



am

AVVENIRE MEDICO

FIMMG Il primo Consiglio nazionale del 2010: chiudere in fretta le code contrattuali / 4
SPECIALE REGIONI La sanità è al centro della sfida elettorale nelle 13 Regioni al voto / 7
COMMISSIONE INFORMATICA Come migliorare le procedure per la certificazione di invalidità / 16
DALLE PROVINCE A Roma l'esperienza dell'Ospedale Virtuale / 23



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

2-10

N. 2 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO

EDITORIALE

Acn 2008-2009 Il clima non è sereno, ma si lavora per una soluzione positiva



Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Al momento della stesura di queste poche righe stiamo preparandoci per l'incontro di trattativa di martedì 9 marzo. Non sappiamo come andrà a finire, ma chi ci legge, a distanza di qualche giorno per la stampa e la distribuzione del giornale, probabilmente invece saprà come è andata a finire.

È sulla partita del "Patient summary" che si giocherà la firma della convenzione per il biennio 2008/2009 oppure la rottura con la parte pubblica.

Il clima in cui si sta volgendo il confronto non è sereno. Ma come al solito non faremo mancare il nostro impegno e lavoreremo duro per raggiungere un risultato positivo.

Non a tutti i costi naturalmente. Abbiamo come sempre a cuore l'interesse della categoria.

Il primo Consiglio Nazionale del 2010

Milillo: "Chiudere in fretta le code contrattuali 2008/2009"

di Paolo Giarrusso

Il primo Consiglio nazionale della Fimmg, svoltosi a Roma il 13 febbraio scorso, ha evidenziato come ampio, partecipato e ricco di differenti stimoli propositivi sia l'impegno della nostra associazione professionale nel tentativo di traghettare la medicina generale verso quel processo, culturale prima e strutturale dopo, che abbiamo chiamato della ri-fondazione della medicina generale. Ma per arrivare alla meta prefissata è necessario dapprima chiudere l'Acn per il biennio 2008/2009.

Prima si chiuderà tale accordo e prima si potrà dare il via al processo di cambiamento che renderà l'assistenza primaria un nodo importante della rete dei servizi sanitari.

Proprio per questo il nostro segretario generale nazionale Giacomo Milillo ha chiesto ed ottenuto con voto unanime dei presenti l'approvazione della mozione presentata all'ultimo Consi-

glio nazionale (v. testo nella pagina seguente).

"Certamente – ha dichiarato Milillo – esistono diverse criticità, ma con atteggiamenti collaborativi e non preclusivi a priori e anche senza uno spirito di accettazione totale, possiamo migliorare la piattaforma presentata dalla Sisac per una rapida conclusione della trattativa". In merito alle recenti problematiche che si sono manifestate con l'Inps per l'invio telematico delle certificazioni di invalidità, sicuramente è stato un bene che lo stesso istituto previdenziale si sia reso conto di alcune difficoltà obiettive e che proprio per questo abbia provveduto ad accettare alcune delle nostre proposte, come la validità temporanea dei certificati anche in cartaceo e l'accettazione esclusiva dei certificati in cartaceo per quelle aree ove non sia disponibile il servizio Adsl.

Per ciò che riguarda il certificato di malattia on line sicuramente passerà del

tempo prima che diventi operativo su tutto il territorio nazionale. Infatti, a parte la possibilità di una modifica del decreto istitutivo, i Ministeri competenti hanno accettato di esaminare alcune proposte rappresentate dalla Fnomceo, in primo luogo l'indicazione di registrare una sorta di "autodichiarazione del cittadino per i primi tre giorni di malattia" che permetterà al medico di certificare in seguito, magari anche con l'impiego di strumenti oggi offerti dall'Ict, l'invalidità temporanea al lavoro.

Attenzione, però, questo è un primo risultato da accogliere positivamente ma non rappresenta pienamente l'autocertificazione per i primi tre giorni di malattia che da anni la professione richiede. Un primo passo che evidenzia come con spirito collaborativo ed intelligente si possa, magari a piccoli passi, raggiungere risultati importanti.

Infine il Consiglio ha registrato l'impegno costante dei molti colleghi impegnati a vario livello nelle attività sindacale a favore della categoria. In particolare l'intervento di Alberto Olivetti ha sottolineato come il mancato versamento all'Enpam delle quote ad personam spettanti ai medici da parte delle singole Regioni determini un grave nocuo alla categoria che rischia di perdere una parte consistente della propria "massa salariale". A tale proposito l'impegno delle varie segreterie regionali deve essere intensificato, anche mediante il ricorso ad azioni legali, per ottenere il versamento di quanto dovuto contrattualmente. **FTT**

Aggiornamenti sull'andamento delle trattative sul sito www.fimmg.org

IL DOCUMENTO DI FIMMG EMERGENZA SANITARIA - CONVENZIONATI Approvato dal Consiglio nazionale Fimmg

PREMESSA

Studi prospettici mostrano che il rapporto medici/incarichi disponibili nella Medicina Generale, nei prossimi anni, sarà determinante per lo sviluppo e la realizzazione di un'area propria della stessa. Al fine di evitare la compromissione dei livelli assistenziali garantiti alla cittadinanza in tema di sanità territoriale e di assistenza primaria, si ritiene che sia necessario proporre, a sostegno di una proposta di modelli assistenziali utili alla ri-fondazione della Medi-

cina Generale, modelli di programmazione politica e contrattuale nazionale e regionale della formazione utili all'accesso all'area della Medicina Generale, tali da correggere disarmonie numeriche tra la disponibilità di medici e l'assorbimento degli stessi nei progetti assistenziali proposti.

1. Lo sviluppo e la definizione dell'area della Medicina Generale devono prevedere l'appartenenza alla stessa dei Medici convenzionati che esercitano funzioni di Emergenza Sa-

nitaria Territoriale.

2. L'Emergenza Sanitaria Territoriale rappresenta nell'ambito dell'area della Medicina Generale uno specifico livello di assistenza.

3. La formazione necessaria per l'accesso alla Medicina Generale avviene attraverso il corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Va previsto pertanto un periodo integrativo, facoltativo, abilitante e indispensabile per l'esercizio dell'attività di Medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

La mozione conclusiva del Consiglio nazionale Fimmg

Roma, 13 Febbraio 2010

Il Consiglio nazionale della Fimmg, riunito a Roma in data 13 Febbraio 2010 presso l'Hotel NH Leonardo da Vinci, sentita la relazione del Segretario generale nazionale Giacomo Milillo, **la approva.**

In particolare manifesta la propria condivisione per i documenti diffusi dalla Fimmg Nazionale in risposta ed a commento dell'Atto d'indirizzo e della piattaforma negoziale Sisac per il biennio economico 2008-2009. Nello specifico, dopo approfondito dibattito, richiama alcuni punti fondamentali:

1. assoluta equiparazione delle risorse finanziarie messe a disposizione delle varie categorie mediche per il biennio 2008-2009, in attesa di una ristrutturazione del compenso del mmg, che finalmente gli riconosca gli oneri derivanti dai fattori di produzione e che è gioco forza, in carenza dei tempi necessari, posporre al prossimo Acn;

2. superamento dell'affollamento normativo che deriverebbe, specie sul tema delle incompatibilità, dalla proposta della Sisac di rinnovo dell'Acn, e che sarebbe in contrasto rispetto all'utilità, condivisa anche dalla parte pubblica, di chiudere in fretta quella che ormai si può definire una coda contrattuale, per poi affrontare, nel prossimo Acn, i nodi strutturali della Medicina Generale;

3. tema del "patient summary" che,

4. Cessazione definitiva del transito alla dipendenza medica dei medici EST 118 convenzionati non rientranti nei benefici della Legge 229/99, tramite atti Governativi Nazionali non eludibili da leggi regionali.

5. L'attività del Medico EST si esplica esclusivamente in ambito territoriale, nelle sue attuali e future articolazioni.

6. Potenziamento del ruolo e delle attività proprie del Medico dell'EST nelle cure territoriali, integrandolo, nell'ambito della propria specificità, nelle attuali e future progettualità di sviluppo del sistema delle Cure Primarie.

7. Inserimento definitivo dei medici

presente nella piattaforma della Sisac, in coerenza di quanto riportato al punto 2, non deve essere argomento di trattativa in questa tornata negoziale ma, se affrontato, deve comportare una sua significativa valorizzazione in quanto atto di elevata ricaduta assistenziale e di grande impegno sotto il profilo della responsabilità professionale;

4. rispetto delle clausole di garanzia previste nell'Acn del 29 luglio 2009 agli articoli 56 bis comma 4 e tredici bis comma 6, rafforzato dai recenti provvedimenti del Garante della Privacy del 16 dicembre 2009 e dell'08 e 21 gennaio 2010, ai quali devono essere uniformate le norme negoziali inerenti il flusso informativo.

5. necessità di destinare ad un seppur parziale adeguamento della lettera A della quota capitaria, il 3,2% messo a disposizione per il biennio economico 2008-2009, riservando i finanziamenti rimanenti (0,8%) agli AIR.

Il Consiglio nazionale della Fimmg, condivide

la valutazione che la posizione della Sisac al tavolo della trattativa consente la prosecuzione della stessa e **affida**

al Segretario generale nazionale delega alla prosecuzione del negoziato ed al suo perfezionamento nel rispetto dell'iter statutario all'uopo previsto.

Approvata all'unanimità dei presenti

convenzionati di emergenza sanitaria territoriale nella gestione ordinaria e straordinaria delle CO.

8. Coinvolgimento dell'Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionata nei progetti d'informatizzazione e di rete dell'area della Medicina Generale

9. Nell'ambito della progettualità di sviluppo del ruolo unico va prevista un'evoluzione dell'assetto professionale dei Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati in possesso dei requisiti specifici.

10. Tale evoluzione dell'assetto professionale deve essere compatibile con quella degli altri operatori a quota oraria della

CIAO NUNZIO!

Lo scorso 1° marzo si è spento Nunzio Romeo. Il presidente dell'Ordine dei Medici di Messina aveva 73 anni ed è spirato a Roma, sulla via del ritorno dopo aver preso parte ai lavori del Consiglio nazionale della Fnomceo. Da tanti anni rappresentava il punto di



riferimento dell'Ordine dei Medici di Messina, ricoprendo egregiamente il ruolo di presidente e, come ultimo atto, la scorsa settimana aveva siglato un importante accordo con l'Ordine degli avvocati per costituire la seconda camera di conciliazione della Sicilia, l'importante strumento che risolverà le controversie legali tra pazienti ed operatori sanitari in sede extragiudiziale.

Nunzio Romeo vanta un passato da protagonista in seno alla Fimmg, avendo ricoperto per un decennio la carica di segretario organizzativo nazionale (dal giugno 1996 all'ottobre 2006), oltre che essere stato per tanti anni il segretario provinciale della sezione di Messina e per alcuni anche quello Regionale nella sua Sicilia. La Fimmg sente il dovere di ringraziare "il nostro Nunzio" che ha ridotto i limiti di tutti sapendo guardare "oltre", oltre gli uomini, a prescindere da qualsiasi schieramento essi appartenessero, e di cogliere, invece, l'essenza della vera politica sindacale, quella della concretezza con al centro i bisogni dei colleghi e della gente, la stessa gente che lo ha sempre seguito, da medico stimato, da amministratore, da uomo impegnato nella politica sindacale con una sola finalità, quella del far bene a tutti, senza limiti, appunto "oltre" le abitudini e le ipocrisie.

"Ciao Nunzio!"

Giacomo Caudo

Si associano al dolore dei familiari e della Fimmg tutta il segretario generale nazionale Giacomo Milillo, l'Esecutivo, il Consiglio nazionale e la redazione di Avvenire Medico.

Medicina Generale, fermo restando il valore dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale e/o titolo equipollente e pertanto della presenza in graduatoria.

11. Nell'ambito delle attività specifiche, l'evoluzione professionale deve prevedere: attività presso i PPI, responsabilità di CO, di Struttura Semplice "Rete Integrata PPI", di Struttura Semplice della "Telemedicina d'Urgenza" e attività di prevenzione. La formazione in tema di emergenza sanitaria territoriale rivolta ai medici e ai laici è diretta e svolta dai medici di emergenza sanitaria territoriale convenzionata.

Un contributo al dibattito nel Consiglio nazionale Fimmg

di Luigi Sparano*

Il cambiamento della Medicina Generale: una necessità per continuare a garantire assistenza e rapporto di fiducia con i cittadini

Il ruolo del medico di medicina generale è insostituibile per la società. L'aumento della complessità del bisogno di salute dei cittadini conseguenza dell'invecchiamento della popolazione esige una rapida evoluzione di tipo organizzativo ed assistenziale.

Va perseguita una politica che sia in grado di affrontare i tre nuovi paradigmi per la tutela del Servizio sanitario nazionale: l'intercettazione del bisogno dei cittadini, l'appropriatezza degli interventi e soprattutto la sostenibilità. In effetti questa esigenza è affrontata nel documento che riorganizza la Medicina Generale e che la Fimmg, quale Organizzazione maggioritaria, ha la responsabilità di difendere e perseguire. Perseguire tale progettualità significa convincerci e convincere la categoria che non esistono per ora altre strade in grado di garantire le necessità di salute della nostra popolazione. Ciò significherebbe ricercare nuovi compiti e nuove responsabilità che di conseguenza determineranno una maggiore possibilità contrattuale. L'aumento dei com-

piti può sembrare paradossale per un medico di medicina generale che oggi subisce l'aumentata richiesta di salute e di conseguenza di eccessive prestazioni che alimentano il maggiore numero di eventi inappropriati. Il sistema attuale ha determinato in conseguenza dell'assenza del governo delle responsabilità, il ridimensionamento, lo strangolamento ed infine la perdita di contrattualità, ed il medico di medicina generale è diventato spesso un terminale passivo per la richiesta di prestazioni.

Non c'è dubbio alcuno che le strategie della nuova contrattazione dovranno ricercare nuovi ruoli e nuove responsabilità, per governare i nuovi compiti.

Quindi l'aumento dei compiti e dei ruoli dovrà configurarsi in una nuova organizzazione della Medicina Generale, in parte annunciata nell'Acn del 19.07.2009, in grado di affrontare l'aumentata esigenza assistenziale e di ridimensionare un'offerta sanitaria basata sulle prestazioni, e che dovrà necessariamente attuarsi nei prossimi Accordi.

Obiettivo prioritario del sindacato, oltre che garantire questa trasformazione, è quello soprattutto di garantire la continuità di questo ruolo professionale, prezioso per i cittadini, caratterizzato da due componenti: la prima, di essere il fiduciario, la seconda, di vivere la professione senza il conflitto di interesse. Non è più pensabile una Medicina Generale che veda l'accesso in professione alle soglie dei 40 anni, per i più fortunati, creando il presupposto per ridurre motivazione ed affrontare la disaffezione professionale. Le nuove sfide ci vedranno impegnati a stringere alleanze tra le diverse generazioni, costruire la cultura dell'Enpam, inserire i medici in professione in continuità con il percorso di formazione specifica, difendere un patrimonio culturale tra le generazioni favorendo il turnover generazionale e creando le premesse di un ruolo nuovo, autorevole ed in grado di garantire le nuove complessità assistenziali. Noi insieme... siamo pronti a queste sfide!

*segretario provinciale Fimmg Napoli

A fine marzo 13 Regioni al voto

La sanità al centro della sfida

■ ■ Regione per Regione, una fotografia della realtà attuale e una sintesi dei programmi dei candidati di centrodestra e di centrosinistra. L'uni-

ca certezza di una campagna elettorale partita in ritardo e avvelenata da "incidenti" nella presentazione delle liste è che tutto si gioca sulla

sanità, che rappresenta circa il 75% dei bilanci regionali e che è la sola materia, finora, concretamente federalista

LOMBARDIA

FORMIGONI VERSO IL 4° MANDATO

Al di là dei "pasticci" nella presentazione delle liste, **Roberto Formigoni** non è messo in discussione. Il centro-sinistra presenta l'ex presidente della Provincia, **Filippo Penati**. E poi **Savino Pezzotta** (Udc); **Vittorio Agnoletto** (Federazione della sinistra); **Marco Cappato** (lista Bonino-Pannella); **Claudio Crimi** (Movimento Cinque stelle, Beppe Grillo); **Gian Marco Invernizzi** (Forza Nuova)

LA "FORZA" DEL PRIVATO

I lombardi, e soprattutto chi governa da ormai tre legi-

slature, pongono il Ssr tra i fiori all'occhiello della Regione. E in effetti la qualità della sanità lombarda è universalmente riconosciuta al di là di dibattito sulla forte presenza della componente privata, che copre il 55% degli istituti. Un primato, quello della sanità lombarda conteso anche da Veneto, Emilia Romagna e Toscana (vedi schede). E a ben guardare i numeri ci sono: presentando il Rapporto "La valutazione dell'efficacia ospedaliera 2004-2008 per la Lombardia", il presidente Formigoni ha ricordato che la spesa regionale è più bassa della media nazionale (6,7%

del Pil regionale contro l'8,7% del Pil nazionale); e an-

LA SANITÀ DELLE 13 REGIONI IN CIFRE

88,625 miliardi di euro in spesa sanitaria

561.652 dipendenti pubblici

50.636 dipendenti privati

14.306 farmacie

LE CIFRE

| | | |
|--|---|--|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) | 16.904 |
| | diretta | 9.551 |
| | convenzionata | 7.353 |
|  | Dipendenti pubblici sanitari amministrativi | 102.418 60.567 11.317 |
| | Dipendenti privati | 10.773 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) | 3,88 |
| | acuti | 0,77 |
| | non acuti residenziali | 4,64 |
| | Anziani in Adi (in %) | 3,52 |
|  | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata | 6,7 |
|  | Abitanti per farmacia | 3.459 |

che il costo pro capite è inferiore, 1.600 euro pro capite contro i 1.700 a livello nazionale; le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 7,5% nel solo 2008 rispetto al 2007, mentre i ricoveri in strutture pubbliche sono diminuiti del 10%. Ma Formigoni dimentica di citare che i cittadini, spesso, sono costretti a causa della insufficiente offerta pubblica, a ricorrere alle cure private, con un tasso di ospedalizzazione per acuti tra i più alti di Italia: 26,4 ogni mille abitanti (dati Aiop 2008). Anche se Formigoni sottolinea come la Lombardia – che non è la Regione con la maggior presenza del privato in sanità (si classifica, infatti, al settimo posto dopo Calabria, Lazio, Campania, Emilia Romagna, Sicilia e Abruzzo) – sia quella "in cui si realizza il miglior mix tra pubblico e privato".

segue a pag. 8 ►

► segue da pag. 7

VENETO

E ORA TOCCA ALLA LEGA

Per il centrodestra è candidato l'attuale ministro all'agricoltura Luca Zaia, mentre per il centrosinistra è Giuseppe Bortolussi della Cgia di Mestre. Udc e Unione Nordest sostengono Antonio de Poli, coordinatore Udc. Gianluca Panto è il candidato del Pnv, mentre per il partito "national" Veneto, o "Partito dei Veneti" il candidato è Silvano Polo. Candidati inoltre David Borrelli (Movimento Cinquestelle, Beppe Grillo) e Paolo Caratossidis (Forza Nuova)

TRADIZIONE E CONTINUITÀ

Così come la Lombardia, la sanità veneta ha una lunga e gloriosa tradizione, con un'elevata offerta socio-sanitaria. Tuttavia, i sindacati denunciano mancanza di fondi e ritardi nei pagamenti degli stipendi al personale medico e paramedico.

