risposte ai loro bisogni che non sempre trovano, o trovano con estrema difficoltà nelle strutture pubbliche territoriali, si che assistiamo ad un inarrestabile aumento delle Liste di Attesa.

Sono quindi stati realizzati, in collaborazione con la Simmed (Soc. Italiana di Simulazione in Medicina) incontri di piccoli gruppi (4 mmg) che hanno potuto utilizzare strumenti di Medicina di Simulazione per l'appropriato posizionamento di catetere vescicale sia nel maschio che nella femmina con manichini evoluti e la realizzazione di suture cutanee, sempre con materiali che simulano i tessuti umani. Nel complesso circa 200 mmg hanno potuto fare, con grande soddisfazione, queste esperienze.

**I continui sforzi** per controllare il consumo di tabacco in California hanno permesso la diminuzione dei fumatori, ridotto la quantità di sigarette fumate e convinto i fumatori a smettere di fumare in giovane età, quando il rischio di sviluppare il cancro polmonare è basso. Di conseguenza, i decessi per cancro al polmone sono calati del 28% in California rispetto al resto degli Stati Uniti e il divario si sta allargando ogni anno di quasi un punto percentuale.

I ricercatori dell'*University of California, San Diego School of Medicine* e del *Moore's Cancer Center*, sostengono che l'approccio californiano è stato particolarmente efficace nel fare in modo che i giovani riducessero il vizio del fumo. La California ha raggiunto il successo sottolineando fortemente le prove che collegano il fumo al cancro del polmone, attraverso politiche volte a scoraggiare il consumo di tabacco e, dal 1988, approvando un'iniziativa per istituire il primo programma di controllo del fumo di tabacco a livello nazionale, gestito dal California Department of Public Health. "Fin dai primi giorni della messa in atto del programma, i giovani californiani sono stati meno propensi a diventare fumatori dipendenti", dice John P. Pierce, Professor Emeritus of Cancer Prevention at UC San Diego School of Medicine and Moore's Cancer Center. "Quello che abbiamo visto - continua Pierce - tra le persone sotto i 35 anni, è un tasso di *smoke*



## California: morti per cancro polmonare calate del 28%

*beginning* più basso del 39%, un consumo di sigarette minore del 30% e un tasso di *stop smoking* del 24% maggiore, rispetto a soggetti di età simile nel resto del paese".

Pierce e coll. hanno analizzato i dati sul fumo, provenienti dalla *National Health Interview Survey* (1974-2014) e i dati sul cancro del polmone dal *Surveillance Epidemiology and End Results* (1970-2013). Lo studio ha incluso 962.174 residenti negli Stati Uniti, il 10% californiani. La mortalità per cancro del polmone in California è diminuita da un tasso annuale di 108/100.000 persone oltre i 35 anni nel 1985 a 62,6/100.000 nel 2013. La velocità di questo calo è del 33% maggiore rispetto al resto degli Stati Uniti. Negli USA, le persone che decidono di smettere di fumare sono in forte aumento in tutto il paese, ma questo dato non spiega perché il declino del cancro polmonare sia stato molto più veloce in California: la spiegazione è attribuita solo al successo dei programmi di controllo del tabacco in questo stato, efficaci nel convincere i giovani a non fumare. Secondo i Centers for Disease Control and Prevention, oltre 7.000 sostanze chimiche sono presenti nei prodotti di combustione delle sigarette e almeno 70 di queste sono conosciute come cancerogene; il fumo di sigaretta è stato collegato a oltre il 90% dei tumori polmonari negli Stati Uniti e i fumatori hanno una probabilità di cancro polmonare 15-30 volte superiore rispetto ai non fumatori. Smettere di fumare a qualsiasi età migliora la qualità della vita e smettere prima dei 35 anni aiuta i fumatori a evitare quasi tutti gli effetti negativi del fumo sulla salute, mentre a 50 anni riduce il rischio di quasi la metà.

