

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo

N.3 anno 5° - settembre/ottobre 2007

"Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. In L.27/02/2004 n.46)
art.1, comma 1 DCB Milano"
Prezzo Euro 1,00

SNAMI

Medici Italiani



Mauro Martini



Francesco Pecora



Pasquale Orlando



Roberto Carlo Rossi



Angelo Testa



Ildo Fania



Stefano Nobili

Cento giorni del nuovo Governo Snami

Colpo di calore, storie di ordinario
abuso e privilegio

Medicina generale ed università

n. 3

settembre - ottobre 2007



editoriale

Francesco Pecora

Francesco Pecora

Libertà medica Snami ha un nuovo direttore, questo non significa che cambieranno i valori e le idee di coloro che lo hanno fondato. Il giornale ha bisogno di un restauro che i tempi ci chiedono.

Per prima cosa voglio ringraziare Bruno Conti per quello che ha fatto e con quali difficoltà. Il Giornale è sempre “suo” ed avrà sempre uno spazio per esternarci il suo pensiero. Spero che il primo commento che perverrà in redazione sia il suo. Grazie di tutto Bruno.

Libertà medica sarà in continua evoluzione, questo primo numero sotto la mia direzione è solo l'inizio di un percorso che faremo insieme. In un giornale con taglio sindacale, il lettore non è semplice e passivo spettatore di notizie e commenti altrui, è e sarà il primo interlocutore, se non addirittura chi dovrà contribuire in maniera preponderante a fare il giornale. Ogni articolo sarà corredato dalla fotografia dell'estensore, affinché se ne aumenti la visibilità. Sarà dato risalto ai settori in modo che scuola quadri e centro studi ai quali è riservata una rubrica, abbiano materiale in abbondanza per migliorarne il lavoro. Una rubrica sarà affidata ad Ennio Grassini per la sicurezza, in competenza, per il diritto sanitario e sappiamo quanto bisogno ne abbiamo in questo momento.

L'aggiornamento avrà un suo spazio limitatamente a quello che le tematiche sindacali potranno concedere. Mi è sembrato giusto inaugurare la rubrica “Polemizzando” con un articolo di Roberto Tieghi, considerando la polemica un fenomeno costruttivo. Voce a tutti. Le idee non sono dissidenza. Dai confronti nascono i fatti. Libertà medica si farà carico di mantenere la libertà medica non solo nel nome della testata, ma in tutto quello che sarà scritto, nel rispetto delle regole del vivere civile. Alcune cose non le anticipo per dare il piacere della sorpresa. Non posso però non accennare alla pagina del Presidente da poco insediato. Cento giorni da Presidente: Auguri Martini, credo che tu ne abbia bisogno. ■

Cambiamento nella continuità

Bruno Conti



Un messaggio dal Congresso di Copanello che ha avuto sul piano pratico un immediato riscontro. Un sindacato capace di rinnovarsi, ma determinato a rimanere fedele ai suoi principi e alle tradizioni dell'arte medica; un Comitato centrale più giovane; un Esecutivo e una cerchia di collaboratori il cui terreno operativo supera i confini delle Province entro le quali lo Snami era nato; un equilibrio che si estende sempre più sul piano nazionale e promuove personaggi che maggiormente si sono distinti sul campo, sono segni di crescita, sono segni di maturità. Sono il preludio di uno Snami che vuol essere sempre più rappresentativo, più compatto, più combattivo.

È risaputo che occorrono i numeri, oltre alle idee e alla determinazione di portarle avanti. Ma occorre sfidare il futuro e avere il coraggio delle proprie scelte. Bene, nello Snami di oggi ci sono le premesse concrete perchè esso diventi sempre più protagonista della politica sanitaria del nostro Paese.

Dice Mauro Martini: basterebbe che ciascun iscritto facesse un altro iscritto per avere la forza di raggiungere quegli obiettivi da lungo perseguiti, che sono nelle aspettative di ogni vero professionista. In questo clima di rinnovamento si inquadra anche il passaggio del testimone della direzione responsabile di Libertà Medica Snami da Milano a Catania. Con l'augurio e la certezza che Francesco Pecora, da sempre stimato per le sue doti di equilibrio e competenza, saprà condurre e portare “il giornale” ai più alti livelli di efficacia e gradimento. ■

Direttore Responsabile
Francesco Pecora

Segretaria di redazione
Giuseppina Tomaselli

Hanno collaborato a questo numero

Maria Albano
Gianfranco Breccia
Bruno Conti
Ennio Grassini
Giorgio Massara
Giuseppe Maugeri
Stefano Nobili
Pasquale Orlando
Angelo Testa
Roberto Tieghi
Ronald Tramarin

Direzione e Redazione

Snami - Viale Beatrice D'Este, 10
20122 Milano
Tel. 02 5830 0360 - 5830 0967
Telefax 02 5830 1621
Sito Internet: www.snami.org

Editore



Viale Monza, 133 - 20125 Milano
Tel. 02 2817 2300 - Fax 02 2817 2399
eMail: info@edraspa.it

© Edra 2007

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento professionale. La pubblicazione o ristampa di articoli o immagini della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Gli articoli pubblicati su **Libertà Medica Snami** sono redatti sotto la responsabilità degli autori.

Grafica

Walter Aliprandi
Gaetano Altamura
Raffaella Castelli
Giorgio Gandolfo - *direttore creativo*
Clementina Lamedica - *art director*

Stampa

Arti Grafiche Leva SpA
Viale Edison, 605
20099 Sesto S.Giovanni (MI)

Periodico Trimestrale - spedizione in A.P. - 45% art. 2, comma 20/b, legge 662/96 Milano - Prezzo Euro 1,00



Periodico associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Iscriz. al registro Nazionale della Stampa n. 5290 del 5/8/96
EDRA aderisce all'AIE - Associazione Italiana Editori

SNAMI

IN QUESTO NUMERO

LA PAGINA DEL PRESIDENTE

Cento giorni del nuovo governo Snami 3

POLEMIZZANDO

Colpo di calore 6

CENTRO STUDI

Un centro studi all'insegna della concretezza 7

SCUOLA QUADRI

Cambio della guardia 8

Scuola quadri nazionale: una realtà viva al servizio dello Snami 9

DIRITTO SANITARIO

La pubblicità sanitaria nel pacchetto Bersani 11

Medici specialisti 1983-1991 13

DALLE REGIONI

Accordo Integrativo Regione Sicilia 2007 15

Bocciati senza appello i manager delle Asl siciliane 16

DALLE PROVINCE

La sezione di Ravenna esiste 17

ARTE MEDICA E SCIENZA

Cercare in salute 18

Diabete: un farmaco contro l'ipertensione riduce la mortalità 20

Medicina Generale e Università 21

LA VOCE DEI SETTORI

Subito al lavoro per proporre 22

LETTI PER VOI

25

ULTIM'ORA

Sciopero Medici di famiglia il 21 settembre per rinnovo convenzione 26

L'INTERVISTA

Intervista a Massimo Pagani 27

In copertina: la Nazionale dello Snami

Libertà Medica SNAMI è presente sul sito nazionale www.snami.org



la pagina del Presidente

Mauro Martini

Siamo in un momento molto delicato di pre inizio delle trattative nazionali

Cento giorni del nuovo governo Snami

Martini Presidente, un primo bilancio

■ a cura di Stefano Nobili



Fin dal rientro dal Congresso di Copanello sono stato settimanalmente a Roma sia per motivi istituzionali (siamo in un momento molto delicato di pre inizio delle trattative nazionali) sia per intrecciare contatti con politici e rappresentanti degli altri sindacati medici e delle istituzioni (Fnomceo, Enpam, Inail, ecc.) nel rispetto del mio programma elettorale.

Tra i primi incontri, ricordo quello con la Ministro On. Livia Turco che si è dimostrata molto interessata al nostro programma e ha preteso la nostra presenza in ogni riunione e/o manifestazione. Abbiamo già partecipato a molti incontri sia su problematiche di rinnovamento del SSN che di modifiche del DL 522.

Ho presentato il nostro "Progetto ME.DI.CO." alla Conferenza Stato-Regioni e ho chiesto l'inizio delle trattative per contratti e convenzioni ottenendo una prima audizione alla Commissione Sanità del Senato.

Altri incontri istituzionali importanti sono stati quelli con il Presidente

Fnomceo Amedeo Bianco che ci ha stabilmente inserito in tavoli tecnico-organizzativi della federazione, e con il Presidente dell'ENPAM Eolo Parodi con il quale ho aperto un dialogo per poter avere maggior presenza all'interno del nostro Ente Previdenziale.

Più volte mi sono visto ed ho avuto modo di confrontarmi con i segretari degli altri sindacati medici con i quali stiamo ponendo le basi per una franca dialettica nel completo rispetto delle diversità, indispensabile per poter serenamente affrontare i problemi di politica sanitaria del nostro paese.

