



AVVENIRE MEDICO

ATTUALITÀ Manovra economica: i contenuti, i commenti, le richieste di modifica / 4

FOCUS Le "performance" del Ssn misurate Regione per Regione / 8

INSERTO Conciliazione. Una soluzione per il contenzioso medico legale tra medico e paziente? / 17

SCIENZA Parte in Campania il Progetto Alleanza per il Diabete / 27



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

5-10

N. 5 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO



 **Millewin**
con il medico, sempre

 **Millecpg**
ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICI GENERALISTI

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
Comunicazione e Marketing

EDITORIALE

L'Enpam verso
il rinnovo del CdA

Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Uno degli elementi di maggior preoccupazione per chi ha una responsabilità sindacale è rappresentato dal fatto che oggi, nella medicina generale, 70.000 medici in attività pagano le pensioni a 25.000 colleghi collocati a riposo.

I nostri contributi al presente bastano e avanzano, tanto che l'Enpam ogni anno nel bilancio registra un cospicuo attivo che va a rinforzare l'importante patrimonio di riserva. Ma cosa succederà tra qualche anno quando molti di noi raggiungeranno l'età del pensionamento?

Il numero dei nuovi laureati non compenserà quello dei medici usciti dall'attività e, rapidamente, ci troveremo con 60.000 colleghi attivi che dovranno sostenere 60.000 pensionati. In un contesto così disegnato va da sé che, con il passare del tempo anche il patrimonio più consistente è destinato a consumarsi. È questo uno dei motivi, dal punto di vista strettamente sindacale senz'altro il più importante, per cui la medicina generale è obbligata ad andare verso il cambiamento: a fronte di una riduzione del numero dei medici va conservata ed aumentata nel tempo la

massa salariale complessiva che genera i contributi previdenziali.

Nella nostra proposta di Ri-fondazione è ben chiaro questo obiettivo, è necessario guardare oltre la modesta ed illusoria resa immediata di qualche punto percentuale in più ad ogni rinnovo convenzionale: abbiamo proposto l'accesso unico all'area della medicina generale, la ristrutturazione del compenso, la complementarietà di attività orarie e fiduciarie all'interno della nostra retribuzione.

Certo, anche l'ente previdenziale deve fare la sua parte, ed è quindi necessaria una gestione dell'Enpam competente e oculata, guidata da chiare strategie che orientino i percorsi del futuro prossimo a venire.

Il Consiglio nazionale della Fimmg ha riconosciuto in Alberto Olivetti, nella sua storia, nel suo programma, nelle sue capacità, la persona più adatta a condurre il nostro ente di previdenza in questo momento particolarmente difficile. Ad Alberto abbiamo affidato un mandato ampio e fiduciario teso a tutelare i nostri interessi nell'Enpam fin dalla fase elettorale del prossimo rinnovo del Consiglio di

segue a pag. 6 ►

Manovra necessaria, ma servono modifiche

■ Un pronunciamento chiaro del consiglio nazionale Fimmg (vedi pag.7), un comunicato unitario con le altre sigle rappresentative della medicina convenzionata e, infine,

una lettera di Giacomo Milillo a tutti gli iscritti al sindacato per ragionare sulla manovra economica messa a punto dal Governo e sul suo impatto sui medici di medicina generale.

Fermo restando che non è difficile capire le ragioni della manovra, necessaria per rispondere ad una difficilissima situazione dei mercati internazionali e alle crisi già manifestatesi in "area euro" a cominciare dalla Grecia, è legittimo però intervenire nel merito delle misure proposte dal Governo, anche per contribuire a far sì che le misure adottate siano efficaci, ma senza mettere in crisi i processi di sviluppo già

avviati, anche nel settore della sanità e in particolare nell'assistenza primaria. Prima ancora però, come scrive anche Milillo, bisogna "sgombrare il campo dalle paure inutili": i mmg non vedranno intaccati i propri emolumenti e neanche saranno toccati i contenuti economici del rinnovo dell'ultimo biennio 2008-2009, siglato fortunatamente il 10 marzo scorso e che oggi certamente sarebbe stato assai più difficile condurre in porto.

Due le criticità legate al blocco dei rinnovi. La prima è l'indennità di vacanza contrattuale (+0,4%) prodotta dal blocco, erogata automaticamente ai dipendenti e dovuta ai convenzionati che potranno però recuperarla solo con la successiva Convenzione. La seconda riguarda i mancati adeguamenti dei costi per i fattori di produzione. Su questi aspetti, come scrive Milillo, "stiamo lavorando su due fronti, suggerendo proposte di emendamento in sede politica": rimuovere il blocco dei rinnovi, anche se solo parzialmente, per consentire una contrattazione che offra l'opportunità di reperire risorse per i fattori di produzione; rendere automatico anche per noi il riconoscimento della indennità di "vacanza contrattuale". Restano poi aperti i terreni di intervento del sindacato sia per quanto riguarda la definizione di un provvedimento legislativo che introduca elementi di cambiamento, e in particolare la ristrutturazione del compenso e la progressiva eliminazione della concorrenza, sia per un'azione coordinata sugli Accordi Integrativi Regionali, che non sono stati bloccati dalla manovra. **ATT**

Trattativa tra Governo e Regioni

Uno scontro aspro, che potrebbe portare a modifiche importanti della manovra economica.

Dopo un incontro fallimentare, il 10 giugno scorso, tra i rappresentanti regionali e i ministri Tremonti, Fitto e Calderoni, le Regioni hanno reso pubblico, il 15 giugno, un documento di critica alla manovra, votato all'unanimità, e avviato incontri con le forze sociali ed economiche e con tutti i gruppi parlamentari

Il nodo essenziale è la ripartizione dei tagli previsti dalla manovra: "Il peso dei tagli - ha sintetizzato Vasco Errani, presidente della Conferenza dei presidenti - ricade sulle Regioni per oltre il 50%, anche se in questi anni il comparto regionale ha mostrato di essere più capace di eliminare gli sprechi, riducendo complessivamente i suoi costi del 6%, mentre i costi dello Stato centrale crescevano di oltre il 10%". La richiesta quindi è che, mantenendo il saldo finale, il peso sia ripartito equamente tra i comparti della Repubblica, ovvero Stato centrale, Regioni, Province e Comuni.

Per quanto riguarda la sanità, il documento regionale (disponibile integralmente anche su www.quotidianosanita.it) elenca alcuni elementi di cri-

rità, che richiedono una "verifica di coerenza" rispetto al Patto per la Salute siglato nel dicembre scorso. Innanzi tutto i 600 milioni di "risparmi" sulla spesa farmaceutica, che il Governo vuole tenere per sé, mentre "dovevano servire a coprire i costi dei farmaci innovativi". Poi i tagli sul personale sanitario, quantificabili in 418 mln per il 2011 e 1.132 mln annui a partire dal 2012. Ancora la mancata introduzione in bilancio degli 834 mln di euro promessi alle Regioni per compensare la mancata introduzione dei ticket. Infine la chiusura rispetto alla possibilità di usare i fondi Fas per coprire il debito sanitario e i mancati incrementi, previsti invece nel Patto, sia per la parte corrente che per gli investimenti per l'edilizia sanitaria.

Secondo le Regioni questa situazione mette anche in grave difficoltà il percorso di attuazione del federalismo fiscale, che viene "spazzato via" come ha detto Roberto Formigoni.

Si apre ora una trattativa, che potrebbe portare ad una minore rigidità nelle misure da adottare a livello regionale.

E.A.

Scheda

Le misure che riguardano la sanità

Piani di rientro

Le Regioni sottoposte al Piano di rientro che non abbiano raggiunto gli obiettivi prefissati per il 31 dicembre 2009 ma abbiano però "garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario" senza essere state sottoposte a commissariamento, potranno chiedere la prosecuzione del Piano per altri tre anni allo scopo di completarne gli obiettivi. Il loro raggiungimento è condizione per poter accedere ai finanziamenti già previsti, comunque condizionati al pieno raggiungimento del Piano. Queste risorse potranno anche essere state anticipate: in loro mancanza saranno rivisti i risultati d'esercizio degli anni a cui si riferiscono.

Sospensione azioni esecutive per le Regioni in deficit

Nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, allo scopo di permettere il regolare svolgimento del piano anche attraverso il pagamento dei debiti accertati (e comunque maturati in violazione degli obiettivi dei Piani), i commissari ad acta provvedono alla "ricognizione" degli stessi debiti e predispongono un piano per il loro pagamento, individuando tempi e modalità.

Per agevolare questo compito non potranno essere intraprese o eseguite azioni esecutive nei confronti di Asl o AO delle stesse Regioni; i pignoramenti già avviati non vincolano gli enti debitori e i tesoriери potranno disporre di quelle somme per le finalità istituzionali degli enti. I debiti insoluti producono "esclusivamente" gli interessi legali o gli interessi più bassi eventualmente concordati con i creditori.

Controllo della spesa farmaceutica

Due gli obiettivi da centrare attraverso il controllo della spesa farmaceutica: il primo per recuperare 550 milioni di euro di "risorse aggiuntive" già previsti nella Finanziaria per l'anno in corso, il secondo per decurtare dal Fondo sanitario nazionale del 2011 di un importo pari a 600 milioni di euro assicurati dai risparmi derivanti da quelle misure.

Quote di spettanza di grossisti e farmacisti

Taglio del 3,65% delle quote di spettanza per i grossisti e i farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali di fascia A. Per i grossisti, quindi, la quota passa dal 6,65% al 3%. L'aumento del 3,65% per le farmacie, invece, viene "azzerato" dalla trattenuta di pari importo che il Ssn, al momento di rimborsare le farmacie, effet-

tuerà a titolo di "ulteriore sconto" al netto dell'Iva.

Per rendere più efficiente il sistema di gestione (acquisizione, immagazzinamento e distribuzione interna) dei farmaci da parte delle Asl, queste ultime potranno coinvolgere le aziende della distribuzione intermedia.

Farmaci dagli ospedali al territorio

L'Aifa individuerà una lista di medicinali che verranno spostati dalla distribuzione ospedaliera a quella territoriale, cioè all'interno delle farmacie pubbliche e private. Insieme ai farmaci si sposterebbe dall'ospedale al territorio un totale di spesa di 600 milioni di euro. Gli eventuali sforamenti del tetto di spesa non sarebbero così più a carico delle Regioni ma dovrebbero venire ripianati dalle aziende farmaceutiche con il cosiddetto sistema del pay back.

Più generici per risparmiare

L'Aifa dovrà predisporre tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle varie Regioni suddivise per cate-

gorie terapeutiche equivalenti, al fine di individuare i maggiori risparmi realizzabili grazie al maggior impiego di farmaci generici o a prezzo minore. L'obiettivo quello di mettere a disposizione delle Regioni strumenti di programmazione e controllo che facciano tesoro delle esperienze migliori sul piano dell'appropriatezza prescrittiva e del rapporto costo/beneficio, così da realizzare un risparmio di spesa farmaceutica annuo non inferiore a 600 milioni di euro che resteranno comunque nelle disponibilità dei servizi sanitari regionali per far fronte ad altre spese.

Equivalenti: rimborsabili solo 4 per ogni principio attivo

L'Aifa in base al criterio del minor costo, a parità di dosaggio, forma farmaceutica e unità posologiche per confezione, individuerà un massimo di 4 farmaci equivalenti totalmente rimborsabili dal Ssn, per ogni principio attivo o specialità farmaceutica di cui sia scaduto il brevetto.

Per le altre specialità erogabili a carico del Ssn varrà il sistema del "prezzo di riferimento", cioè quello più basso sopra segnalato a cui il cittadino dovrà però aggiungere l'eventuale differenza rispetto al costo della confezione. Le economie che derivano da questa disposizione restano a disposizione delle singole Regioni.

Sconto sui generici

Prevista una riduzione del 12,5% sul prezzo al pubblico dei generici-equivalenti fino al 31 dicembre 2010.

Acquisti centralizzati e controlli sulle spese di Asl e Ospedali

Il ministero dell'Economia ha comunicato che saranno introdotte linee guida nazionali per evitare inefficienze e sprechi



nell'acquisto, stoccaggio e distribuzione dei farmaci direttamente acquistati dalle aziende sanitarie.

Asl e ospedali dovranno motivare gli acquisti di beni e servizi a prezzi superiori a quelli di riferimento, sottoponendoli agli organi di controllo e revisione.

Stretta sui contratti e gli incarichi

Fino al 2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti pubblici, anche di qualifica dirigenziale, compreso il trattamento accessorio, non potrà superare il trattamento in godimento nell'anno 2010 (fatta salva l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale). Le disposizioni si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Nello stesso periodo saranno ridotti del 5% i trattamenti economici complessivi superiori a 90.000 euro lordi annui e del 10% quelli superiori a 150.000 euro.

I rinnovi contrattuali per il biennio 2008/2009 non possono in ogni caso determinare aumenti

retributivi superiori al 3,2 per cento.

Le pubbliche amministrazioni (e quindi i direttori generali) potranno inoltre decidere di non rinnovare gli incarichi di livello dirigenziale anche in assenza di una valutazione negativa e di conferire al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Le pubbliche amministrazioni devono ridurre dell'80% rispetto al 2009 le spese per consulenze assegnate a dipendenti pubblici e, a decorrere dall'anno 2011, gli enti pubblici possono avvalersi di personale a tempo determinato o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel limite del 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Tale disposizione costituisce principio generale al quale si devono adeguare regioni, province autonome e gli enti del servizio sanitario nazionale

Turn over

L'attuale regime di turn over limitato del personale viene prorogato fino al 2014.

Giro di vite sui falsi invalidi

L'Inps effettuerà accertamenti sui requisiti degli invalidi civili, con un programma di 100.000 verifiche nel 2010 e 200.000 per ciascun anno nel 2011 e nel 2012. Sale all'85% il tasso di invalidità per l'accesso alle pensioni. Il medico che certifica una falsa invalidità è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 400 ad euro 1.600, come previsto dall'articolo 55-quinquies, comma 1, del dlgs 165/2001.

Il medico sarà inoltre obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno di immagine subito dall'amministrazione.

Pensioni

Dal 2011 una volta maturati i requisiti per il pensionamento di vecchiaia o di anzianità i lavoratori dipendenti potranno ritirarsi una volta trascorsi 12 me-

si. Per gli autonomi dovranno invece trascorrere 18 mesi.

Ai dipendenti pubblici il riconoscimento dell'indennità di buonuscita, dell'indennità premio di servizio o del trattamento di fine rapporto spettante a seguito di cessazione dall'impiego è effettuato in un unico importo annuale se l'ammontare è pari o inferiore a 90.000 euro al lordo delle relative trattenute fiscali; in due importi annuali se l'ammontare complessivo al lordo è superiore a 90.000 euro ma inferiore a 150.000 euro (in tal caso il primo importo annuale sarà di 90.000 euro ed il secondo importo sarà pari al residuo); in tre importi annuali se l'ammontare è superiore a 150.000 euro lordi (90.000 euro il primo importo annuale, 60.000 euro il secondo importo annuale, la somma residua il terzo importo annuale).

Soppresso l'Ispeal

Saranno soppressi circa venti dei 232 Enti finora finanziati con fondi pubblici, tra cui l'Ispeal, che viene accorpato nell'Inail.

◀ segue da pag. 3

EDITORIALE

L'Enpam verso il rinnovo del CdA

Amministrazione.

La quasi totalità dei Presidenti di Ordine ha espresso per iscritto altrettanta fiducia e stima nella stessa persona, questo per noi è motivo di orgoglio e di grande soddisfazione.

La Fimmg non ha voluto, per questo evento elettorale, cercare alleanze orientate ad esibire masse muscolari in preparazione di un sanguinoso confronto contro ipotetici avversari, non serve a noi, non serve alle nostre pensioni. La casa brucia, i politici di serie A e quelli di serie B... Son cose di un passato ormai lontano, che nessuno ha interesse a riesumare.

Abbiamo preferito lavorare sui contenuti e continuare il percorso iniziato ormai da anni, poco gridato, fondato su un rapporto diverso fra Sindacati e Ordini, un rapporto di reciproco rispetto di competenze e funzioni, di dialogo, di attenzione prioritaria agli interessi generali della professione medica. Di tutta la professione medica. Ho scritto a tutti i Presidenti di Ordine per dichiarare loro, in questa occasione come in altre, piena fiducia

nella loro complessiva capacità di esprimere un voto (i Presidenti di Ordine sono per statuto gli elettori del Consiglio di Amministrazione dell'Enpam) che risponda alle reali esigenze di tutto il mondo medico, tenendo nel dovuto conto le peculiarità di ciascuna categoria contribuente.

Non mancano naturalmente quelli che continuano le guerre nascoste nelle foreste (erano giapponesi alla fine del secondo conflitto mondiale, adesso li trovi anche da noi).

Per essere visti, devono usare toni forti sennò non li nota nessuno, vivono la giornata in continua campagna elettorale e trasudano fastidio e sufficienza nei confronti di chi, con umiltà, con impegno e senza clamore, giorno per giorno, continua a lavorare per dar forza e sostegno alla professione, esasperano la drammaticità del presente per rendere più appetibile il paradiso che promettono, e che nessuno vedrà mai.

Non ci preoccupano, non andranno da nessuna parte. La demagogia, come le bugie, ha le gambe corte.

Il testo della mozione approvata il 12 giugno scorso

Manovra: le preoccupazioni del Consiglio nazionale Fimmg

Il Consiglio nazionale della Fimmg, riunito a Roma in data 12 giugno 2010 presso l'Hotel N.H. Leonardo da Vinci,

sentita

la relazione del segretario generale nazionale Giacomo Milillo sulla situazione politico sindacale ed il dettagliato resoconto di tutte le iniziative che vedono la Fimmg protagonista e impegnata sia nella realizzazione delle proprie scelte programmatiche di politica sanitaria e di tutela della salute dei cittadini che nello sforzo di evitare che le recenti deliberazioni politico/legislative confliggano con la corretta prassi clinica e determinino un danno in primo luogo assistenziale, la

approva.

A seguito dell'approfondito confronto sul tema del D.L. 31/05/2010 n° 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" il Consiglio nazionale della Fimmg

rinnova

la disponibilità dei medici di famiglia italiani, in un contesto economico nazionale ed internazionale particolarmente sfavorevole,

a dare il loro contributo ad una manovra di contenimento della spesa pubblica, che abbia caratteristiche di equità e razionalità.

Esprime,

tuttavia, stante la peculiarità della categoria, profonda preoccupazione per il blocco, senza possibilità di recupero, delle procedure contrattuali e negoziali dei mmg per il triennio 2010-2012.