Accuse che il presidente Galan e l'assessore alla Sanità Sandro Sandri rispediscono al mittente affermando che invece i conti sono in ordine, tant'è che il saldo finale tra il risultato di gestione del 2008 (-201 milioni) e i finanziamenti disposti a copertura dalla Regione con la sua manovra finanziaria (216 milioni 743 mila euro) producono un attivo di oltre 15 milioni di euro. Second

do il presidente, il deficit della Regione è calcolato, prevedendo già le manovre per coprirlo e "non con ticket e tagli", ma "soprattutto con l'Irpef alle banche e sui redditi più alti".

Certo, la decisione della GlaxoSmithKline di chiudere il Centro Ricerche di Verona avrà delle ricadute sia economiche sia sulle numerose collaborazioni instaurate con la Regione, per esempio in materia di prevenzione e promozione della salute.

PIEMONTE

SFIDA ACCESA TRA PD E LEGA

Il Pd sceglie come candidato il presidente uscente Mercedes Bresso, sostenuta anche dall'Udc. Il Pdl ha nominato Roberto Cota, capogruppo Carroccio alla Camera. Poi Davide Bono per la lista "Movimento cinque stelle Piemonte" di Beppe Grillo; Renzo Rabellino, consigliere della Provincia di Torino, con una propria lista

LE CIFRE

| | | |
|---|--|--|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) | 8.253 |
| | diretta | 5.397 |
| | convenzionata | 2.856 |
|  | Dipendenti pubblici sanitari amministrativi | 57.472 36.684 8.081 |
| | Dipendenti privati | 3.264 |
| | Posti letto (x 1.000 ab.) acuti non acuti residenziali | 3,48 0,91 0,43 |
|  | Anziani in Adi (in %) | 1,53 |
| | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata | 7,8 |
|  | Abitanti per farmacia | 2.834 |

BATTAGLIA DI CIFRE SUL DEFICIT

"Una sanità allo sfascio", con un disavanzo di 1 miliardo e 300 milioni di euro e un contrazione dei servizi ai cittadini. Sarebbe questa la situazione piemontese secondo il consigliere regionale Pdl e componente della Commissione regionale Sanità, Caterina Ferrero. Ma il presidente uscente Bresso ribadisce in questi giorni che invece "non lasciamo un euro di

debito nella sanità. Se avessimo trovato il pareggio di bilancio quando siamo arrivati – ha aggiunto alludendo alla situazione al momento del suo insediamento cinque anni fa, dopo dieci anni di governo di centrodestra guidato da Enzo Ghigo – ora avremmo 115 milioni di euro in più da spendere in servizi sanitari per i cittadini".

La candidatura di Bresso rappresenta, peraltro, il caso più significativo dell'alleanza tra centrosinistra e Udc, che non ha ritenuto di appoggiare il leghista Roberto Cota.

LIGURIA

BURLANDO TENTA IL BIS

Claudio Burlando sarà il candidato del centrosinistra appoggiato anche dall'Udc, mentre il centrodestra schiera Sandro Biasotti e la Lista Bonino-Pannella candida Silvio Viale

RISANAMENTO: MISSIONE COMPIUTA

La Liguria è la Regione d'Italia con il maggior numero di ultra sessantacinquenni, con tutte le conseguenze che questo ha sull'organizzazione e i costi assistenziali. Regione sottoposta al piano di rientro, ha comunque avviato un percorso di risanamento conquistando anche il plauso del Governo e recuperando 852 milioni di deficit con risparmi sui farmaci, negli ospedali e sul personale, ma senza strozzare i servizi. Non va ancora bene il day hospital, specie nella Asl di Genova: spesso serve a erogare semplici prestazioni ambulatoriali. Invece, è un'eccezionale

LE CIFRE

| | | |
|---|--|--|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) | 3.225 |
| | diretta | 2.174 |
| | convenzionata | 1.051 |
|  | Dipendenti pubblici sanitari amministrativi | 25.895 15.365 2.456 |
| | Dipendenti privati | 268 |
| | Posti letto (x 1.000 ab.) acuti non acuti residenziali | 4,25 0,92 0,45 |
|  | Anziani in Adi (in %) | 3,07 |
| | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata | 9,3 |
|  | Abitanti per farmacia | 2.720 |

za il day surgery, in particolare a La Spezia e a Savona. La Liguria, però, è sotto la media nazionale nel campo della prevenzione, e deve migliorare le liste di attesa. Buono, invece, il risparmio sulla spesa farmaceutica, grazie al ricorso dei generici. Quanto alle politiche del personale, c'è stato un taglio di 870 posti, e sono stati stabilizzati 1.042 precari. Secondo l'Opposizione di centrodestra, tuttavia, la sanità ligure non è ancora in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, in particolare per l'assistenza alle fragilità. E su questo preme Sandro Biasotti, candidato alla presidenza per il centrodestra della Regione Liguria, che promette di "riorganizzare la rete di assistenza per gli anziani ed i disabili, sviluppare le case della salute, ridurre le liste d'attesa a trenta giorni al massimo per le visite urgenti e 60 giorni al massimo per gli altri casi".

EMILIA ROMAGNA

ERRANI SI FA IN "QUATTRO"

Vasco Errani (Pd) sostenuto dal centrosinistra che corre per il quarto mandato; Anna Maria Bernini (Pdl) con l'appoggio della Lega; Gian Luca Galletti per l'Udc; tra i minori Giovanni Favia (Movimento Cinquestelle, Beppe Grillo) e Michele Terra (Partito Comunista dei Lavoratori)

UN MODELLO QUASI PERFETTO

È indiscutibilmente uno dei sistemi sanitari regionali più efficienti del Paese, con un governo di centrosinistra forte guidato da Vasco Errani (a capo anche della Conferenza dei presidenti delle Regioni) e un assessorato alla sanità condotto da Giovanni Bissoni, una delle figure di riferimento delle politiche sanitarie italiane. Che si contende con la Toscana dell'assessore Enrico Rossi lo scettro dell'efficienza sanitaria targata centro sinistra. Spicca, in particolare, la qualità della rete delle cure primarie, sviluppata attraverso un'oculata riorganizzazione della rete ospedaliera. Il segreto del successo emiliano è stato quello di

intervenire per tempo e sulla base di una programmazione studiata in ogni dettaglio. L'accorpamento e la riduzione delle attività ospedaliere è avvenuto contestualmente alla creazione di risposte alternative sul territorio. Questo ha permesso di offrire ai cittadini risposte di salute appropriate ed efficaci, salvaguardando l'eccellenza della rete ospedaliera, punto di riferimento per molte altre Regioni italiane.

Un modello perfetto? Purtroppo nulla è perfetto. Due vicende balzate agli onori della cronaca hanno recentemente provocato uno scossone sui vertici regionali. Anzitutto l'indagi-

ne della magistratura su Cup2000 (la società controllata dalla Regione che gestisce il centralino unico delle prenotazioni di Bologna) nell'ambito dello scandalo che ha portato alle dimissioni del sindaco di Bologna Delbono, accusato di truffa. E poi il mancato ingresso del senatore e trapiantologo Ignazio Marino nello staff chirurgico del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Un'intercettazione tra due medici del Sant'Orsola – rilevata nel corso di un'inchiesta della Procura di Crotone – lasciava infatti credere che l'incarico fosse saltato a causa della candidatura di Marino alla segreteria del Pd contro Pierluigi Bersani, sostenuto dai vertici regionali. La polemica è rientrata subito, ma la vicenda ha comunque lasciato un'ombra sulla presenza della politica nell'affidamento degli incarichi.

TOSCANA

LA CORSA DELL'EX ASSESSORE

L'attuale assessore al diritto alla salute Enrico Rossi, sostenuto da Pd, Idv, Ps, Verdi e Federazione della Sinistra che riunisce Prc, Pdc e socialismo 2000 si candida per il centrosinistra. Pdl e Lega Nord sostengono il sindaco di Castiglion della Pescaia (Grosseto) Monica Faenzi, mentre l'Udc ha scelto il parlamentare Francesco Bosi. A correre per i Radicali è l'imprenditore Alfonso De Virgiliis, mentre per Forza Nuova c'è Ilario Palmisani

LA "PRIMA" DELLA CLASSE

Si considera da sempre la prima della classe: buoni indi-

ci di salute per i cittadini, i conti della Regione sono a posto e il settore gode anche di iniziativa e innovazione. E non che non abbia il suo da fare, con 50.000 addetti, 16 Aziende sanitarie tra territoriali e universitario ospedaliero e oltre 40 ospedali, ciascuno con una propria vocazione, con caratteristiche, strutture e problematiche diverse. Le liste d'attesa e la spesa farmaceutica potrebbe migliorare anche in questa Regione, così come l'accesso improprio al Pronto Soccorso. Ma quel che contraddistingue la Toscana dalla maggior parte delle Regioni italiane, è che qui si cerca

di migliorare qualcosa che è già adeguato.

Anche per questo, dalle elezioni regionali non si aspettano grandi sorprese. A meno di clamorosi ribaltoni elettorali, sarà l'attuale assessore regionale alla Sanità Enrico Rossi il nuovo presidente della Toscana.

| LE CIFRE | |
|---|---|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) 8.125 |
| | diretta 5.533 |
| | convenzionata 2.592 |
|  | Dipendenti pubblici 59.209 |
| | sanitari 39.861 |
| | amministrativi 5.886 |
| | Dipendenti privati 4.903 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) |
| | acuti 3,9 |
| | non acuti 0,91 |
| | residenziali 0,43 |
| | Anziani in Adi (in %) 5,59 |
|  | Ricette pro-capite |
| | per la farmaceutica 8,5 |
| | convenzionata |
|  | Abitanti per farmacia 3.478 |

| LE CIFRE | |
|---|---|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) 6.812 |
| | diretta 5.000 |
| | convenzionata 2.812 |
|  | Dipendenti pubblici 51.225 |
| | sanitari 35.103 |
| | amministrativi 5.110 |
| | Dipendenti privati 851 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) |
| | acuti 3,92 |
| | non acuti 0,33 |
| | residenziali 2,90 |
| | Anziani in Adi (in %) 2,13 |
|  | Ricette pro-capite |
| | per la farmaceutica 8,9 |
| | convenzionata |
|  | Abitanti per farmacia 3.306 |

segue a pag. 10 ►

► segue da pag. 9

MARCHE

CENTRO SINISTRA STABILE

Gian Mario Spacca, governatore uscente, candidato dall'alleanza Pd-Udc-Idv-Verdi, con l'appoggio di Api,

Allianza Riformista e alcune liste civiche; Ermilio Marinelli, vice sindaco di Civitanova Marche, candidato del Pdl e della Lega; Massimo Rossi, ex presidente della Provincia di Ascoli Piceno, candidato da Prc, Pdc e Sinistra Ecologia e Libertà; Marco Perduca, candidato della Lista Bonino-Pannella; Marco Gladi, candidato da Forza Nuova

LE CIFRE

| | | |
|---|---|---------------|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) | 2.687 |
| | diretta | 1.916 |
| | convenzionata | 771 |
|  | Dipendenti pubblici sanitari amministrativi | 19.518 |
| | sanitari | 13.074 |
| | amministrativi | 1.810 |
| | Dipendenti privati | 765 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) | |
| | acuti | 3,68 |
| | non acuti | 0,56 |
| | residenziali | 4,44 |
| | Anziani in Adi (in %) | 3,66 |
|  | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata | 9,2 |
|  | Abitanti per farmacia | 3.058 |

EFFICIENZA E BILANCI IN ORDINE

Una Regione che fa poco parlare di sé anche perché, complessivamente, presenta una situazione piuttosto stabile dal punto di vista

sanitario, con livelli di assistenza efficienti e bilanci in ordine. Peraltro, la Regione Marche è stata recentemente lodata da Assobiomedica perché una delle poche Regioni che paga nei tempi stabiliti le imprese fornitrici di strumenti biomedicali, attestandosi al di sotto della media nazionale di 200 giorni (che in alcuni casi superano addirittura i due anni).

LAZIO

LA SFIDA PIÙ ATTESA

La sfida è tra Renata Polverini per il centrodestra, con il sostegno dell'Udc e con qualche incertezza sulle liste ammesse alla competizione elettorale, e Emma Bonino per il centrosinistra. Si candidano anche Roberto Fiore, segretario nazionale di Forza Nuova, l'ex consigliere comunale del centrodestra Michele Baldi per il Movimento per Roma e Marzia Marzoli per la Rete dei Cittadini

L'INCUBO DEL DEFICIT

Si prepara ad essere una grande sfida quella del Lazio, e non solo perché a contendersi il governo della Regione sono due donne, ma anche perché il Lazio, tra scandali recenti e antichi, piani di rientro e rapporti con il Vaticano, è sicuramente una delle Regioni più difficili da gestire. E il campo sanitario lo è altrettanto, tra la grande mole di popolazione e turisti a cui assicurare assistenza, un deficit ormai cronico (che da solo è la metà di quello nazionale) e

LE CIFRE

| | | |
|---|---|---------------|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) | 11.104 |
| | diretta | 6.285 |
| | convenzionata | 4.819 |
|  | Dipendenti pubblici sanitari amministrativi | 53.613 |
| | sanitari | 35.818 |
| | amministrativi | 6.084 |
| | Dipendenti privati | 11.997 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) | |
| | acuti | 4,52 |
| | non acuti | 1,18 |
| | residenziali | 3,28 |
| | Anziani in Adi (in %) | 3,53% |
|  | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata | 9,8 |
|  | Abitanti per farmacia | 3.638 |

non mette le mani avanti e spiega fin da subito che nell'attuale condizione di bilancio e commissariamento, non sarà possibile ridurre la tasse. Però sarà possibile migliorare i servizi potenziando il territorio, in modo anche da ridurre le spese improprie a carico delle strutture ospedaliere. Ma il cavallo di battaglia della campagna Bonino è la trasparenza, dei conti e dei vertici della sanità.

UMBRIA

L'INCOGNITA BINETTI

Ingresso all'ultimo momento per Paola Binetti tra le fila dell'Udc, a cui si è recentemente unita dopo aver lasciato il Pd per contrasti non sanabili con i valori del partito, che ha scelto di candidare Emma Bonino per il Lazio.

C'è poi Catuscia Marini (Pd), che raccoglie il sostegno di gran parte del centrosinistra, mentre Sinistra Critica candida Luigino Ciotti. I radicali candidano Maria Antonietta Farina Coscio-

ni. Il Pdl si affida a Fiammetta Modena. Infine Riccardo Donti è candidato per Forza Nuova

LE CIFRE

| | | |
|---|---|---------------|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) | 1.568 |
| | diretta | 1.146 |
| | convenzionata | 422 |
|  | Dipendenti pubblici sanitari amministrativi | 10.967 |
| | sanitari | 7.979 |
| | amministrativi | 977 |
| | Dipendenti privati | 180 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) | |
| | acuti | 3,65 |
| | non acuti | 0,24 |
| | residenziali | 2,25 |
| | Anziani in Adi (in %) | 4,06 |
|  | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata | 10,1 |
|  | Abitanti per farmacia | 3.250 |

IL "PESO" CRESCENTE DEGLI ANZIANI

La sanità umbra non ha mai presentato particolari problemi di sostenibilità, ma registra comunque inapproprietezze dovute all'aumento della popolazione anziana e delle cronicità e a una sanità ancora non bene sviluppata sul territorio. Anche la gestione delle liste d'attesa rimane un punto fortemente critico, così come si resta in guardia per il rischio

che dopo il 2010 la spesa sanitaria umbra possa non essere più sostenibile per effetto dei tagli e delle richieste di aumento dei Lea.

