



am

# AVVENIRE MEDICO

**ATTUALITÀ** Certificati on line: ha vinto la strategia Fimmg / 4  
**ATTUALITÀ** Nel 150° anniversario dell'Unità d'Italia si discute di federalismo / 8  
**FISCO** Società consortili ed esenzione Iva: novità dall'Agenzia delle Entrate / 11  
**SCIENZA** Metis e Sifop insieme per migliorare l'assistenza ai malati cronici / 16



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

2-11

N. 2 - 2011

MENSILE XLIX ANNO

## EDITORIALE

## Unità della categoria e sintonia con la Fnomceo: così possiamo andare avanti

**Giacomo Milillo**  
Segretario  
nazionale Fimmg

**A**pochi giorni dal Consiglio nazionale che a larghissima maggioranza ha approvato la nostra linea politica in riferimento alla certificazione on line, ci corre l'obbligo di sottolineare come fondamentale sia stata l'unità tra sindacati medici e Fnomceo. Non ci hanno intimorito i comportamenti di qualche Ordine dalle connotazioni molto provinciali e di una sigla sindacale minoritaria che, rivolgendosi alla pancia dei colleghi, hanno cercato di contrastare il nostro lavoro. Siamo andati avanti per la nostra strada e, per la prima volta, siamo stati convocati come forze sindacali mediche dal Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione e il risultato l'abbiamo portato a casa. La nostra battaglia è stata condotta con serietà, impegno, fermezza e autorevolezza: abbiamo parlato a nome di tutti con una sola

voce e su questa strada intendiamo continuare.

Il riconoscimento ottenuto dallo scontro con il ministro Brunetta, ci ha convinti a prendere nei confronti del ministro Tremonti una ferma posizione contro l'obbligo di certificazione dell'esenzione per reddito dei nostri assistiti. E stiamo lavorando, questa volta prima che il provvedimento legislativo sulle patenti venga approvato, per evitare che i medici di famiglia possano essere coinvolti in contenziosi giudiziari per non aver segnalato un cambio di terapia in un paziente diabetico.

E stata questo un periodo molto intenso di lotta sindacale, ma non dobbiamo pensare che il nostro lavoro si fermi qui: abbiamo chiesto l'apertura delle trattative per la parte normativa della convenzione. Su questo fronte sarà focalizzato il nostro impegno nei prossimi mesi.

*Le conclusioni del Consiglio nazionale Fimmg del 26 febbraio*

## Certificazioni on line: i risultati di una strategia sindacale efficace

di Paolo Giarrusso

Un dibattito appassionato e franco ha caratterizzato la riunione del Consiglio nazionale della Fimmg conclusosi con l'approvazione a maggioranza della mozione conclusiva (per il testo si rinvia al sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)). Dopo un ampio dibattito il Consiglio ha revocato lo stato di agitazione che la Segreteria nazionale aveva proclamato prima dell'emanazione della "circolare Brunetta" sui certificati on line, evidenziando la necessità di riaprire in tempi brevi le trattative con la Sisac per la rielaborazione della parte normativa dell'Acn.

### CERTIFICATI ON LINE: LA TERZA CIRCOLARE

Nella relazione introduttiva, Giacomo Milillo ha rivendicato per la Fimmg il merito di avere intrapreso una strategia sindacale che ha permesso a tutta la categoria di ottenere risultati apprezzabili che ben difficilmente si sarebbero potuti raggiungere altrimenti. L'emanazione della terza circolare interpretativa del Decreto Brunetta rappresenta infatti il risultato di un con-

fronto che ha visto il recepimento di alcune criticità che la categoria aveva evidenziato e che ha prodotto risultati importanti: necessità che siano le Regioni a fornire gli indispensabili strumenti informatici a tutti i medici; gradualità e la proporzionalità delle sanzioni, da gestire nell'ambito di contratti e convenzioni; interpretazione del significato di reiterazione, come recidiva non del fatto ma della sanzione; possibilità delle Regioni di poter esentare dagli obblighi di redazione e trasmissione on line del certificato di malattia interi servizi o specifiche attività assistenziali (118, guardia medica, assistenza domiciliare, ecc.); ridimensionamento del significato dei Call Center come provvisorietà di sistema; riconoscimento della necessaria discrezionalità del medico nel decidere di ricorrere al certificato cartaceo per non ostacolare l'attività assistenziale, prioritaria rispetto all'obbligo amministrativo.

Tutto questo permette ai medici di svolgere la propria attività più serenamente, senza correre il rischio di essere additati all'opinione pubblica come una categoria corporativa che si oppone al-

l'innovazione tecnologica. E ciò rappresenta indubbiamente un merito per la strategia sindacale che la Fimmg è riuscita a promuovere all'interno della categoria e che ha visto non solo il conseguimento di obiettivi importanti, ma ha addirittura permesso un nostro formidabile accreditamento verso l'attuale parte pubblica che ben difficilmente (vedi lo stato delle attuali relazioni sindacali nel nostro Paese) sarebbe riuscita a concertare soluzioni condivise utili per la categoria professionale.

Uno scontro aperto, così come teorizzato da alcune sigle sindacali minoritarie, avrebbe permesso certamente di cavalcare il malcontento dei medici ma altrettanto certamente il dialogo fra le parti si sarebbe irrigidito senza raggiungere nessuno dei risultati sopraelencati.

### ESENZIONI PER REDDITO: I MEDICI NON POSSONO (E NON DEVONO) OCCUPARSENE

Per ciò che riguarda l'adempimento dei compiti previsti dal decreto ministeriale dell'11 dicembre 2009, relativo alle esenzioni del ticket per reddito, Milillo ha ribadito che tale compito non rientra nella sfera della competenza professionale e che le procedure ad oggi esistenti per acquisire l'esenzione si basano in gran parte sull'autocertificazione del reddito dei cittadini ed esulano appunto da valutazioni cliniche. A tal fine il Consiglio nazionale ha dato mandato al segretario e all'Esecutivo nazionale di programmare l'interlocuzione con la Parte Pubblica al fine di ottenere che la verifica del diritto all'esenzione per reddito diventi di competenza dell'erogatore e non del medico.

Infine segnaliamo che Carmine Scavone ha dato notizia che è stata pubblicata in data 17 febbraio la circolare n. 5/E dell'Agenzia delle Entrate sull'esenzione da Iva delle prestazioni di servizi rese da consorzi o società consortili ai propri consorziati o soci (vedi p.11) che rappresenta un'ulteriore tassello per meglio indirizzare la strutturazione delle forme organizzative delle associazioni tra medici di Medicina Generale.

Intervista a Guido Marinoni

## Come deve regolarsi il mmg

**G**uido Marinoni, medico di famiglia, tesoriere dell'Ordine dei Medici di Bergamo nonché componente del Comitato Centrale della Fnomceo, che ha rappresentato, con Giuseppe Augello, presidente dell'Ordine di Agrigento, la stessa Fnomceo nei rapporti con il Ministero dell'Innovazione tecnologica, ci spiega le ricadute pratiche nell'attività professionale delle novità contenute nella "circolare Brunetta" numero 3, pubblicata lo scorso 1° febbraio.

**Dottor Marinoni, chiariamo bene: il certificato cartaceo si può fare o si deve per forza rilasciare solo il certificato on line?**

Il certificato cartaceo non è mai stato abolito esso rimane perfettamente valido quando il Sistemats non consenta la certificazione on line in tempi compatibili con la normale attività assistenziale quotidiana.

**I medici ospedalieri devono rilasciare il certificato on-line?**

I medici ospedalieri devono rilasciare il certificato on line se le loro Aziende forniscono gli strumenti per poterlo fa-

re, nel frattempo devono continuare a rilasciare il certificato cartaceo quando l'atto medico lo preveda. Ricordo che la certificazione ospedaliera (cartacea od on line) al momento della dimissione, con la precisa indicazione della prognosi e della convalescenza, permette ai cittadini di poter usufruire in pieno e senza decurtazioni delle indennità di malattia previste per legge. Ciò non sarebbe possibile nel caso in cui tale certificazione fosse rilasciata da altri sanitari dopo la dimissione ospedaliera (circolare del Presidente, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Prot. n. 613/C7SAN.).

**I medici di continuità assistenziale devono rilasciare obbligatoriamente il certificato on line?**

La certificazione on line deve essere rilasciata dai medici di continuità assistenziale se le Aziende territoriali li dotano di adeguati strumenti. In caso contrario e qualora il contatto con il call-center richieda tempi lunghi togliendo tempo alla preminente attività assistenziale medica, il medico di continuità assistenziale potrà rilasciare un certifi-

cato cartaceo.

**È obbligatorio stampare la certificazione rilasciata?**

La fornitura della stampa del certificato on line è obbligatoria se i lavoratori delle aziende private lo richiedono. Ad esempio, nel caso in cui le aziende o il consulente del lavoro delle stesse non siano in grado di collegarsi al sito dell'Inps.

**I medici sostituiti devono avere le credenziali di accesso al sistema e devono essere forniti di Pin?**

Tutti i medici (compresi i liberi professionisti "puri") possono ricevere le credenziali di accesso a Sistemats-Sogei. Il Pin, a regime, dovrà essere rilasciato a richiesta dal locale Ordine dei Medici o dagli appositi uffici delle varie Aziende sanitarie locali, a seconda dell'organizzazione localmente definita. In attesa di poter disporre delle credenziali di accesso al sistema, il sostituto, che non disponga già di credenziali ad esempio in qualità di medico di continuità assistenziale, può continuare a certificare in cartaceo.