Il Consiglio nazionale della Fimmg

ribadisce

come la Medicina Generale metta a disposizione del Servizio Sanitario tutti i propri fattori di produzione, che contribuiscono in modo determinante al mantenimento dei livelli assistenziali ed i cui costi sono in maniera omnicomprensiva e parziale riconosciuti attraverso la dinamica contrattuale. Il congelamento delle convenzioni, in assenza del riconoscimento che esse non garantiscono solo l'adeguamento della retribuzione professionale, come avviene per i contratti, ma anche concorrono a mitigare la dinamica incrementale degli oneri sopra richiamati, mette a rischio il processo di sviluppo dell'Assistenza Primaria, irrinunciabile per

la razionalizzazione dell'impiego delle risorse nella tutela della salute e per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Così, molte attività resteranno in capo a strutture erogatrici ad alto costo, impedendo di fatto il loro trasferimento sul territorio per renderle più efficaci e meno onerose, con l'effetto paradossale che tale manovra comporterà un aumento di quei costi che si prefigge di contenere. Il Consiglio nazionale della Fimmg, pertanto,

impegna

il segretario generale nazionale, l'Esecutivo e la Segreteria tutta in un'opera d'informazione del legislatore affinché l'oggettività di queste argomentazioni trovino pratico riconoscimento nel percorso di approvazione e calibratura del D.L. n° 78.

Affida

agli stessi pieno mandato a decidere le azioni, ritenute di volta in volta più opportune, per supportare l'iniziativa. Il Consiglio nazionale della Fimmg

ribadisce,

alla luce delle deliberazioni legislative di cui sopra,

come la politica contrattuale della Fimmg, che ha consentito il recupero per la Categoria del quadriennio economico 2006-2009, sia stata responsabile e frutto di una analisi appropriata ed oculata. Nello stesso tempo

richiama

l'attenzione dei quadri dirigenti periferici del Sindacato sulla necessità di una attenta condivisione delle iniziative indirizzate al rinnovo degli accordi regionali.

Individua

nella Segreteria nazionale l'organo statutario competente, nel quale sviluppare congiuntamente gli indispensabili indirizzi di riferimento e di supporto prima di affrontare il confronto con la parte pubblica regionale in merito agli accordi decentrati e

richiede

ai segretari regionali, in capo ai quali è statutariamente posta la responsabilità delle trattative locali e della firma degli accordi, di riportare le pattuizioni, prima della ratifica, in seno alla Segreteria nazionale, al fine, in un momento in cui la condivisione è un valore aggiunto per la tutela della categoria, di consentire uno sviluppo contrattuale armonico delle realtà regionali e che si possa avvalere, pur nel rispetto delle identità locali, delle capacità complessive di tutto il Sindacato.

Approvata a maggioranza con due astenuti

Fare centro con la buona sanità

■ Uno studio che utilizza 34 indicatori per misurare l'efficienza dei servizi sanitari. Ogni Regione è rappresentata da un bersaglio e gli indicatori sono i

"colpi sparati", tanto più positivi quanto più si avvicinano al centro. Ma l'analisi, preparata dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per il

ministero della Salute, è ancora più precisa e consente di misurare i risultati azienda per azienda

di Eva Antoniotti

Quanti sono i parti cesarei? Quante fratture del femore sono operate entro due giorni? Quanti malati cronici vengono "inappropriatamente" ricoverati in ospedale?

Rispondendo a queste e ad altre domande l'Istituto Sant'Anna di Pisa, per conto del Ministero della Salute ha disegnato una mappa dell'efficienza dei servizi sanitari in Italia, che arriva anche al dettaglio di ogni singola Asl o Ao.

Presentando il lavoro, che oltre ad essere consultabile on line (www.salute.governo.it) è stato anche raccolto in 21 poderosi volumi dedicati alle singole Regioni, il ministro Fazio ha tenuto a precisare che lo scopo "non è fare delle graduatorie", ma avere un quadro dettagliato sullo stato di efficienza della sanità italiana. Una valutazione che però, come ha ammesso lo stesso ministro, non potrà non essere utilizzata anche in relazione ai finanziamenti dovuti a ciascuna Regione, poiché mette in evidenza molte inapproprietezze nell'uso dei servizi e dunque molti sprechi di risorse.

Lo studio offre, Regione per Regione, un'analisi di quello che il servizio sanitario produce attraverso 34 indicatori. Per ciascun indicatore è possibile un doppio livello di approfondimento. Si possono confrontare i dati tra le Regioni, in benchmarking, riportati in un istogramma e suddivisi in quintili colorati dal verde scuro, per i migliori risultati, al rosso allarmante, per le performance peggiori. I 22 indicatori principali sono poi riassunti nella ormai

nota forma grafica del bersaglio, che ha il centro in verde scuro e poi in cerchi concentrici le altre colorazioni dei quintili, fino al rosso. Per ogni Regione i 34 risultati sono stati riportati in un unico bersaglio, che consente di valutare a colpo d'occhio la situazione complessiva: la Toscana, ad esempio ha quasi tutti i "colpi" messi a segno nella parte centrale, mentre per la Calabria il bersaglio appare colpito da una rosa di colpi solo sul bordo esterno. Lo studio permette poi, per ciascuna Regione, di confrontare le performance delle diverse Aziende sanitarie o ospedaliere.

Per fare un solo esempio, prendiamo l'ormai citatissimo caso dei parti cesarei. Secondo l'Oms i parti chirurgici non dovrebbero superare il 15% dei parti totali, ma nel nostro Paese le percentuali sono ben più elevate e si va dal 23,01% del Friuli Venezia Giulia al 61,88 della Campania. Anche all'interno della Regione più "virtuosa" però i dati sono assai diversificati e oscillano tra il 16,54% dell'Asl Medio Friuli al 35,90% dell'Azienda ospedaliero-universitaria. È probabile che questa seconda percentuale sia dovuta anche al fatto che l'ospedale universitario sia struttura di riferimento per i par-

ti più complessi, tuttavia i dati registrati sono tutti al di sopra degli indici proposti dall'Oms.

Ciò che comunque balza agli occhi è il diverso "passo" tra le Regioni, con una evidente posizione di maggiore difficoltà/inefficienza nelle Regioni del Sud.

Assistenza territoriale: la cronicità non trova risposte

Ci sono pochi dati sull'assistenza sanitaria sul territorio e, inoltre, quelli esistenti, raccolti a livello regionale, sono difficilmente confrontabili tra loro. Si sono quindi utilizzati dei dati ospedalieri che, di riflesso, indicano le carenze dell'assistenza distrettuale.

Le malattie croniche, come la Bpco, lo scompenso cardiaco o il diabete, dovrebbero infatti trovare una adeguata risposta attraverso la presa in carico del medico di famiglia e della rete di assistenza territoriale, soprattutto quando riguardano persone con meno di 75 anni, dunque non "grandi anziani". Se questo tipo di patologie, invece, portano al ricovero ospedaliero ciò indica una inadeguatezza dei servizi territoriali. Gli indicatori utilizzati sono dunque: il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco di persone tra i 50 e i 74 anni; il tasso di ospedalizzazione



Calabria la peggiore performance

Assistenza farmaceutica
Spesa lorda pro-capite

per Bpco nella stessa fascia d'età; il tasso di ospedalizzazione per diabete tra gli adulti (20-74 anni).

Solo Toscana e Piemonte mostrano risultati virtuosi in tutte e tre le patologie indicate, con tassi di ospedalizzazione molto al di sotto della media, mentre la Sicilia, per i tre indicatori utilizzati, è nella zona "rossa" della valutazione.

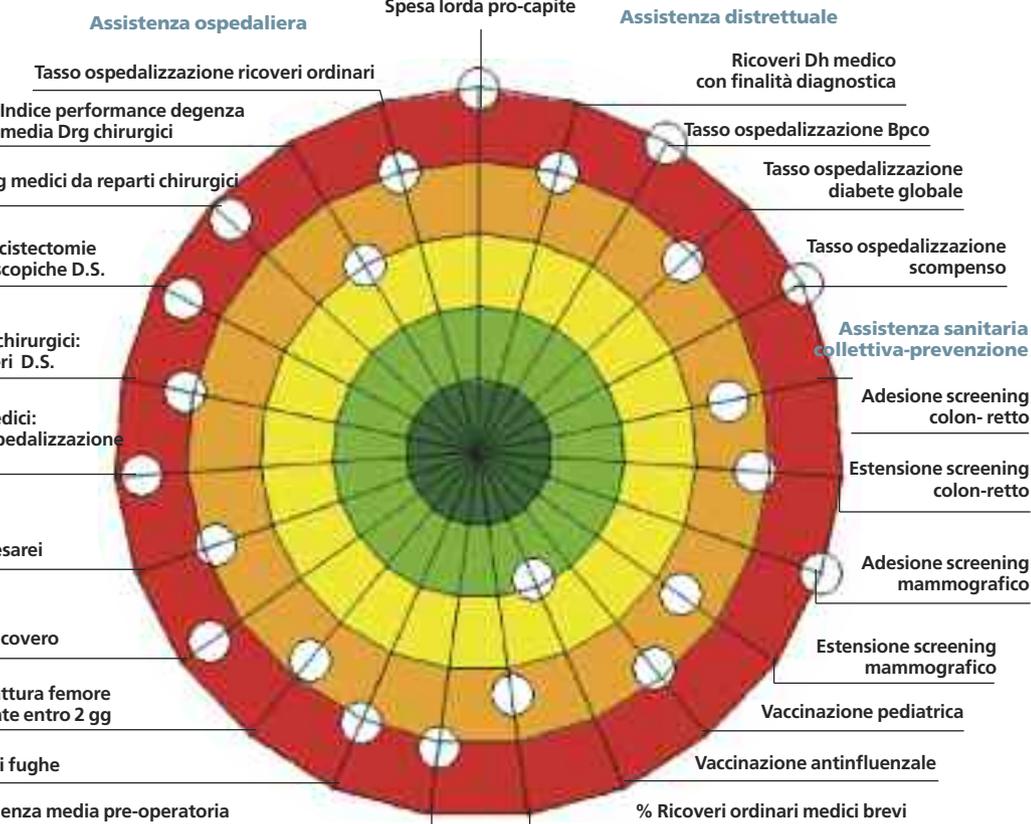
Risultati oscillanti in molti altri casi: la Lombardia è al di sotto della media dei ricoveri per scompenso e Bpco, ma fortemente al di sopra per il diabete; la Basilicata è quasi virtuosa nell'assistenza alla Bpco, ma carente per le altre cronicità.

Ospedali: misurare la qualità con le fratture del femore

La realtà degli ospedali è la più facilmente misurabile, potendo contare sul dettagliatissimo report annuale delle Schede di dimissione ospedaliera.

Sono dunque molti (21) gli indicatori utilizzati nella ricerca per misurare questo settore dell'assistenza, sia in termini di governo della domanda, che di efficienza, appropriatezza e qualità.

È proprio la qualità l'aspetto forse più interessante e innovativo, valutata utilizzando parametri internazionali, come nel caso dei parti cesarei. Un altro intervento sottoposto ad osservazione è quello delle fratture del femore che,



per avere un rapido e completo recupero, dovrebbero essere operate entro due giorni. Ciò avviene solo nel 16,23% dei casi in Basilicata, mentre nella provincia di Bolzano si arriva all'83,63% dei casi.

Per questo tipo di indicatore, però, è molto interessante anche osservare la variabilità di risposta all'interno di cia-

scuna Regione. Nel Veneto, ad esempio, l'intervento sulla frattura del femore viene eseguito entro due giorni nel 40,71% dei casi, ma con differenze notevolissime tra i diversi ospedali: a Treviso e a Verona la percentuale precipita intorno al 14%, mentre ad Arzignano l'intervento tempestivo è garantito nell'85,26% dei casi.

Lo studio: il modello Sant'Anna

Lo studio si intitola "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" ed è stato commissionato dal Ministero della Salute al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, guidato da Sabina Nuti, che dal 2001 colla-

bora con la Regione Toscana sul tema della valutazione dei servizi sanitari. Proprio nell'ambito del sistema di valutazione elaborato per la sanità toscana, entrato a regime nel 2004, è stato messo a punto l'ormai celebre grafico "a bersaglio": per ciascun indicatore i risultati vengono valutati in

cinque quintili, secondo una scala che va dal verde scuro (i migliori risultati), al verde chiaro, al giallo, all'arancione, al rosso (i peggiori risultati).

I diversi indicatori vengono quindi disposti tutti su un bersaglio che in cerchi concentrici riporta questi colori: se l'indicatore è positivo il "colpo" si posiziona verso il centro, se è negativo va invece verso il bordo esterno.

Il lavoro di analisi svolto dal Sant'Anna per il Ministero del-

la Salute è durato quasi due anni ed ha utilizzato come fonte principale i dati delle SDO 2008 raccolte dal Ministero della Salute, a cui si aggiungono i dati del Rapporto Osmed 2008 sul consumo di farmaci, i Dati sulle vaccinazioni raccolti sempre dal Ministero della Salute nel 2008 e il Rapporto nazionale screening 2008.

In questa prima fase sono stati utilizzati 34 indicatori, che potranno essere implementati in un prossimo futuro.

Toscana la migliore performance

Assistenza farmaceutica
Spesa lorda pro-capite

Assistenza ospedaliera

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica: è pericoloso spendere troppo ma anche troppo poco

Un solo indicatore riguardante l'assistenza farmaceutica è riportato nei "bersagli" riassuntivi, ed è la spesa lorda procapite per i farmaci di fascia A utilizzati sul territorio. Ovvero: quanto si spende in media per ogni cittadino in farmaci rimborsati dal Ssn, compresi i ticket.

L'indicatore è poi elaborato per dare lo "scostamento dalla mediana" di ciascuna Regione, poiché si considera che un eccesso di consumi superiore alla media sia indice di possibili sprechi, ma anche che consumi troppo ridotti siano indicatori di un "vuoto di offerta" che potenzialmente genera altre inapproprietezze, ovvero ricoveri ospedalieri non necessari o aggravamento delle patologie.

Solo le Marche e l'Emilia Romagna si mantengono sul dato più virtuoso, mentre il maggior consumo si ha in Calabria e il minore nelle Province di Bolzano e di Trento, probabilmente legato ad un diverso sistema di distribuzione attraverso gli ospedali.

Nelle analisi delle diverse Regioni viene anche esaminata la percentuale di utilizzo di farmaci equivalenti, sia in termini di spesa che in termini di volume di farmaci. In questo caso le differenze tra Regioni non sono troppo marcate: i farmaci con brevetto scaduto coprono il 23,4% della spesa farmaceutica territoriale della Lombardia, la Regione dove meno si utilizza questo tipo di medicinali, mentre in Toscana arrivano al 32,9% del totale di spesa.

Prevenzione: gli screening si fanno (quasi) solo al Nord

Due le tipologie di interventi prese in esame in questo settore dell'assistenza sanitaria: i vaccini e gli screening.

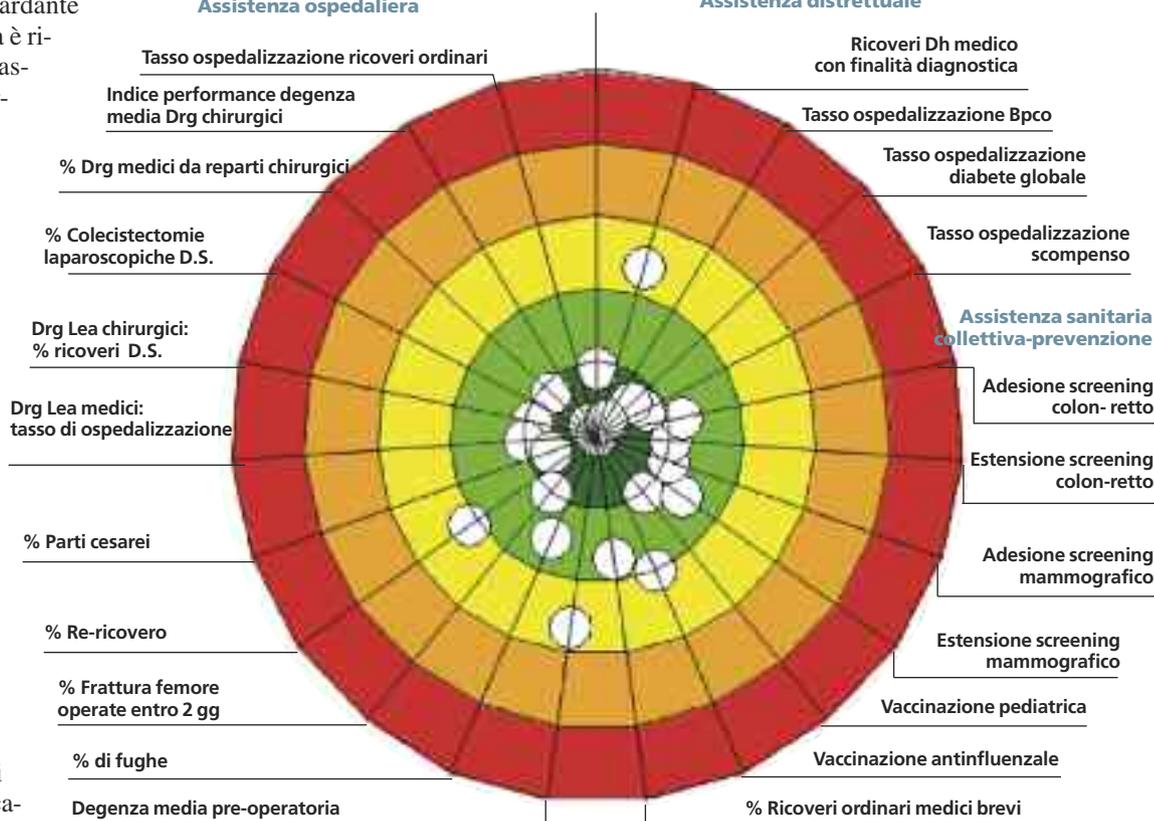
Si tratta, ovviamente, di due situazioni assai diverse. Più consolidati e dunque più uniformemente erogati i vaccini, assai meno radicati invece gli screening, che restano in sostanza appannaggio delle realtà territoriali più solide.

Così la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia in bambini fino a due anni viene praticata a circa il 90% della popolazione infantile, con variazioni modeste che vanno dall'85,3% della Sicilia al 94,6% dell'Umbria, con un'unica eccezione significativa nella Provincia di Bolzano, dove soltanto il 75,9% dei bambini viene vaccinato.

(inserire istogramma presentazione) Sul versante degli screening sono stati presi in esame due tra gli interventi più efficaci per la prevenzione dei tumori: lo screening mammografico e quello rivolto al tumore del colon retto. Per entrambi si è misurato sia a quante persone sia stata offerta la possibilità di fare questi esami, sia la percentuale di adesione delle persone al-

l'invito: tra i due dati si evidenzia una certa correlazione, poiché la scarsa offerta di indagini preventive è testimonianza di una ridotta cultura della prevenzione che porta anche i singoli a sottovalutare l'importanza di queste indagini. Le differenze tra Regioni sono in questo caso rilevanti e drammatiche perché la mancanza di indagini preventive produce, inevitabilmente, una maggiore mortalità per tumore. Lo screening mammografico in Umbria viene proposto al 98,05% delle donne tra i 50 e i 69 anni, con un'adesione del 68,47%.

In Sicilia vengono invece contattate solo il 17,52% delle donne in questa fascia d'età, e tra loro solo il 39,08% aderisce all'invito. Tra le Regioni meridionali la Basilicata è l'unica ad avere un'offerta elevata di screening mammografico, rivolto al 94,65% delle donne nella fascia a maggiore rischio, la metà delle quali rispondono positivamente.