La necessità, dunque, è quella di fare un grande investimento sulla medicina territoriale, ma i candidati si dicono preoccupati che la mancanza di fondi da parte del Governo possa ridurre gli investimenti e la qualità dei servizi. Coscioni ha posto anche il problema della trasparenza e della legalità negli appalti sanitari, sottolineando inoltre che "l'Umbria è la terza Regione italiana per suicidi, e la maggior parte deriva dalla mancata assistenza ai malati anziani".

PUGLIA ANCORA VENDOLA?

Nichi Vendola candidato del centrosinistra; Rocco Palese, candidato del centrodestra; Adriana Poli Bortone, candidata Udc e lo Sud; Michele Rizzi candidato Alternativa Comunista

VOLTARE PAGINA DOPO GLI SCANDALI

Conti in rosso, indagini sugli appalti, furti, arresti e dimissioni eccellenti, malasana. Se in tutta Italia la sanità è in parte una questione politica, in Puglia ne è alla completa mercé, di politici, di imprenditori, e anche di personaggi noti alle cronache per scandali sessuali. Il giro d'affari è da 7 miliardi, le inchieste numerose e destinate ad aprire una voragine ancora più ampia. Vicende vecchie, ma anche scandali nuovi, che alla fine non fanno uscire bene né l'ex Giunta di centrodestra né quella di centrosinistra di Nichi Vendola, che pure, con le primarie, ha conquistato il 73% dei consensi, molti dei quali da camici bianchi, infermieri e precari della sanità. Un sostegno

che si farà senz'altro sentire anche alle elezioni di marzo e tra i quali spunta, a sorpresa, anche Don Luigi Verzè. Il governatore gay e con l'orecchino ha promesso di aprire a Taranto il San Raffaele del Mediterraneo, che andrà ad aggiungersi alle case di cura per anziani di don Verzè in Puglia.

Lo sfidante principale è Rocco Palese, ex direttore sanitario dell'ospedale di Gagliano, che conosce i primari per nome, i bilanci al centesimo, gli ospedali al millimetro, e punta alla piccola imprenditoria sanitaria che guarda al PdL per avere salvi i fatturati.

CALABRIA LOIERO CONTRO TUTTI

Agazio Loiero, presidente uscente della Giunta, è il candidato del centrosinistra, ma senza Italia dei Valori. Giuseppe Scopelliti, sindaco di Reggio Calabria, è il candidato del PdL e dell'Udc. Pippo Callipo, imprenditore, ex presidente di Confindustria Calabria, è sostenuto da Idv, da liste civiche e dai Radicali

L'OMBRA DELLA CRIMINALITÀ

Fare piazza pulita di tutti manager della sanità, senza più guardare alla politica. Si è presentato così Giuseppe Scopelliti, sindaco di Reggio Calabria e candidato del PdL alla Regione. Ma a governare Asl e ospedali in Calabria è proprio l'intreccio di politica e criminalità che elargisce posti e appalti ad amici e fami-

liari. Dal centrosinistra si rifa invece avanti Loiero, candidatura a cui si era fermamente opposta anche la deputata Pd ed ex assessore alla sanità calabrese Doris Lo Moro. Lo staff di Loiero, d'altra parte, colleziona scandali e condanne, come il manager dell'Asl di Cosenza, Franco Pietramala, fedelissimo di Loiero e al centro, tra gli altri, dello scandalo dei rimborsi non dovuti alle cliniche private: oltre 200 milioni reclamati per prestazioni in eccedenza, e che il Consiglio di Stato aveva ritenuto illegittime. Quanto ai bilanci e all'assistenza, i numeri sono in-

| LE CIFRE | |
|---|---|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) 7.083 |
| | diretta 4.214 |
| | convenzionata 2.869 |
|  | Dipendenti pubblici 38.040 |
| | sanitari 24.806 |
| | amministrativi 4.119 |
| | Dipendenti privati 4.009 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) |
| | acuti 3,60 |
| | non acuti 0,45 |
| | residenziali 2,32 |
| | Anziani in Adi (in %) 1,63 |
|  | Ricette pro-capite |
| | per la farmaceutica 9,2 |
| | convenzionata |
|  | Abitanti per farmacia 3.763 |

| LE CIFRE | |
|---|---|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) 3.338 |
| | diretta 2.023 |
| | convenzionata 1.315 |
|  | Dipendenti pubblici 22.421 |
| | sanitari 15.375 |
| | amministrativi 3.529 |
| | Dipendenti privati 3.131 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) |
| | acuti 4,03 |
| | non acuti 0,51 |
| | residenziali 3,42 |
| | Anziani in Adi (in %) 2,49 |
|  | Ricette pro-capite |
| | per la farmaceutica 10,2 |
| | convenzionata |
|  | Abitanti per farmacia 2.641 |

gannevoli. Se la spesa sanitaria pro-capite è tra le più basse, molti studi dimostrano come questo non si traduca in una buona assistenza. Anzi, la Calabria è al primo posto quanto a malasana e a carenza di servizi. Ma, intanto, ha evitato il commissariamento, grazie all'accordo per il ripiano del debito firmato a dicembre con il Governo. L'accordo prevede che vengano sbloccati i 700 milioni di euro necessari per l'ammodernamento tecnico-strutturale degli ospedali e la Regione Calabria si doterà di un Ufficio per il Piano di rientro, per la cui attuazione gli è stata affiancata la Regione Toscana.

segue a pag. 12 ►

► segue da pag. 11

BASILICATA

SFIDA DIETRO LE QUINTE

Vito De Filippo (Pd), governatore uscente, per il centro-sinistra; Nicola Pagliuca (Pdl) per il centrodestra; Magdi Cristiano Allam, europarlamentare, per la lista "Io amo la Lucania"; Florenzo Doino, per il Partito comunista dei lavoratori e Marco Toscano, per la lista Sui-Generis

UN MODELLO PER IL SUD

Se ne parla sempre poco, nonostante rappresenti per il Mezzogiorno una realtà particolare. Il Servizio sanitario della Basilicata si presenta infatti con una serie di risulta-

ti che danno prestigio alla Regione che, pur condividendo alcune situazioni comuni a tutte le Regioni del Sud, individua percorsi virtuosi di programmazione socio-sanitaria regionale. Si tratta di una Regione piccola (e questo può rappresentare un punto di forza) ma con una orografia che crea problemi di viabilità e comunicazione, con un rischio che la espone alla migrazione sanitaria. Anche la struttura della popolazione è in qualche modo anomala, con una bassa fertilità che, assieme all'incremento della sopravvivenza ed al saldo negativo di migratorietà, provoca un invecchiamento decisamente più rapido e

consistente rispetto alle altre Regioni del Mezzogiorno.

In questo senso, anche se i tassi di ospedalizzazione totali sono minori rispetto all'Italia, tuttavia con una scarsa presenza di ricoveri chirurgici, mentre alto è il ricorso al ricovero per le fasce anziane di età, conseguenza alla scarsa presenza di strutture ad hoc e di servizi sul territorio.

CAMPANIA

DOPO BASSOLINO

Due i candidati "maggiori": Vincenzo De Luca, per il centrosinistra e Stefano Caldoro, per il centrodestra. Candidati anche Roberto Fico, per il "Movimento a Cinque stelle Campania" di Beppe Grillo, Paolo Ferrero, segretario nazionale Prc, per la Federazione della Sinistra, Michele Antonio Giliberti per Forza Nuova

| LE CIFRE | |
|---|--|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) 9.856 |
| | diretta 6.170 |
| | convenzionata 3.686 |
|  | Dipendenti pubblici 53.964 |
| | sanitari 38.908 |
| | amministrativi 6.640 |
| | Dipendenti privati 7.044 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) |
| | acuti 3,35 |
| | non acuti 0,34 |
| | residenziali 2,35 |
| | Anziani in Adi (in %) 1,16 |
|  | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata 9,3 |
|  | Abitanti per farmacia 3.644 |

SANITÀ SEMPRE IN EMERGENZA

La Campania rappresenta, insieme alla Calabria e al Lazio, una delle Regioni più difficili da governare. Deficit, scandali e corruzione pesano sulla Giunta Bassolino come un macigno. Per la sanità, ma non solo. La vicenda "rifiuti" è l'esempio su tutti. A più riprese il presidente della Regione ha tentato di difendere il suo operato, rivendicando l'esattezza dei conti e il credito che lo Stato ha nei confronti della Regione Campania. "Lo Stato deve alla Regione Campania 2 miliardi e mezzo di euro. Con assolu-

ta certezza ci deve 1 miliardo e 777 milioni di euro che, appena versati, devono essere immediatamente girati alla Sanità pubblica e privata e ai creditori che attendono da tempo. Più il pagamento viene rinviato più aumentano gli interessi sulle nostre spalle". Il problema è che non si tratta solo di un fatto "ragionieristico", ma di servizi che si offrono, e quando si paragonano i dati della Regione Campania a quelli di altre Regioni, si evidenzia - ad esempio - un uso indiscriminato e inappropriato del ricovero ospedaliero e un record di tagli cesarei. Sulla sanità regionale, però, pesano anche le gravi vicende di malaffare. Tra le più note, quella della Soresa, la società per azioni nata nel 2003 per volontà della giunta Bassolino con il compito di contenere e azzerare il debito pubblico della sanità campana. La società, nel cui Cda compaiono molti politici vicini a DS e Margherita, non ha tuttavia risolto il problema del debito pubblico della sanità campana, che anzi, è continuato ad aumentare. La regione Campania per ripianare il debito ha ottenuto la disponibilità da parte di 3 banche: Credit Suisse, Caylor e Lehman Brother. La Soresa per gestire al meglio la consulenza per l'accertamento del credito e la procedura di transizione si è rivolta a tre società: la Carrington&Cross Srl, la Fmg Partners Corporate Advisor srl la Posillipo Finance Srl. Sulla cordata si è però presto aperta un'inchiesta che ha portato, alla fine di novembre, al sequestro, da parte della Guardia di Finanza, di oltre tre milioni di euro. Si contestano i reati di false fatturazioni e infedele dichiarazioni dei redditi, oltre al fatto che le Società incaricate non avevano né la struttura operativa né le dotazioni necessarie e le risorse per svolgere il compito assegnato.

A cura di Lucia Conti

Fonte dei dati: elaborazione de Il Bisturi su dati Federfarma, Aiop (Rapporto Ospedali e Salute, 2008) e ministero della Salute (Sistema informativo sanitario 2009 e Annuario Statistico 2007)

| LE CIFRE | |
|---|--|
|  | Totale spesa Ssr (mln euro) 1.018 |
| | diretta 686 |
| | convenzionata 332 |
|  | Dipendenti pubblici 7.301 |
| | sanitari 4.733 |
| | amministrativi 633 |
| | Dipendenti privati 35 |
|  | Posti letto (x 1.000 ab.) |
| | acuti 3,70 |
| | non acuti 0,25 |
| | residenziali 11,14 |
| | Anziani in Adi (in %) 4,35 |
|  | Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata 9,7 |
|  | Abitanti per farmacia 2.927 |

ONAOISI

Visita in Senato di una delegazione Onaosi

Scambio di visite tra Perugia e Roma

di Umberto Rossa*

Il 22 gennaio scorso Aristide Paci, rispondendo al caloroso invito di Renato Schifani, ha guidato una rappresentanza Onaosi in visita al Senato della Repubblica. La delegazione Onaosi, oltre a numerosi giovani assistiti provenienti dai diversi Centri Formativi, ha visto la partecipazione di componenti del Consiglio di Amministrazione, del Collegio Sindacale e del personale dipendente. La visita in Senato, oltre a costituire un momento di contatto e di approfondimento storico e culturale anche con i luoghi in cui hanno sede le Istituzioni e le più prestigiose Cariche dello Stato, ha inteso manifestare al presidente Schifani vivo apprezzamento e sincera gratitudine per la sua costante vicinanza alla Fondazione. Infatti, nel novembre 2009, la seconda Carica dello Stato, accogliendo l'invito del presidente Paci, si era recato a Perugia per presenziare alla cerimonia di inaugurazione dell'anno accademico Onaosi 2009-2010.

La manifestazione ha avuto larga eco e i giovani assistiti hanno riservato un'entusiastica accoglienza al presidente del Senato, che ha pronunciato il suo discorso davanti ad una platea gremita di autorità, tra cui il capo di Stato Maggiore dell'Esercito, l'assessore alla sanità regionale, il sindaco della città, nonché molti parlamentari e il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco.

Nel corso della cerimonia, particolarmente toccante è stata la consegna alle vedove di due dei paracadutisti caduti nell'attentato di Kabul del settembre scorso di due borse di studio, da 15mila euro ciascuna, per i loro bambini, uno di due e l'altro di sei anni, ri-

masti prematuramente orfani. Questa iniziativa si inquadra nell'ambito dei progetti di sostegno umanitario promossi e realizzati dall'Onaosi negli anni, fondati su quei principi di solidarietà e di mutualità che da sempre improntano l'attività della Fondazione. L'attesissima relazione del presidente Paci, come ogni anno, ha tracciato un bilancio dei numerosi risultati conseguiti e i traguardi raggiunti dal Consiglio di Amministrazione e toccato vari temi di attualità riguardanti non solo la Fondazione, ma in generale la previdenza e l'assistenza. Quella del 2009 è stata la terza visita del senatore Schifani alla Fondazione negli ultimi anni ed indubbiamente la più prestigiosa, in qualità di presidente del Senato, ad ennesima testimonianza della sensibilità da sempre dimostrata verso le realtà dei giovani e i valori di assistenza e solidarietà, che l'Onaosi declina da più di un secolo, attraverso un modello prevido-assistenziale peculiare, pressoché unico nel panorama delle professioni, che offre ai suoi contribuenti un notevole rapporto costi/benefici.

LE PRESTAZIONI E I SERVIZI ONAOISI

L'attività dell'Onaosi, finalizzata a obiettivi di solidarietà e assistenza, ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici-veterinari, farmacisti, medici-chirurghi ed odontoiatri, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte. La Fondazione eroga le prestazioni previste per gli assistiti anche in favore di figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi, nei casi previsti dallo Statuto. Nell'anno in corso gli assistiti ospitati nelle strutture della Fondazione (Convitti, Collegi Universitari e Centri Formativi) sono aumentati del 10% rispetto all'anno accademico e scolastico precedente, mentre l'intera popolazione dei soggetti assistiti è aumentata del 5%, passando dai 4.446 assistiti dell'anno 2008/2009 ai 4.681 dell'anno 2009/2010. I contributi in denaro erogati agli assistiti ammontano a complessivi 20 milioni di euro.

* consigliere di Amministrazione Onaosi delegato alla comunicazione



IMPORTANTE

Il 31 marzo 2010 scade il termine per il rinnovo dell'iscrizione volontaria all'Onaosi per i sanitari non dipendenti da Pubbliche Amministrazioni.

Per non interrompere la regolarità e la continuità dei versamenti ai fini dei benefici e dei vantaggi futuri, per non perdere i diritti acquisiti, per continuare a fruire delle prestazioni e dei servizi è necessario quindi procedere al versamento della quota Onaosi entro questa data.

Per informazioni:
e-mail: contributi@onaosi.it
tel. 0755869223/545
www.onaosi.it

Gli indirizzi per il futuro dell'Enpam

La ricetta dell'evoluzione

di Alberto Oliveti

L'invecchiamento progressivo della popolazione e la trasformazione delle economie mondiali sono fattori che influenzeranno profondamente la gestione della Fondazione Enpam.

Un problema montante sarà l'approvvigionamento dei contributi in un contesto di riduzione numerica della classe medica e di modificazione profonda della medicina sulla base della evoluzione tecnologica, delle nuove frontiere della medicina rigenerativa e predittiva su base molecolare e del prevedibile afflusso di capitali finalizzati al profitto sul mercato salute, che verosimilmente indurrà forme di esercizio professionale elusive della contribuzione individuale.

Cambieranno gli equilibri? I nuovi profili sanitari sottrarranno risorse contributive al prevedibile maggior consumo di sanità in una popolazione che invecchia? Riusciremo in definitiva a garantire i necessari flussi contributivi per pagare le pensioni più a lungo? Altro fattore da considerare è il rischio politico di scelte a noi avverse, come lo sono la perdurante tassazione della capitalizzazione dei contributi e l'innalzamento eccessivo ed improvviso – a tipo “accadde in una notte” – dell'asticella dei criteri di riferimento per la sostenibilità.

L'IBRIDO

L'instabilità dell'attuale assetto legislativo potrà condizionare la marcia della Fondazione per garantire alle generazioni successive l'adeguatezza delle pensioni e l'equità del trattamento rispetto ai precedenti contribuenti, soprattutto se tale instabilità si interfaccia con l'ibrido previdenziale che oggi siamo, tra fi-

nalità pubblica, controllo di garanzia dello Stato e mezzi privati.

Riusciremo a completare la trasformazione in un vero ente privato, con una Autorità che valuti i risultati dell'esercizio della funzione assegnata, e non entri nel merito delle singole attività necessarie all'espletamento della funzione?

Riusciremo in questa situazione mutevole e poco definita, a cancellare, prima o poi, la sensazione di subire gli svantaggi di un sistema e dell'altro senza averne i vantaggi, in primis il paracadute della fiscalità generale?

La Costituzione prevede il ricorso alla fiscalità generale – le imposte dei cittadini in ragione della loro capacità contributiva – per la redistribuzione del reddito verso il bisogno.