Tutto questo operando in stretto rapporto con l'esecutivo nazionale che ringrazio anche per lo spirito di squadra subito creato.

Cosa richiedo ai miei iscritti SNAMI

L'unica richiesta che mi sento di fare è quella di non perdere lo spirito di appartenenza che ho letto nelle dichiarazioni di voto fatte nei miei confronti da tutti i congressisti, mentre ribadisco la promessa di essere sempre attento alle necessità di tutti.

Il punto sulla trattativa nazionale

Sulla convenzione, gli interventi congiunti con tutti i Sindacati Medici sia a livello Ministeriale che alla SISAC, hanno portato alla disponibilità immediata all'inizio delle trattative sia del Ministero e del dott. Rossi (Presidente della SISAC).

È di questi giorni l'invio di un documento del Presidente della Conferenza Stato Regioni, Romano Colozzi, che ha dato piena disponibilità ad accorciare i tempi per iniziare le trattative in settembre.

Per quanto riguarda il contratto della dipendenza ci risulta che manchi ancora la dichiarazione di disponibilità dell'ARAN oltre all'Atto di indirizzo delle regioni.

Case della salute, utap, ucp e altro: solo sigle

Come ho più volte dichiarato fin dalla presentazione del mio programma congressuale, l'Italia non ha bisogno di nessuna "Rifondazione" o "Ristrutturazione" drastica del nostro Sistema Sanitario.

A detta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, siamo ancora ben saldi ai primi posti nel mondo come



la pagina del Presidente

SSN e non vedo perché dovremmo perdere quelle che sono le caratteristiche essenziali di un servizio sanitario solidale: parcellizzazione degli studi e rapporto diretto medico paziente.

Il nostro progetto di cambiamento della medicina territoriale “ME.DI.CO.” (MEdicina DIstrettuale di COntinuità) prevede, come si evince già nell’acronimo, un cambiamento centrato sugli operatori e non sulle strutture.

Il Medico di Assistenza Primaria dovrà sempre più appropriarsi completamente delle cronicità, oggi spesso erroneamente accaparrate da strutture ospedaliere che si sono impossessate di parte del territorio per meri fini economici (sono sicuramente volani per i D.R.G.), distraendo forze economiche e di personale ai veri secondi livelli. Per quanto riguarda il problema dei cosiddetti “Codici Bianchi” la nostra proposta prevede di affiancare all’attività del medico di Assistenza Primaria un ampliamento della “Continuità Assistenziale” sulle 24 ore. Questa soluzione oltre ad essere estremamente meno dispendiosa delle altre proposte, ha anche il grande pregio di ridare dignità economica e di sicurezza di lavoro a questa categoria di colleghi aumentandone il numero di oltre 4000 unità a livello nazionale.

I rapporti con le regioni

Le Regioni sono il vero nostro interlocutore politico. Ormai i cambiamenti del capitolo V° della costituzione hanno dato a loro la gestione e

l’organizzazione della Sanità. È indispensabile l’atto di indirizzo delle regioni per iniziare le trattative e sempre le regioni hanno il potere, con gli accordi decentrati, anche di stravolgere gli accordi nazionali.

Proprio per questo organizzeremo, in autunno e nei primi mesi del prossimo anno tre convegni interregionali (Nord, Centro, Sud) per mettere a confronto quelli che ormai si potrebbero definire i vari “Sistemi Sanitari Regionali”. Obiettivo sarà evidenziare a livello Nazionale le diversità ormai esistenti nel tentativo di riportare, nella prossima trattativa, una condizione di “uguaglianza nazionale” al nostro SSN.

SNAMI e il “governo clinico”

Di “Governo Clinico” sono piene le pagine di ogni rivista del settore, ma sempre più spesso operativamente ci si scontra con un “Governo Economico”.

Governo Clinico, come è noto, è un termine mutuato direttamente dall’inglese “clinical governance”: nella traduzione anticipando la parola Governo alla parola Clinico i nostri amministratori hanno focalizzato i loro obiettivi più sul lato economico che sulla Clinica.

Forse la corretta traduzione doveva essere “Governo della Clinica” dove quel “della” focalizza sui clinici il compito delle decisioni anche economiche; gli amministratori ed i politici spesso sono costretti a decisioni che devono vedere il loro ritorno econo-

mico in un periodo relativamente breve (una legislatura) mentre per noi clinici l’obiettivo è la salute del paziente “a qualsiasi prezzo”, sicuri che una spesa anche alta sostenuta oggi ma clinicamente corretta (penso al grande capitolo della prevenzione persa con l’attuazione sbagliata del Governo Clinico”) si ripercuote in salute e risparmio nel tempo.

Esecutivo itinerante: per essere più vicini alle sezioni

Nella pratica null’altro di quello che un sindacato moderno deve fare: stare sempre più vicino agli iscritti.

L’esperienza positiva di tre anni di scuola quadri che ha toccato parecchie regioni, mi ha portato a proporre anche per l’esecutivo e quindi anche per i Comitati Centrali e i Consigli Nazionali, la possibilità di renderli itineranti convocandoli volta per volta in province e regioni diverse per essere più vicino alle sezioni e rendermi personalmente conto delle problematiche locali.

Il prossimo incontro istituzionale è già convocato a Roma per il 5, 6 e 7 Ottobre.

In quella data fisserò già i prossimi impegni per il 2008 per permettere una migliore organizzazione da parte di tutti.

Il futuro di SNAMI: l’attuale crescita costante degli iscritti

Il futuro di SNAMI è la crescita del numero degli iscritti. Il trend è in cre-

la pagina del Presidente

scita e questo mi rende felice. La SI-SAC ha pubblicato i numeri della rappresentatività sindacale e ha confermato la nostra solida posizione come secondo sindacato della medicina generale. Mi auguro di far scendere drasticamente la differenza numerica che ci separa dal primo sindacato, è sufficiente mantenere questo tend di crescita. Questo si otterrà anche con il riavvicinamento, alla nostra storica società scientifica SNA-MID che è uno dei punti del mio programma.

Il futuro del mmg, il futuro della medicina di famiglia

Stiamo vivendo un periodo di transizione molto delicato; se non riusciamo a far valere la nostra professionalità imponendoci anche come formatori, sperimentatori e attori del nostro aggiornamento, il rischio è quello di essere inglobati, tramite le varie strutturazioni emergenti tipo UTAP, Casa della salute, U.M.G. ecc. nelle organizzazioni ospedaliere o, peggio, nelle strutture private sanitarie. Con tutto il rispetto per queste, ritengo che sarebbe la morte della Medicina di Famiglia che come cardine deve avere l'autonomia e la vicinanza fisica ed intellettuale al paziente: in poche parole il Medico di Medicina Generale deve essere l'avvocato difensore del paziente con il quale deve stipulare un'alleanza terapeutica. Il SSN deve esserne il mezzo e non il fine. ■

PROSSIMI INCONTRI

Nazionali

23 settembre,

Milano sede nazionale Snamì

Comitato di settore continuità assistenziale
e Comitato di settore per l'assistenza primaria

28-29-30 settembre,

Catania Hotel Parco degli Aragonesi

Incontro preliminare scuola quadri

5-6-7 ottobre,

Roma hotel Ergife

Esecutivo nazionale
Comitato centrale
Consiglio nazionale

20-21 ottobre,

Roma Hotel Ergife

Consulta delle Regioni

10 novembre,

Bologna

Congresso interregionale del nord

24-25 novembre,

Umbria

Corso Scuola Quadri

15 dicembre,

Roma

Congresso interregionale del centro



polemizzando

Roberto Tieghi

Di aumento di stipendio si trattava, ma non quello dei medici di famiglia

Colpo di calore

Storie di ordinario abuso e privilegio

■ Roberto Tieghi

Leggendo la stampa in queste giornate ferragostiane credevo di essere al riparo da “colpi di calore”.

Pensavo che il nostro stipendio ormai eroso da tutto e da tutti subisse un incremento mai tanto atteso come in questo periodo dove ogni cosa aumenta a cominciare dalla tazzina del caffè che ogni mattina prima di iniziare l'attività sono solito sorseggiare con i colleghi amici al solito bar.

Di aumento di stipendio si trattava ma non quello dei medici convenzionati diventato ormai per quell'infinità di voci che lo compongono un'enciclopedia Treccani e districarsi un'impresa degna del miglior Pico della Mirandola.

Si trattava di 815 euro, una cifra mica male se rapportata alle spese che quotidianamente il medico deve affrontare che però erano appannaggio dei deputati ancora alla ricerca su dove e come “tagliare” i privilegi di cui godono.

Continuando la lettura scopro che a Gennaio di quest'anno i Signori avevano beneficiato di un altro aumento di 512 euro.

Tutta colpa delle retribuzioni legate a quelle dei presidenti di Cassazione. Saremo sfortunati o no?

