



am

AVVENIRE MEDICO

ATTUALITÀ La lettera di Giacomo Milillo che illustra il significato della Convenzione sul secondo biennio economico 2008-2009 / 4

ATTUALITÀ I medici a L'Aquila, un anno dopo il terremoto / 9

INSERTO Tutto quello che vorresti sapere sulla parte economica e non hai osato chiedere / 17

PARLAMENTO Approvata la nuova legge su cure palliative e terapie del dolore / 22



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

3-10

N.3 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO

EDITORIALE

Nuova convenzione e previdenza

Sai che d'è la statistica? ...
Me spiego: da li conti che se fanno
seconno le statistiche d'adesso
risurta che te tocca un pollo all'anno:
e, se nun entra nelle spese tue,
t'entra ne la statistica lo stesso
perch'è c'è un antro
che ne magna due.

(Trilussa, *La Statistica*)

quasi dodicimila pensionati del "nostro" Fondo speciale della Medicina generale ricevono in media – è la statistica di Trilussa, si badi bene! – duemila ottocento euro lordi al mese di pensione.

Questo maxi assegno mensile che la Fondazione eroga tutti i mesi è finanziato con i proventi del Patrimonio e, soprattutto, con l'incasso dei contributi che scaturiscono dal reddito da convenzione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Già, perché da noi la regola è che chi lavora mantiene chi ha lavorato, nella garanzia di un ugual trattamento quando si pensionerà.

È questo il massimo di solidarietà generazionale, ma anche il nostro massimo di attenzione "interessata" alle sorti professionali dei colleghi che ci seguiranno. Saranno loro a sostentarci nell'età post lavorativa.

Il rinnovo convenzionale del secondo biennio economico 2008-2009 vale trecento milioni all'anno, per cui il 16,5% della nuova aliquota contributiva stabilita con l'accordo del primo biennio fa sì che a regime cinquanta milioni di

euro incrementino il flusso di contributi al nostro Fondo.

Con questi si pagano circa millecinquecento pensioni, quasi il dieci per cento.

Un bell'aiuto, direi, che potrebbe offrire un buon motivo di consenso a chi non ne ha trovati altri per l'avvenuta firma della seconda parte di questo quadriennio normativo.

La chiusura di questa travagliata convenzione di passaggio, nel proiettarci verso lo scenario del cambiamento professionale annunciato dalla rifondazione, ci consegna un sistema previdenziale più solido sia per l'aumento del contributo obbligatorio che, annullando gli storici e consueti ritardi, per l'incasso di tutti gli arretrati dovuti. Ci propone inoltre un sistema di garanzie arricchito dalla flessibilità contributiva ottenuta con la nuova arrivata aliquota modulare e dalla copertura assicurativa, finalmente raggiunta, sulla invalidità permanente parziale per infortuni e malattie.

Alberto Oliveti

Pubblichiamo integralmente la lettera inviata dal segretario nazionale della Fimmg a tutti gli iscritti al sindacato dopo la firma della Convenzione per il rinnovo del secondo biennio economico 2008-2009, che mette in evidenza il valore strategico per la categoria di questo passaggio.

Cari colleghi,

dopo una trattativa breve, ma aspra, preceduta da un altrettanto tribolato percorso per ottenere l'atto d'indirizzo da parte delle Regioni, la Fimmg, che aveva negato la firma per due sedute consecutive, in data 10 marzo 2010 ha ritenuto di poter firmare l'Acn del biennio economico 2008-2009, con integrazioni normative, nella versione derivante dagli ultimi atti negoziali. Nella decisione finale del Sindacato hanno prevalso considerazioni di strategia generale e valutazioni tattiche immediate ed a breve termine, oltre alla consapevolezza che la scadenza delle prossime elezioni regionali comporta la certezza del procrastinarsi di ogni trattativa dopo la stabilizzazione del quadro istituzionale.

Da un punto di vista strategico generale la vicenda appena conclusa è l'ennesima conferma di quanto sia penalizzante il contesto normativo che ingloba la contrattualistica della Medicina generale in quella del pubblico impiego. In questo modo, quanto per la dipendenza rappresenta sempre ad ogni contratto un incremento sull'onorario, per quanto modesto, per noi costituisce un lordo, sul quale caricare il ristoro dell'onorario (quando residua) e delle spese di produzione del reddito. Il permanere di questa situazione senza correttivi non può che essere deleterio per la categoria, specie se esacerbato dalla sempre più risicata disponibilità econo-

mica per i contratti sancita dalla parte governativa e regionale. Non è possibile neppure ipotizzare correttivi a quanto sopra accennato, del tipo che Fimmg ha perfettamente individuato con la sua proposta di Ri-fondazione, come, fra l'altro, la ristrutturazione del compenso con separazione dell'onorario dalle spese di produzione del reddito e conseguente allocazione in capitoli di bilancio diversi della spesa pubblica, senza ottenere prima una coincidenza temporale tra Acn di cui si tratta e periodo di sua vigenza. Con la firma di oggi per la prima volta questo avviene, si apre uno spazio di trattativa di tre anni di contemporaneità tra Acn da negoziare e sua validità, ciò potrà consentire di ottenere una rivisitazione completa delle condizioni strutturalmente penalizzanti la posizione contrattuale, economica e professionale della categoria. Non è un obiettivo facile o indolore, a tutti noi il compito di perseguirlo, ciascuno per le proprie responsabilità e ciascuno rendendosi disponibile per una lotta che potrà avere anche momenti di aspro scontro sindacale, ma a fronte non di orizzonti residuali e stagnanti come quelli fino ad ora impostici, ma della prospettiva di por mano alle radici stesse della nostra sopravvivenza categoriale. Siamo finalmente liberi dall'affanno di dover rincorrere un arretrato che il tempo che passa, sappiamo, rende recuperabile sempre a condizioni più penalizzanti, e di pensare al nostro futuro.

Non è possibile giudicare le ragioni di questa firma senza le considerazioni sopra sintetizzate, dopo di che l'Acn appena siglata è un compromesso di passaggio nel quale Fimmg e solo Fimmg, si è preoccupata di garantire al massimo che le dichiarazioni contrattuali possano essere tradotte in atti concreti solo a condizione della condivisione da parte degli organi periferici del Sindacato. Sul tavolo contrattuale a tutela dei mmg non ha operato nessun altro, essendo taluni, al di là della genetica carenza d'idee, troppo occupati a calcolare quanto, eventuali passaggi dell'Acn, li avrebbero potuti favorire nella strumentalizzazione abituale utile all'accantonamento di qualche consenso. Possono valere alcuni esempi per una attenta meditazione di quanto scritto, prima di formulare giudizi scarsamente ponderati:

1. Fatto salvo l'arretrato dovuto per gli anni 2008-2009 da caricare esclusivamente sulla quota A (onorario). La quota dell'1,2% assegnata alla stipula degli accordi regionali con decorrenza 01/01/10, qualora non esista la convenienza o la possibilità di stipulare l'Air in una determinata regione, trascorsi 9 mesi dall'entrata in vigore dell'Acn viene automaticamente restituita ai medici sulla quota onorario. La penalizzazione da mancata stipula del 10% pari a 0,081 euro/assistito resta nella massa salariale della categoria in base alla Dichiarazione a verbale. Pur con una tempistica allungata e contorta si è riusciti a rendere disponibile pressoché

- l'intero 3,2% sulla quota A, qualora gli organi decentrati del Sindacato lo ritengano opportuno.
2. Il flusso informativo epidemiologico sui pazienti cronici di cui all'art. 3 comma 2 che deve essere condiviso vuoi nella scelta dei dati che per quanto riguarda la o le malattie croniche ai quali si riferiscono, oltre ad essere sottoposto a tutte le clausole di garanzia informatica (privacy compresa) dell'Acn in vigore, in assenza di detta condivisione entro tre mesi dall'entrata in vigore dell'Acn non potrà essere fornito, senza che questo comporti penalizzazione economica in quanto la relativa quota di 0,20 euro/assistito sarà automaticamente riallocata sui pazienti ultra settantacinquenni, rendendo inapplicabili i disposti del comma 9 dell'art. 8.
 3. Art. 3 comma 1 (patient summary). Esiste una prima clausola di salvaguardia che rimanda all'art. 59 ter della ACN in essere, il quale a sua volta cita anche la clausola di salvaguardia dell'Art. 13 bis. In assenza delle condizioni (attualmente inesistenti in tutte le regioni) richiamate da questi articoli non entrano in vigore i disposti successivi del comma in oggetto. Il punto a) presuppone una condivisione dei dati da trasmettere, in

realtà non si tratta di un patient summary, ma di un flusso informativo definito limitato e condiviso. A conferma di ciò le disposizioni del comma b) che prevedono implementazioni subordinate ad una ulteriore condivisione. Il comma c) prevede verifiche congiunte da intendersi con intenti programmatici, di definizione e tassonomici, non applicativi. Ogni tempistica diversa dell'implementazione citata del patient summary deve essere concordata a livello regionale. Pur con tutte le difficoltà di un testo di compromesso il Sindacato ha salvaguardato la valorizzazione economica del vero patient summary, impedendo il suo aggancio all'indennità informatica come proposto dalla Sisac, non ha assunto decisioni limitative ad una sua trattazione nella prossima Acn, ha contrattato un set ipotetico di dati tutto da definirsi a livello regionale in base alle opportunità ed alle convenienze territoriali. Se per alcuni tutto questo può essere speso politicamente come Patient summary non dipende da noi, potrebbe servire a rendersi conto che il cammino è ancora lungo e ad essere invogliati a percorrerlo, ma a condizioni tutte da definire.

APERTURE SUL NODO DELLA CERTIFICAZIONE ON-LINE

■ Il tavolo aperto tra rappresentanti della Fnomceo e ministero della sanità promette di dare buoni frutti. Dopo un primo incontro, svoltosi il 23 marzo, l'appuntamento è fissato per il prossimo 13 aprile, ma nel frattempo si registrano segnali positivi. "Ringraziamo il ministero per la Pubblica Amministrazione e Innovazione per l'apertura espressa alla categoria attraverso la Fnomceo" ha commentato Giacomo Milillo in un comunicato, prendendo atto che "molte delle le perplessità da noi espresse precedentemente sono state superate, grazie alla volontà delle parti"

In una lettera agli iscritti al sindacato il segretario della Fimmg ha fatto poi il punto delle trattative in corso con il ministero della PA. In sostanza si pensa ad una sperimentazione di quattro mesi col doppio canale, cartaceo e telematico. Soltanto se questa dovesse dare risultati positivi, e lo stesso Milillo ritiene che ciò sia molto improbabile, si passerà definitivamente alla certificazione "senza carta". E sulle previste sanzioni per i medici che non aderiscono ci sarà spazio per una trattativa anche nel prossimo Acn.

Il Consiglio nazionale Fimmg ratifica il rinnovo della Convenzione

■ Il Consiglio nazionale della Fimmg, riunito a Roma il 27 marzo scorso, ha approvato con l'83% dei voti a favore la ratifica dell'Accordo collettivo nazionale per il biennio 2008-09 siglato lo scorso 10 marzo. Giacomo Milillo ha espresso soddisfazione per questo risultato: "Un consenso così ampio – ha sottolineato il segretario nazionale della Fimmg – rappresenta la riconferma del nostro progetto della 'ri-fondazione della medicina generale' avviato nel 2006 e che intendiamo portare avanti nei prossimi mesi. Ci

metteremo al lavoro non appena saranno costituite le nuove giunte regionali". La mozione conclusiva del Consiglio nazionale si pronuncia con chiarezza anche sul tema delle certificazioni. "La certificazione medica contenente 'dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati', che può comportare il licenziamento e la radiazione dall'Albo del medico – si legge nella mozione – oltre a configurare una sproporzionata, irri-
 tuale,

inutilmente vessatoria, concretizza il rischio di una applicazione discrezionale della norma che, data l'entità del danno procurabile al professionista, diventa ulteriormente ingiusta ed inutilmente minacciosa. Ma soprattutto legittimerà da parte della categoria atteggiamenti difensivi che si riverbereranno in un documento certo per la popolazione assistita. La dizione di cui sopra deve pertanto, nell'interesse generale, essere modificata od interpretata in maniera certa, riportando la

responsabilità del medico alla comune pratica clinica". Nel documento si sottolinea inoltre l'intento di collaborazione con la Fnomceo e con le associazioni rappresentative dei medici del Ssn per svolgere "un ruolo di sorveglianza attiva nei riguardi delle procedure applicative necessarie a rendere praticabile l'invio per via telematica del certificato Inps".

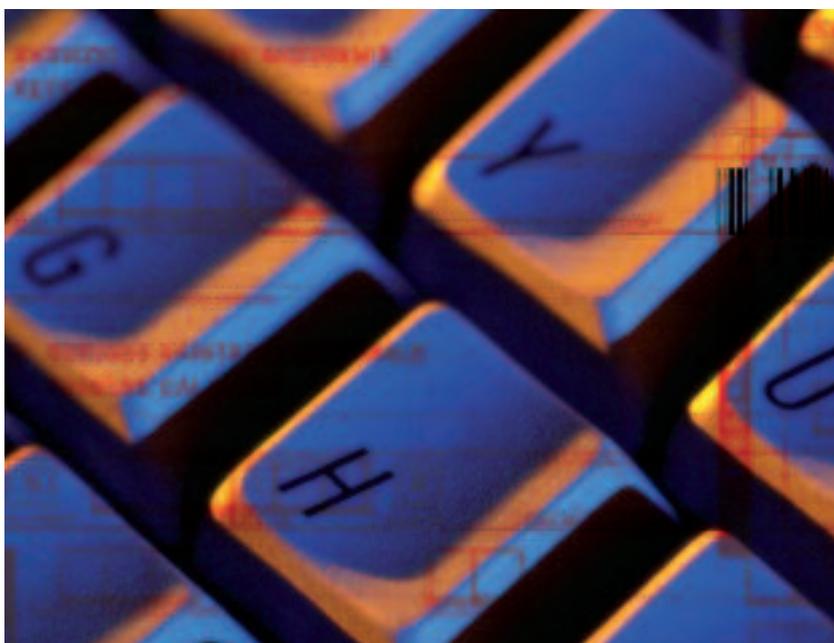
Il testo integrale della mozione è disponibile sul sito www.fimmg.org

FIMMG

Riflessioni a tutto campo sul tema dibattuto dal Consiglio nazionale Fimmg

Siamo davvero sicuri che la certificazione on line sia un male per la professione?

di Luigi Galvano*



La problematica della certificazione di malattia on-line sta impegnando a tutti i livelli la categoria. In tutte le cose in genere c'è del buono e del cattivo, pertanto con alcuni esempi emblematici vorrei lanciare alcuni spunti di riflessione.

Dico subito di essere favorevole al certificato on-line in linea generale e, in una prospettiva di medio periodo, credo che possa semplificare il nostro lavoro in quantità, migliorandolo in qualità e che possa render meno rischiosa la pratica della certificazione di malattia che prende buona parte della nostra attività. Resta inteso che vanno superate tutte le criticità del sistema e le sanzioni previste per il medico come

affermato e ribadito dalla Fimmg e dalla Fnomceo e auspicato da tutti.

LE "FACILITAZIONI" AL PAZIENTE

In Italia esiste la criticità del massimale a 1.500 con un ottimale a 1.000, cosa che avrebbe dovuto mettere in concorrenza i medici sulla qualità delle prestazioni, almeno nella intenzione del legislatore. Questo porta a far prevalere invece una concorrenza a volte sleale e fondata sulle facilitazioni che il paziente desidera dal suo medico di fiducia, facilitazioni in alcuni casi esplicite altre volte non dette ma velate, come sono soliti fare i pazienti più educati. Certo, su questo tema i medici si

dividono in svariate categorie: si va dagli ortodossi agli accomodanti, almeno nelle intenzioni iniziali, ma anche i colleghi più ligi quando vedono continuamente eroso il loro elenco assistiti a poco a poco declinano verso l'accomodamento. Quindi la verità è che così non si può andare avanti. Un sistema non può fondarsi sugli eroi. Questi possono servire alla causa di un giorno.

COME DARE PIÙ AUTOREVOLEZZA AI MEDICI?

Ma torniamo alla certificazione di malattia on-line. Ci chiediamo se da sola può essere la soluzione del problema. La risposta è no! *Dobbiamo ridare ai medici autorevolezza* e questa non può prescindere dalla certezza che ad un lavoro debba corrispondere un riconoscimento economico e professionale certo. La soluzione è il ruolo *ruolo unico* previsto dal progetto di ri-fondazione e che ho visto attuato in pratica in una mia recente visita a Barcellona, dove i medici lavorano in rapporto fiduciario, ma certi che le loro decisioni legittime a favore dei loro pazienti e a favore della collettività non verranno penalizzate dall'interesse del singolo. Comunque un sistema trasparente e che consenta di fare meno controlli medico fiscali inutili ma li renda più appropriati e di precisione chirurgica avrà come effetto quello di ridurre molto l'assenteismo specie in certi ambiti del mondo del lavoro e in certi settori del Paese. Penso a quanti certificati sono al "limite" e a quanti colleghi sono in burn-out anche a causa delle certificazioni che sono "costretti" a rilasciare, pena la ricusazione da parte di intere famiglie o di clan più o meno articolati. Quindi, fino a quando non avremo messo a regime il progetto della ri-fondazione che affrancherà molti colleghi dalla legittima paura di vedersi ridurre la capacità di guadagno se non consenzienti a certe richieste, credo che l'introduzione di procedure come queste possano offrire un contributo alla soluzione di alcune problematiche che ci affliggono. È la panacea di tutti i mali? Certamente no. Qualcuno potrebbe obiettare che certi problemi si risolvono nell'essenza della professione; però il setting ha il suo peso. O no?. Infatti è estremamente raro avere una ricusazione per una

errata diagnosi, mentre è più facile assistere a “cambi” decisi perché “il dottore è troppo preciso”.