In nome dell'equilibrio e della sostenibilità, ci è stato imposto un aumento dell'arco temporale di equilibrio ad almeno trent'anni, poi però il Patrimonio, obbligatoriamente costituito a garanzia del pagamento delle pensioni, è tassato come quello di una impresa speculativa, ed ogni anno un flusso finanziario importante è sottratto alle pensioni ed alla solidarietà intracategoriale, cioè alla funzione propria demandataci da quella privatizzazione che affidandoci le sorti previdenziali di una categoria ci ha sottratto la possibilità di usufruire di trasferimenti di risorse pubbliche.

Il fatto che i Ministeri stessi lo ritengano iniquo aggiunge la beffa al danno. Trovare il massimo riscontro finanziario in un mercato mondiale fluttuante tra recessione e volatilità non appare per i prossimi anni un percorso semplice. Quello che si è capito dalla re-

cente crisi è che nessuno sa trarre dal passato modelli efficaci per anticipare il futuro, per cui parlare di redditività significativa con investimenti poco rischiosi, prontamente liquidabili ma a capitale garantito, diversificati ma equilibrati può apparire alla fine solo una evidente serie di ossimori.

Perseguire la finalità previdenziale negli investimenti patrimoniali significa pianificazione tra attività e passività della gestione finanziaria strettamente collegata alle caratteristiche dei Fondi, e comporta l'adattamento degli investimenti alle dinamiche demografiche e tecnico previdenziali specifiche di ognuno di essi. Probabilmente i Fondi sono troppi, anche se pare difficile costituirne uno solo, specie se pensiamo che il Fondo Generale si rifà a contributi derivanti dal rapporto diretto medico paziente, mentre i Fondi Speciali, di maggior consistenza economica, hanno a che fare con un terzo pagante.

Insomma, poco importa avere una splendida villa se i soldi mi servono domani mattina, come d'altro canto anche avere tanta carta moneta in tasca può essere inutile, se tra vent'anni, con l'inflazione galoppante, con questa carta riuscirò a comprare solo un monolocale..

LA GOBBA

La gobba previdenziale e l'età di pensionamento. Una intera folta generazione di cinquanta- sessantenni si pensionerà nei prossimi quindici anni, al-



terando per lungo tempo il rapporto tra attivi e pensionati. Ce la farà la futura generazione di medici a sostenere con la propria contribuzione il sistema, se dal lavoro non arriveranno redditi sufficienti e se il Patrimonio non garantirà proventi sostanziosi?

La via del rigore attuariale pare obbligata, dato che non si gode del pie' di lista del trasferimento fiscale. Continuando a cercare di ottenere il massimo possibile dal patrimonio, va consolidato il patto tra generazioni evitando di ritardare l'approccio al problema.

Si deve aprire prima possibile la stagione delle riforme previdenziali dei Fondi, e quella del confronto politico sulle modalità e sui tempi di applicazione delle regole di sostenibilità.

Aumentare la contribuzione con una valorizzazione coerente all'obiettivo della sostenibilità, dell'adeguatezza, dell'equità e della convenienza del patto intergenerazionale.

Si potrebbe anche evitare di agire sul prolungamento dell'età pensionabile, se si identificasse, nell'attuale range di possibilità di pensionamento, un opportuno coefficiente che commisuri l'entità del rateo pensionistico alla aspettativa di vita post lavorativa, nell'opportunità data di lavorare di più per avere di più, evitando invece, in un sistema rigido le ipotesi di interventi sulle pensioni per necessità estreme. In altre parole, una volta definita la pensione, possibilmente rivalutata al meglio, non si tocca più.

QUALE RICETTA?

In definitiva, siamo oggi chiamati a garantire una maggior tenuta dei conti nel tempo, mentre si vive sempre di più, in un mondo in recessione, con un grosso esodo nei prossimi anni, rimpiazzati in misura forse quantitativamente insufficiente in uno scenario professionale mutevole che potrebbe non garantire flussi contributivi adeguati. La ricetta è di aprire prima possibile la stagione delle riforme, al di là del rinnovo elettorale, per renderle meno impattanti, adoperando l'opportuno rigore attuariale per garantire a tutti i contribuenti la proporzionalità tra i contributi versati e le prestazioni garantite, riforma da impostare nella condizione, concertazione e corresponsabilità di tutti i portatori di legittimi interessi. **ATI**

PREVIDENZA

Enpam e formazione specifica in medicina generale: il primo passo

a cura dell'Esecutivo Nazionale di Fimmg Formazione

Una delle priorità di lavoro della Sezione Fimmg Formazione è da sempre dare dignità di tipo previdenziale al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, essendo stata sottovalutata negli ultimi anni l'importanza della copertura previdenziale per i giovani medici.

Studi mirati a chiarire la problematica in questione hanno appurato che dall'anno 2004 l'articolo 3 comma 2 del Regolamento Fondo Generale Enpam assoggetta la borsa di studio corrisposta durante il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale alle categorie reddituali da dichiarare, come si può facilmente riscontrare dalle parole dell'articolo in questione di seguito riportato: "Per reddito professionale assoggettabile a contribuzione si intende quello autonomo derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, non soggetto ad altra copertura previdenziale obbligatoria ed al netto di una quota delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale". A fronte però di un'aliquota contributiva del 12,5%, troppo onerosa nel delicato periodo di inserimento lavorativo del medico in Formazione Specifica in Medicina Generale anche in considerazione dell'esiguità della borsa di studio corrisposta, è nata la necessità di fare richiesta formale all'Enpam affinché il reddito dei medici in formazione venga assoggettato all'opzione del versamento di aliquote nella misura ridotta del 2%, come già in vigore per i pensionati e per gli iscritti che contribuiscono ad altre forme di previdenza ob-

bligatoria, ivi compresi i Fondi Speciali gestiti dall'Enpam di cui all'Articolo 4 comma 1 del Fondo Generale Enpam, con possibilità di riscatto di riallineamento in un prossimo futuro.

La richiesta di agevolazioni contributive di sostegno per i giovani iscritti è stata oggetto di un incontro, ideato per concordare una strategia comune tra le parti, a cui hanno partecipato l'Esecutivo Nazionale di Fimmg Formazione, la Coordinatrice Regionale del Lazio, Giampiero Malagnino vicepresidente Enpam, Ernesto Del Sordo Direttore Enpam, Alberto Olivetti Consigliere Enpam e Vittorio Pulci Dirigente del Servizio Contributi Enpam. Il Coordinamento nazionale della Sezione Fimmg Formazione, che si è tenuto a Roma il 27 gennaio 2010 e che ha avuto ospite il dottor Malagnino, ha deliberato all'unanimità la proposta elaborata dall'Esecutivo nazionale.

Il Consiglio di Amministrazione Enpam tenutosi il 29 gennaio 2010 ha recepito favorevolmente la nostra richiesta e ha deliberato positivamente per una modifica regolamentare da sottoporre a valutazioni successive da parte del Comitato Consultivo del Fondo della Libera Professione.

A breve si aprirà anche un ulteriore tavolo di lavoro tra l'Enpam e Fimmg Formazione per stabilire le modalità migliori per l'eventuale regolarizzazione della posizione contributiva relativa agli anni 2004-2009.

Anche tra noi giovani medici all'esordio lavorativo è viva una coscienza previdenziale che ha permesso di dare il via ad una valida ed efficace collaborazione tra Enpam e Fimmg Formazione e ad un percorso che ci auguriamo consenta agli iscritti di comprendere e condividere le proposte che l'Ente vorrà presentarci. **ATI**

Certificazione di invalidità civile: come migliorare le procedure

■ ■ Un tema importante, che ha prodotto anche qualche tensione tra i colleghi. La Commissione informatica Fimmg ha individuato alcuni pun-

ti che potrebbero alleggerire il carico burocratico valorizzando gli strumenti tecnologici. Proponiamo alla riflessione di tutti questo documen-

to, con la convinzione che la responsabilità del sindacato stia nella difesa dei professionisti all'interno della complessiva tenuta del sistema

Il nuovo procedimento, telematico, per la gestione delle domande di invalidità civile, entrato in fase di attività dal 1° gennaio 2010, presenta diverse criticità e problemi che, al momento attuale, rendono estremamente problematica la diffusione tra i medici di medicina generale.

Si possono individuare 3 aree di intervento volte al miglioramento globale del percorso telematico, più alcuni suggerimenti in una prospettiva più lunga.

1. Modifiche riguardanti le modalità dell'interazione inps-mmg

- Rilascio del pin senza necessità da parte del mmg di recarsi personalmente presso la sede inps

La richiesta del Pin può avvenire tramite fax (con modalità descritte nelle circolari Inps) e riteniamo che anche il ritiro del Pin possa essere attuato con procedure alternative al ritiro diretto nella sede Inps (particolarmente disagiata per i mmg che operano in sedi distanti dagli uffici Inps). In particolare si possono prevedere, come alternative:

- raccomandata con ricevuta di ritorno;

- delega con fotocopia documento identità;
- invio tramite Pec;
- invio tramite indirizzo di posta elettronica tradizionale (indicato dal mmg nella richiesta di Pin).

D'altra parte il Pin è necessario solo per un accesso perché viene subito richiesta la personalizzazione e il cambiamento del PIN stesso al primo accesso al sistema.

- *Modalità di comunicazione basate sulla posta elettronica con help-desk tecnico specifico e con tempi rapidi*

2. Problematiche tecniche dell'attuale interfaccia telematica

- Devono essere rapidamente risolte, da parte del gestore del portale, le problematiche tecniche riscontrate che rendono, al momento, non utilizzabile il sistema dell'invio telematico. Fino al perfetto, e verificato, funzionamento l'Inps accetterà i certificati cartacei. In particolare si segnalano:
- malfunzionamenti del sistema con browser diversi da Explorer (ad es. mancata memorizzazione delle codifiche ICD 9 con errata segnalazione di mancata codifica all'invio);

- anche con explorer mancato invio del certificato con segnalazione di errore e invito a reinvio in altro momento. Il certificato viene memorizzato, ma senza possibilità di inviarlo ed ottenere quindi il codice per il paziente;
- impossibilità di accedere al certificato memorizzato per un non precisato errore di visualizzazione.

3. Problematiche relative al modulo di acquisizione certificati con proposte di modifiche migliorative per l'operatività professionale del mmg

- Eliminazione del codice di 20 cifre poiché il codice fiscale consente l'univoca identificazione del paziente. Non vi è quindi necessità di un ulteriore codice da inserire manualmente con perdita di tempo e possibilità di errori.
- La codifica ICD 9 non consente, per limiti strutturali, la definizione di situazioni importanti (mancano ad esempio gli interventi chirurgici). Aggiungere legenda per inserimento nel blocco "diagnosi" di codificate e non codificate.
- possibilità di inserire codici ICD 9 in

forma diretta, digitando il relativo codice numerico, senza dover necessariamente, aprire l'albero della classificazione. Questo perché la gran parte dei sw gestionali dei mmg definisce i codici ICD 9.

4. Proposte per il medio periodo (superata la fase critica dell'avvio del sistema)

- Integrazione con i sistemi telematici regionali per evitare molteplici procedure di login al mmg.
- Integrazione con i sw gestionali per consentire l'esportazione diretta del certificato digitale operando sul proprio sw di studio con valutazione dei diversi meccanismi di firma digitale applicabili alla procedura.
- Individuazione di adeguati percorsi formativi per lo sviluppo di competenze innovative del personale di studio.

L'impegno congiunto (tra Fimmg ed Inps) ad un'analisi dell'ergonomia professionale ed a conseguenti modifiche della procedura telematica attuale della certificazione di invalidità civile può consentire una diffusione adeguata tra i mmg. Di strategica importanza anche per l'implementazione di nuove funzio-

nalità delle attività professionali dello studio, appare l'organizzazione sia nel medio che nel lungo periodo di un'adeguata fase formativa, coinvolgente il personale di studio dei mmg (es.: iniziativa congiunta Fimmg-Fondo Professioni, auspicata da Fnomceo ed Inps). **ATT**

LE SEDI PERIFERICHE INPS ACCETTERANNO ANCHE I CERTIFICATI IN FORMA CARTACEA

Sarà possibile, sia pure eccezionalmente, consegnare all'Inps certificati in forma cartacea. Lo ha reso noto Giacomo Milillo con un messaggio rivolto a tutti gli iscritti Fimmg. "In seguito ad un colloquio diretto con il presidente e commissario straordinario dell'Inps, dott. Antonio Mastrapasqua, richiesto ed ottenuto con urgenza dalla Fimmg

– si legge nel comunicato – l'Inps nazionale ha inviato alle sedi periferiche una circolare che le autorizza ad accettare in forma cartacea i certificati di invalidità in casi eccezionali, quali vanno sicuramente considerati il mancato funzionamento del sito Inps o i lunghi tempi necessari per l'acquisizione del Pin da parte dei medici interessati".

L'innovazione tecnologica non è nemica

di Paolo Giarrusso

Ricetta elettronica, certificato di invalidità civile on line, esenzione per reddito, certificato di malattia Inps e certificato Inail etc. etc. sono improvvisamente diventati motivi di rinnovata discussione fra medici di medicina generale nel nostro Paese. Molti si sono lamentati e come al solito ripetono in maniera quasi ossessiva il solito ritornello stantio e anacronistico: "che fanno i sindacati?"

Analizziamo con calma i problemi in un'ottica d'insieme e di prospettiva. Che la pubblica amministrazione si stia trasformando in tutto il mondo civile è un fatto acquisito, e l'innovazione tecnologica semplificherà la vita dei cittadini.

Appare altresì scontato che i vari operatori professionali dovranno adeguarsi alle nuove tecnologie. La nostra generazione di medici e cittadini si trova coinvolta in questo processo: mentre negli anni passati si poteva esercitare la professione medica fino all'età pensionabile solamente con le conoscenze acquisite negli anni della formazione universitaria e si poteva esercitare sempre alla solita maniera, oggi tutto questo non è più

possibile. Impegnare la categoria in battaglie di retroguardia non solo sembra inutile ma addirittura deleterio per il futuro della nostra professione. Non si può oggi, in un'epoca in cui l'accelerazione tecnologica è senza precedenti, pensare che la nostra professione, che gestisce una parte rilevante delle risorse della sanità, non sia chiamata a rispondere delle proprie scelte. Per anni abbiamo parlato di risparmio, di appropriatezza, di scelte oculate e oggi che finalmente, grazie alla tecnologia, abbiamo l'opportunità di dimostrare la bontà delle nostre opinioni non possiamo tirarci indietro.

La verità è che oggi la medicina generale ha un ruolo sempre più centrale nel sistema sanitario ma questo ruolo deve essere finalmente riconosciuto anche in termini economici. Mi spiego meglio: impegnarsi in una battaglia di retroguardia demonizzando l'innovazione tecnologica ci vedrebbe sicuramente perdenti e additati all'opinione pubblica come coloro che si oppongono alla modernizzazione e alla razionalizzazione del sistema. In tal senso una ben orchestrata campagna di di-

sinformazione contro la medicina generale potrebbe ingenerare nell'opinione pubblica un senso di disistima che ci porterebbe ad essere perdenti. Saremmo per tutti medici "vecchi", ormai obsoleti, persone non aperte al nuovo.

Non mi pare che una simile prospettiva possa entusiasmarci, anche perché proprio la nostra generazione di mmg (quella che ha svolto la professione dopo il 1978, con il Ssn) ha sempre dimostrato nei fatti di essere stata capace di rinnovarsi sapendo gestire cambiamenti epocali (patomorfosi delle malattie, management territoriale di patologie prima trattate in ambiente ospedaliero, integrazione socio-sanitaria, etc). In questa prospettiva mi pare assolutamente condivisibile che la nostra associazione professionale non debba mettersi di traverso nel processo di cambiamento ma anzi debba cercare il più possibile di accreditarsi ulteriormente come interlocutore affidabile e credibile, cercando di valorizzare al meglio i nuovi compiti. In questa visione sapere quantificare il nuovo modo di lavorare e capire l'entità dei risparmi (misurati in tempo e denaro per l'amministrazione pubblica e per il singolo cittadino) potrebbe rappresentare un ottimo indicatore di quante risorse si possano reinvestire nella sanità territoriale e per migliorare il processo di innovazione.

Il regalo

(prima parte)

di Francesco Fanzaga

Chiuse la porta a vetri lentamente nell'inutile tentativo di ridurne il cronico cigolio e ritornò nel vicolo buio, coi pensieri di sempre ma col morale un po' più sollevato. Infatti fu quasi sul punto di sorridere quando, girandosi, sentì la corrente fredda che saliva dal ponte infiammagli il viso rasato di fresco. Prima di incamminarsi verso la piazza si voltò, allungando il collo per guardare oltre la tenda a mezz'asta, se per caso insieme a barba e capelli non avesse lasciato dall'Azelio qualcos'altro. Gli capitava da un po' di tempo, anche quando sapeva già che era improbabile, di avere la sensazione di dimenticare in giro le cose. Da quando la Mariuccia gli aveva fatto quella scenata per l'ombrello che aveva lasciato sull'accelerato Milano-Brescia. Ma quel giorno era così contento che l'editore gli aveva detto finalmente di sì che si poteva anche capire. Un ombrello tra l'altro che non valeva niente, vecchio come il cucco, e poi quando era sceso dal treno aveva smesso anche di piovere. Ma un pretesto sufficiente alla moglie per cantargli la litania completa delle sue piccole dimenticanze accumulate nel tempo. Era così la sua Mariuccia: lavoratrice instancabile e generosa come poche ma intransigente nel controllo di tutto ciò che riguardava la casa e i suoi abitanti. Da quando lei aveva scelto di abbandonare l'insegnamento per dedicarsi alla famiglia e soprattutto per stare più vicina alla figlia Nadia, aveva preso in mano le redini e amministrava la casa con autorità. Lui aveva apprezzato il suo sacrificio e la compativa se per caso le capitava di esagerare. Certo era pur vero che negli anni

qualcosa in giro l'aveva lasciata: i guanti, gli occhiali da sole, la sciarpa, ma non più di altri. Però quella sera l'ultima cosa che avrebbe voluto, era dare alla moglie il pretesto per discutere, perchè era la vigilia di Natale e dopo tanti anni, le aveva preso un regalo. A dire il vero la voglia di fare regali, quelli superflui che non ti faresti mai perchè c'è sempre qualcosa di più necessario prima, era svanita in casa da quando la Nadia si era messa a comportarsi in quel modo strano, cioè a usare solo la mano sinistra, a dormire per terra e a stare sempre al buio per non dover ubbidire a quelle voci che le arrivavano sulle onde luminose delle lampadine. Fino a quella volta che le voci le avevano ordinato di non tornare a casa a dormire e i Carabinieri l'avevano trovata alla mattina su una panchina del parco della stazione e da lì le parcella degli psichiatri avevano cominciato a arrivare con spietata regolarità. Comunque con la pensione di professore di Lettere del Liceo non c'era neanche bisogno di trovare una scusa. Mentre camminava verso il centro del paese, sentiva con piacere la nebbia fredda solleticargli la gola. Inspirò più volte profondamente per assaporarla meglio, mentre toccava con la mano nella tasca destra del cappotto il calendario profumato con le donnine semi-

nude che l'Azelio regalava sempre ai clienti sopra i 18 per Natale. Archeologia pubblicitaria che chissà dove l'andava a scovare!