*John P. Pierce et al. Cancer Prevention Research, 2018.*

**A livello mondiale, il numero di bambini nati con taglio cesareo (TC) è quasi raddoppiato tra il 2000 e il 2015 - dal 12 al 21% - secondo una serie di studi presentati al recente *International Congress of Federation of Gynecology and Obstetrics (ICFIGO)*, svoltosi in Brasile. Mentre la chirurgia salvavita non è ancora disponibile per molte donne e bambini nei paesi e nelle regioni a basso reddito, il TC è sovrautilizzato in molti contesti a medio e alto reddito. Il TC rimane un intervento salvavita per donne e neonati quando si verificano complicazioni come sanguinamento, sofferenza fetale, malattia ipertensiva e posizione anomala del nascituro e non è privo di rischi per madre e bambino. Si stima che il 10-15% delle nascite richieda un TC a causa di complicanze,**



## Il linguaggio dei post di Facebook può prevedere futuri casi di depressione

**Ogni anno, la depressione colpisce oltre il 6% della popolazione adulta negli Stati Uniti, circa 16 milioni di persone. Che cosa accadrebbe se un algoritmo potesse scannerizzare i social media e puntare alle "red flags" linguistiche della malattia prima della formulazione di una diagnosi?**

Una nuova ricerca dell'*Università della Pennsylvania* e della *Stony Brook University* di New York dimostra che ora è possibile.

Analizzando i dati dei social media, condivisi da utenti che hanno fornito il loro consenso, nei mesi precedenti a una diagnosi di depressione, i ricercatori hanno scoperto che il loro

algoritmo poteva prevedere con precisione una depressione futura. Gli indicatori includevano menzioni di ostilità e solitudine, parole come "lacrime" e "sentimenti" e uso di più pronomi in prima persona come "io" e "me". "Quello che le persone scrivono sui social media e online coglie un aspetto della vita al quale è molto difficile accedere in medicina e nella ricerca", dice H. Andrew Schwartz, ricercatore del World Well-Being Project (WWBP). "È una dimensione relativamente inutilizzata - continua -, rispetto ai marcatori biofisici della malattia: in depressione, ansia e PTSD, si trovano molti

segnali nel modo in cui le persone si esprimono in modalità digitale. I dati provenienti dai social media contengono marcatori simili a quelli interni al genoma: con metodi sorprendentemente simili a quelli usati nella genomica, possiamo combinare i dati dei social media al fine di trovare questi indicatori". I ricercatori hanno quindi incrociato i dati di utenti che avevano acconsentito a condividere gli stati su Facebook e le informazioni dei record medici; essi hanno poi analizzato i risultati, usando tecniche di apprendimento automatico per associarle con una diagnosi clinica di depressione. "Questo

## Il taglio cesareo è quasi raddoppiato nel mondo dal 2000

suggerendo la sua applicazione solo in questi casi. Più di uno su quattro paesi nel 2015 ha registrato livelli più bassi di TC (28%), mentre la maggior parte dei paesi ha utilizzato il TC sopra il livello raccomandato (63%). In almeno 15 paesi l'uso del TC supera il 40%.

“Nei casi in cui si verificano complicazioni – dice Marleen Temmerman, Aga Khan University, Kenya and Ghent University, Belgium –, il TC salva vite, ma occorre aumentarne l'accessibilità nelle regioni più povere, rendendo questi interventi universalmente disponibili, senza utilizzarli eccessivamente”.  
Gli studi dell'ICFIGO tracciano le

tendenze nel TC a livello mondiale sulla base dei dati provenienti da 169 paesi, tratti dai database OMS e UNICEF: ogni anno l'uso del TC è aumentato nel mondo del 3,7%, nel periodo 2000-2015, passando dal 12% (16 milioni su 131,9) del 2000 al 21% dei nati vivi (29,7 milioni su 140,6) del 2015. Il ritmo del cambiamento varia sostanzialmente tra le regioni: l'Asia meridionale ha visto il più rapido aumento (6,1% annuo), con il TC sottoutilizzato nel 2000, ma sovrautilizzato entro il 2015 (passando dal 7,2% delle nascite al 18,1%). I cambiamenti sono stati minori nell'Africa subsahariana (circa il 2% annuo), dove l'uso del TC è rimasto basso, passando dal 3 al 4,1% delle nascite in Africa occidentale e centrale e dal 4,6 al 6,2% in Africa orientale e meridionale. Il TC continua, invece, ad essere sovrautilizzato in Nord America, Europa occidentale, America Latina e Caraibi, dove i tassi sono aumentati di circa il 2% all'anno tra il 2000 e il 2015: in particolare dal 24,3 al 32% in Nord America, dal 19,6 al 26,9% in Europa occidentale e dal 32,3 al 44,3% in America Latina e nei Caraibi. Gli aumenti globali sono attribuibili a più nascite ospedaliere (circa due terzi dell'aumento). Guardando le tendenze in Brasile e Cina, dove c'è un uso elevato del TC, la maggior parte dei TC era applicato in gravidanze a basso rischio e in donne precedentemente sottoposte a TC. In Brasile, sono stati osservati livelli particolarmente alti nelle donne con istruzione elevata, rispetto a donne con livello di istruzione più bassa (54,4

rispetto al 19,4%). Nei 10 paesi con il più alto numero di nascite nel periodo 2010-2015, si sono verificate grandi differenze tra le regioni: ad esempio, le differenze tra le province cinesi variavano dal 4% al 62% e quelle tra gli stati indiani dal 7% al 49%. Stati Uniti, Bangladesh e Brasile hanno riportato l'uso del TC in oltre il 25% delle nascite a livello nazionale, ma alcune regioni o stati, all'interno di questi paesi, lo hanno utilizzato circa il doppio. Sono state riscontrate anche notevoli disparità tra paesi a basso e medio reddito, dove le donne più ricche avevano sei volte più probabilità di essere sottoposte a TC, rispetto alle donne a minor reddito e dove il TC era 1,6 volte più comune nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche. Nel Regno Unito il TC è aumentato dal 19,7% delle nascite nel 2000 al 26,2% nel 2015.

I paesi ove l'utilizzo del taglio cesareo supera il 40% sono risultati: Repubblica Dominicana 58.1% nel 2014, Brasile 55,5% nel 2015, Egitto 55.5% nel 2014, Turchia 53,1% nel 2015, Venezuela 52.4% nel 2013, Cile 46% nel 2014, Colombia 45,9% nel 2016, Paraguay 45.9% nel 2016, Iran 45.6% nel 2010, Ecuador 45.5% nel 2013-2014, Mauritius 44.7% nel 2013, Georgia 41.4% nel 2015, Maldive 41.1% nel 2011, Messico 40,7% nel 2015, Cuba 40.4% nel 2014. Negli Stati Uniti, l'utilizzo minore del TC è stato del 17,9% (New Mexico) e l'uso maggiore è stato del 33,1% (New Jersey). In Bangladesh, si andava dal 18,9% (Stato di Sylhet) al 42,7% (Stato di Khulna). In Brasile, dal 33,9% (Stato di Amapá) al 70,2% (Stato di Goiás).

Ties Boerma et al. The Lancet, 2018; 392 (10155): 1341.



è uno dei primi lavori del nostro *Social Medicine Registry* del Penn Medicine Center for Digital Health – continua Schwartz –, che unisce i dati dei social media a quelli delle cartelle cliniche. Per questo progetto, i dati sono stati resi anonimi e rispettati i più severi livelli di privacy e sicurezza”.

Quasi 1.200 persone hanno acconsentito a fornire i loro dati sul social media: di questi, solo 114 avevano una diagnosi di depressione nelle loro schede sanitarie. I ricercatori hanno poi confrontato ogni soggetto depresso con 5 soggetti non depressi, per un campione totale di 683 soggetti. Per costruire l'algoritmo, sono stati esaminati 524.292 aggiornamenti di Facebook e sono

state determinate parole e frasi utilizzate più frequentemente e valutati 200 argomenti per scoprire i “marcatori linguistici associati alla depressione” e quanto erano utilizzati dai soggetti depressi rispetto a quelli di controllo. Questi marcatori comprendevano processi emotivi, cognitivi e interpersonali come ostilità, solitudine, tristezza, reiterazione del pensiero: tutti potevano prevedere la depressione già tre mesi prima della manifestazione clinica. “È opinione comune – concludono i ricercatori – che usare i social media non sia un bene per la salute mentale: l'analisi del loro contenuto potrebbe rivelarsi, però, uno strumento importante per dia-



gnosticare, monitorare e, infine, curare la depressione; la speranza è che, un giorno, questi sistemi di screening possano essere integrati nei sistemi di cura”.

Andrew Schwartz et al. *PNAS*, 2018.



## IL SORBO, UNA PIANTA ANTICA PER UNA PELLE GIOVANE

Conosciuto fin dall'antichità, il frutto del sorbo ha proprietà antiossidanti, astringenti, antiinfiammatorie, lenitive, diuretiche, detergenti, rinfrescanti e tonificanti grazie all'azione del sorbitolo. E, con cautela, il sorbitolo può essere utilizzato come dolcificante anche per i diabetici

IL SORBO, nome botanico *Sorbus domestica*, è un albero appartenente alla famiglia delle Rosaceae ed è originario dell'Asia Minore ed Europa Meridionale. Il nome del genere, che incontriamo nel latino classico *sorbus*, deriverebbe dalla parola celtica *sor* con il significato di "aspro", mentre l'indicativo specifico domestica significa, probabilmente, che erano alberi piantati nelle vicinanze delle case. Il genere *Sorbus* comprende all'incirca un centinaio di specie, ampiamente diffuse in tutta l'Europa e in America. La specie *Sorbus domestica* L., con

**Francesca Taormina  
Serena Fasulo  
Vittorio Di Carlo**

due varietà, la pyriferà con il frutto che assomiglia a una pera in miniatura e la maliferà che produce invece un frutto somigliante a una piccola mela, è presente in quasi tutte le regioni italiane nella fascia sub-mediterranea e submontana. È una specie eliofila molto resistente, riesce a sopportare le basse temperature, non riporta danni da attacchi di parassiti, può raggiungere i venti metri di altezza e un'età superiore a duecento anni.

I suoi fiori bianchi, raccolti in ampi corimbi, posti al termine dei rametti danno origine a piccoli frutti, che, piuttosto piccoli anche da maturi, raggiungono, in media, i 5 centimetri di diametro. Al momento della maturazione questi hanno un colore giallo con delle possibili striature rosse. Il periodo ideale per la raccolta del frutto cade intorno al mese di settembre.

Le sorbe di colore giallo-rossastro e punteggiato, che diventano marrone dopo aver completato il processo di matura-

zione, detto ammezzimento, durante il quale il frutto diventa di colore marrone e la polpa tenera, mediante una leggera fermentazione. In questa fase il colore della buccia vira verso il rosso porpora con la trasformazione dei tannini in zuccheri.

### Caratteristiche nutrizionali

I frutti risultano essere molto ricchi di carboidrati (glucosio e fruttosio), acidi organici (acido citrico prevalentemente), alcoli, fibre solubili, vitamina C, tannini (presenti prevalentemente nel frutto acerbo) dalle caratteristiche astringenti, e sostanze amare da cui deriva il nome del frutto, come la sorbina, l'acido sorbico e l'acido sorbotanico. Il sorbitolo presente nelle sorbe apporta calorie pari a quelle derivanti dal glucosio: 4 Kcal/g. Presso i romani l'uso dei frutti del *Sorbus domestica* è ampiamente documentato, varie sono le citazioni, anche in ricette; i celti invece li consideravano cibo per gli dei e la pianta veniva considerata un amuleto contro fulmini e malefici.

I frutti possono essere impiegati nella preparazione di marmellate, sidro e liquori distillati. Fatti macerare nello zucchero e quindi distillati, offrono uno squisito liquore simile a quello prodotto dagli altri sorbi.

Il Sorbo è pianta tintoria: gli estratti della

corteccia, molto ricca di tannini, possono essere impiegati nella concia delle pelli.

Il legno, come in tutte le Rosacee, è molto pregiato, rosso bruno, ad alborno più chiaro, duro, compatto ed elastico, pregiato per la produzione di strumenti musicali e rifiniture di pregio e per la caratteristica di essere resistente all'attrito; è adatto alla lavorazione al tornio, era infatti usato per la realizzazione delle viti dei torchi e nella realizzazione di attrezzi rurali e casalinghi.

I frutti sono molto ricercati dalla fauna selvatica e particolarmente apprezzati dagli uccelli.

#### Utilizzo

La polpa dei frutti maturi è ricca di agenti antiossidanti come i fenoli, flavonoidi e tannini oltre ad essere un'importante fonte di minerali quali calcio, zinco e magnesio. Per le sue caratteristiche antiossidanti la polpa del sorbo è utilizzata per la preparazione di maschere detergenti, tonificanti, indicate soprattutto per le pelli sensibili e precocemente invecchiate. Le sorbe sono ricche di sorbitolo, uno stabilizzante, dolcificante, a basso contenuto calorico, agente per lievitazione (E420); può essere usato anche dai diabetici poiché il sorbitolo viene trasformato in fruttosio senza intervento dell'insulina.

La polpa dei frutti ha proprietà astringenti grazie all'azione dei tannini, antiinfiammatorie, lenitive, diuretiche, detergenti, rinfrescanti e tonificanti grazie all'azione del sorbitolo.

I frutti sono ricchi di acido tartarico, acido citrico, acido sorbico (azione antibatterica e antimicotica), acido malico (facilita il rilascio immediato di energia proveniente dal cibo, ha un importante ruolo nell'aumento della resistenza durante le prestazioni sportive), pectina, vitamina C, saccarosio.

Il gemmoderivato che si ottiene dalla macerazione di gemme fresche, favorisce la circolazione venosa degli arti inferiori.



**La Sorba era conosciuta già al tempo dei Romani che ne apprezzavano la tenerezza e la dolcezza, soprattutto nella preparazione di liquori. Riferimenti alla sorba li troviamo in diversi autori, a partire da Plinio che, nella sua memorabile opera *Naturalis Historia*, ne ha descritto le caratteristiche fisiche e organolettiche**

#### Controindicazioni

Non ci sono controindicazioni evidenziate da adeguata documentazione scientifica. È sconsigliato l'uso del sorbo nel caso di stipsi.

Evitare l'uso in gravidanza ed allattamento. È sconsigliato nei bambini di età inferiore ad un anno. È sconsigliato l'uso del sorbitolo come zucchero alternativo nei diabetici, nei casi di iperglicemia.

#### Storia e tradizione

La Sorba era conosciuta già al tempo dei Romani che ne apprezzavano la tenerezza e la dolcezza, soprattutto nella preparazione di liquori.

Riferimenti alla sorba li troviamo in diversi autori, a partire da Plinio che, nella sua memorabile opera *Naturalis Historia*, ne ha descritto le caratteristiche fisiche e organolettiche: "Alcune sono tonde come mele; alcune aguzze come pere, altre ovate come son certe mele, queste rinforzano tosto. Le tonde sono più odorose e più delicate che le altre. L'altre hanno sapore di vino".

Ce ne parla Virgilio nelle *Georgiche* dov'è illustrata l'usanza di far fermentare questo frutto col grano, ottenendo la "cevesia", una bevanda alcolica simile al sidro.

Anche Dante Alighieri in un passo della *Divina Commedia* ricorda questo frutto: "Ed è ragion, ché tra li lazzi sorbi si disconvien fruttare al dolce fico" (*Inferno*, canto XV, 65).

Le leggende popolari raccontano della Sorba, ovvero, la bacca a forma di mela o pera polposa e di colore rosso bruno, come di un portafortuna contro la miseria e la fame e che, grazie ai suoi colori caldi ed intensi, ha il potere magico di allontanare tutti i mali.

Un antico proverbio siciliano recita: "Cu lu tempu e cu la pagghia, si maturunu li sorbi" (Con il tempo e con la paglia maturano le sorbe). Vale a dire: come le sorbe hanno bisogno di ammorbidire sotto la paglia tutto il tempo che necessitano perché diventino buone, allo stesso modo solo con l'attesa e il trascorrere del tempo alcune situazioni giungono a "maturazione".

#### Bibliografia

- 1 Gianna Ferretti e Stefano Tellarini, *Alla scoperta dei piccoli frutti dimenticati*, ©2001, Distilleria EcoEditoria PIGNATTI S., 1982.
- 2 *Flora d'Italia*. Edagricole, Bologna.
- 3 Conti F, Abbate G., Alessandrini A., Blasi C., *An Annotated Checklist of the Italian Vascular Flora*. Palombi, Roma 2005.
- 4 Agradi A., Regondi S., Rotti G., *Conoscere le piante medicinali*. Mediservice, Cologno Monzese (MI) 2005.
- 5 Majic, B, Šola I, Likic S, Cindric, I.J., & Rusak, G. (2015). *Characterisation of Sorbus domestica L. bark, fruits and seeds: Nutrient composition and antioxidant activity*. Food Technol. Biotechnol., 53 (4), 463-471.
- 6 AAVV *Harrison-Principi di medicina interna*, McGraw-Hill, 2002.



#### Il sorbo: composizione chimica e valore energetico (g per 100 g di parte edibile)

Proteine	0,7
Zuccheri	10,1
Fibre	ND
Kcal	68
Vitamina C	8,6

A cura  
della Redazione  
del Giornale  
della Previdenza

## SALUTEMIA: UNA COPERTURA SANITARIA PER I CAMICI BIANCHI

Le spese assicurative, grazie alla gestione attraverso una Società di mutuo soccorso, sono assimilate ai contributi associativi che per legge possono essere sottratti alle imposte da pagare



GLI ISCRITTI ENPAM, ma anche alcuni altri, nel 2019 potranno garantirsi una copertura sanitaria studiata ad hoc per i medici e gli odontoiatri. Per ottenerla è possibile aderire alla società di mutuo soccorso **SaluteMia** e sottoscrivere uno dei piani sanitari proposti. Possono aderire anche coloro che hanno avuto finora altre forme di sanità integrativa con il vantaggio che SaluteMia riconoscerà i diritti maturati con le precedenti coperture.

### Nessun limite di età

Non sono previsti limiti di età, nemmeno per i coniugi o i conviventi. Ogni componente del nucleo familiare può scegliere le garanzie integrative che desidera individualmente, senza la necessità di dover optare per le stesse combinazioni per l'intera famiglia.

### Detrazione fiscale

Il costo della copertura sanitaria si potrà detrarre dalle tasse al 19 per cento fino a circa 1.300 euro. Le spese assicurative, infatti, grazie alla gestione attraverso una Società di mutuo soccorso, sono assimilate ai contributi associativi che per legge possono essere sottratti alle imposte da pagare (articolo 15, lettera i-bis del Testo Unico delle Imposte sui Redditi).

### Come aderire

Si può aderire online attraverso il sito [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net) nel quale è possibile

avere anche un preventivo su misura. Basterà registrarsi all'area riservata del sito, inserire i dati richiesti per l'adesione, scegliere le garanzie di proprio interesse e pagare il contributo calcolato. È comunque possibile anche compilare a mano il modulo e inviarlo attraverso uno dei modi indicati. Il modulo si può scaricare dal sito.

### Già iscritti

Chi ha sottoscritto i piani integrativi SaluteMia nel 2018 sarà coperto automaticamente anche nel 2019.

Sarà comunque necessario pagare la quota relativa ai piani scelti facendo un bonifico all'Iban IT 73 C 03127 03207 000000004000.

Nella causale occorre inserire il proprio nome e cognome e la dicitura "Quota di adesione a SaluteMia". Gli iscritti riceveranno comunque una comunicazione con tutte le informazioni per il rinnovo. Contattando direttamente SaluteMia è anche possibile aggiungere nuovi piani o richiedere un aggiornamento della composizione del nucleo familiare.

### Per saperne di più

Per adesioni, documenti e tutti i dettagli sulle prestazioni offerte dai vari piani è possibile visitare il sito [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net).

Per chiedere informazioni e supporto telefonico è inoltre a disposizione il numero **06 2101 1350**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 16.30 (se le linee sono occupate è possibile essere richiamati: basta inviare il proprio numero via email a: [adesioni@salutemia.net](mailto:adesioni@salutemia.net)).

Si può inoltre ricevere una consulenza personalizzata presso gli uffici di SaluteMia in via Torino, 38 a Roma.



## SaluteMia

Società di Mutuo Soccorso  
dei Medici e degli Odontoiatri

## SCEGLIERE LA COPERTURA: PIANO BASE, PIANI INTEGRATIVI E OPTIMA

Ecco i piani sanitari disponibili per gli iscritti Enpam, che possono essere strutturati e combinati tra loro in base alle esigenze personali e del nucleo familiare



### Piano base e piani integrativi

Il **piano base** copre dai rischi che derivano da gravi eventi morbosi e include i rimborsi per i grandi interventi chirurgici, anche per i neonati nei primi due anni di vita nel caso di correzione di malformazioni congenite.

Sono comprese le prestazioni di alta diagnostica e l'assistenza alla maternità con ecografie, compresa la morfologica, le visite ostetrico ginecologiche e la visita successiva al parto.

Per chi ha più di 34 anni sono inoltre incluse l'amniocentesi e la villocentesi.

A completare le garanzie c'è la prevenzione: cardiovascolare, oncologica, pediatrica (riservata a chi aderisce con il nucleo familiare), odontoiatrica e oculistica.

Al piano base si può aggiungere uno, o più, dei quattro piani integrativi:

- **Ricoveri**, con il rimborso delle spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico e il day hospital;
- **Specialistica**, il piano pensato per gli ultrasessantenni con le prestazioni di alta diagnostica integrata, le analisi di laboratorio e la fisioterapia;
- **Specialistica Plus!**, con un pacchetto dedicato alla maternità;

- **Odontoiatria**, la copertura specifica per le cure dentarie e le prestazioni odontoiatriche particolari.

### Completa o Optima

Le tutele integrative comprendono anche un piano sanitario speciale che si chiama **Optima salus**.

È una copertura modulare molto ampia che può essere acquistata in aggiunta agli altri piani oppure da sola.

Medicina preventiva oncologica, alta diagnostica, infortuni, prevenzione odontoiatrica, sono solo alcune delle prestazioni incluse. Rientrano nella copertura, infatti, anche le cure per l'infertilità, l'assistenza in gravidanza, con il test dell'amniocentesi, e le spese per il parto.

## Strutture in convenzione

I piani (da quest'anno anche Optima Salus) offrono la possibilità di rivolgersi a una rete in convenzione. In questo modo si riducono i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione e per di più è SaluteMia a pagare direttamente le strutture.

Non si dovranno quindi anticipare soldi se non nel caso in cui una parte della prestazione non sia coperta dal piano sanitario scelto.