Non mi sentirei di condannare quel collega con 800 assistiti in un piccolo ambito territoriale (e che ha dovuto lasciare la continuità assistenziale facendo un salto nel buio, cosa che con il ruolo unico non avverrebbe) che è costretto a cedere a ricatti più o meno espliciti che ben conosciamo. Negli ultimi trenta anni, in seguito a scelte scellerate della professione e ad alcune scelte sindacali, il mmg è stato lasciato solo e senza strumenti per difendersi, costretto a stare in studio anche con un potente raffreddore e febbricitante, chiamato a telefono e ricattato in maniera più o meno esplicita da un tale che la mattina “non si sentiva di andare a lavorare”, restando sotto le lenzuola magari “riscaldato” dalla amorevole mogliettina.

Cosa proverà tale collega? È dignitoso, umano, onesto, non avere fatto nulla per lui?

MEDICI O POSTINI?

Tempo fa, andavo a fare una visita in un condominio di 200 famiglie e mentre entravo nell’androne vidi un collega che imbucava in una cassetta delle lettere un certificato “rosso” dell’Inps. Era un mio iscritto al sindacato e dunque gli chiesi qualche spiegazione. Mi spiegò che era un certificato proprio di una mia ex paziente, alla quale mi ero rifiutato di fare certificati “a distanza”, e che lo aveva scelto unitamente ad altre sei persone a condizione che non ponesse limite ai certificati. Il collega era andato oltre il mandato e faceva anche il pony express. Non gli ho detto nulla: sapevo che aveva due figli piccoli, la moglie che non lavorava e circa 800 assistiti!!!

Però adesso, se arriva uno strumento che, analogamente a ciò che è successo per i certificati di invalidità civile, contribuisce a rimettere a posto le cose o almeno ci prova, che ben venga! Le nuove regole sulla certificazione di invalidità hanno prodotto come risultato il fatto che ormai quasi tutti se li fanno pagare, mentre in precedenza svilivano la professione evitando di chiedere il giusto onorario per la propria prestazione, avendo paura di perdere il cliente. E il pagamento del certificato per l’invalidità civile ha pro-

dotto per trascinamento il risultato che ormai i medici si fanno pagare tanche tutti gli altri certificati.

COME VA IL VOSTRO MOVIMENTO PAZIENTI?

Molti di noi vivono dove c’è un largo bacino di utenza e si possono permettere di resistere a certi ricatti. Ho controllato il mio movimento pazienti negli ultimi 15 anni (*millewin> statistiche>movimento pazienti*). Sapete quanti sono fra entrati e usciti? Circa 600: pochi per trasferimento, molti perché non mi sono piegato ai loro diktat, pochissimi per altre ragioni. Non sono bravo, né eroe. Semplicemente me lo potevo permettere, perché lavoro al centro di una grande città e la mia condizione mi porta ad essere conosciuto. Ma quanti se lo possono permettere altrettanto? Il certificato on-line, se ben gestito dalla classe medica, potrebbe essere una risorsa se non addirittura un aiuto per tutti quei medici che non hanno mai avuto il coraggio o la possibilità di ribellarsi a questa deriva della professione per la paura, generata da come è attualmente strutturato il nostro compenso, di perdere scelte e quindi di diminuire l’entità dei propri compensi. Ecco perché credo che, anche se in modo irrituale, la certificazione on-line possa divenire uno strumento per migliorare la professione e lavorare più in sicurezza. Qualcuno si chiede quanti sono gli

“incidenti” che i medici hanno a causa di certificati sbagliati, alcune volte addirittura redatti in buona fede e altre volte “compiacenti”? Io ne ho una certa consapevolezza essendo da 12 anni consigliere dell’Ordine dei medici. Certi “cari” pazienti si dovranno muovere da casa, venire in studio, stare lì in attesa per avere l’attestato e il certificato che usciranno stampati dal SAC o dal SAR, magari dopo un certo tempo ... Così, come fanno quando vanno ad intasare i PS per i codici bianchi o verdi, magari si dovranno affrettare perché già nel pomeriggio troveranno il medico fiscale sotto casa. Al-

tro che malattie gestite a tavolino per coprire un giorno che chiude un ponte lungo! Forse la prossima volta preferiranno andare a lavorare, così come fa il loro caro amico medico di fiducia quando va in studio anche se malconco e magari deve redigere un certificato come “quelli là”.

VISITE A DOMICILIO: SARANNO DI PIÙ O DI MENO?

Un’altra criticità è relativa al possibile aumento delle visite domiciliari. Secondo me ciò che conta per il paziente è avere quanto prima il certificato: se sa che recandosi direttamente in studio lo avrà in un tempo giusto e senza dovere fare la solita raccomandata o dover correre alla più vicina sede Inps, avrà uno stimolo in più per non chiamare il medico a domicilio. Questo sarebbe un altro dei vantaggi della certificazione on-line, anche se la sua positività è stata messa in discussione dai lati abbondantemente negativi introdotti dai “decreti Brunetta” e dalla normativa vigente, che entra pesantemente nell’atto medico della certificazione, parlando di “*dati clinici non diret-*

tamente constatati né oggettivamente documentati” e prevedendo ricadute disciplinari per il medico (non solo per il mmg), ben al di là delle norme e delle garanzie contrattuali che per il medico di medicina generale sono regolate dall’articolo 30 dell’Acn e alle quali si deve fare riferimento. Infine è utile ricordare che, nella Convenzione recentemente siglata, è sancito che a

proposito di certificazione on-line ogni onere organizzativo ed economico deve essere a carico della Regione, pena la non partenza del progetto.

Sono certo infine che i nostri referenti nazionali unitamente alla Fnomceo sapranno ben negoziare, in modo da rendere risolvere le criticità presenti nei decreti e nelle circolari applicative, e dunque questa modalità potrà divenire uno strumento in più che, se bene usato, migliorerà il lavoro dei medici.

**segretario generale provinciale Fimmg Palermo*

“
È estremamente raro
avere una ricusazione
per una errata
diagnosi,
mentre è più facile
assistere a “cambi”
decisi perché
“il dottore è troppo
preciso”

ATTUALITÀ

Ad un anno dal terremoto in Abruzzo

L'Aquila: la "normalità" è ancora lontana

■ ■ Le maggiori difficoltà le vive il capoluogo, dove la popolazione è ancora sparsa tra i nuovi insediamenti, gli alberghi sulla costa e le case in affitto a prezzi esorbitanti. Ma la rete dell'assistenza dei medici di famiglia è stata ricostituita fin dai primi giorni, anche grazie alla flessibilità delle forme associative molto sviluppate in quest'area

I giornali e le televisioni raccontano la ricostruzione, ma anche la tenace protesta "delle cariole", simbolo di chi non vuole abbandonare la sua città, bellissima e ferita. Ma qual è la situazione della sanità nella zona più colpita dal terremoto che un anno fa ha devastato il capoluogo abruzzese? "La situazione va migliorando ma è legata, per quanto riguarda l'assistenza primaria, alla distribuzione della popolazione,

che oggi è notevolmente diversa rispetto a quello che era prima del terremoto", dice Giuseppe Rossetti, segretario provinciale Fimmg de L'Aquila. Proprio questi inevitabili spostamenti di residenza avevano fatto temere conseguenze gravi per i medici di famiglia, che avrebbero potuto vedere sconvolti i propri bacini di utenza. Rossetti fa però una valutazione tranquillizzante: "I dati forniti dalla Asl e aggior-

nati allo scorso 31 dicembre indicano che l'esodo dei cittadini aquilani non è così imponente come ci si poteva aspettare. Ci sono soltanto 3.000-3.500 persone che hanno cambiato medico e riteniamo che questi numeri siano abbastanza definitivi, considerando che ad ottobre si sono riaperte le scuole". Se nei piccoli centri, almeno sotto il profilo della vicinanza tra medici e assistiti, la cosa è più semplice e la situazione è più vicina alla normalità, in città le cose sono più difficili, con molti ambulatori ancora ospitati nei container. Elemento positivo si sono rivelate le forme associative della medicina generale, che a L'Aquila erano già piuttosto sviluppate. "La presenza di medici in associazione – spiega Rossetti – è un vantaggio, perché non è necessario andare da una parte all'altra della città per raggiungere il proprio medico e dunque si riesce a garantire un servizio migliore tra la maggiore disponibilità e la più facile raggiungibilità". Certo non si possono tirare conclusioni semplicistiche, come sottolinea il segretario Fimmg de L'Aquila: "La normalità è ancora molto lontana nel tempo, perché tutto è legato alla ricostruzione della città e del suo centro storico, che rappresentano il vissuto dei suoi 60mila abitanti".

ATI

INTERVISTA A VITO ALBANO, EX PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI DE L'AQUILA

"Siamo zona disagiata, vittime anche degli sciacalli"

Dottor Albano, lei abitava e lavorava nel centro de L'Aquila. Qual è oggi la situazione?

Al di fuori dell'Abruzzo sembra che tutto sia stato risolto, ma le cose sono ancora molto difficili. Le nuove case lasceranno fuori 1.400 nuclei familiari, perché i conti non sono stati fatti bene. Non riusciamo a risistemare le case con piccole lesioni, non ripartono le attività economiche, non ripartono i servizi

E per quanto riguarda i medici?

La rete dell'assistenza della medicina di famiglia è stata ricostituita già nella prima set-

timana dopo il terremoto, nelle tendopoli, grazie anche ad una certa solerzia da parte della Asl.

Certo la normalità ancora non esiste: oggi la difficoltà in città sta soprattutto nel reperire i locali per lavorare, anche perché c'è stato un impressionante aumento dei prezzi di affitto, un vero e proprio sciacallaggio che vale per gli studi medici, ma anche per le sedi di tutte le attività produttive e per le abitazioni. Una situazione assurda.

La seconda difficoltà è nella dislocazione sparsa della popolazione: ci sono ancora circa mi-

gliaia di persone sulla costa e poi ci sono i nuovi insediamenti, con due grandi blocchi nella parte est e nella parte ovest della città. Questo significa che anche per noi il lavoro è più difficile: prima dobbiamo "ritrovare" le persone e poi i tempi degli spostamenti per le visite sono diventati lunghissimi. **Non ci sono stati interventi che riconoscano ai medici queste difficoltà?**

Da un anno circa stiamo cercando di farci riconoscere la "zona disagiata", ma la Regione è bloccata anche in ragione del Piano di rientro. Per questo stiamo cercando di portare

avanti un discorso a livello nazionale, anche con il sostegno della Fimmg, visto che, ad esempio, ai rappresentanti delle forze dell'ordine è stato riconosciuta la condizione di zona disagiata, addirittura con retroattività al 6 aprile 2009.

Avevamo dato anche la disponibilità a spostarci per uno o due giorni a settimana sulla costa, ma nessuno ci ha risposto. **Ci sono stati cambiamenti nel quadro epidemiologico?**

Nel complesso no. L'unica variazione è stato un aumento delle enterocoliti la scorsa estate, anche per la convivenza nelle tendopoli.

Intervista a Pasquale Paolillo, coordinatore nazionale Settore Fimmg Amapi

Fare il medico in carcere è una passione

■ Dal 2008, con un Dpcm, sono state trasferite al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte in precedenza direttamente dal Ministero della giustizia. Il passaggio, che aveva suscitato molte speranze negli operatori, si è rivelato invece molto difficile. Anche per questo l'associazione che riunisce i medici che operano nelle carceri ha deciso di entrare nella Fimmg, aprendo uno specifico settore

Dottor Paolillo, perché avete deciso di creare un settore dedicato alla medicina penitenziaria all'interno della Fimmg?

Con il passaggio della medicina penitenziaria nel Ssn, Amapi (Associazione medici amministrazione penitenziaria italiana) aveva cessato la sua spinta propulsiva. Era necessario invece avere forza a livello nazionale e soprattutto regionale. Dunque Fimmg era il nostro sbocco naturale.

Perché sottolinea la dimensione regionale? Non esiste un contratto nazionale di inquadramento?

Fermo restando l'inquadramento e dunque il contratto nazionale, previsto anche nel Dpcm del 1° aprile 2008, ogni Regione ha poi fatto delibere proprie, cosa che oggi rende quasi impossibile una gestione a livello centrale. E que-

sto purtroppo rischia di spezzettare tutto il sistema sanitario penitenziario.

La situazione di emergenza in cui si trovano le carceri italiane è arrivata anche sulle prime pagine dei giornali. Quali sono le ricadute in ambito sanitario?

È chiaro che se in una cella, costruita per ospitare una o due persone, devono vivere in quattro questo produce problemi anche per la salute. Il sovraffollamento in questo periodo la fa da padrone: questo impedisce di fare qualsiasi tipo di prevenzione e rende molto difficile trovare spazi per le persone ammalate, anche per al cronica carenza di personale sanitario.

Qual è la situazione dell'organico?

Dal 1996 c'è stata una costante riduzione del budget sanitario degli istituti penitenziari e questo ha fatto sì che non sia

stato possibile adeguare l'organico. Noi speravamo che questa situazione potesse cambiare con il Dpcm, con l'inserimento nel Ssn. Ma ciò non è avvenuto. **Nell'immediato cosa vi proponete?**

Il primo obiettivo è la tutela della salute dei detenuti, e ci auguriamo che i politici capiscano il problema e investano più risorse in questo settore. Ci auguriamo, insomma, che possa avvenire ciò che è già successo in Regioni illuminate come la Toscana, l'Emilia Romagna e, in alcuni casi, in Lombardia, ma ci sono ritardi incomprensibili in Calabria in Campania, in Sicilia...

Mi faccia capire meglio.

La Sicilia, che è Regione a Statuto speciale, non ha ancora "registrato" il passaggio della sanità penitenziaria nel Ssr. Questo vuol dire ad esempio che i farmaci sono ancora in carico al servizio interno al carcere, in grave crisi di risorse, perché non vengono acquistati dalla Regione. E in Calabria si pensa di operare con gli specialisti ambulatoriali in convenzione, con costi assai più elevati.

Altri obiettivi?

Ci auguriamo, anche con il sostegno di Fimmg, di poter inserire nel prossimo Accordo nazionale una complessiva riorganizzazione del servizio, anche per avere nuova energia e nuove motivazioni a lavorare nel carcere.

Perché un medico lavora nelle carceri?

Forse si comincia per caso, cercando un lavoro. Ma poi ci si appassiona, perché è un modo speciale di fare medicina, con un colloquio particolarmente intenso con le persone detenute. Certamente non è il riconoscimento economico a spingere la gran parte dei medici che lavorano in carcere: è una passione. **PTT**

FORTE PREOCCUPAZIONE DI FIMMG AMAPI PER LA SALUTE NELLE CARCERI

■ Lo scorso mese si è tenuta a Roma una riunione nazionale dei segretari regionali di Fimmg Amapi, coordinata dal segretario nazionale Pasquale Paolillo e con la partecipazione del presidente nazionale Fimmg Mario Stella. Tutti gli interventi hanno evidenziato forte preoccupazione per le gravi condizioni occupazionali e professionali, determinate soprattutto dai ritardi e dall'indifferenza delle istituzioni responsabili (Regioni ed Asl) nell'applicazione del Dpcm che ha sancito il trasferimento dei rapporti di la-

voro del personale sanitario degli istituti penitenziari, mettendo anche in discussione anche le garanzie previste nella normativa di riordino della medicina penitenziaria. "La situazione - si legge in un comunicato diffuso al termine della riunione - è aggravata dalla indisponibilità per le Aziende dei fondi previsti per il 2009 e di conseguenza del 2010 e ciò, congiuntamente con lo stato di crisi in cui versa la sanità nel Paese, determina forte preoccupazione anche per la conservazione del posto di lavoro". La posizione di

Fimmg Amapi è chiara: una medicina penitenziaria bene incardinata nelle cure territoriali può rappresentare una garanzia di funzionalità per i vari servizi sanitari che operano nel territorio, dimostrando una volta di più l'impegno costante per l'erogazione delle prestazioni di medicina generale e specialistica all'interno delle carceri; ma ciò non può prescindere da una coerente organizzazione dei servizi che non deve mortificare i livelli occupazionali e l'esperienza acquisita dai medici penitenziari.

Chi punisce il mmg che si fa pagare?

di Federico Torregiani*

■ Vorrei conoscere il parere del vostro esperto legale sulla seguente questione. La Asl viene a conoscenza, su segnalazione di un assistito, che il suo medico, convenzionato con la medicina generale, ha chiesto ed ottenuto un compenso per una prestazione che era prevista in convenzione e per la quale non doveva pagare. Quale deve essere l'iter che la Asl deve seguire: quello scritto in convenzione oppure denunciare il medico alla Procura della Repubblica? E perchè?