Non che alla sua età sentisse il bisogno di ripassi sull'anatomia femminile, ormai, ma lo accettava per consuetudine e più che altro per non dare un dispiacere all'Azelio che, con quell'aria da "carbonaro" apriva circospetto il cassetto, si guardava bene in giro che non ci fosse nessuna "freguglia" (briciola) come diceva lui, cioè bambini nascosti, chissà dove poi in quel buco di negozio e glielo passava con aria furtiva, come se si trattasse di documenti segreti.

E già pensava di fare un salto al bar del Celso per regalarlo a qualcuno più interessato di lui, perchè a casa certo non poteva portarlo, altrimenti la Mariuccia non ci avrebbe messo niente a trovarlo. E lei guai per certe cose.

Figurarsi che ogni tanto saltava fuori ancora con quella storia stagionata di non so quanto, quando insegnava ancora e s'era portato a casa quella rivista che aveva sequestrato in classe, perchè gli era sembrato subito strano che in quel piovoso mattino di novembre, fosse quel pedante di Tacito a mandare a tal punto su di giri gli studenti. Playboy insomma. "Se sono fatte con gusto, le foto delle donne nude è un piacere guardarle, in fondo cosa c'è di male!... basta che non lo si faccia in classe" le aveva detto ridendo. Ma lei non era del parere, perchè era un po' all'antica e pensava che al mondo esistessero ancora cose proibite e sconvenienti e certe porcherie non le voleva proprio vedere girare per casa. Così per un po' c'erano stati anche dei problemi col sesso domestico. "Un autogol insomma" aveva detto sorridendo al suo amico Alberto il bibliotecario un giorno che era in vena di confidenze. Ma a parte questo carattere un po' intransigente, grazie anche alle Orsoline e a un padre maresciallo dei Carabinieri, non poteva certo lamentarsi della sua Mariuccia. Ma la qualità principa-

L'AUTORE

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

le che aveva sempre ammirato in lei e un po' anche le invidiava, era il coraggio. Cioè il coraggio vero, non quello di un attimo, un po' parente dell'incoscienza, ma quello da tirar fuori ogni mattina per contrastare il dolore che è già lì impaziente al risveglio, per la tua unica figlia chiusa in quella comunità per malati psichiatrici. Infatti lei non si era mai arresa a quella malattia che aveva cambiato dal di dentro la sua bambina.

Mise con delicatezza anche l'altra mano nella tasca per toccare il regalo e immaginarsi la scena a cui avrebbe assistito, quando sua moglie se lo sarebbe trovato tra le mani.

Sorrise dentro di sé, all'idea e, mentre usciva dal buio del vicolo e imboccava la via principale e scansava sacchi e bidoni della raccolta differenziata, si abbandonò a fantasticare sulla scena che avrebbe visto domani e ne preguistò la gioia. E mentre già la vedeva, la sua Mariuccia, con gli occhi che brillavano e lo stupore sul volto e pensava che se lo meritava proprio e che per lui quella gioia sarebbe stato il regalo più bello, un ragazzo nero che gli offriva con occhi che brillavano per la fame una rivista piena dei problemi delle comunità africane in Italia, inter-

ruppe sul più bello la sua fantasia.

“Va bene, va bene, ho capito! Tieni... e passa un buon Natale anche tu” disse con un sospiro appena infastidito per l'interruzione, mettendogli in mano una moneta e prendendo il giornale, ma senza mollare del tutto la sua fantasia.

Alzò gli occhi e la via gli apparve come smerigliata per la nebbia e un po' anche per la miopia congenita; l'illuminazione natalizia a ponte sulla strada era proprio niente al confronto con l'ininterrotta sequenza di fari delle auto. In quella via lui c'era nato e avrebbe potuto anche andare in su e in giù quanto voleva a occhi chiusi e fermarsi senza sbagliare davanti al negozio che fu di suo padre e rivedere senza sforzo tutte quelle cose buone di cui riempiva la vetrina non solo per Natale e risentire per un attimo anche il profumo delle spezie che vasi e barattoli non erano in grado di trattenere e se ne andava a impregnare l'aria e l'arredamento, mentre la voce profonda di suo padre elencava le proprietà salutari della liquirizia sfusa o consigliava alla sposina inesperta il detersivo migliore che secondo lui non era mai quello della pubblicità. Guardò istintivamente verso la finestra della sua vecchia

camera al primo piano dalla quale aveva imparato a guardare il cielo e il mondo e il Babbo Natale che vi penzolava sotto nel goffo tentativo di raggiungerla scalando il muro come un ladro, lo irritò. Il suo di Babbo Natale aveva ben altro stile e non era mai passato da lì. Abbassò gli occhi verso la vetrina del negozio. Adesso non li leggeva bene ma c'erano solo cartoncini bianchi: offerte immobiliari, affaroni per tutte le tasche. La gente, meno di una volta, perché i centri commerciali li fanno in periferia, sbucava dalla nebbia come nei sogni. Alcuni si salutavano e si scambiavano gli auguri frettolosamente e, mentre si era fermato per ripulire gli occhiali dall'umidità, gli parve di riconoscere la sagoma della Marisa. Se li rimise in fretta...sì era proprio lei. Accennò un saluto con la mano, ma era talmente presa col telefonino che probabilmente non si accorse di lui. Da quando la Mariuccia l'aveva convinto a prestarle i soldi per quel viaggio che, secondo lo psicologo, era così importante per rinsaldare il rapporto con il figlio, gli sembrava che cercasse di evitarlo. Rimise le mani in tasca, toccò il regalo e riprese a camminare con rinnovata fiducia.

Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

Salmo ipoglicemico notturno

■ ■ Anch'io ho sempre pensato che, se Dio esiste, mi piacerebbe che fosse un Dio capace di partecipare con umana condivisione alla nostra gioia e al nostro pianto, un Dio capace di ridere, di stare allo scherzo, ma anche di commuoversi e di sentire su di sé le nostre lacrime. E soprattutto un Dio che fosse di tutti e per tutti, indipendentemente dai nomi che gli hanno dato, dalle leggende nate su di lui, dai suoi mille volti, dalle infinite parole scritte per cercare di comprenderlo.

Vorrei che fosse un Dio dal cuore grande, capace molto più di noi di leggere a fondo

nel cuore di ogni uomo, trovando sofferenza e amore dove noi credevamo di leggere tutt'altro, o dove non ci sforzavamo neppure di guardare. Un Dio per cui non esistono "persone qualunque", per cui la "gente senza volto" è inconcepibile, perché conosce benissimo il valore di ogni singola vita umana.

La libertà è la mia spina nel fianco. La libertà che questo Dio, in tutte le sue forme possibili, senz'altro ha concesso all'uomo, visto che non interviene a fulminare coloro che mettono i suoi insegnamenti sotto le scarpe. La libertà è uno splendido dono, che cerco per quanto ne sono capace di meritare e di usare nella mia vita.



Ma dov'è che la libertà di uno si interseca con la libertà di un altro, cancellandola fino a farla diventare una non-libertà? Questo dono, non dovrebbe essere dato a tutti nella stessa misura? Eppure ci sono uomini che possono decidere della vita e della morte di bambini, oppure di altri popoli che abitano in terre lontane, e allora

il libero arbitrio di questi bambini, di tutte queste persone, dov'è?

Io questo Dio continuo a cercarlo, mi piacerebbe che avesse la voglia, la pazienza di rispondere alle innumerevoli domande di questi uomini che stanno qui sospesi, temporanei, eppure hanno trovato in sé la spinta per andare più su e guardare verso l'alto, ma anche una forza oscura che li spinge ad annientare e distruggere e schiacciare e cadere sempre più giù, perdendo se stessi nel momento in cui hanno smesso di caricare la propria coscienza del peso delle ferite inflitte agli altri uomini e alla terra.

a cura di Bruno Cristiano

CASSA GALENO



*Nel 1994 veniva introdotto
il circuito virtuoso:
scopriamo cos'è*

Virtuosi i soci, virtuoso il circuito

di Ezio Cotrozzi*

Galeno è unica perché ha trovato una soluzione per condividere e ridistribuire quella parte di contributo dei soci che annualmente non viene spesa per la loro salvaguardia. In altre parole ogni anno alla somma di tutti i contributi versati viene sottratto ciò che è servito a pagare le prestazioni di cui hanno usufruito (liquidazioni erogate, riserve, spese di gestione): l'incoraggiante risultato di questa sottrazione, i cosiddetti saldi attivi della gestione assicurativa, viene utilizzato a favore dei soci ed eccezionalmente non resta acquisito dall'assicuratore. Come sono utilizzati i saldi attivi? Innanzitutto incrementando la posizione previdenziale dei soci (il loro salvadanaio), in una misura variabile per ciascuno calcolata tenendo conto dell'entità e del regime di fruizione

di rimborsi sanitari nell'anno. In secondo luogo i saldi attivi sono utilizzati per pagare integralmente la prestazione base Ltc cui hanno diritto tutti i soci titolari.

Non è poco. È un meccanismo che fin dal 1994 ha gratificato con cifre complessivamente importanti molti soci. Ma il vero plus del circuito virtuoso è quello di poter dare ai soci un riconoscimento tangibile e immediato della serietà del loro comportamento assicurativo. Il circuito virtuoso comunica da anni lo stesso importante messaggio: utilizzare le prestazioni della cassa correttamente conviene a tutti, sempre.

**segretario di
Cassa Galeno*

La testimonianza di Amerigo Marino

"Per volersi un po' più bene"

di Amerigo Marino*

Un famoso detto popolare recita: "i guai della pentola li conosce il cucchiaino". Man mano che andiamo avanti negli anni, man mano che si accumulano esperienze ed amarezze portando avanti ogni giorno l'avventura del nostro lavoro, anche noi medici ci rendiamo conto che questa professione in realtà non la si esercita: la si vive. E solo chi la vive può capire fino in fondo l'amarezza del tanto dare e del poco ricevere. Per questo, come fanno certe mamme che hanno passato tutta la vita ad accudire gli altri e che ad un certo

punto dicono "da oggi in poi voglio pensare un po' anche a me stessa", ad un certo punto anche i medici si sono detti che era giunto il momento di volersi un po' più bene. Così è nata Galeno. Si mette da parte qualcosa per se stessi, ma si mette da parte qualcosa tutti insieme per darlo al collega lontano, sconosciuto eppure amico se e quando dovesse ricevere la visita di una malattia. Questa è Galeno: sia che i soldi li diamo, sia che li riceviamo, ci guadagniamo sempre.

**Socio Galeno*

Premio Scirva33. I medici raccontano UN GIORNO IN PARADISO

di Amerigo Marino

Fin dall'inizio si sentiva in ambulatorio un'atmosfera diversa, con i pazienti che stranamente non sbraitavano su chi fosse arrivato prima ma che anzi si prodigavano l'un l'altro in cortesia: "Guardi, signora, sono sicuro: è arrivata prima lei"
"Ma no, è che io ho preso l'ascensore, mentre lei è venuto a piedi. Ma giù al portone c'era prima lei, quindi tocca a lei passare per primo".....

Leggi l'intero racconto sul sito cassagaleno.it



per saperne di più @
www.cassagaleno.it

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Scotti: "Meno proclami e più fatti concreti"

"Per arginare il fenomeno delle aggressioni ai medici della continuità assistenziale non servono proclami, ma proposte concrete". Lo ha affermato il segretario nazionale della Fimmg-Continuità Assistenziale, Silvestro Scotti, commentando i dati diffusi dal Sindacato dei medici italiani e secondo i quali 9 medici su 10 subiscono aggressioni durante i turni di guardia medica.

Secondo Scotti, per risolvere il problema "i videocitofoni, le guardie giurate e gli altri strumenti di sorveglianza, soprattutto in alcune sedi isolate, servono a poco. Quello che serve davvero è che i medici della continuità assistenziale abbiano la conoscenza e la consapevolezza del paziente che hanno di fronte. Ma per questo è indispensabile avviare una stretta collaborazione tra i medici di famiglia e quelli della continuità as-

sistenziale. Speriamo - conclude Scotti - che in sede di rinnovo contrattuale, una volta chiusa la parte economica, si affrontino questi problemi".

SINDACATI

Quasi un giro di valzer...

Novità in vista nel sindacalismo medico. Mauro Martini lascia il suo incarico di presidente nazionale dello Snami e entra nel Sumai, dove sarà responsabile di una nuova Area aperta ai medici di medicina generale convenzionati. Lo Snami intanto nomina alla presidenza nazionale Angelo Testa e annuncia l'apertura di un settore rivolto proprio alla specialistica in convenzione.

COOPERATIVE MEDICHE

Intesa per un nuovo "welfare di comunità"

Siglato a Roma un accordo che unisce Federsanità, che rappresenta at-

tualmente 166 Asl e Ao, e Ancom (Associazione nazionale delle Cooperative mediche), che rappresenta quasi 10 mila medici di medicina generale riuniti in cooperative su tutto il territorio nazionale.

Intervenendo alla conferenza stampa di presentazione dell'Intesa, Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, ha sottolineato come il sindacato sia rappresentanza dei singoli medici, gli unici che ad oggi possono erogare le prestazioni definite nella Convenzione con il Ssn. "L'esperienza delle cooperative mediche però - ha aggiunto Milillo - è stata di stimolo alla riflessione che ci ha portato al progetto di ri-fondazione della medicina generale. E nella prossima Convenzione, alla quale cominceremo a lavorare appena conclusa la trattativa sul rinnovo, occorrerà fare scelte fondamentali, affrontando anche il nodo di come i mmg si possano rapportare all'assistenza integrativa, soprattutto per le non autosufficienze. Che ruolo avranno allora le cooperative?"

Enterogermina®

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE ENTEROGERMINA 2 miliardi / 5ml sospensione orale; ENTEROGERMINA 2 miliardi capsule rigide. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Un flaconcino contiene: Principio attivo: Spore di *Bacillus clausii* polimerizzato-resistente 2 miliardi. Una capsula rigida contiene: Principio attivo: Spore di *Bacillus clausii* polimerizzato-resistente 2 miliardi. Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione orale; Capsule rigide. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disturbi intestinali enterogeni. Terapia coadiuvante il ricorizio della flora microbica intestinale alterata nel corso di trattamenti antibiotici e chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-intestinali dei turisti, infortunati ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disbiotamiosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti 2-3 flaconcini al giorno o 2-3 capsule al giorno; bambini: 1-2 flaconcini al giorno o 1-2 capsule al giorno; anziani: 1-2 flaconcini al giorno. Flaconcini somministrare ad intervalli regolari (3-4 ore), diluendo il contenuto del flaconcino in acqua, succo di frutta, latte, the, aranciata. Capsule: deglutire con un sorso di acqua o di altre bevande. Specialmente nei bambini più piccoli, in caso di difficoltà a deglutire la capsula rigida, è opportuno impiegare la sospensione orale. **4.3 Controindicazioni** Intolleranza al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** **4.4.1 Speciali avvertenze** L'eventuale presenza di organismi virulenti nei flaconcini di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus clausii*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il flaconcino prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Non esistono precauzioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari** Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Non sono stati segnalati, fino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: A07FA09** - microrganismi antidiarroici ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus clausii*, ceppo isolato dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrato per via orale, lo spore di *Bacillus clausii* grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti fisici chimici che fieri superano la

barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministrazione di ENTEROGERMINA contribuisce al ristabilimento della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dai *Bacillus clausii*. Essendo, inoltre, il *Bacillus clausii* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere le disbiotamiosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente correlata all'azione metabolica del *Bacillus clausii*, inoltre il grado elevato di resistenza enterologica agli antibiotici indotta ufficialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata fra due successive somministrazioni di antibiotico. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: penicilline, cefalosporine, tetracicline, macrolidi, aminoglicosidi, fosomicina, cloramfenicolo, tetraciclina, lincomicina, isoniazide, cloxacilina, rifampicina, acido nalidixico e acido piperidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Flaconcini: Acqua depurata Capoula; Capoula; Cellulosa microcristallina; Magnesio stearato; Cellulosa; Triacolo ossido (E171); Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non sono note incompatibilità. **Periodo di validità** Flaconcini: Stabilità e conferimento integro: 2 anni. Stabilità dopo apertura del flaconcino: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. Capsule: Stabilità e conferimento integro: 3 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore a 30°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Flaconcini: Astuccio di cartone plastificato contenente 10 o 20 flaconcini. Capsule: Astuccio di cartone plastificato contenente 1 o 2 blister da 12 capsule caduno. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione** Flaconcino: agitare il flaconcino prima dell'uso. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** (semplice) S.p.A. - Viale I. Rodi, 37/A - IT-20158 Milano (Italia). **8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Confezione di 10 flaconcini AC 013046008 - Confezione di 20 flaconcini AC 013046040 - Confezione di 12 capsule AC 013046053 - Confezione di 24 capsule AC 013046065. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Confezione di 10 flaconcini: 14 novembre 2001 / 30 luglio 2008 - Confezione di 20 flaconcini: 14 novembre 2001 / 30 luglio 2008 - Confezione di 12 capsule: 9 dicembre 2004 / 30 luglio 2008 - Confezione di 24 capsule: 1 dicembre 2004 / 30 luglio 2008. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Luglio 2005.