Mi sovviene la risposta del Presidente del Comitato di settore che alla sollecitazioni dei sindacati medici per un rapido rinnovo del contratto risponde che si adopererà *per una trattativa in tempi brevi e il recupero almeno parziale dei ritardi accumulati in questi mesi.*

E poichè in questo Paese i ritardi sono all'ordine del giorno... speriamo bene anche se come scrive un Collega proponendo per questa sua ipotesi: - quando si parte così vuol dire che le trattative andranno per le lunghe, per svalutare al massimo il poco che, eventualmente, potrebbe essere “elargito” - .

Spero vivamente si sbagli ma i colpi di calore sono all'ordine del giorno! ■

“
La Medicina è una scienza sociale
e la Politica altro non è che la Medicina
su larga scala.

Rudolf Virchow

(13 ottobre 1821 - 5 settembre 1902), scienziato, medico e naturalista tedesco

♦♦♦

Tutte le scoperte della medicina si possono
ricondurre alla breve formula: l'acqua bevuta
moderatamente, non è nociva.

Mark Twain

(30 novembre 1835 - 21 aprile 1910), famoso e popolare umorista, scrittore, lettore universitario e conferenziere statunitense



centro studi

Gianfranco Breccia

Concetti chiari possono essere espressi e compresi con pochi vocabili

Un centro studi all'insegna della concretezza

In pochi mesi già iniziata la collaborazione con le sezioni

■ Gianfranco Breccia

Non è mia abitudine dilungarmi in parole, quando i concetti sono chiari e si possono esprimere e comprendere usando pochi vocaboli.

Quale nuovo Responsabile nazionale del Centro Studi dello SNAMI, facendo tesoro delle esperienze di chi mi ha preceduto, è mia intenzione, con l'ausilio dei miei collaboratori Dott. F.P. Scialla e Dott.a E. Villani e dei Responsabili di Settore nazionali, sviluppare ed ampliare la banca dati nazionale, regionale e locale; raccogliere ed analizzare gli argomenti per settori e macroaree (Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Emergenza Territoriale, Medicina dei Servizi, Dirigenza Medica, Snamì Giovani, legale, fiscale, ecc); analizzare quanto conosciuto ed elaborare, su indicazione del direttivo nazionale, nuovi progetti, in modo che gli eventi non ci precedano e non ci colgano impreparati.

Quanto sopra verrà reso disponibile ai quadri sindacali in modo che si-

tuazioni che sembrano nuove ma che invece si sono già presentate e risolte in altre realtà aiutino noi tutti.

Mi rendo conto che l'impresa non è semplice, ma sono sicuro che, con l'impegno e con la tenacia che contraddistingue il nostro sindacato, sia possibile. Abbiamo già iniziato la collaborazione e la consulenza con alcune sezioni. Io le considero prove tec-

niche. Abbiamo la necessità, scusate se mi ripeto, della collaborazione di tutti. Nessuno poteva immaginare, dieci anni addietro, quale e quanta strada lo SNAMI avrebbe fatto. Siamo una realtà nazionale di tutto rispetto. Il mare è fatto di gocce, dateci tutti anche un minimo di contributo, un investimento che sapremo far fruttare per tutti. ■





scuola quadri

Angelo Testa

L'esperienza dei docenti maturata nel tempo e sul campo

Cambio della guardia

Una scommessa vinta che deve rinnovarsi

■ Angelo Testa

Ho lasciato con non poca difficoltà la direzione della scuola quadri del nostro sindacato. Dopo tre anni di impegno non sempre facile ma sicuramente costruttivo, posso dire che è stata una bellissima palestra di vita ancorché di crescita professionale sia sindacale sia culturale. Il coordinamento di un pool di docenti con caratteristiche completamente diverse l'uno dall'altro mi ha dato enormi soddisfazioni in termini di partecipazione e risultati, e poi mi sono anche divertito.

L'esperienza dei docenti maturata nel tempo e sul campo, e la loro diversità dettata non solo dalle loro caratteristiche caratteriali ma dalla loro provenienza geografica ha fatto sì che ogni scuola ha permesso a docenti e discenti di arricchirsi di nuove esperienze. Abbiamo sempre chiuso con un bilancio positivo. Siamo riusciti, e di questo non mi stancherò di ringraziare tutti coloro che hanno partecipato, a quella che inizialmente era una scommessa, e che lentamente è diventata quello che ogni partecipante ha toccato con mano. La scuola è servita a stabilire, e dove era necessario a ristabilire, rapporti umani e di amicizia, non sottraendo nulla all'aspetto didattico.

Tre anni di scuola sono ricchi di fatti e aneddoti e non basterebbero le pagine di questo giornale per raccontarli tutti, ma uno per tutti merita: eravamo in Puglia, accolti in maniera eccellente dal presidente Chiodo in un bellissimo albergo immerso negli ulivi, durante una simulazione, i discenti sono entrati talmente tanto nella parte da far intervenire il personale dell'albergo che non credeva che fosse una simulazione ma un inizio di rissa...

Questa esperienza di coordinamento della scuola quadri mi ha permesso di studiare la situazione sindacale a livello locale. Ho girato in lungo e in largo l'Italia, essendo l'unico, (in qualità di Presidente come mi prendevano in giro i Colleghi...) a restare in aula durante tutto il

tempo delle lezioni, delle esercitazioni e dei confronti, ho quindi avuto la possibilità di conoscere meglio le situazioni locali. Ora spero di mettere a frutto queste esperienze da vice segretario nazionale al servizio dell'esecutivo nazionale.

Lascio il bastone a Giorgio Massara, Giorgio mi aveva chiesto quando ancora era vice segretario naz. che cosa ne pensassi di un suo impegno come responsabile nella scuola, nel caso io avessi avuto incarichi diversi, ed ho avuto grande piacere dalla sua richiesta e dall'interesse che mostrava per la scuola. Oggi Giorgio Massara è il nuovo responsabile della scuola quadri, non penso di dover dare consigli, vista la sua esperienza, ma metto con umiltà tutta la mia esperienza maturata e sono a sua disposizione come docente. ■



Corso scuola quadri in Puglia, docenti e discenti



scuola quadri

Giorgio Massara

Sollecitare i presidenti provinciali a programmare un incontro nelle loro provincie

Scuola Quadri Nazionale: una realtà viva al servizio dello Snamì

■ *Giorgio Massara*

Il triennio 2004-2007 dell'attività sindacale SNAMI è stato caratterizzato da una serie di iniziative estremamente qualificanti della Scuola Quadri nazionale.

Questo organismo ha avviato infatti in tale periodo la sua attività sotto la brillante guida di Angelo Testa effettuando ben undici sessioni svoltesi in altrettante regioni italiane.

La tipologia di tali sessioni, poi, è stata quanto mai articolata dal momento che si sono avuti cinque incontri di primo livello, due di secondo livello, un master per docenti, un master per Presidenti, un corso per animatori di formazione ed un corso per rappresentanti di Distretto.

L'attività ha visto impegnati complessivamente quindici docenti e duecentoventitre partecipanti provenienti da quarantaquattro province.

Negli incontri di 1° livello il 69% dei partecipanti sono stati medici dell'Assistenza primaria, il 12% della Continuità Assistenziale, il 12% della Dirigenza Medica ed il 4% del 118.

Gli appuntamenti del 2° livello hanno invece visto invece un 85% di me-

dici di Assistenza Primaria con un restante 15% di medici di Continuità Assistenziale.

Le regioni che hanno dato il maggior numero di partecipanti sono state la Lombardia, la Sicilia e il Piemonte seguite da Puglia, Campania, Calabria, Veneto, Toscana, ecc.

Sono stati somministrati dei pre-test e dei post-test: per la Medicina Generale su 25 domande (14 sullo Statuto, 8 sull'ACN e 3 sull'ENPAM) è stata riscontrata una percentuale di errori del 50% nel pre-test e del 16% nel post-test; per la Dirigenza medica, invece su 20 domande (7 sullo Statuto e 20 sul CCNL) è stata riscontrata una percentuale di errori del 33% nel pre-test e del 10% nel post-test.

Fin qui dati che sono senz'altro assai lusinghieri non solo per chi, in veste di docente o di discente, vi ha partecipato ma per il sindacato tutto.

Si tratta, giunti a questo punto del cammino di fare tesoro dell'esperienza accumulata e di migliorare ulteriormente, laddove possibile, il sistema.