Giuseppe Schirosa

La Asl, che su segnalazione di un assistito viene a conoscenza che il suo medico di assistenza primaria ha chiesto ed ottenuto un compenso per una prestazione che era prevista come gratuita dall'Acn, è tenuta a comunicare il fatto alla Procura della Repubblica competente per territorio, poiché si configura il reato di abuso d'ufficio, che è un reato a procedura d'ufficio. Qualora non lo facesse, il funzionario pubblico responsabile della mancata comunicazione potrebbe incorrere a sua volta nel reato di omissione

di atti d'ufficio e come tale essere sottoposto ad indagine da parte della Procura stessa. La maggior parte dei casi di abuso d'ufficio interessanti i medici di medicina generale riguardano richieste di pagamento per visite domiciliari oppure, molto più raramente, richieste di denaro per la compilazione di denunce (per es. la denuncia delle cause di morte Istat) o certificazioni che l'Acn prevede come gratuite (per es. i certificati di malattia per i lavoratori dipendenti). Di solito tali segnalazioni vengono effettuate solo dopo dichiara-

zione scritta e firmata dal singolo cittadino, non potendosi prendere in considerazione lettere anonime o comunicazioni esclusivamente orali del fatto. Contestualmente alla segnalazione, la Asl apre un procedimento disciplinare nei confronti del medico accusato, ma subito lo sospende in attesa delle decisioni della Magistratura.

È vero infatti che l'Acn attualmente in vigore prevede all'art. 30 una specifica serie di procedure nei confronti del medico reo di violazione delle norme in esso contenute, tra le quali quella di cui stiamo parlando assume particolare gravità e può essere punita anche con la revoca del rapporto convenzionale (art. 30, comma 7, lettera c: "revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali").

Ma è altrettanto vero che la violazione oggetto del quesito, appositamente prevista dall'art. 19, comma 2, lettera a ("l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso") deve comunque essere "accertata", e pertanto la Asl attende di solito gli sviluppi del procedimento penale innescato nei confronti del medico stesso per il reato di cui è accusato.

*consulente nazionale Fimmg
Settore Assistenza Primaria

Donneinrete.net

■ In Italia vivono quasi 2 milioni di donne straniere, ma non sempre la condivisione di spazi si traduce in integrazione e pari opportunità, anche rispetto alla salute. Lo sottolinea l'Associazione Donneinrete.net ricordando come, dai dati curati dal ministero della Salute e dall'Istat, emerga che meno del 50% delle donne straniere si sottopone agli screening per la prevenzione dei tumori femminili, contro il 70% delle italiane. Resta invece elevato il ricorso all'aborto, con tassi 3-4 volte maggiori delle italiane. Tra le straniere risulta in particola-

re scarso l'utilizzo di metodi contraccettivi e la conoscenza della fisiologia della riproduzione. Da un'indagine coordinata dall'Iss in collaborazione con l'Asp Lazio nel 2004, infatti, emerge che la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente. La pillola risulta essere il metodo contraccettivo più conosciuto dalle donne straniere (77%), in modo particolare da quelle provenienti dall'Africa e dal Sud America. Il preservativo (67%) è conosciuto soprattutto dalle

donne cinesi e nigeriane, mentre il coito interrotto (54%) è stato riportato dalla quasi totalità delle donne dell'Est Europa. Circa la metà delle donne è a conoscenza della spirale e del metodo Ogino Knaus, o "calendario". Da notare, però, come tra coloro che citano il calendario, molte (40%) non siano in grado di individuare correttamente il periodo in cui la donna può rimanere incinta. Scarsa, inoltre, l'adesione ai programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili: ricorre al pap-test solo il 51,6% e la media scende al

42,9% per la mammografia. Quando si parla di italiane, la media è di oltre il 70% (il 71,8% per il pap test e 73,1% per la mammografia). "La popolazione straniera è una risorsa per il nostro Paese, ma anche il nostro Paese deve essere una risorsa per gli stranieri. In questo senso - ha detto Rosaria Iardino, presidente di Donneinrete.net presentando questi dati a Milano in occasione dell'8 marzo - la salute è una componente fondamentale. È un diritto, ma è molto di più. È un'occasione di integrazione, sviluppo ed emancipazione".

Il regalo

(seconda parte)

di Francesco Fanzaga

Davanti al bancomat una donna trafficava con la tastiera, mentre parlava concitata al telefonino in una lingua incomprensibile, altri in coda facevano altrettanto. Si avvicinò, come faceva sempre quando passava di lì, alla vetrina della vecchia cartoleria, dove si fermava sempre volentieri a parlare col Brambilla e dove aveva conosciuto la sua Mariuccia che chiedeva i fogli di protocollo a righe e il destino, un po' a corto di fantasia, gli aveva offerto l'occasione più classica, quella dell'ombrello, per accompagnarla a casa. Il Brambilla adesso parlava da solo dimenticato in una stanza della casa di riposo e la sua cartoleria era stata riciclata come "Ciak pizza", da asporto, perché non c'era spazio neanche per un tavolino. Continuò a camminare nella nebbia: assicurazioni generali, parziali, per me, per te, per tutti i gusti, altre case in vendita, internet point, sala giochi, un'altra banca e dall'altra parte della strada il bar del Celso. Non c'era un etto di prosciutto o una bistecca in vendita nel raggio di un chilometro, pensò.

Davanti al portone della chiesa si fermò per attraversare ma il grido di una sirena lo inchiodò con un piede sulle strisce e l'altro sul marciapiedi. Anche con tutta la buona volontà e l'altruismo che il Natale riporta a galla rimescolando i cuori di alcuni umani, più di così sembrava proprio che le macchine non si potessero stringere per far passare l'ambulanza. Ma non per l'Amedeo, vigile dichiaratamente agnostico ma pieno di risorse che a colpi di fischietto e di esperienza riuscì a crearle un varco. Il suono della sirena ormai vicinissimo non riuscì a coprire il lamento delle so-

sensioni alla ricaduta dopo il dissuasore di velocità. Si strinse nelle spalle e simulò una smorfia di dolore come se nell'ambulanza ci fosse sdraiato lui con la vescica piena e qualche osso rotto. Fece istintivamente un salto indietro sul marciapiedi come quando, da bambino, giocava a "rialzo" ma urtò contro una piccola folla che stava andando a Messa e si era fermata dietro di lui per curiosare.

Col pensiero ancora all'ambulanza si lasciò trasportare fin dentro la chiesa. Si guardò attorno sorpreso di essere lì. Erano anni che non entrava in quella chiesa, la "sua chiesa", quella dove era stato battezzato e che aveva frequentato, fino a quando, appena passata l'adolescenza, se ne era pian piano allontanato, per poi staccarsi del tutto perché, se la fede è un dono, gli spiaceva, ma lui lo stava ancora aspettando. La chiesa era quasi piena. L'odore di incenso che gli era sempre piaciuto e che nella sua testa era sempre rimasto associato alle cose di Dio e le note solenni dell'organo che gli vibrarono nella pancia, lo convinsero a fermarsi. Si stupì un po' che l'atmosfera magica della liturgia sacra lo seducesse ancora. Era la stessa sensazione che aveva provato da bambino e che per un certo periodo l'aveva illuso che quella avrebbe anche potuto essere la sua strada. Poi erano arrivate le ragazze e i filosofi a roscchiare un terreno che era stato fino ad allora dominio incontrastato di Dio e poi via via tutto il resto.

Tutto, a parte un inaspettato e piacevole tepore, era rimasto tale e quale se lo ricordava e la chiesa non si era nemmeno rimpicciolita nel tempo come gli capitava coi luoghi che aveva frequenta-

to da bambino e che rivedeva dopo anni. Tra quelle mura, considerò che in fondo non si era trovato male, come del resto in tutti i luoghi dove intelletto e passione si uniscono per uscirne trionfanti. "Poi al di là di come uno la pensa qui dentro si può sempre stare in pace e almeno nessuno cerca di venderti niente, ... vita eterna a parte si capisce, e se non altro si sentono anche poche suonerie" pensò, mentre si sistemava in fondo a sinistra, nell'angolo meno illuminato. A destra, ricordò che da ragazzo guardava spesso ma non ci era mai andato, perché era la parte destinata alle femmine. Anche se adesso a quanto vedeva, non era più così. Figurarsi che lui se la ricordava ancora in latino la Messa, "In illo tempore..." cominciava spesso il Vangelo. "C'era una volta...", come le favole. E forse la sua passione per quella lingua era nata proprio lì, quando si era messo in testa di fare il chierichetto e gli avevano dato quel libriccino da imparare a memoria in quella lingua misteriosa ma che gli era subito sembrata proprio adatta per pregare. La sua Mariuccia invece a Messa ci andava tutte le volte che poteva, perché, anche se non sempre era d'accordo con la Chiesa e col comportamento dei suoi fedeli che in parecchi si ostinavano a rinnegare il lunedì quello che avevano sottoscritto la domenica, su Dio non aveva dubbi. "Al di là di tutto - diceva - una fede ti aiuta sempre e in ogni caso non può certo farti male: i ricchi non hanno bisogno di Dio, i poveri sì". E siccome era cresciuta in caserma, era convinta che è sempre meglio avere delle regole da seguire, anche se non si ha la certezza che siano quelle giuste, piuttosto che non averne affatto. Per nulla al mondo sarebbe mancata alla Messa di mezzanotte. Certo che anche Dio però era un bel tipo. Infatti, se ci teneva tanto a lui, come gli ripetevano sempre i preti, cosa gli costava farsi sentire una volta in modo chiaro, quando da bambino si metteva d'impegno e stava lì "raccolto" ad aspettare solo quello. Niente, a lui non era mai successo. Qualche volta sì, quando si era impuntato, perché non gli andava giù che a lui non avesse mai niente da dire, aveva sentito qualcosa ma si era subito reso conto che era la sua mente a fare l'imitazione di Dio. E poi non è che si sentisse così colpevole come i preti avrebbero voluto per come erano andate le cose a Suo Figlio.

Un pochino forse sì, a furia di insistere, ma lui in fondo non era neanche nato e se fosse dipeso da lui, figurarsi, avrebbe liberato anche i due ladroni sulla parola, e poi non gli sembrava giusto che, per un errore commesso non si sa neanche bene quando, si continuasse tutti a pagare, anche se, doveva ammetterlo, fosse toccato a lui vedersela con il serpente, probabilmente le cose sarebbero andate allo stesso modo. E quando si andava a confessare, aveva sempre quei tre peccati da dire che al massimo si meritavano la solita avemaria cadauno e non gli sembrava proprio il caso che qualcuno fosse messo in croce per così poco. Ma, a parte queste e altre piccole ingenuità infantili, a quell'età l'atmosfera che si respirava in chiesa gli piaceva proprio. Mentre guardava senza vederla la gente che entrava e gli passava davanti, gli sembrava, in un ripasso veloce della sua vita, che niente avesse più eguagliato quella piacevole vertigine che gli aveva dato la religione. I Santi lo fissavano dalle pareti e dai loro piedistalli e, anche se in modo diverso, sentiva di provare ancora ammirazione per loro che in vita almeno in una cosa erano stati grandi. Entrò il dottor Ravizza con la famiglia e l'indugiare su di lui dei loro sguardi visibilmente meravigliati, lo riportò alla realtà ma lo rifece sentire un intruso. Erano stati compagni di scuola al liceo, ma mai veri amici. Anzi, non c'era mai stato niente che li accomunasse e su niente sembravano pensarla allo stesso modo. Poi la vita li aveva divisi del tutto.

(La prima parte del racconto è stata pubblicata sul n.2/10 di Avvenire Medico)

L'AUTORE

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

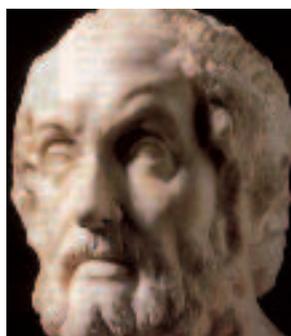
Fanzaga ha offerto ad *Avvenire Medico* questo suo racconto lungo inedito, che pubblicheremo a puntate sui prossimi numeri.

Sine ira et studio

Omero parla reggino?

L'Odissea è la prima grande opera della letteratura reggina. Secoli di discussioni che hanno appassionato i cultori della civiltà ellenica sembrano aver trovato, finalmente, un punto fermo. "Chi sia l'autore dell'Odissea, non si sa. Ma è certo che l'opera sia stata scritta dai coloni greci calcidesi della città di Reggio nell'VIII secolo a.C."

"L'idea che Omero sia l'autore sia dell'Iliade che dell'Odissea si è ormai completamente dissolta. Oggi si può ancora attribuire a lui la composizione dell'Iliade, mentre lo Pseudo-Omero, come propongo di chiamarlo, è lo scrittore dell'Odissea, che definisco Calcidese".



"Nell'Iliade il paesaggio e l'animo del compositore propendono per una vicenda di guerra terrestre, un mondo di violenze ed ira; mentre l'Odissea è tutt'altro, anche se si potrebbe considerare una sua continuazione. In questo caso il paesaggio è il mare, l'arcipelago, lo Stretto di Messina, la Sicilia. È il trionfo della fantasia, del mito, di un uomo, l'eroe Ulisse, il cui nostos, il ritorno, è il movente di tutta l'azione. L'Odissea significa la scoperta del mare d'Occidente, ignoto ai Greci, abitato da barbari e da mostri,

affascinante proprio perché sconosciuto. Ed allora ecco perché è possibile formulare l'ipotesi che l'Odissea sia nata proprio tra i Greci che hanno colonizzato l'Occidente". Due sono i pilastri che sostengono questa tesi: uno razionale e l'altro di documentazione. "Cosa si poteva sapere, per esempio, dello Stretto di Messina e delle sue correnti, note solo a chi vi ha navigato, se si viveva così lontano da quei luoghi?". "Che necessità c'era di inventarsi avventure in territori sconosciuti, quando il mar Nero, senz'altro più noto, offriva facilmente simili scenari, per la composizione di un'Odissea che io definisco 'turca'?". Tra l'altro, che i coloni calcidesi fossero in grado di comporre versi di un certo spessore è dimostrato dalla Coppa di Nestore, un vaso di terracotta con versi incisi, risalente all'VIII secolo a.C. ritrovato nell'isola d'Ischia. "Ma soprattutto proprio a Reggio, nel VI secolo a.C., ha avuto origine la filologia con Teagene, l'iniziatore degli studi omerici. Come spiegare l'attività di una figura simile senza che Reggio sia stata la sede dell'elaborazione e della scrittura dell'Odissea, la cui presenza altrimenti sarebbe ridotta ad un evento incomprensibile ed improvviso?". Le coincidenze non si limitano a queste. "Anche San Girolamo, che nel IV secolo a.C. fece sosta a Reggio, narra del racconto di antiche favole greche, come quella di Scilla e del suo latrare, in parte utilizzate nell'Odissea. Oppure, il ricordo dell'isola di Eubea, da dove provenivano i coloni calcidesi, col rimpianto quasi di una patria lontana, ormai perduta. Ed ancora si potrebbe ipotizzare che la descrizione della reggia di Alcinoos sia stata ispirata dal fenomeno della Fata Morgana. Insomma, troppe congruenze per poter essere casuali". Una recente ricerca di un'università messicana, applicando criteri matematici al greco antico ed analizzando l'Odissea al computer, ha ipotizzato, tra l'altro, che più poeti avrebbero contribuito alla sua stesura. "Lo escludo assolutamente. Non è pensabile che un'opera così vasta sia stata tramandata oralmente, né scritta a più mani, senza la presenza di contraddizioni. Potrebbero eventualmente esserci stati rifacimenti tardivi, ma ciò che è interessante è il 'corpo' dell'opera".

A cura di Bruno Cristiano

I contenuti del nuovo accordo regionale siglato alla vigilia delle elezioni

Puglia: sistema informativo e qualità

I rappresentanti dei medici di famiglia pugliesi e la Regione Puglia hanno condiviso la necessità di utilizzare la rete informatica dei medici di famiglia per valutare la qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria.

Tale determinazione è stata recepita nel nuovo Accordo Regionale per la Medicina Generale sottoscritto il 12 febbraio 2010 dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute Tommaso Fiore e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria. Per raggiungere questo obiettivo è stata condivisa la necessità di standardizzare la gestione informatica della cartella clinica del medico di famiglia. In questa maniera si potrà collegare ogni singola richiesta di assistenza avanzata dai cittadini ad una patologia inclusa in un elenco di malattie, validato dalle società scientifiche e dalle Autorità Sanitarie.

Ciò consentirà di ottenere, dai dati base dei medici di famiglia, dati omogenei, paragonabili e raffrontabili, che potranno essere utilizzati per l'analisi e la verifica dello stato di salute della popolazione assistita.

Sarà così possibile conoscere la reale diffusione di patologie largamente diffuse sul nostro territorio, come ipertensione arteriosa e diabete mellito, misurando la prevalenza di queste patologie sia nei piccoli comuni che su tutto il territorio provinciale e regionale. Ogni medico, a sua volta, potrà confrontare le proprie performance professionali con quelle degli altri colleghi. Inoltre, potrà valutare il controllo ottimale di patologie come il diabete in ogni singolo paziente, misurando specifici indicatori di esito.

