



am

AVVENIRE MEDICO

PREVIDENZA Enpam: riforma delle pensioni e sostenibilità dei Fondi / 3

ATTUALITÀ Riparto 2011: come si divide la "torta" della sanità / 4

FOCUS L'indagine di Agenas sui Distretti / 10

UNDER 40 Il nuovo portale della sezione medici in formazione / 19



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

4-11

N. 4 - 2011

MENSILE XLIX ANNO

EDITORIALE

Enpam: riforma delle pensioni e sostenibilità dei Fondi

Alberto Oliveti
vicepresidente
vicario
Fondazione
Enpam

A fine novembre, in occasione del Consiglio nazionale Enpam per l'approvazione del Bilancio preventivo 2012, sarà presentata ai presidenti degli Ordini provinciali o loro delegati la riforma delle pensioni che la Fondazione sta mettendo a punto in questi mesi.

Mi preme rammentare che questo impegno ha costituito il primo punto del programma elettorale di questa legislatura 2010-15, per cui non si può certo dire che sia una sorpresa, anche se invece lo è per chi solo ora si accorge del problema della sostenibilità dei Fondi.

Da tempo, quasi fosse un mantra, questo Sindacato annuncia la determinazione di garantire a tutti il massimo di pensione purché sostenibile dal sistema, che, ricordo, si basa su un patto generazionale per cui chi lavora mantiene chi ha lavorato.

Si dovrà intervenire tenendo in dovuto conto, più che l'obbligo, la convenienza per i futuri medici a contribuire all'Enpam, pena la crisi irreversibile della catena di trasmissione costituita dalle generazioni subentranti.

Le oggettive difficoltà per il rispetto del nuovo equilibrio minimo trentennale ed il costante salasso della doppia tassazione non ci devono distogliere da questo impegno, e appare persino normale che si siano ultimamente intensificati gli avvisi di chi è deputato alla vigilanza dei nostri atti a garanzia della finalità pubblica di pagare pensioni e assistenza.

Nella sua ultima relazione di controllo, la Corte dei Conti ha suonato un campanello d'allarme sulla stabilità economico-finanziaria della cassa. Lo studio dei magistrati contabili si riferisce ai bilanci consuntivi del 2008 e 2009, e al bilancio tecnico attuariale al 31 dicembre 2009, disponibile in Fondazione solo dal dicembre 2010, ma presentato in tale relazione per riferimento di competenza.

Il lavoro di proiezioni e simulazioni sugli equilibri dei Fondi, che necessariamente deve utilizzare il bilancio tecnico come piattaforma di proiezione, è stato quindi iniziato solo successivamente alla sua disponibilità.

L'impostazione condivisa è di intervenire in

segue a pag.7 ►

Accordo raggiunto nella Conferenza Stato-Regioni del 20 aprile

Riparto 2011: come si divide la "torta" della sanità

Una lunga trattativa tra i presidenti delle Regioni per decidere come ripartirsi i circa 104 miliardi di euro destinati a finanziare la sanità nel 2011. Alla fine l'accordo si

trova con un "aiutino" del ministero della Salute e con l'impegno a rivedere i criteri generali per il prossimo anno

Non è mai facile trovare l'accordo sul riparto del cosiddetto Fondo sanitario nazionale, ovvero sulle risorse che lo Stato destina al finanziamento del Ssn e che devono poi essere suddivise tra le Regioni. Ma quest'anno è stato particolarmente difficile e ha richiesto molto tempo. Sul piatto c'erano quasi 104 miliardi, do-

vendo infatti escludere dal finanziamento complessivo di 106,3 mld, i fondi vincolati a vario titolo. Da molti anni la suddivisione tra Regioni avviene suddividendo la gran parte del finanziamento per quota pro-capite (ovvero per il numero di abitanti), mentre una quota minore (relativa alla metà del finanziamento per gli ospedali e a parte di quella per la specia-

listica) si calcola su quota capitaria "pesata", ovvero differenziata per fasce d'età, dando più soldi a chi ha un numero maggiore di residenti anziani.

Con questo criterio era stata formulata la proposta di riparto avanzata dal ministero della Salute già a dicembre scorso, ma

segue a pag. 7 ►

Tabella 1 - Il riparto 2011 dei fondi per la sanità

Regione o Provincia Autonoma	Accordo presidenti del 15 aprile 2011	Fabbisogno finale ante mobilità (comprensivo di 347,5 mln + 70 mln)	Ulteriori risorse a seguito dell'integrazione del governo di 486,5 mln come da Patto per la salute
piemonte	7.888.877.459	7.882.042.000	36.635.459
valle d'aosta	223.022.945	221.985.287	1.037.658
lombardia	17.051.434.809	16.972.121.580	79.313.230
bolzano	851.211.920	847.255.705	3.956.215
trento	903.277.185	899.079.267	4.197.917
veneto	8.498.898.817	8.459.366.257	39.542.560
friuli venezia giulia	2.198.016.275	2.187.800.839	10.215.436
liguria	3.028.972.506	3.015.226.812	13.745.694
emilia romagna	7.777.939.687	7.741.748.671	36.191.016
toscana	6.645.410.976	6.614.542.479	30.868.497
umbria	1.600.042.689	1.592.507.863	7.434.826
marche	2.756.252.853	2.743.462.885	12.799.969
lazio	9.825.594.969	9.799.898.142	45.696.827
abruzzo	2.344.226.061	2.333.343.482	10.822.578
molise	570.258.621	567.543.811	2.614.810
campania	9.790.894.406	9.745.782.549	45.131.858
puglia	6.953.11.815	6.920.880.774	32.126.041
basilicata	1.024.322.508	1.019.438.171	4.884.338
calabria	3.451.891.650	3.435.31.958	15.959.692
sicilia	8.598.153.100	8.549.279.757	39.873.344
sardegna	2.884.790.134	2.871.396.100	13.392.034
ITALIA	104.867.406.387	104.308.906.387	488.500.000

PIÙ ANZIANI, E PIÙ SOLDI, NELLE REGIONI DEL NORD

La media pro capite nazionale è di un finanziamento pari a 1.730 euro per ogni abitante, con picchi in Liguria di 1.866 euro (che è l'unica a superare la soglia dei 1.800 euro) cui fa riscontro la Campania con soli 1.673 euro pro capite. Una differenza che trova spiegazione nel criterio della popolazione pesata che premia le Regioni più "anziane" a discapito di quelle con popolazione più giovane. Tra questi due picchi, si collocano sopra i 1.750 euro pro-

capite: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise. Subito dopo, al di sopra la soglia dei 1.700 euro: Abruzzo, Valle d'Aosta, Basilicata, Sardegna, Lombardia, Veneto, Lazio, Trento e Calabria. Infine, sotto i 1.700 euro: Sicilia, Puglia e Bolzano. Complessivamente (tabella 2), al Nord è andato il 46,18% delle risorse a fronte di una popolazione pari al 45,73% del totale italiano, al Centro il 19,86% delle risorse su una

popolazione pari al 19,67% e al Sud (comprese le Isole) il 33,95% a fronte di una popolazione meridionale pari al 34,60. Ciò vuol dire che, al netto della mobilità sanitaria che storicamente ha sempre penalizzato il Sud, già oggi le Regioni del Nord hanno avuto 485 milioni in più in proporzione alla loro popolazione. Il Sud, al contrario, ha avuto 678 milioni in meno, mentre il Centro si è aggiudicato 193 milioni in più rispetto alla quota capitaria

Tabella 2 - Confronto tra risorse assegnate e popolazione residente per grandi aree geografiche

Aree geografiche	% delle risorse su totale ripartito	% abitanti su totale italia	Differenza assegnazioni rispetto alla quota procapite secca (min. Euro)
Nord	46,18	45,73	+ 485
Centro	19,86	19,67	+ 193
Sud e Isole	33,95	34,60	- 678

Tabella 3 - Il riparto 2011 per Regione e per quota pro-capite

Regione	Quota riparto 2011 Euro	Quota pro capite Euro
Piemonte	7.862.042.000	1.768
Valle d'Aosta	221.985.287	1.736
Lombardia	16.972.121.580	1.727
P.A. Bolzano	847.255.705	1.683
P.A. Trento	899.079.267	1.713
Veneto	8.459.356.257	1.722
Friuli Venezia Giulia	2.187.800.839	1.773
Liguria	3.015.226.812	1.866
Emilia Romagna	7.741.748.671	1.761
Toscana	6.614.542.479	1.773
Umbria	1.592.607.863	1.768
Marche	2.743.452.885	1.759
Lazio	9.779.898.142	1.721
Abruzzo	2.333.343.402	1.743
Molise	567.643.811	1.773
Campania	9.745.762.549	1.673
Puglia	6.520.990.774	1.645
Basilicata	1.019.438.171	1.731
Calabria	3.435.931.958	1.710
Sicilia	8.549.279.757	1.685
Sardegna	2.871.398.100	1.717
ITALIA	104.380.906.387	1.730

Elaborazione *Quotidiano Sanità* su dati:

* *Fabbisogno finale ante mobilità sanitaria*

* *Popolazione Istat al 1 gennaio 2010*

◀ segue da pag. 4

molte Regioni chiedevano invece una profonda revisione dei criteri. In particolare, le Regioni del Sud reclamavano una valorizzazione del cosiddetto criterio di deprivazione sociale, in sostanza una quota maggiorata per i territori più poveri, essendo dimostrato che il disagio porta ad un maggior consumo sanitario. A questa richiesta si sono sempre opposte alcune Regioni del Nord, Veneto e Piemonte in particolare, rendendo dunque difficile arrivare ad una conclusione della trattativa.

Un primo tentativo era stato fatto in febbraio, con una tre giorni della Conferenza delle regioni dedicata esclusivamente a questo tema, ma senza risultato. Nuova convocazione straordinaria dunque per il 18 aprile scorso e questa volta, anche grazie all'aiuto del ministero della Salute che ha messo sul piatto 70 milioni derivanti da fondi propri, l'accordo è stato trovato. La trattativa di questi giorni, secondo il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani, è stato "il lavoro più impegnativo di questi anni", per almeno tre ragioni: il ridottissimo incremento del Fsn, cresciuto solo dello 0,8% e dunque meno dell'inflazione programmata e ancor meno di quella reale;

“

Secondo il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, il riparto 2011 è stato "il lavoro più impegnativo di questi anni"

l'intreccio con il dibattito sul federalismo; la situazione generale del Paese. "È prevalso il buon senso e sono state colmate fratture enormi" ha detto Luca Coletto, assessore alla Sanità del Veneto e coordinatore della Commissione Sanità delle Regioni, che ha affiancato nell'incontro con la stampa per presentare l'accordo raggiunto, aggiungendo che "tutto non si poteva fare, ma si è trovato un punto d'accordo con la solidarietà". La cifra complessiva ripartita tra le Regioni è di 104.380.906.387 euro, poiché comprende anche il finanziamento di 347,5 milioni di euro, stanziato dal Governo a copertura del ticket della specialistica, aboliti e quindi risultanti come "mancati introiti per le Regioni. Su questo tema re-

sta aperto un problema, che certamente si presenterà nelle prossime settimane: i 347,5 milioni coprono infatti i ticket solo fino al mese di maggio, mentre nel Patto per la Salute il Governo si era impegnato a coprire anche i restanti sette mesi del 2010 con altri 486,5 milioni, che finora però non sono stati stanziati. E la "quadra" tra le Regioni, in verità, è stata raggiunta anche contando su questo ulteriore finanziamento, tant'è che nella tabella fatta circolare, le Regioni hanno già indicato come ripartire tale quota, sottolineando che, qualora il Governo non provvederà a stanziarla, dovrà essere lui stesso a imporre il ticket nazionale assumendosene la responsabilità politica nei confronti dei cittadini. Altro elemento importante per arrivare all'accordo è stato l'impegno assunto da tutte le Regioni e dal Governo attraverso il ministro della Salute Fazio ad elaborare nuovi criteri per il riparto 2012, che saranno elaborati e verificati da Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Resta invece da discutere come definire i soldi relativi alla mobilità sanitaria, ovvero le quote da trasferire da una Regione all'altra in rapporto alle prestazioni erogate ai cittadini non residenti, in tutto circa 1,3 miliardi di euro.