P.G.

### LE NEWS

#### Certificati per la patente: i medici chiedono la modifica del decreto

L'11 gennaio scorso il Consiglio dei ministri ha approvato uno schema di decreto legislativo che dà seguito alle direttive europee in materia di patenti di guida e relative certificazioni. Il decreto prevede che tutti i medici indicati dall'art. 119 del Dlgs 285/92,

compresi dunque i medici di famiglia, debbano segnalare al Dipartimento per i trasporti eventuali patologie accertate o eventuali variazioni di terapia che possano compromettere l'idoneità alla guida.

Questa indicazione mette a rischio gravemente il rapporto di fiducia tra medico e paziente e, proprio per questo, la Fimmg chiede una modifica del decreto attualmente all'esame delle Commissioni parlamentari competen-

ti. A farsi interprete delle preoccupazioni dei medici è stato il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco, che ha inviato una lettera al ministro della Salute Ferruccio Fazio, nella quale si sottolinea il timore "che tale procedura possa indurre gli interessati a non sottoporsi a visite e controlli medici o ad assumere comportamenti omissivi su sintomi e segni, con ulteriore grave pericolo per la salute pubblica, oltre che individuale".

# Ma cos'è questo federalismo?

Mentre si festeggiano i 150 anni di unità nazionale, il Parlamento italiano esamina i decreti attuativi della legge sul federalismo fiscale. Un tema che suscita discussioni accese, come mostrano le interviste che pubblichiamo in cui si confrontano i pareri di due presidenti di Regione di ben diverso orientamento: Nichi Vendola e Luca Zaia

## VENDOLA: "QUESTO FEDERALISMO È UNA SCHIFEZZA"

*"Avevamo una pistola puntata. O dicevamo sì oppure addio ai fondi per i servizi locali. E questa si può chiamare intesa?". Risponde così alla domanda sul federalismo fiscale e i costi standard sanitari il presidente della Regione Puglia. Un Vendola pacato e dalla dialettica articolata come sempre, ma particolarmente duro nei giudizi sull'attuale situazione della sanità. Non solo meridionale.*

**Presidente Vendola, per molti osservatori la sanità meridionale è oggi la criticità più evidente nel processo, ancora non compiuto, di unità della Nazione. È d'accordo con questa valutazione?**

Non c'è dubbio. Le criticità del sistema sanitario del Mezzogiorno sono un indicatore rilevante degli squilibri che rendono ancora inattuata l'unificazione del Paese di cui siamo prossimi a celebrare i 150 anni. Il razionamento delle risorse che registriamo nel circuito del welfare, la scarsa infrastrutturazione sociale e i buchi nei sistemi sanitari in parti rilevanti del Sud Italia, ci di-



cono che qui c'è un banco di prova della tenuta del Paese. E qual è la risposta prevalente a tutto questo? La criminalizzazione dell'organizzazione sanitaria del meridione.

Il Sud diventa metafora di un racconto caricaturale. Non si vedono le eccellenze che invece ci sono, le innovazioni che si sono realizzate e in questo cono d'ombra veniamo risucchiati.

**D'accordo. È però indubbia l'arretratezza della sanità meridionale e la sua distanza dagli indici di performance del resto del Paese.**

E come potrebbe essere altrimenti quando, da quasi vent'anni, la sanità del Sud è penalizzata in sede di riparto del fondo sanitario nazionale? E questo, eravamo a metà anni '90, avviene da quando è passata la logica delle quote capitarie "pesate" per età che hanno strangolato l'economia delle Asl e degli ospedali meridionali. Una logica ferrea, apparentemente inoppugnabile, e basata sulla tesi che un anziano costi molto di più di un adulto o di un giovane. Peccato che le ricerche epidemiologiche abbiano smentito da tempo questo assunto. La società e i suoi stili di vita si stanno adeguando in fretta all'invecchiamento della popolazione. Oggi non è l'anziano a costare di più. Sono la povertà e il disagio sociale, a prescindere dalla fasce d'età, a rappresentare la vera emergenza dei costi sanitari.

E allora, prima di parlare di confronti e costi standard, che su queste vecchie basi penalizzeranno sempre il Sud negandogli qualsiasi possibilità di crescita, dobbiamo mettere i sistemi sa-

nitari regionali nelle condizioni di ripartire sullo stesso piano e dagli stessi standard di offerta e di capacità di risposta assistenziale del settentrione, prima di parlare di competizione nell'efficienza e nella qualità. Fino ad oggi, invece, il Nord più dotato e più strutturato, ha sempre avuto di più. Noi, meno dotati e meno strutturati, sempre di meno. E questo ci ha negato la possibilità di poter anche solo aspirare al raggiungimento di livelli di risposta sanitaria paragonabili alle Regioni settentrionali.

**Altra questione. Il ruolo della politica nelle nomine dei dirigenti delle Asl. Lei ha voluto una legge ad hoc per cambiare i criteri di selezione dei manager. E gli altri?**

Lo stesso presidente Fini, in occasione delle ultime elezioni regionali, aveva lanciato proposte interessanti per far sì che la politica definisse dei criteri trasparenti nella selezione dei manager della sanità. C'è stato un bel dibattito, che mi ha ulteriormente convinto sulla necessità di creare un percorso diverso nella nomina dei direttori generali. Ma poi, finite le elezioni, tutto come prima. Lottizzazione politica senza criteri. Quasi ovunque. In Puglia abbiamo provato a mantenere quegli impegni e abbiamo, gli unici, fatto una legge che prevede un percorso preciso di selezione e formazione dei candidati affidato ad esperti esterni, per favorire una valutazione finale basata realmente sul merito e le capacità dei futuri manager.

**Cosa state facendo per la sanità in Puglia?**

Intanto, al primo posto del nostro Piano sanitario, abbiamo indicato la medicina di genere. Che non è un'opzione ideologica, come pensa qualche cretino, ma è il prendere atto di come, per fare solo un esempio, donne e uomini reagiscano in modo diverso allo stesso farmaco. Questo vuol dire partire dalla domanda. Dalla domanda di salute di oggi e dai bisogni di assistenza di oggi. Domanda e bisogni che mutano e che richiedono approcci e metodi diversi. Per le donne, per l'infanzia, per le fragilità sociali e sanitarie, per gli anziani. In questo processo anche la medicina e la comunità

scientifiche debbono fare la loro parte. Serve un balzo in avanti, un'apertura della mentalità clinica, ormai troppo chiusa nelle sue specializzazioni che portano spesso a cesure aprioristiche, anche in quei casi dove si manifestano spigoli nuovi, visioni diverse e interessanti per un diverso approccio terapeutico.

**Nuovi bisogni, nuova domanda di salute, investimenti, rilancio. Tutte azioni in avanti. Come si concilia tutto ciò con la logica dei piani di rientro basata essenzialmente sull'obiettivo del pareggio di bilancio?**

I piani di rientro sono una follia. Non solo perché, in nome della razionalizzazione della spesa, producono nell'immediato il taglio dei servizi e il razionamento dei diritti dei cittadini senza alcuna possibilità contestuale di riqualificazione. Ma anche perché, sui tempi medio lunghi, diventano causa di una duplicazione della spesa sanitaria. E questo in un clima di grande ipocrisia, favorito dall'ideologia della sopravvivenza dei conti pubblici che ispira l'ultima versione del tremontismo. Faccio l'esempio del Molise. Dopo il piano di rientro, nel giro di un solo anno, questa Regione ha visto diventare una voragine il suo debito consolidato a causa della moltiplicazione della sua mobilità passiva, con l'implosione dell'emigrazione sanitaria dei suoi cittadini verso altre regioni. Se mi blocchi gli investimenti per l'edilizia sanitaria, se mi blocchi il turn over, il mio sistema entra in corto circuito. Altro che risanamento.

**I piani di rientro, il riparto e in generale le logiche politiche di gestione della sanità regionale si confrontano ora con la sfida del federalismo. Ma il fronte regionale è spaccato. Una frattura insanabile che potrà avere ripercussioni anche a livello nazionale?**

Partiamo dall'intesa Stato-Regioni del 16 dicembre scorso sul federalismo fiscale e i costi standard sanitari. Quell'intesa è stata fatta con la pistola puntata alla tempia. Da una parte l'alternativa del no, che in ogni caso non avrebbe stoppato l'iniziativa governativa. Dall'altra parte dire di sì, per ottenere la restituzione delle risorse scippate dal Governo alle Regioni, a partire da quelle per il trasporto pubblico. Una non partita dove, tra l'altro, abbiamo avuto

un Nord con una palese convenienza all'accordo e un Sud sotto il ricatto di una negoziazione continua con il Governo per piani di rientro e quant'altro. A un certo punto sembrava che solo la Puglia si opponesse alla firma dell'intesa.

**E quindi?**

E quindi oggi abbiamo la prospettiva di un qualcosa che chiamiamo federalismo e che in realtà è una schifezza. Dove federalismo diventa il nome presentabile della secessione e di un processo di fuoriuscita dalla solidarietà nazionale. Io non sono contro il federalismo, anzi. Ma ciò di cui stiamo parlando è una sceneggiata. Una cosa, si dice, che fa bene al Nord, fa bene al Sud. Un processo che non penalizza nessuno e fa tutti più ricchi. Ma la presa in giro si smaschera facilmente anche solo riflettendo sulla degenza ottenuta dalle Regioni a statuto speciale. Ma in un assetto federalista non dovremmo essere tutte Regioni a statuto speciale?