Tutti questi dati saranno utilizzati a livello regionale per la programmazione dell'assistenza sanitaria e dai medi-

ci di famiglia responsabili degli uffici aziendali e distrettuali per avviare percorsi virtuosi di audit-confronto tra medici. "È una svolta epocale per la medicina generale pugliese che, dopo aver raggiunto risultati rilevanti nella organizzazione della complessità della cure primarie, si avvia ora su percorsi tesi a ricercare e consolidare una assistenza di qualità", ha commentato Filippo Anelli, segretario generale della Fimmg Puglia, subito dopo la firma di questo storico accordo.

I medici di famiglia che operano in Puglia in forma associata, infatti, sono pari a 2.412 su un totale di 3.319 medici di medicina generale, ossia il 73% dei generalisti. I pugliesi che usufruiscono di tale modalità assistenziale ammon-

tano a 2.850.000 cittadini e rappresentano l'83% della popolazione assistibile, con età superiore a 14 anni.

L'attività associativa può essere svolta in due modalità distinte: gruppo o rete. La prima prevede che i medici aderenti svolgano la loro attività insieme, in una sede unica, mentre nella modalità in rete i medici, pur continuando ad operare nei loro singoli ambulatori, sono collegati tra loro attraverso una rete informatica al fine di condividere tutte le informazioni necessarie ai fini assistenziali.

Nella regione, i medici che operano nelle associazioni di gruppo sono 960 ed assistono una popolazione pari a 1.158.870 cittadini; mentre i medici che svolgono la loro attività nelle associazioni di rete sono 1001 ed assistono 1.163.590 cittadini.

Le attività di segreteria e quelle infermieristiche svolte in queste forme associative sono assicurate da circa 2.000 addetti, assunti a tempo indeterminato dai medici di famiglia.

Il nuovo accordo regionale prevede un ulteriore ampliamento delle figure professionali da inserire negli studi associati dei medici di famiglia, come le ostetriche, i terapisti della riabilitazione e gli assistenti sanitari. Il Governo Regionale ha condiviso con i medici di famiglia il sistema di autogoverno del-

LA QUALITÀ IN MEDICINA GENERALE

Riproduciamo il testo dell'art. 59 dell'Air siglato in Puglia (Progetto di miglioramento della qualità in medicina generale: standardizzazione delle modalità di gestione della cartella clinica informatizzata).

Fermo restando quanto stabilito dall'art. 59 bis dell'Acn, al fine di avviare il processo di miglioramento della qualità, il medico di medicina generale deve impostare la propria attività orientandola per problemi.

I medici di medicina generale adeguano la loro modalità di gestione della cartella clinica informatizzata a quanto previsto dal comma precedente entro dodici mesi dalla pubblicazione del presente accordo.

Per tale attività è riconosciuto al medico di medicina generale un compenso pari a € 1,17 /assistito/anno. In fase di prima applicazione le attività di cui al presente articolo sono limitate ai problemi "ipertensione arteriosa" e/o "diabete mellito". Il CPR avrà cura di provvedere alla definizione di nuovi modelli. Il medico invia co-

municazione al proprio Distretto notificando la data di inizio di tale attività.

L'obiettivo da raggiungere è la gestione della cartella clinica per problemi riferita al 90% dei propri pazienti con esenzione ticket per ipertensione e diabete mellito alla data di adesione al progetto.

I medici di medicina generale inviano ogni quattro mesi al Distretto per ogni paziente catalogato all'interno della cartella clinica con il problema "ipertensione arteriosa" e "diabete mellito" un report per ciascuna patologia in formato tipo Excel contenente i seguenti dati:

- Anno di nascita
- Sesso
- La presenza di esenzione Ticket
- L'ultimo valore di PA sistolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di PA diastolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di BMI registrato in cartella negli ultimi tre mesi

Nel report deve essere indicato il numero com-

la categoria, basato sulla istituzione di uffici aziendali e distrettuali delle cure primarie la cui responsabilità è stata affidata, ai sensi delle leggi regionali 25/06 e 26/06, a medici di famiglia. Con l'accordo è stata individuata la figura del referente regionale per la medicina generale con il compito di coordinare proprio gli uffici aziendali.

“È una scelta importante quella di affidare agli stessi medici di famiglia il coordinamento dei progetti assistenziali al fine di assicurare la qualità delle cure ai cittadini, attraverso l'analisi dei dati e sulla base degli indicatori inviati e raccolti dagli stessi medici di famiglia”, ha dichiarato Anelli sottolineando che “ciò consentirà ad ogni medico di individuare i soggetti a rischio, scompensati o che non rispondono alle cure somministrate, mettendo in atto tutte quelle strategie al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini”.

Al fine di favorire il miglior utilizzo del mezzo informatico a fini assistenziali, il nuovo accordo prevede la individuazione di tutor, medici di medicina generale particolarmente esperti nell'uso dello strumento informatico, che dovranno mettere in atto un percorso formativo e didattico nei confronti dei medici di famiglia, favorendo così la massima adesione ai progetti di tutela della salute. **ATI**

plativo dei pazienti in carico, desumibile dal numero degli assistibili indicati nell'ultima busta paga; (...)

Per assistito in carico si intende tutti i pazienti iscritti al medico e non già solo quelli affetti da ipertensione e/o Diabete mellito.

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP che li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il monitoraggio relativo al raggiungimento dell'obiettivo previsto deve essere effettuata al termine dei tre quadrimestri dal responsabile dell'UACP.

Il report relativo al monitoraggio effettuato viene inviato all'azienda per i gli adempimenti di competenza. Il compenso di € 1,17/assistito/anno di cui innanzi è riconosciuto, dalla data di adesione, esclusivamente ai medici che hanno inviato i dati. Le Asl liquidano il compenso con le competenze del mese successivo a quello del monitoraggio che attesta il raggiungimento dell'obiettivo.

BREVI NEWS

Caudo presidente dell'Ordine di Messina

Giacomo Caudo, presidente regionale Fimmg Sicilia, è stato nominato presidente dell'Ordine dei medici di Messina “Tutti noi – si legge nel messaggio inviatogli dall'Esecutivo nazionale della Fimmg – nell'augurargli un sentito buon lavoro, siamo certi che continuerà ad operare sulla scia del nostro Nunzio Romeo per il bene della comunità e della medicina tutta”.

FERMO

Una nuova sezione provinciale della Fimmg

Il 4 febbraio scorso si è riunita a Fermo l'Assemblea Provinciale Generale per eleggere il Consiglio Direttivo Provinciale e procedere alla costituzione della Sezione Fimmg della nuova Provincia di Fermo. Il nuovo organismo dirigente comprende:

Paolo Misericordia, segretario provinciale; **Noemi Raffaelli** e **Silvia Sebastiani**, vice segretari; **Ezio Montevidoni**, tesoriere; **Enrico Giacomozzi**, **Vincenzo Landro**, **Dedalo Maurizi**, **Giovanni Olimpì**, **Sergio Teodori**, consiglieri.

PESCARA

Nuovo Consiglio Direttivo

Il 19 febbraio scorso si è costituito il Consiglio Direttivo della Fimmg di Pescara che risulta così composto: **Ezio Fala-**

sca, segretario provinciale; **Carlo Carunchio**, vicesegretario provinciale; **Guido Di Felice**, tesoriere; **Stefania Plessi**, segretario organizzativo; **Sandro Damiani**, addetto relazioni esterne; **Giancarlo D'Innocente**, esperto problematiche previdenziali; consiglieri: **Damiano Volpone**, **Leone Trono**, **Sandro Campanelli** (segretario provinciale CA).

Il Collegio dei Probiviri è composto da **Guido Cerolini Forlini** (presidente), **Ruggero Di Tizio**, **Pamela Di Peco**. Revisori Dei Conti saranno **Marco Di Clemente** (presidente), **Attilio Cicchetti** e **Vincenzina Fratelli**. Comunicando l'avvenuto reinsediamento **Ezio Falasca** ha voluto ringraziare il professor **Michele Olivetti** “per la disponibilità, la dedizione e l'alta competenza dimostrate nella conduzione della Sezione durante il periodo di vacatio”, nonché **Massimo Fabri** “per il sostegno tecnico e la cortesia con cui ci ha aiutato a superare i problemi tecnico-burocratici del periodo di transizione”.

MODENA

Nuovo Esecutivo Provinciale

Il 17 Marzo scorso il Direttivo Provinciale della Fimmg - Modena ha eletto il Consiglio Esecutivo per il prossimo quadriennio 2010/14, che risulta così composto:

Dante Cintori, segretario provinciale; **Giuseppe Gaglianò**, vicesegretario provinciale vicario; **Gaetano Feltri**, vicesegretario provinciale; **Nunzio Borelli**, segretario organizzativo provinciale; **Fernando Pieralisi**, tesoriere provinciale.



 **Millewin**
con il medico, sempre

 **MilleGPG**
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

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
www.millegpg.it

numero verde 800 949 502

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE

Gli inserti di Avvenire Medico

Acn biennio economico 2008-2009

**TUTTO QUELLO CHE VORRESTI
SAPERE SULLA PARTE ECONOMICA
E NON HAI OSATO CHIEDERE**

a cura di Silvestro Scotti

Nell'ambito di un rinnovo contrattuale, la parte economica appare alla prima valutazione quella di maggiore interesse pratico per il risultato che determina sul reddito del singolo professionista. Ma solo un'approfondita valutazione delle scelte strategiche, alla base dell'allocazione delle risorse nell'ambito delle varie voci del compenso, permette la comprensione del significato e del valore che queste scelte hanno per l'intera categoria. Il paniere economico utile al rinnovo dell'Acn per la Medicina Generale, per equiparazione al pubblico impiego, è collegato a valori fissi che sono espressi attraverso il prodotto tra la massa salariale di riferimento (nel caso del presente Acn quella del 2007) e il T.I.P. (Tasso d'Inflazione Programmata) per gli anni 2008 e 2009. Appare evidente che in presenza di fenomeni caratterizzati da automatismi percentuali, che incidano in maniera diretta sulle singole voci del compenso, il risultato complessivo non può che essere limi-

tato al valore percentuale espresso dal T.I.P. (ricordiamo che si tratta di un indice convenzionale riferito alla legge finanziaria e non un diritto economico di compensazione dell'inflazione). L'azione del Sindacato pertanto va espressa nell'allocare in maniera differenziale il paniere rispetto alle singole voci di compenso in un processo collegabile a un obiettivo complessivo, la ristrutturazione del compenso, che permetta a medio periodo un maggiore rendimento in termini percentuali circa l'intera massa salariale della categoria. Il processo iniziato con i due ultimi rinnovi nell'ambito della parte economica tende proprio a qualificare e sostenere la parte fissa del compenso, rafforzando l'immagine e la consistenza di quello che dovrà costituire la parte di compenso professionale nel processo di ristrutturazione caratterizzato dalla sua separazione dal compenso derivante per i fattori produttivi utili alla professione.

TUTTO QUELLO CHE VORRESTI SAPERE SULLA PARTE ECONOMICA E NON HAI OSATO CHIEDERE

PARTE ECONOMICA

QUOTA NAZIONALE ASSISTENZA PRIMARIA

2% (70.687.636 € al netto di 7.333.842 € già ridotti dalla massa salariale totale di 78.021.479 € per contributi previdenziali) su quota A di cui:

- 85,15% (60.191.700 €) destinato ai pazienti >= 75 anni (incremento ulteriore di 10,8 €/assistito/anno);
- 14,85% (10.495.936 €) in fondo di ponderazione per malati cronici pari a 0,2 €/assistito/anno da suddividere per definire quota incremento assistito/patologia/anno a livello regionale dopo decisione di una o più patologie di cui all'art. 3, in caso di mancata decisione sulla patologia il fondo viene attribuito come ulteriore aumento

to della quota destinata ai pazienti >= 75 anni (incremento ulteriore di circa 1,89 €/assistito/anno).

QUOTA REGIONALE ASSISTENZA PRIMARIA

1,2% (47.001.996 € al lordo di contributi previdenziali, assicurativi) in fondo di ponderazione per AIR pari a 0,89 €/assistito/anno che al netto di contributi previdenziali è pari a 0,81 €/assistito/anno.

QUOTA AGGIUNTIVA REGIONALE ASSISTENZA PRIMARIA

0,8% (31.334.664 € al lordo di contributi previdenziali, assicurativi) in fondo di ponderazione per AIR pari a 0,60 €/assistito/anno, da discutere ai sensi della Dichiarazione a Verba-

le Sisac dopo aver esperito tutte le procedure di deliberazione del relativo Atto di Indirizzo, come da comunicazione del Comitato di Settore del Comparto Sanità – Conferenza Stato Regioni.

ARTICOLO 6

Consistenza per l'Assistenza Primaria dell'art. 6 comma 2 (10% dell'1,2% destinato a quota regionale):

- 0,12% (4.700.199,6 € al lordo di contributi previdenziali, assicurativi) in fondo di ponderazione per AIR pari a 0,09 €/assistito/anno, che al netto dei contributi previdenziali e assicurativi, è pari a 0,08 €/assistito/anno.
- Tale fondo in caso di mancato accordo è regolato dalla dichiarazione a verbale della parte regionale del nuovo Acn.

CONSISTENZA ECONOMICA TOTALE RINNOVO BIENNIO 2008-2009

Medicina generale (Stime al 31/12/2007)	Totale arretrati anno 2008	Totale arretrati anno 2009	Totale anno 2010	Valore totale rinnovo 2008↔2010	Valore totale previdenziale al 31/12/2010
Assistenza primaria	€ 15.667.332	€ 129.065.331	€ 109.671.324	€ 254.403.987	€ 41.976.657
Continuità assistenziale	€ 2.121.412	€ 14.849.884	€ 17.514.024	€ 34.485.320	€ 5.690.077
Medicina dei servizi	€ 119.488	€ 836.416	€ 948.627	€ 1.904.531	€ 314.247
Emergenza sanitaria territoriale	€ 656.968	€ 4.598.776	€ 5.254.334	€ 10.510.078	€ 1.734.162
Totale generale	€ 18.565.200	€ 129.956.400	€ 148.193.141	€ 296.714.741	€ 48.957.932

TUTTO QUELLO CHE VORRESTI SAPERE SULLA PARTE ECONOMICA E NON HAI OSATO CHIEDERE

INCREMENTI 2010 ARRETRATI 2008-2009 ASSISTENZA PRIMARIA

Incrementi Assistenza Primaria	1 gennaio 2010	Acn vigente	Incremento nuovo Acn
quota capitaria base	€40,05	€40,05	€0,00
compenso aggiuntivo => 75 anni	€31,09	€20,29	€10,80
compenso aggiuntivo 6<=>14 anni	€18,95	€18,95	€0,00
Arretrati Assistenza Primaria da erogare entro tre mesi dall'entrata in vigore Acn	Arretrati 2008		Arretrati 2009
scelte	€0,27/assistito	scelte	€2,17/assistito
1500 scelte	€405,00	1500 scelte	€3.255,00
1113 scelte	€300,51	1113 scelte	€2.415,21
1000 scelte	€270,00	1000 scelte	€2.170,00
650 scelte	€175,50	650 scelte	€1.410,50

ARRETRATI ASSISTENZA PRIMARIA DA ADEGUAMENTO QUOTE DAL 1° GENNAIO 2010

Arretrati Assistenza Primaria da adeguamento 2010 da erogare entro sei mesi dall'entrata in vigore Acn	Quota mensile 2010 nazionale anziani => 75 anni	Quota nazionale 2010 anziani => 75 anni	Quota nazionale 2010 parte cronici
1500 scelte	€135,00	€1.215,00	€212,63
1113 scelte	€100,17	€901,53	€157,77
1000 scelte	€90,00	€810,00	€141,75
650 scelte	€58,50	€526,50	€92,14

LEGENDA

Gli arretrati 2010 sono stati calcolati considerando un adeguamento contrattuale a partire dall'1/10/2010 e la definizione della patologia cronica di cui al comma 7 dell'art. 8 del nuovo Acn all'1/10/2010

TUTTO QUELLO CHE VORRESTI SAPERE SULLA PARTE ECONOMICA E NON HAI OSATO CHIEDERE

ARRETRATI TOTALI NUOVO ACN ASSISTENZA PRIMARIA

arretrati totali (10% pazienti =>75 anni)	arretrato 2008-09	arretrato 2008-09-10
1500 scelte	€3.660,00	€5.087,63
1113 scelte	€2.715,72	€3.775,02
1000 scelte	€2.440,00	€3.391,75
650 scelte	€1.586,00	€2.204,64

LEGENDA

Gli arretrati 2010 sono stati calcolati considerando un adeguamento contrattuale a partire dall'1/10/2010 e la definizione della patologia cronica di cui al comma 7 dell'art. 8 del nuovo Acn all'1/10/2010

INCREMENTI E ARRETRATI 2008 ⇄ 2010

NUOVO ACN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Incrementi e Arretrati CA & EST	Dal 01/01/2010	Acn vigente	Incremento nazionale Acn	Incremento regionale Acn	
quota oraria	€22,72	€22,03	€0,43	€0,26	totale arretrati
	2008	2009	2010 nazionale	2010 regionale	2008<=>2010
Incrementi orari	€0,08	€0,69	€0,43	€0,26	
arretrati 106 ore mensili	€101,76	€877,68	€410,22	€330,72	€1.720,38
arretrati 120 ore mensili	€115,20	€993,60	€464,40	€374,40	€1.947,60
arretrati 164 ore mensili	€157,44	€1.357,92	€634,68	€511,68	€2.661,72

LEGENDA

Gli arretrati 2010 sono stati calcolati considerando un adeguamento contrattuale a partire dall'1/10/2010

Come nel 2010

GALENO

2005: migliora la sanitaria di Galeno

di Ezio Cotrozzi*

Qualcuno si ricorderà del 2005 come l'anno in cui trovò applicazione una norma di salute pubblica che a distanza di un lustro ormai tutti percepiamo come profondamente radicata nel costume nazionale.