Cambiano gli studi di settore per i mmg

■ I redditi derivanti dall'attività convenzionata non saranno più valutati come redditi da attività libero professionali. Secondo

Carmine Scavone si tratta di "un risultato importante, frutto di un lavoro di confronto intenso durato quasi tre anni"

“Le recenti novità introdotte negli studi di settore per quanto riguarda la categoria dei medici di medicina generale rappresentano un importante risultato, concreto e tangibile raggiunto dalla Commissione Fisco della Fimmg. È un traguardo di sicuro rilievo, frutto di un lavoro di confronto intenso durato quasi tre anni”. Carmine Scavone commenta così il nuovo modello per gli studi di settore approvato il 30 marzo scorso da So-

se (la società del Ministero dell'Economia che ha il compito di elaborare gli studi di settore) e Agenzia delle Entrate.

Da tempo i rappresentanti della Fimmg avevano posto in evidenza le criticità che i medici di famiglia si trovavano a dover affrontare sotto il profilo fiscale, con una sostanziale equiparazione tra redditi libero professionali e redditi derivanti dal rapporto di convenzione con il Ssn.

“L'Agenzia delle Entrate – spiega ora

Scavone, senza nascondere la soddisfazione – ha tenuto conto delle criticità esposte dai rappresentati della Fimmg, a nome di tutta la categoria dei medici di medicina generale, e ha ritenuto opportuno escludere i redditi prodotti dall'attività convenzionata dei medici di famiglia italiani dagli studi di settore, cioè dallo strumento utilizzato per prevedere i redditi di imprenditori e liberi professionisti”. “Fino ad ora – ha proseguito il vicesegretario della Fimmg – non veniva preso nella dovuta considerazione il fatto che, nell'esercizio dell'attività di professionista convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, il medico di medicina generale percepisce proventi certificati, assoggettati ad una ritenuta fiscale alla fonte, senza alcuna possibilità di occultamento. È stato inoltre recepito quanto fossero poco significativi i costi per l'esercizio dell'attività in relazione al volume d'affari e al reddito del professionista”. Fino ad oggi, infatti, le spese sostenute per le attrezzature e per tutti i “fattori produttivi” necessari allo svolgimento dell'attività del medico (studio, personale ecc.) non sono stati valutati adeguatamente nel determinare il presunto reddito finale realmente percepito dal medico che svolge attività convenzionata. Con i nuovi studi di settore, già attivi per la dichiarazione dei redditi di quest'anno per la quale Sogei ha predisposto versione aggiornata del software Gerico 2010, le cose invece cominciano a cambiare. **ATT**

Esenzione Irap: un passo avanti

“La Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 28/E del 28 maggio rappresenta un ulteriore tassello verso l'esenzione del pagamento dell'Irap da parte dei medici di medicina generale. Viene finalmente data attenzione alle peculiarità del nostro lavoro convenzionato”. È questo il commento di Carmine Scavone, responsabile della Commissione Fisco della Fimmg, al termine di una riunione della Commissione che

ha analizzato il documento recentemente diffuso dall'Agenzia delle Entrate..

“È stato stabilito che nei casi in cui il lavoratore autonomo sia dotato esclusivamente dei mezzi indispensabili all'esercizio dell'attività non c'è il presupposto per l'applicazione del tributo” ha spiegato Scavone, aggiungendo che “per la medicina convenzionata questo limite è stabilito dalla Convenzione, quindi solo nei

casi in cui fosse accertato un complesso strumentale in dotazione del medico superiore a tale limite potrebbe essere legittimo il pagamento del tributo”.

Anche questo risultato nasce dal lavoro svolto dalla Commissione ed è certo un incoraggiamento a proseguire il confronto con i funzionari dell'Agenzia delle Entrate.

“L'obiettivo – riassume Scavone – è di giungere all'esenzione

del pagamento dell'Irap che riteniamo non debba essere mai dovuta per l'attività convenzionata della medicina generale. Ribadiamo ancora una volta, infatti, che la strumentazione e i fattori produttivi in dotazione dei medici di medicina generale in quanto convenzionati con il Ssn in nessun caso sono in grado di produrre un maggior reddito dall'attività svolta in Convenzione”.

Il regalo

(terza parte)

di Francesco Fanzaga

Anche quel Cristo là in alto nell'abside dietro l'altare maggiore, se pure un po' più sfuocato dietro le lenti spesse, non aveva cambiato espressione e lo fissava come un tempo con quell'aria che non gli era mai sembrata così misericordiosa e anzi gli metteva addosso un po' di ansia. Mentre seguiva i suoi pensieri la predica se n'era andata senza accorgersene.

Il sacerdote alzò l'ostia e chi poteva si inginocchiò. Guardò verso l'altare, perché fin da bambino si aspettava che in quel momento succedesse qualcosa. Non sapeva esattamente cosa: una luce, una musica, un crampo allo stomaco, un segno insomma senza arrivare a ciò che era successo a quel prete al quale la vocazione non aveva cancellato tutti i dubbi, in quella cappella di Bolzena, ma in fondo sperandoci un po'. Attese il suono del campanello che non arrivò. Quando faceva il chierichetto lui, si litigava per poterlo suonare all'elevazione, perché nel silenzio perfetto della chiesa era l'unico rumore autorizzato, anzi atteso: un solista insomma che aveva bisogno della sua bella gavetta prima del debutto in pubblico. A volte faceva cilecca e usciva un suono sordo o addirittura nessun suono, perché s'incantava il batacchio per la natura un po' rustica e malandata dello strumento. Ci rimaneva male, mentre gli altri chierichetti ridevano e gli dicevano: "Hai visto che non sei capace! A me non sarebbe successo". Poi il sacerdote alzò il calice.

L'altare dell'Assunta era pieno di fiori esotici e di candele accese, e lei era ancora lì immobile con gli occhi rivolti verso quel cielo dove stava per essere trasportata da schiere di angeli con quell'espressione che nemmeno un am-

miratore avrebbe potuto dire felice. "La pace del Signore sia sempre con voi...". Il prete fece una pausa. "Prima di invitarvi a scambiare un segno di pace vorrei ringraziare con voi il Signore per il grande regalo che ha voluto farci in questa santa ricorrenza. Infatti, prima di pronunciare i voti che la porteranno per sempre lontano dal rumore del mondo, a una vita di preghiera e meditazione, cioè nel Carmelo di Sassuolo, è venuta a trovarci la nostra cara Francesca Valsecchi che da domenica si chiamerà suor Anna Maria degli Angeli...".

Il professor Molteni ebbe un capogiro, appoggiò le mani alla sedia davanti, strizzò gli occhi istintivamente per rubare qualche diottria a quella maledetta miopia e trattenne il respiro nell'attesa del seguito. Tra i fedeli invece si levò un leggero brusio e qualcuno accennò addirittura un applauso. Francesca era l'amica migliore di sua figlia, l'unica vera amica, la conosceva bene, stavano insieme ogni volta che potevano, cioè quando Francesca non era a



L'AUTORE

Francesco Fanzaga è medico di famiglia a Casano D'Adda. Un medico che è anche uno scrittore e che dalla sua "prima" professione trae materia per la "seconda". Nel 1997 ha pubblicato *Il mestiere più bello del mondo*, un'autobiografia ro-

manzata 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.

Strasburgo per il suo lavoro di interprete al Parlamento Europeo e mai, gli risultava, era stata una fedele praticante e tanto meno avesse manifestato l'intenzione di farsi monaca. Era presente anche quel sabato in cui Nadia venne ricoverata con TSO, perchè non c'era verso di farla ragionare e non voleva lasciare quel coltello da cucina col quale si era messa a minacciare la Mariuccia, perché le aveva detto due volte di alzarsi che era tardi e che il dottore non sarebbe stato certo ad aspettarle. Si era tagliata i capelli ma era proprio lei, la riconosceva. "Vi ringrazio per tutto quello che ho ricevuto nei 30 anni che ho vissuto tra voi e vi prego di scusarmi per la mia scelta di ritirarmi dal mondo, non è una fuga... è un bisogno profondo. Compatitemi, io pregherò per voi e spero che voi preghiate per me".

La voce era mesta ma era la sua. Il professor Molteni si sedette, strinse forte il regalo e lo lasciò solo quando sentì scricchiolare la scatola nella mano, poi si alzò di scatto e, urtando i vicini che si erano messi a commentare la scelta per lo più con espressioni di approvazione e ammirazione,

uscì. Sulla porta gli sembrò che Francesca lo chiamasse, si voltò, ma lei era già sparita. Anche i santi gli sembrarono soddisfatti della scelta di Francesca.

Fuori la nebbia si era fatta più fitta e del vigile Amedeo si sentiva solo il fischiotto e ogni tanto la voce.

Si fermò sui gradini della chiesa e respirò profondamente più volte per cercare di rallentare i battiti del cuore e diminuire la nausea. Tutto girava confusamente e il sudore che gli gelava addosso aumentava il malessere. Si asciugò la fronte e si appoggiò alla chiesa per qualche istante. Dalla nebbia gli sembrava di vedere sbucare i volti di sua figlia Nadia e di Francesca sorridenti, ma non era una novità, da due anni gli capitava di vederli sbucare ovunque. Il vigile si accorse di lui, lo riconobbe e gli chiese se andava tutto bene. "Solo un capogiro, ma è già passato, grazie Amedeo. Mi siedo un attimo dal Celso così mi passa del tutto. Aiutami per favore ad attraversare". "Ci penso io, venga professore, si appoggi a me".

Il bar era quasi deserto, solo una coppia seduta in fondo sotto il maxischermo.

Si sedette vicino alla finestra sul cortile, si tolse il cappello, si slacciò il cappotto e si pulì gli occhiali. Aprì il giornale per darsi un contegno e per l'abitudine di leggere sempre nei tempi morti. Il Celso sbucò dal retro e lo salutò col suo sorriso cordiale. "Buon Natale professore. Posso offrirle qualcosa? Un caffè, un aperitivo... per Natale offre la ditta". "Ti ringrazio, avrei bisogno piuttosto di qualcosa di forte...magari un Fernet". "Bene, vada per il Fernet. Arriva subito". La nausea era diminuita ma la testa era ancora frastornata dalla liturgia e dall'annuncio di Francesca. "Uno si ammazza di lavoro per una vita per dare alla figlia una posizione e quando finalmente ha il pezzo di carta e lo stipendio molla tutto e va a rinchiudersi in convento a pregare. Strana la vita. Un posto come il suo poi...e il suo ragazzo, Marco che farà ora? Poi non mi è mai sembrata particolarmente...".

segue...

(la prima parte del racconto è stata pubblicata sul n.2/10 di Avvenire Medico, la seconda sul n.3/10)

La bugia

(prima parte)

di Bruno Cristiano

Ripetete una bugia molte volte e per più giorni: scoprirete che si trasforma in verità e non la potete più riconoscere come bugia. A questo punto se pronunciate la verità avrete detto una bugia

Mentire significa abitare la distanza che intercorre tra "apparenza" e "realtà", e quindi uscire dall'ingenuità di quanti credono che le cose sono ciò che appaiono. Il cavallo che Ulisse porta dentro le mura di Troia appare come un'offerta agli Dei, ma è una macchina da guerra. Dunque l'apparenza inganna, va oltrepassata.

Ulisse, prototipo dell'uomo moderno, il cui pensiero cambiò l'occidente, inaugurerà quella doppia coscienza per cui è ad

un grado più alto di veridicità chi mente sapendo di mentire, perché disabita l'ingenuità per abitare la complessità dei due livelli: la realtà e la sua maschera. Tra questi livelli prende avvio quella complessità che non concede più verità assolute, ma solo probabilità plausibili.

La bugia è una creazione immaginaria di un evento non accaduto ma che si è desiderato potesse accadere. Il più delle volte il mondo della realtà esterna domina quello interiore regolato dal desiderio e dunque si impone in modo sgradevole e frustrante. Il passaggio dall'uno all'altro mondo è un meccanismo di difesa esistenziale e permette una fuga che talora fa sentire liberi quando si è incatenati ed eroi quando il proprio quotidiano è inve-

ce anonimo. Per questo bugia e verità sono parametri di mondi differenti (immaginazione e realtà esterna), trasferiti dall'uno all'altro. La bugia è una componente essenziale della nostra cultura, senza di essa avremmo di fronte una realtà nuda e sgradevole, è il sale della vita è la maschera gradevole della verità. È talmente partecipe del sapere che nessuno sa più cosa sia verità e che cosa sia bugia e può sempre vedere l'una nell'altra, a piacere. L'intelligenza ha nella menzogna la sua prima radice. Mentre, infatti, la forza vince con lo scontro fisico, la menzogna vince sottraendo all'avversario le informazioni necessarie per orientare le sua condotta.

Così nasce l'intelligenza, e a riconoscerlo è lo stesso Platone: "Mentire coscientemente e volontariamente ha più valore che dire involontariamente la verità". Congedarsi dalla forza per accedere all'intelligenza, attraverso l'esercizio della menzogna, è il passo che ha consentito all'uomo di distinguersi dall'animale.

Le ragioni di Galeno

■ Con l'intervista ad Aristide Missiroli, medico di medicina generale e presidente di Galeno, inauguriamo una nuova rubrica di *Avvenire Medico*. Lo scopo è quello di cercare di spiegare in modo semplice

e conciso le varie attività in cui da sempre il nostro sindacato è impegnato per migliorare l'attività professionale del mmg e per garantire le migliori opportunità ai propri iscritti e ai loro familiari.

di Paolo Giarrusso

Dottor Missiroli, che cos'è Galeno?

Galeno è un broker assicurativo nato per proteggere il medico e i suoi familiari in campo sanitario assistenziale e previdenziale.

Ma... Galeno conviene?

Galeno conviene perché non lascia il medico solo nei confronti di chi gestisce l'assistenza integrativa e previdenziale e fa sì che di fronte alle grandi compagnie assicurative non ci sia solo il singolo medico ma un'organizzazione di circa 5.000 soci. È facile capire che una cosa è contrattare una polizza da solo e un'altra è contrattarla in rappresentanza di 5.000 soci

Cosa offre Galeno?

Quando un medico diventa socio, acquisisce un pacchetto di prestazioni che vanno dalla polizza sanitaria (VEDI TABELLA 1) alla tutela legale civilistica e alla tutela previdenziale (VEDI TABELLA 2)

Quali sono i principi fondanti di Galeno?

Il principio fondante è la solidarietà. Solidarietà che si manifesta anche in prestazioni non prettamente codificate ma che permette al socio di non essere solo in caso di evenienze eccezionali. Mi spiego meglio: nessuna assicurazione o ente previdenziale si sogna di intervenire in situazioni eccezionali non codificate dove l'assicurato resta solo senza appiglio. Galeno è intervenuta per dare contributi ai medi-

ci soci in grave difficoltà come il terremoto in Abruzzo o la frana di Messina, ma anche in caso di gravissimi eventi individuali che hanno distrutto la vita di un collega e lasciato nella disperazione i familiari superstiti. Questo mi sembra il grandissimo valore aggiunto di Galeno, e ciò dovrebbe essere un buon motivo scegliere Galeno.

La quota mensile versata a Galeno, come viene investita?

Le prestazioni offerte da Galeno non



Aristide Missiroli

“
Solidarietà
che si manifesta
anche in prestazioni
non prettamente
codificate ma che
permette al socio di
non essere solo in
caso di evenienze
eccezionali

sono direttamente erogate da Galeno, ma vengono assicurate da primarie compagnie assicurative con cui Galeno stipula delle convenzioni alle mi-

gliori condizioni di mercato. Quindi la movimentazione di denaro è una grossa partita di giro che Galeno incassa dai soci e versa alle compagnie assicurative detratte le spese (contenute) di gestione e i costi per il Consiglio di amministrazione. Spese che ammontano in totale al 3% della massa finanziaria generale. Da qui un'altra considerazione: con queste spese limitate Galeno non può fallire.

Mi spieghi meglio, dottor Missiroli.

Le prestazioni sanitarie movimentate sono valutate in circa un miliardo di euro al mese che vengono liquidate mensilmente alle compagnie assicura-

tive, per cui nell'improbabile caso di inadempienza da parte di queste Galeno con minimo rischio potrebbe fin dal mese successivo spostare il suo pacchetto assicurativo ad altra compagnia senza per questo venir meno ai vantaggiosi contratti stipulati a lungo termine. Si

comprende bene come in un libero mercato come il nostro le compagnie competitors sarebbero ben liete di accogliere un cliente come Galeno.

In conclusione, è sicuro che, ad esempio, fra 20 anni il medico-socio potrà giovare delle prestazioni che in questo lasso di tempo avrà pagato anticipatamente?

L'esperienza maturata in 18 anni dimostra che agli stessi costi iniziali, Galeno fornisce ai soci prestazioni molto più ampie di quelle che erano state concordate al momento della stipula del contratto. Facciamo l'esempio della polizza 100 anni: il socio è coperto fino all'età di 100 anni con un costo programmato in decremento in riferimento all'anzianità di appartenenza; addirittura dopo 25 anni la copertura è gratuita e quindi senza costi per i singoli soci, indipendentemente dall'esistenza di Galeno nel futuro grazie proprio alla presenza di un fondo dedicato che si autofinanzia.

ATT

A margine dell'evento, tante iniziative culturali

L'annuale assemblea di Cassa Galeno a Roma

Oltre all'Assemblea ordinaria, i soci sono stati chiamati a votare alcune proposte di variazione dello Statuto

di Ezio Cotrozzi

L'annuale Assemblea di Cassa Galeno si è tenuta lo scorso 29 maggio presso il Domina Hotel di Roma. l'incontro è stato caratterizzato da un programma fitto di appuntamenti.

La prima parte dell'evento ha visto l'approvazione all'Unanimità da parte dell'Assemblea del Bilancio di Esercizio del 2009 presentato dal Presidente Aristide Missiroli ed illustrato dal Sindaco Revisore Francesco Noce.

Ha fatto seguito la Relazione scientifica sul tema L'importanza del vaccino contro l'Hpv. A cura della Responsabile Scientifica della Azienda Glaxo D.s.a Daniela Pieranunzi e ciò per presentare la Campagna che Galeno lancia per la prevenzione di una importante forma di Tumore.

Successivamente, è stato presentato il concorso indetto dalla Fondazione Previame Scrivera33. I medici raccontano con la premiazione conclusiva (avvenuta alla fine della parte straordinaria del-

la Assemblea).

L'Assemblea straordinaria indetta per variare alcuni articoli dello Statuto e per immetterne tre nuovi ma transitori ha riscosso una forte partecipazione da parte dei Soci attraverso la votazione per posta (oltre 400 voti) e un dibattito aperto e serrato in sala.

La conclusione della votazione ha significato un attestato di Fiducia dei Soci nei confronti dell'operato del Consiglio di Amministrazione che quindi grazie alle nuove norme ha la possibilità e la responsabilità di promuovere e sviluppare nei prossimi 5 anni in quantità ma soprattutto in qualità le prestazioni a disposizione dei Soci. La giornata ha chiuso con un momento conviviale, una cena offerta dalla Cassa a tutti i Soci e rispettivi Familiari presenti.

A margine dell'assemblea, i partecipanti hanno avuto mo-

do di prendere parte ad alcuni eventi culturali previsti in quei giorni nella città capitolina: Renzo Arbore e la sua orchestra al Teatro Sistina, la mostra su Caravaggio alle Scuderie del Quirinale, le visite del venerdì in orario notturno presso la Cappella Sistina e, infine, gli Impressionisti al Vittoriano, tante buone ragioni per rendere il soggiorno romano ancora più piacevole.