Eppure un fronte del Sud esiste. E si sta facendo sentire nella battaglia con il Governo sui criteri di riparto del fondo. La contrapposizione si allargherà anche al federalismo?

È vero. Sul riparto ci stiamo giocando molto, come ho già detto. Ma la partita è più ampia e spero che i miei colleghi non tradiscano i loro territori per ragioni di opportunismo di corto respiro o peggio per sudditanza politica. A loro dico: ma si può partire con una riforma federalista che pone come prima tappa il fisco? E questo dopo anni di politiche demagogiche e scellerate della destra. Con una rappresentazione della fiscalità e della solidarietà fiscale quali esercizi vessatori e paracriminali dello Stato, negandone quindi la loro natura di strumenti fondanti di una comunità sociale democratica e civile. E ancora, ci vogliamo ricordare della progressiva decurtazione dei trasferimenti dal centro al Sud, ormai vicini alla soglia di un misero 35% sul totale dei trasferimenti, quando gli impegni passati parlavano di un obiettivo del 46%? Per non parlare dello scippo costante dei fondi Fas e degli altri fondi europei, che ormai sono usati come cassa per far fronte a qualsiasi cosa tranne che per le esigenze del Sud al quale sono destinati. Ebbene, se i miei colleghi non dovessero tener conto di tutti questi fattori, non potrei che

trarre la conclusione della loro complicità nella più grande rapina che la storia italiana abbia mai visto a danno dei cittadini delle regioni meridionali.

*Cesare Fassari*

**ZAIA: "NESSUNA GUERRA NORD-SUD. CON IL FEDERALISMO VINCE LA RESPONSABILITÀ"**

*Luca Zaia difende tutti i passaggi del federalismo. "È falso che i cittadini pagheranno di più" con il federalismo municipale, spiega, perché è solo "un cambiamento nelle modalità". E a suo giudizio i costi standard sono "la prima vera azione di contrasto agli sprechi che sia mai stata pensata in sanità". Ma per il riparto 2011 respinge con forza l'introduzione del criterio di deprivazione sociale rivendicato da Nichi Vendola e dagli altri presidenti del Sud: "Non mi risulta che dove il Pil è più basso siano più elevate le esigenze di salute dei cittadini, né mi pare sostenibile che il costo di una prestazione sanitaria debba per forza essere diverso a seconda delle condizioni socioeconomiche di un territorio".*

**Presidente Zaia, questa settimana arriverà nelle Aule parlamentari il cosiddetto "federalismo municipale".**



**Le criticità messe in luce dai Comuni si sono risolte con la possibilità di introdurre nuove tasse. Pensa sia una soluzione accettabile?**

Chi pensa che con il decreto i sindaci aumenteranno le tasse è stato evidentemente male informato. Quello che cambia è il principio, innanzitutto, ed è una rivoluzione copernicana: al posto della finanza derivata, in base alla quale è lo Stato a decidere quanto devono avere gli Enti locali e come devono spendere quel che viene dato loro, si introduce la

finanza autonoma, per cui i Comuni gestiscono direttamente tasse e risorse. Se per "introduzione di nuove tasse" si intende un cambiamento nelle modalità, allora è vero. Se si vuol far credere invece che i cittadini pagheranno di più, è evidentemente falso. In ogni caso, io ho piena fiducia nel lavoro svolto dal Ministro Calderoli e dalla compagine governativa.

**In Parlamento arriverà poi il decreto su fiscalità regionale e costi standard in sanità, che ha raccolto sia pure a fatica l'intesa delle Regioni. Molti analisti ritengono però che sia un provvedimento "svuotato", che non cambierà l'attuale sistema di ripartizione tra le Regioni dei fondi per la sanità stanziati dal Governo centrale. Lei come lo giudica?**

Il mio è un giudizio assolutamente positivo. La parte regionale della riforma federalista è probabilmente la più rilevante. Lo dico non perché presiedo una Regione, ma perché vi è compresa l'immensa partita dei costi standard in sanità, e sappiamo quanto il finanziamento della sanità pesi sulle casse dello stato e delle Regioni. L'introduzione dei costi standard coinciderà con la prima vera azione di contrasto agli sprechi che sia mai stata pensata in sanità. Vi pare possibile non intervenire su una realtà come quella odierna in cui una radiografia costa la metà in una Regione (come il Veneto) ed il doppio in un'altra; in cui esistono ospedali con 20 posti letto e 200 dipendenti; in cui la ripartizione dei fondi avviene sulla base della spesa storica, continuando cioè a pagare di più chi ha speso di più l'anno precedente? I nemici del federalismo continuano a descrivere la situazione come una "guerra" nord-sud, ma non è così! Responsabilizzare i centri periferici di spesa dando a tutti parametri uguali e ben pesati come i costi standard sulle prestazioni sanitarie e gli acquisti di tecnologie equivale a sostenere una crescita virtuosa per tutto il Paese. Certo, chi sinora ha sprecato o anche solo non si è preoccupato più di tanto dell'andamento della sua spesa, incontrerà maggiori difficoltà di chi, come il Veneto, la Lombardia, l'Emilia Romagna o la Toscana, lavora da tempo all'ottimizzazione delle risorse. Tanto perché non siano solo parole, il criterio dei costi standard noi

abbiamo già iniziato ad introdurlo con il riparto del fondo regionale 2010 e con le direttive ai managers delle Ulls per il 2011 e 2012, nelle quali indichiamo a tutti la necessità di prendere come punto di riferimento per la gestione della sanità le migliori performances presenti sul territorio ed il minor costo pro capite raggiunto da alcune Ulls. All'ingresso dei costi standard in tutto il Paese, noi arriveremo pronti. Non vedo perché non debbano riuscirci anche le altre Regioni, chi faticando di più, chi di meno.

**Il presidente della Puglia Vendola sostiene invece che questo federalismo sia una secessione mascherata e che rompa la solidarietà nazionale. Come risponde?**

Francamente non capisco da dove nasca la posizione del mio omologo Vendola. La riforma federale prevede in sé il principio della perequazione e della solidarietà. Con esso si dà la possibilità ai territori, Puglia compresa, di decidere autonomamente come spendere i propri soldi, detto in parole poverissime. Ed è l'occasione per quella assunzione di responsabilità invocata dal Presidente Napolitano. A meno che per solidarietà non si intenda l'accettazione supina di ospedali inefficienti e senza posti letto che danno lavoro a decine e decine di infermieri, giusto per rimanere in tema, solo perché il tessuto economico di talune realtà della penisola si è fondato per decenni su questo sistema. Credo sia giunto il momento per una decisa virata culturale, prima ancora che amministrativa. Un rinnovamento che tutti i cittadini, da Nord a Sud, chiedono ormai. E il federalismo dà l'occasione per questo cambio di rotta.

**Intanto le Regioni stanno discutendo dei criteri di riparto del cosiddetto Fsn per il 2011 e il Veneto è tra i più intransigenti nel respingere la richiesta, che viene da tutte le Regioni meridionali, di introdurre un indice di deprivazione sociale accanto all'attuale indice di anzianità della popolazione. Perché avete assunto questa posizione?**

Noi siamo disponibili a lavorare perché questo riparto non sia una guerra tra poveri, tant'è che io stesso ho proposto una pausa di riflessione per approfondire le questioni sul tappeto, ma

ribadisco la nostra contrarietà all'introduzione del criterio della deprivazione, che non ha evidenza scientifica e cambia profondamente le regole del gioco. È una sorta di criterio socioeconomico, ma non mi risulta che dove il pil è più basso siano più elevate le esigenze di salute dei cittadini, né mi pare sostenibile che il costo di una prestazione sanitaria debba per forza essere diverso a seconda delle condizioni socioeconomiche di un territorio.

**Il Veneto ha un sistema sanitario regionale di grande efficienza. Quali sono le ragioni di questa realtà positiva?**

Sono molte e certamente non tutte qui elencabili. Tra queste, direi una storica capacità gestionale con la relativa attenzione al miglior utilizzo delle risorse; una rete ospedaliera avanzata sia sul piano tecnologico che su quello tecnico-scientifico; una notevole integrazione ospedale-territorio, ancorché ancora da potenziare; un personale medico ed infermieristico capace e preparato; un'integrazione tra sanitario e sociale che, pur molto impegnativa da sostenere sul piano economico, garantisce alla popolazione un'assistenza a 360 gradi. Tutto ciò premesso, non vuol dire che sia tutto oro quel che luccica, ed anche noi oggi stiamo lavorando ad una profonda riforma della nostra organizzazione sanitaria, che si concretizzerà nelle prossime settimane in un nuovo Piano Sociosanitario Regionale. Gli obiettivi sono proprio quelli che ogni Regione dovrebbe porsi nell'ottica dell'ingresso del federalismo in sanità: ulteriore ottimizzazione della spesa; eliminazione della sovrapposizione di reparti e servizi sia tra pubblico e pubblico che tra pubblico e privato; rafforzamento dell'appropriatezza delle prestazioni; revisione della rete ospedaliera con la riconversione di alcuni ospedali, troppo piccoli e quindi potenzialmente inefficienti sia sul piano dei costi che su quello delle prestazioni erogate; trasferimento sul territorio di tutti quei servizi che ancora impropriamente sono erogati negli ospedali per acuti; rafforzamento della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare integrata; lotta alle liste d'attesa, che a mio avviso sono l'aspetto dell'organizzazione sanitaria sul quale il cittadino è, e giustamente, più sensibile.