Personalmente ritengo che vadano curati con particolare attenzione i seguenti punti:

1. è necessario un dialogo continuo con i presidenti regionali e provinciali affinché essi pubblicizzino localmente le iniziative che si andranno via via mettendo in cantiere;
2. è anche necessario sollecitare i presidenti a programmare almeno un appuntamento della Scuola nella loro regione o provincia;
3. occorre calibrare gli incontri in base alla tipologia professionale dei colleghi che vi partecipano cercando di dare più attenzione e più spazio agli argomenti che suscitano maggiore interesse;
4. tale logica deve portare anche ad un incremento degli incontri della Dirigenza medica che vanno effettuati come iniziative a se stanti;
5. vanno rivisti i questionari (trovo, per esempio, esagerato che per la Medicina generale vi siano ben 14 domande sullo Statuto e solo 8 sull'ACN);
6. va potenziato il 2° livello;
7. vanno promossi incontri specifici per figure dirigenziali mirate (tesorieri, addetti stampa, segretari organizzativi ecc.);
8. nel programma che si metterà a punto occorre coinvolgere anche il Centro studi nazionale;

scuola quadri

9. è da prendere in considerazione l'avvio di incontri di 3° livello in cui coinvolgere direttamente funzionari aziendali, regionali e nazionali.
10. è necessario organizzare, almeno una volta all'anno, un master per docenti.

Ringrazio il dottor Giuseppe Giuliano della Dirigenza Medica, che ha accettato di essere il mio vice in quest'avventura, così come ringrazio Elena Villani e Ugo Tamborini, che hanno risposto positivamente alla mia richiesta di collaborazione, nonché i responsabili nazionali di Settore che tanto hanno dato e tanto daranno alla Scuola.

Nei giorni 28-29 e 30 settembre si terrà a Catania un seminario organizzativo della Scuola che avrà lo scopo di articolare - con il contributo di tutti i docenti - un programma organico relativo al prossimo triennio che, oltre a percorrere strade già battute nel periodo 2004-2007 sotto la sicura guida di Angelo Testa, spero vedrà nuove formule ed iniziative capaci di potenziare ulteriormente il servizio reso al Sindacato.

Il triennio che si apre sotto la presidenza di Mauro Martini appare volto ad un processo di rinnovamento del Sindacato capace di suscitare grandi attese ed entusiasmi ai quali occorre dare risposte precise ed organicamente costruite: la Scuola Quadri vuole fare la sua parte ed ha tutti i numeri per farla nel modo migliore possibile: noi siamo già al lavoro. ■



Il corpo docenti dello scorso triennio



L'ingresso delle terme di Telesse (BN)
sede dei corsi scuola quadri



Scorcio dei dintorni di Telesse (BN)
sede dei corsi scuola quadri



diritto sanitario

Ennio Grassini

Il decreto legge non contiene il quadro sistematico delle specifiche abrogazioni

La pubblicità sanitaria nel pacchetto Bersani

Una maggiore elasticità con il controllo degli Ordini professionali

■ **Ennio Grassini**
Avvocato (Specialista in Diritto ed Economia della Unione Europea)

Nell'estate del 2006, con l'adozione di un provvedimento d'urgenza, veniva emanato il cosiddetto «pacchetto Bersani» [D.L. 4-7-2006 n. 223]. Il Parlamento, nel successivo mese di agosto, con modificazioni, convertiva in Legge il testo [L. 4-8-2006 n. 248].

Tra innumerevoli apprezzamenti, critiche, manifestazioni di categoria, resta oggi un atto legislativo di ampia portata, con talune novità di sicuro impatto.

Nella parte dedicata alle misure urgenti per lo sviluppo, la crescita e la promozione della concorrenza e della competitività, per la tutela dei consumatori e per la liberalizzazione di settori produttivi, il «decreto Bersani» ha statuito la **caducazione** - per gli esercenti delle attività libero professionali ed intellettuali - del **divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa** circa:

- i titoli e le specializzazioni professionali;
- le caratteristiche del servizio offerto;

■ **il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni.**

Il Legislatore del 2006, affermando il principio comunitario della libera concorrenza, della libera circolazione delle persone e dei servizi e nell'intento di assicurare agli utenti una concreta possibilità di scelta, anche nella logica di comparazione delle prestazioni disponibili sul mercato, ha abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono i divieti in tema di pubblicità informativa.

Il decreto legge come convertito, non contiene, però, il quadro sistematico delle specifiche abrogazioni aventi ad oggetto i divieti in materia di pubblicità, lasciando all'interprete il compito di verificare gli ambiti e il grado di penetrazione della novità legislativa.

Il vantaggio di una disciplina ad impatto generale, potrebbe essere individuato nella scelta di non incidere sui singoli precetti preesistenti, ma sul principio di fondo che, mutando, li travolge. Lo svantaggio è che talune norme, con applicazioni talora ben collaudate, sembrano confluire in uno spazio di incertezza applicativa.

È il caso della disposizioni in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo della professioni sanitarie, introdotte con legge nel 1992 [L. n. 175/1992] e del Regolamento concernente la disciplina delle caratteristiche estetiche delle targhe, insegne e inserzioni per la pubblicità sanitaria del 1994 [D.M. 16 settembre 1994, n. 657].

NORME DI INTERESSE

- L. 05/02/1992 n. 175 - Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie. Pubblicata nella Gazz. Uff. 29 febbraio 1992, n. 50.
- Decreto ministeriale 16 settembre 1994, n. 657 - Regolamento concernente la disciplina delle caratteristiche estetiche delle targhe, insegne e inserzioni per la pubblicità sanitaria. Gazz. Uff., 30 novembre, n. 280.
- D.L. 04/07/2006 n. 223 - Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento

diritto sanitario

e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonchè interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale. Pubblicato nella Gazz. Uff. 4 luglio 2006, n. 153.

- L. 04/08/2006 n. 248 - Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonchè interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale. Pubblicata nella Gazz. Uff. 11 agosto 2006, n. 186.
- Codice di deontologia Medica del 16/12/2006.
- Deliberazione n. 52 del 23/02/2007 FNOMCeO.

Il decreto Bersani, laconicamente, ha, quindi, disposto la generalizzata abrogazione delle disposizioni legislative e regolamentari impositive di divieti, ma l'impianto della Legge n. 175 del 1992 non appare soltanto destinato ad imporre dei limiti nella estrinsecazione materiale dei messaggi. Infatti, se da un lato riscontriamo una serie di preclusioni al contenuto delle targhe e delle inserzioni, dall'altro troviamo un meccanismo di verifica, che potrebbe dirsi in linea con lo spirito della riforma del 2006 diretta ad assicurare, anche agli utenti delle professioni sanitarie, una effettiva facoltà di scelta, attraverso la possibilità di ricevere messaggi di «pubblicità informativa» senza compromissione della qualità dei servizi

resi. In tale ultima prospettiva, non è marginale l'attenzione riservata proprio dalla Legge del 1992 al complesso problema dell'uso pubblicitario delle specializzazioni, dei titoli di studio, dei titoli accademici e di carriera.

L'abolizione del divieto di svolgere pubblicità informativa, non passa attraverso una libertà intesa come assenza di regole e controlli, in realtà prefigurati nella stessa norma del 2006.

Nel D.L. n.223/2006 come modificato, si chiarisce che **la reclamizzazione della professione può avvenire intanto che siano osservati i criteri di trasparenza e veridicità del messaggio mentre gli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, verificheranno l'osservanza del precetto.**

Nei primi mesi del corrente anno, la Corte di Cassazione ha intravisto nella novità legislativa introdotta dal Governo con decreto - legge, una chiave di lettura della disciplina posta dalla L. n. 175/1992 in senso estensivo delle opportunità pubblicitarie riservate agli esercenti le professioni sanitarie.

La questione sottoposta alla Suprema Corte, atteneva alla natura del controllo svolto dall'Ordine dei medici circa le caratteristiche formali e sostanziali delle targhe pubblicitarie, alla perentorietà del termine di 30 giorni per il rilascio del nulla osta e alla sussistenza di una reale discrezionalità dell'Ordine nella attività di verifica finalizzata al suddetto provvedimento di *nulla-osta*.

Il riferimento alla normativa del decreto Bersani, contenuto nella pronuncia depositata il 15 gennaio 2007, sembra lasciar intendere che, in ogni caso, le controversie in ordine ai poteri degli Ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, andranno lette anche sulla scorta delle novità introdotte nei mesi di luglio ed agosto 2006 e solo in estrema sintesi richiamate dalla Suprema Corte che, purtroppo, nel caso specifico, non ha avuto occasione di ampliare l'interpretazione e fornire una collocazione sistematica dei nuovi principi.

GIURISPRUDENZA DI INTERESSE

- Cassazione Civile Sezione III, Sent. n. 652 del 15.01.2007 disponibile nel testo integrale su www.diritto-sanitario.net, pubblicazione del 29.01.2007.
- Cassazione Civile Sez. Unite, Sent. n. 10575 del 09.05.2006.

In realtà, il ruolo dell'Ordine professionale, nella materia in questione non appare marginale e solo in parte mutato.

Il 16 dicembre 2006 è stato approvato il nuovo Codice di Deontologia Medica che al capo XI - artt. 55, 56 e 57 - disciplina la materia della pubblicità e della informazione sanitaria.