E.A.

◀ segue da pag. 3

Enpam: riforma delle pensioni e sostenibilità dei Fondi

primis sui rendimenti assegnati ai nuovi contribuiti incassati, non toccando quello assegnato ai vecchi, nel rispetto del pro rata.

Inoltre si vuole mantenere la possibilità di scegliersi entro una certa finestra temporale la propria data di pensionamento, prevedendo un sistema di penalizzazioni più gravoso dell'attuale per la pensione richiesta prima della data ordinaria di pensione di vecchiaia, data che a sua volta potrà essere posticipata sulla base delle esigenze tecniche di equilibrio.

Una volta calibrato il sistema, e solo allora, si potrà procedere all'aumento contributivo, peraltro necessario per garantire pensioni adeguate.

In ogni caso non verranno toccate le pensioni in essere e verranno fatti salvi i diritti acquisiti prima della riforma. I cambiamenti si sono resi necessari non per via dei risultati economici annuali – che la Corte dei Conti ha anzi definito "confortanti" – ma a causa della novità introdotta dalla legge Finanziaria 2007 che ha portato nello spazio di una notte l'Enpam, come tutte le casse previdenziali

privatizzate, a dover garantire un equilibrio non più a 15 anni ma a 30 anni.

Ho già parlato di asticella alzata troppo rapidamente, di un provvedimento anche tecnicamente corretto, ma solo per un mondo ideale in cui la crescita dell'economia procedesse di pari passo con la crescita dell'aspettativa di vita.

Mettere a posto i Fondi deve prevedere un adeguato periodo di transizione, altrimenti il sacrificio si scaricherebbe solo su una generazione, attendendo ad un altro dei punti chiave di ogni riforma che si rispetti: l'equità tra generazioni successive.

Di certo la manovra di riequilibrio non dovrà mai intaccare la solidarietà della categoria, per cui l'assistenza al bisogno e alla precarietà andrà preservata da tagli e restrizioni, anzi trovando – si spera – nuove fonti di finanziamento.

Il cinque per mille dell'IRPEF alla Fondazione Enpam – codice fiscale 80015110580 – può essere una di queste fonti! Un aiuto concreto, che non costa nulla.

Alberto Olivetti

ATTUALITÀ

Dal primo maggio non valgono più le autocertificazioni dei pazienti

Milillo: "I controlli delle esenzioni spettano alle Asl"

Dal primo maggio non sono più valide le autocertificazioni sul reddito per ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici. Una stretta per limitare il godimento di un vantaggio da parte di chi non ne ha diritto, che però non può ricadere sulle spalle dei medici di famiglia. "Non spetta al medico di famiglia controllare se un paziente abbia diritto o meno all'esenzione. Per questo chiediamo che siano le Asl a farlo", ha dichiarato Giacomo Milillo in vista della scadenza, ricordando come questo ruolo da certificatori fiscali contrasti con la mission del medico e anche con le norme sulla privacy. Milillo ha aggiunto però che "in via transitoria e per venire incontro agli assistiti" i

medici di famiglia si rendono disponibili a trascrivere l'esenzione per reddito sulle ricette, ma solo se riceveranno dalle Asl le certificazioni, ovvero gli elenchi degli assistiti che ne hanno diritto. Ma, ha concluso il segretario



della Fimmg, "tale procedura a regime deve avvenire per via automatica" e in questa direzione devono impegnarsi le amministrazioni regionali e delle Asl. E dalle Regioni intanto arrivano segnali di interventi per affrontare e risolvere la situazione. In Liguria, ad esempio, l'assessore alla Salute, Claudio Montaldo ha annunciato di voler distribuire ai cittadini che hanno diritto all'esenzione una card che attesti la loro condizione. "Tutti coloro che hanno diritto all'esenzione – ha spiegato Montaldo – dovranno rifare la procedura che diventerà ancora più trasparente ai fini degli opportuni controlli. Secondo i nuovi metodi sarà distribuito a tutti gli interessati un cartellino, della durata di un anno, che certifica l'esenzione, da esibire in farmacia senza necessità di firmare la ricetta ogni volta". L'assessore ha poi precisato che per far partire la nuova procedura sarà necessario ancora un mese circa, "in modo da ottenere anche la collaborazione dei Caf e dei patronati, per essere attivi una volta finite le dichiarazioni dei redditi". "Si tratta di uno strumento importante – ha concluso l'assessore – affinché tutti coloro che devono pagare paghino il giusto e si possano dare servizi a chi ne ha bisogno".

LE NEWS

Elezioni Onaosi: ha vinto la lista sostenuta dalla Fimmg

L'8 aprile scorso si è concluso lo spoglio delle schede per il rinnovo del Comitato di indirizzo della Fondazione Onaosi. Per la prima volta hanno potuto partecipare al voto tutti gli iscritti alla Fondazione, inviando per posta il loro voto. Ricordiamo che gli iscritti Onaosi sono riuniti in cinque distinti raggruppamenti, rappresentati negli organismi direttivi in proporzione alle loro dimensioni: A per i medici dipendenti, B per i veterina-

ri dipendenti, C per i farmacisti dipendenti, D per i medici libero professionisti (e dunque contribuenti volontari), E per odontoiatri, farmacisti e veterinari libero professionisti. Per il raggruppamento D, Fimmg sosteneva la lista *Onaosi Futura*, che è risultata vincente, ottenendo tutti e due i seggi a disposizione e dunque l'elezione di **Umberto Rossa**, capolista e già consigliere Onaosi, e **Mauro Ucci**. Per il raggruppamento più numeroso, quello dei medici dipendenti che sono iscritti automaticamente alla Fondazione, è risultata vincente la lista *Per una nuova Onaosi*, capeg-

giata da **Serafino Zucchelli**, che ha ottenuto 10 seggi.

Rinnovato il Consiglio Regionale Fimmg Abruzzo

Il 21 aprile scorso è stato rinnovato l'Esecutivo del Consiglio regionale di Fimmg Abruzzo per il quadriennio 2011-2014. Segretario generale regionale è stato eletto **Giancarlo Rossetti**, vicesegretario vicario **Maria Grazia Terenzio**, vicesegretari **Ercole Core**, **Ezio Falasco** e **Franco Pagano**, mentre come tesoriere è stato eletto **Mario Costanzo**.

Agenas pubblica un'indagine sulla realtà dei Distretti sanitari

Dovrebbero essere lo snodo organizzativo della sanità territoriale, ma troppo spesso sono solo una realtà di carta. Ora

uno studio realizzato dall'Agenzia dei servizi sanitari regionali traccia un profilo dei 711 distretti sanitari esistenti in Italia.

di Eva Antoniotti

Un volume poderoso, di quasi 300 pagine, per descrivere La rete dei distretti sanitari in Italia. È questo lo sforzo realizzato da Agenas con la pubblicazione di un numero monografico della rivista Quaderni di Monitor. Obiettivo: fare il punto su una delle realtà più sfuggenti del nostro sistema sanitario, che però dovrebbe avere un ruolo chiave nello sviluppo del sistema delle cure e dell'assistenza a livello territoriale e nell'integrazione socio-sanitaria. Insomma i Distretti dovrebbero essere la chiave di volta del cambiamento, più volte annunciato, del sistema sanitario italiano in direzione non più ospedalocentrica. E proprio in questo senso il recente Psn 2011-2013 indica come "Il coordinamento e l'integrazione di tut-

te le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (mmg e altre professionalità convenzionate)".

Ma la realtà dei Distretti è tutt'altro che omogenea, frutto di una vicenda legislativa complessa e delle diverse esperienze intraprese a livello regionale.

COME SONO CAMBIATI I DISTRETTI

L'Indagine 2010 fa seguito ad un'analoga ricerca, sempre siglata Agenas, condotta nel 2005-2006. Questo con-

sente di fare raffronti, ricavando diversi spunti interessanti, a cominciare dalla reattività alla stessa indagine: nel 2006 il tasso di risposta era stato soltanto del 79%, mentre questa volta ha sfiorato il totale, con il 96% di risposte da parte degli stessi Distretti.

Altro elemento interessante è la diminuzione, negli anni, del loro numero: erano 945 nel 1999, mentre oggi sono 711; conseguentemente se nel 2006 avevano in media 45.000 abitanti come popolazione di riferimento, oggi ne hanno invece, sempre in media, 85.000 (v. tabella a fondo pagina). Un dato che Elio Guzzanti, cui sono affidate le Considerazioni finali sulla ricerca, giudica positivamente come indicazione di una tendenza a concentrare i servizi e snellire l'organizzazione.

MA PER RIORGANIZZARE I SERVIZI SERVE IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Tra i compiti affidati all'Agenas, c'è anche quello di affiancare le Regioni in deficit di bilancio e dunque vincolate ai Piani di rientro siglati con il Governo. Per svolgere al meglio il proprio lavoro, esperti e consulenti Agenas hanno messo a punto una proposta complessiva di riorganizzazione delle tre reti di offerta di servizi, con parametri e prospettive di soluzioni organizzative.

La proposta Agenas ruota su un assunto fondamentale: ridurre il peso

e i costi della rete ospedaliera, sviluppando invece una rete territoriale di servizi, contando anche sulle risorse "risparmiate". Come scrive Fulvio Moirano presentando il documento "per garantire l'equilibrio economico-finanziario delle Aziende sanitarie e l'intera spesa sanitaria entro i limiti previsti dal finanziamento stanziato annualmente, non è necessario solo operare dei tagli per spendere meno, ma, piuttosto, occorre riformulare i servizi nella logica dell'appropri-

tezza organizzativa e razionalizzare l'intero sistema".

"Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare importanti risorse umane e materiali da impiegare per un potenziamento della rete territoriale". È questa la premessa alla parte del documento dedicata al territorio, il settore che certamente deve essere più sviluppato. Fulcro di questo sviluppo, si legge sempre nel documento, deve essere il Distretto, che "deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, superando lo storico atteggiamento autorizzativo".

Muovendo dalla riconversione dei piccoli ospedali locali, il documento indi-



Si rafforza, allo stesso tempo, il ruolo del Direttore di Distretto. Mentre in passato era incarico spesso attribuito a dirigenti “semplici”, oggi sono quasi tutti (94,2%) responsabili di struttura complessa e nel 23,5% dei casi ricevono una indennità dipartimentale. Malgrado la “vocazione” verso le Cure Primarie, però, solo nel 3% dei casi il Direttore di Distretto è un medico di medicina generale. Quasi ex equo la modalità di reclutamento: il 46,3% di essi ha avuto l’incarico per nomina fiduciaria, mentre il 43% l’ha ottenuta per concorso.

LE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO

Stando all’indagine, ben il 97,5% dei Distretti utilizza strumenti di programmazione delle attività. Un dato

“
Il 43%
dei Direttori
di Distretto
è stato selezionato
per concorso,
ma solo il 3%
è un medico
di medicina
generale

positivo, sottolineano i ricercatori, ma non univoco visto che nell’area Sud e Isole il 6% dichiara invece di non avere nessuno strumento di programmazione.

Riguardo alle risorse economiche a disposizione, l’85,2% dei Distretti negozia con la Direzione Generale della Asl gli obiettivi specifici da conseguire annualmente, più frequentemente al Nord e al Centro (95%), più raramente al Sud e Isole (66,9%). Molto più raramente si realizza invece una “autonomia di budget” del Distretto: questa condizione si realizza nel 66,6% dei casi a livello nazionale, ma nel Sud e Isole prevale la “mancata negoziazione” (54,5%).

Molto diversificata per aree geografiche la partecipazione dei cittadini alla definizione ed al controllo delle attività: a livello nazionale ciò avviene nel 44,5% dei Distretti, ma si va dal 59,6% al Nord Est, al 62,8% al Centro, al 53,1% al Nord Ovest fino al 23,8% dei Distretti del Sud e Isole. La partecipazione dei cittadini avviene prevalentemente attraverso incontri con le associazioni, mentre più raramente si dà vita a gruppi di lavoro su specifiche tematiche (36,4%).