*Eva Antoniotti*

# Società consortili ed esenzione Iva: novità dall' Agenzia delle Entrate

A cura della Commissione Fisco Fimmg

**È** stata pubblicata in data 17 febbraio la circolare n. 5/E dell' Agenzia delle Entrate sull' esenzione da Iva delle prestazioni di servizi rese da consorzi o società consortili ai propri consorziati o soci.

La necessità di chiarimenti sulla materia, per l' importanza delle ricadute di interesse per la Medicina Generale, era stata condivisa, nei lavori dell' ultimo Corso di Aggiornamento, tra la Consulta Fisco e la stessa Agenzia delle Entrate ed è di particolare rilievo il riconoscimento della tempestività con cui l' Agenzia ha provveduto alla pubblicazione di un documento interpretativo, che di fatto viene a risolvere anche alcuni dei problemi più cogenti negli aspetti gestionali amministrativi e fi-

scali delle forme associative della Medicina Generale.

La conferma infatti dell' esenzione da assoggettamento ad Iva delle prestazioni rese da strutture di tipo consortile nei confronti dei propri associati potrebbe consentire di indirizzare la strutturazione delle forme organizzative delle associazioni tra medici di Medicina Generale, indicandone le modalità più fiscalmente corrette ed al tempo stesso più amministrativamente efficaci per la gestione dei costi sostenuti per i fattori di produzione del reddito.

Sarà successiva cura della stessa Commissione Fisco Fimmg provvedere, sulla base dei chiarimenti espressi dalla Circolare N. 5/E, proporre delle indicazioni pratiche sui possibili indirizzi relativi alle modalità gestionali più ef-

ficaci, in ambito amministrativo e fiscale, per le forme associative della Medicina Generale.

È da considerare che anche questa determinazione dell' Agenzia delle Entrate potrebbe consentire la risoluzione efficace di problematiche di particolare importanza per l' attività professionale del medico di Medicina Generale, consolidando ulteriormente i risultati già ottenuti nella progressione verso una effettiva "serenità fiscale" per la categoria, a ragione rivendicata in relazione alle peculiarità del proprio ruolo professionale, e che costituisce l' obiettivo primario di quel percorso di costante confronto, intrapreso ormai da alcuni anni, tra l' Agenzia delle Entrate e la Commissione Fisco della Fimmg nazionale.

## NEWS

### Malattie rare: 109 patologie in più nei nuovi Lea

È già sbarcato sul tavolo del ministero dell' Economia il provvedimento di aggiornamento dei Lea che amplia con 109 nuove patologie l' elenco delle 500 malattie rare già riconosciute dal Ssn. La conferma è arrivata dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, durante la presentazione all' Istituto superiore di sanità del libro e dello spettacolo Controvento per la sensibilizzazione sulle malattie rare a margine del convegno sul progetto Europlan che coinvolge 34 Paesi europei e non europei.

"La codificazione di nuove malattie rare –

ha chiarito il ministro – è un evento importante perché consentirà di avere vantaggi per quanto attiene le esenzioni e anche altri vantaggi relativi ai costi diagnostici e terapeutici. Inoltre bisogna tener presente che, di fatto, molte malattie rare sono in cluster, quindi sono più di 109". Non solo, ha aggiunto Fazio, nei nuovi Lea avremo anche livelli differenziati di assistenza domiciliare integrata per facilitare questo tipo di assistenza "che sempre di più dovrà diventare uno degli elementi fondanti del nuovo riassetto del sistema teso a spostare sul territorio i trattamenti di questi malati".

Lo sforzo per affrontare la ricerca e la cura delle malattie rare non è solo italiano. Si riunirà l' 8 e il 9 aprile, a Washington, per la pri-

ma riunione operativa, il Comitato costituito dalla Commissione Europea e dal National Institute of Health statunitense per promuovere e finanziare la ricerca pubblica sulle malattie rare. "È un' alleanza scientifica e finanziaria importante – ha spiegato Domenico Taruscio, direttore del Centro nazionale per le malattie rare dell' Iss – perché le case farmaceutiche continuano a fare poca ricerca sulle malattie rare nonostante queste siano molto diffuse".

Il lavoro effettuato dal Centro nazionale per le malattie rare, inoltre, costituirà la base per la realizzazione del Piano nazionale per le malattie rare del quale dovranno dotarsi entro il 2013 tutti gli Stati del Vecchio continente.

# Onaosi: per la prima volta votano tutti gli iscritti

**C**hi è iscritto alla Fondazione riceverà a casa un plico, contenente una busta preaffrancata con la quale inviare la propria scheda elettorale. Per la componente dei medici non dipendenti dal Ssn, Fimmg sostiene la lista n.2, "Onaosi futura"

Fino ad oggi il vertice della Fondazione Onaosi, ovvero il Comitato di Indirizzo, veniva nominato dal Consiglio nazionale della Fnomceo. Con il nuovo Statuto della Fondazione, approvato nel febbraio scorso, la sua elezione è invece affidata al pronunciamento diretto di tutti gli iscritti, che proprio in questi giorni stanno ricevendo a casa un plico che contiene la scheda elettorale e una busta preaffrancata: compilata la scheda elettorale (indicando soltanto la lista prescelta, senza preferenze) è sufficiente metterla nella busta e spedirla.

Gli iscritti Onaosi sono suddivisi in cinque raggruppamenti: i medici dipendenti del Ssn, i veterinari dipendenti del Ssn,

i farmacisti dipendenti del Ssn, i medici iscritti volontariamente (medici convenzionati o libero professionisti), e, infine, riuniti insieme, odontoiatri, veterinari e farmacisti iscritti volontariamente. Ciascun raggruppamento elegge propri rappresentanti nel Comitato di indirizzo e dunque le liste sono distinte per raggruppamento. La Fimmg, per il raggruppamento dei medici iscritti volontariamente, ha designato alcuni nomi nella lista "Onaosi Futura". Come si legge nella lettera che il segretario nazionale Giacomo Milillo ha inviato ai colleghi iscritti alla

Fimmg e all'Onaosi, si tratta di "colleghi particolarmente motivati e preparati che intendono dare il loro fattivo apporto per migliorare l'attività assistenziale a favore degli assistiti nonché ampliare i servizi e le prestazioni". La loro partecipazione al Comitato di indirizzo Onaosi, all'interno del quale si sceglierà poi il Consiglio di amministrazione della Fondazione, è dunque un obiettivo importante e per questo è bene che i voti non vengano dispersi. Basta inviare la busta all'Onaosi al più presto, perché saranno validi i voti ricevuti entro il 23 marzo.

## Lista n. 2 ONAOSI-FUTURA

### I colleghi Fimmg in lista

**Umberto Rossa**, segretario provinciale Fimmg Belluno

**Mauro Ucci**, vicesegretario nazionale (Firenze)

**Bruno Cristiano**, segretario del segretario nazionale (Reggio Calabria)

**Fiorenzo M. Corti**, segretario regionale Fimmg Lombardia (Milano)

## NEWS DALLE PROVINCE

### Fimmg Piemonte

Il 2 ottobre scorso **Roberto Venesia** è stato eletto segretario generale regionale della Fimmg del Piemonte, affiancato da **Camillo Milano**, vicesegretario vicario, **Enrico Modena** vicesegretario regionale, e **Manuela Lerda**, segretario amministrativo.

### Fimmg Milano

Nella serata del 25 gennaio si sono tenute le elezioni per il rinnovo del Consiglio provinciale Fimmg Milano.

**Vito Pappalepore** è stato confermato segretario provinciale, coadiuvato da **Fiorenzo Corti**, vicesegretario vicario, **Raffaele Contini**, vicesegretario aggiunto, e **Contardo Corbetta**, segretario amministrativo.

Il Consiglio Provinciale è invece formato da:

**Alberto Cefalo, Marilyn Chemotti, Gabriella Levato, Giacomo Malventano, Stefano Attilio Nobili, Stefano Ongaro, Alessandro Politi, Eugenio Fortunato Redaelli, Andrea Sideri, Massimo Sorghi e Mietta Venzi.** Il Collegio dei Proviviri annovera: **Carlo Celentano, Anna Carla Pozzi e Flavio Sinchetto**, mentre i Revisori dei Conti sono **Maria Paula Consuelo Lampreda, Nicoletta Monferro**ni e **Roberto Palmieri** con **Cosimo Damiano Lojodice**, revisore dei conti supplente. Infine, Fiduciario per l'Asl 1 di Legnano è stato eletto **Claudio Restelli**, per l'Asl 2 di Melegnano **Cristoforo Cassisa** e per l'Asl di Milano Città, **Davide Lauri**.

### Fimmg Teramo

Il 18 dicembre scorso si è tenuta l'elezione

per il nuovo Consiglio provinciale Fimmg, che il 22 dicembre ha poi definito gli incarichi di vertice. **Ercore Core** è stato nominato segretario provinciale generale, **Luciano Pirozzi** vicesegretario vicario, **Felice Di Febbo** e **Franco Lucchese** vicesegretari, **Antonio Florà** segretario amministrativo. Del Consiglio provinciale Fimmg fanno parte anche **Renato Santarelli, Michele Di Paolantonio, Gavino Lattanti, Luciano Pirozzi, Desiree Del Giovine, Glauco Appicciafuoco, Silvana Di Saverio, Mario De Dominicis, Alfredo Nibid.**

Il collegio dei Proviviri è composto da **Antonio Di Giovanni, Elicio Di Michele** e **M. Pia Tuttolani**, mentre il Collegio dei Revisori dei conti da **Oswaldo Di Andrea, Gabriella Gentile, Antonio D'Angelantonio.**

## Una testimonianza sui Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale

# Ancora tante criticità, ma nell'ambulatorio si impara davvero

di Elisa Tesè\*



**G**iunta alla fine del mio percorso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ho scelto come argomento della tesi per l'esame finale descrivere cosa abbia rappresentato per me accedervi e frequentarlo.

Non posso preliminarmente prescindere dal volgere lo sguardo alla professione cui il Corso mi rimanda, il mmg, e il contesto professionale in cui questi opera, le Cure Primarie. Già nel 1977 su Science veniva attribuita al mmg la capacità di considerare e integrare i dati biologici della patologia con quelli propri della persona, di gestire la malattia, non come tale, ma come "vissuto di malattia". La definizione che conferisce definitivamente alta dignità scientifica di Disciplina alla Medicina Generale è quella sancita nel documento Wonca del 2002: una disciplina con propri contenuti educativi, una propria metodologia di ricerca e di pratica basata sull'Evidenza (Ebm), che è a tutti gli effetti una Specializzazione Clinica orientata alle Cure Primarie. Consultando la bibliografia di tutto il mondo, mi ha colpito leggere quanto scrive e dichiara, fondatamente, Barbara Starfield, professore di Primary Care a Baltimora: "I Paesi, dove si considera la MG la porta di accesso al Sistema Sanitario, hanno riportato un alto livello di gratificazione tra gli utenti parallelamente ad un soddisfacente rapporto efficienza-efficacia nei risultati di salute"; e ancora "i determinanti di una così alta qualità sono evidentemente la formazione universitaria pre- e post- laurea, il grado di esperienza, i metodi di valutazione e l'organizzazione del lavoro del

mmg". E in questa direzione andrebbe vista la Specializzazione in Medicina Generale: come quella palestra, quel Gymnasium in cui i "maestri", oggi tutor, trasmettono la propria essenza, essere "medico della persona", ai "giovani", oggi medici in formazione, facendo sì che si instauri quell'osmosi Professione-Formazione, in un percorso educativo di crescita e maturazione, secondo una visione andragogica, in cui l'apprendimento è partecipato, e diventa processo di ricerca attiva e non ricezione passiva di contenuti prettamente pedagogica.

Mi sono appassionata ancora di più a completare la mia tesi perché mi sono posta alcuni obiettivi di valutazione che riguardassero sia il Corso di Formazione Specifica, sia i contenuti teorico-pratici acquisiti in questi tre anni. Ritengo alla fine del percorso, di aver maturato gli strumenti per affrontare una realtà complessa quale quella delle Cure Primarie; ma cogliendo l'opportunità di elaborare la tesi, ho voluto mettere in evidenza anche le criticità. Non con atteggiamento disfattista, che nel nostro Paese spesso rappresenta la via più semplice per rilevare in modo non costruttivo i problemi, lamentandosi di tutto ciò che non va come dovrebbe, ma sottolineando, invece, le enormi potenzialità che un corso qualificante e professionalizzante come la Formazione Specifica in Medicina Generale ha nella sua essenza normativa, e che in parte rimangono inesprese, per aspetti e problematiche, di livello sia nazionale che regionale.

Senza peraltro sminuire l'importanza di tutti gli altri problemi affrontati, cito

alcuni degli aspetti che vorrei fossero oggetto di attenzione, di revisione, di riforma al fine di dare alla Formazione Specifica finalmente la dignità che merita, di Specializzazione post-laurea: penso all'accesso al Corso, che di fatto lo rende ancora di serie B, in quanto non uniforme con le date nazionali delle scuole specialistiche, e che non valorizza le carriere di studio pre-concorso orientate alla Medicina Generale con tesi di laurea, pubblicazioni o corsi ad hoc in quest'ambito, non permettendo la selezione di medici "vocati" alla MG, ma rischiando di lasciarla ancora come "area di sosta" in attesa di formazione specialistica o di sistemazione lavorativa in epoca post-specialistica.

Penso alla Borsa di Studio, iniqua rispetto ad ogni altra retribuzione odierna in tutto il panorama sanitario e non: se in questo momento può apparire velleitario chiedere con forza l'equiparazione, considerata la grave crisi finanziaria in cui versano le Regioni sulle cui casse dovrebbe pesare l'incremento del suo ammontare, sarebbe auspicabile almeno, correggere l'inspiegabile dispa-

rità di regime fiscale applicato rispetto a quello dei colleghi specializzandi.

Infine mi stanno a cuore gli obiettivi didattici sia teorici che pratici del Corso. Le lezioni seminariali sono state spesso frontali, distanti da un ambito di insegnamento in cui sarebbe da preferire la partecipazione attiva e interattiva dei protagonisti, Medici in Formazione e Docenti/Animatori, se si volesse davvero improntare la discussione su un comune denominatore: "saper essere e saper fare". Mi sono sentita fuori posto, come se il docente continuasse le sue lezioni universitarie a studenti di medicina, e non volesse identificare nei colleghi presenti con me, i professionisti che in quel momento erano interlocutori nell'apprendere ma, che domani, saranno interlocutori del ben operare nell'interesse del paziente che intraprende il percorso di cura.

Infine, volendo esprimere un pensiero sul periodo di frequenza presso l'ambulatorio del mmg, il rammarico è che dodici mesi sono troppo pochi, perché è lì che ho potuto sperimentare e apprezzare la professione sul campo, e

crescere in essa, avendo l'opportunità di conoscere colleghi che si sono adoperati con enorme generosità intellettuale e abnegazione professionale, mettendo a disposizione il loro vissuto, comunicando la loro esperienza, proponendo il "metodo clinico" della disciplina, che è rivolto al malato e non solo alla malattia, alla persona e non solo alla diagnosi.

Ancora molto è da realizzare e ottimizzare in Italia in termini di contenuti didattici e di modelli organizzativi, sia per la Formazione che per la Professione, nel concreto; ma, coinvolta inevitabilmente in questa epoca di forti cambiamenti socio-culturali, socio-economici, mi sento di essere ottimista se il percorso di crescita, riforma e Rifondazione della Medicina Generale punta sul paradigma darwiniano: "Non è la specie più forte a sopravvivere, e nemmeno quella più intelligente, ma la specie che risponde meglio al cambiamento".

*\*vicecoordinatore Fimmg  
Formazione Regione Sicilia*

*Un accordo importante per la medicina territoriale*

## Metis e Sifop insieme per migliorare l'assistenza ai malati cronici

di Francesco Losurdo, presidente nazionale Sifop

Malek Mediati, presidente nazionale Metis Srl

Jean François d'Ivernois, direttore Scuola Sifop in Educazione Terapeutica del Paziente

Donatella Alessio, coordinatore scientifico nazionale Metis Srl

### PREMESSE

Ormai lo sostengono tutti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Unione Europea, i sistemi sanitari di tutte le nazioni, gli operatori dei servizi e le associazioni dei malati e dei cittadini: il problema dei problemi in ambito sociosanitario è affrontare in modo costruttivo e sostenibile il carico delle malattie croniche e delle loro conseguenze.

L'impatto di una malattia sulla salute è espresso generalmente in Daly (Disability Adjusted Life Year), cioè "anno di vita sana perduto": circa il 50% dei Daly nel mondo è causato da disturbi cronici.

Ne consegue che il carico economico per i servizi sanitari diviene notevole: in Europa oggi il 77% dell'onere delle spese sanitarie è imputabile alle malattie croniche ed è un carico destinato a crescere al punto da minare la sostenibilità dei vari sistemi se non verranno attuati interventi efficaci.

E quale è la situazione in Italia? Un rapporto dell'Ocse afferma che l'organizzazione del Ssn italiano è più adatta ad affrontare malattie acute che patologie croniche, cioè adotta un modello di assistenza reattiva, non programmata, episodica e frammentaria. Non a caso le associazioni di pazienti cronici segnalano prevalentemente (59,4%) il problema di procedure complicate per accedere alla terapia, ai benefici ed ai presidi, richiedendo il rispetto dei loro diritti di: accesso alle cure, rispetto del tempo, accesso alle informazioni e qualità dei modelli di cura (v. *Rapporto sulla Cronicità - Cittadinanza Attiva - 2007*).

Occorre insomma un sistema più strutturato per i pazienti con disturbi cronici, basato sulla riduzione del rischio e sulla prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nell'ambiente e nel tessuto sociale prossimo al paziente.

Si deve inoltre considerare che l'equilibrio tra i problemi di salute acuti e cronici pone nuove richieste al personale sanitario, le cui abilità e competenze devono essere ampliate per sostenere un modello di assistenza integrato, orientato sul paziente, che privilegi e monitori qualità, sicurezza e accessibilità.

La malattia cronica introduce nella vita del paziente elementi di "fragilità", anche sociale, che spesso investono pure la famiglia: la persona malata necessita di un approccio nel tempo e nella realtà in cui vive, con un accesso unico ed un percorso personalizzato, condiviso e non frammentato di gestione della sua malattia.

A fronte di patologie complesse, con patogenesi multifattoriali, il mezzo più

“

*Occorre un sistema più strutturato, basato sulla riduzione del rischio sulla prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità*



Francesco Losurdo



Malek Mediati



Jean François d'Ivernois



Donatella Alessio

efficace per migliorare l'approccio è la costituzione di un sistema multidisciplinare di assistenza, vera rete di sostegno all'autogestione da parte dei pazienti.

I team multidisciplinari, concentrati sull'assistenza sanitaria di base, possono rappresentare uno strumento efficace per conseguire questo obiettivo in tutti gli ambienti e migliorare le prestazioni sanitarie.