L'esperienza "Ospedale Virtuale" a Roma

di Antonio Calicchia*

Il mmg, "primario" del territorio

■ ■ Avviato nel 2004 da una cooperativa sociale e poi esteso a tutti i medici di una Asl romana, questo

progetto mostra come si possa realizzare la gestione sul territorio di molti casi di cronicità e post acuzie

che attualmente gravano sulle strutture ospedaliere o restano senza risposta

"Grazie, dottore, per l'aiuto che ci date, lei e i suoi colleghi, in questi momenti difficili, per poter assistere nostro padre..."

E anche: "Dottore, non sa che grande conforto ci date, assistendo con tutte queste persone mia madre a casa ogni giorno..."

Queste sono solo alcune delle parole di ringraziamento che giornalmente si sentono rivolgere i medici di famiglia che lavorano nel IV municipio del Comune di Roma, da quando, prima sperimentalmente e poi in modo strutturato, hanno cominciato ad occuparsi direttamente della assistenza domiciliare integrata, facendosi carico in prima persona del management del paziente al suo domicilio, coordinando l'equipe di personale sanitario e sociale necessaria. È questo infatti il senso del laboratorio gestionale chiamato Ospedale Virtuale, in cui sono impegnati, dal 2004, i medici di famiglia soci della cooperativa sociale *Roma Medicina* e poi, dal 2008, tutti i medici che operano nel territorio del IV distretto della Asl Roma A.

Questo sistema di Ospedalizzazione Domiciliare, una assistenza domiciliare integrata a media ed alta intensità, è *completamente gestito dalla Medicina Generale* in collaborazione con le strutture periferiche dalla Asl Roma A ed il privato sociale no profit, e assiste quotidianamente fino a 50 "posti letto virtuali".

La caratteristica principale di questa esperienza, voluta dalla lungimiranza della direzione aziendale e dalla disponibilità della medicina generale del territorio, è data dalla ridefinizione dei percorsi di presa in carico e di gestione del paziente fragile, ottenuta attraverso l'integrazione tra le diverse professionalità occorrenti, sotto la guida del medico di famiglia del paziente

stesso e grazie all'utilizzo di tecnologie dell'Ict.

COME FUNZIONA L'OSPEDALE VIRTUALE

La filosofia che ha ispirato l'implementazione di questo sistema è stata sempre quella di poter dare risposte rapide ed efficaci ai problemi dei pazienti, comprendendo in una unica dimensione sia la parte sanitaria che quella sociale dell'assistenza territoriale, assegnando un ruolo importante al medico di famiglia del paziente, ma utilizzando percorsi che non fossero distruttivi né per il paziente né per il suo medico.

Il medico, che durante la sua attività quotidiana dovesse riscontrare nel suo

CHI PUÒ ENTRARE NELL'OSPEDALE VIRTUALE?

Lasciando al medico la valutazione secondo "scienza e coscienza", sono state definite con la Asl alcune situazioni cliniche per le quali attivare l'assistenza dell'Ospedale Virtuale:

- paziente deospedalizzato precoce;
- paziente con pluripatologie croniche in fase di riacutizzazione;
- paziente oncologico con complicazioni ma non terminale;
- paziente in alimentazione artificiale.

paziente le condizioni per un ricovero in "Ospedale Virtuale", effettua, in modo assolutamente autonomo e fortemente motivante, una valutazione multidimensionale del suo malato con la scheda *CareSis*, messa a punto dai medici della cooperativa Roma Medicina, senza aspettare l'intervento di commissioni distrettuali di valutazione ma agendo soltanto secondo scienza e coscienza, per risolvere al più presto il problema del suo paziente.

Questa scheda di valutazione, organizzata su un sistema informatico web based protetto, è collegata alla rete informatica della cooperativa e delle Ucp aderenti, per facilitare la continuità assistenziale.

Alla fine della compilazione della scheda, il sistema assegna un punteggio, che automaticamente posiziona il paziente in media od in alta intensità assistenziale e determina un pacchetto di prestazioni professionali socio sanitarie, calibrato, sulla base dell'esperienza maturata nell'Ospedale Virtuale, al grado di gravità clinica del paziente ed

infine fornisce anche un costo orientativo del ricovero in base alle giornate di ricovero indicate. Il pacchetto assistenziale che viene scelto è costituito da un mix di prestazioni che vanno da un minimo di sei ad un massimo di 14 interventi settimanali divisi tra i diversi operatori in base alla intensità assistenziale.

Al mmg viene comunque lasciata la libertà, in base alla sua esperienza ed alla situazione clinica del suo malato, di lasciare invariato il pacchetto o di modificarlo adattandolo alle necessità del paziente, completando quindi il Piano

Assistenziale Individualizzato, con la frequenza dei suoi accessi domiciliari, con le indicazioni dei compiti delle diverse figure professionali e con l'obiettivo clinico-assistenziale che si prefigge di raggiungere, segnalando le terapie in corso e le diagnosi codificate con l'ICD IX.

Al momento del salvataggio della scheda, il sistema informatico automaticamente assegna un posto *letto virtuale* (plv) al paziente o altrimenti lo mette in lista d'attesa se questo non fosse disponibile.

La presenza della scheda e dell'occupazione del plv viene immediatamente segnalata alla Centrale operativa dell'Ospedale Virtuale dove, sempre su vie informatiche protette, un medico coordinatore, che di solito è un medico di medicina generale esperto ma tal-

volta anche un collega geriatra, la controlla e la comunica al Centro Assistenza Domiciliare distrettuale per la definitiva approvazione.

Entro le ventiquattro ore successive il Cad, sulla base delle informazioni contenute nella scheda, dà l'autorizzazione al ricovero,

così da permettere alla Centrale Operativa, entro 48 ore, di iniziare il percorso assistenziale deciso dal medico di famiglia.

In questo modo al paziente sono assicurati tutti gli interventi di assistenza medica, effettuati dal suo medico di fiducia, gli interventi infermieristici, le prestazioni riabilitative e di assistenza sociale e domiciliare secondo quanto stabilito dal piano di assistenza individuale. La gestione degli accessi, degli appuntamenti, dei prelievi, delle visite è svolta dalla Centrale Operativa con i medici coordinatori, che fungono per-

tanto da *cases manager*.

Inoltre, grazie alla condivisione dei protocolli ed al coordinamento delle procedure con le strutture distrettuali della Asl Roma A, al paziente sono assicurate le prestazioni degli specialisti territoriali, le analisi di laboratorio, la farmaceutica cronica, gli ausili e le protesi necessarie che vengono erogati in base alle richieste del medico curante. I farmaci vengono portati direttamente al domicilio del paziente.

Per assicurare una vera continuità assistenziale, per una maggiore tutela del paziente e soprattutto per una tranquillità dei suoi familiari è inoltre attiva una reperibilità infermieristica durante le ore del giorno, quando comunque c'è sempre reperibile il medico di fiducia e una reperibilità medica durante le ore della notte e nei giorni festivi, non potendo gravare, viste le tipologie cliniche dei pazienti, sul servizio della Guardia Medica aziendale.

Per i pazienti più complicati è disponibile una unità mobile di telemedicina che assicura la rilevazione dei classici parametri della pressione, del peso, della glicemia, della saturazione di ossigeno, della funzionalità respiratoria e dell'elettrocardiogramma, i quali, refertati dai *gpws* della cooperativa, vengono messi in tempo reale a disposizione del medico curante. Infine il mmg può richiedere per i pazienti con gravi lesioni cutanee, l'applicazione, da parte di infermieri specializzati, di una apparecchiatura per la vacuum therapy.

Alla fine del periodo di ricovero il mmg dimette il paziente, redigendo una nuova valutazione, che annotata sulla cartella informatizzata libererà il posto letto virtuale, che potrà così essere occupato da un altro paziente, in una altra parte del territorio. L'Ospedale Virtuale è a disposizione, per ora, di tutti gli abitanti del IV Municipio e

“
I mmg acquistano un nuovo ruolo, da "primari del territorio", e costruiscono una nuova visibilità con la gente e con le istituzioni

IN CIFRE

- circa **200** pazienti l'anno
- età media dei pazienti **80** anni
- **20** % dei pazienti ad alta intensità assistenziale, ai quali sono stati effettuati oltre
- **80.000** interventi socio sanitari dal 2004
- in media **91** prestazioni a paziente
- in media circa **1,30** ore di assistenza giornaliera
- **67,50** euro il costo giornaliero medio di un posto letto virtuale (valutato nel 2009 e comprensivo anche della presa in carico e degli accessi da parte del mmg).



di tutti i 250 medici di famiglia e pediatri di libera scelta del IV Distretto della Asl Rm A.

In base all'accordo con la Direzione Sanitaria del Distretto della Asl il periodo massimo di ricovero in Ospedale Virtuale è di novanta giorni per evento clinico. Tutte le procedure operative dell'Ospedale Virtuale sono state certificate dalla società IMQ secondo lo standard ISO 9001-2000.

UN PRIMO BILANCIO DI SEI ANNI DI ATTIVITÀ

Il breve racconto dell'esperienza di questo laboratorio gestionale, ci permette di sottolineare come i mmg,

pur dovendosi impegnare per assicurare una efficace presa in carico del loro paziente, abbiano però riacquisito un nuovo ruolo, da "primari del territorio", nei percorsi assistenziali dei propri assistiti e siano riusciti a ricostruire soprattutto una nuova visibilità con la gente e con le istituzioni.

La Cooperativa Sociale Roma Medicina, che, seguendo la sua mission, è stata la promotrice di questa esperienza, vede sempre più necessario un impegno nuovo e forte della medicina generale, che passando, però, attraverso una semplificazione dei passaggi burocratici, le permetta di svolge-

re il ruolo che le compete nel panorama della sanità territoriale. D'altro canto i suoi medici, così come dimostra le attività decennale del Consorzio regionale del Lazio Coresan, di cui la cooperativa è cofondatrice, sono convinti che non sia più procrastinabile il momento di dare alla medicina generale tutti quegli strumenti, siano essi immateriali che materiali, che le permettano di affrontare le sostanziali modifiche di una sanità che cambia, per riacquisire veramente quella centralità da tutti invocata ma assolutamente mai realizzata.

**mmg, responsabile
"Ospedale Virtuale"*

Un corso presso l'Iss della Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis

Le malattie croniche all'epoca della Globalizzazione

Per quanti sforzi si facciano è ormai evidente la difficoltà della medicina moderna nel trasformare in comportamenti pratici per i pazienti quanto le linee guida indicano, quasi che l'evidenza scientifica sia inconciliabile con la vita quotidiana.

Il Corso, organizzato dalla Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis con il sostegno di Sanofi-Aventis, Bruno Farmaceutici e Merck Sharp & Dome, si propone, attraverso l'analisi dell'esistente, di ricercare le strategie più opportune per interrompere la tendenza ben descritta nel rapporto dell'Oms del 2005 intitolato *Prevenire le malattie croniche un investimento vitale*: le principali malattie croniche sono causate da fattori socioeconomici, culturali, politici ed ambientali come la Globalizzazione, l'Urbaniz-

zazione e l'invecchiamento della popolazione che, attraverso l'uniformarsi di abitudini consolidate come l'alimentazione scorretta, la mancanza di attività fisica ed il consumo di tabacco, portano allo sviluppo di fattori di rischio intermedi (glicemia e pressione arteriosa elevata, anomalie del profilo lipidico, sovrappeso ed obesità). Da qui il passo verso lo svilupparsi delle principali malattie croniche è breve: Cardiopatie, Ictus, Tumori, Disturbi respiratori cronici, Diabete, ecc...

Un concetto simile viene espresso in vari articoli di recente pubblicazione, che stigmatizzano la tendenza di oggi alla "Coca-Colonization", termine che ben esprime il possibile effetto negativo della Globalizzazione sugli stili di vita delle popolazioni a discapito delle abitudini consolidate dalla cultura e tradizione locale.

Alcuni lavori pubblicati, come l'*Interheart Study*, hanno poi identificato proprio nella tendenza ad uniformare gli stili di vita, specie alimentari, una causa dell'aumento delle malattie croniche cardiovascolari. Anche l'editoriale che presenta tale studio approfondisce i concetti concludendo che: "il cambiamento delle abitudini di vita individuali è poca cosa, se non si riesce a contrastare l'effetto della globalizzazione dei modelli dei cibi e degli stili di vita".

Per poter dunque conciliare la cultura scientifica con la cultura dell'uomo e delle sue tradizioni, si deve oggi partire dagli stili di vita dettati dalla scienza per arrivare alla riscoperta degli stili di vita tradizionali, che spesso non sono in contrasto con i primi, ma che possono invece essere valorizzati. **ATT**

BIBLIOGRAFIA

- Rapporto Oms 2005, Prevenire le malattie croniche un investimento vitale (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)
- Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: can the Doomsday scenario be averted?, *Journal of Internal Medicine* 2000; 247: 301-310.
- INTERHEART Study, *Circulation* November 4, 2008.
- Globalization of Food Patterns and Cardiovascular Disease Risk, *Circulation* November 4, 2008.

SCUOLA NAZIONALE DI MEDICINA DEGLI STILI DI VITA FIMMG - METIS
AULA POCCHIARI - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
09 APRILE 2010

GLOBALIZZAZIONE E MALATTIE CRONICHE DALL'EVIDENZA SCIENTIFICA ALLA CULTURA DELL'UOMO: UN PASSO IMPOSSIBILE?

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| 8.30 Registrazione partecipanti | 9.40 Interferenti endocrini nei nostri alimenti: un aspetto negativo della globalizzazione ALBERTO MANTOVANI - STEFANO LORENZETTI | Influenza degli Stili di Vita nelle Patologie Croniche Moderatori: MICHELE CARRUBA - AMEDEO SCHIPANI | 12.35 Discussione | 14.20 L'attività fisica come strumento di un migliore stile di vita. ITALO GUIDO RICAGNI - ANTONIO VERGINELLI |
| 9.00 Apertura del Convegno WALTER MARROCCO (Dir. Scuola Nazionale di Medicina Stili di Vita Fimmg-Metis) | 10.00 Il Progetto "Guadagnare Salute" ed il Territorio. DANIELA GALEONE | 11.15 Lo stile di vita per le dislipidemie. ANDREA POLI | 13.00 LUNCH | 14.40 Nutrizione ed Attività Motoria. MARIA SOLIS - GIUSEPPE NOCCA |
| Interventi Moderatori: WALTER MARROCCO - AGOSTINO MACRI' | 10.20 La Sicurezza Alimentare: un impegno di tutti. SILVIO BORRELLO | 11.35 Lo stile di vita per l'ipertensione arteriosa. AMEDEO SCHIPANI - ANTONIO PIO D'INGIANNIA | Il ruolo degli attori sociali Moderatori: NADIA BAUZULLI - ALFREDO GRO' | 15.00 Alimentazione propedeutica all'Attività Motoria. UMBERTO CAMPANINI |
| 9.20 La Globalizzazione e la salute della persona. GALLIENO MARRI | 10.40 Gestione integrata della presa in carico del soggetto obeso. LORENZO MARIA DONINI | 11.55 Lo stile di vita per il diabete mellito. ANDREA PIZZINI | 14.00 La collaborazione della Medicina Generale con gli Attori Sociali. DANIELE CAMPISI - FRANCESCO FILIPPO MORBIATO | 15.20 Alimentazione di reintegro dell'Attività Motoria. PIA MOSCA |
| | 11.00 COFFE - BREAK | 12.15 Lo stile di vita per le artropatie croniche. DANIELA LIVADIOTTI | | 15.40 Discussione e, al termine, test di valutazione |

I risultati dello studio Pandora

Le carte del rischio cardiovascolare non bastano

■ ■ Ci sono quasi due milioni di persone in Italia che hanno già sviluppato una Pad (arteriopatia obliterante periferica) e non lo sanno. È questo il risultato più rilevante prodotto dallo studio Pandora, realizzato dai medici di famiglia con Fimmg –Metis

Pandora (Prevalence of peripheral Arterial disease in subjects with a moderate CVD risk, with No overt vascular Disease nOR diAbete mellitus) è uno studio osservazionale realizzato in 6 Paesi europei, che in Italia ha coinvolto medici di famiglia di 13 diverse Regioni per un totale di oltre 5mila pazienti esaminati per valutarne le condizioni reali di rischio e di patologia cardiovascolare.