Il codice è intervenuto innovando il precedente del 1998, all'indomani della liberalizzazione di cui si è detto.

diritto sanitario

Il Comitato centrale della FNOM-CeO, nel febbraio 2007, con atto n. 52, ha deliberato in tema di pubblicità sanitaria individuando *linee-guida* alla luce delle novità legislative introdotte, nell'intento di fornire orientamenti comuni agli Ordini provinciali in sede di verifica dei presupposti di trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari ai sensi delle statuizioni di cui al decreto Bersani.

Le *linee-guida*, elaborate per l'applicazione degli articoli 55, 56 e 57 del codice deontologico, dando sostanzialmente atto della avvenuta liberalizzazione in tema di pubblicità informativa, hanno sottolineato il ruolo fondamentale di valutazione riservato agli ordini professionali.

Appare ragionevole affermare come, dunque, l'impianto complessivo introduca una **elasticità amplificata** - rispetto al profilo in essere prima del «pacchetto Bersani» -, **ma opportunamente controllata** in ragione di almeno due esigenze di fondo: la primaria tutela degli utenti dei professionisti della sanità e la dignità e decoro della professione medica rispetto ad incontrollati ed improbabili fenomeni divulgativi che di certo non sono stati avallati.

Semmai, da una diversa prospettiva, può ritenersi auspicabile un intervento del Legislatore diretto a rimodulare i termini della Legge n. 175 del 1992 per esigenze di coordinamento rispetto al mutamento del principio di base sul complesso terreno della pubblicità sanitaria. ■

Il diritto a percepire somme sostitutive alla remunerazione sarebbe prescritto dopo un quinquennio

Medici specialisti 1983-1991

I requisiti, fissati dalle direttive comunitarie, ai fini della “adeguata remunerazione”

■ *Ennio Grassini*

La direttiva del Consiglio 16 giugno 1975, 75/362/CEE («direttiva “riconoscimento”»), mira al riconoscimento reciproco dei diplomi, certificati e altri titoli di medico e comporta misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi.

La direttiva del Consiglio 16 giugno 1975, 75/363/CEE («direttiva “coordinamento”»), tende al coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative attinenti alle attività di medico. Entrambe sono state modificate, in particolare, dalla direttiva 82/76.

Dalla analisi delle stesse è possibile desumere che:

1. L'obbligo di retribuire in maniera adeguata i periodi di formazione tanto **a tempo pieno quanto a tempo parziale** dei medici specialisti

s'impone unicamente per le specializzazioni mediche comuni a tutti gli Stati membri o a due o più di essi e menzionate agli artt. 5 o 7 della direttiva del Consiglio 16 giugno 1975, 75/362/CEE, concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di medico e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi.

2. Tale obbligo *s'impone solo se le condizioni di formazione* a tempo pieno di cui al punto 1 dell'allegato della direttiva 75/363, come modificata dalla direttiva 82/76, o quelle della formazione a tempo ridotto di cui al punto 2 dell'allegato della direttiva 75/363, come modificata dalla direttiva 82/76, *sono rispettate dai medici specialisti in formazione.*

L'allegato della direttiva «coordinamento», aggiunto dall'art. 13 della di-

diritto sanitario

rettiva 82/76 e intitolato «Caratteristiche della formazione a tempo pieno e della formazione a tempo ridotto dei medici specialisti», fissa le condizioni:

Formazione a tempo pieno dei medici specialisti

Essa implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che lo specialista in via di formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno, secondo le modalità fissate dalle autorità competenti.

Tale formazione forma pertanto oggetto di una adeguata remunerazione.

Formazione a tempo ridotto dei medici specialisti

Essa risponde alle stesse esigenze della formazione a tempo pieno, dalla quale si distingue unicamente per la possibilità di limitare la partecipazione alle attività mediche ad una durata corrispondente perlomeno alla metà di quella prevista al punto 1, secondo comma.

La autorità competenti vigilano affinché la durata totale e la qualità della formazione a tempo ridotto degli specialisti non siano inferiori a quelle della formazione a tempo pieno.

Tale formazione a tempo ridotto forma quindi oggetto di una remunerazione adeguata».

In altri termini, la formazione a tempo ridotto permette ai medici di organizzare la durata del loro ciclo di formazione di medici specialisti su un periodo più lungo.

L'allegato aggiunto alla direttiva 75/363/C.E.E. dall'art. 13 della direttiva 82/76/C.E.E., ora trasfusa nella direttiva 93/16/C.E.E., nel disciplinare quindi le caratteristiche della formazione a tempo pieno e ridotto dei medici specialisti, ha prescritto che essa, comportando la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, implica che le sia dedicata tutta l'attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno "secondo le modalità fissate dalle autorità competenti": conseguentemente, solo tale formazione è considerata suscettibile di un'adeguata remunerazione, dove mancano atti di esecuzione interna che riconoscano la retribuità anche dei corsi non conformi alla normativa comunitaria.

Va comunque sottolineato che, in difetto di precedenti atti interruttivi, in presenza della relativa eccezione di controparte il diritto a percepire somme sostitutive dell'adeguata remunerazione prevista dalle direttive comunitarie, così come quello al risarcimento del danno, si sarebbe, secondo la giurisprudenza maggioritaria, prescritto con il decorso di un quinquennio, trattandosi di somme da corrispondersi ad anno ai sensi dell'art. 2948 n. 4, c.c., a decorrere dall'epoca in cui i diritti in questione avrebbero dovuto essere fatti valere, cioè dalla data di verificata maturazione del diritto, coincidente con la conclusione di ciascun anno accademico in cui ciascuno abbia frequentato il corso di specializzazione o, al più tardi, dalla data in cui il relativo diritto sia stato sostanzialmente negato, coincidente con quella di emanazione del decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 257, di attuazione della direttiva 82/76/CEE, con decorrenza solo dall'anno accademico 1991/1992 (ottobre 1991). ■

“Come medico devi accettare il fatto che quello che facciamo qui ha un solo scopo: guadagnare tempo. Cerchiamo di prolungare la partita, nient'altro; ma poi finisce sempre allo stesso modo.”

Dr. Cox, Scrubs



dalle regioni

Giuseppe Maugeri

SICILIA



Accordo Integrativo Regione Sicilia 2007

"...molto fumo...poco, pochissimo, anzi niente arrosto..."

■ *Giuseppe Maugeri*

Addetto alla presidenza regione Sicilia

Se è stato sempre complicato partecipare alle trattative, ritrovandosi di solito a dovere rimasticare documenti e "accordini" stilati in separata sede, figuriamoci quanto sia stato difficile per le delegazioni SNAMI, escluse ufficialmente dalle trattative decentrate, parteciparvi. Gli altri ci hanno definiti "uditori", noi ci siamo sentiti "garanti" e siamo stati ascoltati, nonostante ghigni e smorfie di disappunto. Sappiamo di essere scomodi. Nel bilancio finale, però, i risultati non sono stati adeguati all'enorme dispendio di tempo e risorse.

Alla lettura dell'accordo, già in premessa, risulta evidente lo spirito animatore: neanche l'ombra dell'agognato miglioramento contrattuale, né del "benessere professionale" del mdf, già sotterrato da carichi burocratici e oneri legislativi, che nulla o molto poco hanno a che vedere con la sua vera attività. L'accordo, è scritto nella prima riga, è stipulato nell'esclusivo "intento di un uso appropriato delle risorse".

La parte pubblica sostiene che la Regione Sicilia non ha soldi. Noi ribadiamo che la Regione non ha soldi perché li spreca e come lo fa è ormai dominio di tutti (vedi ultimi articoli sulle princi-

pali testate inerenti lo scandalo delle superconsulenze e delle prestazioni pagate più volte ai centri accreditati).

"Il medico di Assistenza Primaria ha un ruolo centrale, è garante e gestore della salute globale, deve potenziare la propria attività nei confronti delle cure domiciliari e dell'assistenza dell'anziano, deve informatizzarsi, deve aderire ai protocolli diagnostico-terapeutici, deve partecipare allo sviluppo della telemedicina, deve integrarsi ed aderire al Sistema informativo Socio-Sanitario (SIS)". Ma qual è il prezzo? Tutto questo è gratis! D'altronde, ormai siamo abituati a sentirci ripetere "Guadagnate già troppo per ciò che fate!". Pertanto, se il medico vorrà percepire qualche piccolo "incremento-elemosina" dovrà partecipare ai progetti specifici previsti negli articoli 15, 16 e nelle norme finali. Mentre alcuni progetti sono comprensibili e condivisibili, altri sembrano nascere da particolari interessi di funzionari e Società Scientifiche.

Per ovvi motivi di spazio, cercherò di stimolare la vostra attenzione sugli articoli che la meritano.

L'art. 15 sostituisce l'art. 17 del precedente AIR. L'ex art. 17, a fronte di un incremento delle ore di apertura di studio (18 ore anziché 15 previste dall'ACN), una migliore organizzazione negli accessi, una maggiore disponibilità telefonica e la partecipazione a programmi di formazione, erogava una quota annuale di 6 euro per paziente. L'attuale art. 15, richiede oltre a quanto detto un ulteriore ritocco orario settimanale (da 18 a 20 per un massima-

lista) e prevede un plus annuo di 50 centesimi per assistito fino al 30.06.08; da tale data il plus sarà di 1 euro. Una vera miseria!

L'art. 16, sancisce l'obbligo dei medici alla partecipazione a specifici progetti aziendali, concordati con le OO.SS. maggiormente rappresentative, quali:

- implementazione dei sistemi di prenotazione delle prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità cliniche e partecipazione al progetto "CUP on line" regionale;
- stampa delle ricette informatizzata con percentuale non inferiore al 75%;
- diffusione dell'informazione sull'uso della Tessera sanitaria-Carta regionale di servizi e disponibilità all'attivazione ed all'aggiornamento della stessa;
- adesione e partecipazione al progetto S.I.S. regionale e alla costituzione della rete RMMG (Rete Medici di Medicina Generale);



Palazzo dei Normanni a Palermo
Sede dell'Assemblea Regionale Siciliana

dalle regioni

- attivazione del procedimento di invio telematico delle ricette (L. 296 del 27.12.06);
- tenuta ed aggiornamento delle Cartelle Cliniche Informatizzate (CCI) e disponibilit  dei data-base delle CCI dei propri assistiti per esigenze conoscitive (epidemiologia, appropriatezza scelte assistenziali terapeutiche sulla spesa sanitaria e sulla qualit  dell'assistenza).

Vengono stabilite nell'**art. 17** le percentuali massime per ciascuna forma associativa: 25% forme semplici, 30% forme in rete, 10% forme di gruppo, 5% miste (gruppo+rete).

L'**art. 18**, esprime la volont  delle OO.SS. firmatarie e dell'Assessorato di risvegliare il progetto Jurassico delle UTAP e ne determina le caratteristiche. In questo caso si registra una inquietante controtendenza rispetto a quanto si discute in ambito nazionale, visto il misero fallimento dei progetti sperimentali gi  avviati.

Nulla cambia per ADI, ADP e ADR (**art. 21-22-23**) in termini economici. Di prestazioni P.I.P. neanche se ne parla.

Per quanto riguarda le **norme finali**, queste contengono alcune novit :

- **punto 3:** l'adesione agli obiettivi di salute individuati dal P.S.N. 2007/09 (screening tumori, prevenzione malattie sessualmente trasmesse, piano regionale delle vaccinazioni) comporter  l'erogazione di 3,08 euro per assistito per anno.   necessario sottolineare che tale somma era gi  stata prevista e imposta alle regioni dall'attuale contratto di lavoro di categoria

23/03/05, art. 59 comma A punto 7;

- **punto 5:** la partecipazione al Piano Regionale di Prevenzione, in particolare al progetto "Disease management del diabete mellito di tipo 2" prevede un compenso "rateizzato interessi zero" di 100 euro per paziente correttamente identificato e monitorato.

In conclusione si pu  dire, considerata la durata quadriennale, che questo accordo non solo non ci soddisfa, ma ci umilia. Non   l'enfasi, oramai stucchevole, delle prime pagine o il ribadire l'importanza del ruolo del medico di famiglia che ci appaga. Saremmo pi  contenti se ci dessero la possibilit  di lavorare secondo scienza e coscienza anzich  essere burocrati controllori, a loro volta controllati.

Anche noi, quali lavoratori, checch  se ne dica, abbiamo il diritto ad uno stipendio migliore. A conti fatti siamo fermi da dieci anni nonostante il devastante avvento dell'euro. Speriamo che un prossimo accordo nazionale, risvegli talune coscienze e ci possa dare ragione. ■



Roberto Lagalla, Assessore Regionale alla Sanit 

Bocciati senza appello i manager delle Asl siciliane

La Corte dei Conti sottolinea le "irregolarit  contabili".

Esiste in Sicilia una "situazione di grave squilibrio gestionale" e di "rilevante e reiterata perdita di esercizio" delle aziende sanitarie locali attive in regione.

Il deficit pi  rilevante riguarda l'azienda sanitaria di Catania, dove si   passati da un buco di 116 milioni di euro nel 2003 a uno di 477 milioni nel 2005.

Per la Corte dei Conti siciliana, "le Asl sono afflitte non gi  da una perdita dovuta a fattori contingenti, ma da un vero e proprio deficit strutturale.

I magistrati contabili contestano anche "il mancato rispetto dei vincoli di crescita": tutti i manager, ad eccezione di quelli dell'Asl di Trapani, hanno fallito l'obiettivo del pareggio di bilancio che andava raggiunto alla fine del 2005 con il taglio delle spese. ■

dalle provincie

RAVENNA



La sezione di Ravenna esiste

Alcuni uomini passano, ma le sezioni dello SNAMI e soprattutto le idee resistono

Le ferie non fermano l'entusiasmo e la voglia di abbattere un sistema che sta cercando di distruggere la sanità con la complicità di chi antepone gli interessi personali a quelli della categoria.

Venerdì 31 agosto presso il Jolly hotel di Ravenna il presidente Martini accompagnato dal vice presidente Pecora dal vice segretario Testa e dal tesoriere nazionale Fania ha incontrato gli iscritti della sezione provinciale di Ravenna e parte dei presidenti provinciali della regione Emilia Romagna. Dopo una relazione puntuale del presidente Martini si è passati ad un serrato confronto sia con gli iscritti ravennati sia con i presidenti provinciali. Dal confronto emerge il disagio di un momento storico tra i più difficili della storia della sanità italiana. 'Atti vessatori a Bologna' ci dice Biavati, che hanno il sapore della ritorsione se non addirittura del terrorismo psicologico per il fatto di non appartenere ad organizzazioni filo - palazzo, e tutto ciò ci viene confermato anche da Calatroni presidente di Piacenza. Evidentemente lo SNAMI non rimarrà con le mani in mano. Sono finiti i tempi dell'inesorabile vessazione. Riponderemo in tutta la nazione, ad armi pari, a tutte quelle azioni mascherate da contenimento della spesa. ■

Indagheremo e faremo indagare sugli sprechi di ogni ausl nazionale, progetti obiettivi: a chi e perché, consuenze: a chi e perché. Soldi a palate per tutti tranne che per medici e pazienti.

Gli iscritti di Ravenna evidenziano che vi è quasi un timore o un senso di vergogna a chiedere una giusta retribuzione. 'Siamo i peggio pagati d'Europa a fronte di un lavoro sempre più

stressante, gravoso ed impegnativo, vogliamo essere retribuiti da liberi professionisti' dice De Lorenzi di Ravenna. Vista la defezione di qualche iscritto di Ravenna ed dell'esecutivo, attualmente la sezione viene affidata come referente al Dott. Cavallaro, al più presto saranno rifatte le elezioni provinciali e successivamente quelle regionali. ■



Martini, Fania e Testa a Ravenna



Uno scorcio di Ravenna



arte medica e scienza

Maria Albano

Oggi le informazioni sono più disponibili ad una fascia più ampia di utenti

Cercare in salute

■ *Maria Albano*

Ai nostri giorni le conoscenze mediche a disposizione del clinico sono sempre maggiori e il loro numero è in continuo aumento. Tuttavia la qualità delle pubblicazioni e la loro rilevanza nella pratica clinica di tutti i giorni non è sempre scontata. Nasce quindi il problema di riuscire a mettere in pratica alcune strategie che consentano di utilizzare la letteratura medica riuscendo a trarre da questa le informazioni realmente utili al cambiamento della propria pratica medica e al miglioramento dello stato di salute del paziente.

In generale le difficoltà a reperire articoli che abbiano rilevanza clinica, che posseggano il requisito di validità e che siano in ogni caso applicabili alla pratica clinica possono essere così riassunte:

- autori ed editori pubblicano solo i risultati "positivi";
- il volume dell'informazione è decisamente elevato;
- le banche dati che catalogano (indicizzano) la letteratura hanno limiti strutturali;
- la qualità dell'informazione contenuta nella pubblicazioni non è sempre elevata;
- la formazione universitaria non fornisce competenze specifiche per la

ricerca e l'approccio critico alla letteratura biomedica;

- il tempo da dedicare all'aggiornamento è limitato.

A quanto detto sopra bisogna poi aggiungere che le informazioni oggi sono sì disponibili a una fascia più ampia di utenti, ma questi, se vogliono ottenere informazioni di prima mano, devono saper usare e avere accesso a un computer (oltre a essere dotati di una connessione a Internet) e avere una conoscenza almeno di base dell'inglese medico.

Tuttavia il reperimento delle informazioni di qualità e utili alla propria pratica clinica nelle pubblicazioni mediche non è impossibile, si tratta solo di cercare *cum grano salis* all'interno del *mare magnum* delle informazioni disponibili nelle banche dati e in Internet.