Passando ai servizi veri e propri, l’indagine mostra come il Punto Unico di Accesso (Pua, lo sportello dal quale accedere ai servizi territoriali, in particolare Adi e Rsa) sia presente nella maggior parte dei Distretti (84,2%), con percentuali più elevate al Nord Ovest (92,9%), seguito dal Nord Est (87,2%), dal Centro (83,5%) e infine dal Sud e Isole (78,5%). Diverse però le funzioni attribuite al Pua: punto informativo

segue a pag. 12 ►

ca tre linee di intervento: potenziamento della residenzialità territoriale; implementazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP); potenziamento delle cure domiciliari.

Per i CAP si ipotizzano due parametri: nelle aree metropolitane dovrebbe essercene uno ogni 20/50mila residenti, mentre nelle aree extra-metropolitane uno ogni 15/20mila residenti, con possibili deroghe nelle aree montane.

Particolare rilievo viene data alle forme associative della medicina primaria e all’integrazione tra medicina generale, assistenza specialistica territoriale, continuità assistenziale e rete dell’emergenza.

Al centro della proposta per la riorganizzazione della rete ospedaliera c’è invece l’adozione di un modello “hub e spoke”.

La formula, che utilizza l’immagine di una ruota con al centro il mozzo (hub) da cui partono i raggi (spoke), prevede l’individuazione di strutture di eccellenza che facciano da fulcro (hub) in collegamento con altre (spoke), più numerose e più diffuse. Corollario naturale, ma difficile da realizzare, è la chiusura dei piccoli ospedali e, in alcuni casi, la loro trasformazione in strutture per post-acute o in servizi della rete territoriale.

Infine, la proposta affronta la rete dell’emergenza-urgenza, uno dei punti più sensibili del sistema sanitario, che fa scattare spesso le denunce per “malasanità”, che orienta le richieste di intervento e che, di frequente, supplisce ad altre carenze.

Il documento Agenas propone la creazio-

ne di una gamma differenziata di punti di pronto soccorso: si va dal Dea (Dipartimento di emergenza e accettazione) di II livello inserito in un centro Hub – dovrebbe essercene uno ogni 500mila/1 milione di residenti –, al Dea di primo livello inserito in un ospedale Spoke – uno ogni 150/300mila residenti –, al Pronto Soccorso semplice – con almeno 20mila accessi all’anno –, al Punto di Primo Intervento, al Pronto Soccorso in area disagiata. Le disponibilità, professionali e strumentali, di queste strutture sono ovviamente diverse e diventa quindi strategico il ruolo del 118 e dei suoi mezzi di soccorso, che hanno il compito di far arrivare ogni caso verso il centro più adatto alla specifica situazione.

E.A.

e di orientamento nel 66,7% dei Distretti (dall'80,6% al Nord Ovest al 58,5% al Sud e Isole), punto d'accesso ai servizi, con convocazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale (Uvd) per bisogni complessi nel 67,5% (dal 79,2% al Centro al 62,6% al Nord Est), sportello per gli aspetti amministrativi nel 40% dei Distretti (dal 58,2% al Nord Ovest al 23,8% al Centro), ma solo nel 34,9% dei casi in grado di garantire lo svolgimento dell'intero processo organizzativo di presa in carico (dal 39,6% al Sud e Isole al 29,1% al Nord Ovest). Percentuali variabili, ma che comunque sembrano indicare un punto di partenza importante. Almeno stando ai questionari compilati dai Distretti.

I DATI SU ADI E RSA

Tra i compiti dei Distretti c'è quello di regolare l'accesso all'assistenza domiciliare integrata. Secondo i questionari raccolti nell'Indagine, "l'erogazione

“
Secondo questa indagine il 34,9% dei distretti è in grado di attuare l'intero processo organizzativo di presa in carico

dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) a seguito di Valutazione Multidimensionale (Vmd)" avviene nella gran parte dei Distretti in forma diretta, ovvero con personale dipendente (63%), in quota minore si utilizza la forma indiretta, o esternalizzata (26,5%), mentre il restante 10,5% dei Distretti ricorre ai voucher sociosanitari. La modalità diretta prevale soprattutto nel Nord Est (95%) e nel Centro (71,6%). L'erogazione tramite voucher sociosanitari è invece molto usata nel Nord Ovest

(47,1%). Il governo dell'accesso alle strutture residenziali, altro compito in capo alle strutture distrettuali, avviene nel 64,7% dei Distretti attraverso "modalità esplicite e liste di attesa", come è scritto nell'Indagine. Le liste d'attesa sono più usate al Centro (86,8%), seguito dal Nord Est (73,8%), dal Sud e Isole (66,9%), mentre nel Nord Ovest i valori sono più bassi (32,9%). Non troppo utilizzato il metodo della verifica. Per l'Adi il Distretto "verifica la congruenza degli accessi" in media nel 65,8% dei casi, con variabilità tra le aree (da 71,9% al Nord Est a 62,1% al Sud e Isole); il 59,8% dei Distretti "verifica il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dal Piano di Assistenza Individuale (PAI)", con differenze tra le ripartizioni geografiche (da 68,4% al Nord Ovest a 52,1% al Sud e Isole). Solo il 14%, infine, "verifica le modificazioni nella casistica attraverso parametri di monitoraggio", con percentuali più alte al Nord Est (20,3%) e più basse al Sud e Isole (9,2%).

I Distretti in Italia – Bacino di utenza medio per Regione

Regione	Popolazione residente 2009	ASL 2009	Distretti attivi 2009	Bacino di utenza medio dei Distretti
ABRUZZO	1.334.675	4	25	53.387
BASILICATA	590.601	2	11	53.691
CALABRIA	2.008.709	5	35	57.392
CAMPANIA	5.812.962	7	72	80.736
EMILIA ROMAGNA	4.337.979	11	38	114.157
FRIULIVENEZIA GIULIA	1.230.936	6	20	61.547
LAZIO	5.626.710	12	55	102.304
LIGURIA	1.615.064	5	19	85.003
LOMBARDIA	9.742.676	15	81	120.280
MARCHE	1.569.578	1	23	68.242
MOLISE	320.795	1	7	45.828
PIEMONTE	4.432.571	13	58	76.424
P.A.DI BOLZANO	498.857	1	20	24.943
P.A.DITRENTO	519.800	1	13	39.985
PUGLIA	4.079.702	6	49	83.259
SARDEGNA	1.671.001	8	23	72.652
SICILIA	5.037.799	9	62	81.255
TOSCANA	3.707.818	12	34	109.053
UMBRIA	894.222	4	12	74.518
VALLE D'AOSTA	127.065	1	4	31.766
VENETO	4.885.548	21	59	82.806
ITALIA	60.045.068	145	711	84.452

L'associazione dei liberi professionisti della sanità vuole rafforzare le rappresentanze regionali

Perché i medici di famiglia partecipano a Confprofessioni

Ci sono molte ragioni per i medici di medicina generale di essere parte comune con gli altri liberi professionisti in associazioni che possano rappresentare e tutelare i loro interessi nelle contrattazioni nazionali e locali. Per questo da anni la Fimmg ha aderito a Confprofessioni, una adesione che si è va rivelando sempre più strategica. Il 16 aprile scorso, l'area Sanità e Salute di Confprofessioni si è riunita a Roma per una giornata di studio e formazione. Davanti a una platea di oltre cento professionisti fra medici di famiglia, odontoiatri, veterinari, psicologi e medici pediatri aderenti a Andi, Anmvi, Fimmg, Plp e Fimp, provenienti da tutta Italia, si sono ripercorse le ragioni di un nuovo modello confederale, che punta alla rappresentanza unitaria delle professioni intellettuali, per rappresentare e tutelare al meglio le esigenze della libera professione sia nelle sedi ministeriali (dove contrattare, ad esempio, un sistema di incentivi), sia nel mondo bancario (trattando la concessione di mutui e fidi a tasso agevolato, ad esempio), sia nelle sedi di contrattazione con i propri dipendenti, dove si realizza un rapporto complesso e unico che fa del mmg un datore di lavoro con oneri ed oneri particolari, proiettandolo in un mondo molto differente da quello in cui è solito operare. Il ruolo di rappresentanza svolto da Confprofessioni deve trovare pieno riconoscimento anche a livello regionale, come ha sottolineato Gaetano Stella, presidente nazionale dell'associazione, ricordando che "il ruolo di parte sociale è riconosciuto fin dal 2001, ma non svolto in modo uniforme nelle varie realtà regionali e non svolto fino in fondo nel territorio al punto tale che spesso non si viene adeguatamente riconosciuti nel territorio, dai politici e addirittura anche nei Comuni e nelle Camere di Commercio nonostante i liberi professionisti rappresentano in termini

economici il 12.5% del Pil nazionale". Vale la pena di ricordare anche i molti strumenti di tutela e agevolazione per i liberi professionisti messi a punto negli anni da Confprofessioni:

- *Valore Professioni*, il primo grande accordo per il finanziamento agevolato siglato con un importante istituto di credito, ovvero Unicredit;
- *FondoProfessioni*, ente per la formazione e qualificazione del personale di studio;
- *Cadiprof* (Cassa di assistenza sanitaria supplementare per i dipendenti degli studi professionali, al costo di 13

€/mese per dipendente) strumento di welfare contrattuale che permette di ottenere diversi benefici di mutualità integrativa per i propri dipendenti a condizioni vantaggiose;

- l'ente bilaterale *Ebipro* (ente bilaterale professionale, al costo di 4 €/mese per dipendente) per dare risposte con accordi territoriali alle esigenze di salute e sicurezza sul lavoro, alla formazione, e al sostegno al reddito dei dipendenti.

Per saperne di più consultare il sito www.confprofessioni.eu

www.epatiteb.info

Informazioni sull'epatite B
disponibili in 11 lingue



È un'iniziativa
Bristol-Myers Squibb

act:onaid
operazione fame

e Flavio Montrucchio

Cambiare il mondo dipende da me.

Nel mondo c'è un miliardo
di persone che oggi
non ha mangiato.
Adesso basta!
Cambiare tutto questo
dipende da me...
e dipende anche
da te.

Dai il tuo 5x1000 ad ActionAid.
www.actionaid.it/5x1000

Nella tua dichiarazione dei redditi, scrivi **09686720153**

ATTUALITÀ

Il nuovo quotidiano on line della Fimmg

Fimmg Notizie, istruzioni per l'uso

di *Fiorenzo Corti**

A un mese dalla pubblicazione del primo numero, pensiamo sia ancora presto per fare un bilancio anche provvisorio. Sappiamo per certo che il gradimento c'è stato, ma preferiamo dare ancora un po' di tempo ai lettori che ci giudicheranno, trovandoci ogni giorno dal lunedì al venerdì. Vogliamo però dare qualche informazione in più per facilitare la lettura del nostro quotidiano on line e la fruibilità dei contenuti. Innanzi tutto diamo qualche cifra. Il quotidiano viene inviato a circa 20.000 medici iscritti alla Fimmg e in possesso delle credenziali per l'area riservata. Viene inoltre inviato ad altri

10.000 medici non iscritti (sia mmg che ospedalieri o liberi professionisti iscritti all'Ordine) che hanno richiesto e ricevuto le credenziali. Ora passiamo ai diversi "percorsi" possibili per leggere *Fimmg Notizie*. ID e password sono le stesse previste per l'area riservata della Fimmg. L'accesso può avvenire scaricando l'e-mail ricevuta quotidianamente sul proprio account di posta elettronica: si visualizzeranno così tutte le notizie del giorno, che di solito sono undici. Si può accedere a *Fimmg Notizie* anche direttamente dal web, cliccando sull'etichetta a sfondo azzurro in alto a destra della Home page di Fimmg, oppure direttamen-

te digitando sul proprio browser www.fimmgnotizie.org.

Le notizie sono suddivise in quattro aree: **Fimmg**; **Dall'Italia**; **Dalle province** (in quest'area diamo particolare rilievo agli interventi dei nostri quadri periferici); **Dal mondo** (quest'area rimanda a siti, agenzie di stampa o testate generaliste internazionali in lingua inglese).