Ai pazienti, che secondo i parametri comunemente in uso erano valutati a moderato rischio cardiovascolare, è stato rilevato l'indice Abi (indice pressorio caviglia/braccio) che in condizioni normali dovrebbe corrispondere ad uno, mostrando cioè che la pressione è uniforme. Un metodo semplice, ma davvero importante ed efficace, perché se l'indice mostra una variazione, ovvero se il valore pres-

sorio alla caviglia è minore di quello al braccio, ciò indica che vi è un'ostruzione delle arterie dell'arto inferiore, indice certo di una Pad in atto. "L'uso di mezzi semplici, ripetibili e non invasivi – sottolinea Guido Sanna (Metis) – permette al medico di medicina generale di misurare il reale rischio di patologie vascolari dei suoi pazienti e di prevenirle. Inoltre può abbattere i futuri costi necessari per intervenire quando la malattia si manifesta".

DUE PRIMATI PER L'ITALIA

L'Italia partecipa a questo studio internazionale attraverso Metis, la società scientifica di Fimmg, e grazie al sostegno di AstraZeneca. Quest'anno il nostro Paese si è rivelata leader della ricerca, avendo arruolato il più alto numero di pazienti rispetto agli altri Paesi. Un primato positivo a cui si aggiunge un altro primato, purtroppo assai meno favorevole. Lo studio ha mostrato infatti che l'Italia, insieme alla Grecia, è il Paese europeo con la più alta percentuale di persone sofferenti di Pad: se la media europea è del 18%, da noi l'incidenza sale al 22%. Un dato che sfugge applicando le "carte del rischio cardiovascolare" attualmente in uso e che è stato possibile rilevare solo attraverso questo

segue a pag. 28 ►

Rosuvastatina: non solo terapia

di Michele Antonacci

Quando alla fine del 2008, il *New England Journal of Medicine* pubblicò i risultati dello studio Jupiter (Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin), la notizia fu salutata con un entusiasmo senza pari: i ricercatori erano riusciti a dimostrare che la rosuvastatina è efficace nel ridurre il rischio cardiovascolare anche in persone «apparentemente sane», cioè senza livelli di colesterolo Ldl elevati, ma con alti valori di proteina C-reattiva. Tanto positivi erano stati i risultati

della sperimentazione che il team di ricerca si era visto costretto a sospenderla: come negare al gruppo di controllo gli enormi benefici di cui si stava giovando il gruppo in trattamento? I risultati dello studio Jupiter, a due anni dall'inizio, avevano infatti evidenziato che la rosuvastatina impiegata in prevenzione primaria è in grado di dimezzare gli eventi cardiovascolari (- 54% del rischio di infarto, - 48% di ictus e - 46% di rivascolarizzazione arteriosa). Ora, a poco più di un anno cominciano a materializzarsi le conseguenze cli-

niche di quella sperimentazione. Lo scorso 8 febbraio, infatti, la Food and Drug Administration (Fda) ha dato il via libera all'impiego di rosuvastatina "per alcune categorie di pazienti ad aumentato rischio di malattie cardiache ma che non ne sono ancora affette". "La nuova indicazione – aggiunge l'autorità americana – prevedono l'impiego nella riduzione del rischio di infarto o ictus o procedure di rivascolarizzazione in persone che non presentano evidenze cliniche di malattie coronariche in atto". In pratica: "uomini con cinquant'anni di età o più e donne dai 60 in su che abbiano elevati livelli di proteina C-reattiva nel sangue e almeno uno dei tradizionali fattori di rischio cardiovascolari come fumo, ipertensione, una storia di familiarità con le malattie cardiovascolari o, ancora, bassi livelli di colesterolo Hdl".

segue a pag. 28 ►

Le carte del rischio cardiovascolare non bastano

► segue da pag. 27

studio condotta dai medici di medicina generale. Ciò significa che questi pazienti, non sentendosi “a rischio”, non intervengono in alcun modo sulla loro situazione, né attraverso i farmaci né correggendo i propri stili di vita.

Inoltre, come spiega Donatella Alesso (Metis) “nel 67% dei casi la Pad è asintomatica e bilaterale, cioè interessa entrambi gli arti inferiori, costituendo un importante indicatore di aterosclerosi diffusa che, purtroppo, ci vede superare tutti i Paesi europei compresa la Grecia”. “Il paziente con Pad – prosegue Alesso – ha lo stesso livello di rischio cardiovascolare di un post-infartuato, per-

ché la Pad è di fatto una malattia aterosclerotica vascolare e, come tale, costituisce un fattore predittivo assai più potente di un fattore di rischio”.

IL VALORE DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA

Commentando i risultati dello Studio Pandora, Giacomo Milillo ha sottolineato come la medicina generale possa offrire grandi contributi alla ricerca, soprattutto in termini di prevenzione delle patologie. “La sfida – ha detto Milillo – sta nella medicina di iniziativa che individua le condizioni a rischio prima che le patologie si manifestino. Dobbiamo passare da una medicina tutta centrata sull’attesa dell’evento, ad una medicina che va a ricercare attivamente un elemento predittivo, in questo caso l’indice Abi, che insie-

me ad altri elementi d’indagine può farci correre ai ripari prima che un grande evento cardiovascolare si verifichi”.

Un orientamento ribadito da Guido Sanna. “Lo studio Pandora offre una lezione più importante dei risultati stessi: dobbiamo cominciare a cercare le patologie o i fattori di rischio anche quando questi non sono visibili – ha spiegato Sanna – Come dimostra lo studio, l’arteriopatia obliterante periferica si presenta in una forma sub-clinica asintomatica assai più di frequente di quanto i medici stessi pensino. Questo dato deve farci riflettere, innanzi tutto, sul fatto che non ricerchiamo con sufficiente assiduità i segni di questa patologia, perché non ci si rende conto di quanto rilevare la sua presenza sia importante dal punto di vista predittivo”. E.A.

Rosuvastatina: non solo terapia

► segue da pag. 27

L’Fda, inoltre precisa che le nuove indicazioni non prevedono l’impiego della statina “in individui che hanno elevati livelli di proteina C-reattiva, ma nessuno dei tradizionali fattori di rischio”. “Questa estensione delle indicazioni di rosuvastatina fornirà ai medici una nuova opzione terapeutica per aiutare le persone opportunamente identificate ad abbassare il loro rischio di incorrere in eventi cardiaci”, ha commentato Eric Colman, deputy director della divisione per i prodotti per il metabolismo e l’endocrinologia dell’FDA’s Center for Drug Evaluation and Research. Opinione analoga a quella espressa da Howard Hutchinson, chief medical officer di AstraZeneca: “Questa approvazione – ha dichiarato – non è solo una significativa pietra miliare per AstraZeneca ma è anche importante per i pazienti che potranno beneficiare del trattamento con rosuvastatina anche per questa nuova indicazione. Essa si aggiunge all’insieme di evidenze scientifiche a disposizione del medico per valutare rosuvastatina come importante opzione terapeutica”.

Il nuovo impiego va infatti ad aggiungersi alle precedenti indicazioni che comprendono ipercolesterolemia primaria e dislipidemia mista in aggiunta

alla dieta quando la risposta a quest’ultima e ad altri trattamenti non farmacologici risulta essere inadeguata; ipercolesterolemia familiare di tipo omozigote, in aggiunta alla dieta e ad altri trattamenti ipolipemizzanti o quando tali trattamenti non risultano appropriati. “Questa nuova indicazione di rosuvastatina – commenta Raffaele Sabia, direttore medico di AstraZeneca Italia – rappresenta un’ulteriore conferma del nostro impegno nella lotta alla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Inoltre, testimonia l’importanza di continuare a sostenere le attività di ricerca e sviluppo, con l’obiettivo ultimo di offrire ai medici e ai pazienti terapie sempre più appropriate, basate su outcomes clinici rilevanti, come la riduzione del rischio cardiovascolare, e con un profilo di tollerabilità che contribuisca a garantire nel tempo l’adesione alla terapia”.

LA PREVENZIONE CHE ARRIVA DA GIOVE

È stato denominato Jupiter (Justification for the Use of statins in Primary prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) lo studio a lungo termine, randomizzato in doppio cieco, controllato con placebo e di ampie dimensioni (17.802 pazienti) a cui è stato conferito il compito di valutare la capacità di rosuvastatina 20 mg di ri-

durire il rischio di infarto, ictus e altri eventi cardiovascolari maggiori in soggetti con livelli di colesterolo Ldl bassi o normali, ma identificati come a rischio cardiovascolare aumentato a causa dei livelli elevati di proteina C reattiva ad alta sensibilità e dell’età.

La maggior parte dei pazienti arruolati evidenziava almeno un altro fattore di rischio, compresi ipertensione, bassi livelli di Hdl, anamnesi familiari positive per patologia coronarica pre-matura o il tabagismo. La proteina C reattiva è riconosciuta come marcatore dell’inflammazione associato a un aumento del rischio di eventi cardiovascolari aterosclerotici.

Jupiter fa parte del Galaxy Programme, un ampio progetto di ricerca internazionale di vaste dimensioni sostenuto da AstraZeneca e concepito per rispondere alle domande irrisolte della ricerca sulle statine: quasi 70 mila i pazienti arruolati da Galaxy in più di 55 paesi in tutto il mondo.

Nel corso dello studio, rosuvastatina 20 mg è apparsa ben tollerata in quasi 9 mila pazienti. L’incidenza degli eventi avversi maggiori, comprese neoplasie e miopatia, è risultata simile nei diversi gruppi di trattamento. Si è registrato un lieve aumento dei casi di diabete segnalati dai medici, compatibile con i dati di altri studi clinici controllati con placebo sulle statine. ATT

Nuova formulazione di T3 e T4

Gocce di appropriatezza

di Antonino Michienzi

Negli ultimi decenni la frequenza delle patologie tiroidee è andata progressivamente aumentando, tanto che, secondo diverse stime, il 20 per cento della popolazione italiana sarebbe colpito da una di esse. Sono le donne, soprattutto, a esserne soggette, con una probabilità tra le 10 volte e le 15 volte maggiore rispetto agli uomini.

Tra questi pazienti, circa due milioni necessitano del trattamento con ormoni tiroidei (levotiroxina sodica, soprattutto) impiegati come terapia sostitutiva e/o soppressiva. Un trattamento per cui sempre più emerge la necessità di appropriatezza metabolica, cioè l'adeguamento alla terapia sostitutiva alle esigenze individuali del singolo paziente determinate dalle sue specifiche caratteristiche metaboliche. Una necessità, questa, che emerge con ancora maggior forza nei casi di trattamento a lungo termine.

L'appropriatezza ha rappresentato un problema fino a non molto tempo fa, vista la mancata disponibilità in Italia di formulazioni dell'ormone diverse dalle compresse. Comode, certo, ma con scarse possibilità di modulazione della terapia. Di difficile impiego, inoltre in tutti quei pazienti con esigenze particolari come problemi di deglutizione o nel caso dei bambini.

È da questa necessità che è nata una nuova formulazione in gocce della levotiroxina sodica, che consente una migliore personalizzazione della terapia tiroe-sostitutiva.

L'immissione in commercio del nuovo prodotto si è basata su studi che hanno confrontato la sua efficacia e tollerabilità con la formulazione in

commercio. Uno, in particolare, presentato nel corso delle Giornate italiane della tiroide e condotto da un team del Dipartimento di Endocrinologia e Malattie metaboliche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana coordinato da Aldo Pinchera.

Lo scopo dello studio, articolato in due distinte ricerche, è stato proprio verificare efficacia e tollerabilità della nuova formulazione in gocce della T4 e della T3 in confronto alla tradizionale formulazione in compresse.

Nella prima, che ha avuto a oggetto la T4, sono stati inclusi 73 pazienti tiroi-

dectomizzati per carcinoma tiroideo e già stabilizzati con T4 in compresse da almeno 3 mesi. Nella seconda, sulla T3, sono stati reclutati 40 pazienti ipotiroidei a cui veniva somministrata in maniera randomizzata una dose unica di T3 in formulazione compresse o in formulazione gocce (20 pazienti) 2 giorni prima della terapia radioisotopica. La T3 trova infatti impiego nei soggetti che, sottoposti a tiroidectomia per carcinoma tiroideo, devono eseguire la terapia con iodio radioattivo. In questi casi la T4 viene sospesa circa 45 giorni prima della somministrazione dello iodio e durante la sospensione, al fine di ridurre i sintomi dell'ipotiroidismo, il paziente viene trattato per 2-3 settimane con la T3 che ha una ridotta attività soppressiva nei confronti del TSH.

I risultati dello studio, benché evidenzino una maggiore comodità di impiego delle compresse, non mostrano differenze significative tra gocce e compresse quanto a efficacia e tollerabilità. Dato che dimostra che le formulazioni in gocce, oltre a consentire un più agevole trattamento dei soggetti con difficoltà nella deglutizione o del neonato, sono intercambiabili con le compresse dal punto di vista terapeutico.

FT3, FT4, TSH**(VALORI MEDI E, FRA PARENTESI, LIMITI DI CONFIDENZA AL 95%)**

Per tutti e tre gli ormoni non venivano riscontrate differenze significative tra i due gruppi

| FT3 pg/ml | t[-3]* | t[0]** | t[+3]*** |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| gruppo gocce | 3.8 (3.5-4.1) | 3.8 (3.5-4.2) | 4.1 (3.6-4.6) |
| gruppo compresse | 3.7 (3.4-3.9) | 3.7 (3.6-3.9) | 3.8 (3.6-4.0) |
| FT4 pg/ml | | | |
| gruppo gocce | 16.5 (15.2-17.8) | 15.8 (14.9-16.6) | 16.1 (14.2-18.1) |
| gruppo compresse | 16.1 (15.0-17.2) | 15.6 (14.6-16.6) | 15.1 (13.8-16.4) |
| TSH µU/ml | | | |
| gruppo gocce | 0.064 (0.028-0.100) | 0.172 (0.037-0.307) | 0.181 (0.064-0.297) |
| gruppo compresse | 0.082 (-0.001-0.165) | 0.154 (-0.054-0.361) | 0.135 (-0.001-0.279) |

* 3 mesi precedenti alla randomizzazione

** momento della randomizzazione

*** a tre mesi dall'inizio del trattamento

Fonte: Giannetti M, Santini F, Marsili A, Saponati G, Vitti P, Pinchera A. T4 e T3 in gocce: una nuova formulazione per il trattamento dei pazienti tireopatici

VARIABILI CINETICHE RELATIVE ALLA T3 TOTALE

I risultati non mostrano differenze significative tra i 2 gruppi

| | gruppo gocce | gruppo compresse |
|---------------|---------------|------------------|
| AUC ng/dl*36h | 4083.3±1138.5 | 3770.8±917.6 |
| Cmax ng/dl | 212.9±44.9 | 196.6±43.3 |
| Tmax ore | 2.3±1.0 | 2.6±1.6 |

Fonte: Giannetti M, Santini F, Marsili A, Saponati G, Vitti P, Pinchera A. T4 e T3 in gocce: una nuova formulazione per il trattamento dei pazienti tireopatici

Attacco ischemico transitorio e afasia

“Dottore, mio padre parla in modo strano...”

di Stefano Nobili*

Il medico curante viene chiamato una mattina dalla figlia di un paziente di 82 anni perché il padre da alcune ore “parla in modo strano”. Alla domanda se il soggetto presenta deficit di forza, la signora risponde negativamente, anzi, che il padre ha anche consumato una leggera colazione e si appresta a pranzare. Il soggetto, come riferito, deambula a domicilio come tutti i giorni col girello, forse ha una leggera instabilità. Ora è a letto, ma solo perché la figlia glielo ha imposto. Il sanitario si reca dal paziente verso le 12, appena terminato lo studio del mattino.

Ricordo anamnestico: il paziente è affetto da patologia cardiaca (infarto miocardico acuto complicato da edema polmonare acuto nel 1999 con triplice bypass aortocoronarico, successiva PTCA per ristenozi coronarica nel 2004), due TIA nel 2005 e 2007, impianto di Pacemaker per Blocco Atrio-ventricolare nel 2006, ipertensione arteriosa, diabete non insulino dipendente, BPCO (fumava 30 sigarette al giorno fino a 10 anni fa), insufficienza renale cronica, dislipidemia, dispepsia in gastropatia cronica, sindrome ansioso-depressiva, prostatectomia parziale nel 2000, con trattamento radioterapico per K prostatico Gleason 2, incontinenza urinaria (uso di pannolone), lieve decadimento cognitivo, sindrome vertiginosa, alvo alterno. Due anni fa, in seguito a caduta accidentale, ha riportato frattura della spalla e del femore sinistri, trattati con chiodi e placche di sintesi e conseguentemente deambula con girello. Il paziente ha

una familiarità positiva per malattia cardiovascolare, ipertensione arteriosa e diabete non insulino dipendente. Come abitudini voluttuarie, assume due bicchieri di vino a pasto, saltuariamente superalcolici, non segue una dieta affermando: “A me piace mangiare bene!”. La terapia domiciliare (ticlopidina 250mgx2, esomeprazolo 20mg, furosemide 25mg, enalapril 5mg, nitroderivati topici 10mg) è un altro punto dolens, poiché il paziente assume farmaci solo quando decide!

All'esame obiettivo condotto dal medico a domicilio, il paziente appare scarsamente collaborante, con movimenti stereotipati e ripetitivi, afasico e aprassico, con una lieve deviazione della rima buccale dx. La pressione arteriosa è 170-95 con 78 di frequenza cardiaca. Al torace sono presenti sibili, alcuni rumori secchi sparsi e qualche raro crepitio bilateralmente alle basi polmonari. Addome ndp. Si dispone per **invio urgente presso il pronto soccorso** dell'ospedale più vicino che il paziente fa capire di rifiutare in un primo momento, poi dopo alcuni minuti di “convincimento” da parte del medico curante, accetta.