Innanzitutto il primo suggerimento è quello di formulare con precisione il quesito clinico che interessa affrontare, senza avere chiaro cosa si vuole è abbastanza difficile trovarlo.

Poi si deve decidere quale banca dati utilizzare definendo la strategia di ricerca e, cosa da non trascurare, i filtri da applicare per ottenere le informazioni che interessano. Infine bisogna operare una valutazione critica delle pubblicazioni trovate, in particolare bisogna stabilirne la validità interna (che riguarda aspetti statistici ed epidemio-

logia) e la rilevanza clinica.

La formulazione del quesito clinico è senza dubbio la parte cruciale della ricerca, perchè il problema clinico deve essere trasformato in una domanda precisa, in modo da poter ottenere una risposta pertinente. Uno degli strumenti che consente di strutturare meglio il quesito prevede la suddivisione della questione in più punti e viene generalmente utilizzato l'acronimo PICO: ovvero *Patient o Population o Problem; Intervention; Comparison o Condition o Control; Outcome*:

- P.** bisogna considerare dati anagrafici, anamnestici e relativi alla patologia in corso;
- I.** ricercare i possibili trattamenti. Se sono noti cercarli come tali se no cercarli attraverso pubblicazioni riferite alla patologia in questione;
- C.** porre attenzione a cosa è nostro interesse confrontare: tipi di popolazioni diverse, categorie di farmaci o un singolo farmaco, trattamenti non farmacologici o chirurgici;
- O.** bisogna valutare quale obiettivo esiti ci interessa conoscere e focalizzarsi solo su alcuni di essi.

Un esempio di come procedere è riportato in tabella. Una volta stabilito cosa cercare si tratta di decidere dove cercare, infatti la soluzione al quesito può essere trovata in diverse fon-

arte medica e scienza

ti, ognuna delle quali è dotata di caratteristiche proprie di affidabilità e completezza e per non essere tratti in “inganno” bisogna conoscere quello che ognuna di questa ha da offrire alla nostra conoscenza. Innanzitutto esistono diversi “luoghi” in cui sono disponibili le informazioni cliniche: periodici, pubblicazioni monografiche (libri e CD-ROM), letteratura grigia (linee guida, archivi di e-print, studi non pubblicati, atti di congressi), database bibliografici, cataloghi di biblioteche, rassegne di letteratura, *summary journal*, motori di ricerca su internet sia generali che specialistici.

Come esistono diversi tipi di pubblicazioni: studi primari, studi secondari o integrativi e fonti terziarie.

Gli studi primari sono rappresentati dalle singole ricerche e possono riguardare studi sperimentali (cioè studi non nell'uomo e condotti *in vitro* o

nell'animale), studi clinici (cioè sperimentazioni cliniche condotte nell'uomo) e studi osservazionali sull'uomo (survey o studi epidemiologici).

Gli studi secondari o integrativi si basano sull'analisi degli studi primari valutati raggruppati in base ad alcune caratteristiche, come per esempio il trattamento di una certa patologia. Tali analisi costituiscono una ricerca vera e propria in quanto vengono eseguite secondo un protocollo pubblicato e devono perciò essere riproducibili. Comprendono revisioni sistematiche, linee guida, analisi decisionali o economiche. Rappresentano perciò una fonte più affidabile rispetto a quelle cosiddette “terziarie”.

Le fonti terziarie includono trattati, monografie, revisioni tradizionali, editoriali e colleghi “esperti”.

Infine si tratta di valutare la validità scientifica di quanto trovato. Per fare questo bisogna analizzare le pubblica-

zioni raccolte chiedendosi se i dati presentati sono sufficientemente ampi, se la tipologia dello studio (studio clinico randomizzato o meno, in cieco o in aperto, criteri di inclusione dello studio, sponsorizzazioni eccetera) è adatta, inoltre se si tratta di fonti secondarie bisogna valutare se sono indicate le fonti e i criteri di selezione e i conflitti di interesse e se vi è una distinzione chiara tra fatti e opinioni. Inoltre, anche il luogo dove si trova l'informazione un parametro importante per la valutazione della “scientificità” dell'informazione e se la pubblicazione è in una rivista sottoposta a revisione dei pari (peer reviewed) o ha un numero elevato di Impact Factor (cioè un indice di quanto i lavori pubblicati in questa rivista sono citati da altre pubblicazioni).

Poi va considerata la rilevanza delle informazioni reperite: l'informazione DOE (disease oriented), cioè è una documentazione relativa alla farmacologia, alla fisiopatologia o all'eziologia, è sicuramente meno rilevante per quanto riguarda l'attività clinica rispetto a una pubblicazione POEM (patient oriented) che tratta di terapia o prognosi (morbilità, mortalità) e qualità di vita.

Dopo tanto lavoro viene da chiedersi se alla fine il bilancio di tanta ricerca e lavoro è utile, probabilmente sì, se viene soddisfatta l'equazione sotto riportata.

$$\text{Utilità dell'informazione biomedica} = \frac{\text{rilevanza} \times \text{validità}}{\text{lavoro (impegno/risorse)}}$$

	Paziente o Problema	Intervento	Confronto	Outcome (Esito)
Domande	“Come descriverai un gruppo di pazienti simili al mio?”	“Quale principale trattamento bisogna considerare?”	“Qual è la principale alternativa da confrontare all'intervento?”	Cosa si può sperare di ottenere? Oppure: “Rispetto a quale condizione o esito mi attendo miglioramenti?”
Esempi	“Nei pazienti con scompenso cardiaco da cardiomiopatia dilatativa con ritmo sinusale...”	...l'aggiunta di anticoagulanti (warfarin) alla terapia standard per lo scompenso cardiaco...	in confronto alla sola terapia standard	...è associato a una minore mortalità o morbilità per tromboembolismo. Questo beneficio supera il rischio di sanguinamento dovuto al trattamento con anticoagulanti?

Traduzione da: Centre for Evidence Based Medicine www.CEBM.net

Un farmaco noto riduce del 14% le morti per diabete

Diabete: un farmaco contro l'ipertensione riduce la mortalità

I risultati avranno importanti ripercussioni sulle linee guida

Lo studio più vasto mai condotto sulla forma più comune di diabete, quello di tipo 2, ha dimostrato che un farmaco noto per combattere l'ipertensione riduce del 14% le morti per diabete.

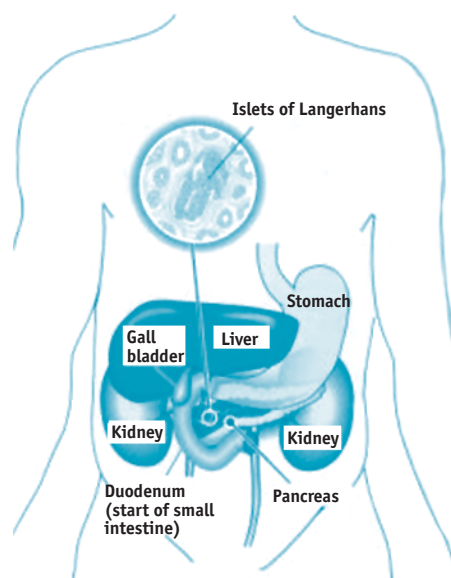
Per gli esperti riuniti a Vienna, nel congresso della società europea di cardiologia, questo dato fa considerare da un nuovo punto di vista una malattia che nel mondo ha ormai raggiunto le dimensioni di una epidemia, con 246 milioni di casi (tre dei quali in Italia): il diabete non è più una malattia del metabolismo e diventa una malattia cardiovascolare.

Il dato, pubblicato on line sulla rivista The Lancet, è il risultato dello studio ADVANCE, e il più vasto mai condotto sul diabete di tipo 2 non insulino dipendente, la forma più comune della malattia con il 90% dei casi. Ha infatti coinvolto 11.140 pazienti, reclutati in 215 centri di venti paesi (tra cui l'Italia) in Asia in Australia, Europa e nord america. "Ci attendia-

mo che i risultati di questo studio abbiano importanti ripercussioni sulle linee guida, la pratica clinica e le politiche sanitarie", ha detto uno dei coordinatori dello studio Stephen Mac Mahon, dell'università di Sidney.

Le attese sono notevoli: per un altro dei coordinatori dello studio ADVANCE, John Chalmers, dell'università di Sidney, se i risultati dello studio "si applicassero anche solo alla metà dei diabetici di tutto il mondo, si potrebbero evitare nei prossimi cinque anni oltre un milione di morti". E in Italia, "si potrebbero salvare circa 40.000 vite l'anno", ha detto il cardiologo Roberto Ferrari, dell'università di Ferrara e primo italiano presidente eletto della società europea di cardiologia.

Il farmaco, basato sulla combinazione delle molecole perindopril (aceinibitore) e indapamide (diuretico), ha dimostrato di ridurre del 14% la mortalità dovuta alla malattia in generale e del 18 % la mortalità dovuta alle complicanze cardiovascolari. ■



“
La medicina
è un'arte
che esercitiamo
in attesa di scoprirla.”