È disponibile una funzione di ricerca (attraverso una stringa di caratteri a piacere) per tutta le notizie pubblicate.

Infine, segnalò due rubriche di cui siamo particolarmente orgogliosi. Il **5X5** di Stefano Nobili, che offre ogni settimana cinque notizie in cinque righe selezionandole dalla letteratura scientifica, e la **sentenza della settimana** curata da Donatella Lo Faso, dove pubblichiamo settimanalmente una sentenza di particolare interesse per la professione. *Fimmg Notizie* è nostro, appartiene a tutti i medici della Fimmg: sollecitiamo quindi consigli e contributi da tutti gli iscritti.

**responsabile nazionale
Fimmg comunicazione*

fn

FIMMG NOTIZIE

Il Prontuario Unico di Dimissione sperimentato dalla Asl di Pavia

Uno strumento per l'integrazione ospedale-territorio

La necessità di una maggiore integrazione fra la medicina territoriale e quella ospedaliera spinge alla costante ricerca di strade condivise per l'elaborazione di strategie che possano portare ad una condivisione crescente fra i vari attori del Ssn e dei Ssr. Una di queste strategie è sicuramente quella di poter avere un prontuario comune in cui i vari attori possano trovare risposte condivise per i problemi assistenziali dei cittadini nei vari momenti del loro bisogno assistenziale sia in ambiente territoriale che ospedaliero. Avere un Prontuario Unico di Dimissione ospedaliera (Pud) permette sicuramente di realizzare un tentativo efficace di governo integrato per una assistenza farmaceutica appropriata e "comune" tra i mmg e gli specialisti.

È questa la strada che in tutto il nostro Paese si sta tentando di perseguire anche se in modo differenziato e a velocità diverse, a secondo del modello sanitario sposato da questa o da quella Regione. Infatti, mentre in alcune Regioni prevalgono i modelli condivisi aziendali o regionali, in altre realtà (a partire dalle Regioni con Piano di rientro) questo prontuario viene "suggerito" di imperio nei vari Assessorati alla Salute, permettendo scostamenti nella prescrizione che comunque devono essere esplicitati con codici di valorizzazioni o in volume complessivo delle singole prescrizioni.

In quest'ottica si inserisce l'esperienza dell'Azienda sanitaria di Pavia con l'elaborazione di un Prontuario Unico condiviso, con due modalità operative.

1. La Distribuzione diretta alla dimissione

al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera, viene consegnato al paziente un ciclo completo di cura (max per trenta giorni), relativamente ad alcune categorie terapeutiche, con la possibilità di scegliere i principi attivi a costo ridotto a parità di efficacia. I farmaci in oggetto sono:

“
L'obiettivo
è realizzare
una più efficace
sinergia tra gli
specialisti
ospedalieri,
pubblici o privati
accreditati,
e i colleghi operanti
sul territorio

- le Eparine a basso peso molecolare nel rispetto delle indicazioni di registrazione delle diverse eparine, presenti nella scheda tecnica registrata;
- gli Inibitori di pompa protonica, prin-

cipi attivi a brevetto scaduto: omeprazolo, lansoprazolo;

- Antibioticoterapia, possibilmente ciclo completo di terapia, con una vasta gamma di scelta tra gli antibiotici a brevetto scaduto.

2. Il Suggerimento prescrittivo alla dimissione

Si tratta di un suggerimento prescrittivo per il medico di medicina generale (che rimane sempre colui che ha la responsabilità della presa in cura del paziente) soprattutto per ciò che riguarda i farmaci correlati ai vari Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per alcune patologie a grande impatto e rilevanza come:

- gli Inibitori di pompa protonica, principi attivi a brevetto scaduto: omeprazolo, lansoprazolo, pantoprazolo;
- le Statine, principi attivi a brevetto scaduto: simvastatina, pravastatina, fluvastatina;
- gli Aceinibitori, prima scelta per la prevenzione secondaria del rischio CV; sartani in alternativa per i pazienti intolleranti.

Il Prontuario Unico delle Dimissioni vuole, pertanto, essere uno strumento informatico di rapida consultazione rivolto a tutti i vari attori del percorso assistenziale, contenente le principali informazioni utili per la prescrizione appropriata dei farmaci (formulazioni economicamente più convenienti in base al costo delle DDD, classificazione Ssn e note Aifa, disponibilità di farmaci equivalenti a brevetto scaduto). "In conclusione – ha affermato la professoressa Miroso Dellagiovanna, responsabile del Governo dell'Assistenza farmaceutica nella Asl di Pavia – tale prontuario, ancorché non esaustivo, diviene quindi uno strumento per permettere una più efficace sinergia tra gli specialisti ospedalieri, pubblici o privati accreditati, e i colleghi operanti sul territorio, per favorire una appropriata continuità terapeutica ospedale-territorio, compatibile con gli equilibri di sistema, attraverso l'individuazione di criteri di appropriatezza e di suggerimenti prescrittivi condivisi, imperniati sull'utilizzo di farmaci dal più favorevole profilo di costo/efficacia".

P.G.

Qualche polemica dopo il ribasso dei prezzi disposto dall'Aifa

Generici: le aziende stanno riallineando i prezzi

I mese scorso l'Aifa, in ottemperanza a quanto disposto dalla manovra economica dell'estate 2010, ha emanato disposizioni per rivedere al ribasso i prezzi di circa quattromila farmaci generici/equivalenti. L'obiettivo era quello di realizzare un risparmio per il Ssn, quantificato in circa 600 milioni di euro, ma il provvedimento ha suscitato alcune polemiche.

In particolare, il "ritocco" voluto dall'Aifa ha automaticamente ribassato il prezzo di riferimento, mentre i prodotti disponibili nelle farmacie conservavano il vecchio prezzo. La differenza, sia pure di lieve entità, ricadeva così sui cittadini.



L'Aifa ha però rassicurato che, secondo la verifica compiuta presso i produttori, le aziende in tempi rapidi

provvederanno ad adeguare "i loro prezzi al pubblico a quello di riferimento". "Il riallineamento parziale è in atto", ha fatto sapere in una nota Assogenerici, l'associazione che riunisce i produttori di farmaci generici, aggiungendo che "le aziende produttrici di equivalenti, laddove è possibile, provvederanno ad abbassare i prezzi per venire incontro alle necessità finanziarie dello Stato". Tuttavia, sempre secondo Assogenerici, "un taglio dell'entità prevista dalla delibera, 600 milioni, è al di là delle possibilità del mercato".

M.R



Sanità elettronica e diritto: problemi e prospettive

Chiara Rabbito
Società Editrice
Universo,
pp. 124, 25.00 euro

"Fascicolo sanitario elettronico", "referti on line", invio telematico di certificati medici, interventi chirurgici a distanza, consultazioni mediante vi-

deconferenza: l'informatica e la telematica vanno permeando il mondo della Sanità. miglioramento dell'azione sanitaria, tanto dal punto di vista quantitativo quanto dal punto di vista qualitativo, da alcuni demonizzato, da altri perfino annunciato quale elemento risolutivo per emanciparsi dai mali ormai cronicizzati di una Sanità che con difficoltà si adegua ai mutamenti sociali.

Un cambiamento epocale – dunque – dei tempi, dei modi, delle tecniche di diagnosi, di cura, di prevenzione. E circa le regole? Cosa si può dire oggi e cosa anticipare delle regole della Sanità elettronica?

L'era digitale ha creato nuovi diritti, nuovi obblighi, nuovi illeciti e nuovi tipi di criminali. Essa ha posto il legislatore nazionale e quello comunitario davanti a sfide difficili, non solo a causa della complessità della materia da disciplinare ma soprattutto per il fatto di dover, spesso improvvisando, andare alla ricerca di un innovativo metodo di lavoro, e di un imprescindibile colloquio con il tecnico esperto delle nuove scienze, per aver reso, quindi, necessario trovare un linguaggio, una semantica comune per poter scrivere insieme le regole.

Qual è sotto il profilo giuridico la situazione della Sanità elettronica? Quali regole ci sono già e quali si attendono? Dove il legislatore italiano e comunitario sono intervenuti in modo sostanziale e dove invece si sono rifatti al quadro giuridico esistente, per quanto possibile adeguandolo ai nuovi bisogni?

Da queste domande muove il volume scritto da Chiara Rabbito, avvocatessa ed esperta di informatica giuridica, che riassume in modo sintetico e chiaro l'attuale realtà normativa in Italia.

deconferenza: l'informatica e la telematica vanno permeando il mondo della Sanità.

Cambiano i tempi, cambiano le tecniche, cambiano soprattutto i modi dell'intervento medico.

Che la Sanità sia, sempre di più, "Sanità elettronica" è ormai dato certo, noto tanto agli operatori del settore quanto al cittadino, cui viene resa disponibile la cartella clinica su disco ottico o che comunica con il proprio medico di fiducia via e-mail. Il fenomeno è imponente e foriero di importanti elementi di evoluzione e di sviluppo. Si tratta di un processo avvertito come inarrestabile, auspicato da molti – e giustamente – quale mezzo per determinare un

L'ISCRIZIONE AL CLUB MEDICI E' GRATUITA

con la carta di credito
dedicata ai soci

prendi 2
a canoni
zero



www.clubmedici.it
ClubMedici

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Per le condizioni economiche e contrattuali, visitate www.clubmedici.it o i punti di contatto presso il servizio Club Medici Finanziamenti e More: tel. +39 06 7879520.
Banca: Club Medici Credit presso Banca d'Italia s.p.a. 10721
Banca: Alfa Agelli di Banca d'Italia presso Banca d'Italia s.p.a. 10721

- carta VISA flessibile e/o saldo immediatamente disponibile con un fido fino a € 3.500,00
- esente da spese di attivazione e da canone triennale
- prelievo massimo giornaliero ATM € 250,00
- GRATIS: duplicato carta, commissioni carburante e servizio SMS
- agevolazioni per l'acquisto diretto di prodotti e servizi Club Medici (polizze assicurative, prenotazioni turistiche, ecc.)

RICHIEDILA SUBITO

- direttamente dal sito www.clubmedici.it
- contatta le sedi Club Medici

Area Blu
Via G. Marchi, 12 Roma
www.clubmedici.it

chiama
06 8607891

Area Verde
Centro Direzionale: Isola E3,
Palazzo Avolon Napoli
www.clubmedici.it

chiama
081 7879520

al Club Medici
tutti i giorni è un...

OpenDay

**i nostri funzionari
sono a tua completa
disposizione**





Il nuovo Portale della Sezione "Medici in Formazione"

Uno strumento in più per tutti gli iscritti. Perché, come spiega Alessandro Dabbene, "il medico di medicina generale sarà sempre più in connessi-

sione virtuale con colleghi, pazienti, servizi, società scientifiche e fonti di informazione ed è quindi importante che il medico in formazione inizi a

considerare parte della sua esperienza anche l'utilizzo del nuovo sito del sindacato, la newsletter FimmgNotizie e il sito Fimmg nazionale".

Nel corso del Coordinamento nazionale della sezione Medici in Formazione della Fimmg, tenutosi nella sede romana della Federazione lo scorso 14 aprile, è stato presentato il nuovo portale dedicato agli iscritti della sezione.

L'esperienza nasce da una sperimentazione della sezione campana che, per gli ottimi risultati raggiunti, ha proposto di estenderne l'uso a tutte le altre Regioni implementandone le funzionalità. Come affermano i Coordinatori nazionali, tale opera ha lo scopo di stabilire una comunicazione più diretta ed intensa tra gli iscritti e rappresenta una grande opportunità di condivisione esperienziale tra i coordinamenti delle diverse regioni affinché la puntuale informazione possa, partendo dalla singola realtà regionale, essere spunto di riflessione per il variegato e ricco scenario nazionale.

"Il medico di medicina generale sarà sempre più in connessione virtuale con colleghi, pazienti, servizi, società scientifiche e fonti di informazione – sottolinea Alessandro Dabbene, vice coordinatore nazionale – è quindi importante che il medico in formazione inizi a considerare parte della sua esperienza anche l'utilizzo del nuovo sito del sindacato e dei link ad esso collegati, tra cui la newsletter Fimmg Notizie e il sito Fimmg nazionale, che non è certo sostituito bensì integrato dal nuovo portale. Inoltre, Francesco Napoleone, bravissimo webmaster e lui stesso medico in formazione con passione e competenza per la tecnologia elettronica, ha collegato al sito l'analoga pagina Facebook e Twitter, strumenti di inaspettata efficacia per una comunicazione rapida, semplice e puntuale anche in termini sindacali e scientifici".

Il portale comprende un'area accessibi-

le ai non iscritti ed una riservata ai soli iscritti, quest'ultima ricca di utili risorse informative e professionali. Si avvale tecnicamente di un sistema per cui chiunque sia in possesso delle necessarie credenziali possa inserire contenuti, link ed allegati; sono per esempio provvisti di password tutti i Coordinatori Regionali, in modo che ciascuno diventi responsabile autore del proprio ambito e il sito si possa arricchire grazie a una estesa di-

stribuzione del lavoro; un modello innovativo in cui è importante un coordinamento e una moderazione centrale, ma che permette di sviluppare il senso di corresponsabilità nel mondo dell'informazione globale e, indirettamente, nel sindacato.

Il nuovo sito è raggiungibile all'indirizzo
www.fimmgformazione.org

Perseo e la Medusa

■ ■ I protagonisti

Perseo, figlio di Giove e di Dànae. Suo nonno materno, Acrisio re di Argo, ammonito dall'oracolo che sarebbe stato ucciso per mano del figlio di sua figlia, fece rinchiudere Danae in una torre di bronzo, dove Giove penetrò e, sotto la parvenza d'una pioggia d'oro, la fece madre di Perseo. Il nostro eroe è il mitico uccisore della Medusa e il liberatore di Andromeda, che poi ebbe in moglie.

Medusa, una delle Gorgoni e l'unica delle tre che fosse mortale. La leggenda la vuole dotata di grande bellezza della quale s'invaghi il dio del Mare Nettuno, che, sotto le sembianze di un uccello, la possedette in un tempio consacrato a Minerva, profanandone la sacralità. Ma Minerva si vendicò di Medusa, anche perché questa si era vantata di avere capelli più belli di quelli della dea. Minerva allora glieli trasformò in un viluppo di serpenti, fece di lei un mostro orrendo e diede ai suoi occhi il tragico potere di pietrificare chiunque l'avesse guardata.

■ ■ La storia

È strano, ma gli antichi avevano il pallino di inventare leggende di bambini abbandonati in un contenitore di legno o in qualche cesta di vimini sulle acque di un fiume: così capitò a Mosè, che fu "salvato dalle acque"; così a Romolo e Remo, che la ragazza loro madre aveva abbandonato in una cesta, affidandola al biondo Tevere perché a quei tempi non erano ancora stati inventati i cassonetti dell'immondizia; e così fu anche per il neonato Perseo, questa volta però ad opera del cattivo di turno. Era figlio della ninfa Dànae e (ma non sarebbe nemmeno il caso di dirlo, conoscendo il tipo) di Giove, l'instancabile. (A questo punto, però, devo aprire una parentesi e fare una considerazione per spezzare una lancia in favore del solito povero Giove, che viene sempre tirato in

ballo quando non si sa a chi dare la paternità di qualcuno. Quando una ninfa o una mortale o una qualunque bella ragazza rimaneva incinta, ecco che la mitologia greca era subito pronta a tirar fuori Giove e a somministrarci la storiellina che il padre del pargolo... era lui. Si trattava ovviamente di una questione di "dignità dinastica": se il rampollo era destinato a diventare, nel mito, un eroe, un padre importante bisognava darglielo. Ma ho il vago sospetto che del povero Giove si sia un po' troppo abusato attribuendogli una figliolanza così numerosa e sempre in produzione. Il sospetto mi viene dal fatto che quella greca non è l'unica religione che abbia tirato in ballo Domeneddio quando qualche altro test di gravidanza è risultato positivo. Misteri che solo una grande fede può far accettare). E torniamo al nostro Perseo, anch'egli figlio (magari non unigenito) del Domeneddio dell'epoca. Il cattivo di turno, nel suo caso, era il suo nonno materno, Acrisio re di Argo; che, temendo si avverasse la profezia che un nipote lo avrebbe spodestato e ucciso, fece rinchiudere madre e figlio in una cassa di legno e li abbandonò così ai flutti del mare. Ma il legno, come si sa, galleggia, e il delittuoso container finì con l'arenarsi un giorno sulle rive di un'isola, dove il re del luogo Polidette liberò i due sventurati e amorevolmente si prese cura di loro. Un po' troppo amorevolmente, a dire il vero, perché mentre fece crescere il piccolo Perseo fra tutti gli agi di un principe, si innamorò della madre e (quando si dice la scarogna...) cominciò a vedere nel giovane rampollo un ostacolo alle sue brame per la leggiadra fanciulla.

Il giovane Perseo era abbastanza ambizioso, voleva farsi strada nel mondo con eroiche imprese che gli facessero fare carriera; e su questa sete di epiche gesta fece leva il perfido Polidette che, per allontanarlo, lo convinse a lasciare l'isola per un giro turistico verso i mari d'occidente, alla ricerca



della mitica abominevole Medusa. Questa era la più temibile delle Gorgoni, mostri femminili che avevano il potere di trasformare in pietra chi osasse guardarle. Come trucco per liberarsi del giovane Perseo non c'era male: vai, dàle un'occhiata... e poi ci sai dire. E per darle un'occhiata, alla Medusa, ci voleva un bel fegato: invece dei capelli aveva un groviglio di sibilanti serpenti, in bocca denti di cinghiale, dalla gola le uscivano url e ruggiti da raggelare il sangue. Nemmeno una chirurgia plastica le avrebbe giovato. Per fortuna che, a differenza delle altre due mostruose sorelle, non era immortale. E proprio su questa chance puntò Perseo, tutto compreso nella sua baldanzosa missione di salvatore del mondo. E giunse, l'ardimentoso prode, nella tenebrosa caverna dove, fra una pietrificazione di incauti mortali e l'altra, la maliarda Medusa trascorreva il suo tempo.

Il nostro eroe aveva comunque dalla sua la dea Minerva, che gli aveva fornito uno scudo d'avorio lucente come uno specchio. Detto fatto, ecco lo stratagemma: senza guardare dritto nei vitrei occhi di Medusa, ne guarda solo l'immagine riflessa nello scudo incantato e, zac!, con un colpo di spada le mozza la testa. Potenza degli effetti speciali!

L'amana avventura non finisce qui. Accorrono le due sorelle della defunta, ringhiosamente intenzionate a vendicare il misfatto; ma niente paura: Perseo ha con sé tre armi magiche fornitigli da Minerva e Mercurio (nella vita bisogna sempre avere santi in Paradiso, o dèi nell'Olimpo), doni che torna-

no sempre buoni all'occorrenza: un paio di sandali alati, una bisaccia e una parrucca di un bel colore scuro. E come se ne serve? Nella bisaccia chiude la spaventosa testa mozzata della dragonessa, con la parrucca nera riesce a circondarsi di un alone che lo rende invisibile, e con i sandali alati spicca un bel volo che lo porta lontano. Al confronto, Indiana Jones è un dilettante. E tanto lontano lo portarono quei sandali alati che il nostro eroe si ritrovò nientemeno che in Etiopia, terra travagliata da inondazioni e burrasche, dal cui mare saltava fuori ogni tanto un altro terribile mostro che faceva strage di uomini e di bestiame. Tempi duri, ragazzi.

Per potere alla fine placare la furiosa insaziabilità di questo mostro marino, le afflitte popolazioni furono convinte, dal solito oracolo menagramo, a offrirgli in sacrificio la bella Andromeda, figlia del re. "Rabbia, sgomento, orrore" (pare di sentire i nostri uomini politici quando non sanno che pesci pigliare): tutto era perduto, la brutta malvagità stava per trionfare. Ma che ci stanno a fare al mondo gli eroi, se non per tirar fuori i muscoli e mettere a posto le cose? E infatti, aleggiando-aleggiando, passava di lì per caso il nostro Perseo, che, vista la giovane infelice legata ad uno scoglio e in procinto di essere divorata dal mostro, in men che non si dica tira fuori la spada (che all'aeroporto spagnolo di partenza era sfuggita al metal-detector) e, ancora zac!, la infilza fino all'elsa nel corpaccio del famelico bruto (da parte mia, ho il vago sospetto che il nostro rambo avesse sentito odore di petrolio o di appalti, da quelle parti...). Come nella conclusione di ogni favola che si rispetti, anche nel mito di Perseo c'è il lieto fine, e l'Andromeda liberata convola a giuste nozze con l'eroico liberatore. Le fonti però non precisano se, a lungo andare, non avrebbe preferito finire fra le fauci del mostro....

Bruno Cristiano

Annunciata la riforma che partirà nel 2012

Enpam: intervenire subito per tenere i conti in ordine

Non saranno toccate le pensioni in essere e i diritti acquisiti, ma sarà necessario rivedere le aliquote contributive e i rendimenti. Una scelta non facile che la presidenza e il CdA della Fondazione metteranno a punto entro il pros-

simo novembre. Intanto si fa un primo bilancio positivo del lavoro fatto in questa legislatura per ridefinire le attività della Fondazione e gestire al meglio il patrimonio, a cominciare da quello immobiliare.

Una vera riforma delle pensioni che scatterà dal 1° gennaio 2012. È questa la decisione annunciata dalla Fondazione Enpam, dopo l'allarme lanciato dalla Corte dei Conti nella sua ultima relazione di controllo, resa nota alla me-

di di aprile, riguardo alla stabilità economico-finanziaria della cassa. In particolare, la Corte ha esaminato i bilanci 2008 e 2009, ovvero quelli immediatamente successivi alla finanziaria 2007, che ha previsto che tutte le casse di previdenza garantissero il proprio

equilibrio finanziario in una prospettiva non più di 15 ma di 30 anni. "L'asticella è stata alzata troppo rapidamente – ha commentato Alberto Oliveti, vicepresidente vicario della cas-

segue a pag. 25 ►

OLIVETI: "GARANTIRE IL MASSIMO DI PENSIONE A TUTTI, NELLA LOGICA DEL PATTO GENERAZIONALE"



Alberto Oliveti è stato eletto l'estate scorsa vice presidente vicario dell'Enpam. Ora tocca a lui annunciare una riforma delle pensioni di medici e dentisti che non sarà certo indolore, ma che appare necessaria per poter guardare al futuro per i medici, giovani e anziani.

Dottor Oliveti, la riforma significherà che si dovrà pagare di più per avere la pensione?

Bisogna essere realisti. C'è un incre-

mento costante dell'aspettativa di vita, c'è un quadro economico che conosciamo tutti e c'è stato un improvviso innalzamento del periodo per il quale l'Ente è tenuto a garantire l'equilibrio, passato in una notte da 15 a 30 anni. Tutte queste condizioni ci impongono di aumentare i contributi da versare e di dire che, mantenendo aperta l'opzione sul momento in cui si va in pensione tra i 60 e i 70 anni, il calcolo dovrà però tener conto dell'aspettativa di vita. Vogliamo dare a tutti il massimo di pensione sostenibile, ma nella logica del patto tra generazioni, e quindi garantendo anche per il futuro. Altrimenti si pagano le pensioni oggi, magari più ricche, usando i soldi delle generazioni più giovani. Che poi si troverebbero scoperte.

Perché avete annunciato ora questa decisione?

La relazione della Corte dei Conti, relativa ai bilanci 2008 e 2009, è arrivata solo a fine 2010. Da quel momento ci siamo messi a lavorare per formulare ipotesi di intervento, in un percorso con-

diviso con il CdA della Fondazione e con le Consulte. Ora abbiamo capito in che direzione muoverci e entro novembre la riforma sarà approvata.

Non era possibile intervenire sulla redditività del patrimonio?

Per fronteggiare la richiesta di garanzia di equilibrio a 30 anni, avremmo dovuto far crescere la redditività degli investimenti in modo pazzesco. E questo si fa in un modo solo: falsificando i bilanci. Oltre tutto, riguardo al patrimonio, è bene ricordare che il nostro continua ad essere sottoposto ad una doppia tassazione.