La legge che vieta di fumare nei locali pubblici infatti entrò in vigore proprio il 10 gennaio del 2005. Una legge di salute, di prevenzione e di civiltà a tutela del non fumatore ma anche del fumatore.

Allo stesso modo, per Cassa Galeno, il 2005 può essere considerato un anno dedicato alla salute, non dei cittadini tutti, certo, ma dei soci e dei loro familiari. È stato infatti l'anno in cui la copertura sanitaria che provvede al

rimborso delle spese per malattia ha subito il maggior numero di interventi migliorativi.

Innanzitutto viene innalzato il limite massimo per il rimborso delle rette di degenza, limite che passa da meno di duecentocinquanta agli attuali trecentodieci euro.

Il ventaglio delle prestazioni fruibili in regime di extra-ricovero si allarga con l'inclusione di nuove indagini diagnostiche. Anche l'ambito day hospital è esteso con l'introduzione del rimborso per onorari medici ed accertamenti diagnostici effettuati nei cinquanta giorni precedenti il ricovero diurno con intervento. È introdotta una diaria post-ricovero per Gravi Mali di cinquanta euro, corrisposta per un massimo di



trenta giorni all'anno. Cinque anni fa gli assistiti che poterono godere di questi ampliamenti erano poco più di diecimila; oggi la comunità che fruisce di queste e altre recentissime modifiche positive della copertura sanitaria conta oltre dodicimilacinquecento unità.

*segretario di Cassa Galeno

La testimonianza della dottoressa Carla Mauro

Una vera cassa fatta da medici per i medici

Carla Mauro*

Ricordo il giorno in cui davanti alla mia scrivania arrivarono due agenti di Galeno a spiegarmi cosa fosse. Ma forse più convincenti delle loro parole, fu trovare il nome di alcuni colleghi che conoscevo e stimavo all'interno dei soci. Era la conferma che Galeno era una vera cassa

di medici fatta per i medici, che piano piano si andò arricchendo di nuovi servizi e di iniziative: concorsi e premi, convenzioni per l'assistenza diretta ed indiretta. Peccato (o per fortuna...) che io non ne abbia mai usufruito!

*Socio Galeno

SAREMO PRESTO A:

26 e 27 marzo Giornate messinesi
21 e 22 maggio Simg Sicilia

per saperne di più @
www.cassagaleno.it

Premio Scriva33. I medici raccontano LA MATERNITÀ DI THERESE

di Carla Mauro

Era l'anno 2005, a gennaio mi ero iscritta in cassa Galeno, poco prima di partire, ad aprile, per il Congo. Era la terza volta, dalla fine della guerra, e dovevo controllare l'andamento delle scuole istituite dall'associazione che mio marito, medico congolese, ed io avevamo fondato.

Era il secondo giorno che passavamo al villaggio, nella relativa quiete della nostra capanna, dopo il massacrante viaggio lungo le piste della foresta equatoriale. Una donna che sembrava precocemente anziana, si avvicinò: "Minganga, Dottori, venite! Mia figlia sta molto male!".

La Camera approva definitivamente la legge su cure palliative e terapie del dolore

Più cure, meno dolore

■ Il nuovo provvedimento riorganizza la rete di assistenza territoriale sia per le cure palliative, sia per tutte le

terapie antalgiche e snellisce le procedure burocratiche a vantaggio degli operatori e, soprattutto, dei malati.

Un provvedimento atteso da tempo e che ha registrato l'adesione da parte di tutti i rappresentanti politici, sia della maggioranza che dell'opposizione: sono stati infatti 476 i voti a favore espressi dall'aula di Montecitorio senza nessun voto contrario. E questo malgrado l'opposizione fosse impegnata nell'ostruzionismo contro il decreto governativo salva-liste. Ma per superare questo ostacolo e poter dare via libera a una legge voluta da tutti, è stata richiesta l'inversione dell'ordine del giorno, ponendo così ai voti proprio il ddl sulle terapie del dolore. Che in questo modo ha trovato la strada spianata. Lo stesso ministro della Salute, Ferruccio Fazio, intervenendo alla Camera poco prima del voto definitivo sul provvedimento, ha espresso la soddisfazione del Governo e la sua personale "come medico" per "il clima positivo e di collaborazione tra maggioranza e opposizione" che ha contraddistinto l'iter del ddl. Che, ha ricordato, "punta a migliorare la qualità della vita di chi vive in una situazione di sofferenza fisica e sostiene le famiglie che vivono un dramma non paragonabile ad altri drammi". Un parere che ha trovato immediato e convinto riscontro nel voto. Pienamente condiviso anche dalla Federazione degli Ordini: "L'approvazione della legge

sulle cure palliative e il trattamento del dolore" ha ancora commentato Mandelli in una nota della Federazione "è un fatto fondamentale per tutti coloro che hanno a cuore non solo lo standard delle cure del nostro Paese, ma il livello stesso di civiltà. È un provvedimento destinato a migliorare la qualità della vita dei cittadini e ci associamo al ministro della Salute Ferruccio Fazio nel lodare il clima di collaborazione che nel Parlamento si è creato attorno a questo tema tanto delicato e complesso". Con le nuove norme (vedi scheda in questa pagina) nasce così una vera e

propria rete di centri periferici e di snodi di collegamento che, a partire dall'intervento del medico di famiglia, conducono fino a strutture nelle quali il dolore viene affrontato con metodiche specialistiche. Accentuata anche l'assistenza territoriale nel settore delle cure palliative e rafforzate le modalità di assistenza domiciliare, così come viene incentivata la formazione del medico sia a livello universitario (con l'adozione di specifici percorsi formativi all'interno dei corsi di laurea dedicati alla medicina del dolore), sia a livello di aggiornamento continuo. **FTT**

Cosa dice la legge

La Camera ha dunque dato il suo sì definitivo al disegno di legge "Disposizioni sull'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative". Un provvedimento atteso da tempo e sul quale vi è stato un ampissimo consenso sia delle forze di maggioranza, sia di quelle dell'opposizione. Di seguito una sintetica esposizione dei punti maggiormente qualificanti delle nuove norme.

Definizioni (articolo 2)

Definizione di "Cure palliative": interventi finalizzati alla cura di pazienti la cui malattia "caratterizzata da inarrestabile evoluzione e da prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici

Definizione di "Terapie del dolore": interventi per individuare e applicare terapie "allo scopo di elaborare un idoneo percorso terapeutico per il controllo del dolore"

Definizione di "Rete nazionale





per le cure palliative e le terapie del dolore”: insieme di strutture sanitarie, ospedali, operatori e interventi disponibili nelle Regioni e dedicati a erogare cure palliative e/o controllo del dolore

Regioni e ministeri (articolo 3)

Le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali sono definite dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta del ministero della Salute che si avvale anche dell'Agenas

L'attuazione dei principi della legge è “adempimento regionale” necessario per accedere ai finanziamenti integrativi del Ssn

Il Comitato paritetico per la verifica dei Lea è chiamato a valutare annualmente lo stato d'attuazione della legge

In caso di inadempimenti da parte delle Regioni, il ministro della Salute, su proposta del Comitato paritetico può procedere anche alla nomina di un commissario straordinario

Campagne di informazione (articolo 4)

Il ministero della Salute promuove per il triennio 2009-2011 cam-

pagne di informazione destinate ai cittadini sulle modalità e i criteri di accesso alle prestazioni previste dalla legge

Per la realizzazione delle campagne sono stanziati 50 mila euro per il 2009 e 150 mila euro per il 2010 e il 2011

La “Rete” (articolo 5)

Il ministero della Salute individua strutture e prestazioni prestate in ciascuna Regione per cure palliative e terapie del dolore con lo scopo di attivare e integrare la rete a livello nazionale e regionale Un'intesa tra ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni individua le figure professionali ritenute essenziali. Lo stesso accordo individua le tipologie di strutture regionali anche per assicurarne il coordinamento a livello nazionale e regionale

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge sono definiti i requisiti per l'accreditamento delle strutture, individuandone standard qualitativi e quantitativi e definendone la pianta organica I fondi necessari dovranno essere quelli disponibili a legislazione vigente e non dovranno derivare nuovi oneri per lo Stato

Il progetto “Ospedale-territorio senza dolore” (articolo 6)

Per rafforzare l'attività dei Comitati costituiti per attuare il progetto “Ospedale-territorio senza dolore” sono stanziati 450 mila euro per il 2009, 900 mila euro per il 2010 e 1.100 mila euro per il 2011

Cartella clinica (articolo 7)

Le caratteristiche e l'evoluzione del dolore rilevato nel corso del ricovero del paziente devono essere indicate nella cartella clinica, medica e infermieristica in uso presso le strutture sanitarie della Rete

Formazione (articolo 8)

Un decreto del ministero dell'Istruzione di concerto con quello della Salute individua la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in cure palliative e terapie del dolore e istituisce Master universitari nelle stesse materie

La Commissione nazionale Ecm prevede che l'aggiornamento periodico del personale sanitario impegnato nelle terapie del dolore e cure palliative preveda il conseguimento di crediti su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali

La Conferenza Stato-Regioni su proposta del ministero della Salute definisce percorsi formativi per i volontari che operano all'interno della rete.

Osservatorio nazionale permanente (articolo 9)

Nasce presso il ministero della Salute che ne definisce funzioni e organizzazione con proprio regolamento, l'Osservatorio nazionale permanente per le cure palliative e le terapie del dolore. Le informazioni sono fornite dalle Regioni che possono però accedere al complesso dei dati in possesso dell'Osservatorio.

All'attività dell'Osservatorio collaborano Agenas, Commissione nazionale Ecm, Aifa e Iss.

L'Osservatorio monitora:

- dati su prescrizione e uso dei farmaci per la terapia del dolore e le cure palliative

- sviluppo e stato di avanzamento della rete
- prestazioni erogate e loro esiti
- attività di formazione regionali e nazionali
- campagne di informazione
- attività di ricerca
- aspetti economici su realizzazione e sviluppo della Rete

Entro fine anno redige rapporto per il ministero della Salute sulle materie di sua competenza, formulando proposte per la soluzione di problemi eventualmente rilevati

Per la sua istituzione e il funzionamento sono stanziati 150 mila euro annui

Accesso facilitato ai medicinali (articolo 10)

Per semplificare l'accesso ai medicinali impiegati nelle terapie del dolore vengono modificati alcuni articoli del Dpr 309/90 (e succ. modif.) allargando la prescrizione con ricetta non ripetibile di alcuni medicinali per “prioritarie esigenze terapeutiche” e rendendo possibile prescrivere altri medicinali con il ricettario del Ssn in luogo della ricetta a ricalco

Copertura finanziaria

Per coprire gli oneri derivanti dagli articoli 4, 6 e 9 (cioè 650 mila euro per il 2009; 1.200 mila euro per il 2010, 1.400 mila euro per il 2011 e 150 mila euro annui a decorrere dal 2012) si ricorre alla riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dalla legge Finanziaria 2009 (203/2008) per il primo importo (650 mila euro); per gli altri due ci sarà una corrispondente riduzione delle proiezioni per il 2010 e il 2011 dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente per il bilancio triennale 2009-2011 nell'ambito del programma “Fondi di riserva e speciali” della missione “Fondi da ripartire” del ministero dell'Economia.

Il Comitato interministeriale per la programmazione economica vincola per la realizzazione della legge una quota non inferiore a 100 milioni di euro annui del Fondo sanitario nazionale.

Concluso il corso dedicato alla politica del farmaco

Farmaci: per conoscerli meglio

di Roberto Venesia*

Si è da poco concluso il programma biennale di formazione *La politica del farmaco* tenutosi a Milano dall'ottobre 2007 al gennaio scorso, rivolto specificamente ai membri della Commissione nazionale per la Politica del Farmaco della Fimmg.

Una vera Scuola di formazione sulla politica del farmaco gestita con grande professionalità da Temas educational e training activities e sostenuta da Teva Pharma Italia S.r.l., il cui programma in 18 moduli ha spaziato dalla storia del farmaco, alle procedure di registrazione internazionale, alla strategia dei mercati e delle organizzazioni sanitarie, ai farmaci generici o equivalenti, alla distribuzione dei farmaci, agli elementi di economia sanitaria applicati al farmaco, all'appropriatezza terapeutica, alla re-

sponsabilità prescrittiva del medico stesso. Le lezioni sono state preparate e tenute da relatori qualificati, il materiale distribuito rigorosamente validato scientificamente. Abbiamo avuto la possibilità così di capire come è importante conoscere la storia di



un farmaco, le procedure di registrazione, la classificazione dei medicinali e la problematica dei prodotti borderline, l'inquadramento normativo europeo, con il glossario di terminologia regolatoria e le nozioni di base di "legal regulatory", i profili regolatori e brevettuali, che cosa sia il dossier prezzo e la filosofia di negoziazione del prezzo, la negoziazione del medicinale generico, il principio della sostituibilità, la problematica del Bollino (ottico, numerato), il progetto di tracciabilità dell'Aifa.

Bisognava infine avere chiare le responsabilità del medico derivanti da rilevazione di incidenti di utilizzo dei prodotti borderline e cosmetici o nella prescrizione dei farmaci. La Commissione nazionale Farmaco è così oggi in grado di mettere a disposizione dell'Esecutivo Nazionale, dell'attività svolta in Aifa dalla Medicina Generale e dei dirigenti sindacali Fimmg che lo desiderino, un contributo di conoscenza a 360° sul mondo del farmaco, per una sempre maggiore possibilità per la Medicina Generale di incidere nelle politiche della salute a tutti i livelli.

*coordinatore Commissione per la Politica del Farmaco Fimmg

DOLORE CRONICO: LA PRIMA VISITA DOPO OLTRE 4 MESI

Oltre quattro mesi: questo in media il tempo che impiega un paziente con dolore cronico a recarsi dal proprio medico curante. Eppure, in 3 casi su 4 (75,5%) l'intensità del dolore è tale da "controllare la loro vita", e in più della metà dei casi il dolore interferisce con le capacità professionali (65,8%) e minaccia i rapporti familiari (54%).

Questa la situazione emersa dallo studio Pain Story Piemonte, l'indagine su 240 pazienti curati nei Centri di Terapia del dolore di 6 ospedali piemontesi, condotto dal Gruppo Studio Terapia del dolore Piemonte in collaborazione con AISD Piemonte (Associazione italiana per lo studio del Dolore) e Federdolore Piemonte. "I dati - spiega la dottoressa

Rossella Marzi, coordinatrice del Gruppo Studio - evidenziano come anche in Piemonte, una delle regioni più avanzate per quanto riguarda la cura del dolore, non ci sia ancora una sufficiente cultura sul territorio. Il dolore in molti casi è vissuto come sintomo da sopportare mentre, in realtà, può diventare una vera e propria malattia invalidante e, come tale, necessita di un adeguato approccio terapeutico." Una volta arrivato dal proprio medico curante, il paziente solo nel 24,7%, è sottoposto alla misurazione del dolore, strumento indispensabile per valutare la gravità del caso e impostare una corretta terapia. Secondo le indicazioni fornite dalle Linee Guida Internazionali OMS-ESMO-EAPC,

gli oppioidi sono i farmaci indicati per il controllo di dolore di media e forte intensità. "Nonostante la situazione migliori nei Centri di terapia del dolore, anche in questa sede gli oppioidi risultano sottoutilizzati. - commenta il professor Guido Fanelli, coordinatore della Commissione ministeriale sulla terapia del dolore e le cure palliative - Per migliorare la situazione, il ddl sulle cure palliative e la terapia del dolore, approvato dalla Camera il 9 marzo, ha di fatto semplificato la prescrizione di questi farmaci, abolendo il ricettario speciale che ne limitava l'utilizzo. Inoltre, viene posto l'obbligo di riportare in cartella clinica il tipo di dolore, la terapia impiegata e i risultati ottenuti".

Si riduce il gap tra Nord e Sud

Come sta l'oncologia italiana

■ Il Libro bianco Aiom traccia una mappa dell'oncologia italiana. Molti i miglioramenti, ma cure palliative, hospice e riabilitazione sono ancora lontani dall'essere offerti alla totalità dei cittadini

Migliora l'oncologia italiana. Più strutture rispetto al passato, con maggiore disponibilità di strumentazioni terapeutiche e diagnostiche. Cresce il personale dedicato e l'assistenza si fa più appropriata. Soprattutto si va lentamente colmando il gap Nord-Sud anche se quasi la metà delle oncologie si trovano nell'Italia settentrionale.