**segretario di Cassa Galeno*



Camice bianco, consigli su come indossarlo

Nella III edizione di Scrivera33, i medici scrivono ai medici

Quali consigli e regole seguire per essere un buon medico oggi? Ai soci Galeno è stato chiesto di scrivere una lettera a un giovane collega che muove i primi passi come professionista nel mondo della sanità. Questo

il tema scelto per la terza edizione del Premio Scrivera33, indetto dalla Fondazione Previame e riservato ai soci Galeno che amano la scrittura. Vento le lettere arrivate, tutte con una storia che vale la pena leggere e mille consigli da tenere a mente, tra idea-

li ed esperienze pratiche che segnano profondamente. Tre i lavori scelti dalla Giuria, ma ai soci l'ultima parola per decidere, con il proprio voto, la classifica finale che ha decretato la lettera vincitrice.

ATT

L'altra faccia della rivoluzione

■ In occasione del cinquantenario della prima approvazione della pillola anticoncezionale, il New York Times ricorda come il

successo della pillola costrinse la Food and Drug Administration a cambiare. E diventare moderna

di Antonino Michienzi

Correva l'anno 1957 quando la Food and Drug Administration americana fece seguito alla richiesta di approvazione di un'associazione di mestranolo e noretinodrel per il trattamento dei disordini mestruali e dell'infertilità. Tre anni dopo, nel 1960, quella stessa associazione, con il nome di Enovid, fu approvata come contraccettivo orale. Era la prima "pillola" e non cambiò soltanto la storia sessuale e sociale della donna, liberandola dall'obbligo della gravidanza e concedendole un ingresso libero nel mondo del lavoro, ma anche quella delle agenzie di regolamentazione dei farmaci.

Fu a causa del successo di quel farmaco che l'Fda (e via via tutte le altre agenzie mondiali) si vide costretta a inaugurare tre nuovi strumenti entrati nella routine della "scienza regolatoria" e che oggi garantiscono gli straordinari livelli di sicurezza dei farmaci in commercio. Sorveglianza post-marketing, esperti indipendenti incaricati di valutare le evidenze scientifiche prodotte sui medicinali e comunicazione diretta con i pazienti nascono in quell'occasione e il New York Times, nel cinquantenario del farmaco, ricostruisce come ciò sia avvenuto. L'approvazione della pillola si era basata su un trial ampio, ma piuttosto breve. Un fatto, questo, che non aveva consentito di valutare i rischi connessi all'assunzione del farmaco nel lungo periodo. Per questa ragione l'Fda aveva limitato a due anni il periodo massimo di somministrazione. Un limite facilmente aggirabile: sarebbe bastato cambiare medico prescrittore o farmaco, dato che nel frattempo ne erano giunti altri sul mercato. Ma non fu ne-

cessario aspettare molto tempo perché accadesse qualcosa: nel novembre del 1961, un medico inglese segnalò su *The Lancet* che una giovane donna che assumeva la pillola aveva riportato un trombo ed era deceduta. Di lì a qualche mese le segnalazioni aumentarono e nell'estate seguente l'Fda aveva ricevuto 26 segnalazioni di casi simili. Nel frattempo il successo della pillola cresceva e nei due anni successivi negli Stati Uniti era arrivato a 4 milioni il numero di donne che la prendevano. A quel punto era diventato impossibile per l'Fda valutare, con gli strumenti di cui disponeva, se i disturbi accusati da chi assumeva il farmaco erano correlati al consumo della pillola o si sarebbero verificati comunque. Fu per uscire dall'imbarazzo che decise di servirsi di due strumenti fino ad allora inediti: il primo fu la nomina di un panel di esperti indipendenti incaricato di riesaminare le evidenze scientifiche sulla pillola, il secondo fu l'avvio di un ampio studio epi-

demiologico che fornisse informazioni sui rischi correlati all'assunzione del farmaco. Fu l'inizio della sorveglianza post-marketing che da lì a breve sarebbe diventata elemento imprescindibile nei processi regolatori.

Ma non era sufficiente. Le notizie sui rischi della pillola avevano ormai raggiunto l'opinione pubblica. Le donne cominciarono a protestare per non essere state informate del rischio, mentre il Congresso aveva cominciato a dedicare udienze all'argomento.

Fu così che l'Fda inaugurò le prime strategie di comunicazione del rischio. Il primo tentativo fu fallimentare: stampò un opuscolo da distribuire ai medici, che, visti scavalcati nel loro ruolo di informatori dei pazienti, pensarono bene di ignorare il materiale o rifiutarlo. Fu così che l'Agenzia sperimentò per la prima volta un modello di comunicazione direttamente rivolto ai cittadini: un nuovo libretto informativo da distribuire in farmacia contestualmente al ritiro del farmaco.

"Fu la prima volta che l'agenzia fornì informazioni direttamente ai pazienti sul punto vendita senza contare sulla collaborazione dei medici", ha illustrato al quotidiano americano Suzanne Junod, una storica dell'Fda. E da allora non si sarebbe più fermata. Inaugurando un modello che avrebbe fatto scuola nel resto del mondo.

Per tutte queste ragioni, ha dichiarato al New York Times Peter Barton Hutt, un ex avvocato dell'Fda, "la pillola rappresenta una pietra miliare nel campo della regolazione dei farmaci. È con quel farmaco che è iniziato tutto". **ATT**

SE "IL PAZIENTE" È DONNA

Uomini e donne sono uguali? Proprio no, e le differenze si fanno sentire, anche riguardo alla salute e alle cure.

La "medicina di genere", ovvero la medicina che tiene conto delle diversità, non solo biologiche, tra uomo e donna, si sta lentamente affermando in tutto il mondo, smentendo il paradigma secondo cui il paziente è sempre "giovane adulto, maschio, bianco".

Due giornaliste scientifiche, Letizia Gabaglio ed Elisa Manacorda, hanno riassunto

in un volume, semplice e chiaro, le ragioni di questa "rivoluzione" nel modo di guardare alla malattia, alla terapia e alla sperimentazione.

Letizia Gabaglio, Elisa Manacorda

Il fattore X

Castelvecchi Editore, Roma 2010
pp.150, euro 15.00

Gli inserti di Avvenire Medico

Conciliazione

Una soluzione per il contenzioso medico legale tra medico e paziente?

a cura di Stefano Nobili, Fimmg Milano

Le ultime percentuali parlano chiaro: 9.567 denunce nel 1994, 29.543 nel 2007. Numeri spaventosi. Quale la conseguenza? L'aumento dei premi assicurativi da 35 milioni e 406 mila euro del 1994 a 453 milioni del 2007, il mille per cento. Come ovviare a questa escalation? Dal legislatore arriva oggi una nuova opportunità: il tentativo di conciliazione con il paziente, in caso di controversia, diventerà obbligatorio a partire dal 2011 (D.lgs 28/2010). Insomma, non sarà possibile rivolgersi direttamente alla magistratura per contenziosi in materia di responsabilità medica senza aver prima tentato la strada della conciliazione. Nelle pagine che seguono spieghiamo come si svilupperà il meccanismo della conciliazione.

CONCILIAZIONE

INTERVISTA ALL'AVVOCATO PAOLA FERRARI DEL PRONTO SOCCORSO MEDICO-LEGALE FIMMG LOMBARDIA
Avvocato Ferrari che cosa avverrà?

Le denunce per errori medici sono in costante aumento. Da quanto emerge dai dati Ania appena pubblicati, l'aumento è del 200%. Non vi è dubbio che questo sia un quadro preoccupante e che deve essere ben tenuto presente da tutti coloro che svolgono l'attività sanitaria. Nel tentativo di arginare il ricorso alla giustizia civile e tentare così di deflazionare, almeno in parte, il ricorso ai Tribunali, il Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n.28 in attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n.69, ha imposto un tentativo di conciliazione obbligatorio prima dell'azione giudiziaria. L'istituto diverrà obbligatorio dal mese di marzo 2011.

L'art. 5, in particolare, prevede il tentativo di conciliazione come condizione di procedibilità del processo, in determinate materie ed in particolare nelle cause di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, lo-

cazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, da responsabilità medica e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari.

L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale: ciò vuol dire che la causa può essere comunque proposta ma non può essere istruita dal giudice prima che siano trascorsi i quattro mesi previsti per l'esperimento del tentativo di mediazione.

Il meccanismo è sostanzialmente simile a quanto già avviene in materia di diritto del lavoro. Nel caso di mancato esperimento del tentativo di conciliazione il giudice assegnerà alle parti un termine di quindici giorni per proporre l'istanza e, nel caso il giudizio sia già in corso, fisserà un'udienza a distanza di almeno quattro mesi.

La normativa, inoltre, prevede nel caso di cause già in corso anche nella fase di appello il Giudice possa invitare le parti alla mediazione al fine della conciliazione della causa.

Avvocato Ferrari, come avviene il procedimento e quali le conseguenze, cioè l'efficacia della mediazione?

Il procedimento ha una durata non superiore a quattro mesi, trascorsi i quali il processo può iniziare o proseguire. Va presentata la domanda presso l'organismo di mediazione, è designato un mediatore e fissato il primo incontro tra le parti (non oltre quindici giorni dal deposito della domanda); il mediatore cerca un accordo amichevole di definizione della controversia; se la conciliazione riesce, il mediatore redige processo verbale, sottoscritto dalle parti e dallo stesso mediatore; in qualunque momento del procedimento, su concorde richiesta delle parti, il mediatore formula una proposta di conciliazione.

L'efficacia della mediazione, dal punto di vista della sua esecutività, porterà al raggiungimento di un accordo, in caso positivo: esso dovrà essere omologato dal tribunale, che ne verificherà regolarità formale e rispetto dei principi di ordine pubblico. Il conseguente verbale costituisce titolo esecutivo per l'espropria-

segue a pag. 20 ►

Un convegno a Roma dedicato alla conciliazione
Rinnovare il rapporto tra medico e cittadino

La conciliazione, un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino. Questo il titolo del convegno svoltosi a Roma il 13 maggio scorso, presso la sede dell'Enpam, organizzato dalla Fondazione Previame Onlus e promosso da Assomedico, con la collaborazione di Fimmg, la partecipazione dell'Ania e il patrocinio dell'Enpam. Che il fenomeno del contenzioso sulla responsabilità civile medico-sanitaria stia assumendo contorni preoccupanti è confermato dai dati dell'Ania: il numero di sinistri denunciati in ambito professionale medico è, infatti, cresciuto del 200 per cento dal 1994 al 2007, e l'ammontare delle denunce e le relative aperture delle pratiche di risarcimento derivanti da sinistri nell'area medica è passato da 9.567 del 1994 ai 29.543 del 2007. Un numero impressionante che, da solo, copre il 5 per cento dell'intero ramo della responsabilità civile generale delle assicurazioni italiane (escluso RC auto). Non solo: se il numero di denunce verso le strutture sanitarie presenta un trend in lieve diminuzione (dalle

16.424 denunce del 2006 si è passati a 16.128 casi nel 2007, con un decremento dell'1,8 per cento), quelle verso i singoli medici invece sono cresciute del 12,2 per cento, così da 11.959 casi del 2006 si è passati a 13.415 denunce nel 2007.

I presunti errori sono anche al primo posto tra le diverse tipologie di casi segnalati all'Osservatorio Pit Salute-Cittadinanzattiva con una percentuale di segnalazioni nel 2008 intorno al 18 per cento. Un trend già registrato negli anni precedenti: erano 18,2 per cento nel 2007. I cittadini puntano il dito prevalentemente su errori durante lo svolgimento di interventi chirurgici (il 53 per cento) piuttosto che errata diagnosi (26 per cento). Un 12 per cento segnala invece casi di errata terapia.

Di certo la novità offerta dal legislatore raccoglie il plauso dei medici. Dall'indagine condotta nel mese di aprile da Assomedico - associazione senza scopo di lucro - è emerso che l'88,5 per cento dei camici bianchi promuove l'introduzione di un processo di mediazione, e ben il 94 per cento ritiene si avrà una riduzione di costi e tempi rispetto all'iter giudiziale.

Questo nonostante siano ancora in pochi ad essere informati

CONCILIAZIONE

Il parere di Nicolino D’Autilia, presidente dell’Ordine dei Medici di Modena**BENE LA CONCILIAZIONE, MA IL FUTURO È NELL’ALLEANZA TERAPEUTICA****Si discute molto di mediazione e conciliazione: qual è l’opinione di un presidente di Ordine e la posizione di Fnomceo in merito?**

Non vi è dubbio che l’emanazione del recente decreto legislativo su mediazione e conciliazione in tema di controversie abbia colmato un vuoto normativo che ci pone al passo con altri paesi europei più evoluti sotto questo profilo. A dire il vero nel nostro paese questo ruolo di mediazione era ed è tuttora svolto dalle Camere di Commercio ma tale attività rimane nell’ambito delle specifiche competenze economiche sebbene ci siano tentativi degli stessi enti di entrare in campo sanitario. Da alcuni anni, alcuni Ordini come Roma, Palermo e Sondrio si sono attrezzati con la costituzione delle cosiddette Camere Conciliative, veri e propri organi

di rapporto tra mondo sanitario rappresentato dagli Ordini professionali e istanze dei cittadini in caso di controversie per supposta malasanità.

Altri Ordini, come quello di Modena da me presieduto, erano in procinto di costituirle dopo le opportune consultazioni con gli Organi dello Stato preposti alla amministrazione della Giustizia. È del tutto evidente che l’entrata in vigore del decreto impone nuovi adempimenti e soprattutto definisce la obbligatorietà del percorso pre-azione giudiziaria per cui gli Ordini che vorranno contribuire alla tutela dei colleghi dovranno mettere in campo adeguate risorse per creare le condizioni più idonee ad istituire questi organismi innovativi.

Da ciò deriva anzitutto una doverosa valutazione delle capacità finanziarie di ogni Ordine per cui ritengo che gli Ordini più piccoli potranno consorzarsi o fare riferimento all’Ordine capoluogo di regione. In ogni caso la Fnomceo si è attivata con estrema celerità su questo decreto costituendo un gruppo di lavoro che ha stilato una bozza di regolamento da sottoporre all’attenzione

dei Ministeri competenti, questo nell’ottica di fornire ad ogni singolo Ordine una traccia uniforme e “condivisa” che possa garantire il rispetto della normativa nazionale. Certo c’è ancora molto da lavorare soprattutto in termini di sensibilizzazione dei colleghi su questo tema.

Quale il possibile ruolo attivo dei medici nel processo di conciliazione?

Il ruolo dei medici deve per forza di cose essere attivo. In primo luogo perché questo decreto recepisce le istanze dei numerosi colleghi coinvolti nelle sempre più frequenti controversie giudiziarie sia civili che penali.

È innegabile che siano soprattutto alcune specialità a soffrire sotto questo aspetto: ortopedia, ginecologia, chirurgia plastica, odontoiatria, solo per citarne alcune, ma il fenomeno del ricorso in Tribunale da parte dei cittadini per ottenere un risarcimento in caso di malpractice è generalizzato. In questo senso la figura del medico di famiglia, sulla base della mia esperienza di pre-

segue a pag. 20 ►

sulle novità: il 66,5 per cento dei medici non è a conoscenza dei contenuti delle nuove disposizioni, appena il 21 per cento ne ha sentito parlare e solo il 12,5 per cento è preparato. Soprattutto il 60 per cento è persuaso che la via della conciliazione è un’opportunità da cogliere e offrirà la possibilità di salvaguardare il rapporto fiduciario instaurato con paziente. Della stessa opinione è l’avvocato Alessandro Calzavara, della Fondazione Previassme Onlus: “La novità introdotta dal legislatore avrà sicuramente ricadute positive sul rapporto medico-paziente, che sempre di più si sta trasformando da rapporto fiduciario in un rapporto conflittuale con tutte le negatività che questo comporta. Avrà inoltre – ha aggiunto Calzavara – un impatto positivo sul risarcimento dei danni di piccola e media dimensione, porterà ad un’accelerazione dei tempi di risoluzione dei contenziosi e a una riduzione delle spese a carico delle parti. Certo – ha concluso – bisogna cambiare mentalità per innovare rapporti tra medici e cittadini, per passare da una logica di conflitto a una disponibilità reciproca al dialogo”.

Intervenendo al convegno Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, ha sottolineato come i medici di famiglia

siano tra i meno esposti al contenzioso legale con i pazienti, come mostrano chiaramente tutti i dati disponibili. “Il tratto caratteristico del rapporto tra il medico di famiglia e i suoi assistiti – ha detto Milillo – è la reciproca conoscenza, che dura negli anni e spesso quasi per tutta la vita. Si tratta quindi di un rapporto fiduciario, fondato, come si dice anche in linguaggio tecnico-burocratico, sulla ‘scelta’. Il cittadino ‘mi sceglie’ e questa condizione di partenza, attualmente assai meno facile da realizzare ad esempio in ambiente ospedaliero, consente spesso di procedere poi costruendo un’autentica relazione positiva”. “Credo che anche riguardo ai progetti sulla conciliazione si debba tener conto dell’importanza della scelta – ha aggiunto il segretario della Fimmg – offrire ai cittadini un percorso ‘obbligato’, saldamente e vistosamente nelle mani delle istituzioni mediche, con ogni probabilità ne ridurrebbe di molto l’efficacia, come peraltro già mostrano le esperienze avviate in alcune città presso gli Ordini. Viceversa, la creazione di un luogo realmente plurale, cui concorrono anche le associazioni dei cittadini, potrebbe davvero essere la base per rinnovare un’alleanza tra medici e cittadini”.

(E.M.)

CONCILIAZIONE

◀ segue a pag. 18

zione forzata, per l'esecuzione in forma specifica, oltre che per l'iscrizione di ipoteca giudiziale e, quindi, acquista la stessa efficacia di una sentenza non appellata.

L'accordo raggiunto, anche a seguito della proposta del mediatore, può prevedere il pagamento di una somma di denaro per ogni violazione o inosservanza degli obblighi stabiliti o per il ritardo nel loro adempimento.

Abbiamo parlato di norme e procedimenti: ma quali saranno gli organismi della mediazione?

Il testo regola la figura istituzionale degli organismi di mediazione, ovvero degli enti pubblici o privati presso i quali può svolgersi il procedimento di mediazione con un Registro tenuto e vigilato dal Ministero della giustizia.

Per l'iscrizione dell'organismo sarà necessario depositare il regolamento, in cui prevedere, in ipotesi di modalità telematiche di mediazione, le garanzie di riservatezza che si assicurano alle parti e al procedimento. Quanto agli enti coinvolti, i consigli degli Ordini forensi possono costituire organismi, da iscrivere a semplice domanda, che facciano uso del proprio personale e dei locali messi a disposizione dal presidente del tribunale.

Si prevede poi la facoltà di istituire, pre-

via autorizzazione, organismi di mediazione anche presso i consigli degli altri ordini professionali: ciò risponde all'esigenza di sviluppare organismi in grado di dare rapida soluzione alle controversie in determinate materie tecniche (ad es. in materia ingegneristica, informatica, contabile, sanitaria o simili).

Anche tali organismi, così come quelli istituiti presso le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, saranno iscritti a semplice domanda.

La natura pubblicistica degli enti che istituiscono gli organismi offre, infatti, una garanzia di serietà ed efficienza che la legge prevede come requisito per l'iscrizione.

È prevista l'istituzione, con decreto ministeriale, dell'elenco dei formatori per la mediazione che quindi potranno, in materia sanitaria, essere gli ordini stessi e/o altre organizzazioni che diano prova di capacità didattica.

Quelli attualmente accreditati sono reperibili sul sito del ministero della giustizia al link http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_10_1.wp

La normativa appare tutto sommato abbastanza lineare e chiara: ci sono lati oscuri, specie riguardo l'ambito sanitario?

Se la normativa può apparire semplice, in realtà pone numerosi dubbi in particolare per quanto riguarda la materia sanitaria che allo stato non sono risolti.

a) Non è prevista la partecipazione di un difensore e ciò permetterà la nascita di società parassitarie specializzate all'apertura di contenziosi più o meno fondati. Non solo, l'evolversi della mediazione, produce anche conseguenze nel successivo procedimento legale ed è evidente che la mancanza di un difensore possa determinare gravi conseguenze nel successivo iter processuale.

b) Non è prevista la possibilità di nominare dei consulenti tecnici di parte. Non è chiaro quindi con quali strumenti un mediatore potrà risolvere quesiti tecnici in ambito sanitario e biologico.

c) La qualifica dei mediatori. Nel registro possono iscriversi tutti coloro che hanno determinate qualifiche ed abbiano frequentato appositi corsi i quali, però, ad oggi sono totalmente generici e quindi non vi è garanzia alcuna che il mediatore incarico sia effettivamente competente nel caso specifico.

Come spesso avviene, provvedimenti a lungo attesi, vengono poi emanati di corso e senza quel minimo di approfondimento che le questioni necessitano. Non vi è però dubbio che questa normativa solleva dei problemi processuali importanti e, in alcuni casi, rimarrà di fatto disattesa attraverso i verbali di conciliazione negativi come spesso avviene nei processi del lavoro dove questo meccanismo è da lungo tempo applicato.

◀ segue a pag. 19

sidente dell'Ordine di Modena e del continuo confronto con gli altri colleghi presidenti, risulta fino ad ora solo marginalmente interessata al fenomeno delle controversie giudiziarie. Ma credo che il clima di crisi serpeggiante nei cittadini possa determinare anche in questo ambito mutamenti di scenario.

La conciliazione è la giusta soluzione all'esplosione del contenzioso medico-paziente?

È una delle soluzioni delle quali si può e si deve usufruire in un contesto di opportuno coinvolgimento del cittadino in scelte che possano evitare lungaggini giudiziarie e spreco di risorse anche economiche.

Ma sbaglierebbe chi pensasse di risolvere i problemi del contenzioso medico-paziente solo con questo. Il rapporto tra queste due figure era e rimane solido se entrambi lavorano per consolidarlo, ed il primo pilastro è costituito dalla fiducia che si costruisce giorno dopo giorno con il rispetto reciproco, la trasparenza delle valutazioni cliniche e con molta franchezza di rela-

zione. La giusta risposta al contenzioso è la prevenzione del rischio attraverso una definizione dei rispettivi ruoli e nella consapevolezza che è profondamente mutata la tipologia del rapporto medico-paziente dove giocano altre figure sia mediche che estranee al mondo sanitario senza parlare della sempre maggiore invadenza di Internet nel nostro quotidiano professionale.

Ed è per questo motivo che occorre stringere una vera alleanza terapeutica con il cittadino-paziente per percorrere insieme una strada che può essere anche lunga trenta o più anni.

FLOGOFENAC

Diclofenac sodico

100 MG

CAPSULE RIGIDE A RILASCIO
PROLUNGATO

Antinfiammatorio non steroideo

INDICATO PER:

● **malattie reumatiche infiammatorie e degenerative quali: ⁽¹⁾**

- /// artrite reumatoide
- /// spondilite anchilosante
- /// artrosi
- /// reumatismi non articolari

- Stati dolorosi da flogosi di origine non reumatica o a seguito di un trauma
- Trattamento sintomatico della dismenorrea primaria



POSOLOGIA:
Una compressa al giorno ⁽¹⁾

Prezzo al pubblico
€ 6,51*

(Nota 66)
CLASSE A

1) RCP Flogofenac

* Prezzo comprensivo delle riduzioni temporanee di cui alle determinazioni AIFA 3 Luglio 2006 e 27 Settembre 2006

FLOGOFENAC

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

FLOGOFENAC 100 mg capsule rigide a rilascio prolungato

FLOGOFENAC 100 mg supposte

FLOGOFENAC 75 mg/3 ml soluzione iniettabile

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni capsula rigida a rilascio prolungato da 100 mg contiene:

Principio attivo: diclofenac sodico 100 mg

Ogni supposta da 100 mg contiene:

Principio attivo: diclofenac sodico 100 mg

Ogni fiala da 3 ml contiene:

Principio attivo: diclofenac sodico 75 mg

3. FORME FARMACEUTICHE

Capsule rigide a rilascio prolungato

Supposte

Soluzione iniettabile

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Capsule rigide a rilascio prolungato, supposte:

Malattie reumatiche infiammatorie e degenerative quali:

- artrite reumatoide, spondilite anchilosante
- artrosi
- reumatismi non articolari

Stati dolorosi da flogosi di origine non reumatica o a seguito di un trauma.

Trattamento sintomatico della dismenorrea primaria.

Soluzione iniettabile

Nel trattamento sintomatico dagli episodi dolorosi acuti in corso di affezioni infiammatorie dell'apparato muscolo-scheletrico e di spasmi della muscolatura liscia.

4.2 POSOLOGIA E MODO DI SOMMINISTRAZIONE

Capsule rigide a rilascio prolungato

Come regola il dosaggio iniziale giornaliero è di 100-150 mg. In casi più lievi, nonché nelle terapie a lunga termine, di solito sono sufficienti 75-100 mg al giorno. Il dosaggio giornaliero andrà suddiviso in 2-3 somministrazioni. Per eliminare il dolore notturno o la rigidità mattutina, il trattamento con compresse durante il giorno può essere integrato dalla somministrazione di una supposta al momento di coricarsi (fino ad un dosaggio massimo giornaliero di 150 mg).

Nella dismenorrea primaria, il dosaggio giornaliero, che va adattato individualmente, è di 50-150 mg; inizialmente si dovrebbe somministrare una dose di 50-100 mg, e, se necessario, aumentarla nel corso dei successivi cicli mestruali, fino ad un massimo di 150 mg al giorno.

Il trattamento dovrebbe iniziare alla comparsa dei primi sintomi e, in base alla sintomatologia, continuare per qualche giorno. Il dosaggio giornaliero andrà suddiviso in 2-3 somministrazioni.

Le capsule vanno deglutite intere con un po' di liquido, preferibilmente prima dei pasti.

Nel trattamento di pazienti anziani il dosaggio deve essere attentamente stabilito dal medico che dovrà valutare un'eventuale riduzione della dose sopraindicata.

Supposte

Le supposte sono particolarmente indicate per eliminare o alleviare il dolore notturno o la rigidità mattutina.

La posologia è di una supposta al giorno, da somministrare la sera, prima di coricarsi.

Le supposte devono essere somministrate esclusivamente per via rettale.

Soluzione iniettabile

La posologia è generalmente una fiala al giorno, iniettata per via intramuscolare e in profondità nel quadrante supero-esterno della natica. Eccezionalmente, in casi gravi (coliche) si possono somministrare due iniezioni al giorno (una in ciascuna natica) separate da un intervallo di alcune ore. Alternativamente è possibile combinare una fiala con altre forme di diclofenac, fino ad un dosaggio massimo

giornaliero di 150 mg.

Il diclofenac soluzione iniettabile non dovrebbe essere somministrato per più di due giorni; se necessario, il trattamento può essere continuato con diclofenac capsule o supposte. L'uso del prodotto va limitato agli adulti. Nel trattamento di pazienti anziani la posologia deve essere attentamente stabilita dal medico che dovrà valutare una eventuale riduzione dei dosaggi sopraindicati.

4.3 CONTROINDICAZIONI

Il prodotto non deve essere usato nel caso il paziente soffra di ulcera gastrica o duodenale, di gravi turbe gastroenteriche, di insufficienza renale o epatica grave, in corso di terapia diuretica intensiva. In soggetti con emorragie in atto e diatesi emorragica, in caso di alterazioni dell'emopoiesi del sangue, in corso di trattamento concomitante con anticoagulanti in quanto ne potenzia l'azione. Il prodotto è altresì controindicato in gravidanza e durante l'allattamento (cfr. 4.6). Come altri antinfiammatori non steroidei, il diclofenac è controindicato in quei soggetti nei quali si sono verificati, dopo assunzione di acido acetilsalicilico o di altri farmaci inibitori della prostaglandin-sintetasi, accessi asmatici, orticaria, infiti acuti.

Diclofenac è controindicato inoltre nei casi di ipersensibilità individuale accertata verso i componenti o sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico.

Le supposte non devono essere somministrate a pazienti con emorroidi o che siano stati recentemente affetti da proctite.

Diclofenac non deve essere somministrato ai bambini di età inferiori a 14 anni.

4.4 SPECIALI AVVERTENZE E PRECAUZIONI PER L'USO

Diagnosi accurata e stretta sorveglianza medica sono obbligatorie in pazienti che presentino sintomi indicativi di disturbi gastrointestinali, con anemismi indicativi di ulcera gastrointestinale, con colite ulcerosa o con malattia di Crohn, nonché in pazienti affetti da grave insufficienza epatica. Nei rari casi in cui in pazienti che assumono il farmaco si verificano ulcera peptica o emorragia gastro-intestinale, il trattamento deve essere sospeso.

Nel caso in cui i parametri di funzionalità epatica risultassero persistentemente alterati o peggiorati, il trattamento con diclofenac deve essere interrotto. Particolare cautela deve essere posta nei pazienti con porfiria epatica, in quanto il diclofenac potrebbe scatenare un attacco.

Per la interazione con il metabolismo dell'acido arachidonico, il farmaco può determinare in asmatici e soggetti predisposti crisi di broncospasmo ed eventualmente shock ed altri fenomeni allergici.

Diclofenac soluzione iniettabile non può essere considerato un semplice antidolorifico e richiede di essere impiegato sotto lo stretto controllo del medico. Infruttuosi superati i primi due giorni di terapia, sarebbe opportuno passare all'impiego di preparazioni di uso non parenterale che, pur offrendo qualitativamente gli stessi effetti indesiderati, sono meno inclini ad indurre reazioni gravi. L'eventuale impiego delle fiale per un più prolungato periodo di trattamento è consentito solo negli ospedali e case di cura.

L'uso di Flogofenac, come di qualsiasi farmaco inibitore della sintesi delle prostaglandine e della cicloossigenasi è sconsigliato nelle donne che intendano iniziare una gravidanza.

La somministrazione di Flogofenac dovrebbe essere sospesa nelle donne che hanno problemi di fertilità o che sono sottoposte a indagini sulla fertilità.

L'uso delle fiale in prossimità del parto può determinare il ritardo del parto stesso; inoltre il farmaco può provocare, se somministrato in tale periodo, alterazioni dell'emodinamica del piccolo circolo del nascituro, con gravi conseguenze per la respirazione (cfr. 4.6).

Tenere fuori dalla portata dei bambini.

A causa dell'importanza delle prostaglandine per il mantenimento del flusso ematico renale, è richiesta particolare cautela o si impone l'esclusione dall'uso del diclofenac in caso di ipoperfusione renale, insufficienze cardiaca o renale, ipertensione arteriosa, fenomeni tromboembolici all'anamnesi, in pazienti in trattamento con diuretici e in quelli reduci da interventi chirurgici maggiori, nonché in pazienti in età avanzata.

In caso di trattamento prolungato con diclofenac, come con altri antinfiammatori non steroidei, sono indicati come misura precauzionale controlli della crisi ematica e della funzionalità epatica o renale.

Le misurazioni devono essere eseguite secondo rigorose norme di sterilizzazione, asepsi e antisepsi.

Nel trattamento dei pazienti anziani o sotto peso si raccomanda di somministrare il più basso dosaggio efficace.

Gli effetti indesiderati possono essere minimizzati con l'uso delle più basse dosi efficaci per la più breve durata possibile di trattamento che occorre per controllare i sintomi (vedere sezione 4.2 e i paragrafi sottostanti sui rischi gastrointestinali e cardiovascolari).

Effetti cardiovascolari e cerebrovascolari

Un adeguato monitoraggio ed opportune istruzioni sono necessarie nei pazienti con anamnesi positiva per ipertensione e/o insufficienza cardiaca congestizia da lieve a moderata poiché in associazione al trattamento con i FANS sono stati riscontrati ritenzione di liquidi ed edema.

Studi clinici e dati epidemiologici suggeriscono che l'uso di diclofenac specialmente ad alti dosaggi (150 mg/die) e per trattamenti di lunga durata, può essere associato ad un modesto aumento del rischio di eventi trombotici arteriosi (p. es. infarto del miocardio o ictus).

I pazienti con ipertensione non controllata, insufficienza cardiaca congestizia, cardiopatia ischemica accertata, malattia arteriosa periferica e/o malattia cardiovascolare devono essere trattati con diclofenac soltanto dopo attenta valutazione. Analoghe considerazioni devono essere effettuate prima di iniziare un trattamento di lunga durata in pazienti con fattori di rischio per eventi cardiovascolari (p. es. ipertensione, iperlipidemia, diabete mellito, fumo).

4.5 INTERAZIONI CON ALTRI MEDICINALI E ALTRE FORME DI INTERAZIONE

Se somministrato insieme a digossina, il diclofenac ne può elevare la concentrazione plasmatica, ma in tali casi non sono stati ancora osservati segni clinici di sovradosaggio. La contemporanea somministrazione di sali di litio è da sconsigliare in quanto può dar luogo ad un aumento della litemia.

Diversi antinfiammatori non steroidei possono inibire l'attività dei diuretici o potenziare l'effetto dei diuretici potassio-risparmiatori, rendendo necessario il controllo dei livelli serei di potassio.

La contemporanea somministrazione di antinfiammatori non steroidei sistemici può aumentare l'incidenza e la gravità degli effetti collaterali.

Sebbene gli studi clinici non sembrano indicare che il diclofenac abbia effetti sugli anticoagulanti, sono stati osservati casi isolati di aumento del rischio di emorragia con l'uso combinato di diclofenac sodico e di una terapia anticoagulante. Si raccomanda pertanto una stretta sorveglianza di tali pazienti. Come altri FANS il diclofenac ad alte dosi può temporaneamente inibire l'aggregazione piastrinica. La somministrazione di antinfiammatori non steroidei meno di 24 ore prima o dopo il trattamento con metotrexato va fatta con cautela, poiché tali farmaci possono elevare la concentrazione ematica ed aumentare la tossicità.

Anche se largamente legato alle proteine, il diclofenac non interferisce per esempio con il legame proteico di salicilati, tobutamide, prednisolone. Diclofenac, inoltre, non aumenta l'effetto ipoglicemizzante di tobutamide, biguanidi, glibenclamide e non influenza negativamente il metabolismo del glucosio in diabetici e soggetti sani. Il diclofenac può aumentare la nefrotossicità della ciclosporina attraverso il suo effetto inibitorio sulle prostaglandine del rene.

4.6 GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

Gravidanza: sebbene nell'uomo non siano mai stati segnalati casi di malformazioni di alcun tipo, si raccomanda di non somministrare il diclofenac nei primi tre mesi di gravidanza, in ragione di un eventuale rischio teratogeno. Nel corso del 3° trimestre, tutti gli inibitori delle prostaglandin-sintetasi possono esporre il feto ad una tossicità cardiopolmonare (iperensione polmonare per la chiusura prematura del dotto arterioso) e renale, inoltre possono esporre alla fine della gravidanza sia la madre che il bambino ad un allungamento del tempo di travaglio. Pertanto tutti gli inibitori della prostaglandin-sintetasi (FANS) non devono essere assunti nel 3° trimestre di gravidanza.

Allattamento: sebbene alla dose di 150 mg al giorno il diclofenac passi nel latte materno in quantità trascurabili, si raccomanda di non somministrare il prodotto durante l'allattamento.

4.7 EFFETTI SULLA CAPACITÀ DI GUIDARE E DI USARE MACCHINARI

I pazienti che manifestano capogiri o altri disturbi nervosi centrali dopo l'uso di diclofenac, dovrebbero astenersi dal guidare un veicolo o dall'utilizzare macchinari che richiedono integrità del grado di vigilanza.

4.8 EFFETTI INDESIDERATI

Specie all'inizio del trattamento possono verificarsi disturbi gastrointestinali come nausea, pirosi, vomito, diarrea, flatulenza. Qualora dovessero subentrare disturbi più gravi, in particolare dolori epigastrici o emorragie gastrointe-

stinali manifeste od occulte (fecali scure), il trattamento deve essere interrotto e deve essere consultato il medico. In casi isolati sono stati osservati ulcera peptica perforata, disturbi al coon.

Raramente possono comparire manifestazioni allergiche come rash cutaneo, prurito, edema, accessi asmatici e/o reazioni anafilattiche o anafilattoidi, accompagnate a meno ad ipotensione. Di eccezionale evenienza reazioni di fotosensibilità e reazioni cutanee gravi quali enteria essudativa multiforme e dermatitis bollosa (sindrome di Stevens-Johnson, sindrome di Lyell). Sporadicamente sono state segnalate turbe del S.N.C. come cefalea, eccitazioni, irritabilità, insonnia, astenia, capogiri, convulsioni, disturbi sensoriali o della visione, tinnito.

Particolarmente in trattamenti protratti possono verificarsi edemi periferici, insufficienza renale, sindrome nefrotica, aumento delle transaminasi, ittero, alterazioni dell'ematopoiesi (leucopenia, trombocitopenia, agranulocitosi, anemia aplastica o emolitica), perdita di capelli.

In casi isolati: anomalie urinarie, nefrite interstiziale, disturbi della funzionalità epatica, compresi epatite con o senza ittero, in alcuni rari casi fulminante. Raramente in qualche soggetto l'uso delle supposte può provocare comparsa di fenomeni collaterali locali e transitori (bruciori, tenesmi). Diclofenac soluzione iniettabile può occasionalmente dare origine a disturbi nel sito di iniezione (dolore locale ed indurimento, in casi isolati esseri e necrosi locali).

Studi clinici e dati epidemiologici suggeriscono che l'uso di diclofenac, specialmente ad alti dosaggi (150 mg/die) e per trattamenti di lunga durata, può essere associato ad un modesto aumento del rischio di eventi trombotici arteriosi (p. es. infarto del miocardio o ictus) (vedere Sez. 4.4).

4.9 SOVRADOSAGGIO

Nel caso il paziente abbia assunto una dose eccessiva del farmaco, occorre consultare immediatamente il medico. Il trattamento dell'avvelenamento acuto con antinfiammatori non steroidei consiste essenzialmente in misure di supporto e sintomatiche. Nulla si sa ancora riguardo al tipico quadro clinico risultante da un sovradosaggio di diclofenac.

Le misure terapeutiche da adottare in caso di sovradosaggio sono le seguenti:

- Per le forme orali, l'assorbimento deve essere impedito non appena possibile per mezzo di lavanda gastrica e trattamento con carbone attivo;
- trattamenti di sostegno e sintomatici dovrebbero essere adottati in caso di complicazioni (ipotensione, insufficienza renale, convulsioni, intossicazione gastrointestinale e depressione respiratoria);
- terapie specifiche, come diuresi forzata, dialisi o emoperfusione, non permettono di eliminare gli antinfiammatori non steroidei, a causa del loro elevato legame alle proteine plasmatiche e del loro notevole metabolismo.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 PROPRIETÀ FARMACODINAMICHE

Il diclofenac ha proprietà analgesiche, antipiretiche e antinfiammatorie.

- **Analgesia:** allevia il dolore di media e forte entità. La potenza analgesica di una dose giornaliera da 75 a 150 mg è pari a quella esercitata da indometacina (75-150 mg), acido acetilsalicilico (3-6 g).
- **Floggi e infiammazione:** si è dimostrato almeno pari all'indometacina nel migliorare i parametri di efficacia clinica in corso di artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrosi, reumatismo extrarticolare, stati dolorosi da floggi di origine extra-reumatica e post-traumatica, a dosi da 75 a 150 mg al dì.

Il meccanismo d'azione si esplica, in parte, nell'inibizione competitiva e irreversibile della biosintesi delle prostaglandine e, in parte, nell'inibizione di enzimi lisosomiali.

5.2 PROPRIETÀ FARMACOCINETICHE

Assorbimento per os: completo

Pioco da livelli serici: entro due ore

Legame proteico: 99,7% (albumine)

Metabolismo: epatico: 40% biotrasformato nel primo passaggio epatico

Eliminazione: 2/3 renale, 1/3 bilare (metaboliti glucuronidati)

Dopo circa 20 minuti dall'iniezione intramuscolare di 75 mg di diclofenac sodico, si ottiene il principale picco di concentrazione plasmatica, 2,5 µg/ml (8 pmol/l).

La concentrazione plasmatica è dose-dipendente

L'area sotto la curva (AUC), determinata dopo iniezione i.m., è circa due volte più estesa rispetto ad una stessa dose somministrata per via orale o rettale in quanto, quando somministrata per queste ultime vie, subisce l'effetto di primo passaggio.

Il profilo farmacocinetico rimane invariato anche dopo somministrazioni ripetute. Non vi sono fenomeni di accumulo se si osservano gli intervalli raccomandati tra una dose e l'altra.

Il diclofenac penetra nei fluidi sinoviali, dove si misurano i massimi di concentrazione 2-4 ore dopo la comparsa del picco plasmatico. Il t_{1/2} apparente per l'eliminazione dai fluidi sinoviali è di 3-6 ore.

Tuttavia, dopo solo 4 o 6 ore le concentrazioni del principio attivo sono già più alte nei fluidi sinoviali che nel plasma e rimangono più alte fino a 12 ore.

La biotrasformazione del diclofenac sodico coinvolge parzialmente il meccanismo di glucuronazione della molecola come tale, ma principalmente si ha un'idrossilazione singola o multipla seguita dalla glucuronazione.

Circa il 60% della dose somministrata viene escreta con le urine sotto forma di metaboliti; meno dell'1% viene escreto come sostanza invariata. La parte rimanente della dose somministrata viene escreta con la bile e con le feci.

Non vi sono differenze rilevanti nell'assorbimento, metabolismo ed escrezione del farmaco età dipendenti.

Nei pazienti con insufficienza renale, se viene osservato il normale schema posologico, non si verifica accumulo del principio attivo invariato dopo somministrazione di una singola dose. Con valori di clearance della creatinina < 10 ml/minuto, i livelli plasmatici tipici allo steady state dei metaboliti sono circa 4 volte più alti rispetto ai soggetti normali. Tuttavia, i metaboliti sono eliminati attraverso la bile.

In caso di insufficienza epatica (epatiti croniche, cirrosi non scompenstate), la cinetica ed il metabolismo del diclofenac sono gli stessi dei pazienti senza disturbi epatici.

5.3 DATI PRECLINICI SULLA SICUREZZA

Tossicità acuta: DL50

nel topo per os: 1500 mg/kg dopo 48 hr: 231 mg/kg dopo 15 gg

nel ratto per os: 1500 mg/kg dopo 48 ore: 233 mg/kg dopo 15 gg.

nella cavia per os: 1250 mg/kg dopo 48 ore.

La tossicità cronica nei trattamenti per os di 90 giorni nel ratto (dosi di 0,5 e 2 mg/kg/giornale) è risultata praticamente nulla.

Dosi di 5 e 15 mg/kg/die, somministrate per os nella scimmia Rhesus, non hanno indotto segni di tossicità.

Mutagenesi, carcinogenesi e teratogenesi: gli studi effettuati non hanno mostrato alcun effetto mutageno, carcinogenico o teratogenico del diclofenac.

Analgesia: test all'acido acetico nel ratto: DE50 = 2,5 mg/kg p.o.

Antipiressia: test della febbre da lievito nel ratto: 0,5 mg/kg p.o.

Infiammazione: edema da carragenina nel ratto: DE50=2,1 mg/kg p.o.

Indice terapeutico analgesia: $\frac{DE_{50}}{TD_{50}}$: 86

Indice terapeutico infiammazione: $\frac{DE_{50}}{TD_{50}}$: 50

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 LISTA DEGLI ECCIPIENTI

Capsule rigide a rilascio prolungato:

Saccarosio, amido di mais, polivinilpirrolidone, ettilcellulosa, talco.

Composizione della capsula:

Titanio biossido (E 171), eritrosina (E 127), indigotina (E 132), ferrossido giallo (E 172),

gelatina, glicerina, ecc.

Supposte:

Mono e trigliceridi di acidi grassi saturi

Soluzione iniettabile:

Mannitolo, glicole propilico, alcool benzilico, sodio metabisolfito, sodio idrossido

soluz. 10%, acqua p.p.l.

6.2 INCOMPATIBILITA'

Nessuna nota.

6.3 VALIDITA'

Capsule e supposte: 60 mesi a confezionamento integro.

Soluzione iniettabile: 24 mesi a confezionamento integro.

6.4 SPECIALI PRECAUZIONI PER LA CONSERVAZIONE

Capsule a rilascio prolungato o supposte: conservare a temperatura inferiore a 25°C.

Soluzione iniettabile: conservare a temperatura inferiore a 25°C ed al riparo dalla luce.

6.5 NATURA E CONTENUTO DEL CONTENITORE

Capsule a rilascio prolungato:

Bliester in polietilene/alluminio; confezione contenente 3 bliester da 7 capsule da 100 mg.

Supposte:

Strip in polietilene opaco; confezione contenente 10 supposte da 100 mg.

Soluzione iniettabile:

Fiala di vetro trasparente; confezione contenente 5 fiale da 75 mg/3 ml.

6.6 ISTRUZIONI PER L'USO

Nulla da segnalare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

A. Menarini Industrie Farmaceutiche Riunite s.r.l.

Via Sefte Sanò, 3

50131 Firenze

8. NUMERO DELL' AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

FLOGOFENAC 21capsule rigide a rilascio prolungato da 100 mg 025536020

FLOGOFENAC 10 supposte da 100 mg 025536016

FLOGOFENAC 5 fiale da 75 mg/3 ml 025536057

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE e RINNOVI DELL'AUTORIZZAZIONE

FLOGOFENAC capsula 100 mg e supposte 100 mg

Data A.I.C. 20/12/84 - Data I rinnovo 01/06/95

FLOGOFENAC gel 1%

Data A.I.C. 05/03/93 - Data I rinnovo 05/03/96 - Data II rinnovo 01/06/00

FLOGOFENAC 5 fiale da 75 mg/3 ml - Data A.I.C. 27/05/2000

10. DATA DI PARZIALE REVISIONE DEL TESTO

Novembre 2009

CLASSE A con NOTA 68

Prezzo al Pubblico: € 8,51

prezzo comprensivo delle riduzioni temporanee di cui alla determinazioni AIFA 3 luglio 2006 e 27 settembre 2006.

Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'ictus cerebrale

Cosa c'è di nuovo nella sesta edizione di SPREAD

di Gian Franco Gensini e Augusto Zaninelli*

Per i suoi contenuti e per l'autorevolezza degli Autori, SPREAD (Stroke PREvention and Educational Awareness Diffusion) appare più che mai saldamente il punto di riferimento italiano, rafforzato dalla solidità dell'impianto metodologico e dall'esperienza conseguita in questi 12 anni. La collaborazione con il Consorzio Interuniversitario "Cineca" di Bologna, ha portato negli ultimi due anni alla progressiva trasformazione da testo a portale internet dedicato agli aspetti scientifici dell'ictus cerebrale, intesi come prevenzione, diagnosi, terapia medica, terapia chirurgica, complicanze, età di insorgenza, riabilitazione, economia sanitaria, bioetica e tutela del cittadino.

Le novità della 6.a edizione Epidemiologia e inquadramento diagnostico-clinico

Si conferma per l'ictus ischemico una tendenza ad una riduzione della mortalità nei primi 30 giorni che passa dal 33% di alcuni anni fa ad un più recente dato del 20-25%, mentre quella ad 1 anno ammonta al 30%-40% circa; le emorragie parenchimali hanno tassi di mortalità precoce più alta (30%-40% circa dopo la prima settimana; 45%-50% ad 1 mese).

È stata aggiornata la definizione di TIA come "episodio di disfunzione neurologica causato da ischemia focale dell'encefalo, midollo spinale o della retina senza infarto acuto".

Prevenzione primaria

Dal punto di vista dell'approccio non farmacologico viene riportata la sintesi di alcuni lavori controllati, secondo i quali il consumo abituale di tè, sia tè verde sia nero, e di caffè non solo non si associa ad un aumento del rischio di ictus,

ma potrebbe avere anche un effetto protettivo. Sulla scorta del megatrial "ON-TARGET" e del suo risultato di non inferiorità del telmisartan, rispetto al ramipril, la raccomandazione già esistente sull'impiego del ramipril a 10 mg per la prevenzione dell'ictus ischemico nei pazienti ad elevato rischio trombotico (storia di coronaropatia, vasculopatia periferica, o diabete mellito associato ad un altro fattore di rischio come l'ipertensione, livelli elevati di colesterolemia totale, bassi livelli di colesterolo HDL, fumo o microalbuminuria) è stata integrata dall'aggiunta di telmisartan 80 mg, lasciando libera scelta al Medico. Per quanto riguarda la terapia antitrombotica orale per la prevenzione dell'ictus cardioembolico nei pazienti con fibrillazione atriale, si è riconfermato il ruolo degli anticoagulanti orali, ma alla luce dei dati degli studi ACTIVE, è stato segnalato l'impiego dell'associazione ASA+Clopidogrel, quando la scelta di non trattare il paziente con anticoagulanti orali non dipende da elevato rischio emorragico o di cadute, ma da altri motivi. Sempre per la prevenzione dell'ictus cardioembolico nella fibrillazione atriale, è stato riportato, come sintesi, dato che non vi è ancora l'indicazione approvata in Italia dal Ministero della Salute, il risultato dello studio RE-LY, in cui il dabigatran è risultato non inferiore al warfarin nel trattamento dei pazienti con fibrillazione atriale; alla dose di 110 mg due volte al dì il farmaco è risultato più sicuro del warfarin nella riduzione degli eventi emorragici mentre a quella di 150 mg due volte al dì sembra essere più efficace nel ridurre gli eventi ischemici.

Ictus acuto

Per quanto riguarda la trombolisi arteriosa nella fase acuta dell'ictus ischemi-

co, la raccomandazione ad una somministrazione il più precoce possibile e comunque entro le 3 ore è stata affiancata anche da un'altra che amplia la finestra fra le 3 e le 4.5 ore dall'esordio di un ictus ischemico nei casi eleggibili secondo quanto riportato nei criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti nel trial ECASS III, anche se il trattamento fra le 3 e le 4.5 ore per ora non è previsto nella licenza Europea. Nella fase acuta, i dati provenienti dallo studio CLOTS, hanno modificato le indicazioni sull'impiego di calze elastiche a compressione graduata che non sono raccomandate per la profilassi della Trombosi Venosa Profonda (TVP) in pazienti con ictus. Infatti, Lo studio ha escluso una riduzione anche del solo 3% della Trombosi Venosa Profonda (TVP) con l'uso di calze a compressione graduata. L'uso con compressione pneumatica intermittente è, invece, attualmente valutato nello studio CLOTS 3. Sono stati, poi, modificati i valori limite di glicemia, oltre i quali intervenire durante la fase acuta dell'ictus. La nuova raccomandazione, infatti, recita: in pazienti con ictus acuto e glicemia > 180 mg/dL è indicata la correzione con terapia insulinica. Nei pazienti da sottoporre a trombolisi i.v. è indicato intervenire a partire da valori > 160 mg/dl.

Prevenzione secondaria

Numerosi studi in questo campo non hanno portato sostanziali modifiche alle raccomandazioni esistenti. Infatti, Lo studio PROFESS, che ha incluso 20.332 pazienti con pregresso TIA od ictus cerebrale ischemico, non ha evidenziato sostanziali differenze nella prevenzione delle recidive ictali nei pazienti trattati con l'associazione di aspirina e dipiridamolo a lento rilascio o con clopidogrel pur in presenza di

un lieve aumento delle emorragie intracraniche nel gruppo trattato con l'associazione. Lo studio PROfESS ha inoltre evidenziato che il trattamento con telmisartan non si associa ad una riduzione del rischio di nuovi ictus, eventi vascolari maggiori o diabete. In due studi, condotti su popolazione giapponese (S-ACCESS) e cinese (CASISP) sono state confrontate con aspirina due diversi antiaggreganti piastrinici, per la prevenzione di recidive di stroke ischemico. S-ACCESS ha studiato il sarprogelato, un inibitore dei recettori della 5-idrossitriptamina, mentre il CASISP ha testato il cilostazol, un inibitore selettivo della fosfodiesterasi 3. Ambedue le molecole non hanno raggiunto il risultato di non inferiorità ma hanno dimostrato, nella popolazione studiata, un minore rischio di emorragie, sistemiche e cerebrali. L'utilità delle statine è stata ribadita anche da recenti sub analisi dello studio SPARCL, che hanno confermato la sicurezza ed efficacia di atorvastatin 80 mg/die per ridurre le recidive di stroke e TIA ed eventi vascolari cardiaci, anche al di sopra dei 65 anni, indipendentemente dal sottotipo di stroke, pur in assenza di stenosi delle carotidi. Più bassi sono i livelli di LDL-C maggiore è la riduzione di stroke ischemico. Il rischio di stroke emorragico prevale nei maschi con età avanzata e ipertensione arteriosa al 2° stadio.

Terapia chirurgica

In caso di stenosi carotidea sintomatica la endoarteriectomia comporta un netto anche se modesto beneficio rispetto alla sola terapia medica per stenosi tra 50% e 69% (NNT 22 per ogni ictus ipsilaterale, NNT non significativo per ictus disabilitante e morte), ed un elevato beneficio per stenosi tra 70% e 99% (NNT 6 e 14 rispettivamente), purché in assenza di near occlusion. In pazienti con near occlusion il beneficio è marginale.

In caso di stenosi carotidea asintomatica, il vantaggio della terapia chirurgica, rispetto alla miglior terapia medica è ancora in discussione. Quando sia necessaria la terapia chirurgica, viene ribadita la superiorità della TEA, rispetto allo stent carotideo. Infatti, le evidenze non hanno finora dimostrato l'equivalenza o la non inferiorità dello stenting rispetto all'endoarteriectomia per cui non è indicato un cambio di tendenza dall'endoarteriectomia verso le procedure endova-

scolari nella correzione chirurgica di scelta della stenosi carotidea. Specie in caso di stenosi asintomatica lo stenting carotideo dovrebbe essere eseguito solo all'interno di sperimentazioni cliniche controllate o in casi selezionati e comunque in centri con casistica controllata e rischio periprocedurale per lo meno non superiore a quello dell'endoarteriectomia. Lo stenting carotideo è indicato in caso di grave comorbidità cardiaca e/o polmonare e in condizioni specifiche come la paralisi del nervo laringeo contro laterale, la stenosi ad estensione craniale o claveare, la restenosi, una precedente tracheostomia o chirurgia o radioterapia al collo.

Riabilitazione e continuità dell'assistenza

Sono stati introdotti nuovi e moderni obiettivi nel programma riabilitativo individuale, come la riabilitazione orientata al ritorno al lavoro oppure alla guida dell'autovettura o alle attività di svago. È stato incluso anche il tema della sessualità nel programma riabilitativo post-ictus e collocandolo all'interno di una discussione con il partner nel momento in cui il paziente rientra in comunità. Alla luce delle recenti evidenze sono state riviste e aggiornate alcune sintesi e raccomandazioni come quella per trattamento focale della spasticità di un arto, dove, in associazione agli interventi riabilitativi previsti (fisioterapici), è indicato l'impiego della tossina botulinica dopo aver valutato la risposta o la tollerabilità degli antispastici somministrati per via orale, mentre, in base agli studi a disposizione non ci sono sufficienti evidenze di vantaggi aggiuntivi determinati dall'impiego di agopuntura e stimolazione elettrica transcutanea (TENS) in associazione alla chinesiterapia per il recupero funzionale di arto superiore ed inferiore. L'utilizzo di queste tecniche può essere considerato in casi particolari per il controllo di sindromi dolorose.

Complicanze psico-cognitive

In questo capitolo sono state riportate nuove scale di valutazione come la Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ed il Mental Acute Performance in Stroke (MAPS) che possono essere utilizzate in fase acuta in quanto forniscono un primo screening neuropsicologico selettivo e nel contempo un indice del funzionamento cognitivo globale.

Analisi e confronto con altre linee guida

Si tratta di una nuova area di lavoro introdotta nella 6.a edizione con lo scopo primario di identificare le raccomandazioni più robuste attraverso l'analisi ed il confronto della loro gradazione nelle diverse linee guida e di verificarne la diffusione all'interno della comunità scientifica e nella pratica quotidiana. Un ulteriore obiettivo è quello di rapportare le linee guida SPREAD con altri documenti analoghi esistenti in altri Paesi.

Processi gestionali basati sull'evidenza

Altra nuova area di lavoro introdotta nella 6.a edizione. L'organizzazione assistenziale per processi consiste nell'applicazione di un sistema in ambito organizzativo, che presuppone una esplicita identificazione del processo stesso e delle sue componenti, delle interazioni tra di essi, nonché delle loro modalità di gestione. Il maggiore vantaggio è quello di garantire il governo della continuità assistenziale controllandone la qualità, l'efficacia e l'efficienza. La complessità dell'approccio risiede nel fatto che in un processo assistenziale sono di solito coinvolte strutture diverse e spesso autonome, professionalità diverse e meccanismi di finanziamento eterogenei. L'organizzazione della cura dell'ictus cerebrale rappresenta un contesto clinico emblematico di una organizzazione per processi.

**Università di Firenze, a nome del "the SPREADlive Collaborative Group"*

PER SAPERNE DI PIÙ...

Gensini GF & Zaninelli A (Eds): SPREAD - Stroke PREvention and Educational Awareness Diffusion, linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus cerebrale – 6.a Edizione, 7 gennaio 2010 – www.spread.it/

Ringraziamenti

La realizzazione delle Linee Guida SPREAD, del progetto SPREADlive e del portale www.spread.it è stata possibile grazie ad un contributo incondizionato di Bayer Schering Pharma

SCIENZA

Parte in Campania un progetto per l'assistenza al paziente diabetico

La cura migliore è un'alleanza

di Giovanni Arpino*

I dati riportati nell'annuario statistico Istat 2008, sul diabete, indicano che è diabetico il 4,8% degli italiani (5,2% le donne e 4,4% gli uomini), pari quasi 3 milioni di persone, in aumento rispetto all'indagine multi-scopo del 1999-2000, secondo cui era diabetico il 3,7% degli italiani (4% le donne e 3,5% gli uomini). Sempre secondo l'indagine statistica, la prevalenza del diabete aumenta con l'età, fino a toccare il 18,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nella fascia d'età 18-64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre, oltre i 65 anni, è più alta fra le donne. Per quanto riguarda, poi, la distribuzione geografica, l'area con la prevalenza più alta si registra al Sud-Isole (5,8%).

Secondo le informazioni 2007-2008, provenienti dal sistema di sorveglianza Passi, in Italia il diabete colpisce in modo particolare le persone meno istruite e con problemi economici.

Molto spesso, alla malattia si accompagnano altre patologie croniche (infarto, insufficienza renale) o fattori di rischio (pressione e colesterolo alti, eccesso di peso e sedentarietà): tutte condizioni che aumentano il rischio di complicanze e che non sempre vengono adeguatamente trattate.

Nel 2004 è stato realizzato lo studio epidemiologico Quadri, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni, i responsabili delle Aziende sanitarie, la Società Italiana di Diabetologia (Sid) e l'Associazione Medici Diabetologi (Amd). Dallo studio, che ha coinvolto oltre 3.200 persone con esenzione ticket per diabete, di età compresa fra 18 e 64 anni e residenti nelle 21 Regioni italiane, è emerso che l'adesione alle linee guida da parte dei pazienti è piuttosto scarsa.

Per quanto riguarda, poi, la terapia, il 62% degli uomini diabetici in Italia non segue alcun trattamento farmacologico, il 24% non è trattato in modo adeguato (il valore della glicemia rimane superiore a 126 mg/dl) e solo il 14% riceve un trattamento adeguato. Tra le donne, il 56% non è sottoposto ad alcun trattamento farmacologico, il 31% non è trattato in modo adeguato e solo il 13% riceve trattamenti adeguati.

Infine, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare, raccolti a partire dal 1998, in Italia i diabetici, noti e non noti, sono il 10% degli uomini e il 7% delle donne.

IL DIABETE IN CAMPANIA

Nella Regione Campania, risiedono attualmente oltre 300.000 diabetici, di cui circa un quarto (oltre 80.000) non ancora diagnosticati e/o trattati. In particolare, la mortalità per Diabete Mellito, nella Regione, presenta valori superiori alla media nazionale, interessando il 58% degli uomini e l'89% delle donne.

Uno studio osservazionale del 2006 di Amd Regione Campania, su un'ampia rappresentanza di strutture diabetologiche regionali, ha evidenziato un'elevata prevalenza (82%) di sovrappeso ed obesità nella popolazione diabetica assistita presso le strutture specialistiche, con elevata prevalenza di patologie associate: Ipertensione Arteriosa, Dislipidemia ed elevata prevalenza della Sindrome Metabolica (68% nei diabetici versus 22-25% nella popolazione non diabetica).

Recenti ricerche effettuate dall'area diabetologica della sezione di Napoli della Simg, su data-base della Società di Servizi della Medicina Generale (Comegen), contenente i dati di una popolazione di circa 140.000 cittadini del Comune di Napoli, hanno dimostrato che la spesa in farmaci ed accertamenti diagnostici e presidi per i pazienti diabetici è di circa due terzi inferiore alla spesa attesa per patologia portata a target di trattamento.

L'analisi, poi, dello stesso data-base ha confermato l'ipotesi che i caratteri generali della sindrome metabolica non vengono trattati dai medici di medicina generale in modo sistematico, con la conseguenza che, per il diabete, la fase di prevenzione del danno beta-cellulare risulta praticamente inesistente e che il paziente con diabete di tipo 2 perviene all'osservazione ed alla diagnosi costantemente in ritardo.

IL PROGETTO ALLEANZA PER IL DIABETE

“Questa patologia – afferma Giovanni Arpino, presidente Simg Campania e responsabile del settore ricerca del Consorzio Campania Medica – richiede sicuramente una riorganizzazione dell'attuale sistema assistenziale, fat-



to ancora in larga parte a compartimenti stagni incapaci di interagire tra loro. La mancanza di una gestione integrata del diabete, non va, infatti, addebitata tanto ad una scarsa connessione interdisciplinare tra mmg e Diabetologo, perché le rispettive Società Scientifiche hanno già identificato, con sufficiente precisione, il Percorso Diagnostico Terapeutico, nel quale incanalare i suggerimenti delle Linee Guida, quanto alla mancata costruzione dei due passaggi successivi: l'interattività e la valutazione degli esiti. In un Servizio Sanitario moderno, la creazione di una rete informatizzata tra 1° e 2° livello dell'Assistenza per il Diabete, come per le altre malattie – prosegue Arpino – e la condivisione di Percorsi Formativi congiunti a livello distrettuale, costituiscono i requisiti imprescindibili per conseguire l'ottimizzazione del trattamento nei soggetti già malati e spostare l'attenzione verso gli interventi in tema di prevenzione primaria e secondaria ed educazione alla salute, allo stato praticamente inesistenti. D'altra parte, la Comunità Scientifica riconosce che solo l'intercettazione sistematica della Sindrome Metabolica nella popolazione apparentemente sana, consentirà un approccio alla malattia diabetica conclamata, come alle altre malattie cardiovascolari, meno problematico di quello attuale e più efficiente sia per elevare la qualità di vita del diabetico che per limitare gli elevati costi economici e sociali della malattia, riducendo il numero e la gravi-

“

il Progetto Alleanza per il Diabete vuole rappresentare il prototipo di un Osservatorio Regionale per la valutazione globale dell'Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie erogate nel 1° e 2° livello nell'Area dell'Assistenza Primaria

tà delle complicanze”.

È sulla base di queste considerazioni che le sezioni Campane di Amde la Simg Regione Campania, con il contributo delle Società di Servizi del Consorzio Campania Medica, hanno individuato la possibile soluzione di parte dei problemi dell'assistenza al paziente diabetico nella realizzazione di un sistema di formazione “controllata” e congiunta di mmg e diabetologi, ispirato ai principi pedagogici dello Sviluppo Professionale Continuo e alla sperimentazione di un percorso diagnostico terapeutico reso valutabile con l'impiego di infrastrutture informatiche e telematiche.

“È stata data così vita all'Alleanza per il Diabete – aggiunge Arpino – costituendo un Board scientifico (per Amd, Sandro Gentile, Vincenzo Armentano, Nicoletta De Rosa; per Simg e Consorzio C.M., Giovanni Arpino e Umberto De Camillis; per il Cirff, Ettore Novellino; per la MGM Congress Maurizio Cuzzolin).

“Il progetto – chiarisce Arpino – si propone, come si è detto, di migliorare la prevenzione e la cura del diabete mellito di tipo 2 nella Regione Campania, di incrementare la ricerca dei soggetti a forte rischio di sviluppare il diabete, identificandoli nei data base della Medicina Generale con il questionario di Toumiletho, e di sviluppare una forte e permanente interazione tra diabetologo e mmg nei rispettivi territori di competenza. Soprattutto – sottolinea Arpino – il Progetto Alleanza per il Diabete vuole rappresentare il prototipo di un Osservatorio Regionale per la valutazione globale dell'Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie erogate nel 1° e 2° livello nell'Area dell'Assistenza Primaria. Il format cui si ispira è incardinato sull'analisi del prescritto rilevato dal data base del mmg e convogliato in un server comune, che costituisce il cervello della Banca Dati del Consorzio Campania Medica. Il setting individuato dal Board scientifico, infatti, va ad esplorare gli indicatori dedicati ai settori dell'educazione alla salute e prevenzione primaria e secondaria (familiarità, IMB, fumo, consumo di alcool, etc...) e, contemporaneamente, tutti quelli che costituiscono la documentazione del prescritto (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, interventi di riabilitazione, farmaci e presidi per l'autodeterminazione). Il

LE COOPERATIVE MEDICHE CHE PARTECIPANO AL PROGETTO

Al progetto “Alleanza per il Diabete” partecipano nove Cooperative Campane, aderenti al Consorzio Campania Medica, per un totale di 441 mmg e seicentoquarantamila assistiti, di cui 45.389 diabetici.

Le Cooperative sono: Comegen e Medico (Napoli); Samnium e Ippocrate (Benevento); Medigen (Atena Lucana - Salerno); Ippocrate (Castellammare di Stabia - Napoli); Ippocrate (Caserta); Coopimed (Avellino).

I primi dati della ricerca, presentata a Napoli a metà aprile, saranno pubblicati in autunno.

mosaico è completato dall'analisi delle comorbidità, dei dati di ricovero, di mortalità e di spesa. Le estrazioni vengono effettuate in modo centralizzato ed elaborate sotto forma di report aggregati, che permettono il confronto tra le performances del singolo medico verso il gruppo di cui fa parte e verso l'intero complesso dei partecipanti allo studio. L'interrogazione del DB Consortile sarà cadenzata a sei mesi, per l'analisi degli indicatori di processo e ad un anno per gli indicatori di “esito”. Ad ogni scadenza verrà effettuato un feedback nelle cinque province, in cui risiedono le Cooperative aderenti al progetto. Il modello, dunque – dice Arpino – costituisce un potente strumento di valutazione continua di parametri epidemiologici e clinico/statistici, mentre l'analisi dei dati economici consente di seguire in modo dinamico e preciso l'andamento della spesa osservata e lo studio delle sue caratteristiche strutturali nei diversi settori di cui si compone, consentendo di effettuare proiezioni mirate e documentate nella controversa ed inesplorata questione della pesa attesa in confronto a quella indicata. Alleanza per il Diabete costituisce – conclude Arpino – un suggestivo e plausibile percorso verso la definizione di un sistema di confronto permanente e affidabile tra la Medicina Basata sull'Evidenza e la dottrina nascente della Evidence Based Practice”.

*Presidente SIMG Campania

Oltre 75.000
contatti nei primi
trenta giorni*

*Fonte: Google Analytics



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

quotidiano sanità.it

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

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

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

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

02 47800001 | 02 47800002



Health Communication editore



ATC D07XB05

desamix

effe

0,3% + 1% crema

desametasone+clotrimazolo



antiinfiammatorio
antifungino
antibatterico

attivo contro staphylococcus aureus
streptococcus pyogenes

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: DESAMIX EFPE 0,3% + 1% CREMA

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA:

1000 g di crema contengono: DESAMETASONE 0,3 g, CLOTRIMAZOLO 1,0 g.

3. FORMA FARMACEUTICA:

Crema. Uso cutaneo.

4. INFORMAZIONI CLINICHE:

4.1 Indicazioni terapeutiche:

A scopo preventivo e curativo di infezioni sovrapposte, in tutte le malattie cutanee, per le quali è indicata una terapia topica steroidica.

In tutte le micosi superficiali primarie o secondarie, sostenute da Eidermophyton, Trichosporon, Microsporum, Candida e Malassezia furfur: linea pedis (piele d'atleta), linea corporis, linea inguinale (eczema marginale di Hebra), candidosi (intertrigini inguinali, sottomammarie, ascellari, interdigitali, boccolari), piaghe vescicolari. Nelle piaghe primarie (mopelone, ostioidi coliti, intertrigini). Nell'ectrema inguinale ascellare, interdigitale.

4.2 Posologia e modo di somministrazione:

Applicare la crema sulle lesioni 2-3 volte al giorno, frizionando delicatamente. Il trattamento va protratto per almeno 5 giorni dopo il conseguimento della guarigione clinica.

4.3 Controindicazioni: Soggetti affetti da lito cutanea ed herpes simplex nonché da malattie virali con localizzazione cutanea, ipersensibilità individuale accertata verso i componenti.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso:

L'applicazione epicutanea dei corticosteroidi nel trattamento di dermatosi acute e per periodi prolungati, può determinare un assorbimento sistemico; tale evenienza si verifica più facilmente quando si ricorra al bendaggio occlusivo. Nei neonati il pannolino può fungere da bendaggio occlusivo. L'uso spesso e prolungato del prodotto per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso occorre interrompere il trattamento ed istituire una terapia idonea. Analogo comportamento deve essere adottato in caso di sviluppo di microrganismi non sensibili. Dove debbono trattarsi lesioni estese con il bendaggio occlusivo è opportuno trattare a zone successive onde evitare interferenza con l'omeostasi termica ed effetti sistemici dei componenti.

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione:

Non segnalate nelle comuni terapie di pertinenza.

4.6 Gravidanza e allattamento:

Nelle donne in stato di gravidanza e nella premissima infanzia, il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari:

Il preparato non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.

4.8 Effetti indesiderati:

In corso di terapia corticosterica epicutanea, specie per trattamenti intensi e prolungati, possono manifestarsi alcuni dei seguenti effetti collaterali: sensazione di bruciore, prurito, irritazione, sechezza della pelle, atrofia cutanea, eruzione acneica, iperpigmentazione: atrofia e altre localizzate alle zone intertriginose trattate per un lungo periodo di tempo con medicazione occlusiva.

4.9 Sovradosaggio:

Nell'eventualità di applicazioni prolungate e su superficie estese possono manifestarsi, in seguito ad assorbimento sistemico del Desametasone, gli effetti caratteristici della corticoterapia sistemica, con inibizione dell'asse ipofisario-surrene e comparsa di lacertoidismo. La scomparsa di questi sintomi si verifica in seguito ad interruzione del trattamento che deve essere progressiva.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE:

5.1 Proprietà farmacodinamiche:

Il DESAMIX EFPE è costituito dall'associazione di un corticosteroida sintetica.

Desametasone, con un antimicotico ad ampio spettro attivo anche nei confronti dei batteri Gram positivi: il Clotrimazolo.

Il Desametasone presenta una elevata attività antialergica ed antiinfiammatoria, circa 30 volte superiore a quella dell'idrocortisone e circa 5 volte superiore a quella del prednisolone.

Il Clotrimazolo è un derivato imidazolico per uso topico che presenta *in vitro* che in vivo una elevata attività nei confronti di una larga varietà di micosi, lieviti e muffe fra i quali funghi patogeni appartenenti ai generi: Trichophyton, Ephydermophyton, Candida, Microsporum, Coccidioides immitis, Histoplasma Capsulatum, Aspergillus, Malassezia furfur, ecc.

È inoltre attivo nei confronti di: Staphylococcus aureus e Streptococcus Pyogenes e sviluppa azione inibitrice e fungicida sul Trichomonas Vaginalis.

5.2 Proprietà farmacocinetiche:

I principi attivi presenti nel DESAMIX EFPE esercitano essenzialmente un'azione locale a livello della zona trattata e, nelle normali condizioni di impiego, il loro assorbimento è limitato a livello dell'epicamidia.

5.3 Dati preclinici di sicurezza:

Desametasone

Tossicità acuta: DL 50 (topo s.c.) sup. a 700 mg/kg; DL 50 (ratto s.c.) 120 mg/kg.

Clotrimazolo

Tossicità acuta: DL 50 (ratto p.o.) 705 mg/kg; DL 50 (topo p.o.) 803 mg/kg; DL 50 (coniglio p.o.) 1000 mg/kg.

Tossicità cronica: in seguito a somministrazione topica prolungata, il Clotrimazolo ha dimostrato buona tollerabilità sia a livello locale che sistemico.

Teratogenesi:

Desametasone

L'applicazione locale di corticosteroidi ad animali da laboratorio gravidi può indurre, in seguito ad assorbimento sistemico la comparsa di malformazioni fetali. La trasferibilità dal reparto alla specie umana non è dimostrata.

Clotrimazolo

Il Clotrimazolo non presenta, nei comuni animali da laboratorio, attività embriopatiche o teratogene.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE:

6.1 Lista degli eccipienti:

Alcool benzilico, alcool stearilico, paraffina liquida, polibutene 60, sorbitolo essiccato, sorbitolo 70% non cristallizzabile, laurilpoli ossietilato, alcool benzilico, acqua depurata.

6.2 Incompatibilità:

Nella confezione.

6.3 Validità:

Tre anni.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione:

Nessuna.

6.5 Natura e contenuto del contenitore e prezzo:

Tubetto in alluminio.

Contenuto: Tubo 30 g

Euro 7,90

6.6 Istruzioni per l'uso/procedure operative:

Nessuna in particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:

SAVOMA MEDICINA) I S.p.A. - Via Regenza N. 2/A - 43100 PARMIA

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:

022235042

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE:

Rinnovo A.I.C. 31 maggio 2000

10. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:

Da vendersi dietro prescrizione di ricetta medica.

11. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO: maggio 2005



SCIENZA

Un alimento che racchiude storia, gusto e benessere

Le virtù della Bottarga di Sardegna

di Guido Sanna *

La bottarga, dalla parola araba *botarikh*, è un tipico alimento a base di uova del pesce *Mugil cephalus*, noto agli egiziani ed alle altre popolazioni del Mediterraneo fin dal 5000 a. C.

La Sardegna ha una grande tradizione nella produzione e impiego della bottarga del *Mugil cephalus* pescato localmente. La sua lavorazione è la stessa da sempre; il sale marino, il sole, il clima tipico della Sardegna essenziale nella fase di stagionatura e le mani dei pescatori hanno trasformato da tempi immemorabili le sacche piene di uova delle femmine dei muggini in un alimento dal sapore inimitabile e dal colore che va dall'oro all'ambra, passando per innumerevoli sfumature. Le moderne tecnologie di produzione hanno mirato alla salvaguardia della tipicità e tradizione del prodotto, garantendo nel contempo il rispetto delle più stringenti norme igienico-sanitarie. È per questo continuum, tra storia, tradizione e tecnologia che la Bottarga di Sardegna ha potuto imporsi ai giorni nostri come prodotto tradizionale regionale, come del resto certi-

ficato dal D.L. 173/98 e DM 350/99 sui prodotti tipici regionali.

Negli ultimi anni diversi gruppi di esperti biologi e medici hanno approfondito con studi di biologia molecolare e di biochimica, la conoscenza sulle proprietà biologiche e nutrizionali della Bottarga di Sardegna, confermando la denominazione di origine della bottarga, in relazione ad una specifica essiccazione e stagionatura certificata che non ne alteri le proprietà nutrizionali. Un ulteriore studio è stato realizzato con la Consulenza del Centro Studi Assaggiatori di Brescia che ha certificato, mediante il Big Sensory Test Base, le caratteristiche standard della palatabilità della Bottarga di Sardegna. In una ricerca sperimentale pubblicata di recente, un gruppo di ricercatori del Laboratorio Obl dell'Università di Cagliari ha riscontrato nella bottarga una notevole attività antiossidante sulle cellule della mucosa orale, documentando una abbondante quantità (38%) di Omega 3, aventi una attività antiossidante e protettiva sulle cellule del cavo orale dalle infezioni batteriche e virali.

Tale proprietà, unita alla composizione equilibrata in proteine e glucidi, indica la bottarga di Sardegna come un alimento sicuro, completo e affidabile.

La produzione di bottarga nel mondo supera le 350 tonnellate/anno e questa espansione ha portato all'impiego di uova da differenti origini geografiche come Usa, Brasile, Mauritania ed Atlantico centro occidentale. Così, sono oggi disponibili prodotti trasformati con la metodica tradizionale ma che utilizzano uova di diverse origini geografiche. La politica commerciale internazionale dell'UE è orientata verso la preservazione le mondo gastronomico europeo dalla riproduzione indiscriminata, al fine di garantire gli alimenti tipici (1). In questo contesto è stato recentemente richiesto il marchio d'origine per la "Bottarga di Sardegna", riservata esclusivamente alla bottarga trasformata nel territorio della Regione Sardegna e ottenuta dalla produzione di ovaie dei muggini provenienti dai comparti ittici della Sardegna e da comparti nazionali e esteri. La "Bottarga" rappresenta un prodotto tipico, sintesi di un processo tramandato dalla cultura gastronomica consolidata in tutto il territorio della Sardegna.

Il Consorzio Regionale per la Bottarga di Sardegna, coordinato dai responsabili della Società Smeralda di Cagliari, hanno sviluppato una rete di distribuzione internazionale del prodotto che ha raggiunto Usa, Australia, Cina e Giappone, che negli ultimi anni sono diventati grandi importatori.

*Divisione Ricerca Clinica
FIMMG METIS

NON SOLO ANTIPASTO

La bottarga si mangia di solito come antipasto, tagliata in fette sottilissime e condita con dell'olio di oliva, ma è un ottimo condimento per la pasta e può essere utilizzata per valorizzare il sapore di alcune verdure come i carciofi. Il periodo principale della raccolta delle uova va da metà luglio a metà settembre; allora le uova di muggine sono più piene e il pesce è più grasso.



Ecografia di superficie ma non per questo "superficiale"

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

■ 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.

Chi segue questa rubrica ormai da un po' di tempo potrebbe essersi fatto un'idea della Scuola di Ecografia, o meglio, dei membri della stessa, non completamente aderente alla realtà. Sembrerebbe, infatti, che ogni qualvolta uno di noi si avvicini ad un paziente con una sonda ecografica in mano, nella migliore delle ipotesi, scopra un calcolo della colecisti o, peggio, una metastasi di qualche dannatissimo cancro misconosciuto fino a quel momento.

No. Fortunatamente non è così. Perché, se così fosse, ci sarebbe davvero da preoccuparsi e non ci sarebbe da meravigliarsi se i nostri pazienti cominciassero ad evitarci come se fossimo, a giusta ragione, dei "gatti neri"... No. Buona parte degli esami ecografici che normalmente sono eseguiti negli studi dei mmg ha esito negativo così come accade un po' ovunque si faccia attività ecografica o, più in generale, attività diagnostica per immagini. Certo un esame "nella norma" non ha il sapore della scoperta, l'adrenalina del "vedere", anzi, del vedere prima degli altri; non ha quella amarissima soddisfazione che ti fa esclamare senza muovere le labbra: "avevo ragione!".

Certo bisogna superare l'angoscia della rivelazione e della condivisione della diagnosi col paziente ma, senza ipocrisia, resta l'esaltazione di un lavoro ben fatto.

E allora c'è tutta una serie di esami ecografici dall'esito non necessariamente infausto, ma non per questo me-

no interessanti, che rientrano nella "sfera" delle competenze del mmg ecografista.

Una delle storie che vi raccontiamo brevemente qui di seguito risale al tardo autunno di qualche anno addietro quando verificammo, su di un nostro paziente, come si potesse presentare una presunta "puntura d'insetto" al-

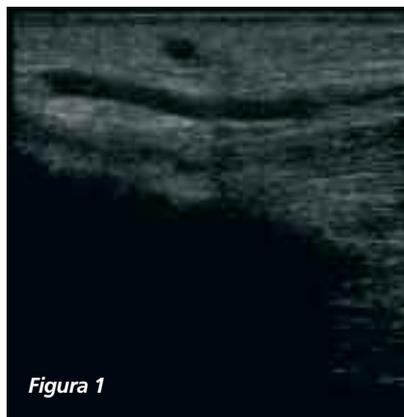


Figura 1

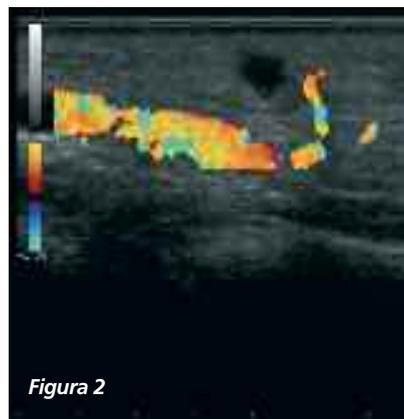


Figura 2

l'esame ecografico.

"Puntura d'insetto". Questa era secondo il paziente quella piccola formazione pomfoide, non più grande di tre mm, leggermente iperemica, presente sulla faccia volare del polso destro. Al solo guardarla, effettivamente, la diagnosi poteva anche essere congrua: paziente lavoratore agricolo, condimeteo favorevoli ecc.

"Buona la prima" quindi, e via con la puntura d'insetto.

Ma un dito sul pomfo non avremmo dovuto metterlo? E fu così che per un dito, un semplice dito, la diagnosi iniziale perse un po' di credibilità, non tanta, ma la certezza di due minuti prima vacillò.

Certo, un pomfo che in qualche misura abbia una sua "pulsatilità" non è difficile da trovare, ma quella "espansione ritmica" era strana, non tipicamente figlia di un qualsiasi processo flogistico.

E allora perché non poggiare un attimo la sonda lineare sul pomfo?

Due minuti di lavoro e via, la diagnosi si sarebbe verosimilmente chiusa. Scansione trasversale, immagine rotondeggiante ipo/anecogena di circa 3 mm immediatamente sottocute; era il "pomfo". (fig.1)

Subito al di sotto era evidente l'arteria radiale che trasmetteva il suo ciclico impulso alla formazione soprastante. Caso chiuso? Sì, fino al momento in cui venne girata la sonda in posizione longitudinale rispetto al vaso.

segue a pag. 34 ►

Ecografia superficiale o sopra fasciale

L'ecografia superficiale, o meglio l'ecografia sopra fasciale, permette la definizione di tutta una serie di patologie primitive e secondarie di questa parte del corpo umano solo apparentemente meno interessante rispetto ad altri targets come addome, tiroide, ecc.

Anche in questo caso l'ecografia ha un'ottima sensibilità ma, spesso, una scarsa sensibilità.

Le varie lesioni esaminate, tuttavia, considerandone le caratteristiche dei margini, l'ecostruttura e l'ecogenicità, le dimensioni, la forma (rotondeggiante od ovoidale, la trasmissione degli ultrasuoni e più recentemente l'uso dell'elastosonografia e del mezzo di contrasto possono consentire un orientamento diagnostico.

In alcuni lavori il rapporto benigno vs maligno è di 5 ad 1.

Lipomi: generalmente lievemente iperecogeni con striature iperecogene che conferiscono un pattern lobulato, capsulati, privi di afferenze vascolari al color/power Doppler. Le dimensioni possono variare da pochi millimetri a diversi centimetri con localizzazione pressochè ubiquitaria. Sempre opportuna la soluzione chirurgica (possibile transizione in liposarcoma) per quelli sottofasciali e/o per presenza di tracce vascolari intralesionali. Da monitorare con attenzione l'evoluzione per quelli di dimensioni da o oltre i 40 mm (precedente criterio decisionale per l'asportazione). Cisti sebacee: ipoecogene le non suppurate, anecogene se già colliquate, margini ben definiti le prime, alquanto soffici le seconde, con scarsi o nulli segni di vascolarizzazione (prevalentemente perilesionale). Metastasi: generalmente ipoecogene a margini irregolari spesso con segnali di vascolarizzazione intralesionale. Particolare attenzione ai secondarismi in corso di tumori del sistema ematopoietico che si presentano, ingannevolmente, come lesioni "circoscritte" e ben definite ipoecogene. Tumori connettivali benigni o maligni: non sempre agevole la distinzione dalle altre patologie nodulari. Particolare attenzione merita la ricerca dei segni positivi per neoformazione non benigna

(disomogeneità del pattern ecografico in b-mode, vascolarizzazione intralesionale, margini irregolari, attenuazione del fascio us. in profondità, assenza di evidenti piani di clivaggio, ecc.).

Raccolte post-traumatiche: facilmente individuabili in relazione all'anamnesi. Indispensabile, in quelle ematiche sopra o sottofasciali, la conoscenza della tempistica dell'esecuzione dell'esame rispetto al trauma efficiente. Bisogna ricordare che a

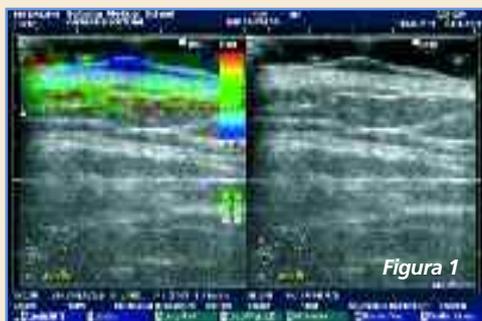


Figura 1

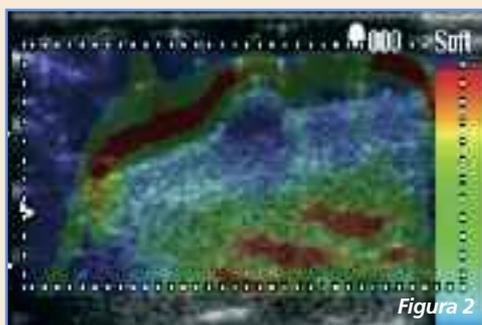


Figura 2



Figura 3



Figura 4

volte, nelle fasi iniziali, le raccolte ematiche non sono evidenziabili perché i globuli rossi creano un numero di interfacce generanti echi che "simulano" l'integrità tissutale. Quindi è indispensabile rivedere il paziente a 24/48 ore di distanza quando è già in atto la colliquazione dei gr.

Lesioni ossee: particolarmente evidenziate sono le strutture superficiali come le coste, la rotula, il margine anteriore della tibia ecc. anche grazie alla notevolissima differenza di impedenza acustica tra il tessuto osseo e tutti gli altri. Le soluzioni di continuità sono particolarmente visibili (coste) spesso con risoluzioni migliori rispetto alla radiologia tradizionale.

Formazioni cistiche: rare, generalmente di pertinenza delle guaine tendinee, tipicamente anecogene ed avascolari. Istiocitoma: istiocitoma fibroso maligno ovvero xantoma fibroso maligno o fibroxantoma sarcoma rappresenta circa il 20% di tutti i sarcomi. Origina prevalentemente dai tessuti molli profondi. L'esame ecografico consente una prima valutazione sulla valutazione di natura ricercando i parametri già noti (margini, vascolarizzazione intralesionale ecc.).

Linfonodi superficiali: grande il rilievo diagnostico ultrasonografico sia per la notevole sensibilità e specificità ottenibili con l'uso combinato della metodica b-mode e color Doppler che con tecnica sonoelastografica. La ricerca dell'irregolarità dei margini in termini di deformazione eccentrica e corticale, la distribuzione non ordinata dei vasi ilari (criterio non completamente diagnostico nei linfomi), il valore degli IR (indice di resistenza vascolare), l'indice di rotondità (rapporto tra diametri ortogonali), la presenza di microcalcificazioni, la presenza di aree di colliquazione ovvero l'anecogenicità diffusa, l'aumento di adesività con formazione di "pacchetti" linfonodali costituiscono, se presenti anche solo in parte, motivo di diagnosi di malignità. L'indagine elastosonografica rappresenta una delle nuove frontiere di indagine per immagini attualmente utilizzabile. La metodica è basata sul principio della "palpazione elettronica" rendendo visualizzabile, come differenza di colore, la variazione di elasticità dei tessuti (fig.1; fig.2; fig.3). Quindi grandi possibilità aggiuntive, per una precoce diagnosi di malignità, in quanto, patterns con score 3, 4 o 5 (fig.4) sembrano essere sufficientemente indicativi.

◀ segue da pag. 32

Tra “pomfo” e vaso stesso c’era una piccola e stretta “traccia” ipocogena che sembrava congiungerle (fig.2); la

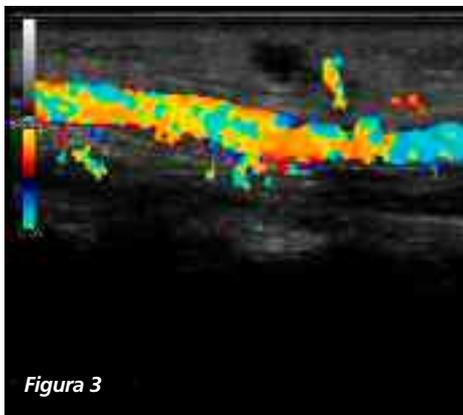


Figura 3



Figura 4



Figura 5

diagnosi corretta si andava progressivamente formando. Mancava la certezza che arrivò insieme alla pressione del tasto CFM sull’ecografo, quello del “colore” tanto per intenderci.

E così il pomfo si accese di un bel rosso porpora ed era evidente l’estensione nella traccia dal pomfo fino all’arteria radiale (fig.3 e 4).

Fu allora che ci si ricordò di un particolare determinante dell’anamnesi patologica prossima del paziente: a giugno dello stesso anno era stato sottoposto a rivascolarizzazione primaria di una coronaria per una grave ischemia cardiaca. La domanda partì nello stesso momento in cui arrivava la risposta del paziente che aveva capito cos’era successo: “sì”. I colleghi cardiologi erano “entrati” in aorta passando per la radiale destra, all’uscita avevano chiuso l’arteria con un “device” che, vendemmiando dalla mattina presto, era semplicemente saltato. Ghiaccio, bendaggio compressivo, caso risolto.

Non altrettanto “allegra” fu la definizione di una formazione sottocutanea in un altro paziente. L’anamnesi purtroppo raccontava di un sarcoma della mandibola che, nel tempo, faceva in suo devastante decorso.

L’attenzione per quel piccolo “nodulo” sottocutaneo era più che altro consolatorio per il povero paziente che in quella sede avvertiva dolore che non una reale necessità diagnostica.

L’ecografia “superficiale” (fig.5): immagine ipocogena a margini irregolari (“stellata”) e sia pur debolmente vascola-



Figura 6

rizzata al color Doppler. Prevedibilmente una metastasi del sarcoma osseo.

Altre situazioni in cui alcune formazioni superficiali sono state risolte grazie all’ecografia sono i “corpi estranei”.

E di corpo estraneo ritenuto sottocute della mano destra si trattava in quel paziente che un anno prima, in seguito ad un incidente automobilistico, era stato ricoverato presso il reparto di rianimazione.

Quindi ecografia ed asportazione in ambulatorio di un piccolo (3 mm) cubetto di parabrezza (fig. 6).

E ancora, quando il “fai da te” casalingo diventa fonte di infortuni, può capitare di vedere ecograficamente un pseudoaneurisma palmare che, grazie alla estrema precisione del mezzo diagnostico permette di distinguere tra semplice ematoma e pseudo aneurisma e quindi l’invio del paziente presso la struttura più idonea alla soluzione del problema (fig.7).

Ed allora possiamo concludere che l’ecografia generalista è fatta non solo di grandi diagnosi inattese o di situazioni cliniche “usuali” nella diagnostica ecografica ma anche di una miriade di “piccole” diagnosi più o meno patologiche che comunque, e a pieno diritto, fanno parte del quotidiano del mmg.

ATT

SOLO DAL TUO
FARMACISTA

MONUCIST

PER IL BENESSERE DELLE VIE URINARIE



Integratore alimentare a base di:
estratti vegetali di Mirtillo rosso americano,
Uva ursina e Malva noti in letteratura per agire favorevolmente
sulle funzioni fisiologiche dell'apparato urinario.

7 Buone ragioni per consigliare ai suoi pazienti i nostri rimedi naturali.

- 1 Assenza di controindicazioni (salvo quando precauzionalmente indicato).
- 2 Formulati con principi di efficacia riconosciuta.
- 3 Integrano l'azione dei farmaci tradizionali.
- 4 Contengono estratti vegetali titolati e standardizzati.
- 5 Graditi dai pazienti, preoccupati degli effetti collaterali dei farmaci.
- 6 Non gravano sul budget del medico di base.
- 7 Costo contenuto per i pazienti.

PHYTO GARDA
RIMEDI NATURALI

SE INTERESSATO A RICEVERE SCHEDE TECNICHE
DEI NOSTRI PRODOTTI E CAMPIONI GRATUITI CI CONTATTI:
Tel. 045-6770222 - Fax 045-6770531 - www.phytogarda.it





www.clubmedici.it

Club Medici®

intorno a te
**un mondo
di vantaggi
esclusivi**



Richiedi un preventivo
I nostri funzionari sono
a tua completa
disposizione

**Club
NO STOP**
09.00-19.00



chiama
06 8607891

chiama
061 7879520

Area Blu:
Sede Nazionale e Interreg.

Via G. Marchi, 10 - 00161 (RM)
e-mail: info@clubmedici.it

Area Verde:
Sede Interregionale

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

Per te

LA CESSIONE DEL 4° DELLO STIPENDIO
SENZA SPINE DEL CLUB MEDICI



FINO A
100.000 euro

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

Tasso fisso,
TAN e TAEG convenzionato

Importo erogabile fino a 100 mila euro
senza motivare la richiesta, è possibile,
inoltre, ottenere immediatamente
un acconto fino a 35 mila euro

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

Assistenza durante l'iter del
finanziamento fino all'erogazione

MUTUODOCTOR

LE MIGLIORI CONVENZIONI
NEL SETTORE SANITARIO



Il Club Medici garantisce

Analisi della richiesta:

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

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

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

Cassa di
assistenza
sanitaria

SANINT-ASSIDIM



CONVENZIONE PER LA COPERTURA
DELLE SPESE SANITARIE

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

Limiti territoriali - Mondo intero

Limite di età - 80 anni

Scadenza annua - 31/12 di ogni anno

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

NON È NECESSARIO

- Presentare alcuna dichiarazione
sullo stato di salute
- Alcuo questionario anamnestico
da compilare

La SANINT-ASSIDIM non prevede
periodi di carenza per l'attivazione
della garanzia

Club Medici è un marchio registrato di Club Medici. Il marchio è un marchio di Club Medici. I servizi sono forniti da Club Medici. Club Medici è un marchio registrato di Club Medici. Club Medici è un marchio registrato di Club Medici. Club Medici è un marchio registrato di Club Medici.

Club Medici è un marchio registrato di Club Medici. Club Medici è un marchio registrato di Club Medici. Club Medici è un marchio registrato di Club Medici. Club Medici è un marchio registrato di Club Medici.

Al Club Medici
tutti i giorni è un...
OpenDay