Occorrono investimenti in cultura, organizzazione, sostegno istituzionale nei confronti della medicina del territorio e dell'integrazione tra i vari servizi, per promuovere nella malattia cronica un approccio sistematico centrato sul paziente, che possa ridurre significativamente i ricoveri di emergenza.

Nell'ambito di un'assistenza personalizzata per i malati cronici la medicina territoriale può proporsi come punto nodale della rete di assistenza e cura, dove il continuativo rapporto con l'assistito favorisce l'attività di tutela e di educazione, che migliorano anche le capacità di gestione responsabile della malattia da parte del paziente.

## PROPOSTE

La necessità, per gli operatori, e particolarmente per i medici, è di formarsi all'integrazione delle attività, alla gestione condivisa delle varie malattie croniche e alla comunicazione attiva con il malato.

È questa l'ottica con cui la Metis (Società Scientifica dei medici di Medicina Generale) e la Sifop (Società Italiana di formazione permanente per la Medicina Specialistica), in collaborazione tra loro, hanno programmato una serie di corsi congiunti tra medici di famiglia e specialisti, per l'Educazione Terapeutica dei malati cronici.

Questi corsi saranno realizzati in maniera continuativa, coinvolgendo tutti coloro che lavorano sul territorio nelle diverse Regioni italiane.

Il mancato dialogo tra i medici delle cure primarie determina un senso di sfiducia nei riguardi della completezza dell'assistenza territoriale nei pazienti, in particolare per chi ha una patologia cronica. L'Educazione Terapeutica, invece, favorisce le relazioni tra i medici e le persone affette da malattia cronica ed i loro familiari.

I medici di famiglia ed i medici specialisti del territorio seguiranno un programma formativo atto a sviluppare specifiche competenze. Impareranno a non

dare semplicemente informazioni, ma ad utilizzare metodiche che consentano la partecipazione attiva del paziente, servendosi dei suoi errori come stimolo per l'apprendimento. Inoltre riusciranno ad evidenziare, collaborando, le cause del comportamento errato o della scelta errata e l'eventuale carenza di conoscenze nelle persone visitate.

I pazienti dovranno abbandonare una posizione di passività ed imparare a decidere da soli assumendosi in maniera consapevole parte di quelle iniziative da sempre assunte solo dai curanti. Nella malattie croniche non si può evitare la negoziazione dei comportamenti quotidiani da modificare, pur considerando che i cambiamenti non avverranno in tempi brevi né tanto meno saranno acquisiti in maniera definitiva.

Come definito dalla Scuola di Educazione Terapeutica della Sifop, diretta dal professor Jean François d'Ivernois, l'approccio sistemico all'Educazione Terapeutica è articolato in quattro momenti:

1. identificazione dei bisogni educativi

del paziente (diagnosi educativa);

2. contratto educativo elaborato con il paziente esaminando una lista di obiettivi educativi da raggiungere al termine della formazione;
3. pianificazione del programma educativo da concordare tra paziente, medico di famiglia e specialista territoriale;
4. attuazione del programma e, passaggio più importante, valutazione dell'attività educativa svolta con degli indicatori specifici.

La Metis e la Sifop, con questo progetto, intendono formare i propri iscritti a lavorare insieme per meglio identificare i bisogni educativi del paziente e dei suoi familiari ed a rilevare le sue carenze cognitive e le sue rappresentazioni, lo stadio di accettazione della malattia in cui si trova, la situazione sociale e culturale, le abilità gestuali e le eventuali carenze educative sia cognitive che pratiche o relazionali, consentendo così lo sviluppo di una assistenza territoriale che garantisca la copertura di tutte le necessità dei malati cronici nelle cure primarie.

*Lettera aperta del presidente  
Aristide Missiroli*

## Caro collega, ecco i vantaggi di Cassa Galeno...

Caro collega,

voglio presentarti Cassa Galeno.

In un momento di particolare difficoltà e con scarse prospettive di un'assistenza sanitaria integrativa adeguata, la ricerca di una soluzione sicura non può essere differita.

Mentre le offerte da parte di Enti di elevato prestigio sono risultate fuori mercato o sostituite da coperture parziali o costose, Galeno resta una vera e propria "isola felice".

La gestione accurata ed attenta insieme alla continuità del Consiglio con esperienza ormai quasi ventennale hanno permesso alla Cassa di chiudere sempre i bilanci in attivo e di offrire un continuo miglioramento all'assistenza integrativa, tesaurizzando i risparmi in una forma parallela di previdenza aggiuntiva.

### GALENO È QUINDI:

- garanzia di continuità: in 19 anni dalla nascita il continuo e costante aumento dei Soci, giunti oramai a più di 5.000, ha permesso un continuo miglioramento delle prestazioni offerte;
- garanzia di assistenza: il tariffario aggiornato in tempo reale da una commissione apposita e da un Comitato Scientifico di alta qualità offre ai Soci un livello sempre aggiornato di assistenza in tempo reale;
- garanzia "piano centanni": Galeno ha fortemente voluto, in controtendenza rispetto ad una comune assicurazione, preve-

dere l'assistenza ai propri Soci anche nella terza età; il "piano centanni" che prevede una diminuzione del contributo proporzionale al numero di anni di appartenenza alla Cassa e che dopo 25 anni diventa gratuito, non pone limiti di età all'assistenza sanitaria del Socio;

- garanzia in caso di perdita dell'auto-sufficienza: già nel piano base è prevista una invalidità mensile, in caso di invalidità permanente, che può essere aumentata con opzione

volontaria;

- garanzia fondo di solidarietà: è previsto un fondo di solidarietà che prevede interventi in caso di calamità naturali, problemi familiari, situazioni che saranno valutate di volta in volta dal Consiglio Direttivo;

- accantonamento su un fondo personale, denominato "salvadanaio", in base alle risorse che restano annualmente alla Cassa Cooperativa, dedotte le spese per i rimborsi assicurativi effettuati ai soci; questo fondo individuale costituisce una forma di risparmio finalizzato ad una previdenza integrativa o ad una somma da poter ritirare come capitale.

Quanto detto sopra non vuole essere un messaggio pubblicitario ma un discorso diretto e chiaro per farti conoscere meglio una realtà viva e collaudata.

Sta a te giudicare i vantaggi di appartenere a Galeno, in cui ogni iscritto è un socio e non un cliente e in cui l'unione fa veramente la forza: quella di ottenere sempre maggiori vantaggi assicurativi.

Se vuoi sapere di più invia la cartolina allegata al giornale senza nessun impegno da parte tua.

Riceverai tutte le informazioni necessarie per valutare e capire meglio la realtà Galeno.

Cordiali saluti.

*Aristide Missiroli  
Presidente  
di Cassa Galeno*

**Per conoscere tutti i vantaggi di Cassa Galeno compila e invia la cartolina allegata a questo numero di *Avvenire Medico***





## Dieta mediterranea: uno stile di vita promosso dalle donne

di Daniela Catalano - Università di Catania

**N**ell'ambito del progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano, promosso da Federsanita Anci in collaborazione con Buonitalia, è centrale il tema della prevenzione delle patologie croniche grazie ad un corretto stile di vita e ad una sana alimentazione. La dieta mediterranea tradizionale è caratterizzata da elevate quantità di ortaggi, legumi, frutta fresca e secca, cereali, olio di oliva, pesce, basso consumo di latticini e carne, moderate quantità di vino rosso e in generale da alimenti poco manipolati. Se guardiamo al mondo femminile, in particolare, possiamo affermare che questo modello alimentare è lontano dai gusti delle donne più giovani, dai suggerimenti più comuni in ambito non medico per perdere peso a fini estetici, desiderio più frequente, ed è opposto agli schemi dimagranti più comuni, di solito iperproteici, ricchi in carni. L'aderenza alla dieta mediterranea è più bassa tra le donne in premenopausa rispetto agli uomini e alle donne in post-menopausa.

**L'obiettivo terapeutico** più recente dell'obesità è ridurre il peso iniziale del 5-10%, che basta a contrastare gli effetti dannosi del sovrappeso e può essere mantenuto a lungo. Negli ultimi anni l'attenzione dei ricercatori si è spostata dalla proporzione dei macronutrienti della dieta – dieta iperproteica, a basso contenuto di grassi, a basso contenuto di carboidrati – alla densità energetica del cibo (calorie per quantità di alimento). Frutta e verdura oltre che fonte di vitamine e fibre sono anche alimenti a bassa densità calorica.

**Il modello di dieta** a bassa densità energetica più diffuso tradizionalmente in occidente è quello della dieta mediterranea che, alla luce di questi risultati, si avvicina alle esigenze delle donne di tutte le età. Si tratta perciò di diffondere abitudini alimentari tradizionali che coniugano esigenze di salute, soprattutto riduzione del rischio cardiovascolare, ed estetiche, e che sono state temporaneamente abbandonate negli anni '80-'90. Le donne sono più interessate al cibo e al peso, coordinano l'alimentazione familiare e si rivolgono più

spesso ad esperti di nutrizione. La maggiore diffusione di notizie sull'alimentazione proviene da giornali rivolti ad un pubblico femminile e poco dalla formazione medica e sanitaria. Per favorire pratiche corrette e salutari occorre rispondere ad alcune domande:

### 1) **Qualsiasi riduzione di cibo è utile e sana?**

Non è solo la riduzione delle porzioni che fa perdere peso ma anche il contenuto calorico dell'alimento; il contenuto di acqua e fibre modificano le calorie degli alimenti.

### 2) **L'obesità si cura con la dieta, con i farmaci, con i massaggi?**

I migliori risultati a breve termine nel trattamento dell'obesità delle donne sono stati ottenuti con una terapia alimentare associata ad at-

tività fisica. I farmaci non hanno dimostrato una efficacia superiore e i trattamenti di tipo estetico non hanno effetti sulla massa grassa.

### 3) **Ci sono alimenti da escludere?**

Non ci sono alimenti da escludere ma alimenti più vantaggiosi, perché meno calorici, costituiti da carboidrati complessi, grassi prevalentemente monoinsaturi e fibre, e alimenti potenzialmente dannosi come alcolici e cibi ricchi di grassi di derivazione animale che in quantità elevate provocano malattia. Il tipo di alimentazione è condizionata da abitudini familiari, ambiente esterno alla famiglia, industria, modelli proposti dai media oltre che dalla informazione diffusa dalla sanità pubblica. È importante la relazione cibo-piacere che guida i comportamenti e ha risvolti positivi nella vita quotidiana individuale e sociale. Il desiderio per alcuni tipi di alimenti sembra diverso tra uomini e donne, anche per variazioni legate al ciclo mestruale o al tono dell'umore. L'alimentazione della madre durante la gravidanza, l'allattamento e la fase di svezzamento potrebbe influenzare anche il peso da adulti. Le complesse interferenze sulle abitudini alimentari sono i punti di intervento per promuovere uno stile di vita apparentemente vantaggioso per la salute, che ha fatto parte della cultura della nostra popolazione ed è stato abbandonato non molto tempo fa.



### PROGETTO DI VALORIZZAZIONE DELLA DIETA MEDITERRANEA E DELLO STILE ALIMENTARE ITALIANO

#### AI FINI DELLA SUA DIFESA SUL TERRITORIO NAZIONALE E DIFFUSIONE SUI MERCATI INTERNAZIONALI, IN PARTICOLARE, SUL MERCATO NORD AMERICANO

■ Realizzare un piano integrato di comunicazione per la valorizzazione e promozione culturale dei prodotti che strutturalmente costituiscono la composizione della dieta mediterranea per valorizzarne i contenuti in termini di salute e sani stili di vita. Attraverso il coinvolgimento dei professionisti della salute, saranno intraprese azioni per favorire buone pratiche di prevenzione. È necessario infatti che siano soprattutto i medici a ricreare tra i pazienti la consapevolezza che un regime alimentare basato sulla tradizione della dieta mediterranea è facilmente attuabile, caratterizzato da ottima palatabilità e portatore di benefici per la salute. Questo può contribuire a valorizzare la produzione agricola made in Italy, la qualità e la sicurezza degli alimenti certificate dai marchi di qualità. Si afferma una identità culturale positiva che si esprime attraverso una produzione tipica che ha un valore aggiunto, appunto in termini di vantaggi per la salute.

## CASO CLINICO

*Una problematica frequente nei pazienti anziani*

# Quando la stipsi diventa un'ossessione

di Stefano Nobili\*

Una delle problematiche frequentemente riscontrate durante l'attività quotidiana del medico di medicina generale è la stipsi dell'anziano. Talvolta il fatto di "non andare di corpo", dopo aver escluso cause organiche, diventa di per se stessa una forma patologica da combattere con ogni mezzo, anche con grave rischio per la salute. È questo il caso di Arnaldo, insegnante in pensione di 73 anni.

Il paziente ha tra l'altro una storia post ischemica per malattia subcritica dell'arteria coronaria destra e una lieve depressione della frazione di eiezione cardiaca (45%); ma il suo problema principale è l'uso cronico di lassativi ed è quest'ultimo il motivo per il quale un giorno viene interpellato il medico curante. L'esame obiettivo a domicilio registra un quadro di disidratazione (secchezza delle mucose, tachicardia -110fc-, ipotensione -PA 90/60-, disorientamento spazio-temporale e obnubilamento del sensorio); addome globoso, dolente specie in ipogastrio e stimolo alla minzione alla pressione in tale zona. Non vomito, mentre viene riferita una sospetta oligoanuria dai familiari e che negli ultimi giorni il paziente ha fatto un utilizzo eccessivo di lassativi che sono la causa verosimile del quadro riscontrato. Il medico dispone il ricovero in ospedale.

## Anamnesi

Il soggetto è un ex fumatore (40 sigarette die dai 20 ai 65 anni, poi ha gradatamente smesso nei due anni successivi); iperteso in terapia con ace inibitore e idroclortiazide da otto anni quando a un precedente ricovero era stata riscontrata una cardiomiopatia ischemico ipertensiva con episodio di edema polmonare acuto ed esecuzione di PTCA sulla coronaria destra. A un eco-

cardiogramma di routine di alcuni mesi prima del presente ricovero, le cavità cardiache erano di dimensioni normali così come gli spessori di parete con una lieve ipocinesia diffusa specie in sede basale ventricolare sx e alterato rilasciamento del VS. L'alvo è sempre stato tendenzialmente stitico e per tale motivo, quattro anni prima, è stata eseguita pancolonscopia con presenza di due polipi del colon (flessura splenica e sigma) e loro asportazione. Dopo due anni, per una riferita dolenzia addominale persistente localizzata per lo più a livello dei quadranti esterni di sinistra, era stata eseguita una successiva colonscopia che diagnosticava una diverticolosi e un quadro di melanosi diffusa del colon. Il quadro doloroso si era poi circoscritto sotto l'XI costa sinistra con modificazioni attraverso i cambiamenti di posizione e non con l'attività muscolare o i colpi di tosse e aveva un andamento ricorrente con esacerbazioni di intensità sempre maggiore. Veniva quindi eseguita un'ecografia delle parti molli e una successiva RM che evidenziava una formazione ovalare ipoanecogena solida di 12x19mm all'emitorace sinistro inquadrabile come un sospetto neurinoma intercostale. Inoltre, i tratti anteriori della X e XI costa presentavano un callo osseo ripartivo esuberante nella quale era presente la formazione neuromatosa post traumatica. La RM era inoltre negativa per versamento pleurico, aree di segnale alterato al parenchima epatico, splenico, pancreatico, renale o surrenale, falde o tumefazioni addominali, imputabili ad adenopatia.

## QUADRO CLINICO AL PS

Hb 12,7g/ml, Na 117mmol/l, Potassio nella norma come gli altri esami ema-

tochimici di routine. Ecografia addominale: presenza di residuo urinario di circa 700cc per la quale il paziente viene cateterizzato con successo. Il paziente viene quindi messo in terapia infusione lenta con soluzione ipertonica di NaCl al 3%. Quadro neurologico: rallentamento psicomotorio, amnesia recente, ma assenza di deficit neurologici focali.

Durante il ricovero vengono inoltre eseguiti: Rx torace negativo; nuova ecografia addominale: negativa (vescica vuota con catetere in sede); ecodoppler delle arterie renali e dell'aorta sottorenale: ndp; ecodoppler TSA: ateromasia bilaterale delle carotidi comuni, interna ed esterne, non stenosi significative. TC encefalo smdc: ndp. Holter pressorio: valori di pressione arteriosa superiori alla norma con assenza del calo fisiologico della pressione arteriosa durante il riposo notturno.

Visita neurologica dopo 6 giorni dal ricovero e con quadro di sodiemia di 133mmol/l: paziente vigile, orientato e collaborante. Denomina oggetti di uso comune, esegue ordini semplici e completi in modo pronto così come risponde alle domande. Mingazzini ndp, sensibilità ndp, prove di coordinazione ben eseguite. Conclusione: verosimile episodio di rallentamento psicomotorio in assenza di deficit neurologici focali, dovuto a encefalopatia metabolica iponatremica in fase di miglioramento.

## DIMISSIONI E FOLLOW UP

Il paziente, entrato in ospedale con un quadro di rallentamento psicomotorio, è attualmente vigile e collaborante. Alla palpazione addominale presenta un dolore sottocostale sx e dolenzia addominale omolaterale. È stata sospe-

## CASO CLINICO

sa la terapia con antipertensivo tiazidico e dopo l'iniziale infusione ipertonica, si proseguiva dal 3° giorno di degenza con infusione di soluzione fisiologica con una pressoché completa normalizzazione dei valori di sodiemia (valori di 138mmol/l). La minzione è tornata normale dopo rimozione del catetere. I valori pressori sono progressivamente risaliti e si sono normalizzati con una terapia costituita da ace inibitore e calcio antagonista. Il trattamento da seguire a domicilio comprende inoltre ASA, alfa litico e lattulosio 3v die. Il paziente viene rivalutato a distanza di 30gg con esame ematocritico di controllo comprendente elettroliti, folati e B12 che si sono mostrati nella norma.

### COMMENTI

Dati del Regno Unito sottolineano che circa il 20% della popolazione fa uso regolare di lassativi. Una metanalisi del 2008 ha mostrato una prevalenza europea media del 16.6% della popolazione (Peppas et al, BMC Gastroenterol. 2008; 8:5) riguardo i soggetti affetti da stipsi. La stipsi può diventare

un vero e proprio problema quotidiano che sfocia nell'abuso di lassativi che sembrano il rimedio più semplice all'inizio, ma che poi portano sempre in dote un prezzo da pagare: nel caso specifico del paziente la melanosi del colon e la conseguenza potenzialmente anche fatale della disidratazione con l'iponatriemia ipovolemica. Quest'ultima trova come cause, tra le altre, la diarrea (anche da eccesso di lassativi) e l'utilizzo dei diuretici. L'iponatremia di Arnaldo si era manifestata con un quadro di encefalopatia metabolica dovuta a edema cerebrale e aumentata pressione intracranica. Fortunatamente la terapia ha riportato a uno stato di normalità, anche se si deve sottolineare che una correzione troppo rapida dell'iponatriemia può portare ad un'encefalopatia con lesioni demielinizzanti diffuse. La terapia infusioneale dell'iponatriemia ipovolemica, se il paziente è sintomatico (encefalopatia metabolica), prevede l'utilizzo di soluzione ipertonica per poi passare ad un'infusione di soluzione fisiologica dopo aver verificato i progressi della sodiemia. Nel caso clinico si è parlato di so-

dio e non di potassio che vede normalmente una sua diminuzione nelle sindromi diarroiche: infatti i valori di potassio ematico erano qui normali, nonostante la diarrea e l'abuso di lassativi porti a un'ipokaliemia.

Riguardo la terapia per l'ipertensione arteriosa (ace-inibitore associato a tiazidico), i diuretici tiazidici appunto possono portare ad un'iponatriemia ipovolemica per un aumento dell'escrezione sodica dovuta ad una diminuzione della capacità di diluizione del rene. L'effetto iponatriemico del diuretico tiazidico con rilascio di ADH, può permanere anche fino a due settimane dopo l'interruzione della terapia. Il fenomeno è più presente negli anziani che sono soggetti a iponatriemia tiazidico-indotta, specie quando esiste un difetto preesistente nella capacità del rene di eliminare acqua libera. Da qui, un suggerimento a monitorare attentamente la terapia cronica antipertensiva a base di diuretici tiazidici che sono estremamente prescritti.

\*mmg, Fimmg Milano  
stefanonobili@fimmg.org

## LE NEWS

### Obesità: in 7 casi su cento colpa di un difetto nel Dna

È un "buco" nel Dna a causare almeno una parte dei casi di obesità. La scoperta è di un gruppo di ricercatori dell'Imperial College London che, in uno studio pubblicato su Nature, hanno evidenziato come nel 7 per cento delle persone obese manchi una porzione del Dna contenente 30 geni. Non è la prima volta che vengono riscontrate variazioni nel genoma dei soggetti obesi, ma questa volta i ricercatori sono convinti di aver individuato un nesso causale, anche se non è ancora ben chiara la funzione della porzione di Dna mancante. Per lo studio, finanziato dall'Unione europea, il team ha analizzato il genoma di più di 16 mila persone alla ricerca di eventuali anomalie del Dna.



"Sebbene il recente aumento dei casi di obesità nei paesi industrializzati sia riconducibile a un ambiente malsano caratterizzato dal consumo di cibo poco salutare e da uno scarso esercizio fisico, la modalità con cui le persone rispondono a questo stimolo ambientale ha spesso un'impronta genetica", ha commentato Philippe Froguel, dell'Imperial College London. "È sempre più palese che, nelle persone

affette da obesità, l'aumento ponderale sia dovuto a una causa genetica sottostante. Identificare questi individui mediante l'effettuazione di test genetici, ci consentirà di offrire loro un sostegno adeguato e di intervenire in modo ottimale dal punto di vista clinico, ad esempio mediante la chirurgia bariatrica, in modo tale da migliorare il loro stato di salute sul lungo termine". Ed è proprio questo il prossimo obiettivo della ricerca: verificare la correttezza dell'ipotesi dei ricercatori britannici per mettere a punto test diagnostici in grado di identificare i soggetti a maggior rischio.

Tuttavia, il team avverte: potrebbero esserci altre mutazioni genetiche che aumentano il rischio di obesità. Occorrerà trovare, se non tutte, almeno le più importanti di esse per rendere efficace un simile strumento di screening.

## Allergie: è epidemia tra i bambini

Il 10% dei bambini al di sotto dei 14 anni soffre di asma bronchiale (nell'80% dei casi provocata da allergie), il 18-20% di rinite allergica, mentre il 10% presenta dermatite atopica. Il 20% è particolarmente sensibile a polvere, polline e peli di animale. Sono alcuni dei dati presentati in occasione della VI Giornata del bambino allergico promossa da la Federazione delle associazioni dei malati asmatici e allergici (Federasma) e dalla Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Pediatrica (Siaip). Ad allarmare le associazioni, però, non c'è solo la prevalenza delle allergie: preoccupano anche le cattive condizioni delle scuole italiane, che secondo un'indagine condotta dal Miur nel 2001 (il dato è l'ultimo disponibile) solo nel 43% dei casi è in possesso del certificato igienico-sanitario che attesti condizioni idonee ad accogliere gli studenti senza esporli a rischi per la propria salute.

## Basta un po' di zinco per curare il raffreddore

Da una revisione sistematica pubblicata sulla Cochrane Library arriva la conferma: lo zinco è efficace per curare e prevenire il raffreddore. L'ipotesi del metallo quale rimedio per il disturbo ha circa 25 anni, ma tutti gli studi effettuati per verificarla hanno prodotto risultati contrastanti. Ora, la revisione Cochrane, che ha passato in rassegna 15 trial clinici per un totale di 1360 persone arruolate, mette finalmente il punto sulla questione: lo zinco funziona, anche se per il momento non è

chiaro quali siano il dosaggio e le modalità di assunzione più efficaci. Dall'analisi è emersa la capacità della sostanza, se assunta entro 24 ore dalla comparsa dei sintomi, di dimezzare la durata del raffreddore e di ridurre del 40 per cento l'intensità dei sintomi. Lo zinco si è dimostrato anche utile come intervento preventivo nei bambini: se assunto per 5 mesi dimezza l'incidenza del raffreddore e riduce le assenze da scuola e la prescrizione di antibiotici.

## Un'alternativa all'aspirina

Nei pazienti con fibrillazione atriale non candidabili alla terapia con warfarin e che assumono aspirina, presto quest'ultima potrebbe lasciare il posto a un nuovo farmaco. Sono stati infatti pubblicati nei giorni scorsi sul New England Journal of Medicine i risultati definitivi dello studio Averroes (Apixaban Versus Acetylsalicylic Acid to Prevent Strokes). La ricerca, condotta in 36 Paesi, è uno studio randomizzato, in doppio cieco, che ha confrontato l'efficacia dell'acido acetilsalicilico a quella di apixiban in dose da 5 mg due volte al giorno. Il nuovo farmaco, un inibitore orale altamente selettivo e reversibile del Fattore X attivato, ha dimostrato una maggiore capacità a ridurre il rischio di ictus ed embolia sistemica. In particolare, la riduzione del rischio relativo è stata del 55 per cento, con tassi annuali di evento dell'1,6 per cento per apixaban e del 3,7 per cento per l'aspirina. Apixiban ha dimostrato inoltre di ridurre l'insieme di ictus, embolia sistemica, infarto miocardico o morte vascolare: in questo caso la riduzione del rischio relativo è stata

del 34 per cento, con tassi annuali di evento del 4,2 per cento per apixaban e 6,4 per cento per aspirina.

Significativa anche la riduzione dei casi di ospedalizzazione per eventi cardiovascolari (12,6% VS 15,9% di aspirina). Nessuna differenza di rilievo, invece, per quanto riguarda gli effetti collaterali.

## Reni rimessi a nuovo grazie alle staminali

Per ora si tratta di un piccolo studio su un modello animale. Ma i risultati sono molto promettenti. Un gruppo di ricercatori dell'Università di Tehran ha dimostrato la capacità del trapianto di cellule renali progenitrici di migliorare la struttura e la funzionalità del rene in topi in cui era stata causata una pielonefrite. Per l'esperimento, il team ha diviso 27 topi in tre gruppi e in due di questi ha indotto una pielonefrite del rene destro, lasciando il terzo come gruppo di controllo. Dopo aver estratto le cellule renali progenitrici dal rene sinistro (quello sano) le ha impiantate nel rene infetto. "Le cellule progenitrici renali possono essere le candidate ideali per il trapianto a causa della loro affinità all'organo nella differenziazione e per la loro capacità di modulare il rimodellamento del tessuto nelle nefropatie croniche", ha spiegato uno degli autori dello studio, Abdol-Mohammad Kajbafzadeh. Due settimane dopo il trapianto l'atrofia tubulare (uno dei danni dell'infezione) risultava ridotta. Dopo 4 settimane è stata osservata una riduzione della fibrosi e dopo 60 giorni l'integrità del rene risultava "significativamente migliorata".



AVVENIRE MEDICO  
Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma  
Telefono 06.54896625 Telefax  
06.54896645

Fondato nel 1963

da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

**Direttore**  
Giacomo Milillo  
**Direttore Responsabile**  
Michele Olivetti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Editore**

Health Communication  
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma  
Tel 06.594461 Fax 06.59446228  
e.mail: avveniremedico@hcom.it

**Coordinatore editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**

Donatella Alesso, Lucia Conti,  
Firenze Corti, Bruno Cristiano,  
Jean François d'Ivernois,  
Cesare Fassari, Paolo Giarrusso,  
Francesco Losurdo,  
Ester Maragò, Malek Mediaty,  
Antonino Michienzi,  
Aristide Missiroli, Stefano Nobili,  
Mariano Rampini, Elisa Tesè

**Progetto grafico**

Giancarlo D'Orsi

**Ufficio grafico**

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

**Foto**

Fabio Ruggiero

**Stampa**

Union Printing - Viterbo

Finito di stampare nel mese di febbraio 2011

Registrazione al Tribunale di Bologna

n. 7381 del 19/1/2003

Costo a copia 2,50 €

Testata associata a



Editore



**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario



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

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