L'esame obiettivo all'ingresso in ospedale è sostanzialmente identico a quello prima eseguito dal medico di famiglia. La pressione arteriosa è però salita a 190-110, con frequenza cardiaca di 78. È presente un'iniziale dispnea con rantolo tracheale a tratti. I polsi distali non sono apprezzabili, salvo i polsiti. Si apprezza una lieve succulenza alle estremità inferiori bilateralmente. L'esame obiettivo neurologico conferma le osservazioni del curante. L'ECG mostra una costante stimolazione bicamerale a 75 BPM. L'ecocardiogramma mono-bidimensionale e color doppler traccia una FE del 44% e un'ipocinesia apicale. Gli esami ematochimici evidenziano emoglobina 10.3g/dL, eritrociti 3840000, ves 26, azotemia 76mg/dl, creatininemia 2.55mg/dl, sodio 133mEq/l, uricemia 9mg/dl. Rx torace: rinforzo della trama reticolo interstiziale; cuore ingrandito, iperdiafania diffusa; aortosclerosi. Ecodoppler TSA: placca fibrotica con stenosi del 70% a carico della carotide prossimale sx e del 30% a carico della carotide prossimale dx. Tc encefalo: plurime alterazioni ipodense a livello della capsula interna, dei nuclei della base bilateralmente riferiti a verosimili fatti ischemici pregressi; sofferenza ischemica cronica della sostanza bianca periventricolare, ampliamento dei solchi corticali in quadro di atrofia e sistema ventricolare dilatato. Secondo i sanitari ospedalieri, il rialzo pressorio e l'impegno respiratorio sono riconducibili a una forma di asma cardiaco per imminente scompenso ventricolare sinistro. Viene quindi trattato con isosorbide dinitrato e furosemide ev fino ad abbassamento dei valori pressori a livelli di sicurezza e di normalità (in anamnesi il paziente aveva già presentato un episodio di edema polmonare acuto). All'esame obiettivo neurologico, nel corso delle ore successive al ricovero, si manifesta una progressiva normalizzazione del lin-

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

Milos Jenicek

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

guaggio con un minimo deficit focale dell'emisoma destro (pronazione residua dell'arto superiore destro e minimo livellamento all'arto inferiore destro senza inficiare la deambulazione con girello) che però recede pressoché completamente nelle 24 ore.

Decorso clinico: il quadro glicemico è risultato sufficientemente controllato col regime dietetico e i valori della pressione arteriosa sotto terapia sono risultati normali in clinostatismo con tendenza all'ipotensione ortostatica. Per questi motivi si è consigliato di adottare estrema cautela nei passaggi posturali. Si è ritenuto opportuno reintrodurre terapia antiaggregante con ticlopidina a dose piena per 30 giorni, mentre è più problematico, vista la storia di gastrite cronica e i valori ai limiti inferiori dell'emoglobina, il passaggio ad altro antiaggregante (ASA). È appropriata la prosecuzione dell'usuale protezione gastrica con inibitori della pompa protonica ad alto dosaggio, oltre alla rivalutazione della terapia con antidiabetici orali alla luce dei valori glicemici.

Il paziente viene dimesso con la raccomandazione di effettuare controlli periodici diabetologici, neurologici, cardiologici, del quadro ematologico, della pressione arteriosa, della dieta e dell'introito idrico, oltre a svolgere un regolare pur se moderato esercizio fisico. Terapia alla dimissione: sertralina 50mg, lorazepam 1mg, bisoprololo 2.5mg, enalapril 5mg, furosemide 25mg x 2, ticlopidina 250mg x 2, esomeprazolo 40mg, ferro 40gt, allopurinolo 300mg.

COMMENTO

Il paziente è sempre stato scarsamente aderente alla dieta e alla terapia, prendendo spesso iniziative "personali" riguardo farmaci, alimentazione e, ad esempio, idratazione, informando poi a cose fatte il medico. Nella sua storia clinica recente sono presenti episodi ricorrenti di stipsi e diarrea: ha eseguito, prima del presente ricovero, tre volte sangue occulto nelle feci e coprocoltura, entrambi negativi, esofagogastroduodenoscopia con quadro di gastrite cronica, colonscopia (colite da lassativi, due adenomi del sigma a bassa displasia). Il soggetto fa uso e abuso di lassativi o di antidiarroici in modo assolutamente anarchico, consultando il medico quando la

stipsi dura da alcuni giorni o la diarrea porta quasi a disidratazione.

La sua gestione è quindi abbastanza complicata per alcuni episodi "conflittuali" che si sono verificati nel passato dove il paziente voleva avere ragione di alcune sue scelte, assolutamente erronee, di comportamento. Il soggetto, infatti, è sempre stato "una buona forchetta" anche e soprattutto dal punto di vista qualitativo (alcolici, frutta, grassi, carni rosse).

Il rapporto conflittuale intercorre anche con i familiari e il personale di servizio e al medico di famiglia viene talvolta richiesto di prendere posizione a favore o contro, ponendolo in una luce alquanto imbarazzante e che poco ha a che fare con la sua funzione "medica".

Venendo alla pratica quotidiana, si pone il problema della visita domiciliare, assolutamente doverosa in questo caso e dell'invio in ospedale del paziente con la compilazione della scheda di ricovero corredata da un raccordo anamnestico, dall'esame obiettivo e dalla terapia in atto.

Per l'attacco ischemico transitorio (TIA), ovvero una "temporanea e limitata disfunzione cerebrale di origine vascolare che si risolve entro le 24 ore", sono stati necessari 5 giorni di degenza. Il soggetto è stato anche sottoposto a consulenza chirurgica vascolare, ma non si è posta l'ipotesi di intervento alla carotide (U.S. Preventive Services Task Force, Ann Intern Med 18 Dec 2007, Vol 147 Issue 12, Pages 854-9, www.spread.it, NEJM, Vol 358:1617-21 apr. 10-2008, n.15), per il possibile rischio intraoperatorio a causa della storia pregressa del paziente e il suo compenso labile. La terapia medica attualmente è la più indicata con i controlli di follow up.

*mmg, Fimmg Milano

UN NUOVO CONTRIBUTO

Da questo numero Stefano Nobili curerà un appuntamento fisso sulle pagine di *Avvenire Medico*. Un contributo che certamente sarà apprezzato dai colleghi e che amplia lo spazio dedicato dal giornale all'attività professionale sul campo.

www.epatiteb.info

Informazioni sull'epatite B
disponibili in 11 lingue



È un'iniziativa
Bristol-Myers Squibb

Non tutte le coliche renali sono uguali

di A. Petrucci, C. Benedetti, A. Campanini, M. Dolciotti, A. Pizzo, 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

Donna di 45 anni. Si presenta alla nostra osservazione per colica renale sinistra occorsa due giorni prima. La paziente riferisce ripetuti casi analoghi ricorrenti almeno tre volte l'anno da alcuni anni. Ecografie precedenti eseguite altrove hanno mostrato litiasi multipla renale bilaterale.

Durante l'ultima indagine ecografica alla paziente è stato consigliato il ricorso alla ESWL. All'esame obiettivo si apprezza una dolenzia e dolorabilità del punto ureterale sinistro con manovra di Giordano debolmente positiva. Nell'anamnesi patologica della paziente non sono presenti altre affezioni di rilievo.

L'esame ecografico mostra effettivamente la presenza di multipli calcoli renali sia a destra che a sinistra con ectasia calico pielica sinistra ed evidenza dell'uretere prossimale che presenta un calibro di 8 mm circa.

Il meteorismo intestinale non consente di esplorare compiutamente l'uretere alla ricerca di immagini riferibili a litiasi ureterale. Non si osservano immagini di litiasi né di dilatazione a carico dell'uretere distale e della sua porzione intramurale.

Data la molteplicità delle formazioni litiasiche e la bilateralità del problema, sospetto un disordine del metabolismo del calcio e suggerisco quindi alla paziente la necessità di esaminare, nello stesso contesto, l'eventuale presenza di anomalie delle ghiandole paratiroidi.

All'esame ecografico del collo si rileva, posteriormente al polo inferiore del lobo tiroideo sinistro, una formazione ipo-aneogena omogenea, a margini netti e regolari, del diametro massimo di 5.5 mm molto suggestiva di lesione paratiroidea.

La vascolarizzazione evidenziabile al color Doppler con spettro arterioso a bassa resistenza ne conferma la natura solida non cistica e suffraga il sospetto diagnostico.

Si dispone il dosaggio del PTH e della calcemia.

Gli elevati valori sierici di PTH (800 pg/ml) con calcemia di 14 mg/dl avvalorano la diagnosi ecografica e la pa-



Fig. 1 - Litiasi renale multipla destra



Fig. 2 - Litiasi renale destra



Fig. 3 - Litiasi renale multipla sinistra



Fig. 4 - Litiasi renale sinistra. Stessa immagine precedente con effetto twinkling

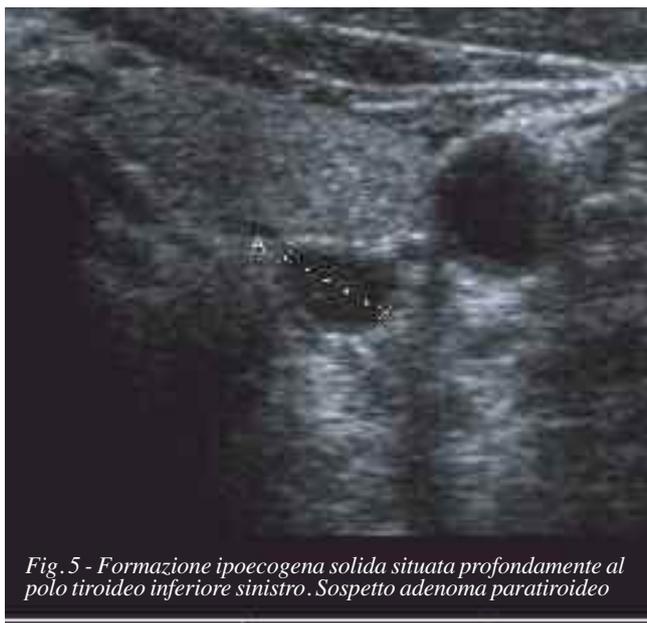


Fig. 5 - Formazione ipoecogena solida situata profondamente al polo tiroideo inferiore sinistro. Sospetto adenoma paratiroideo



Fig. 6 - Echi vascolari intra lesionali al color Doppler



Fig. 7 - Spettro Doppler di vaso arterioso intranodulare e a bassa resistenza

ziente viene inviata all'attenzione dell'endocrinologo che conferma la condizione di iperparatiroidismo primario.

L'ulteriore passaggio vede la conferma scintigrafica della presenza di nodulo paratiroideo e il successivo trattamento chirurgico.

Attualmente la paziente mostra normalizzazione della calcemia e del PTH.

Permane ovviamente la litiasi multipla bilaterale del rene in quanto si è deciso, anche per l'opposizione dell'interessata, di non eseguire la litotripsia. **ATT**

Iperparatiroidismo

L'iperparatiroidismo primario (IPT 1°) è la terza più comune affezione endocrina con la massima incidenza in donne in post menopausa (Fraser et al. 2009), ha un'incidenza approssimativa di 28 casi per

100.000 all'anno (Shaheen et al. 2008) ed è sostenuto nella maggior parte dei casi (85%) da un adenoma singolo. L'iperplasia ghiandolare multipla è responsabile nel 15%, mentre il carcinoma paratiroideo, raro, rende conto dell'1% dei casi (Sathe et al. 2009) L'iperparatiroidismo secondario è

una condizione di iperplasia paratiroidea con significato compensatorio determinata da ipocalcemia cronica generalmente legata ad insufficienza renale cronica e nella quale la rimozione dello stimolo riporta alla normalità la funzione ghiandolare.

segue a pag. 34 ►

Fattori causali di IPT 2° nell'uremia cronica:

- 1) Ipopalcemia
- 2) Variazioni del set point del Ca ionizzato
- 3) Ritenzione di fosfati
- 4) Ridotta sintesi di 1-25D
- 5) Riduzione dei recettori di membrana del Ca
- 6) Riduzione dei recettori di membrana per la 1-25D

Nel caso che l'iperfunzione paratiroidea dovuta all'ipopalcemia cronica persista, nonostante la risoluzione di quest'ultima, si parla di iperparatiroidismo terziario. In questa condizione l'iperplasia compensatoria si è trasformata in completa autonomia funzionale. Il quadro clinico dell'IPT primario può essere totalmente negativo pur con una ipercalcemia clinicamente silente oppure presentarsi con un quadro clinico tipico di una patologia ossea o di una litiasi renale ricorrente.

Gli esami di laboratorio mostrano come già detto un'ipercalcemia associata ad ipofosforemia con aumento dell'escrezione urinaria di calcio e fosforo e, ovviamente, con elevati livelli della frazione intera del paratormone.

La nefrolitiasi solitamente si manifesta con episodi ricorrenti di colica renale con espulsione di calcoli di ossalato e fosfato di calcio. In altri casi si ha un riscontro occasionale, in corso di esame ecografico eseguito per altri scopi, di litiasi multipla disposta a corona lungo il sistema caliceale o di calcificazione diffusa delle piramidi renali (nefrocalcinosi).

Attualmente la nefrolitiasi è la manifestazione più comune dell'IPT 1° dato che il quadro clinico completo fa parte ormai della storia della medicina.

Tuttavia esistono casi di IPT con nefrolitiasi e casi in cui la nefrolitiasi non si presenta. Nei

primi sono l'ipercalcemia, la più elevata escrezione di ossalato e un più severo IPT a determinare la formazione di calcoli (Corbetta et al 2005).

D'altra parte si è dimostrata una prevalenza di litiasi multipla quattro volte superiore in pazienti con IPT rispetto ai controlli non affetti da questo disordine endocrino (J.M.Suh et al 2008).

La Tc si è dimostrata superiore agli ultrasuoni nella diagnosi di litiasi renale, tuttavia ha lo svantaggio di usare radiazioni ionizzanti e in caso di sospetta colica renale l'esame di primo impiego è sicuramente l'ecografia addominale. Piccoli calcoli inferiori a 5 mm possono risultare di difficile riscontro agli ultrasuoni ed inoltre la difficoltà di differenziare tali formazioni di ridotte dimensioni rispetto all'immagine parietale delle arterie arciformi ne limita la specificità (Durr-E-Sabih et al. 2004). L'uso del color Doppler per la ricerca del "twinkle sign" nelle immagini sospette per micro litiasi rende più affidabile lo studio ecografico in questi casi.

In caso di nefrolitiasi, la causa della quale sia un sospetto IPT 1°, l'ecografia ha la possibilità di completare il quadro diagnostico evidenziando le lesioni paratiroidi.

L'ecografia è l'indagine di prima scelta in quanto non invasiva, di costo contenuto e facilmente ripetibile e tollerabile. In una recente casistica (Shaheen et al 2008), in caso di adenoma singolo, l'ecografia ha mostrato una sensibilità del 91% ed un valore predittivo positivo del 100%. Solo con l'esame ecografico si possono documentare nel tempo le variazioni di volume della lesione e le eventuali variazioni funzionali monitorando il pattern flussimetrico al color Doppler. Gli ultrasuoni, inoltre, hanno un ruolo

insostituibile nelle pratiche interventistiche come l'alcoolizzazione e la termoablazione eco guidate e l'agoaspirazione con dosaggio del PTH. Le tecniche di chirurgia mini invasiva per l'ablazione delle lesioni paratiroidi sembrano potersi avvalere della diagnostica ecografica come accurata modalità di localizzazione preoperatoria (Shaheen et al.2008).

Le paratiroidi normali non sono usualmente riconoscibili mentre le paratiroidi iperplastiche appaiono come immagini nodulari, ipoecogene, nettamente rilevabili rispetto al parenchima tiroideo e con eco struttura omogenea. I margini sono in genere netti e regolari con un orletto iperecogeno dato dalla capsula propria. Al color Doppler si apprezza un aspetto raggiato che si irradia dal peduncolo vascolare al centro della ghiandola. Lo spettro Doppler evidenzia una buona componente diastolica da basse resistenze parenchimali con velocità di picco sistolico comprese fra 15 e 30 cm/sec.

La diagnosi differenziale, mentre non risulta particolarmente difficile nel distinguere le normali strutture del collo o i tumori tiroidei, trova particolari difficoltà nel caso di linfonodi patologici nei quali la struttura ilare non sia più riconoscibile e il linfonodo appaia uniformemente ipoecogeno (Meola M. 2006).

Bibliografia

1. Ahuja .A. et al., Epatic metastases. Diagnostic imaging ultrasound 1:82-87, Amirsys – Elsevier 2007
2. Linee Guida – Impegno della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche. Documento 18, set. 2008, ed. S.N.L.G. (Sistema nazionale per le linee guida)



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 Millillo

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

C. Benedetti, Fabio Bono, Antonio Calicchia,

A. Campanili, Lucia Conti, Fiorenzo Corti,

Ezio Cotrozzi, Bruno Cristiano, M. Dolciotti,

Francesco Fanzaga, Paolo Giarrusso,

Ester Maragò, Antonino Michienzi,

Stefano Nobili, Alberto Olivetti, A. Petrucci,

A. Pizzo, Mariano Rampini, C. Ravandoni,

Umberto Rossa, Luigi Sparano

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Foto

Fabio Ruggiero

Stampa

Tecnostampa

Via Le Brece - 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di febbraio 2010

Registrazione al Tribunale di Bologna

n. 7381 del 19/11/2003

Testata associata a



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario