



# am

## AVVENIRE MEDICO

**IL 65° CONGRESSO FIMMG-METIS SI TERRÀ DAL 4 AL 9 OTTOBRE  
AL FORTE VILLAGE DI SANTA MARGHERITA DI PULA**

**ATTUALITÀ** I progetti di Alberto Oliveti, eletto vicepresidente vicario dell'Enpam / 8

**ATTUALITÀ** Certificati di malattia on line. La punta di un iceberg / 10

**AMBIENTE** Una giornata di studio organizzata a Roma dall'Isde / 25



Federazione Italiana Medici  
di Medicina Generale,  
Medici di Famiglia,  
Medici Continuità Assistenziale,  
Medici Emergenza Sanitaria  
e Medici Dirigenza Territoriale

**6/7-10**

**N. 6/7 - 2010**

**MENSILE XLVIII ANNO**



EDITORIALE

## Enpam rinnovato per costruirci la serenità del futuro



**Giacomo Milillo**  
Segretario nazionale  
Fimmg

**C**on la nomina da parte del Comitato centrale della Fnomceo dei nuovi componenti del Cda dell'Enpam e l'elezione del componente del Cda da parte della Consulta per la medicina generale e dei componenti delle altre tre Consulte, si è concluso il percorso di rinnovo degli organi dirigenti del nostro ente di previdenza. Grande è la nostra soddisfazione per la consistente e qualificata presenza dei dirigenti Fimmg ai vertici dell'ente. È la vittoria dello spirito di Fiuggi, di quel percorso, promosso e guidato dalla Fnomceo, di coinvolgimento attivo di tutte le componenti della professione medica. In sintesi è la vittoria della continuità nel

rinnovamento, con Eolo Parodi giustamente premiato per il lavoro fin qui svolto.

Il nuovo Consiglio di amministrazione, definito intorno alla progettualità e al riconoscimento del neo vice presidente vicario Alberto Oliveti, sarà chiamato a realizzare l'adeguamento dell'Ente alle esigenze del prossimo futuro.

Non faremo mancare il nostro contributo alla revisione dello statuto, garantendo il rispetto degli equilibri di rappresentanza dei legittimi portatori di interesse. È una sfida difficile ma che ci sentiamo di affrontare con serenità e determinazione. L'impegno: dare il massimo di pensione al minor costo contributivo, rispettando i conti, i giovani e la solidarietà.

# 65°

## CONGRESSO FIMMG-METIS

**"Dall'attesa all'iniziativa:  
costruiamo il cambiamento"**



**Per maggiori informazioni e per iscriversi  
e partecipare ai lavori congressuali consultare  
il sito della Fimmg nazionale**

**[www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)**

*Il Congresso, che quest'anno sarà anche elettivo, si svolgerà dal 4 al 9 ottobre presso il Forte Village di Santa Margherita di Pula (CA). Attraverso il sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org) è possibile visionare il programma, ancora in via di definizione, e iscriversi per partecipare ai lavori congressuali*

Una settimana di lavori per l'aggiornamento scientifico e professionale e per il dibattito politico e sindacale. È questa la formula collaudatissima del Congresso Fimmg-Metis, a cui quest'anno si aggiungono le giornate dedicate al dibattito e al voto per i vertici nazionali del sindacato.

Malgrado il programma dettagliato sia ancora in via di definizione, è possibile già indicare quali saranno i principali appuntamenti.

I primi tre giorni della settimana saranno prevalentemente dedicati ai temi scientifici e di aggiornamento professionale, con comunicazioni a workshop sulle principali patologie, dalle malattie cardiovascolari all'osteoporosi, sul valore della medicina di iniziativa, sull'importanza del counselling e così via, toccando in pratica tutti i temi di interesse per il medico di medicina generale.

La giornata più rilevante per la discussione politico-sindacale sarà invece il giovedì. La mattinata sarà dedicata a disegnare un quadro della medicina generale in Italia e nel contesto internazionale, attraverso la tavola rotonda curata dal Gisap, il Gruppo indipendente per lo Studio della Assistenza Primaria. Il pomeriggio sarà invece riservato agli interventi e ai saluti degli ospiti, a cominciare dal ministro della Salute Ferruccio Fazio, per poi dare spazio alla relazione del segretario nazionale Giacomo Milillo.

Il venerdì si aprirà con un momento di approfondimento su come viene percepito l'ingresso dell'informatizzazione negli studi del mmg sia dai medici stessi che dai pazienti. Su questo tema hanno realizzato indagini ad hoc sia il Centro studi Fimmg diretto da Stefano Zingoni, sia l'Ispo, l'Istituto di ricerca diretto da Renato Mannheimer, ed entrambi le presenteranno in esclusiva al Congresso.

La mattinata di venerdì si completerà con uno spazio riservato al dibattito sul sistema del farmaco, con l'intervento di Walter Marrocco e del direttore dell'Aifa Guido Rasi.

Prima di entrare nella fase di discussione più strettamente sindacale e di votazione, a cui saranno dedicate il pomeriggio di venerdì e la giornata di sabato, ancora un momento emozionante che sta particolarmente a cuore alla redazione di *Avvenire Medico*: festeggeremo infatti Michele Olivetti che quest'anno celebra i suoi quarant'anni alla direzione della nostra rivista.

*I contenuti del maxi-emendamento*

# La manovra economica al varo definitivo

L'Aula del Senato ha votato lo scorso 15 luglio la fiducia al maxi-emendamento alla manovra economica presentato dal Governo. Le principali modifiche riguardanti la sanità sono, rispetto al testo originario, quelle già note e approvate in commissione Bilancio. Il Governo, infatti, ha recepito gli emendamenti presentati in commissione dal relatore di maggioranza Antonio Azzollini riguardanti le modalità di ripartizione dei tagli ai bilanci regionali e la spesa farmaceutica.

Ecco un riepilogo delle misure che, direttamente o indirettamente, riguardano la sanità e il pubblico impiego e che hanno subito modifiche (la sintesi della prima stesura della manovra era stata pubblicata sullo scorso numero di *Avvenire Medico*, cfr).

## REGIONI

### Tagli alla spesa regionale (art.14, comma 2)

Lo Stato non farà sconti alle Regioni a statuto ordinario. I tagli resteranno quelli stabiliti nel testo originale della manovra (4 miliardi nel 2011 e 4,5 nel 2012), ma a deciderne "criteri e modalità" sarà la Conferenza Stato-Regioni "secondo principi che tengano conto della adozione di misure idonee ad assicurare il rispetto del patto di stabilità interno e della minore incidenza percentuale della spesa per il personale rispetto alla spesa corrente complessiva nonché dell'adozione di misure di contenimento della spesa sanitaria e dell'adozione di azioni di contrasto al fenomeno dei falsi invalidi". In pratica, alle Regioni "virtuose" sarà richiesto un sacrificio minore. In ca-

so di mancata deliberazione della Conferenza entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, e per gli anni successivi entro il 30 settembre, viene emanato entro 30 giorni il decreto del presidente del Consiglio con una riduzione dei trasferimenti realizzati secondo un criterio proporzionale.

## FARMACEUTICA

### Margini della distribuzione (art. 11, comma 6)

Le modifiche proposte da Azzollini al comma 6, e recepite nel maxi-emendamento, per il controllo della spesa farmaceutica prevedono che i tagli ricadano non solo su farmacisti e grossisti, ma anche sulle industrie del farmaco. In particolare, in attesa di stabilire una nuova metodologia di remunerazione delle farmacie per i farmaci erogati in regime di Ssn, a decorrere dall'entrata in vigore della manovra la quota minima spettante per i farmaci di classe A scende dal 6,65% al 3% per i grossisti, mentre aumenta dal 26,7% al 30,35% per i farmacisti, come già previsto nel testo approvato dal Consiglio dei Ministri. A cambiare sarà la distribuzione della quota trattenuta dal Servizio sanitario nazionale, pari al 3,65%, che sarà a carico dei farmacisti per l'1,82% sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'Iva e a carico delle industrie del farmaco per l'1,83%.

### Revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica (art. 11, comma 6bis)

Si apre un tavolo ministero Salute, Economia, Aifa e associazioni di categoria per la revisione della remunerazione del-

la filiera farmaceutica, secondo i seguenti criteri: estensione delle modalità di tracciabilità e controllo a tutte le forme di distribuzione di farmaci, possibilità di introduzione di una remunerazione della farmacia basata su una prestazione fissa in aggiunta a una ridotta percentuale sul prezzo di riferimento del farmaco.

### Tabelle di raffronto della spesa regionale (art.11, comma 7)

L'Aifa dovrà predisporre tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle varie Regioni suddivise per categorie terapeutiche equivalenti, al fine di individuare i maggiori risparmi realizzabili grazie al maggior impiego di farmaci generici o a prezzo minore. L'obiettivo è quello di mettere a disposizione delle Regioni strumenti di programmazione e controllo, così da realizzare un risparmio di spesa farmaceutica annuo non inferiore a 600 milioni di euro che resteranno comunque nelle disponibilità dei servizi sanitari regionali per far fronte ad altre spese.

### Prezzo medio europeo per i generici (art.11, comma 9)

Emendamento all'art. 11 comma 9. Per i generici, a partire dal 2011 i prezzi massimi di rimborso saranno stabiliti dall'Aifa sulla base di una ricognizione sui prezzi medi europei e "in misura idonea a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro annui che resteranno nelle disponibilità regionali".

### Ricette online (art.11, comma 16)

Accelerazione del processo di informatizzazione delle ricette per consentire risparmi.

## PUBBLICO IMPIEGO

### Blocco dei contratti e delle convenzioni (art. 9, comma 1 e 2bis)

Resta il blocco fino al 2013 al trattamento "ordinariamente spettante per l'anno 2010", ma con alcune eccezioni. Il blocco, infatti, è "al netto degli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva", incluse le variazioni dipendenti da eventuali arretrati, conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno, progressioni di carriera, maternità, malattia, missioni svolte all'estero, ef-

segue a pag. 9 ►

*Disegno di legge in discussione al Consiglio dei Ministri*

## “Legge Fazio” su Ordini, sperimentazioni cliniche e sicurezza delle cure

Il 16 luglio scorso il Consiglio dei Ministri ha avviato l'esame del ddl presentato dal ministro Ferruccio Fazio riguardante la sperimentazione clinica, la riforma degli Ordini professionali dei medici dei farmacisti e dei veterinari, i dispositivi medici e altre norme di interesse sanitario. La parte riguardante la riforma degli Ordini professionali è stata elaborata anche sulla scorta di una proposta unitaria avanzata da Fnomceo, Fofi e Fnovi. Sintetizziamo i principali contenuti del disegno di legge.

### SPERIMENTAZIONE CLINICA E INNOVAZIONE IN SANITÀ (ART.1)

È prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti legislativi per la riforma delle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano. La delega punta al riordino dei Comitati Etici che dovranno essere almeno uno per ogni Regione, per un totale sul territorio in proporzione agli Irccs e al numero dei residenti. Viene poi prevista l'istituzione di un credito d'imposta sugli investimenti per gli studi clinici di fase 0 e 1 e per gli studi pediatrici e sui farmaci per le malattie rare.

Ma la parte più importante riguarda lo snellimento delle procedure burocratiche per la sperimentazione con l'innesto di procedure informatizzate e la semplificazione di molti passaggi. In proposito verrà anche istituito un coordinamento nazionale per le attività di sperimentazione.

### DISPOSITIVI MEDICI (ART.2)

Viene fissata una nuova imposta a carico delle aziende produttrici dei dispositivi medici. Sarà pari all'1% del fatturato al netto dell'Iva e resterà in vigore fino al 31 marzo 2012. A quella data dovrebbe infatti scattare il nuovo sistema di acquisto basato sul prezzo di riferi-

mento per questi prodotti previsto dalla finanziaria 2007 ma in realtà mai entrata a pieno regime.

### RICERCA (ART.3)

Si riserva una quota del 10% del fondo ricerca per i progetti di ricerca degli under 40.

Si prevede che aziende miste pubblico-privato a prevalente capitale pubblico possano partecipare ai progetti di ricerca sanitaria di cui all'art.12 bis del Dlgs 502/92. In proposito sarà anche prevista una ridefinizione delle modalità di accesso ai finanziamenti pubblici per la ricerca sanitaria, prevedendo anche forme di cofinanziamento alla ricerca.

### DIRETTORI SCIENTIFICI E PERSONALE IRCCS (ART.4)

Viene previsto che il rapporto del direttore scientifico degli Irccs possa essere anche a carattere non esclusivo. In questo caso il suo trattamento economico sarà ridotto del 30%.

### NIENTE PIGNORAMENTO PER GLI ENTI DI RICERCA (ART.5)

Non si potranno più sequestrare e sottoporre a pignoramento i beni e i fondi degli enti istituzionali autorizzati a svolgere ricerca sanitaria ai sensi degli art.12 e 12 bis del dlgs 502/92.

### FACILITAZIONI AD ENTI VARI (ART.6)

È prevista l'estensione dei contributi per ristrutturazioni edilizie di locali dedicati alle attività del Ssn, previsti dalla legge 412 del 1991, anche a Aifa, Agenas e ministero della Salute.

### ENTI DI RICERCA E PREVENZIONE (ART.7)

Nasce l'istituto nazionale di adroterapia oncologica nel quale confluiranno le ri-

sorse dell'attuale Centro nazionale di adroterapia oncologica.

Stanziate 45 milioni di euro per le strutture di emergenza biologica dell'ospedale Spallanzani di Roma.

Proroga per gli anni 2010, 2011, 2012 dei contributi alla Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) pari a 2 milioni di euro annui.

### RIFORMA DEGLI ORDINI (ART. 8)

Viene prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti delegati per la riforma degli Ordini dei medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti. La novità più rilevante è quella dell'istituzione di un ordine autonomo per gli odontoiatri (oggi affiliati nella Fnomceo). Per il resto si ribadisce per gli Ordini la natura di enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato, finalizzati alla tutela dei cittadini e degli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione. Avranno autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare e saranno sottoposti alla vigilanza del ministero della salute. Si stabilisce che gli Ordini saranno esentati dall'applicazione delle norme in materia di contenimento della spesa pubblica. Sono poi previste nuove norme per le sanzioni disciplinari. Viene tutelata la rappresentanza delle minoranze negli organi elettivi.

### SICUREZZA DELLE CURE (ART. 9)

In attesa di una disciplina organica del risk management, il provvedimento prevede che le strutture sanitarie adottino comunque sistemi di gestione degli eventi avversi e dei quasi eventi. In caso di evento avverso si dovranno attuare tutte le misure necessarie per prevenire il ripetersi dell'evento. Al fine di rendere possibile tale attività si prevede che l'analisi dell'evento avverso sia coper-

ta dal segreto professionale per quanto attiene la responsabilità professionale. Stabilita anche la priorità delle tematiche sicurezza nell'ambito delle attività di formazione.

### TERME (ART.10)

Ferme restando le competenze regionali in materia di assistenza termale, il Governo sarà delegato ad emanare un Dpr con un testo unico in materia di attività idrotermali.

### VARIE

**Odontoiatri:** niente specializzazione per accesso al Ssn (art. 11).

**Farmacie:** oltre agli infermieri anche i fisioterapisti potranno concorrere ai nuovi servizi previsti dal riordino delle farmacie, dove si potranno effettuare anche prestazioni strumentali (oltre a quelle analitiche già previste) (art. 12). Viene

inoltre riformato il testo unico delle sanitarie prevedendo che solo il medico non possa operare all'interno della farmacia, né con essa avere convenzioni per la partecipazione agli utili (art. 13).

Anni in convenzionamento valgono per calcolo indennità: viene chiarito che il servizio prestato in regime convenzionale dai medici e dalle altre professioni sanitarie, vale anche ai fini dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico in relazione della retribuzione dell'indennità di esclusività e per l'indennità di posizione (art. 14).

**Sanità elettronica:** vengono previste diverse norme per regolamentare l'uso del fascicolo sanitario elettronico definito come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito" (art. 15).

Nascono i registri di sorveglianza, mortalità, patologia e impianti protesici: il fine è quello della ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico (art. 16).

**Codice unico per l'assistito:** verrà reso disponibile ai fini della ricerca ma anche per la programmazione, la gestione e il controllo dell'assistenza sanitaria un codice unico identificativo dell'assistito che non consentirà però l'identificazione diretta dell'interessato (art. 18).

Esami sangue: prevista la possibilità per i servizi trasfusionali di affidare l'esecuzione degli esami di validazione biologica delle unità di sangue ed emocomponenti a laboratori pubblici autorizzati (art. 18).

Medici legali del ministero della Salute: nuove norme per i compensi delle prestazioni degli esperti (art. 19).

## Un secolo di professioni sanitarie

Una giornata di celebrazione per un triplo centenario. Gli Ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari sono infatti stati fondati tutti nel 1910 e così il 10 luglio scorso, nella suggestiva sala dell'antico Ospedale di Santo Spirito in Sassia a Roma Fnomceo, Fofi e Fovi hanno scelto di celebrare unitamente l'evento con una giornata intitolata Cento anni a tutela della salute.

Ad aprire i lavori l'intervento del ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, che ha mostrato di essere particolarmente commosso e partecipe, anche nella sua veste di medico. Fazio ha annunciato di aver appena siglato un decreto ministeriale che chiama i presidenti dei tre Ordini sanitari a partecipare di diritto al Consiglio superiore di Sanità, in rappresentanza ufficiale delle rispettive professioni.

Ma il ministro è anche intervenuto nel merito dei nodi problematici che le professioni devono affrontare oggi. In

particolare per i medici il problema sta in una forte riduzione in prospettiva del numero dei professionisti "prodotti" dalle Università italiane. Le previsioni della Fnomceo non sono positive: 40 mila medici in meno in 10 anni, se sarà mantenuto inalterato il tasso di ingresso alla professione, che negli ultimi anni è in progressivo calo. Per questo, secondo **Amedeo Bianco** presidente della Fnomceo, occorre "rivisitare profondamente le

relazioni tra sistema formativo universitario e sistema professionale, assicurando una formazione 'long life' capace di adeguare nel tempo conoscenze e competenze". E il ministro Fazio ha risposto entrando nel merito: "Per rispondere alle nuove necessità di programmazione sanitaria del nostro Paese saranno rivisti i criteri per definire il fabbisogno di specializzazioni in medicina: più pediatri di libera scelta e più geriatri".

Due importanti interventi di ampio respiro hanno arricchito l'evento. Il professor **Giorgio Cosmacini** ha ripercorso la storia delle professioni sanitarie in questo secolo di vita degli Ordini, mentre il presidente del Censis **Giuseppe De Rita** ha proposto una lettura sociologica delle professioni sanitarie nel corso del secolo: "Il medico, il farmacista, il veterinario una volta avevano il

rapporto con la comunità. Erano quelli che, rispetto alla propria comunità, si ponevano in maniera asimmetrica, semplicemente perché ne sapevano di più, con un sapere specifico che altri non avevano. Era così fino agli anni '50, poi le cose sono cambiate almeno per tre aspetti: dalla legge Mariotti in poi si è abbandonato il concetto di comunità, preferendogli il concetto un po' astratto del territorio, derivato dall'idea di poter coprire tutti i bisogni sanitari". Secondo De Rita questa è stata la fase dello statalismo burocratico della sanità, una fase che ora sta cedendo il passo ad un nuovo modello, più individualista e capitalista, nel quale il cittadino è "cliente".

A conclusione della giornata alcuni giovani laureati hanno letto i giuramenti dei rispettivi ordini professionali, salutati da **Elio Guzzanti**, medico, storico della medicina e già ministro della Sanità, che in un intervento per nulla retorica ha indicato una sfida per il futuro: sviluppare la collaborazione tra professioni sanitarie. *E.A.*



## Conclusa la tornata per il rinnovo dei vertici dell'Ente di previdenza

# Enpam: le cose da fare

di Alberto Oliveti\*

Completato il rinnovo degli organismi statuari della Fondazione Enpam, con la totale affermazione del progetto proposto dal nostro Consiglio nazionale alle rappresentanze delle categorie professionali interessate, si apre ora la fase operativa di realizzazione di tale progettualità, che dovrà prevedere nuovi approcci metodologici oltre che specifici interventi puntuali.

La maggior condivisione delle impostazioni insieme alla maggior visibilità delle attività dovrà essere da subito un impegno forte di cambiamento da parte del nuovo CdA, ferma restando in capo ad esso la responsabilità delle scelte politiche, supportato da una struttura efficiente ed appropriata.

Un flusso sistematico di reportistica sintetica dovrà informare le rappresentanze istituzionali professionali (Ordini, Sindacati, Associazioni) delle varie fasi di attività degli organismi decisionali della Fondazione.

Le Consulte andranno coinvolte nelle materie di competenza con maggior puntualità e ruolo adeguato. Lo strumento Commissione andrà usato per funzioni specifiche delimitate nel tempo e nel mandato, mentre si dovrebbe costruire una camera permanente di confronto e concertazione tra i vari Sindacati firmatari gli accordi collettivi nazionali e

l'Enpam per quanto riguarda la determinazione della aliquota contributiva delle varie componenti professionali dei Fondi Speciali. Comunicare per informare, collegare, convincere e coinvolgere nel fare sarà un punto specifico di programma, finalizzato a far passare in quanti più possibile il concetto del costruirsi un futuro post lavorativo sereno, dato che atteggiamenti di non coinvolgimento passivo non paiono i più idonei a perseguire tale scopo.

Poi, oltre ad impostazioni di metodo, vengono le scelte di politica previdenziale e professionale.

La più importante, perché improrogabile, sarà quella di dare inizio alla riforma

## Nella Consulta del Fondo MG pieno successo della Fimmg

Quattro su quattro. Un ottimo risultato per il nostro sindacato nell'assegnazione degli incarichi di vertice nella Consulta del Fondo Speciale della Medicina Generale. Sono infatti tutti medici iscritti alla Fimmg gli eletti in questa tornata: Raffaele Tataranno (presidente dell'Ordine dei medici di Matera) è il nuovo

presidente della Consulta, mentre Francesco Benevento (segretario provinciale Fimmg di Salerno) e Donato Monopoli (segretario provinciale Fimmg di Brindisi) sono vicepresidenti. Giuseppe Figlini (segretario provinciale Fimmg di Pisa) e presidente dell'Ordine dei medici di Pisa) è stato eletto come rappresentante

della Consulta del Cda dell'Enpam.

"È un risultato molto importante per la Fimmg – ha dichiarato Giacomo Milillo augurando buon lavoro agli eletti – sono certo che svolgeranno con tenacia e passione il nuovo incarico soddisfacendo le aspettative e nell'interesse della categoria".

## Un risultato di unità e solidarietà

"Un risultato di unità e solidarietà, un sostegno a favore del sistema Italia". Eolo Parodi commenta così, sottolineando la valenza politica della sua riconferma, i risultati delle votazioni svoltesi il 27 giugno scorso per rinnovare i vertici dell'ente di previdenza dei medici italiani.

I 106 presidenti degli Ordini provinciali dei medici e

degli odontoiatri, tutti presenti, hanno votato su cinque schede: presidente, vicepresidente "vicario", vicepresidente per la "Quota B" (ovvero la quota della libera professione), 11 componenti del CdA e 6 "sindaci" del Collegio dei Revisori dei Conti, 3 effettivi e tre supplenti. Dopo qualche incertezza nelle ultime settimane, con spinte che reclamavano

un maggiore rinnovamento, la proposta unitaria sostenuta dalle maggiori organizzazioni sindacali di categoria ha ottenuto un larghissimo consenso. Eolo Parodi, classe 1926 e presidente dell'Enpam dal 1983, è stato riconfermato al vertice con 82 voti; Alberto Oliveti è stato eletto alla vicepresidenza con 92 voti, mentre Giampiero Malagnino è stato nominato nuovamente vicepresidente per la "Quota B" con 75 voti. In quest'ultima votazione si era candidato anche Mario

Falconi, presidente dell'Omceo di Roma e vicepresidente vicario dell'Enpam nel passato quinquennio, che ha ottenuto 22 voti.

Il nuovo CdA dell'Enpam, di cui diamo l'organigramma completo nella pagina seguente, è stato poi completato con l'indicazione di 3 componenti da parte della Fnomceo e con la nomina dei rappresentanti delle 4 Consulte speciali (Fondo Quota B, Medicina Generale, Convenzionati esterni e Convenzionati ambulatoriali).



dei Fondi per un equilibrio delle gestioni che sia rispettoso (nei limiti fisiologici del praticabile) dei nuovi termini di Legge, ma finalisticamente attento alla adeguatezza delle pensioni ed alla tenuta del patto generazionale.

A tal fine, completare la privatizzazione sarà fondamentale, anche per poter garantire l'attrazione alla Cassa di ogni reddito professionale specifico e per sfuggire a logiche di coinvolgimento nelle dinamiche degli enti pubblici, che non ci sono proprie in quanto mancante l'elemento fondamentale della compensazione fiscale in caso di squilibrio. Importante sarà rivedere la logica dell'investimento dei contributi incassati, da collegare prioritariamente al debito previdenziale del Fondo di competenza nella definizione del profilo rischio/rendimento atteso/ durata dell'investimento. Ovviamente questo percorso è strettamente collegato alla riforma dei Fondi perché i proventi del Patrimonio contribuiscono al pagamento delle prestazioni insieme ai flussi dei contributi. In merito a questi ultimi, appare evidente come l'evoluzione del lavoro sia fondamentale per garantire i flussi contributivi adeguati, per cui le scelte sindacali sul futuro assetto della professione rientrano a pieno diritto nella sfera di competenza della Fondazione.

La revisione dello Statuto per un suo aggiornamento ai tempi mutati e per la rivisitazione delle rappresentatività sarà oggetto di coinvolgimento di Presidenti di Ordini e di esperti sindacali in una apposita commissione costituente, da definire subito nella prima parte della legislatura. In ultimo, il rapporto con il contribuente, che per migliorare richiederà la completa informatizzazione dei processi operativi in Enpam e che dovrebbe qualificare la relazione con ogni iscritto, fornendogli gli strumenti culturali e tecnici per compiere scelte infor-

mate e tempestive per migliorare la propria posizione previdenziale. Concludo con un ringraziamento personale a tutti quanti hanno voluto manifestarmi la loro stima ed il loro appoggio in questo passaggio importante. Cercherò col massimo impegno di essere all'altezza di quanto mi hanno espresso, que-

sto è sicuro.

Un doveroso pensiero a chi in questa fase ha lasciato il testimone ai nuovi eletti: il suo contributo alla crescita del nostro Ente è un mattone che resta e che sarà sempre onorato.

\* vicepresidente vicario Enpam

## I nuovi vertici dell'Enpam

### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

**Presidente:** Eolo G. Parodi

**Vicepresidente vicario:** Alberto Olivetti

**Vicepresidente:** Giovanni P. Malagnino

#### Consiglieri

Eliano Mariotti

Alessandro Innocenti

Arcangelo Lacagnina

Antonio D'Avanzo

Luigi Galvano

Giacomo Milillo

Francesco Losurdo

Salvatore Giuseppe Altomare

Anna Maria Calcagni

Malek Mediati

Stefano Falcinelli

Roberto Lala

(nominato dalla Fnomceo)

Angelo Castaldo

(nominato dalla Fnomceo)

Giuseppe Renzo

(nominato dalla Fnomceo)

Francesca Basilico

(nominato dal Ministero della Salute)

Giovanni De Simone

(nominato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze)

Edoardo Gambacciani

(nominato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

Giuseppe Figlini

(designato dal Comitato Consultivo

dei Medici di Medicina Generale)

Francesco Buoninconti

(designato dal Comitato Consultivo degli Specialisti Ambulatoriali)

Salvatore Scicchitano

(designato dal Comitato Consultivo degli Specialisti Esterni)

Pasquale Pracella

(designato dal Comitato Consultivo della Libera Professione "Quota B" del Fondo Generale)

### COLLEGIO DEI SINDACI

Ugo Venanzio Gaspari

(Presidente effettivo nominato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

Laura Belmonte

(effettivo nominato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze)

Francesco Noce (effettivo)

Luigi Pepe (effettivo)

Mario Alfani (effettivo)

Adriana Bonanni

(Presidente supplente nominato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

Anna Maria Paglione

(supplente nominata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze)

Marco Gioncada (supplente)

Giovanni Scarrone (supplente)

Giuseppe Varrina (supplente)

◀ segue da pag. 5

fettiva presenza in servizio". Il testo approvato prevede inoltre che il congelamento del trattamento accessorio non sia su base individuale ma relativo al complesso delle risorse destinate a questo istituto contrattuale. Il tetto complessivo delle risorse per questo capitolo non potrà pertanto superare l'importo dell'anno 2010 e sarà ridotto automaticamente in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

### Salvi i precari della ricerca (art. 9, comma 28)

Gli enti di ricerca vengono esclusi dalle restrizioni per i contratti a tempo determinato, o con convenzioni ovvero per contratti di collaborazione coordinata e continuativa, di formazione e altri rapporti di lavoro atipici.

### Controlli su prestazioni di invalidità (art. 10, comma 3)

Il testo approvato non prevede più l'innalzamento all'85% della percentuale di invalidità necessaria per godere di determinati servi e prestazioni sociali, mentre restano le misure finalizzate a incrementare le verifiche e i controlli per combattere il fenomeno dei "falsi invalidi". In particolare si prevede un numero minimo di 100 mila verifiche nel 2010 che dovrà salire a 250mila nel 2011.

*I problemi messi in evidenza dalle norme sulla certificazione*

# Certificati di malattia on line. La punta di un iceberg

di Fiorenzo Corti

La recente vicenda relativa alle certificazioni di malattia on line ha messo in evidenza problemi e posto pesanti interrogativi riguardo al processo di informatizzazione della medicina generale.

I dati parlano chiaro: al 14 luglio (a pochi giorni dell'annunciata conclusione del collaudo) erano stati inviati 78.229 certificati di malattia on line e, di questi, 60.398 provenivano da una sola regione.

Da anni ormai la convenzione prevede che il medico di famiglia metta a disposizione nel proprio studio, in cambio di una modesta indennità, un computer e un software gestionale: questa è una realtà in tutto il paese, ma solo poche regioni (due) hanno provveduto a connettere gli studi medici ad internet e soltanto in una la certificazione on line è attiva su piattaforma regionale.

Ma anche in queste realtà regionali "avanzate", nonostante la buona disponibilità di connessioni veloci, la rete degli studi dei medici di famiglia copre un territorio ben più ampio di quello servito dalla banda larga.

Per le strutture ospedaliere, con le solite note eccezioni, la situazione sembra essere ancora peggiore, mentre la Continuità Assistenziale è completamente disconnessa dalla rete.

Da anni si discute di codifiche, di ICD9, si dà per scontato che le schede sanitarie della generalità dei medici di famiglia (qualcuno continua ancora a definirle improvvisamente cartelle cliniche informatizzate) riportino in modo esaustivo le codifiche per la gran parte delle patologie degli assistiti, poi si scopre che con le co-



difiche ICD9 non si riesce nemmeno a classificare un'assenza per malattia o un'invalidità civile e si crea il "campo libero". In realtà a tutt'oggi, oltre all'utilizzo delle numerose decine di schede sanitarie, prodotte da decine di software-house, di cui sostanzialmente mai nessuno ha definito a livello nazionale o regio-

nale le specifiche (alcune sono operative in un sottoscala), l'attività in rete si è limitata alla trasmissione, in automatico, delle prescrizioni di farmaci ed accertamenti diagnostici (Lombardia) o soltanto di accertamenti diagnostici (Emilia Romagna). È solo agli inizi, in queste Regioni, la ricezione degli esiti degli accertamenti, con una serie di problematiche di ordine legale (nel momento in cui un'informazione è notificata, cosa cambia in termini di responsabilità per il medico?) e tecnico ancora aperte.

In altre realtà regionali e di Asl stanno prendendo avvio progetti e sperimentazioni i cui effetti potranno essere visti fra mesi o anni.

Le esperienze di estrazione automatica di dati a scopo gestionale o epidemiologico, che hanno un'importante ricaduta professionale, sembrano isolate in ambienti di perenne sperimentazione e riguardano poche realtà, lontane dallo standard medio della professione.

Poche, seppur lodevoli e limitate a realtà locali sono le eccezioni: noto in tutta la penisola l'esempio della rete UNIRE di Brescia.

In questo contesto, le normative sulla certificazione on line, con la loro perentorietà al limite delle gride manzoniane, hanno avuto, se non altro, il merito di evidenziare la reale situazione.

La compilazione e la trasmissione di un semplice form di certificazione, del tutto simile a quello cartaceo, da sempre e da tutti utilizzato, mette in evidenza una serie di ostacoli insormontabili che imporranno via via l'estensione del periodo di collaudo (non possiamo parlare di proroga, naturalmente).

È la punta di un iceberg che può mettere a vero rischio la modernizzazione vera della nostra area.

Non ci preoccupa il fronte "interno" di chi si affanna a ripetere affermazioni del tipo "per me conta solo la clinica" o "mi comporto secondo scienza e coscienza": diamo ormai per acquisita la consapevolezza di operare in un contesto di medicina sempre più tecnologica, obbligata a confrontarsi con i saperi di tutti i medici e dunque con l'intera rete della professione medica.

Non è nostra intenzione alimentare i folci neo-luddisti che qua e là si accen-

dono ogni qualvolta si introducano iniziative veramente innovative.

Da sempre abbiamo sostenuto che la strada dell'informatizzazione rappresenta un percorso obbligato, così come non sarebbe pensabile la figura di un medico di famiglia che non utilizza l'automobile per le visite domiciliari, e ogni iniziativa volta a dematerializzare le informazioni nel sistema sanitario ha raccolto e raccoglie il nostro plauso, ma non si può pensare che per cambiare la realtà sia sufficiente un decreto o una legge e la norma di legge deve esprimere un sentire comune, non pretendere di crearlo con le minacce. Ci saremmo aspettati, da parte di ministeri e regioni, una reale campagna di informazione dei medici, non c'è stata. In parte l'abbiamo fatta noi, in parte è stata fatta dalla Fnomceo, che dobbiamo ringraziare.

Una domanda ci vien da porre con semplicità: in tutte le realtà regionali sono state o verranno costruite e messe a disposizione dei medici e degli operatori del Ssn le infrastrutture, le vie di comunicazione indispensabili per farla funzionare questa benedetta rete? Ci auguriamo che la risposta sia positiva e a questo punto potremo tutti andare avanti: "Adelante, Pedro, con juicio!"

La certificazione on line e il dibattito che ne è derivato hanno ben messo in evidenza il lavoro enorme che dovremo affrontare nei prossimi anni: va costruito un percorso di cambiamento, non possiamo permetterci di essere esclusi dai processi di trasformazione in atto, dobbiamo ridisegnare il nostro ruolo nell'area dell'assistenza primaria, prendendo decisioni e contrattualizzando attività che coinvolgono tutta la medicina generale e non solo alcune avanguardie.

E questo vale per l'informatica, per il fisco, per la previdenza, per la formazione.

## INVALIDITÀ CIVILE, CERTIFICAZIONE ONLINE E MEDICINA DI CONTROLLO

# Sinergie positive tra Fimmg e Inps

Valutazione positiva delle sinergie oggi esistenti tra la Fimmg e l'Inps, con l'obiettivo di accrescere la necessaria collaborazione sia per la gestione delle ultime innovazioni della Sanità Elettronica sia per il futuro di una moderna medicina di controllo. Questo il significato condensato della intensa giornata di lavoro spesa dai professionisti del settore nell'ambito di un Corso Ecm organizzato dalla Fimmg in condivisione con l'Inps, svoltosi il 2 luglio scorso a Roma.

All'apertura dei lavori, in presenza del direttore generale Mauro Nori e del Coordinatore nazionale medico legale Massimo Piccioni, il presidente e commissario straordinario dell'Inps Antonio Mastrapasqua ha espresso il desiderio di sviluppare ulteriormente le sinergie tra Inps, medici di medicina generale, centri medici legali e medici di controllo. Tutti i professionisti coinvolti, infatti, nell'interesse del cittadino devono necessariamente collaborare per far fronte ai gravosi compiti cui l'Ente è destinato, accresciuti negli ultimi mesi. Il presidente dell'Inps ha anche auspicato una migliore e maggiore collaborazione con i medici di controllo che devono essere considerati un

valore aggiunto ed una risorsa maggiore per l'Ente, più di quanto non sia avvenuto nel passato.

Giacomo Milillo, confermando la piena disponibilità dei mmg alle necessarie sinergie sia interprofessionali con la pubblica amministrazione, ha evidenziato però le attuali persistenti difficoltà tecniche dei colleghi certificatori a far fronte a quanto richiesto dalle scadenze legislative (v. articolo in questa pagina).

Piena soddisfazione è stata infine espressa da Alfredo Petrone, coordinatore nazionale del settore Fimmg-Medicina Fiscale Inps che ha dichiarato: "Quanto affermato pubblicamente dal commissario straordinario dell'Inps, che ha evidenziato come i medici di controllo siano una risorsa importante ed un valore aggiunto per l'istituto, è per i medici di controllo Inps un fatto storico ed atteso da tanti anni. Lo considero anche un riconoscimento per il duro lavoro effettuato dal settore Fimmg medicina fiscale Inps che in questi mesi ha saputo accreditarsi verso l'Ente, consentendo che la categoria possa essere oggi considerata una reale e soprattutto affidabile risorsa professionale per l'Inps".

## IL COLLAUDO DEL SISTEMA DI CERTIFICAZIONE PROSEGUE OLTRE IL 19 LUGLIO

Una lettera firmata dai segretari dei più importanti sindacati medici (Giacomo Milillo per la Fimmg, Costantino Troise per Anaao Assomed, Riccardo Cassi per Cimo, Roberto Lala per Sumai e Giuseppe Mele per Fimp) inviata il 15 luglio ai ministri Fazio, Tremonti, Sacconi e Brunetta, per segnalare i molti problemi ancora irrisolti legati all'invio del certificato medico online. Nella lettera si è messo in evidenza come non sia possibile concludere la fase di col-

laudo del sistema fino a quando non sarà possibile "offrire al lavoratore i percorsi più agevoli e di massimo rispetto delle esigenze terapeutiche ed assistenziali", evitando al contempo che "che l'onere incida negativamente sull'attività clinica di ciascuna categoria medica".

La riunione tecnica tenutasi lo stesso giorno tra rappresentanti del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e la Fnomceo, valutate le problematiche

ancora in corso di risoluzione, ha stabilito di proseguire con il periodo di collaudo che pertanto non si concluderà entro il termine originariamente previsto del 19 luglio. Durante il periodo di collaudo non è attivo il sistema sanzionatorio in caso di mancata trasmissione. Tuttavia il ministero invita i medici, nell'ambito delle concrete possibilità tecniche, ad attuare le modalità di certificazione telematica in modo da poter ottimizzare il sistema.

*Publicato il VII Rapporto Sanità del Ceis Tor Vergata*

# Spesa sanitaria sotto controllo, ma le famiglie spendono "out of pocket"

■ Difficoltà per l'accesso alle cure e carenze gravi per la tutela delle autosufficienze, tanto che molte famiglie rischiano di cadere in

povertà per garantire l'assistenza a un parente anziano o gravemente malato

La spesa sanitaria italiana può considerarsi ormai sotto controllo. Forse anche troppo, considerando congiuntamente che, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, la nostra spesa pro-capite è oggi del 17,6% inferiore a quella dell'Europa a 15 e addirittura di quasi il doppio più bassa se nel confronto ponessimo anche paesi extraeuropei come il Canada, il Giappone e gli Usa.

È forse questo il dato più significativo del Rapporto Ceis - Sanità 2009, lo studio compiuto dal Centro studi economici ed internazionale, afferente alla Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, giunto alla sua settima edizione

## LA SPESA DELLE FAMIGLIE

Tre dati su tutti: 338.000 nuclei familiari (pari ad oltre 1 milione di persone) sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sani-

tarie o sociali (soprattutto per problemi di non autosufficienza); altre 992.000 famiglie (per un totale di circa 3 milioni di persone) sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; in oltre 2.600.000 famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato. In tutto, quindi, si può presumere che siano oltre 5.000.000 gli italiani che hanno avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del 2009. Da sottolineare che la capacità delle Regioni di evitare tali fenomeni di impoverimento appaiono molto diverse, tant'è che l'analisi sull'equità in termini di impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari (out of pocket) indica una significativa differenza regionale con picchi di maggiore impoverimento relativo in Piemonte, Molise e Liguria e una minore incidenza di impoverimento e quindi di maggiore

equità nella soddisfazione della domanda in Campania, Marche e Puglia.

## IL FINANZIAMENTO PUBBLICO

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'8,7% del PIL (e certamente il dato del 2009 risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sanità in termini di valore aggiunto superi il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia.

Malgrado l'importanza strategica del settore, rafforzata dall'elevato contenuto di ricerca e innovazione, e quindi di potenziale capacità competitiva sui mercati, assistiamo ad una netta prevalenza delle politiche sanitarie sul lato assistenziale rispetto a quelle sul lato industriale.

La prevalenza delle politiche sul lato assistenziale si spiega facilmente, essendo dettata dalle preoccupazioni sul lato dell'impatto sulla spesa pubblica, che indubbiamente è rilevante e pari al 6,7% del Pil. Eppure l'incidenza della spesa sanitaria totale in Italia è pari all'8,7% del Pil rispetto all'8,9% della media dei Paesi OECD e al 9,2% della media dei Paesi dell'Europa a 15. L'intervento pubblico, in termini quantitativi, si attesta al 76,5% della spesa totale: tale percentuale è sostanzialmente in linea con i livelli medi europei (77,4%).

## LE VARIAZIONI DI "SISTEMA" TRA LE REGIONI

Da un punto di vista organizzativo il sistema da una parte vede alcune tendenze comuni (ad es. accorpamento delle Asl e riduzione dei Posti Letto per acuti), ma con velocità diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale, da ultimo accelerate per effetto del federalismo.

Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la primary care: i punti di guardia medica vanno dai 61.700 abitanti in media per punto di guardia medica della P.A. di Bolzano ai 4.200 della Regione Basilicata; i consultori dai 57.000 abitanti in media della P.A. di

Trento ai 5.700 della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai 118.200 abitanti in media nella Regione Basilicata ai 15.700 della Regione Valle D'Aosta. Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da 109,5 per 1.000 residenti del Piemonte a 183,3 dell'Abruzzo.

Le differenze regionali però "esplodono" negli altri regimi diversi dalle acuzie: basti dire che i tassi di ricovero in riabilitazione variano fra lo 0,8 per 1.000 residenti della Sardegna, all'8,9 della Lombardia; la degenza media passa dalle 16,0 giornate dell'Abruzzo, alle 40 del Lazio. Analogamente per la lungodegenza abbiamo un tasso dello 0,02 per 1.000 residenti in Valle d'Aosta e del 7,0 in Emilia Ro-

magna, con una degenza media compresa tra le 15,6 giornate del Friuli Venezia Giulia e le 51,9 della Calabria. Passando alla residenzialità (RSA, Hospice, etc) e all'assistenza domiciliare i sistemi informativi risultano del tutto carenti; possiamo, però, ugualmente apprezzare alcuni elementi assolutamente critici. Per quanto concerne le residenzialità emerge come essa sia di fatto in larga misura a carico dei cittadini: partecipano infatti di tasca propria alle spese della struttura il 94% degli assistiti in Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti. e il 90% degli assistiti in RSA: di fatto in oltre il 50% delle Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti, e nel 28% delle RSA, la quota di compartecipazione rappresenta oltre il 50% delle entrate delle

strutture.

Per quanto concerne la assistenza domiciliare integrata (vedi tabella), si può apprezzare la grande differenza nell'offerta effettiva, osservando il numero di anziani presi in carico (che diminuiscono dall' 84,1% del 2004 all'81,2% del 2007), ma ancor di più del fallimento dell'integrazione socio sanitaria che si ferma a quella fra figure professionali sanitarie: solo il 34,9% dei soggetti ultra sessantacinquenni presi in carico ha ricevuto anche una qualche forma di assistenza sociale.

*Il testo integrale del Rapporto Ceis-Sanità 2009 è scaricabile attraverso il sito Ceis:*

*[http://www.ceistorvergata.it/public/ceis/file/reports/Rapp\\_san\\_ita\\_2009.zip](http://www.ceistorvergata.it/public/ceis/file/reports/Rapp_san_ita_2009.zip)*

## L'Adi in Italia, Regione per Regione

Regione	Casi trattati	Anziani trattati	Under 65 trattati	Anziani trattati sul totale casi trattati	Under 65 trattati sul totale casi trattati
<b>Italia</b>	<b>474.567</b>	<b>385.348</b>	<b>89.219</b>	<b>81,20%</b>	<b>18,80%</b>
Piemonte	24.300	17.447	6.853	71,80%	28,20%
Valle d'Aosta	147	78	69	53,10%	46,90%
Lombardia	81.174	68.836	12.338	84,80%	15,20%
P. A. Bolzano	683	452	231	66,20%	33,80%
P. A. Trento	1.742	976	766	56,00%	44,00%
Veneto	73.431	59.479	13.952	81,00%	19,00%
Friuli Venezia G.	24.958	20.241	4.717	81,10%	18,90%
Liguria	14.829	13.865	964	93,50%	6,50%
Emilia Romagna	64.666	54.966	9.700	85,00%	15,00%
Toscana	22.122	18.007	4.115	81,40%	18,60%
Umbria	10.814	8.813	2.001	81,50%	18,50%
Marche	15.883	13.485	2.398	84,90%	15,10%
Lazio	51.877	41.346	10.531	79,70%	20,30%
Abruzzo	12.705	10.253	2.452	80,70%	19,30%
Molise	5.790	2.629	3.161	45,40%	54,60%
Campania	17.707	14.679	3.028	82,90%	17,10%
Puglia	13.882	11.564	2.318	83,30%	16,70%
Basilicata	6.774	5.121	1.653	75,60%	24,40%
Calabria	13.071	10.182	2.889	77,90%	22,10%
Sicilia	12.784	9.256	3.528	72,40%	27,60%
Sardegna	5.228	3.576	1.652	68,40%	31,60%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

LA TERZA

# Il regalo

(quarta e ultima parte)

di Francesco Fanzaga

La nausea se n'era andata ma le emozioni una via l'altra non avevano permesso al cuore di riprendere il ritmo regolare. Il traffico era diminuito e il vigile Amedeo non c'era più.

Non le aveva mai sentite parlare di vestiti, di ragazzi, di cantanti, di film o di cose che in genere interessano le ragazze di quell'età: la lotta tra il bene e il male sembrava essere l'argomento preferito di Francesca e Nadia, tutte le volte che, passando loro vicino, coglieva al volo poche parole dei loro discorsi. Aveva pensato che le due ragazze facessero solo esercitazioni giovanili per orientarsi nel mondo degli adulti che cominciava a schiudersi ai loro occhi, perchè la realtà veniva analizzata come continuo contrapporsi delle due forze. Un giorno sentì Nadia che diceva: "Nel confronto diretto il male vince sempre come in algebra il meno vince sempre sul più". "Ma da due negatività, come ad esempio gli eserciti in guerra o due persone che si odiano, nasce sempre un segno positivo come la pace", replicava Francesca. Aveva sorriso allora il professore. "Come si può ragionare così, troppe materie scientifiche nelle scuole. Continuate pure a ridurre le materie letterarie, ve ne accorgete che razza di teste sfornerete", aveva pensato, e non solo per tirare l'acqua al suo mulino. Ormai alla sua età sapeva bene che nella vita non sempre 1 più 1 fa 2, figurarsi se ci mettiamo a filosofare sui segni; ma adesso ripensandoci, visto come erano andate le cose, come non collegare i destini delle due ragazze a quei discorsi? Possibile che la Mariuccia non sapesse niente di Francesca? Si fermò per attraversare. Aguzzò la vista per quello che poteva, ma in quella nube di umidità anche la cometa avrebbe dovuto girare un po' per trovare la capanna. Mentre era in mezzo alla strada sbucò dall'incrocio alla sua sinistra una macchina con un ragazzo



obeso e rasato che rideva al cellulare e con la sigaretta tra le dita. Frenò di colpo e inchiodò la vettura a pochi centimetri dalla sua gonartrosi bilaterale, gli regalò uno sguardo di compatimento come dire "togliti dai piedi vecchio rimbambito, non vedi che ho fretta?", poi ripartì scansandolo bruscamente.

Si fermò un attimo, per riprendersi, davanti alla banca dove il suo amico Gabriele aveva visto dileguarsi in un giorno quasi tutti i risparmi di una vita e che augurava a lui e a tutti gli altri "Buone Feste" con luci intermittenti sopra il bancomat. Chissà che segno gli avrebbe messo davanti il Gabriele: il più o il meno? Proseguì: "Tanti auguri" anche dalla sede della Onlus abilitata all'incasso dell'8 per mille e che usa più della metà del ricavato per organizzare la spedizione del restante nel terzo mondo di prodotti di un socio che qui ormai faceva fatica a vendere. Più o meno? Pure l'Agenzia interinale che aveva licenziato la Mara, figlia della sua vicina di casa, il gior-

no dopo aver saputo che era incinta augurava un "Felice Natale" con angioletti di bambagia colorata a spasso sulla vetrata.

Il sexyshop che, sempre a luci intermittenti ma in formato più ridotto, gli intimava "Goditi le feste" gli sembrò più onesto. Il male che si traveste, il segno meno che se raddoppia diventa più. Forse qualcosa di vero c'era in quei discorsi, ma se mai il problema era come orientarsi per mettere il segno giusto davanti a tutto.

Finalmente era arrivato. Il condominio dove abitava era lì davanti anche lui in versione natalizia con fili di luci e alberelli sui balconi. Strinse il regalo nella tasca e salì lentamente fino al terzo piano. La Mariuccia era pronta da un pezzo con la cena e gli chiese dove era stato.

"In chiesa sono stato, poi al bar del Celso dove ho trovato Marcello, il cugino di Francesca, che parte domani per l'America. Perchè non mi hai detto della decisione di Francesca?"

## L'AUTORE

**Francesco Fanzaga** è medico di famiglia a Casano D'Adda. Un medico che è anche uno scrittore e che dalla sua "prima" professione trae materia per la "seconda". Nel 1997 ha pubbli-

cato *Il mestiere più bello del mondo*, un'autobiografia romanzata di vent'anni di lavoro, al quale sono poi seguiti *Già che siete qui* e *Vieni, non aver paura*.

“Ah sì, hai ragione. Non te l’ho detto perché me lo ha chiesto lei di non dirtelo. Era sicura che le avresti voluto parlare e lei aveva ormai deciso. Diciamo che voleva cominciare a entrare nell’atmosfera del Carmelo, a isolarsi un po’ per volta dal mondo. Insomma, da alcuni mesi si è licenziata e fa una vita ritirata in attesa di entrare in convento. Comunque domani ha avuto il permesso di andare a prendere Nadia e saranno a cena da noi”.

“Potevi anche dirmelo prima. E tu cosa ne pensi della sua scelta?”.

“Cosa ne penso? Mah! Ricordi il detto ‘quando il dito indica il cielo, l’idiota guarda il dito’? Oggi non è più l’idiota a guardare il dito ma tutti gli altri e il dito non indica più il cielo. Chi vuol girarsi a guardare il cielo ha un prezzo molto alto da pagare e credo che Francesca e Nadia, in modi diversi, lo stiano pagando. Francesca ha provato a vivere guardando il dito, ma si è accorta subito che non avrebbe potuto vivere senza sogni, senza la speranza di un obiettivo irraggiungibile, senza l’audacia di un’utopia e si è ribellata nel modo più estremo, rifiutando il sistema in modo radicale. Nadia invece – continuò guardando la foto della figlia che sorrideva dalla mensola – non è così forte e la sua ribellio-

ne si è infranta contro la montagna di indifferenza, di volgarità e prepotenza che si è trovata sul muso appena aperto l’uscio di casa. Spero tanto comunque che Francesca non se ne debba pentire”.

“Speriamo davvero. Se forse avesse riflettuto ancora un po’ e ne avesse parlato con chi avrebbe potuto consigliarla... Ma forse l’ha fatto, e poi è una generazione che non ha una grande fiducia negli adulti e nelle parole. E non del tutto a torto, se vogliamo essere sinceri”.

“Ma com’è che sei andato in chiesa?”.

“Non lo so di preciso, ho seguito soprappensiero la gente che vi stava entrando e ti confesso che sono contento di averlo fatto. Mi sono sentito bene là dentro, anche senza la tua fede, forse non ero più abituato a vedere gente che si riunisce non per questioni di soldi o per discutere se fare causa al vicino”.

“Saresti potuto venire con me alla messa di mezzanotte”.

“Non era previsto che andassi in chiesa, te l’ho detto. Comunque il tuo minestro-ne è sempre insuperabile, come i tuoi consigli”.

La Mariuccia sparcchiò, lavò i piatti e passò a prendere la sorella per andare in chiesa. Il professore si sedette sul divano e come ogni sera rilesse alcune pagi-

ne del suo libro, l’unico che aveva scritto: la storia di una bambina bella, intelligente che a 20 anni diventa terrorista. Rilesse la deposizione di Anna, la protagonista, al processo che concludeva: “...se andavo avanti così mi avrebbero ricoverata in un reparto psichiatrico, avevo anche pensato di farmi monaca, poi mi sono innamorata di Claudio che mi ha convinta a entrare nella lotta armata”. Si alzò dal divano, prese il regalo dalla tasca del cappotto e passò davanti al presepe che sua moglie faceva ogni anno con le statuine scolorite e ormai un po’ sbocconcellate e vide che davanti alla capanna c’era un piccolo pacco con il suo nome. Non se l’aspettava proprio e, da vecchio, si commosse in po’. Posò anche il suo regalo poi andò in camera da letto. Prese nel palmo della mano la manciata di pastiglie che la Mariuccia gli preparava sul comodino, tolse gli occhiali e cercò quella per dormire. La mise nel cassetto e prese tutte insieme le altre. Poi andò a letto e aspettò con gli occhi aperti che la sua Mariuccia tornasse.

*(Le precedenti parti del racconto sono state pubblicate su Avvenire Medico n. 2/10, 3/10, 5/10).*

## Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

### Dalla bugia alla nascita della dialettica

■ ■ Se non si accetta l’idea che la menzogna possa essere il principio dell’intelligenza, possiamo tranquillamente chiamare la menzogna “astuzia” dando a questo termine tutti i significati che un popolo di furbi può attribuirgli ma principalmente la capacità di trovare di volta in volta il punto d’equilibrio tra due tesi contrarie.

Nasce così la dialettica che è l’arte di disputare, e precisamente l’arte di disputare in modo da ottenere sempre ragione con mezzi leciti e illeciti. Si può, infatti, avere ragione oggettiva nella cosa stessa e, tuttavia, avere torto agli occhi dei presenti e a volte persino ai propri. Ciò accade quando l’avversario confuta la

mia prova e questo vale come se avesse confutato anche l’affermazione

La dialettica bisogna considerarla senza badare alla verità oggettiva, ma come l’arte di ottenere ragione, deve insegnare solo come difendersi da attacchi d’ogni genere e parimenti come si possa noi stessi attaccare ciò che l’altro afferma, senza cadere in contraddizione e, soprattutto, senza essere confutati. Bisogna separare in modo netto il reperimento della verità oggettiva dall’arte di imporre come vere le proprie tesi.

La dialettica è stata definita la logica della parvenza, ma ciò è falso perché anche quando si ha ragione si ha bisogno di essa per sostenerla e si devono conoscere gli stratagemmi sleali per opporvisi, anzi spesso bisogna farne uso per battere l’avversario



con le sue stesse armi. Per questo nella dialettica la verità oggettiva va messa da parte e bisogna badare solo a come difendere le proprie affermazioni e rovesciare quelle dell’altro. Spesso si ignora dove si trovi la verità oggettiva, noi stessi sovente non sappiamo se abbiamo ragione o no, pensiamo d’averla e ci inganniamo, talvolta lo credono ambo le parti. Quando sorge una disputa, di regola ciascuno crede di avere la verità dalla propria

parte: in seguito entrambi diventano dubbiosi. Dunque la dialettica non deve avventurarsi nella verità: alla stessa stregua di un maestro di scherma, che non considera chi abbia effettivamente ragione nella contesa che ha dato origine al duello: colpire e parare, questo è quello che conta. Lo stesso vale anche nella dialettica, che è una scherma spirituale.

Esiste quindi un’etica della bugia? Certo, se la si intende come da noi testé esplicitata: a volte vale molto di più una mezza bugia di cento verità. Rammentiamoci infine che i profeti della verità sono i più grandi falsari della storia.

*Bruno Cristiano*

*La prima parte di questo articolo è stata pubblicata su Avvenire Medico n.5/2010.*

*Buoni motivi per aderire al sindacato*

# I vantaggi degli iscritti Fimmg

di Paolo Giarrusso

La Fimmg è la più importante organizzazione professionale dei medici di assistenza primaria. I settori che rappresentano i comparti funzionali, in cui operano i medici nel territorio sono costituiti oltre che dalla medicina generale, dalla continuità assistenziale (che comprende anche i medici in formazione), emergenza sanitaria dipendente e convenzionata, medicina dei servizi dipendente e convenzionata, medici convenzionati per il servizio di assistenza ai naviganti, medici di controllo Inps e medici penitenziari Amapi-Fimmg. Presente in tutto il territorio nazionale la Fimmg è articolata in sedi nazionali, regionali e provinciali. Essere iscritti Fimmg permette di ricevere tutela sindacale da parte di colleghi impegnati nella professione che si impegnano per migliorare ed elevare la qualità dell'attività dell'assistenza primaria. Essere iscritti alla Fimmg permette di:

- usufruire di un servizio di segreteria in tutte le sedi provinciali e spes-

so anche con possibilità di consulenza in tempo reale con i principali quadri sindacali locali;

- partecipare ai corsi di formazione Ecm organizzati da Fimmg- Metis;
- essere tempestivamente informati delle problematiche della professione attraverso l'accesso al sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org) con la possibilità di entrare nell'area riservata agli iscritti; inoltre permette di poter accedere ai numerosi siti regionali e/o provinciali delle singole sezioni Fimmg;
- ricevere al proprio domicilio il periodico nazionale *Avvenire Medico* con possibilità di intervenire sui principali temi formativi e professionali nazionali; analogamente è possibile ricevere i periodici regionali e/o provinciali editi dalle singole sedi periferiche;
- usufruire della tutela legale legata alla attività professionale medica attraverso convenzioni nazionali per tutti gli iscritti con premio pari a 500 mila euro/annui;

- accedere ai prodotti assicurativi Assomedico riservati ai medici iscritti (polizza infortuni, polizza RC in eccesso e polizza RC per il medico) a prezzi estremamente vantaggiosi;
- aderire in qualità di socio alla Cassa Autonoma di previdenza e assistenza integrativa Galeno;
- ricevere informazioni sulla tutela previdenziale e pensionistica dai nostri esperti Enpam;
- ricevere informazioni dai nostri esperti Prassis sulla aliquota modulare su base volontaria, sulla polizza infortunio e morte da infortunio (da noi fortemente voluta e introdotta nell'ultimo Acn);
- usufruire delle tariffe privilegiate ottenute da FimmgMatica con le seguenti organizzazioni: Telecom, DoctorShop, DS medica, Fime Sane, Millennium, NH Hotels, BBVA reting ecc.;
- ricevere le determinazioni delle nostre Commissioni nazionali per il Fisco, Farmaci, Telemedicina, Informatica ecc.;
- ...essere parte attiva di un mondo nel quale il medico è l'artefice del proprio destino.

**Per ulteriori informazioni e per nuove iscrizioni ti consigliamo di consultare il sito nazionale [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org) dove potrai trovare gli indirizzi delle singole sedi provinciali e il recapito dei referenti.**













*Come opera una cooperativa per i medici*

## Viaggio attraverso Galeno

Inizia un viaggio per conoscere le polizze assicurative progettate e contrattate "su misura" del medico. Non clienti ma soci, quindi anche fruitori dei saldi attivi della gestione assicurativa

di Mario Costa

**M**olti sanno che fu l'iniziativa di Mario Boni, allora segretario nazionale della Fimmg, a ideare e fondare una società che, associando molti colleghi e le loro famiglie, potesse fare di ciascuno di essi non un "cliente" di diverse compagnie assicurative, cioè semplice fruitore di una determinata polizza assicurativa, ma socio, partner nella ricerca e nella contrattazione dei prodotti assicurativi più vantaggiosi, aggiungendo anche il vantaggio della redistribuzione annuale dei saldi atti-

vi. Ma pochi conoscono le modalità operative di questa cassa mutua, che oggi conta circa 5.000 soci che, unitamente alle loro famiglie, raggiungono circa 13.000 iscritti.

Vorremo ora proporre un viaggio attraverso l'operatività della cassa per illustrarne l'articolato funzionamento. Iniziamo con il servizio di assistenza ai soci: si occupa di gestire il rapporto con ogni singolo associato che necessita di assistenza, sin dalla sua adesione alla cassa.

Provvede, infatti, all'emissione del rid

dei contributi che il socio versa mensilmente; gestisce le variazioni di status (singolo o nucleo familiare) e le modifiche dei livelli di tutela (innalzamento del capitale assicurativo o integrazioni); risponde ad ogni socio che richieda informazioni telefonicamente, per e-mail o per posta; invia comunicati ricorrenti relativi a scarichi fiscali, certificati previdenziali, ecc. Il servizio dispone oggi di tre addette, preparate e rese esperte da anni di operatività in una società creata dai medici e per i medici.

*Aristide Missiroli e l'eredità di Mario Boni*

## La parola al presidente

**I**n occasione dell'Assemblea dei soci del 29 maggio 2010, Aristide Missiroli registra la conferma della fiducia dei soci nei confronti suoi e dell'intero Consiglio di amministrazione. Riguardo le tutele assicurative garantite a tutti gli iscritti afferma: "La nostra è una società cooperativa che promuove l'interesse di tutti i soci, indistintamente, quindi le garanzie ottenute valgono per tutti. Siamo riusciti a mettere a disposizione dei nostri iscritti garanzie assolutamente valide, oltre che per i rischi comunemente assicurati, anche per quelli che interessano di più i me-

dici e le loro famiglie, anche in rapporto alle nuove realtà legate al protrarsi dell'età. Naturalmente ogni socio, partendo da una serie di garanzie di base, può integrare volontariamente la propria posizione, secondo le sue esigenze".

M.C.



## Galeno puntuale al congresso Fimmg-Metis

Anche quest'anno, la cassa sarà presente al Congresso nazionale della Fimmg, a S. Margherita di Pula, non solo per offrire un servizio di informazione e di promozione sui vantaggi offerti da Galeno ai colleghi medici e alle loro famiglie, ma anche per dare risposte a diversi quesiti o chiarimenti necessari. Vorremmo offrire l'occasione per un momento di serenità, anche per mettere a disposizione di tutti, come di consueto, alcuni simpatici omaggi e proporre altri motivi di interesse e svago, oltre a una competente informazione. Arrivederci a S. Margherita di Pula!



# ClubMedici®

## intorno a te un mondo di vantaggi esclusivi

In convenzione con:

- Ordine dei Medici di Roma e Prov.
- Commissioni Albo Odontoiatri
- Associazioni Medico Scientifiche
- Sindacati



Richiedi un preventivo  
I nostri funzionari sono  
a tua completa  
disposizione

**Club  
NO STOP**  
09.00-19.00



chiama  
06 8607891

chiama  
081 7879520

**Area Blu:**  
Sede Nazionale e Interreg.  
Via G. Marchi, 10 - 00161 (RM)  
e-mail: info@clubmedici.it

**Area Verde:**  
Sede Interregionale  
C. Direzionale, Isola E3,  
Palazzo Avalon - 80143 (NA)  
e-mail: areasud@clubmedici.it

## Per te

LA CESSIONE DEL 5% DELLO STIPENDIO  
SENZA SPINE DEL CLUB MEDICI



FINO A  
**100.000 euro**

Per Ospedalieri, medici di base,  
pediatri, specialisti ambulatoriali,  
ospedalieri e pensionati

Tasso fisso,  
TAN e TAEG convenzionato

Importo erogabile fino a 100 mila euro  
senza motivare la richiesta, è possibile,  
inoltre, ottenere immediatamente  
un acconto fino a 15 mila euro

Raccogli i documenti personali presso  
lo Studio o sul posto di lavoro e la  
documentazione presso la ASL di  
riferimento

Assistenza durante l'iter del  
finanziamento fino all'erogazione

## MUTUODOCTOR

LE MIGLIORI CONVENZIONI  
NEL SETTORE SANITARIO



### Il Club Medici garantisce

**Analisi** della richiesta;

**Scelta** dell'istituto bancario che offre  
la convenzione più competitiva nel  
settore sanitario;

**Preventivazione** dettagliata e completa  
in ogni sua parte (tassi, rata, piano di  
ammortamento, spese, polizze richieste  
etc.) inviata tramite e-mail o fax;

**Individuazione** dello sportello bancario  
convenzionato territorialmente più vicino  
al medico e invio della lettera di accrediti  
con il codice di convenzione che certifica  
le condizioni agevolate (tassi, rita e  
spese) da applicare al mutuo;

Cassa di  
assistenza  
sanitaria

## SANINT-ASSIDIM



CONVENZIONE PER LA COPERTURA  
DELLE SPESE SANITARIE

Aderendo alla Cassa di Assistenza  
Sanitaria SANINT ASSIDIM, il socio con  
un unico contributo, copre se stesso e  
il nucleo familiare.

Limiti territoriali - Mondo intero  
Limite di età - 80 anni  
Scadenza annua - 31/12 di ogni anno

Si avvale di un innovativo servizio online per  
la liquidazione delle spese mediche. Tramite  
il sito dedicato [www.assidim.it](http://www.assidim.it) l'associato  
accede in sicurezza all'area riservata dove  
può gestire la propria anagrafica ed  
aggiornare tempestivamente il profilo  
utente. Le denunce di sinistro vanno  
presentate sempre attraverso lo stesso sito  
internet, che consente di controllare lo status  
della denuncia, con notevole riduzione dei  
tempi di liquidazione.

**NON È NECESSARIO**

- Presentare alcuna dichiarazione  
sullo stato di salute
- Avere questionari e anamnestico  
da compilare

La SANINT-ASSIDIM non prevede  
periodi di carenza per l'affiliazione  
delle garanzie

# Onaosi: per saperne di più

■ Nata nel 1899, l'Onaosi ancora oggi dà assistenza a migliaia di ragazzi, orfani di medici, farmacisti o veterinari. Ma il nuovo Statuto, approvato in febbraio, apre la possibilità di erogare assistenza

anche per altre ragioni di solidarietà. Ma rende più stringente l'iscrizione volontaria, che dovrà essere resa attiva entro cinque anni dall'iscrizione agli Ordini professionali

Una forma di assicurazione solidaristica. È questo il senso dell'attività che da oltre un secolo svolge l'Onaosi: un piccolo contributo annuale, per garantirsi la possibilità che i propri figli ricevano un valido sostegno negli studi in caso rimangano prematuramente orfani o si creino difficoltà gravi.

Istituita, con Regio Decreto del 20 luglio 1899, l'Opera nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani (Onaosi) inaugura nel 1901 a Perugia il primo Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani", ancora oggi la sua sede più nota. Nello stesso anno una legge rende obbligatorio il contributo all'Opera per tutti i medici, farmacisti e veterinari dipendenti dalle pubbliche amministrazioni, mentre per gli altri l'adesione è volontaria.

Trasformata nel 1955 da Ente pubblico a Fondazione privata con finalità pubbliche, l'Onaosi continua ad accrescere le sue attività. Nel 2002 l'adesione viene resa obbligatoria per tutti gli iscritti agli Ordini sanitari, ma con la Finanziaria del 2007 si riduce nuovamente la platea contributiva ai soli sanitari dipendenti pubblici.

Attualmente l'80,87% dei contribuenti Onaosi sono pubblici dipendenti, cui si aggiunge un 7,28% di aderenti volontari, un 9,27% di vitalizi e un 2,58% di ultratrentenni.

Le quote di adesione, malgrado tutto, in questi anni si sono in media ridotte: se nel 2000 la quota media dei dipendenti pubblici era di 258 euro l'anno, oggi è di 149 euro, mentre nello stesso periodo la contribuzione media dei volontari è passata da 240 e 133 euro.

## COSA FA OGGI ONAOSI

Ancora oggi le più grandi strutture residenziali dell'Onaosi sono a Perugia, con due istituti residenziali per studenti, maschile e femminile, un Campus per universitari e una Residenza sanitaria assistita, rivolta ai non autosufficienti. Altre strutture residenziali sono attive a Torino, Pavia, Padova, Bologna e Messina. In totale quasi mille studenti sono ospiti ogni anno in queste strutture, cui si devono aggiungere tutti coloro che ricevono invece forme di sostegno economico: 3.200 euro all'anno per i bambini in età prescolare; 3.300 euro per la scuola elementare; 3.400 euro per la scuola media; 3.600 euro per la scuola superiore e 4.000 euro per l'università. A questi contributi si aggiungono poi "premi" e sostegni per le promozioni, i viaggi di studio all'estero, la condizione di "fuori sede". Insomma un concreto e valido aiuto perché i ra-

gazzi che si trovano ad aver perso un genitore, possano comunque completare i propri studi e la propria formazione.

## IL NUOVO STATUTO

Il nuovo statuto della Fondazione, approvato il 9 febbraio scorso, ha modificato in parte sia le prestazioni assistenziali sia la possibilità di adesione all'Ente.

Le prestazioni infatti, vengono estese, una volta assicurate alle categorie principali con diritto all'assistenza, anche ai figli dei contribuenti che si trovino in grave difficoltà economica, nonché ai figli dei contribuenti che abbiano perso il genitore non sanitario e agli stessi contribuenti in condizione di disagio economico o disabilità, qualora non siano fruitori di prestazioni di altri Enti previdenziali.

Più rigorosa la tempistica per decidere di iscriversi volontariamente alla Fondazione: i neo iscritti agli Ordini professionali potranno scegliere di diventare contribuenti volontari dell'Onaosi entro 5 anni dalla data della prima iscrizione all'Ordine, mentre coloro che sono già iscritti da tempo agli Ordini dovranno decidere entro il 9 febbraio 2011. Infine coloro che erano iscritti come dipendenti, qualora cessi questa condizione, avranno due anni di tempo per decidere se iscriversi come contribuenti volontari. Scaduti questi termini, le domande di iscrizione all'Onaosi non potranno essere accolte. E si perderà una buona opportunità, di assicurazione e di solidarietà.



*Un'iniziativa positiva per la Medicina Generale*

## A Roma formazione specialistica dei medici di famiglia all'Università

**A**rrivano i medici di famiglia "super-specialisti" con il primo Master Universitario di II livello in Medicina Generale promosso dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia e dalla Scuola di Formazione Continua dell'Università Campus Biomedico di Roma, oltre che dal Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale. Un "progetto pilota", al quale collabora la Società Italiana di Medicina Generale, che apre il mondo dell'Università alla formazione dei futuri medici di famiglia, il cui iter formativo oggi è affidato al triennio gestito dalle Regioni con il rilascio del diploma di formazione, che non può essere comparato ai diplomi universitari di specializzazione vera e propria necessari per intraprendere la professione in altre branche della medicina. Una anomalia rispetto a buo-

na parte dei Paesi Europei, dove nelle Università sono previsti Dipartimenti di medicina generale in grado di formare medici specializzati a tutti gli effetti.

Il Master organizzato dal Campus Biomedico di Roma offre invece un ulteriore grado di preparazione a coloro



che, dopo l'abilitazione regionale, intendano impegnarsi in responsabilità non solo professionali ma anche didattiche e gestionali nell'ambito della medicina di base, forti di un titolo a valenza universitaria. Competenze fondamentali in una sanità che in Italia, come altrove, va sempre più puntando sulla medicina del territorio rispetto all'Ospedale.

In particolare gli obiettivi didattici del corso sono quelli di formare medici in grado di:

- sviluppare una visione professionale orientata alla promozione della salute ed alla prevenzione attraverso gli stili di vita;
- orientarsi correttamente nell'ambito della promozione della salute, diagnosi clinica e strumentale e delle indicazioni terapeutiche nelle patologie tipiche della medicina del territorio;
- acquisire approfondita conoscenza delle metodiche diagnostiche e dell'iter terapeutico, anche in termini di costo/efficacia;
- disporre di elementi di valutazione e di utilizzo delle tecnologie applicate allo sviluppo professionale della Medicina Generale.

Le richieste di iscrizione al corso – che garantisce l'acquisizione di 60 crediti formativi universitari – dovranno pervenire alla scuola di Formazione Continua del Campus Biomedico di Roma entro il 4 dicembre 2010. L'inizio delle lezioni, strutturate in 15 moduli specialistici più un modulo di indirizzo e relativo tirocinio, è previsto per il 17 dicembre prossimo con frequenze di un fine settimana al mese fino al 2012. Una formula "part-time" che rende compatibile l'impegno del Master con altre attività professionali.

### Una buona notizia

Ci rallegriamo per l'arrivo dei medici di famiglia super specialisti formati dal Campus Biomedico di Roma, su indicazione del Centro di Formazione regionale per la Medicina Generale del Lazio e della Simg.

Sviluppare una visione professionale orientata alla promozione della salute ed alla prevenzione attraverso gli stili di vita, orientarsi correttamente nell'ambito della promozione della salute, diagnosi clinica e strumentale e delle indicazioni terapeutiche nelle patologie tipiche della medicina del territorio, acquisire

un'approfondita conoscenza delle metodiche diagnostiche e dell'iter terapeutico, anche in termini di costo/efficacia, disporre di elementi di valutazione e di utilizzo delle tecnologie applicate allo sviluppo professionale della Medicina Generale, sono temi cari a tutta la professione ed in modo particolare alla medicina generale.

Auguriamo buon lavoro ai colleghi e attendiamo un cenno dagli organizzatori del corso. Sarà necessario, infatti, che i contenuti appresi nel corso non si riducano alla raccolta di qualche decina di crediti formativi, ma siano spendibili nel percorso istituzionale/contrattuale che come Fimmg stiamo costruendo. *F.C.*

*Fimmg collabora ad una ricerca voluta dalla Federazione italiana malattie polmonari sociali e tubercolosi*

## SAP: Soddisfazione del paziente nell'Assistenza in Pneumologia

In uno scenario in cui il coinvolgimento e l'ascolto delle aspettative del paziente sono ritenuti necessari e auspicabili sia dall'agenda OMS del 2006, sia dal progetto Guadagnare Salute del Ministero della Salute, la Fimpst (Federazione italiana malattie polmonari sociali e tubercolosi) ha ritenuto prioritario progettare varie ed integrate iniziative per diffondere la cultura della necessaria maggiore percezione del paziente e del medico sul servizio e gli approcci diagnostico/terapeutici in Pneumologia. Fimpst in collaborazione con le Società scientifiche ad essa aggregate e con Fimmg ha pertanto incaricato Osc Bologna di realizzare una ricerca mirata a conoscere da un lato la percezione del paziente rispetto ai metodi diagnostico/terapeutici adottati dai mmg e dalle strutture sanitarie pubbliche, dall'altro il punto di vista dei mmg e dei pneumologi rispetto all'assistenza fornita ai pazienti.

### GLI OBIETTIVI DELLA RICERCA

La ricerca, i cui risultati sono stati presentati a Milano nel mese di giugno, è stata svolta con i seguenti obiettivi:

- 1 misurare l'esperienza del paziente in merito al gradimento dell'assistenza pneumologica ed evidenziare criticità che possano costituire suggerimento per il progressivo miglioramento delle prestazioni stesse;
- 2 valutare i percorsi diagnostico/terapeutici del mmg per migliorare la partecipazione del medico sulla base delle linee guida e la sua collaborazione con lo specialista pneumologo, al fine di raggiungere percorsi integrati e appropriati;
- 3 valutare le problematiche organizzative e d'assistenza dei reparti di pneumologia, dal punto di vista del Direttore del reparto, per individuare eventuali criticità da segnalare agli "enti decisori", unitamente a soluzioni specifiche per ogni eventuale singolo pro-

blema emergente;

- 4 valutare il punto di vista dei mmg rispetto all'assistenza delle strutture e degli specialisti pneumologi;
- 5 valutare il punto di vista dei pneumologi rispetto all'assistenza primaria dei mmg.

### I PAZIENTI SI RIVOLGONO SOPRATTUTTO AL MEDICO DI FAMIGLIA

In caso di bisogno il paziente pneumologico si rivolge prevalentemente al proprio medico di famiglia. Circa l'80% degli intervistati, infatti, risponde che questa è la sua scelta e questa percentuale è omogenea nelle diverse aree del paese. Più di un terzo degli intervistati, inoltre, ha effettuato una visita specialistica in struttura pubblica, che ovviamente richiede la richiesta del mmg. Le risposte ad una specifica domanda successiva indicano che, nella maggior parte dei casi, tale visita viene effettuata su indicazione del medico più che su richiesta del paziente. Ciò sembra confermare l'importanza del ruolo del medico di medicina generale come principale punto di riferimento per il paziente, al quale ci si affida per scegliere il tipo di intervento più adatto al proprio caso. E proprio questa relazione fiduciaria probabilmente è la ragione della grande soddisfazione espressa dai pazienti riguardo al proprio medico di famiglia: in una scala da 1 a 10, infatti, il mmg riscuote un bell'8, dato sostanzialmente costante in tutte le aree geografiche.

### LA MEDICINA GENERALE SUPERA LA "VERIFICA" DELL'USO APPROPRIATO DEI FARMACI IN NOTA 78

Come è noto l'Aifa, con determina pubblicata il 6 maggio 2009 Gazzetta Ufficiale n. 122 del 28.05.2009 Supp. Ordinario n. 81, entrata in vigore a decorrere dal quindicesimo giorno dalla data della sua pubblicazione, ha sospeso temporaneamente e per un periodo di sei mesi, la nota Aifa 78 (farmaci anti glaucoma). La sospensione è stata subordinata al monitoraggio della spesa e alla valutazione dell'impatto economico in relazione ad ogni singolo principio attivo inserito nella nota Aifa 78. La sospensione semestrale, alle stesse con-

dizioni, è stata poi rinnovata una seconda volta nel dicembre 2009. Infine, con Determina pubblicata in G.U. n.135 del 12 giugno 2010, la sospensione della Nota 78 è stata prorogata per ulteriori 6 mesi. Dal monitoraggio dei dati di consumo nazionale dei colliri anti-glaucoma si mette in evidenza un trend lineare di crescita dal 2006 al 2010, la cui pendenza non si è accentuata nei mesi durante i quali la nota 78 è stata sospesa, in particolare da giugno 2009 a febbraio 2010. Possiamo quindi dire che, con buona pace

di chi si attendeva un'esplosione di inappropriata prescrizione dei farmaci anti-glaucoma, la MG ha dimostrato anche in questo caso maturità, prefigurando di essere sicuramente in grado di affrontare in modo appropriato e coerente le sfide che l'uso del farmaco pone sia in termini di appropriatezza prescrittiva che di sostenibilità del Ssn, sempre e solo nel rispetto dell'interesse del cittadino.

Walter Marrocco  
mmg - componente CTS - AIFA



*Una giornata di studio organizzata a Roma dall'Isde*

## Mettere al centro l'ecosistema

di Luciano Carideo\*

Che l'ambiente in cui si vive condizioni la salute, è cosa nota. Chi cura il malato, quindi, deve anche favorire la prevenzione e la promozione di un ambiente vivibile per la tutela della salute individuale e collettiva. D'altronde lo dice il nuovo Codice di deontologia medica che, all'articolo 5, recita, tra l'altro: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini". E questo articolo è stato integrato pochi anni fa grazie all'impegno dell'Associazione Medici per l'Ambiente Isde-Ita-

lia, che il 7 giugno scorso ha promosso il primo Workshop nazionale Isde sulle politiche per l'Ambiente e la Salute, svoltosi a Roma nella Sala delle Colonne di Palazzo Marini, prestigiosa sede offerta dalla Camera dei Deputati.

Cosa fare per mettere ambiente e salute al centro dell'intervento dell'azione politica era il sottotitolo del workshop e la domanda, cui hanno tentato di dare una risposta i partecipanti a seconda degli ambiti di competenza e di interesse.

"L'essere umano deve tornare ad essere ecocentrico e non antropocentrico"



### LE RELAZIONI AL WORKSHOP NAZIONALE ISDE SULLE POLITICHE PER L'AMBIENTE E LA SALUTE

**Ernesto Burgio** (coordinatore Comitato scientifico Isde Italia) e **Antonella Litta** (Asl Viterbo, Isde Viterbo) si sono soffermati su "Le attuali criticità in materia di ambiente e salute". Ai loro contributi è seguita la prima sessione intitolata Ambiente e salute in tutte le politiche: i programmi e gli impegni dei Parlamentari, dei movimenti e dei partiti politici, moderata da **Gianni Tamino** (Università di Padova, Comitato scientifico Isde Italia) e da Ferdinando Laghi (direttore U.O. Medicina Interna Ospedale di Castrovillari, presidente Isde Calabria). Questi gli interventi: "L'Istituto Ramazzini e il primato dell'indipendenza e della verità scientifica" di **Morando Soffritti** (direttore scientifico Istituto Ramazzini, Comitato scientifico ISDE Italia), "L'inquinamento micrombientale da polveri fini e ultrafini: i benefici della limitazione del traffico, la situazione nei metró, il fumo in macchina" di **Giovanni Invernizzi** (Società Italiana di Medicina Generale Simg, Isde Sondrio), "Normativa per il rilascio delle autorizzazioni nel settore Ambientale" di Mauro Mocci (Fimmg Lazio, Isde Civitavecchia), "La protezione della salute dei cittadini nelle città metropolitane" di **Antonio Faggioli** (Università di Bologna, Giunta esecutiva ISDE Italia), "Politiche per la mobilità e per la riduzione dello smog per la tutela della salute e dell'ambiente nelle aree metropolitane" di **Angelo Bonelli** (presidente dei Verdi), "Energia nucleare e fonti rinnovabili" di Alfiero Grandi (presidente del Comitato SI alle energie rinnovabili NO al nucleare). La seconda ses-

sione di lavori – Il ruolo delle Organizzazioni Non Governative, moderatore: **Patrizia Gentilini** (Giunta esecutiva Isde Italia) – ha visto i contributi di **Giuseppe Altieri** (Agernova) su "Ogm: scienza, natura e diritto", Stefania Borgo (Università La Sapienza di Roma, Centro per la Ricerca in Psicoterapia, segretario generale Isde Italia) su "Una nuova politica sociale dell'Isde", **Stefano Lanzuolo** (Università La Sapienza di Roma, Facoltà di Economia) su "I rifiuti: problema o opportunità?", **Anna Fava** (Istituto Studi Filosofici, Assise di Napoli) su "La cultura in prima linea in difesa dell'ambiente e della salute", **Ennio Masciello** (tesoriere nazionale Siomi, Ordine dei Medici di Bologna) su "La medicina integrata a salvaguardia dell'ambiente", **Francescoemilio D'Alonso** (Minerva Pelti) su "Prevenzione e lotta ai tumori infantili: cosa ne pensano i genitori". All'ultima sessione, dedicata all'Informazione e comunicazione indipendente, moderata da **Giorgio Diaferia** (Centro di Medicina Preventiva Suism dell'Università di Torino, Isde Torino) e da **Gaetano Rivezzi** (vice presidente Isde Italia Sud), sono intervenuti Patrizia Gentilini su "Autonomia della scienza e indipendenza dell'informazione: irrinunciabili presupposti per la difesa della salute", **Mary Attento** (giornalista professionista ed editor, Isde Italia) su "Comunicare l'ambiente, salvare la salute", **Valerio Ceva Grimaldi** (vicedirettore del quotidiano ecologista Terra) su "L'importanza di un giornalismo scientifico".

ha esordito l'onorevole Domenico Scilipoti, promotore del convegno insieme all'Isde (International Society of Doctors for the Environment), l'Associazione dei Medici per l'Ambiente, presieduta da Roberto Romizi, che da vent'anni si impegna per la salvaguardia dell'aria, dell'acqua, del suolo e più in generale del nostro habitat e della sua biodiversità e affinché tutto ciò si traduca in una reale protezione della salute. Proprio di questo ha parlato Romizi in apertura del programma di lavori, introdotti anche da Maria Grazia Petronio (Asl 11 Empoli, vice presidente Isde Italia Centro). Dopo un'intera – e intensa – giornata di lavori, è emerso che la politica privilegia come priorità assoluta la prevenzione primaria, il contrasto al degrado e all'inquinamento ambientale, non condizionandola ad altre priorità, piuttosto invece in sinergia con le priorità del benessere, salute e sicurezza delle popolazioni, salvaguardia degli ambienti naturali, di vita e di lavoro, della difesa della legalità, nonché della produzione, del trasporto e della distribuzione eco-compatibile.

La politica, inoltre, colga l'occasione della crisi economica attuale per modificare radicalmente le politiche industriali, tramite una riconversione eco-compatibile che stimoli nuova occupazione. Non venga dunque incentivato il carbone, il nucleare, bensì venga data una svolta radicale indirizzando gli incentivi verso il risparmio energetico e le fonti rinnovabili, correttamente intese. Venga incentivato quindi il trasporto pubblico e quello ad emissioni zero. In breve, venga respinta qualunque politica energetica che aumenti i rischi ambientali e sanitari.

L'Isde contesta decisamente la revisione dell'articolo 41 della Costituzione, che potrebbe permettere la realizzazione di opere dannose all'interesse collettivo. L'Isde ritiene anche che la revisione del Codice Ambientale sia pericolosa e da evitare, se giustificata dalla sola semplificazione delle procedure e se contrastante con i diritti costituzionalmente tutelati. Energia, ambiente e territorio sono legate insieme. L'Isde chiede di costituire le città metropolitane, già previste, con competenze di promozione e tutela del binomio ambiente e salute; ed esige che venga promossa una corretta politica dei rifiuti, ispirata alle 5 R, che escluda l'uso degli incenerito-



ri. Sollecita anche il bando degli Ogm, con tolleranza zero, ed un piano di riconversione biologica dell'agricoltura. L'Isde chiede infine che venga salvaguardata la comunicazione indipendente, per permettere ai cittadini di ricevere una informazione corretta e non condizionata da conflitti di interesse politico-economici.

*\*Isde Italia*

## RIFIUTI: LA STRATEGIA DELLE 5 R

- R**
- Riduzione all'origine dei rifiuti**
  - Raccolta differenziata**
  - Riuso degli oggetti ancora utili**
  - Riciclo dei materiali utili**
  - Recupero di energia**



 **Millewin**  
con il medico, sempre

 **Millecpc**  
SPAZIO-CENTRO ASSISTENZIALE

## IL FUTURO CHE ASPETTAVI

Lo scenario delle cure primarie nei prossimi anni ci porta a prefigurare un Medico di Medicina Generale diverso da oggi, in grado non solo di gestire al meglio i problemi quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività, in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili.

[www.millewin.it](http://www.millewin.it)  
[www.millegpg.it](http://www.millegpg.it)

numero verde 800 949 502

**Dedalus**  
in collaborazione con

## Obesità: è epidemia anche in Italia

Sono ormai 16 milioni le persone in sovrappeso in Italia, 5 milioni gli obesi. Una questione non soltanto di salute pubblica, ma anche di sostenibilità della spesa sanitaria. Ammontano infatti a 8 miliardi di euro (il 6,7 per cento della spesa sanitaria) i costi dell'obesità. Costi destinati inevitabilmente a salire e ad autoalimentarsi dal momento che, secondo l'Istat, nella fascia di età tra i 6 e i 17 anni, un bambino su 3 è sovrappeso e uno su 4 è obeso.

Ed è questo che più preoccupa gli esperti: "Un bambino obeso ha 80 probabilità su 100 di rimanere obeso anche da adulto", ha spiegato Michele Carruba, direttore del Centro studi e ricerche sull'obesità dell'Università degli studi di Milano, nel corso del dibattito Globesità strategia e interventi, promosso dall'Associazione parlamentare per la tutela e la



promozione del diritto alla prevenzione e dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata. "Fotografare la situazione dei bambini oggi – ha aggiunto – significa avere un'idea di quella che sarà la nuova generazione. In Italia abbiamo il 12% di bambini obesi e il 24% di bimbi in sovrappeso". Ciò che fa rabbia è la semplicità con cui questa tendenza si può

contrastare nei bambini: basta "lasciarli muovere di più ed educarli nel mangiare", ha concluso Carruba.

## Meglio non prendere sotto gamba l'ipertensione

L'allarme arriva dal 20° Congresso annuale della Società Europea di Ipertensione (ESH). Secondo lo studio SHARE (*Supporting Hypertension Awareness and Research Europe-wide*): i medici europei sottovalutano l'ipertensione.

Dall'analisi, che ha analizzato il vissuto professionale di 2.629 medici di base e specialisti in tutta Europa, è emerso che, anche se il 76% del campione ritiene corretto il target pressorio suggerito dalle linee guida europee, quando si analizza la pratica clinica le cose cambiano. Il 29% dei medici reputa soddisfacente il raggiungimento di valori di pressione arteriosa sistolica sopra il target di 140 mmHg e il 15% si accontenta di valori di pressione arteriosa diastolica sopra 90 mmHg. Inoltre, in generale, i livelli di pressione che creerebbero preoccupazione sono più alti rispetto al target delle linee guida ed è necessario raggiungere soglie ancora più alte prima che i medici si sentano spinti a intervenire aggressivamente (168/100 mmHg).

## Biosimilari, quegli sconosciuti

I biosimilari sono già una realtà nella pratica clinica ma restano un'incognita per un malato di tumore su due. Mentre sei pazienti su dieci non sanno dire se queste molecole siano già disponibili in Italia e il 46% ignora i possibili effetti collaterali.

In mancanza di informazioni certe, solo il 15% sarebbe però disposto a cambiare il farmaco biologico che assume con una "copia" se il medico glielo proponesse e appena l'8% ritiene il minor costo un motivo valido per sostituire la propria terapia. Sono i risultati del primo sondaggio nazionale sui pazienti promosso dalla Fondazione dell'Asso-

ciatione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), in collaborazione con la Società Italiana di Nefrologia (Sin), la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo) e l'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (Aimac) condotto nel giugno 2010 e presentato nei giorni scorsi a Roma.

## Cirrosi: TIPS precoce meglio della terapia convenzionale

Uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e a cui ha preso parte anche l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (Ismett) di Palermo ha capovolto l'approccio terapeutico finora impiegato nel trattamento della cirrosi epatica e dimostrato l'efficacia dell'impiego precoce della TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*). Si tratta di una procedura di radiologia interventistica che, attraverso il posizionamento di una protesi metallica espandibile tra la vena porta e la vena cava, consente di ridurre l'aumento della pressione del sangue nella vena porta e quindi il rischio delle complicanze legate all'ipertensione portale. Lo studio è stato condotto in sette centri europei su 63 pazienti affetti da cirrosi epatica che presentavano un sanguinamento acuto da varici gastroesofagee. "Si tratta di uno studio importante che dimostra che occorre cambiare il nostro approccio terapeutico a questi pazienti", ha dichiarato Angelo Luca, responsabile del dipartimento Servizi diagnostici e terapeutici dell'Istituto Mediterraneo e fra gli autori dello studio. "L'utilizzo precoce della TIPS, come trattamento di prima linea, non solo è più efficace nel controllare l'episodio di sanguinamento acuto, ma aumenta l'aspettativa di vita dei pazienti e riduce i costi sostenuti dal sistema sanitario nazionale in quanto diminuisce del 60% i tempi di degenza in terapia intensiva e più in generale i tempi di degenza in ospedale".



## IL CASO CLINICO

*Neuropatia periferica  
indotta da chemioterapia***....come camminare  
sui chiodi**

di Stefano Nobili\*

**IL CASO**

Carlo, 52 anni, riferisce da alcuni mesi parestesie tipo "puntura di spillo" all'arto inferiore sinistro, dalla radice della coscia alle dita dei piedi. Col tempo la sintomatologia ha interessato anche l'arto inferiore controlaterale con le stesse caratteristiche sintomatologiche.

Fondamentale è sottolineare l'anamnesi che è caratterizzata da un adenocarcinoma del sigma operato 10 anni prima e trattato con chemioterapia secondo schema FOLFOX a base di Oxaliplatino, Acido Folinico e 5-Fluoruracile ogni 2 settimane. Due anni dopo, a seguito della scoperta di secondarismi epatici, viene trattato con chemioterapia, che è stata condotta all'estero ancora con schema FOLFOX.

Su consiglio del medico curante ha assunto gabapentin partendo da un dosaggio di 300mg x 3v die fino a 600mg x 3v die per due mesi con scarso beneficio e con presenza di effetti collaterali (sonnolenza, vertigini, atassia e tremori). Ha eseguito un'EMG ambulatoriale che ha evidenziato una neuropatia assonale sensitiva agli arti inferiori e una TC lombosacrale ha riscontrato una protrusione discale L4-L5 e L5-S1.

Il paziente viene ricoverato in reparto neurologico per la persistenza della sintomatologia ("...come camminare sui chiodi...") a cui si aggiunge impaccio motorio dopo deambulazione prolungata e una forma ansiosa che sfocia talvolta in una sintomatologia tipica da attacco di panico.

Durante la degenza viene evidenziata un'adenopatia ascellare sinistra alla quale fa seguito una biopsia del linfonodo ascellare che mostra "linfociti di piccole dimensioni e negatività della ricerca di cellule neoplastiche. Alla citofluorimetria

sono presenti linfociti T CD3+ in prevalenza con fenotipo CD3/4.

Viene inoltre eseguita coloscopia che rivela, a 15cm dal margine anale, un'anastomosi chirurgica termino-terminale pervia, senza alcun segno di recidiva; a livello del colon ascendente e del trasverso sono presenti due papule mucose che vengono asportate e biopsiate: flogosi cronica lieve e piccolo adenoma tubulare con displasia a basso grado.

Alla rachicentesi, la ricerca di cellule neoplastiche è negativa; assenti le bande oligoclonali; indice di Link (1) negativo; coltura liquorale negativa.

Rx torace nei limiti di norma. Ecografia Addome superiore: esiti di splenectomia, epatosteatosi.

TC polmonare: adenopatie millimetriche mediastiniche all'origine dei vasi epiaortici e della finestra aorto polmonare.

TC addominale: epatosteatosi, presenza di 3 formazioni ipodense di aspetto tondeggianti del diametro di 3cm in sede gastro-lienale; adenopatie multiple di 8mm in sede retro portale e paraaortocavale.

TC cranio: non alterazioni focali in atto. Sono inoltre stati eseguiti dosaggi per il folato serico (16ng/ml, vn 4-21ng/ml), e il folato eritrocitario (180ng/ml, vn 225-600ng/ml). Il dosaggio della vitamina B12 è normale. Negativi i markers per l'epatite B e C e gli anticorpi anti HIV 1 e 2. Nella norma PCR, VES, elettroforesi proteica, CEA, Alfafetoproteina, Ca 19.9, PSA, ANCA. Negativi gli anticorpi anti Hu, Yo, Ri (2) e gli anticorpi anti GM1, 2, 3; GD1a, 1b, GT1b, GQ1b IgM e IgG (3). È stata quindi esclusa una vasculite di Churg-Strauss e una sindrome paraneoplastica.

EMG del muscolo sfintere striato dell'ano dx e sx: attività spontanea assente;

normale il riflesso bulbo-cavernoso bilaterale.

PESS (potenziali evocati somato-sensoriali): deficit di conduzione a livello del nervo pudendo sx.

Il paziente viene dimesso con diagnosi di neuropatia periferica assonale di sospetta natura post chemioterapica. Il trattamento suggerito è a base di amitriptilina 20gt 3v die, alprazolam 10gt AB, gabapentin 600mg x3v die, partendo da 300mgx3die.

Durante un successivo ricovero ospedaliero a distanza di 2 mesi, sempre per il perdurare della sintomatologia iniziale e per gli effetti collaterali precedentemente ricordati e anche accentuati, il paziente viene sottoposto a EMG degli arti superiori che mostra una velocità di conduzione del nervo ulnare sx ai limiti inferiori di norma. All'esame obiettivo neurologico si evidenzia stazione eretta su base allargata, segno di Romberg positivo bilateralmente, deambulazione atassica a sinistra cautelata in funzione antalgica, diadococinesia ridotta bilateralmente, ROT ridotti ai 4 arti pur dopo manovra di rinforzo, ipoestesia tattile a carico dell'arto inferiore sx. L'EMG agli arti inferiori mostra segni di denervazione cronica ai muscoli delle gambe.

ECO Color Doppler arti inferiori: placche fibrose calcifiche femopropoplitee senza stenosi emodinamicamente significative. Arterie tibiali pervie con ispessimenti intimali ed elasticità di parete conservata.

RM rachide in toto: alterazioni multiple degenerative dei dischi intervertebrali da C4 a C7 con riduzione dello spessore e disidratazione del nucleo polposo. A livello di C5-C6 si osserva una protrusione del disco intervertebrale in sede paramediana sx con compressione durale. In C4-C5 è presente un'ernia discale contenuta che si estende fino al profilo anteriore midollare. Nulla da rilevare a livello lombosacrale.

**CONCLUSIONI**

I neurologi ospedalieri non hanno posto con precisione una diagnosi di dimissione, poiché l'aspetto clinico è prevalente su quello, appunto, diagnostico. I sintomi sensitivi sono comunque tipici di neuropatia da pregressa terapia antitumorale. Viene comunque dimesso con alprazolam 10gt AB, pregabalin 150mg/die,

eventualmente da aumentare a 300mg o 600mg previa rivalutazione specialistica. Nel caso di fallimento della terapia farmacologica si pone l'ipotesi di consulto presso il centro di terapia del dolore.

## COMMENTO

Nella patologia neoplastica maligna, la chemioterapia può indurre forme di neuropatia periferica (M Wampler et al, CancerSupportiveCare, apr. 2008). La neurotossicità è significativa in caso di utilizzo di un solo agente chemioterapico, ma poiché i protocolli prevedono spesso l'utilizzo di più agenti, la neurotossicità conseguente può essere maggiore.

La neuropatia periferica indotta dalla chemioterapia (CIPN –chemotherapy induced peripheral neuropathy) si presenta con una sintomatologia soprattutto sensitiva: intorpidimento, formicolio, parestesie, bruciore, allodinia (il paziente tocca oggetti freddi e percepisce una sensazione dolorosa). Possono essere presenti alterazioni della sensibilità pallestesica e riflessi diminuiti o assenti. Sono inoltre presenti sintomi generali come stanchezza o astenia.

Nel caso clinico, a terapia iniziale a base di gabapentin (a dosaggio di titolazione come da schema terapeutico) non ha sortito un grande effetto ed è stata gravata da effetti collaterali in ogni caso previsti nella scheda tecnica del farmaco. Non si può escludere che l'associazione con amitriptilina (dopo il primo ricovero) abbia accentuato gli effetti indesiderati del gabapentin. La terapia a base di pregabalin, prescritta dopo il secondo ricovero, è attualmente in corso e il quadro è stazionario.

Da un punto di vista burocratico ricordiamo che sia gabapentin che pregabalin seguono la nota 4 AIFA secondo il Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.229, Serie Generale n.286 del 9-12-2009: "la prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti con dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie documentate dal quadro clinico e/o strumentale –nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente ad infezione da herpes zoster, neuropatia associata a malattia neoplastica, dolore post-ictus o da lesione midollare, polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie do-

lorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risulti inefficace; gabapentin, pregabalin ....". In questo caso specifico non ci possono essere dubbi sulla liceità di prescrizione con ricettario Ssn.

## NOTE

(1) L'indice di Link deriva dalle concentrazioni di albumina e Ig ematiche e liquorali. Il suo aumento può deporre per diagnosi di Sclerosi Multipla.

(2) anticorpi anti Hu, Yo, Ri: presenti nelle neuropatie periferiche da sindrome paraneoplastica (Brain, Vol. 125, No. 1, 166-175, January 1, 2002 - Neurol Sci (2004) 25:S585-S589)

(3) anticorpi anti GM1, 2, 3; GD1a, 1b, GT1b, GQ1b IgM e IgG: presenti in soggetti affetti da neuropatia motoria, poliradicolonevrite (da citomegalovirus il GM2, da AIDS il GM3 – Bollettino per le Farmacodipendenze, Anno XX, 1997, n.2), neuropatie demielinizzanti (GD1a, GT1b).

\*stefanonobili@fimmg.org

## LE NEWS

### Come usano il web i medici di famiglia?

Solo uno su 3 partecipa ai social network, ma tutti usano la rete per l'aggiornamento scientifico e professionale. Il sondaggio svolto dalla Fimmg attraverso la posta elettronica ha coinvolto quasi 1.300 medici iscritti al sindacato, a formare un campione rappresentativo: variegata la provenienza regionale e l'appartenenza ai diversi settori Fimmg, il 18,7% di coloro che hanno risposto sono donne, una piccola percentuale ha meno di 40 anni (0,2%), mentre più numerosi sono tra 40 e 50 anni (11,1%), tra 50 e 60 (71,4%) e oltre i 60 (17,3%). Ovviamente, le modalità di esecuzione del sondaggio "selezionano" medici che hanno dimestichezza e abitudine ad usare gli strumenti informatici. È interessante però sapere a quale scopo li utilizzano: il 97% degli inter-

vistati dichiara di usare internet per l'informazione medico scientifica, mentre solo il 29% ha un proprio profilo su un social network (di questi il 46% utilizza facebook).

Molto usati come browser internet explorer (61%) e mozilla firefox (21%), mentre tra i motori di ricerca prevalgono nettamente google (87%, vedi tabella).



## La segmentazione epatica

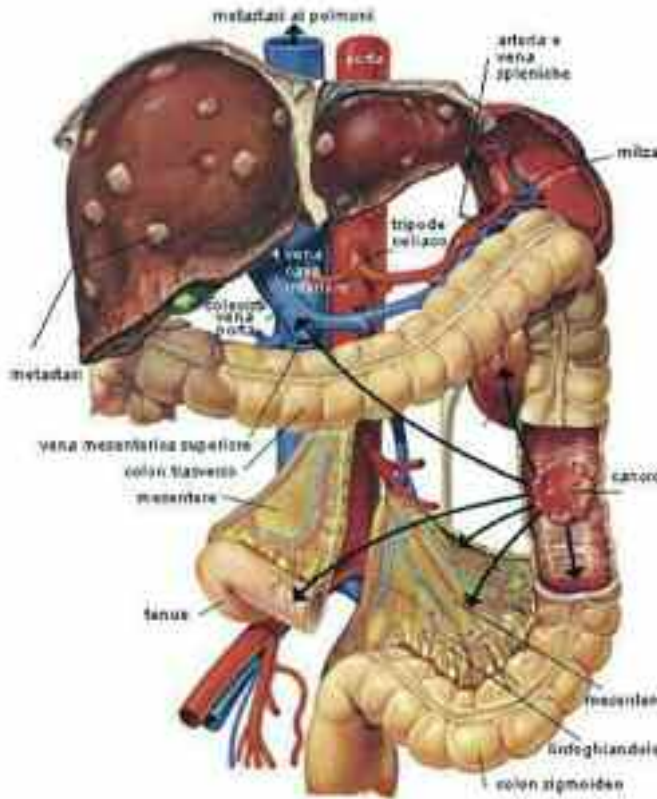
# Un fegato "a pezzi"

A. Petrucci, Benedetti, A. Campanini, M. Dolciotti, A. Pizzo, C. Ravandoni, F. Bono

■ La segmentazione epatica risulta fondamentale nello studio del fegato consentendo di trasmettere ad altri ecografisti informazioni sulla localizzazione spaziale di lesioni riscontrate nello studio del

fegato. La mancanza di confini certi tra i vari segmenti ha da sempre preoccupato chi inizia a dedicarsi allo studio dell'ecografia. Con questo articolo la Scuola di

Ecografia Generalista vuole dare un contributo allo studio della segmentazione senza che questo voglia avere la pretesa di essere esaustivo di un argomento così complesso.



La suddivisione più nota del fegato, in Europa, è quella funzionale di Couinaud del 1957 che divide il fegato in otto segmenti; tuttavia la classificazione di Bismuth del 1982, più nota negli Stati Uniti, seppur molto simile fornisce alcune precisazioni che facilitano la definizione dei segmenti del lobo sinistro. I confini tra i segmenti non sono sem-

pre dimostrabili, essendo la segmentazione funzionale e non anatomica, fatto salvo per il primo segmento che ha una situazione del tutto particolare. Non da ultimo vanno considerate le variazioni anatomiche, in particolare delle sovra epatiche, che possono ulteriormente complicare una segmentazione ecografica già di per sé limitata dalla capacità di risoluzione del metodo stesso.