Sono alcuni dei dati che emergono dal Libro bianco dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), che - giunto ormai alla quarta edizione - traccia una mappa dettagliata dei servizi di oncologia sul territorio italiano, uno strumento essenziale, secondo il ministro della Salute Ferruccio Fazio, per "rendere più facile e soprattutto incisiva, l'azione del Ministero nel migliorare e correggere, laddove necessario, i livelli di prestazioni così come i servizi e l'organizzazione". Ed eccoli i numeri salienti del rapporto: sono 230 le strutture oncologiche italiane. A far la parte del leone, il Nord con 104 unità. La Lombardia, in particolare, ne conta 45, più del 20 per cento del totale.

Il Sud, tuttavia, nell'ultimo decennio ha recuperato buona parte del suo ritardo storico: oltre la metà delle 61 strutture, infatti, sono state inaugurate dopo il 2000. Aumenta il numero di personale strutturato all'interno delle unità di oncologia: i medici sono passati dai 4,1 del 2001 ai 6 attuali, gli infermieri professionali da 8,6 a 13. Gli psicologi da 0,4 a 1,3. Nell'ultimo decennio, inoltre, è migliorata notevolmente la dotazione

di strumentazione diagnostica delle strutture. Dal 2003, le Pet (tomografia) per le diagnosi sono triplicate: erano disponibili allora per il 10% delle strutture, oggi per il 30% dei centri. Raddoppiate le scintigrafie e le risonanze magnetiche passando dal 36 al 61%, le prime, e dal 51 al 90% le seconde.

Progressi più lenti nella disponibilità di apparecchi per radioterapia presenti in quasi il 60 per cento delle strutture (rispetto al 46 per cento del 2001):

ASSISTENZA E CURA

La quarta edizione del Libro bianco, realizzato con il contributo di Novartis Farma, ha consentito inoltre di coglie-



re il cambiamento in atto nel modello di assistenza oncologica: da un lato minori spazi e tempi dedicati al ricovero (i posti letto per struttura sono passati dai 17 del 2001 ai 13 attuali mentre i tempi di ricovero dai 7-8 giorni del 2004 ai 5 del 2009), dall'altro maggiore accesso al Day Hospital (gli accessi sono passati dai 5200 del 2004 ai 5700 del

2009). Aumentano inoltre le strutture che forniscono cure a domicilio: attive oggi in 3 centri su 4 rispetto al 50 per cento del censimento 2005. Ciascuna struttura ha in cura in media 166 pazienti in trattamento domiciliare con forti variazioni tra nord (dove sono quasi 200), centro (118) e sud (148). Nella maggioranza dei casi il servizio di assistenza a casa dei malati di tumore è svolto dalle Asl (67%), seguite da cooperative o ditte private (23%). Soltanto nel 9,5 per cento dei casi dalla stessa struttura di oncologia medica. Ritardi si registrano, invece, nella disponibilità di strutture di cure palliative (presenti nel 60% delle unità di Oncologia medica italiane), hospice (presenti nel 45% delle strutture), servizi di riabilitazione oncologica (presente nel 42% dei casi).

Le strutture per la terapia del dolore sono invece disponibili nella quasi totalità (80%) delle unità oncologiche.

Sono in forte crescita i costi per farmaci, passati da poco più di un milione di euro per unità di oncologia nel 2004 agli attuali 2.207.000.

FTT

FAZIO: NELLA RETE ASSISTENZIALE UN RUOLO DI PRIMO PIANO PER I MMG

"I tumori stanno diventando la vera emergenza sanitaria del Paese, assieme alle malattie cardiovascolari e alle patologie legate all'invecchiamento. Diventa pertanto indispensabile prepararsi ad affrontare tale emergenza cercando anche di intervenire sulle problematiche connesse alla cronicizzazione grazie a un maggior coinvolgimento del territorio". È il ministro della salute Ferruccio Fazio, che, nella prefazione al Libro bianco Aiom, traccia la via maestra alla ristrutturazione dell'offerta sanitaria in vista dell'esplosione dell'emergenza cronicità. "Tale obiettivo - prosegue il ministro - presuppone la creazione di una migliore e più efficiente rete assistenziale sul territorio con un importante coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), soprattutto per quanto riguarda pazienti cronici ed anziani". Infatti, conclude Fazio, "Allo stato attuale, varie indagini a livello nazionale hanno evidenziato quanto siano ancora carenti la rete di Assistenza Domiciliare Integrata, la continuità assistenziale, la riabilitazione e il coinvolgimento reale del Mmg".

Master

Campus Biomedico Roma: al via la formazione dei manager "anti rischio"

Un sistema sanitario privo di errori è un'utopia ma utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per ridurre i rischi è doveroso e possibile. A raccogliere la sfida è la Scuola di Formazione Continua dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, che avvierà a partire dal prossimo 13 maggio il secondo Master in Clinical Risk Management.

Un percorso formativo ad alto tasso di innovazione, finalizzato a creare una nuova figura professionale: quella del Clinical Risk Manager. Un super-esperto in grado di valutare la diverse dimensioni e tipologie di rischio clinico all'interno della propria struttura e di implementare programmi di gestione dello stesso.

Il Master è a numero chiuso ed è rivolto a laureati in medicina e chirurgia, farmacia, biologia, psicologia, scienze infermieristiche (laurea magistrale) ed ingegneria clinica che ricoprono un ruolo di coordinamento all'interno della funzione aziendale dedicata al controllo e alla gestione del rischio clinico e a coloro che intendono ricoprire tale ruolo.

Questa seconda edizione del Master vede la partecipazione di varie aziende la cui attività è legata alle tematiche del rischio in ambito sanitario. Tra le società che collaborano alla realizzazione dei corsi: Hill Rom, RI-NA, Instrumentation Laboratory (IL), Baxter. L'evento è inoltre patrocinato dall'AiC (Associazione Italiana di Ingegneria Clinica).

Il percorso formativo ha una durata di 18 mesi e garantisce l'acquisizione di 60 Crediti formativi universitari, dei quali 40 di formazione teorica; 10 di Project Works e Laboratori sviluppati con la guida di docenti, professionisti e tutor; 10 per lo sviluppo e la redazione della tesi finale del Master.

Nutrizione

La cucina tradizionale in chiave "Wellness": al via nuovo corso

Forchette, stelletta, cappelli e marchio "del tricuore rosso" come emblema della passione per gusto e salute. In attesa che le Guide dei ristoranti si aggiornino il primo passo verso il "La Cucina Wellness" o più semplicemente la "Cucina del Benessere" l'hanno compiuto dall'Università Campus Bio Medico di Roma, l'Alma, la Scuola Internazionale di Cucina Italiana, l'Assic, Associazione per la Sicurezza Nutrizionale in Cucina e l'Associazione nazionale il Circolo dei Buongustai dello chef Fabio Campoli. Quattro realtà del mondo scientifico e gastronomico che, avvalendosi di un Comitato Scientifico composto da medici, biologi, ricercatori e grandi chef tra cui spicca Gualtiero Marchesi, icona della grande ristorazione italiana, hanno avviato un rivoluzionario corso di formazione per cuochi, manager della ristorazione, medici nutrizionisti e appassionati della buona tavola.

Tutte le lezioni, che si terranno nella suggestiva Reggia di Colorno (Pr) sede dell'ALMA e presso la Scuola di Formazione Continua dell'Università del Campus Bio-Medico di Roma, saranno svolte da uno chef affiancato da un medico.

Maggiori informazioni sui corsi e sulle modalità di iscrizione sono disponibili all'indirizzo:

<http://www.unicampus.it/ristowellness>.

Disturbi dell'apprendimento

Una task force contro la dislessia

Circa 350.000 studenti italiani fra i 6 e i 19 anni (mediamente uno studente ogni classe di 20 alunni) soffrono di dislessia, causa frequente di abbandono scolastico e di correlati problemi di autostima e di motivazione all'apprendimento. Per offrire un sostegno a questi ragazzi, il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini, il presidente di Fondazione Telecom Italia Joaquín Navarro-Valls e la presidente dell'Associazione Italiana Dislessia Rosabianca Leo hanno firmato il 3 marzo scorso un Protocollo d'Intesa finalizzato a realizzare due progetti operativi su tutto il territorio nazionale, uno per riconoscere precocemente e combattere la dislessia nelle scuole italiane e l'altro per la formazione specifica di 6.000 insegnanti "referenti". L'intesa si inquadra in un più ampio programma di interventi già avviato da Fondazione Telecom Italia e Associazione Italiana Dislessia nel 2009 per la durata di tre anni scolastici e un investimento, da parte di Fondazione Telecom Italia, pari a 1,5 milioni di euro.

Il progetto per la diagnosi precoce del disturbo, denominato *Non è mai troppo presto*, coinvolgerà circa 7.000 bambini delle scuole pubbliche e private. Per 3 anni sarà analizzata l'evoluzione delle competenze di lettura e scrittura degli studenti, individuando gli indicatori di rischio più sensibili e verificando l'efficacia di interventi didattici mirati e precoci.

Il secondo progetto previsto dall'accordo, *A Scuola di Dislessia*, è invece finalizzato alla formazione specifica degli insegnanti e alla sperimentazione di modalità didattiche inclusive basate sull'utilizzo del personal computer. Sarà attivata una rete di 6.000 insegnanti "referenti" coinvolgendo, nell'arco di 3 anni, istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado in tutte le Regioni italiane.

Le difficoltà di una strategia che darebbe vantaggi di salute e di "risparmio"

Diabete: "fondamentale raggiungere il controllo metabolico subito dopo la diagnosi"

■ ■ Intervista ad Antonio Nicolucci, responsabile del *Laboratory of Clinical Epidemiology of Diabetes and Cancer* (LCEDC) dell'Istituto Mario Negri Sud di Chieti

Il diabete è in rapida e costante ascesa. Nel nostro Paese sono quasi 4 milioni le persone colpite dalla malattia e in soli 5 anni (dal 2000 al 2005) la prevalenza è passata dal 3,7 per cento al 4,5 per cento. L'International Diabetes Federation (IDF) prevede che nel 2015 la percentuale di popolazione affetta dalla malattia arriverà fino all'8 per cento, un dato già reale in alcune aree del nostro Paese. Lo conferma il professor Antonio Nicolucci, responsabile del Laboratory of Clinical Epidemiology of Diabetes and Cancer (LCEDC) dell'Istituto Mario Negri Sud di Chieti, che illustra alcuni dati sulla prescrizione di farmaci antidiabetici che l'Istituto ha analizzato. Il diabete tipo 2 in genere non viene diagnosticato per molti anni perché l'iperglicemia si sviluppa gradualmente e inizialmente non è di grado severo al punto da dare i classici sintomi.

Il numero di diabetici in Italia è sicuramente sottostimato, considerato che il diabete spesso emerge a un controllo casuale oppure al sorgere di una complicanza cardiovascolare. Cosa dicono le stime più recenti sul numero dei casi sommersi?

Uno degli aspetti caratteristici del diabete è il suo carattere di patologia sommersa, a lungo asintomatica. Si stima che il sommerso riguardi circa 3,5 milioni di persone. Secondo alcuni studi sono infatti un milione i diabetici inconsapevoli. A questi vanno aggiunti i circa 2-2,5 milioni di persone con alto rischio di sviluppare il diabete: sono sog-

getti che non hanno un diabete vero e proprio ma forme iniziali. In totale, sommando le persone che hanno una diagnosi di diabete e i casi sommersi (tra inconsapevoli e persone ad alto rischio), si raggiunge complessivamente una popolazione di oltre 7 milioni di persone coinvolte dalla malattia.

Un problema molto diffuso tra i pazienti è l'insoddisfatto controllo dei valori della glicemia rispetto ai tre parametri della glicemia a digiuno, glicemia post prandiale ed emoglobina glicosilata. Un problema aggravato dalla carenza di "cultura del controllo glicemico" da parte del medico e del paziente. Oltre la metà dei pazienti non riesce infatti a ottenere un soddisfacente controllo della "triade" glicemica: con quali conseguenze?

Un adeguato controllo metabolico è fondamentale per evitare sia le complicanze macrovascolari (infarto e ictus, che rappresentano anche la prima causa di morte) sia le microvascolari (danni alla retina, al sistema nervoso periferico, al rene). Purtroppo nella pratica clinica spesso si interviene sulla malattia troppo tardi. Non riuscire a raggiungere dei target metabolici in linea con quanto suggerito dalle Linee Guida rappresenta un fattore di rischio molto importante, con conseguenze serissime. Secondo i dati rilevati in uno studio condotto in diabetologia nel 2008, l'UKPDS, è fondamentale un adeguato controllo metabolico raggiunto rapidamente subito dopo la diagnosi: i benefici di questo intervento si traducono infatti a distan-

za di dieci o più anni in una riduzione, non solo delle complicanze, ma anche della mortalità. Altri studi condotti tra il 2008 e il 2009 dimostrano che, al contrario, agendo in maniera aggressiva sul controllo metabolico in fase tardiva, non si è in grado di ridurre il rischio successivo di avere delle complicanze, e, se non si pone particolare attenzione a evitare le ipoglicemie si incrementa addirittura il rischio di morte. **L'inadeguatezza e i limiti delle terapie orali attualmente disponibili sembrano favorire il mancato controllo glicemico: quali sono gli aspetti più problematici, sia dal punto di vista dell'efficacia che degli effetti collaterali?**

L'inerzia nel raggiungere un adeguato controllo metabolico è stata ampiamente documentata. Sono stati condotti diversi studi alla ricerca dei motivi della barriera che frenano il medico dall'intensificare la terapia. Due i problemi principali identificati: da una parte la paura delle ipoglicemie, una eventualità molto traumatica e molto rischiosa per il paziente, dall'altra l'aumento del peso, considerato che i pazienti con diabete di tipo 2 sono già sovrappeso o obesi e molte delle terapie che si utilizzano oggi determinano un aumento di peso sostanziale. L'aumento del peso comporta un aumento del livello di insulino-resistenza, con un impatto negativo in termini di risposta alla terapia. La qualità di vita dei pazienti è molto impattata da questo fenomeno: se da una parte gli interventi educativi sono rivolti a ridurre il peso, dall'altra il trattamento con i farmaci ne comporta un aumento. Un paradosso, che comporta una riduzione dell'aderenza alla terapia.

Qual è l'impatto del mancato controllo glicemico in termini di costi socio-economici?

L'impatto in termini socio-economici è forte: non raggiungere un buon controllo metabolico comporta un aumento dei costi legati alla malattia. Le persone con diabete costano al Ssn circa il doppio rispetto a un non diabetico: il 60 per cento dei costi è legato alle ospedalizzazioni per le complicanze della malattia. Costi che diventano 10-12 volte maggiori quando il paziente presenta più complicanze, specie se gravi come la cecità o l'insufficienza renale che porta alla dialisi. ■■■



Antonio Nicolucci

Malformazione vascolare ed embolia polmonare

di Stefano Nobili*

Il paziente ha 58 anni, manager, ha sempre condotto una vita lavorativa molto intensa, quindi “stressata” (viaggi, presentazioni, meeting, colazioni di lavoro). Abituato a prendere decisioni rapide sul lavoro, imponendo la sua volontà, si comporta nello stesso modo anche riguardo la salute, minimizzando sintomi e seguendo poco le indicazioni del medico curante, preferendo un approccio “specialistico” ad eventuali disturbi ed informando successivamente il sanitario.

IL FATTO

Una sera viene trovato in stato di incoscienza dal figlio che chiama immediatamente il 118. All’arrivo del personale sanitario il paziente si è ripreso, è collaborante, lucido, orientato nello spazio e nel tempo, con una lieve dispnea. Viene trasportato nel più vicino pronto soccorso.

L’ANAMNESI

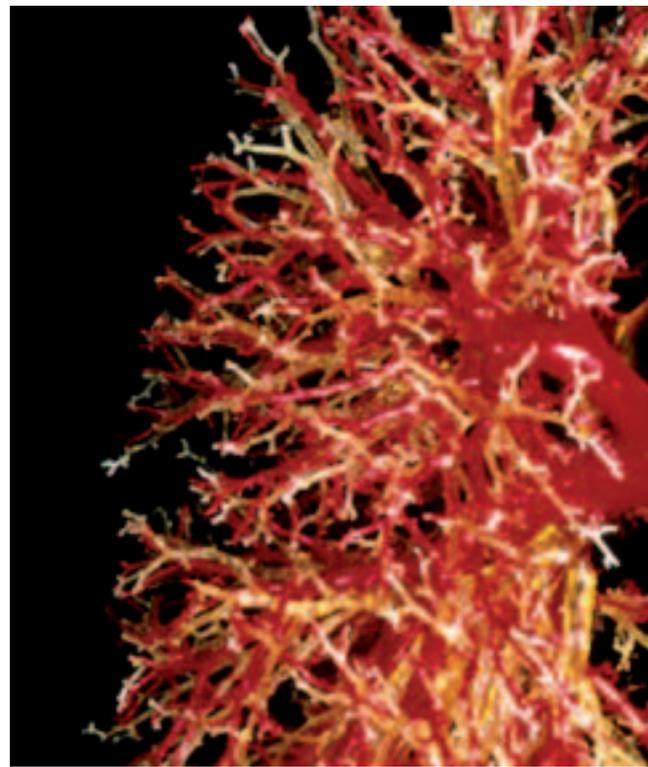
Fumatore di 30 sigarette dall’età di 20 anni, ha smesso da 2 anni per un riscontro di displasia alle corde vocali bilateralmente, trattata con currettagge chirurgico, attualmente sotto controllo e con fibrolaringoscopie successive negative. Consuma tre bicchieri di vino a pasto e superalcolici: per il riscontro di ipergammagT, macrocitosi e steatosi epatica, il medico di famiglia gli aveva già consigliato l’astensione da tali generi voluttuari, con scarsi risultati. Iperteso da una decina d’anni in buon compenso farmacologico con quinapril associato a idroclotiazide, in passato aveva presentato un paio di episodi presincopali con vertigine, offu-

scamento del visus i quali, valutati da un punto di vista cardiologico e neurologico non avevano sortito alcun risultato. Il paziente, da ultimo, presenta dalla nascita una malformazione vascolare angiomatica a basso flusso dell’avambraccio e della mano destra, in attesa di intervento chirurgico.

QUADRO CLINICO IN PRONTO SOCCORSO

PA 155/100, Fc 64r, SaO₂ 94%. L’esame obiettivo mostra un addome globoso per adipe e la presenza di tortuosità vascolari all’avambraccio destro comprimibili con la digitopressione. All’ECG sono presenti BESV.

Emogasanalisi: alcalosi respiratoria; *D-dimero*: 791. A causa di questo valore il paziente è sottoposto a scintigrafia polmonare che evidenzia difetti di microaggregazione di tipo segmentario al segmento mediale del lobo polmonare medio destro e difetti di tipo sub segmentario al segmento posteriore del lobo superiore destro e ai segmenti superiore e laterobasale del lobo inferiore di sinistra con diagnosi finale di *Tromboembolia polmonare sub segmentarla*. Il soggetto viene immediatamente trattato con Eparina a



basso peso molecolare. La Tc del Torace cmc esibisce come reperto un difetto di riempimento di aspetto embolico a carico di una diramazione segmentaria di pertinenza del segmento dorsale del lobo superiore dx oltre a due ipodensità arteriose, sospette per origine embolica alle basi polmonari dx e sx confermantili il sospetto scintigrafico di difetti embolici bilaterali. In fase tardiva, non sono apprezzabili difetti di riempimento venoso di carattere trombotico a livello dei vasi iliaci, femorali e poplitei.

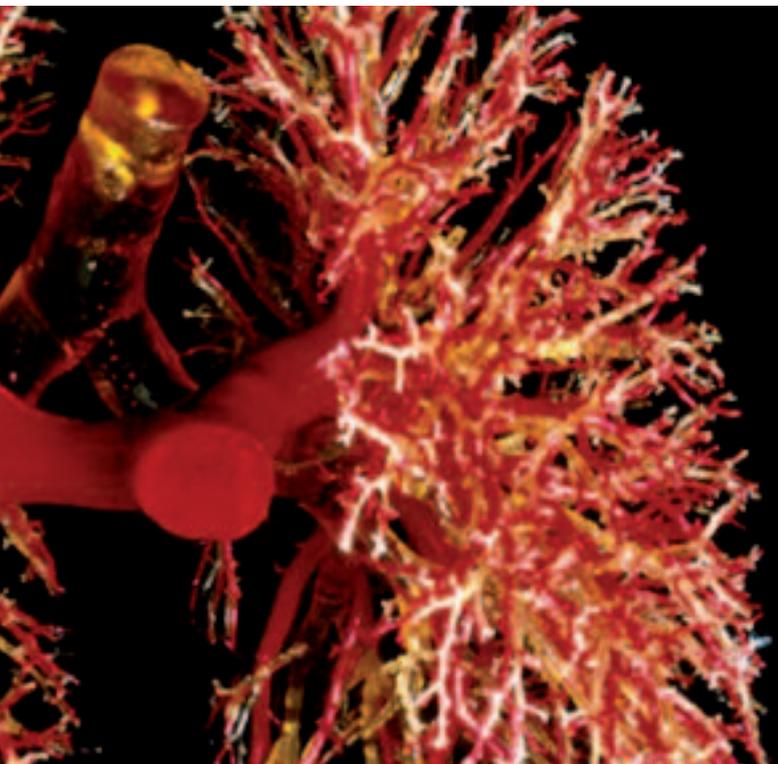
DECORSO CLINICO

Durante la degenza il paziente si è mantenuto eupnoico sia a riposo che sotto sforzo e in buon compenso emodinamico. Una TC encefalo e una visita neurologica sono risultate negative. Ecodoppler venoso dell’avambraccio dx: trombo venoso nel gavocciolo prossimale della malformazione veno-

*I case report, restano la “prima linea dell’evidenza”.
Il luogo dove tutto ha inizio.*

Milos Jenicek

Casi clinici ed evidence-based medicine
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2001



sa. Ecodoppler arti inferiori venoso e arterioso negativo. Riguardo al moderato difetto di perfusione polmonare e al ritrovamento del solo piccolo trombo venoso a livello della malformazione vascolare, si eseguiva AngioTC polmonare che confermava i difetti evidenziati alla scintigrafia. Si procedeva in seguito allo screening trombofilico pur in assenza di evidenze in anamnesi familiare e nella patologica prossima (LAC, Ab anticardiolipina, Ab anti $\beta 2$ glicoproteina I, Antitrombina III, ricerca della mutazione 20210 del gene della protrombina, Fattore V Leiden e dosaggio Proteina C e S tutti negativi; lieve aumento dell'omocisteinemia, considerata non significativa).

Vista la non chiara relazione tra l'episodio sincopale e il riscontro di embolia polmonare si richiedeva Ecocardiogramma Color Doppler che evidenziava minima dilatazione delle camere cardiache di destra con una pressione polmonare normale, mentre l'Holter era normale con alcuni BESV e BEV monomorfi.

All'ecografia addominale risultava una steatosi epatica con turbolenze distali all'arteria renale dx da tortuosità, mentre all'Ecodoppler TSA evidenziava significativi ispessimenti medio-intimali delle carotidi comuni (0.9mm) e dei bulbi carotidei con la presenza di una

piccola placca non stenosante alla parete anteriore del bulbo sinistro, con flussi normali lungo gli assi carotidei e vertebrali.

Terapia alla dimissione: anticoagulante orale (INR tra 2.5 e 3.5), enalapril 20mg e idroclortiazide 12.5mg die, acido folico 5mg.

COMMENTO

Dall'analisi della letteratura è emersa una certa correlazione tra malformazioni vascolari e tromboembolismo. La malformazione vascolare di solito si manifesta con interessamento esclusivo di un'estremità ma, data l'esiguità dei casi, non può essere escluso il coinvolgimento di altri distretti vascolari, senza un'evidenza clinica sintomatica e/o obiettiva, da qui la possibilità che il tromboembolismo sia originato da distretti misconosciuti.

Oduber e coll. hanno descritto (JPRAS, 62, 5, May 2009, p 684-9) alcuni casi di tromboembolismo polmonare dovuti a malformazioni vascolari a basso flusso, spiegando che ad esempio nella sindrome di Klippel-Trenaunay esiste una ipercoagulabilità di fondo che porta a trombosi e embolia polmonare. Tale associazione spesso non è presa in considerazione, portando talvolta a un ritardo diagnostico con gravi conseguenze per la salute del paziente. Lo stesso principio viene citato da

Karalezli e coll. (Tuberk Tor. 2006; 54 (3): 281-7) che descrivono un caso di malformazione vascolare e shunt artero-venoso al quale consegue un'embolia polmonare. Martin e coll. (Aus J Derm; 50(4): 276-80, Nov 2009) tracciano il quadro di alcune malformazioni venose complicate da coagulazione intravascolare disseminata ed aumento della concentrazione del D-dimero. Da ultimo, Van Kien et al (J Thr Haem 2007; 5suppl 2: P-M-560) confermano l'associazione tra malformazione vascolare isolata e trombo embolia polmonare, anche se, nella loro esperienza, in associazione con un quadro di trombofilia.

Da un punto di vista epidemiologico, l'Embolia polmonare in Italia, dati 2001 (Commissione ANMCO-SIC per le Linee Guida su Profilassi, Diagnosi e Terapia della Tromboembolia Polmonare

(Ital Heart J Suppl 2001; 2 (12): 1342-1356), parlano di 30-33 nuovi casi anno per 100.000 abitanti fino agli 80 su 100.000. Secondo i membri di tale Commissione un tasso di 100 nuovi casi per 100.000 soggetti/anno è addirittura sottostimato per "...la difficoltà di sollevare il sospetto clinico in tutti i casi di embolia polmonare e di mettere in atto le necessarie procedure diagnostiche...". Ulteriore prova della sottostima dei casi di embolia polmonare è il confronto con il tasso dei DRG nelle schede di dimissione ospedaliera che, nella seconda metà degli anni '90 è di meno di 20 casi su 100.000 persone (dati del Ministero della Sanità del tempo). I sopra menzionati 100 casi anno per 100.000 abitanti vengono confermati dalla letteratura americana (Burge AJ et al, Clin Radiol. Apr 2008;63(4):381-6 e DeMonaco NA et al., Am J Med. Jul 2008;121(7):611-7). Un dato estremamente interessante è quello della mortalità che è passato (dati USA 1979-1998) da 191 decessi per milione di abitanti a 94 casi, anche se le stime indicano che il non riconoscimento diagnostico dell'embolia polmonare provoca negli Stati Uniti circa 100.000 decessi in un anno, la maggior parte dei quali si manifesta nei soggetti anziani ospedalizzati. Il trattamento con terapia anticoagulante diminuisce la mortalità dell'embolia polmonare a meno del 5% (Kamangar, EMedicine Jan 14, 2010).

*mmg, Fimmg Milano

Forse non tutti sanno che... L'ecografo è utile nelle malattie del polmone

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

■ In questa rubrica la Scuola di Ecografia Generalista presenta casi la cui sintomatologia è di frequente riscontro negli studi dei Medici di Medicina Generale, ma dove l'utilizzo della ecografia permette o di concludere l'iter diagnostico o di indirizzarlo fortemente.

Contestualmente si fornisce al lettore un inquadramento della patologia in questione orientato in senso Ecografico.

Ancora oggi per molti colleghi l'ecografia ha pressoché nessun ruolo nello studio del polmone. Due brevi casi, accaduti in uno studio di medicina generale, evidenziano come questa credenza sia da superarsi di slancio.

PRIMO CASO

La signora Arianna B, tachicardica, viene visitata di martedì per iperpiressia (38,5°) ha, da due giorni, tosse secca, insistente, dispnea, pur con una saturazione normale ed astenia profonda. All'esame obiettivo polmonare non sono presenti rumori aggiunti. Le vengono prescritti farmaci sintomatici (paracetamolo e sedativi della tosse) e prudenzialmente un rx del torace. Il venerdì seguente la pz. non sta meglio, anche se le lastre non evidenziano niente di preoccupante. La signora Arianna si sente come si sentiva due anni prima quando aveva avuto una polmonite curata con levofloxacina. La visita evidenzia alla base sx alcuni rantoli crepitanti. I rantoli potrebbero essere banali rantoli da stasi, anche in considerazione della lastra del torace eseguita il giorno precedente.

Eseguire un controllo ecografico del reperto clinico è tuttavia estremamente semplice e rapido, se si ha a disposizione la tecnologia, e non farlo non

avrebbe senso.

Appoggiata la sonda alla base polmonare sx, sulla emiscapolare, in retro cardiaca, sede dei rantoli crepitanti auscultati poco prima, si evidenzia una immagine ipoecogena di 2 cm riferibile ad un addensamento bronco pneumonico (fig. 1).

Il quadro ecografico motiva l'inizio di una terapia antibiotica (macrolide + chinolonico) che porta la pz., nei giorni seguenti, alla defervescenza.

Il controllo radiologico, eseguito cinque giorni dopo, conferma la diagnosi ecografica di polmonite.

All'emocromo è presente una modesta leucocitosi neutrofila (10000 gb, 70 % neutrofili).

SECONDO CASO

Un anziano pz. cardiopatico, pregresso I.M.A., iperteso, lamenta una dispnea da sforzo. Da sempre presenta modesta succulenza perimalleolare; all'ecocardio, eseguito alcune settimane prima, si era confermata una riduzione

ne della F.E. al 30%, dato per altro stabile nell'ultimo anno.

Il peso corporeo è costante, il dubbio da dirimere è se, per cause contingenti, il paziente abbia perso massa ed il peso stabile sia da attribuire ad un aumento dell'acqua extracellulare e diminuzione della massa corporea.

All'esame obiettivo sono presenti edemi declivi e modesti rantoli alle basi, P.A. 160/80, e la nota fibrillazione atriale (F.C. 95 / min.) per la quale il pz. è da anni in terapia anticoagulante per os. La saturazione O₂ dell'emoglobina a riposo è del 95%.

La terapia comprende anche furosamide, ace-inibitori e betabloccanti.

Un rapido studio ecografico del polmone evidenzia una sindrome interstiziale (fig. 2), un versamento pleurico bilaterale (fig. 3), una cava inferiore distesa (diametro 2,6 cm) e scarsamente responsiva agli atti respiratori.

Data l'età e la situazione familiare che impedisce la gestione a domicilio, il pz. viene ricoverato per scompenso cardiaco.

Dieci giorni dopo torna a casa con sei kg di peso in meno, la dispnea, il versamento pleurico e la sindrome interstiziale sono scomparsi e le dimensioni della cava sono tornate normali.

Una situazione familiare più favorevole probabilmente avrebbe permesso una gestione domiciliare dello scompenso ed il monitoraggio ecografico avrebbe consentito di guidare la terapia diuretica.

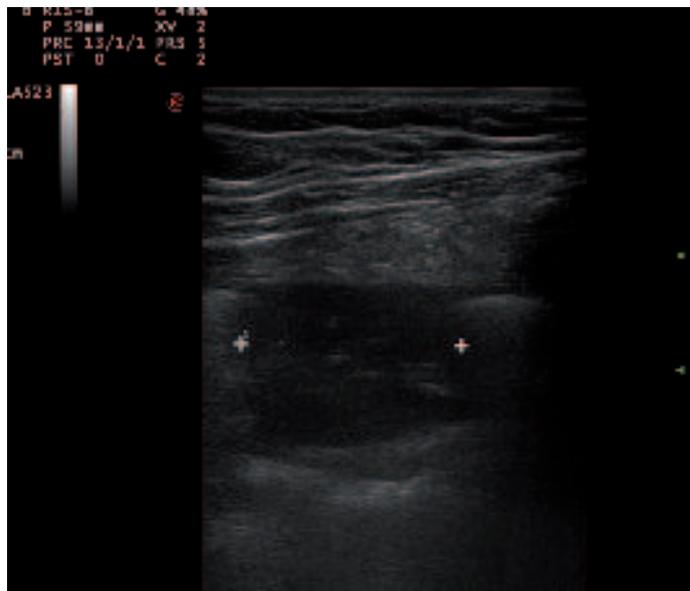


Figura 1: addensamento broncopneumonico

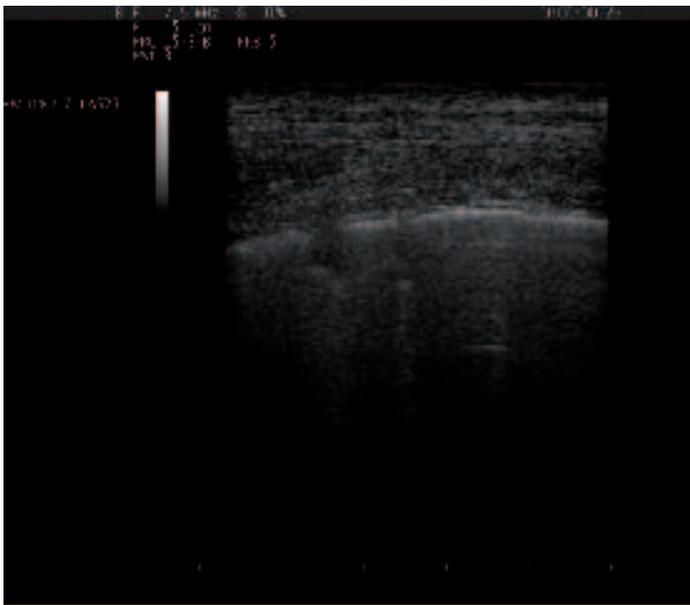


Figura 2 S. interstiziale – Scomparsa delle linee A coperte dalle linee B.

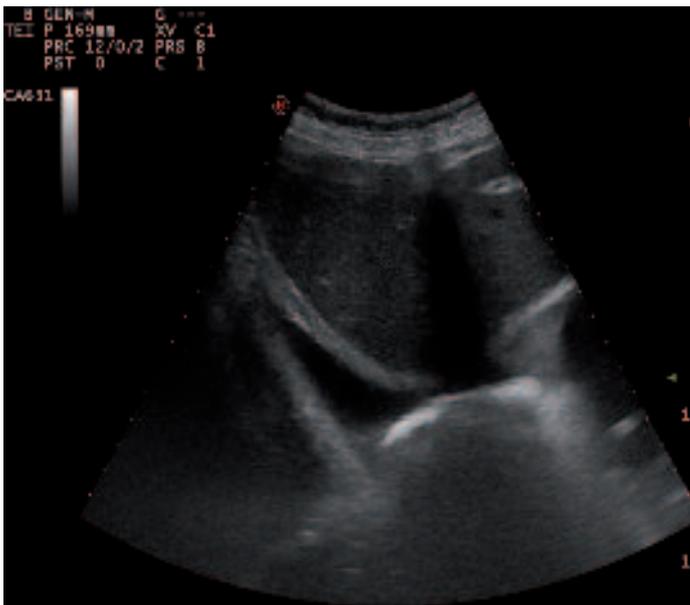


Figura 3: Versamento Pleurico

ECOGRAFIA E POLMONI

Il polmone è stato per molti anni erroneamente ritenuto un organo non valutabile con gli ultrasuoni a causa del suo contenuto di aria, che lo rende impenetrabile agli ultrasuoni.