La vendita di 5.000 case avviata dall'Enpam qualche mese fa è un modo per "fare cassa"?

No, non è stato quello lo scopo della vendita. Il nostro scopo è mettere a reddito il meglio possibile i contributi versati, per poter pagare le pensioni. Invece oggi, investire in case da dare in affitto, con tutti i costi di gestione e di manutenzione, non è conveniente.

E.A.

Oltre 200.000
visite
al mese*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano **sanità.it**

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.
www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA



Health Communication editore



sa dei medici e dei dentisti – e ora ci si prospetta un periodo di sacrifici. Non taglieremo però le pensioni attuali e faremo interventi che salvaguardino le giovani generazioni”.

Prima ancora che intervenisse la Corte dei Conti, la presidenza dell'Enpam, sulla base dei bilanci tecnico-attuariali del dicembre 2010, aveva già avviato un'ampia consultazione con il CdA e le Consulte dei diversi Fondi. Il risultato di questo lavoro, come si legge in un comunicato diffuso dall'Enpam, sarà una “riforma che interverrà sulle aliquote contributive e sui rendimenti ma che lascerà comunque invariata la scelta sul momento del pensionamento, a fronte di eventuali penalizzazioni commisurate all'aspettativa di vita post-lavorativa. In ogni caso non verranno toccate le pensioni in essere e verranno fatti salvi i diritti acquisiti prima della riforma (nel rispetto del cosiddetto principio del pro rata)”.

I dettagli della “riforma” saranno definiti entro novembre, in coincidenza con l'approvazione del bilancio annuale, e in questi mesi proseguiranno gli approfondimenti con tutte le componenti della Fondazione.

Proseguirà anche il lavoro impostato dalla presidenza e dal CdA della Fondazione in questi primi dieci mesi di legislatura e che si muove su quattro linee fondamentali: un riequilibrio dei Fondi di previdenza; un rafforzamento degli strumenti tecnici di supporto alle scelte del CdA per la gestione del patrimonio; una profonda revisione del sistema informatico; lo sviluppo di strumenti di comunicazione che sappiano rivolgersi a tutti i medici iscritti ai Fondi.

UNA SOCIETÀ IN-HOUSE PER GESTIRE GLI IMMOBILI

Nella gestione degli investimenti finanziari, presidenza e CdA stanno completando una revisione che, oltre a definire la governance, gli obiettivi di redditività e i rischi, determini i modelli di investimenti interni ed esterni e circoscriva il campo dei rapporti di

“

Con la Busta Arancione tutti gli iscritti possono verificare il valore della propria pensione futura

consulenza.

Riguardo al patrimonio immobiliare, il CdA ha approvato una delibera quadro che ha stabilito: una gestione “in casa” degli immobili di diretta proprietà; la definizione di un percorso di ricollocazione del patrimonio alberghiero; il varo di un programma di dismissione del settore abitativo; il completamento della capienza del Fondo Ippocrate, con l'acquisto del palazzo La Rinascente; l'avvio di una valutazione sul possibile acquisto di quote di altri fondi immobiliari.

La gestione del patrimonio immobiliare, la vendita degli stabili ad uso abitativo e le scelte da compiere sul patrimonio alberghiero sono state affi-



Il progetto della nuova sede dell'Enpam a Roma

date a Enpam Real Estate (Ere srl), una società in-house, ovvero a completa partecipazione della stessa Fondazione, che ne controlla bilanci e attività. Ere srl era stata creata nel 2002 con il compito di occuparsi prevalentemente degli immobili destinati al settore alberghiero. Ora, invece, Enpam Real Estate si troverà a gestire un patrimonio immobiliare di oltre 2,2 miliardi di euro, rappresentato da circa 9.000

contratti di locazione in varie città d'Italia, per una superficie totale di 1,5 milioni di metri quadrati e con diverse destinazioni d'uso: residenziale, commerciale/servizi, alberghiero. Di questi è già stata avviata la vendita di circa 5.000 unità di tipo residenziale, gran parte delle quali a Roma.

Il management di Ere srl è composto dal presidente Alberto Oliveti (che è anche vice-presidente vicario della Fondazione Enpam), dal direttore generale Cesare Umberto Bianchini e dal direttore tecnico Marcello Maroder.

“L'obiettivo di questa operazione – ha dichiarato Alberto Oliveti – è di migliorare la gestione degli immobili rispetto al passato e di realizzare plusvalenze che servano a pagare le pensioni dei medici e dei dentisti italiani”.

PIÙ INFORMAZIONE PER AVERE PIÙ CONSAPEVOLEZZA

Far sapere ai medici e ai dentisti italiani come si sta lavorando per la loro previdenza futura e renderli consapevoli delle scelte che ognuno può compiere per migliorarla. Per raggiungere questo obiettivo sono stati messi in campo molti strumenti: una newsletter, un ufficio stampa interno alla Fondazione, e soprattutto la “Busta Arancione”, la pagina web attraverso la quale ciascun iscritto può conoscere il proprio futuro previdenziale ed anche compiere delle simulazioni per capire quali risultati potrebbe produrre, ad esempio, il riscatto degli anni di laurea o una maggiore quota contributiva. Accessibile on line da gennaio, attraverso il sito www.enpam.it, il servizio ha registrato 19mila contatti solo nel primo mese di attivazione.

Sempre sulla stessa linea di sviluppo dell'informazione, si colloca anche la decisione di organizzare seminari di approfondimento delle diverse tematiche, rivolti ai consiglieri di amministrazione e ai componenti delle Consulte, per metterli nelle condizioni di esercitare scelte sempre più responsabili e informate.

SCIENZA

Epatite C: ecco la svolta degli inibitori della proteasi

Due molecole in dirittura di arrivo e una terza che segue a ruota promettono di rivoluzionare il trattamento dell'epatite C. Come è già avvenuto

con l'Hiv. Le novità dal Congresso Annuale della European Association for the Study of the Liver tenutosi a Berlino.

Antonino Michienzi

"Siamo al punto di svolta epocale, che potrebbe portare nei prossimi anni a una terapia definitiva per il virus dell'epatite C e che ci consente, oggi, di pensare alla possibile eradicazione dell'infezione". Così Savino Bruno, direttore dell'Unità Dipartimentale di Epatologia all'Ospedale Fatebenefratelli di Milano e tra gli autori di uno studio appena pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, commenta la fase che la ricerca

farmacologica nel campo dell'epatite C sta vivendo.

L'evento che segna il passaggio a una nuova fase nel trattamento dell'infezione è la conferma definitiva dell'efficacia di una classe di farmaci del tutto nuova nel campo delle epatiti, gli inibitori della proteasi (già impiegati contro l'Hiv), che viene da due studi pubblicati sul *New England* (SPRINT-2 e RESPOND-2) e presentati al Congresso Annuale della European Association for the Study of the Liver tenu-

tosì di recente a Berlino.

Il farmaco valutato nei due trial è boceprevir: "i due studi dimostrano in maniera sostanziale che l'aggiunta di boceprevir aumenta in modo significativo il tasso di guarigione sia nei pazienti naive che nei pazienti precedentemente trattati senza beneficio", sintetizza Bruno. "L'altro dato confortante è che, rispetto alla durata tradizionale del trattamento, che è di un anno, la nuova triplice terapia consentirà, nella maggioranza dei casi, di ridurre la durata del trattamento a 28 settimane, per i pazienti naive, e a 36 settimane per i pazienti non responsivi".

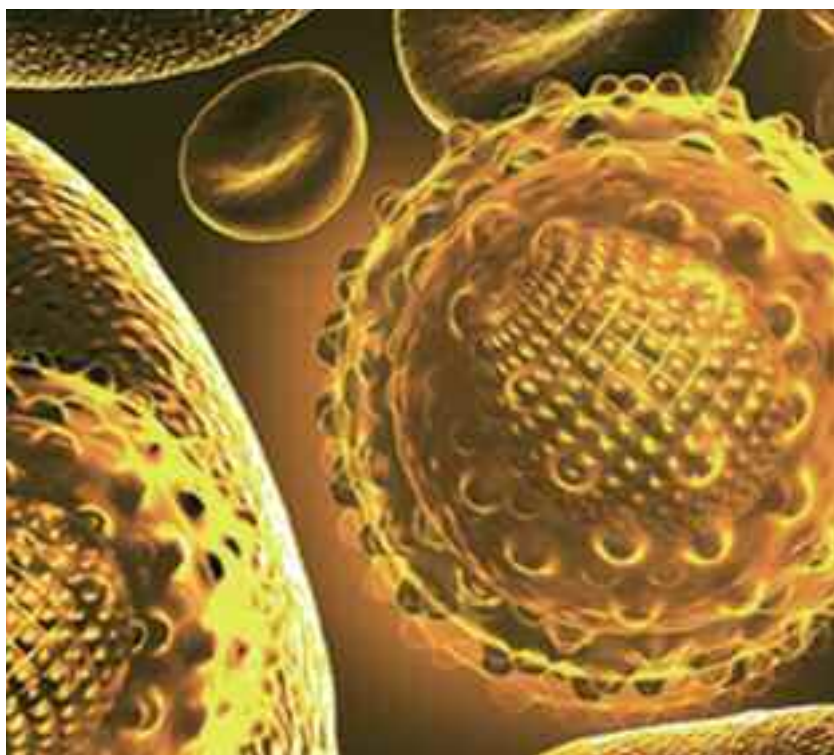
Nel dettaglio, nello studio SPRINT-2 stato condotto su 1097 pazienti mai trattati in precedenza con infezione cronica da virus dell'epatite C di genotipo 1, boceprevir, in aggiunta alla terapia standard, ha mostrato di raggiungere una risposta virologica sostenuta nel 68 per cento dei pazienti rispetto al 40 per cento della terapia con peginterferone-ribavirina. Lo studio RESPOND-2 ha coinvolto invece 403 pazienti con infezione cronica da virus dell'epatite C di genotipo 1 precedentemente trattati, ma non responsivi alla terapia o che avevano avuto una recidiva e ha evidenziato una percentuale di risposta virologica sostenuta compresa tra il 59 per cento e il 66 per cento contro il 21 per cento dei pazienti trattati con la sola combinazione peginterferone-ribavirina.

Questi risultati aprono "una nuova era nel trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C", ha commentato senza giri di parole in un editoriale pubblicato sul *New England* Donald Jensen, del Center for Liver Disease dell'University of Chicago Medical Center.

L'azienda produttrice di boceprevir ha già fatto richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio alle autorità regolatorie americane ed europee. E sia l'FDA che l'EMA, hanno accordato un iter approvativo accelerato che consentirà al farmaco di essere disponibile nel nostro Paese entro il primo semestre del 2012.

Boceprevir è però soltanto uno dei nuovi inibitori della proteasi contro l'epatite C.

Da Berlino giungono nuovi dati anche su telaprevir. I risultati dello studio REALIZE "mostrano che un regime terapeutico combinato basato su telaprevir migliora in modo significativo



i tassi di cura nei pazienti affetti da HCV di genotipo 1, la forma più comune del virus, che avevano fallito un precedente trattamento”, ha illustrato lo sperimentatore principale, Stefan Zeuzem, responsabile del Dipartimento di Medicina della Clinica Universitaria Wolfgang Goethe di Francoforte. Inoltre, dalla sperimentazione è emerso che non è necessario alcun trattamento preparatorio per i pazienti già trattati in precedenza e che “l’aggiunta di telaprevir all’attuale terapia standard può migliorare le percentuali di cura per quei pazienti, indipendentemente dalla loro risposta iniziale al trattamento”, ha aggiunto Graham Foster, docente di Epatologia presso l’Università Queen Mary di Londra.

Anche in questo caso l’azienda ha presentato all’EMA domanda per l’immissione in commercio del farmaco. L’autorità europea ha accordato una procedura accelerata per la registrazione del farmaco che permetterà un più rapido accesso dei pazienti alla terapia.

E le novità non finiscono qui: due studi clinici di fase II B hanno dimostrato l’efficacia della molecola BI 201335, sia in pazienti naïve che in pazienti già in terapia. C’è materia sufficiente per parlare a ragion veduta di un nuovo corso nel trattamento dell’epatite C. “Le nuove molecole aprono uno scenario del tutto nuovo rispetto a quello al quale siamo abituati poiché ci consentono di garantire ai pazienti prospettive migliori di risposta”,

ha commentato Antonio Craxì, Professore di Epatologia all’Università di Palermo. “È chiaro che dovremo imparare a usare i nuovi farmaci”, ha aggiunto. “Inoltre è ancora molta la strada da fare: esiste un enorme iceberg non ancora emerso. Sappiamo che solo il 10 o il 20 per cento delle persone infettate dal virus dell’epatite C sa di esserlo. I trattamenti in arrivo, essendo più efficaci, invoglieranno a uno screening più allargato e tireranno fuori sempre più casi potenzialmente da trattare. Tutto questo – ha concluso – rappresenta una sfida per la sanità pubblica che dovrà affrontare non solo i costi di queste terapie, ma anche le modalità di gestione di una terapia più complessa”.

LE NEWS

Presto un farmaco contro l’angioedema ereditario (ALBA)

Dopo l’ok dell’Ema negli scorsi mesi, è attesa a breve l’immissione in commercio di conestat alfa, un nuovo farmaco per il trattamento degli attacchi di angioedema ereditario negli adulti. I pazienti affetti da angioedema soffrono di episodi di gonfiore che si possono manifestare in qualsiasi parte del corpo, ma sono particolarmente frequenti su volto, arti o intorno all’intestino. Ruconest viene usato nei pazienti con angioedema ereditario correlato a livelli naturalmente bassi dell’inibitore dell’esterasi C1 umana, il principale regolatore dell’attivazione dei sistemi del “complemento” e di “contatto”, cioè quei sistemi di proteine del sangue che contrastano le infezioni e causano infiammazione. Conestat alfa, una replica della proteina inibitrice dell’esterasi C1, agisce analogamente alla proteina naturalmente presente nell’organismo. Somministrato nel corso di un attacco di angioedema, arresta questa attività eccessiva e contribuisce a migliorare i sintomi.

Un’arma in più contro il carcinoma midollare della tiroide (ALBA)

AstraZeneca ha annunciato che la Food and Drug Administration ha ap-



provato il farmaco orfano vandetanib per il trattamento del carcinoma midollare della tiroide, non asportabile chirurgicamente o diffuso ad altre parti del corpo. L’approvazione del nuovo farmaco, un inibitore della tirosin-chinasi, si basa sui risultati dello studio ZETA, un trial in doppio cieco di fase III in cui 331 pazienti con carcinoma midollare di stadio avanzato, non asportabile a livello locale o metastatico, sono stati randomizzati a ricevere vandetanib a una dose di 300 mg o placebo.

Dallo studio, i pazienti randomizzati con il vandetanib hanno mostrato una riduzione del 65% del rischio di progressione della malattia rispetto ai pazienti randomizzati con il placebo. In particolare, la sopravvivenza libera da progressione mediana era

di almeno 22,6 mesi nel braccio del vandetanib contro 16,4 mesi nel braccio del placebo.

Vandetanib è attualmente sottoposto a revisione normativa nell’Unione Europea e in Canada.

Attenzione alla fotosensibilizzazione da ketoprofene

Evitare l’esposizione diretta e prolungata alla luce solare, anche quando il cielo è velato, e alle lampade a raggi ultravioletti, durante il trattamento cutaneo con ketoprofene e nelle due settimane successive all’interruzione; utilizzare degli indumenti per proteggere dal sole le parti trattate; lavare accuratamente e in maniera prolungata le mani dopo ogni applicazione; se si sviluppa una qualsiasi reazione cutanea dopo l’applicazione del farmaco, interrompere immediatamente il trattamento e rivolgersi al medico curante; non usare il ketoprofene topico sotto bendaggio occlusivo.

Sono queste le raccomandazioni diffuse dall’Aifa alla vigilia della stagione estiva per prevenire o ridurre al minimo il rischio di reazioni di fotosensibilizzazione connesso all’utilizzo di ketoprofene per uso cutaneo.

Il medicinale, la scorsa estate era stato oggetto di una valutazione del Comitato per i Medicinali per Uso Umano dell’Agenzia Europea dei Medicinali.

L'Iss dichiara guerra all'Aids

In pochi giorni l'Istituto superiore di sanità ha annunciato l'avvio di una sperimentazione clinica di fase II del

vaccino Tat in Sudafrica e la scoperta di un composto in grado di eradicare i "reservoir" virali.

Siamo a una tappa fondamentale nella verifica dell'efficacia e della sicurezza del vaccino anti-Hiv messo a punto dal gruppo di ricerca italiano coordinato da Barbara Enoli del Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Dopo averlo a lungo auspicato, l'Istituto Superiore di Sanità, insieme al National Department of Health del Sudafrica, ha annunciato l'inizio in Sud Africa della sperimentazione clinica di fase II (ISS T-003) del vaccino italiano basato sulla proteina Tat di HIV-1. Lo studio, condotto dal gruppo della Enoli e finanziato dal Ministero della Salute italiano, è in questa fase di sperimentazione, sostenuto dal Ministero degli Esteri. Si tratta di uno studio in doppio cieco con gruppo di controllo (placebo) e interesserà un totale di 200 partecipanti con infezione da HIV in terapia antiretrovirale (HAART) di età compresa tra i 18 e i 45 anni. L'immunizzazione sarà eseguita tramite la somministrazioni di tre dosi mensili del vaccino Tat. Obiettivo primario dello studio è la valutazione dell'immunogenicità del

candidato vaccinale somministrato; obiettivo secondario sarà la valutazione della sua sicurezza. Si tratta quindi di un impiego "terapeutico" e non "preventivo". L'avvio della sperimentazione fa seguito ai risultati di uno studio di fase II pubblicato lo scorso novembre su PLoS ONE che aveva evidenziato la capacità del vaccino di indurre risposte immuni specifiche (anticorpali e cellulari) in tutta sicurezza. In particolare, il vaccino Tat ha dimostrato di avere un ruolo chiave nel ridurre le alterazioni del sistema immunitario riscontrate nell'infezione da HIV e che normalmente persistono anche in corso di trattamento antiretrovirale virologicamente efficace. La sperimentazione ha inoltre evidenziato che sono proprio i pazienti con maggiore compromissione immunologica a trarre i maggiori benefici dalla vaccinazione con Tat. "È con queste incoraggianti premesse che inizia, oggi, in Sud Africa, la sperimentazione clinica ISS T-003", ha commentato il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità Enrico Garaci. Il protocollo è stato approvato dall'Autorità Regolatoria Nazio-

nale Sudafricana e dal Comitato Etico e di Ricerca di Medunsa, uno dei centri in cui verrà effettuata la sperimentazione che si avvale inoltre di tre commissioni internazionali con funzioni di controllo e supporto. La scelta dell'Iss non è caduta a caso sul Sudafrica. È infatti il Paese con la maggiore diffusione dell'infezione da Hiv. Nel 2007 l'Oms ha stimato in 5,7 milioni il numero di sudafricani positivi al virus dell'Hiv, circa il 10 per cento della popolazione. E nello stesso anno l'infezione ha causato 180 mila decessi. La sperimentazione del vaccino Tat, tuttavia, non è l'unica novità proveniente dall'Istituto superiore di sanità in campo di lotta all'Aids. Negli scorsi giorni, uno studio condotto da ricercatori dell'Istituto e pubblicato sulla rivista Aids ha dimostrato la capacità di un composto già noto (l'auranofin) di stanare il virus all'interno dei serbatoi dove si nasconde al riparo da farmaci e anticorpi. È "un'importante scoperta che individua per la prima volta un approccio promettente di possibile eradicazione dei reservoir virali", ha commentato Garaci. E questo, ha aggiunto il primo firmatario della ricerca, Andrea Savarino, "è stato, negli ultimi anni, l'obiettivo della ricerca sull'Aids, una sorta di Santo Graal perseguito dagli scienziati con le più diverse strategie".

LE NEWS

Cancro della vescica: disponibile un nuovo chemioterapico

Colpisce 100 mila persone ogni anno in Europa ed è responsabile di circa 40 mila decessi. In Italia, secondo i dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori, il cancro della vescica è responsabile del 4,5% del totale dei decessi causati da neoplasie negli uomini e l'1,7% nelle donne. Per queste persone è disponibile ora un nuovo chemioterapico - vinflunina - che ha dimostrato di essere efficace dove le cure standard hanno fallito. "Vinflunina è il primo farmaco che abbia dimostrato reali benefici clinici nelle persone colpite da tumore alla vescica in progressione da

una precedente chemioterapia", ha detto Joaquim Bellmunt, direttore del Dipartimento di oncologia medica dell'ospedale universitario "Hospital del Mar" di Barcellona, coordinatore degli studi clinici europei che hanno portato alla registrazione del nuovo chemioterapico. "È, infatti, l'unico farmaco che abbia sinora mostrato di allungare la vita di questi pazienti", ha aggiunto.

Un nuovo SERM contro l'osteoporosi

Pfizer Italia ha annunciato la disponibilità anche in Italia di bazedoxifene, farmaco indicato per il trattamento dell'osteoporosi postmenopausale in donne con au-

mentato rischio di fratture. Bazedoxifene è classificato come SERM (Selective Estrogen Receptor Modulators) di terza generazione e diminuisce il riassorbimento osseo, riducendo i marcatori biochimici del turnover osseo fino al livello premenopausale. Questi effetti sul rimodellamento osseo portano a un aumento della densità minerale delle ossa e a una significativa riduzione del rischio di fratture (fino al 42 % in meno di fratture vertebrali rispetto al placebo). Gli studi hanno evidenziato, inoltre, che il bazedoxifene funziona primariamente come un antagonista del recettore per gli estrogeni nel tessuto uterino e mammario e che, quindi, tale selettività d'azione lo rende sicuro su endometrio e mammella.

CASO CLINICO

Il ginocchio della sciatrice

Stefano Nobili*

Viene trattato il caso di Carlotta, impiegata di 35 anni, ottima sciatrice. Sempre in buona salute, la sua storia clinica inizia a 30 anni quando, in seguito ad un trauma discorsivo al ginocchio sinistro con grave lesione del legamento collaterale anteriore, viene sottoposta alla sua ricostruzione in artroscopia. Successivamente, la paziente ha sempre lamentato dolore al ginocchio e limitazione funzionale con diminuzione dell'escursione e dei movimenti, pur frequentando ugualmente i campi da sci, contro le indicazioni dei vari ortopedici consultati. Dopo diverse visite, esami (Tc, RM) e sedute di fisioterapia, quattro anni dopo, per un nuovo trauma contusivo-distorsivo di entrambe le ginocchia, la donna smette per alcuni mesi l'attività sciistica, ma il riposo (stampella e fisioterapia leggera di potenziamento muscolare) non sortisce effetti sulla sintomatologia dolorosa. L'ennesima RM del ginocchio sinistro dimostra una neof ormazione cistica a livello dello sfonda-

to sovrarotuleo con sospetto distacco osteocondrale traumatico. L'ultimo specialista del ginocchio consultato propone un'artroscopia esplorativa. All'esame obiettivo, il ginocchio appare normoatteggiato; si nota la presenza di cicatrici chirurgiche da pregressa ricostruzione del legamento collaterale anteriore; non sono presenti segni flogistici, mentre si nota un blocco articolare in flessione a 40° e dolore mediale; non lassità ai movimenti in varo e in valgo.

Procedura artroscopica: previa anestesia spinale, si accede alla cavità del ginocchio. Il compartimento mediale è indenne; si notano gli esiti di ricostruzione del LCA con neolegamento di aspetto normale, sinovializzato e ben tensionato. Indenne anche il menisco mediale. Si reperta una condropatia di 1'-2' a livello della troclea femorale e della faccetta mediale rotulea. È presente neof ormazione ovale di 2.5x1 cm in corrispondenza della sinovia del pavimento dello sfondato sovra rotuleo, di consistenza duro elastica, anco-

rata alla sinovia circostante. Viene reseccata la base e asportata in toto. Si invia il materiale per esame istologico. Si procede quindi a sinoviectomia e condroabrasione dei contorni della gola intercondiloidea. Previo lavaggio, si sutura, si medica e si confeziona bendaggio elastico. L'artroscopia dura circa un'ora; successivamente si utilizza ghiaccio locale. Quattro ore dopo inizia la ripresa motoria. Per il dolore la paziente viene trattata con ketorolac 30mg f e desametasone 16mg. Si pone in terapia anticoagulante con EBPM per 20gg. Consigliata copertura gastrica con PPI. La paziente viene dimessa con le seguenti raccomandazioni: riposo, arto in scarico, deambulazione con stampella e ripresa della deambulazione dopo 15-20 giorni, eseguendo esercizi di potenziamento muscolare dell'arto inferiore.

Alcuni giorni dopo, la risposta dell'esame istologico è: sinovite villonodulare pigmentata.

A due mesi dall'artroscopia la paziente è tornata a sciare, residua soltanto una modesta gonalgia dopo l'esercizio. La deambulazione avviene con dolore minimo giudicato 2-3 su scala VAS. Commento: la sinovite villonodulare pigmentata (SVNP) è una rara forma di neoplasia benigna che interessa la membrana sinoviale cartilaginea in modo diffuso o localizzato; può presentarsi a livello della borsa o del tendine (Murphey et al, Radiographics, 2008; 28(5):1493-518). La localizzazione più frequente è a livello del ginocchio seguita dall'anca, mentre le forme associate all'interessamento tendineo sono più presenti alle mani e ai piedi. Esistono due forme di SVNP: diffusa e nodulare. La prima è più comune alle mani, la diffusa al ginocchio (Bravo et al, Radiologic Clinics of North America, 34(2):311-325, March, 1996). La maggior prevalenza si manifesta tra i 30 e i 40 anni senza distinzione di sesso. La diagnostica prevede sostanzialmente l'utilizzo della RMN con la quale ci si può avvicinare alla diagnosi, oltre a valutare l'estensione del quadro in modo da indirizzare la terapia che consiste nella resezione completa della lesione. Sono comuni le recidive per la difficoltà di procedere a un'escissione completa della lesione.

*Fimmg Milano
stefanonobili@fimmg.org



I primi risultati della survey realizzata con questionari on line

I medici di medicina generale e la gestione del paziente anziano diabetico

di Gallieno Marri, Andrea Pizzini, Walter Marrocco*

Dopo aver affrontato il problema della gestione del paziente in sovrappeso/obesità con il Progetto S.A.F.E., ora la Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis ha inteso sviluppare, in collaborazione con la Fondazione Sanofi-Aventis, il Progetto Anziano Diabetico per la gestione di questo tipo di paziente, realizzato utilizzando il sito www.fimmg.org/alimentazione,

Si tratta di un percorso formativo originale che offre al mmg gli strumenti e i metodi per affrontare tutti gli aspetti diagnostico-gestionali del Diabete Mellito (DM) nel paziente anziano e al tempo stesso per accrescere anche la sua cultura della Comunicazione come Relazione, quale imprescindibile prerequisito per un approccio comportamentale.

Così come per il Progetto S.A.F.E., anche per quello Anziano Diabetico è stato formulato e somministrato on line un questionario, per analizzare come viene vissuto dal medico di famiglia il problema della gestione di un paziente così particolare e impegnativo.

A due settimane dalla promulgazione, hanno risposto 1.188 colleghi, le cui caratteristiche sono riassunte nel box in questa pagina.

Molto interessanti sono state le risposte circa la competenza della diagnosi e del trattamento del DM, infatti il mmg rivendica a sé la responsabilità diagnostica (69%, v. fig.1), mentre ritiene più giovevole per i suoi assistiti diabetici la gestione del trattamento in collaborazione con lo specialista diabetologo (80%).

Questo perché, come mostra la figura 2, ritiene che le sue conoscenze siano adatte a gestire il problema DM (51%) o per lo meno per situazioni non complesse (43%), programmando gli inter-

venti (81%) e impostando sia la terapia orale (60%) che insulinica (35%). Non c'è uniformità su quali debbano essere gli obiettivi terapeutici del DM nell'anziano, mentre c'è concordanza (93%) nel ritenere l'incremento della patologia proporzionale all'invocchimento della popolazione.

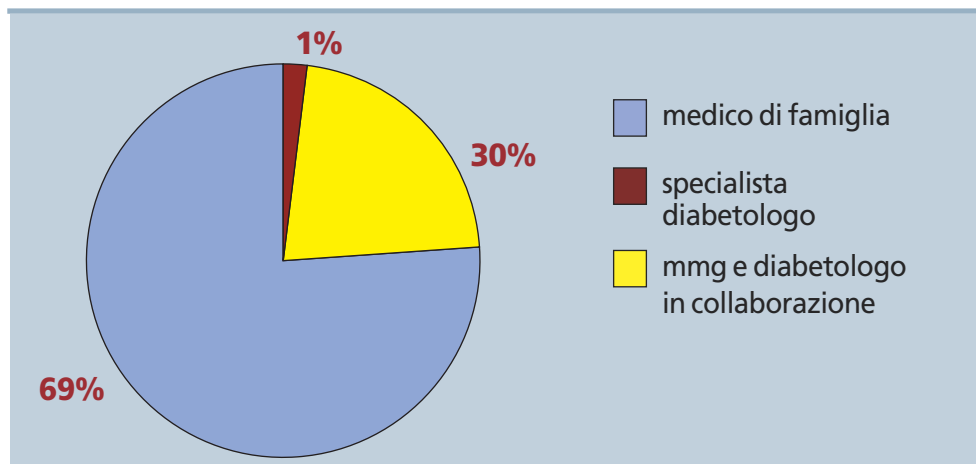
Così come nella letteratura scientifica nazionale e internazionale c'è una vivace discussione su chi definire anziano, anche i mmg sono divisi tra coloro i quali ritengono che convenzionalmente l'anzianità cominci a 65 anni (46%) e coloro i quali invece, rifacendosi a uno stile di vita più consono ai nostri tempi, sposta l'asticella a 70 anni e oltre (53%).

Il 95% dei mmg correttamente considera la fragilità dell'anziano, diabetico o meno che sia, come la risultante di una molteplicità di fattori convergenti e si sente pronto (76%), se adeguatamente formato, a supportare gli anziani affetti da diabete anche sul versante comportamentale (v.fig.3).

Il ritenere necessario fare counseling con il paziente diabetico è da interpretare come la presa di coscienza che per affrontare nel migliore dei modi la realtà delle patologie croniche è necessario un approccio che sia corretto da un punto di vista comportamentale.

L'analisi di questi risultati ci offre l'immagine di un mmg moderno, preparato, disposto a mettersi in discussione di fronte a patologie importanti quale il diabete e pronto a farsi carico della gestione del suo assistito anziano an-

Figura 1 - Ritieni che la diagnosi di diabete sia di competenza di:



che sotto l'aspetto relazionale. Questa situazione è da vedere come una risorsa per il miglioramento della qualità del lavoro e della vita del mmg, il quale, correttamente, intende "riappropriarsi" della gestione di tutte quelle patologie, in particolare di quelle croniche, che invece l'organizzazione della sanità tende a fare gestire da altre figure professionali sanitarie.

*Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis

CHI HA RISPOSTO AL QUESTIONARIO

• **sesso**

78% maschi
22% femmine

• **n. di assistiti**

5% < 500
13% >500 e <1.000
49% >1000 e <1.500
33% <1.500

• **n. abitanti della sede di attività**

44% <20.000
31% >20.000 e <100.000
25% >100.000

• **area geografica**

42% al Nord
25% al Centro
33% al Sud

• **tipologia di lavoro**

20% da solo
10% in rete
70% in medicina di gruppo

• **diabetici in carico**

16% dei MMG con diabetici ≤5%
65% con diabetici tra il 6% e il 9%
19% con diabetici >10%

Figura 2 - Programmi la gestione del diabete dei tuoi assistiti?

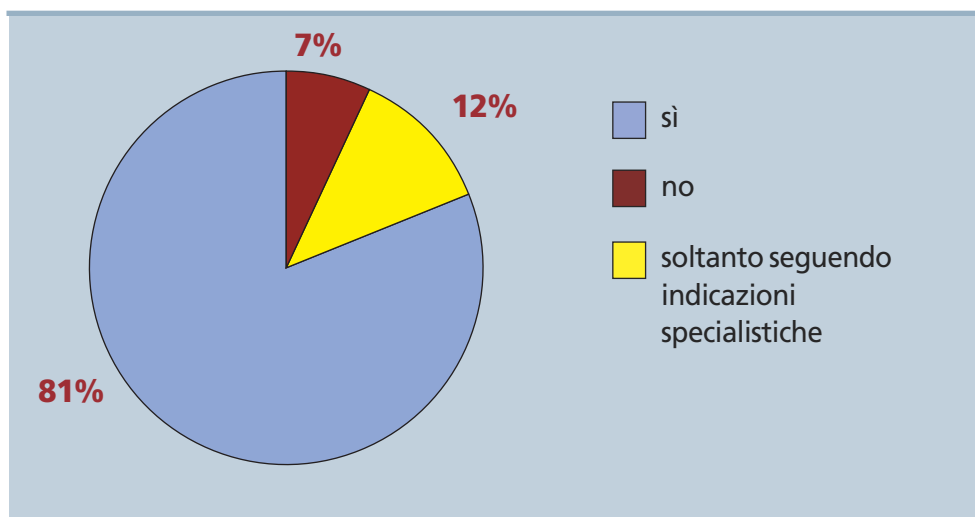
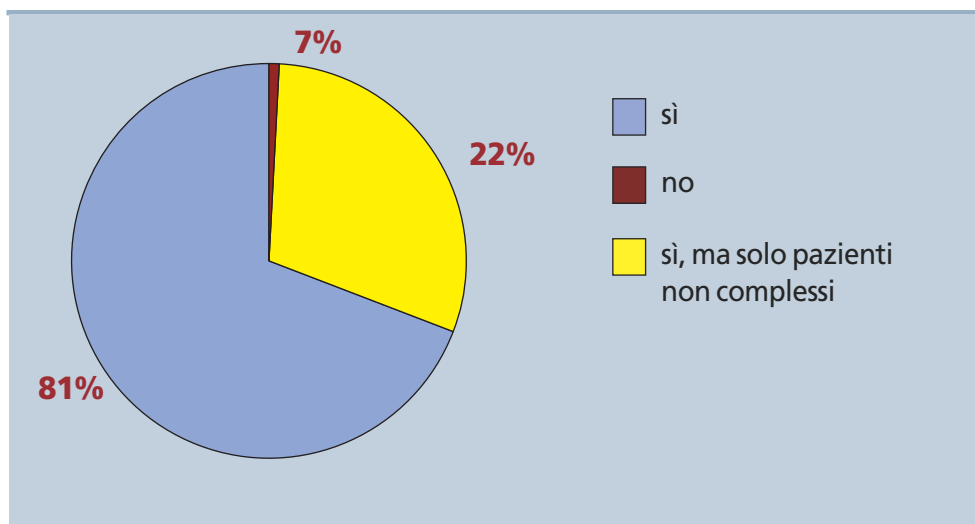


Figura 3 - Se adeguatamente formato, ritieni di potere supportare da un punto di vista comportamentale i tuoi assistiti anziani diabetici?



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 Milillo

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

Coordinatore editoriale

Eva Antoniotti

Hanno collaborato

Lucia Conti, Fiorenzo Corti,
Bruno Cristiano,
Paolo Giarrusso,
Ester Maragò,
Gallieno Marri,
Walter Marrocco,
Antonino Michienzi,
tefano Nobili,
Andrea Pizzini,
Mariano Rampini,
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti
Foto
Fabio Ruggiero

Stampa

Union Printing - Viterbo
Finito di stampare nel mese di aprile 2011
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/1/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010
Tiratura media: 41.264
Diffusione media: 40.749
Certificato CSST n.2010-2105 del 28/02/2011
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C.Sas