La suddivisione dei segmenti parte dalla considerazione che le vene sovra epatiche si pongono tra i segmenti e le triadi portali (arteria vena porta e dotti biliari) centrano i segmenti. A queste considerazioni vanno aggiunte alcune strutture (colecisti, legamento venoso, legamento rotondo) che concorrono a consentire una più precisa delimitazione dei segmenti sebbene chirurghi, anatomici e radiologi usino classificazioni differenti che nella pratica quotidiana in parte tra loro si compenetrano.

Se immaginiamo tre piani parasagittali obliqui, identificati dalle sovra epatiche e dalla cava, ed uno, anch'esso parasagittale, identificato dal legamento falciforme-legamento rotondo e della cava, divideremo il fegato in settori.

I settori a loro volta possono essere divisi in segmenti dal piano passante per la biforcazione portale.



Le immagini (fig. 1 e 2) si ottengono con una scansione sottocostale ascendente destra.





Figura 2: Diramazione portale



Figura 5: Settori di sinistra



Figura 8: Segmento II posteriore e craniale e segmento III anteriore e caudale.

La prima con un'inclinazione della sonda in senso più craniale, la seconda scansione con un'inclinazione meno accentuata.

Basculando la sonda fra l'uno e l'altro angolo di incidenza si passa alternativamente sul piano delle sovraepatiche e sul piano della biforcazione portale.

Un piano immaginario che passi per la vena sovraepatica media e la cava inferiore divide il fegato in due parti: fegato destro e fegato sinistro (fig. 3).



Figura 3: Bisettrice del fegato

Il fegato destro a sua volta può essere suddiviso da un piano passante per la vena cava e la vena sovraepatica destra in due settori: settore paramediano destro e settore laterale destro (fig. 4).

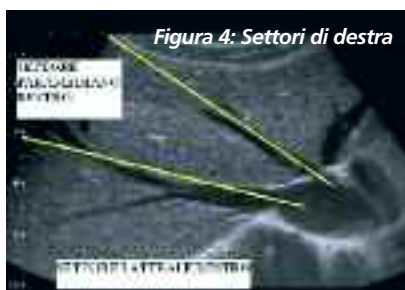


Figura 4: Settori di destra

Analogamente il fegato sinistro, diviso in due parti dal piano passante per la vena sovraepatica sinistra, dà luogo ad un settore paramediano sinistro ed un settore laterale sinistro (fig. 5).

Il piano passante per il legamento falciforme e legamento rotondo divide il

segmento paramediano sx in due parti: una paramediana formata dal IV segmento ed una laterale formata dal III segmento. Il piano passante per la sovraepatica di sx e le sue collaterali dividono il III segmento dal II segmento.

### IDENTIFICARE I SEGMENTI

Passiamo ad esaminare in dettaglio i settori di destra e cominciamo ad attribuire la numerazione dei segmenti dai quali i settori di destra sono costituiti (fig. 6).



Figura 6: Segmenti di destra

I segmenti V e VIII sono separati da una struttura anatomica precisa che è il ramo portale destro che nella scansione sottocostale ascendente appare sezionato trasversalmente.

La sovraepatica dx divide il V-VIII segmento dal VI-VII segmento.

Il settore paramediano sinistro è costituito dal IV e dal III segmento (fig. 7).



Figura 7: IV segmento che coincide con il settore paramediano sinistro.

Il settore laterale sinistro è costituito dal II segmento, posteriore e craniale, separato dal III segmento, anteriore e caudale, dalla sovraepatica sx (fig. 8).

La scansione passante per le vene sovraepatiche esclude la possibilità di inquadrare il I segmento.

Il piano passante per la biforcazione portale consente una ulteriore precisazione spaziale dei segmenti ponendosi quasi perpendicolarmente ai piani passanti per le sovraepatiche.

Questo dato fa sì che le sovraepatiche in questa proiezione vengano "tagliate" per l'asse minore ed, essendo tra i segmenti, consentano di identificare facilmente il limite tra il II ed il III



Fig. 9: proiezione longitudinale e trasversale sul II e III segmento separati dalla sovraepatica sinistra

segmento (fig. 9).

Sul piano della biforcazione portale sono evidenziabili tutti segmenti. In particolare tra la vena cava, il legamento venoso e il ramo portale sinistro si apprezza il I segmento che ha vascolarizzazione venosa ed arteriose proprie (fig. 10).

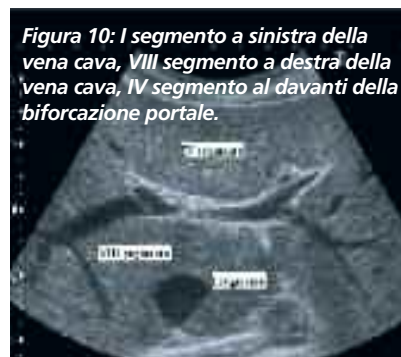


Figura 10: I segmento a sinistra della vena cava, VIII segmento a destra della vena cava, IV segmento al davanti della biforcazione portale.

Il piano passante per il legamento rotondo consente di separare il settore paramediano sx nel IV segmento me-

dialmente e nel III segmento lateralmente. Il ramo portale di sx da origine lateralmente ad un ramo per il II ed il III segmento e medialmente a due rami per il IV segmento

Il ramo portale dx dà origine al ramo per il I segmento ed a due rami uno anteriore ed uno posteriore che a loro



**Figura 11: Segmenti di sinistra sul piano della biforcazione portale**



**Figura 12: Segmenti di destra sul piano della biforcazione portale.**



**Figura 13: Segmento V anteriore e caudale e segmento VIII posteriore e craniale.**



**Figura 14: Segmenti laterali di destra**

sizione dei segmenti in rapporto a questi organi (fig. 13 e 14).

Una scansione longitudinale passante per l'aorta evidenzia i segmenti del settore laterale sinistro (fig.15).

Una scansione longitudinale passante per la vena cava e la porta evidenzia il I segmento e il IV (fig. 16).



**Figura 15: Segmenti del settore laterale sinistro: il posteriore e craniale e III segmento anteriore e caudale**



**Figura 16: Segmenti I e IV in scansione longitudinale**

volta si dividono in due rami superiori ed inferiori per i quattro segmenti di dx (fig. 11 e 12).

In scansioni sagittali possiamo prendere come punti di riferimento il rene destro, il settore laterale destro del fegato, l'aorta o la vena cava ed osservare la po-

## LE NEWS

### Garantire la salute riproduttiva delle donne del Sud del Mondo

Ogni anno 350mila donne muoiono per cause collegate alla gravidanza e al parto. Il 99% di queste morti avviene nei Paesi in via di sviluppo per cause prevenibili facilmente e a basso costo.

“Sono necessari 24 miliardi di dollari l'anno per risolvere i problemi di mortalità materna e neonatale e fornire gli strumenti per la contraccezione, vale a dire 4,5 dollari per

ogni donna che ne necessita. In questo modo salveremmo la vita al 70% delle donne e al 44% dei neonati”. Questa la richiesta di Daniela Colombo, presidente di Aidos alla Conferenza *Women Deliver 2010*, svoltasi a giugno a Washington.

Per sostenere il proprio impegno a favore della salute sessuale e riproduttiva delle donne del Sud del mondo Aidos ha preparato un piccolo volume che affronta, attraverso i racconti in chiave comica di Luciana Litizzetto e i fumetti di Sbadituf, il serissimo tema della contraccezione.



### Mezzo mondo appeso a un filo Perché e come migliorare la salute sessuale e riproduttiva nel Sud del mondo

Per informazioni: [ufficiostampa@aidos.it](mailto:ufficiostampa@aidos.it)



AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma  
Telefono 06.54896625 Telefax  
06.54896645

Fondato nel 1963

da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

**Direttore**

Giacomo Millio

**Direttore Responsabile**

Michele Olivetti

**Comitato di redazione**

Esecutivo nazionale Fimmg

**Editore**

Health Communication

Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma  
Tel 06.594461 Fax 06.59446228  
e.mail: [avveniremedico@hcom.it](mailto:avveniremedico@hcom.it)

**Coordinatore editoriale**

Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**

C. Benedetti, Fabio Bono,

A. Campanili, Lucia Conti,

Fiorenzo Corti, Mario Costa,

Bruno Cristiano, M. Dolciotti,

Francesco Fanzaga, Paolo Giarrusso,

Ester Maragò, Walter Marrocco,

Antonino Michienzi, Stefano Nobili,

Alberto Olivetti, A. Petrucci,

A. Pizzo, Mariano Rampini, C. Ravandoni

**Progetto grafico**

Giancarlo D'Orsi

**Ufficio grafico**

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

**Foto**

Fabio Ruggiero

**Stampa**

Union Printing - Viterbo

Finito di stampare nel mese di luglio 2010

Registrazione al Tribunale di Bologna

n. 7381 del 19/11/2003

Costo a copia 2,50 €

Testata associata a

ANES

In fase di certificazione secondo il Regolamento CSST (senza marchio)

Editore



Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**Accord Healthcare Italia**, filiale Italiana di ACCORD Europe, nata nel 2009 opera nella commercializzazione di farmaci di marca, equivalenti e biotecnologici. **Accord Healthcare Italia** è parte della multinazionale **INTAS PHARMA group**, che ha sede in India nella regione del Gujarat ed è una tra le più importanti produttrici di farmaci a livello mondiale.

Noi di **Accord Healthcare Italia**, in linea con la filosofia INTAS, al centro di tutto mettiamo il paziente, primariamente visto come persona che si relaziona con i suoi familiari e con chi gli sta intorno. Non lo consideriamo un soggetto malato e passivo a cui somministrare dei farmaci: per noi è una persona la cui collaborazione e volontà di guarire sono fondamentali per il successo della terapia. Per noi qualsiasi malattia è una "momentanea difficoltà". Il percorso di cura per noi è "un viaggio" come tale finirà restituendo alla persona la sua integrità e soprattutto la sua essenza di dignità. Il tumore sempre più è una malattia "curabile", ma a volte, anche per gli effetti collaterali delle terapie, può determinare sotto il profilo nutrizionale ed estetico cambiamenti in grado di condizionare gravemente la qualità di vita. La perdita dei capelli, le alterazioni della cute, le variazioni della propria immagine corporea hanno ripercussioni sul vissuto del persona che non sempre si risolvono alla fine dei trattamenti e possono compromettere irreparabilmente la vita di relazione. Il mondo dell'informazione, che si concentri sulle condizioni del paziente affetto da cancro e che risulti dedicato ed in grado di essere specifico per le sue molteplici necessità, risulta essere assente. **Appunti di un viaggio** si ispira ad un taccuino per appunti, ma persegue degli obiettivi molto ambiziosi ed importanti:

Stimolare a considerare gli effetti collaterali derivanti dalle terapie non come ineluttabili conseguenze ma come effetti che possono essere affrontati e risolti o almeno ridotti. Supportare la persona in un momento molto delicato della sua vita offrendo una serie di spunti e di consigli atti a capire, prima ancora che sopportare "il momento". Diventare uno strumento attraverso il quale persona e medico possano dialogare quotidianamente. Supportare la famiglia in questo viaggio attraverso una serie di consigli utili e pratici che gli consenta di stare "ancora più vicino" se possibile. Diventare uno strumento con il quale poter dialogare con il Farmacista figu-



ra sempre più individuata come operatore sanitario. L'obiettivo del kit "Appunti di un viaggio" è quello di fornire uno strumento agile e semplice in grado di consentire alla persona in un momento di "non normalità" di poter affrontare le problematiche quotidiane con il giusto supporto informativo.

**Piacevol&Mente** con gusto contiene una serie di informazioni generali sulla malattia ed i trattamenti con indicazioni e suggerimenti per contrastare gli effetti collaterali. In

particolare si sofferma sulle caratteristiche di un'alimentazione specifica in primo luogo per la gestione degli effetti delle terapie sia radioterapiche che chemioterapiche. Contiene inoltre una serie di ricette culinarie appositamente studiate.

**Intima&Mente** contiene una serie di consigli utili ad affrontare alcuni effetti collaterali delle terapie che possono incidere in modo determinate nella sua vita, individuando una serie di spunti nell'ottica di attutire e/o addirittura risolvere gli effetti collaterali incidenti negativamente sulla quotidianità. La finalità è stimolare l'attenzione sulla propria persona affinché possa meglio affrontare il proprio percorso terapeutico.

All'interno del kit è inoltre presente un vero e proprio diario giornaliero con la descrizione di sintomi e segni che potranno essere utili al medico per rilevare e contrastare i problemi emergenti.

La persona, quotidianamente, compilerà il diario scrivendo la data, apporrà un segno sul sintomo più significativo e, se lo riterrà opportuno, annoterà le osservazioni personali ed i propri bisogni negli appositi spazi destinati alle note. Potrà così ovviare all'inconveniente di riferire durante le visite di controllo solo sintomi recenti, dimenticando di segnalare quelli già risolti, eventualmente omettendo particolari importanti. Per conoscere come è possibile ricevere gratuitamente il kit ci si può collegare al sito **www.kitappuntidiunviaggio.com** o telefonare al **numero verde 800 31 33 32**. Ci auguriamo che **Appunti di un viaggio** possa dare il suo contributo all'umanizzazione delle cure e, nel contempo, offrire alla "persona" un utile strumento, un valido supporto, auspicando che realmente si crei una forte sinergia tra tutte le figure coinvolte in questo particolare viaggio

## WORKSHOP INTERNAZIONALE

### **Test genetici e malattie ereditarie: tra diritto di non sapere e dovere di informare**

*INTERNATIONAL WORKSHOP*

### ***Genetic Testing and Hereditary Diseases: Between the Right Not to Know and the Duty to Inform***

**Mercoledì 22** settembre **2010**

**Auditorium Ospedale della Versilia**

Via Aurelia 335 – 55043 Lido di Camaiore (LU)

Con il patrocinio

Provider ECM



Società Italiana  
di Genetica Umana



### **ECM**

E' stato richiesto l'accreditamento presso il Ministero della Salute nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina per le seguenti figure professionali:

- Medici: Genetica Medica, Laboratorio di Genetica Medica, Medicina Generale, Oncologia, Ginecologia e Ostetricia, Patologia Clinica
- Psicologi: Psicoterapia e Psicologia
- Assistenti Sanitari

Il completamento del sequenziamento del genoma umano ci ha fornito conoscenze approfondite sulle basi molecolari di un numero consistente di patologie. Questi progressi in campo scientifico sono stati seguiti dalla nascita di aziende private che offrono test genetici online, che forniscono al 'paziente-cliente' informazioni sul rischio di sviluppare determinate malattie genetiche. Inoltre la medicina stessa si sta evolvendo verso una medicina sempre più preventiva e personalizzata. Si inaugura così uno scenario totalmente nuovo, che apre questioni etiche finora impensate.

Il convegno intende affrontare tali problematiche, riunendo un prestigioso panel internazionale di esperti in campo di etica medica ed ha l'obiettivo di fornire, sia al medico che al cittadino, una solida base da cui iniziare una riflessione per un dibattito ben informato di etica pubblica.

Scarica il modulo di iscrizione sul sito

[www.festivaldellasalute.com](http://www.festivaldellasalute.com)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**goodlink**

SEGRETERIA SCIENTIFICA

 **Campus IFOM-IEO**