Le immagini che si acquisiscono in ecografia toracica quindi consentono più che una analisi di forma (morfologica), una analisi di “artefatti” e di valutazioni “dinamiche” (funzionali).

L’esame delle strutture parietali del torace è una normale ecografia dei tessuti superficiali.

Fatta eccezione per la finestra cardiaca dove con sonde appropriate (sector)

è possibile fare una valutazione morfologica e funzionale del cuore, l’esame ecografico dei campi polmonari si riduce allo studio morfologico della pleura e della sua dinamica.

TECNICA E METODOLOGIA DELL’ESAME U.S. DEL TORACE/ POLMONE

L’ecografia del polmone viene eseguita con ecografi che non necessitano di tecnologia avanzata ne è indispensabile il color Doppler. Le sonde utilizzate sono la convex da 3,5-5 MHz e le lineari da 7,5-12 MHz. Il paziente può essere studiato in posizione supina o seduta (questo dipende dalle sue condizioni cliniche e da quello che si ha necessità di visualizzare).

SCANSIONI: longitudinali, parallele e oblique alle coste, su entrambi gli emitoraci, anteriormente, lateralmente e posteriormente lungo le linee anatomiche (parasternali, emiclaveari, ascellari, paraspinali). La linea iperecogena che si visualizza al disotto delle coste è la Linea Pleurica, spessa 2 mm e rappresenta le due componenti: parietale e viscerale.

È sempre visualizzabile nel soggetto normale e la sua integrità impedisce, per riflettività (struttura a elevata impedenza acustica), la visualizzazione del sottostante parenchima polmonare. Fisiologicamente la pleura viscerale scorre su quella parietale con gli atti del respiro (“Gliding o Sliding sign”). Il Diaframma espande i polmoni aumentando il volume della cavità toracica per mezzo della sua discesa inspiratoria (“movimento a pistone”). Questo movimento è l’artefice dell’abbassamento delle basi polmonari e quindi del curtain (sipario) ecografico visua-

lizzabile in scansioni coronali, sfruttando le finestre acustiche del fegato a destra e della milza a sinistra. Il diaframma ha uno spessore di circa 2,8 mm. Nella inspirazione lo spessore incrementa fino a circa 4 cm.

Linee A: artefatti orizzontali che si ripetono regolarmente in profondità a intervalli costanti pari alla distanza che intercorre tra la cute e la linea pleurica, perdendo ecogenicità dalla superficie in profondità (Fig 4).

Linee B: artefatti verticali (“code di cometa” o “ring down artefact”) estremamente rare nel soggetto normale, originano da foci impedenti localizzati in sede pleurica o sub pleurica (Fig 5).

SINDROME INTERSTIZIALE

È caratterizzata dalla presenza di molte linee B nei campi polmonari. Nella sua espressione più lieve si evidenziano linee B diradate. Quando l’impegno è maggiore, le linee B tendono a confluire e a mascherare completamente le linee A, generando una forte ecogenicità dei campi esplorati.

L’impiego della ecografia per la dimostrazione dell’edema alveolo interstiziale è relativamente recente ed ha preso avvio con l’identificazione ultrasonografica della suddetta sindrome interstiziale. L’esame ecografico risulta utile nella differenziazione delle dispnee perché sa distinguere il Paziente con polmone umido (presenza di linee B rare o sempre più ravvicinate a seconda gravità della dispnea) dal Paziente con polmone asciutto, con i conseguenti diversi approcci terapeutici. L’ecografia del polmone nel momento in cui evidenzia una sindrome interstiziale bilaterale, con multiple linee B, è quindi molto sensibile e specifica per un impegno interstiziale che in un contesto clinico compatibile, nella grande maggioranza dei casi questo è attribuibile a edema polmonare.

Diversamente, l’assenza di linee B esclude la possibilità che una dispnea possa essere causata da un edema polmonare cardiogeno.

VERSAMENTI PLEURICI

Rappresentano la più comune manifestazione delle malattie della pleura e si sviluppano ogniqualvolta esista un disaccoppiamento tra produzione sierosa e suo riassorbimento. I meccanismi implicati, da soli o in associazione, sono:

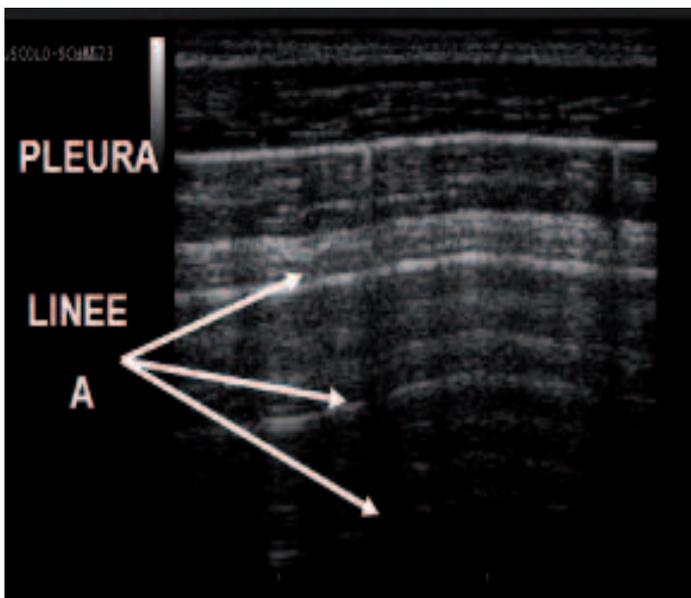


Figura 4

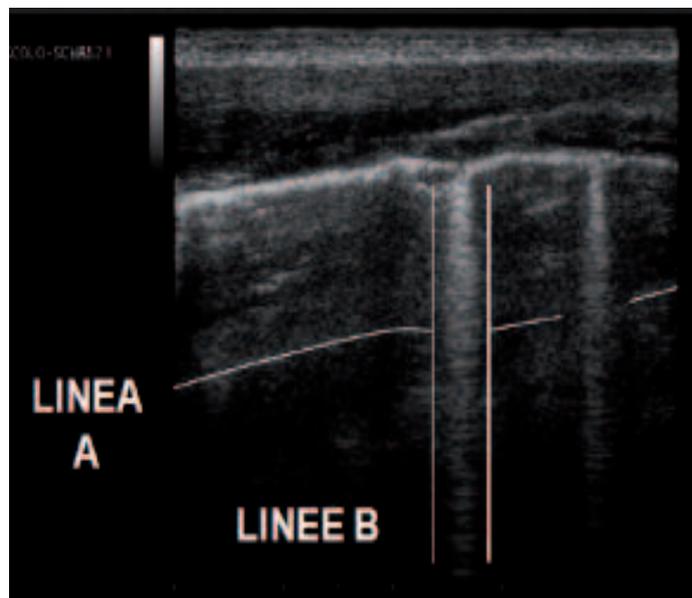


Figura 5

- incremento della pressione idrostatica capillare pleurica
- diminuzione della pressione colloid-osmotica
- aumento della permeabilità capillare
- insufficiente drenaggio linfatico pleurico
- diminuzione della pressione alla superficie pleurica e passaggio trans diaframmatico del liquido peritoneale.

Trasudato si definisce il liquido pleurico con basso contenuto proteico.

Essudato è l'espressione di flogosi o neoplasia ed è la conseguenza di aumentata permeabilità capillare o della diminuzione del drenaggio linfatico. Viene definito da un rapporto di proteine tra liquido pleurico e plasma maggiore di 0,5.

Il 90% dei versamenti pleurici deriva da scompenso cardiaco, cirrosi, ascite, infezioni, tumori o embolia polmonare.

Il versamento pleurico all'esame ecografico appare come una raccolta anecogena in modo analogo a come si evidenzia, in altre cavità, la presenza di liquido libero.

La perfetta transonicità si osserva solo nei trasudati non corpuscolati.

L'esame ecografico ha un ruolo molto importante nell'identificazione e nella quantificazione dei versamenti pleurici:

- Versamento minimo (pochi millilitri di liquido) si visualizza solo nel

seno costo-frenico

- Versamento piccolo, si visualizza interamente in una sola scansione
- Versamento moderato (500-1500 ml di liquido) si visualizza interamente in almeno 2 scansioni
- Versamento massivo è visualizzabile in più di 2 scansioni.

BRONCOPOLMONITI

Quando gli spazi aerei distali di una parte del polmone sono sostituiti da materiale liquido, semiliquido o solido si ha, dal punto di vista anatomopatologico, una "epatizzazione" del normale tessuto areato e che corrisponde al quadro radiologico di "addensamento".

In ecografia polmonare è visualizzabile ciò che esclude l'aria dal polmone, quindi quando l'addensamento raggiunge la superficie pleurica (come avviene nel 98,5% dei casi anche per i piccoli addensamenti(1)), la lesione si rende evidente come un'area strutturata del polmone che assume le caratteristiche ecografiche del tessuto epatico.

La sensibilità dell'ecografia, dai lavori disponibili, sembrerebbe buona (90%) con un'elevata specificità (98%) (2.)

L'estensione può essere lobare, segmentaria o a random. La linea pleurica che sovrasta l'area addensata appare interrotta o meno ecogena e all'interno dell'addensamento ecografico sono visibili i bronchi e i bronchioli aerei ("broncogrammi aerei").

L'ecografia riesce anche a evidenziare

in un'area di addensamento, i "broncogrammi fluidi", cioè i bronchi ripieni di liquido che sono patognomonici di causa ostruttiva dell'addensamento.

Così come avviene per il versamento, ogni addensamento polmonare crea una finestra acustica che permette la visualizzazione del tessuto polmonare in profondità.

VENA CAVA INFERIORE

È il tronco comune delle vene provenienti dalla parte sottodiaframmatica del corpo umano: il suo territorio di origine corrisponde a quello dell'aorta addominale di cui è satellite.

È priva di valvole, ha una lunghezza media di circa 22 cm, di cui 18 solo della porzione addominale.

Origina dalla confluenza della vene iliaiche comuni, a livello del passaggio tra la IV e la V vertebra lombare, si dirige in alto, poco a destra della linea mediana in prossimità della superficie anteriore dei corpi vertebrali, incrociando sul davanti l'arteria renale destra e le arterie lombari. Contrae rapporti con la porzione inferiore del duodeno e la testa del pancreas, incrocia ad angolo acuto la vena porta e giunge in corrispondenza del fegato, dove prende rapporti con il lobo caudato, decorrendo lungo la superficie posteriore dell'organo nella omonima fossa della vena cava.

Attraversa quindi il diaframma a livello del centro frenico e giunge nella cavità toracica per poi aprirsi nell'atrio

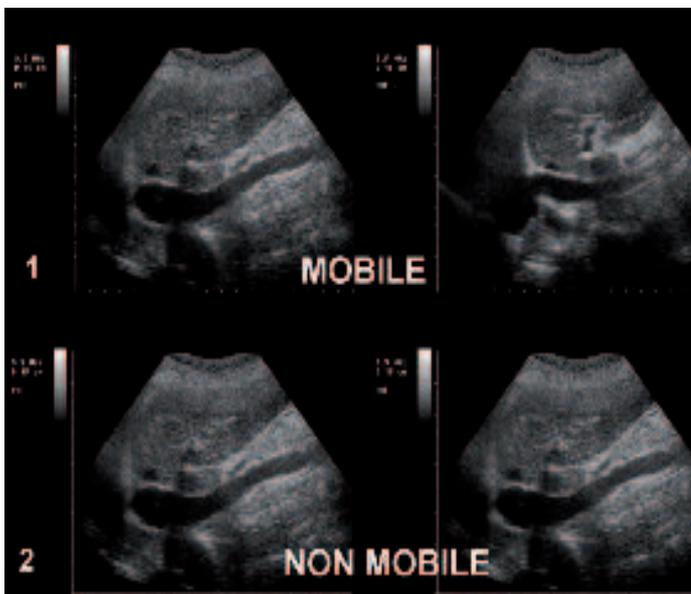


Figura 6

DIAMETRO VENA CAVA INFERIORE	% RIDUZIONE INSPIRATORIA	PRESSIONE ATRIALE DESTRA
< 1.5 cm	collasso	0 - 5 mmHg
1.5 - 2.0 cm	> 50%	5 - 10 mmHg
1.5 - 2.0 cm	33 - 50%	10 - 15 mmHg
2.0 - 2.5 cm	0 - 33%	15 - 20 mmHg
> 2.5 cm	assente	> 20 mmHg

Tabella 1

destro. L'emodinamica cavale è influenzata dalla respirazione e dall'attività cardiaca. La pressione è variamente distribuita lungo il decorso del vaso, decrescendo progressivamente dalla confluenza delle vene iliache verso l'alto. In prossimità del diaframma la pressione ha valori intorno allo zero, mentre subito al di sopra diventa negativa. Gli effetti della respirazione iniziano a essere evidenti a livello delle vene renali e si accentuano nel tratto sottodiaframmatico, nel punto d'ingresso delle vene epatiche.

Con l'inspirazione si determina una diminuzione della pressione nella cava inferiore ed un suo aumento nelle vene epatiche e nella porta.

La manovra di Valsalva determina un aumento della pressione atriale e della pressione nella vena cava inferiore con conseguente riduzione della velocità di flusso al suo interno.

Durante l'esercizio fisico, a causa dell'aumentato ritorno venoso, si ha un aumento della velocità del flusso cavale.

La velocità di flusso nella vena cava inferiore è modulata anche dall'attività cardiaca. La massima velocità è raggiunta durante la sistole ventricolare, mentre durante la sistole atriale si raggiunge la velocità minima o si determina un'inversione di flusso vera e propria. Anche il calibro del vaso viene influenzato sia dagli atti respiratori sia dal ciclo cardiaco. Numerosi Autori hanno rilevato variazioni del diametro antero-posteriore del vaso, misurato in corso di esame ecografico in rapporto alla respirazione e non sempre con risultati sovrapponibili. In generale è riportato un aumento del calibro durante l'espirazione e una riduzione del calibro durante l'inspirazione (Figura.6 Tab.1): se però si mantiene l'apnea dopo inspirazione forzata, il calibro tende progressivamente ad aumentare.

In rapporto alla dinamica cardiaca il calibro diminuisce quando aumenta il flusso in uscita dalla cava ovvero massima riduzione di calibro durante la sistole ventricolare. (3)

BIBLIOGRAFIA

- 1)Lichtenstein D., *General Ultraosund in the Critically Ill*. New York, Springer -Verlag , pp 96-133, 2005.
- 2)Lichtenstein D., Lascols N. ,Meziere G. et al, *Ultrasound diagnosis of alveolar consolidation in the critiacally ill*. Intensive Care Med. 30:276-281, 2004
- 3)Ferretti G., *Vena cava inferiore e vene epatiche. Ecocolordoppler vascolare*, III Ed. Rabbia C., Matricardi L. Minerva Medica, pp 651-668, 2006

LETTURE CONSIGLIATE

- G. Soldati, R. Copetti, *Ecografia toracica*. Edizioni Medico Scientifiche 2006

in Banca *con il Club*

PRODOTTI BANCARI
CONVENZIONATI
E DISTRIBUITI
IN ESCLUSIVA DAL
CLUB MEDICI

www.clubmedici.it



Per te

la Cessione del V° dello stipendio
senza spine del Club Medici



Richiedi un preventivo
I nostri funzionari sono
a tua completa
disposizione

Club
NO STOP
09.00-19.00



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

MUTUODOCTOR

cambia il TUO MUTUO
a ZERO SPESE



Come usufruire di tale vantaggio

- Il Club Medici vi fornirà una **qualificata consulenza** e una **preventivazione** dettagliata e completa in ogni sua parte (tassi rata, piano di ammortamento, spese polizze richieste etc..)
- Con Club Medici sarete indirizzati alla scelta di uno tra gli 8.000 Sportelli bancari convenzionati, a voi più vicini.
- Prima di andare in banca, richiedete al Club la **lettera di accredito** con relativo codice

FINO A

100.000 euro

- **Finanziamento esclusivo** per medici di base, pediatri, specialisti ambulatoriali, ospedalieri e pensionati
- **Tasso fisso, TAN convenzionato del 4%** e TAEG variabile secondo l'età e l'anzianità di servizio
- **Importo erogabile** fino a 100 mila euro senza motivarne la richiesta, è possibile, inoltre, ottenere immediatamente un acconto fino a 15 mila euro

il Club Medici

- **Raccoglie** i documenti personali presso lo Studio o sul posto di lavoro e la documentazione presso la ASL di riferimento
- **Segue** l'iter del finanziamento fino alla erogazione



In convenzione con:

- **Ordini Medici Provinciali**
- **Commissioni Albo Odontoiatri**
- **Associazione Mediche Scientifiche**
- **Sindacati Medici**