Émile Deschamps
(20 febbraio 1791 - 23 aprile 1871),
poeta francese



arte medica e scienza

Ronal Tramarin

Nominati due vice: D'Urso e Allegroni per avere referenti in tutta Italia

Medicina Generale e Università

Un connubio che diventa di giorno in giorno più pressante e indispensabile

■ *Ronal Tramarin*

Uno degli obiettivi che il nuovo Esecutivo SNAMI si è dato è quello di aumentare in maniera sostanziale il numero di iscritti, uno dei modi più validi potrebbe essere quello di avvicinarsi ai nuovi colleghi che concludono il corso di laurea, che devono frequentare il tirocinio per l'esame di Stato presso uno studio di medicina generale e che frequentano la scuola di medicina generale facendogli conoscere il nostro pensiero ed il nostro modo di interpretare la medicina generale.

È da quattro anni che a Trieste, dove esiste al VI anno della facoltà di medicina e chirurgia un corso di insegnamento della medicina generale, ho un incarico a contratto di insegnamento della medicina generale, sono coordinatore dei tutor (MMG) degli studenti del VI anno, sono membro Effettivo della Commissione nominata per l'attivazione del Tirocinio Pratico Valutativo ai fini della abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo e membro effettivo della Commissione d'esame per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale. È per

questa mia esperienza che il Comitato Centrale dello SNAMI mi ha nominato Responsabile Nazionale per i rapporti con le Università nell'intento di riuscire a comunicare con tutti i quadri sindacali per scambiarci delle informazioni utili a far sì che anche lo SNAMI abbia un ruolo preminente in queste attività didattiche.

Al fine di essere più capillari possibile ho provveduto a nominare due vice responsabili Nazionali nella figura dei

colleghi Maurizio d'Urso di Catania e Aldo Allegrini di Lucca anch'essi con provata esperienza in questo settore che secondo me dovrebbero rappresentare una soluzione ottimale affinché tutte le sezioni possano avere un referente al nord al centro ed al sud.

Ho inviato questo piccolo questionario che ci permetterà di avere una serie di notizie utili a studiare la situazione attuale e cercare di trovare dei correttivi. ■

UNIVERSITÀ

1. La tua città è sede universitaria della facoltà di medicina?
2. Se sì, sei a conoscenza del fatto che sia stato istituito il corso di medicina generale?
3. Se sì, da chi viene gestito?
4. Qualcuno degli iscritti SNAMI della tua provincia ha un incarico di insegnamento di medicina generale o un ruolo di tutor per gli studenti del VI anno?
5. In qualsiasi caso tra gli iscritti della tua provincia quanti hanno seguito il corso per tutor di medicina generale per gli studenti di medicina?

ESAMI DI ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE

1. Come saprai i laureati in medicina devono frequentare un periodo di 1 mese presso uno studio di medicina generale per poter essere ammessi all'esame di abilitazione, quanti iscritti della tua sezione sono abilitati a questa incarico?
2. In qualsiasi caso c'è nella tua sezione qualche iscritto che svolge questo incarico?

SCUOLA DI MEDICINA GENERALE

1. Nella tua regione come e da chi viene gestita la scuola di medicina generale?
2. C'è qualcuno dei tuoi iscritti che ha un insegnamento alla scuola?
3. Quanti dei tuoi iscritti hanno frequentato il corso di tutor per la medicina generale?
4. Quanti dei tuoi iscritti hanno effettive funzioni tutoriali nel corso di medicina generale?
5. Quanti dei tuoi iscritti sono in possesso del titolo di animatore di formazione?



la voce dei settori

Pasquale Orlando

Interfacciamo sul territorio medici di famiglia con medici di continuità assistenziale

Subito al lavoro per proporre

Un lavoro di squadra: i nostri progetti a confronto

■ Pasquale Orlando

Quando mi è stato chiesto da Francesco Pecora di scrivere sulla rivista dello SNAMI ho approfittato con molto piacere di questa opportunità per esternare non solo il mio pensiero ma in linea di massima l'indirizzo dell'esecutivo in merito alle problematiche della nostra categoria. Pur avendo tutti un filo conduttore che è alla base della nostra adesione allo SNAMI ognuno ha una propria personalità e delle motivazioni interiori che lo hanno portato all'impegno sindacale che è giusto vengano esternate, così come si fa con degli amici, in piena lealtà e trasparenza.

Lealtà, trasparenza e spirito di squadra che questo esecutivo sta dimostrando giorno per giorno, sviluppando una proposta di "riscatto" del territorio (Progetto Me.Di.Co.) che, è storia di oggi, ha visto già il coinvolgimento attivo del Settore di Continuità Assistenziale con l'inserimento della proposta della Continuità Assistenziale h 24 all'interno del Progetto e la sua ufficializzazione a livello istituzionale. Ad onor del vero oltre un anno addietro l'allora presidente Beppo Conti se ne fece portavoce. Di questo, comunque ve ne parlerà sicuramente il nostro

presidente Martini in altra parte.

In questa sede mi preme intervenire sulla medicina di famiglia che sento profondamente, facendo anche delle piccole proposte che, secondo me, potrebbero essere inserite all'interno del dibattito che andremo a sviluppare sulla proposta tecnica per il rinnovo del contratto dell'Assistenza Primaria.

In questi mesi, l'avvenimento politico sindacale è stato la "proposta" di parte pubblica di riformare la 229/99 in alcuni punti e, per quanto riguarda la Medicina Generale, non a caso, l'inserimento in questa legge (DDL, per l'esattezza) dell'organizzazione del territorio con lo sviluppo delle U.M.G. (Unità Operative di Medicina Generale), sorta di UTAP nelle quali intruppare i MMG, assieme alla C.A. e i Pediatri; con ciò codificando quanto scritto nel nostro contratto. In questo progetto, ovviamente, c'è la presa in carico H24 dei pazienti, nell'ambito di queste U.M.G. Lo SNAMI ha risposto con il proprio progetto Me.Di.Co. e con l'introduzione della C.A. h24, svincolata dalle U.M.G.

La proposta delle U.M.G. (U.T.A.P.), non coglie di sorpresa l'osservatore attento. Infatti qualche tempo fa, la RAI, proprio in contemporanea alla divulgazione della 229/99, mandava in onda la

fortunata fiction televisiva "Un medico in famiglia" dove il protagonista, medico di famiglia, lavorava in una fantomatica ASL sperimentale che assomigliava drammaticamente alle nostre U.M.G. (U.T.A.P.). Questa serie televisiva, a giudicare dall'audience, è stata un successo, (tant'è vero che ancora continua; siamo alla sesta o settima serie), e ciò dovrebbe indurci ad alcune riflessioni.

Il nostro "collega Lele", a giudicare dal suo tenore di vita, era pagato in maniera più che accettabile (*primo messaggio*), il suo lavoro di "equipe" era gratificante (*secondo messaggio*), malgrado il controllo del collega funzionario della ASL, (*terzo messaggio*) e, soprattutto, nella ASL sperimentale gli assistiti erano più che contenti di trovare sempre qualcuno che li aiutasse nei loro problemi (*quarto messaggio*).

Il mondo descritto da questa fiction esaltava l'impostazione, cosiddetta "nuova", della Sanità territoriale, copiata di sana pianta dalle esperienze spagnole e inglesi, che stavano entrando in crisi, proprio in quel periodo, le cui fondamenta furono poi inserite, con le *equipes multidisciplinari*, del DPR 270/00 e nell'attuale ACN vigente (in quest'ultimo, poi, le UTAP sono entrate a pieno titolo anche se sperimentale).

la voce dei settori

Il dato politico di fondo, che dovrebbe farci riflettere, è che la 229/99 non è stata affatto modificata e, almeno per quanto riguarda la Medicina Generale, va avanti senza guardare per il sottile; non si arretra di un passo, anzi spudoratamente si viene a proporre di trasformare i MMG in tanti “Lele Martini”, senza nemmeno la paga di quest’ultimo ed, anzi, l’unica modifica prevede, appunto, l’inserimento, per legge, di questa forma di organizzazione di lavoro, come ho sopra riportato!

A questo punto dobbiamo chiederci in che modo continuare la battaglia in difesa della dignità professionale del MMG e della sua “peculiarità” che ne fa la figura di riferimento nella sanità pubblica di questo Paese.

Penso che dovremmo andare a smascherare il bluff della controparte, perché noi sappiamo che i soldi non ci sono e, fino a prova contraria, queste U.M.G. (U.T.A.P.) costano e sono irrealizzabili in tutte le realtà Italiane; per cui dobbiamo separare la parte politica del progetto da quella sindacale e comportarci di conseguenza.

Da un punto di vista politico noi siamo contro le U.T.A.P. e ne abbiamo indicato i motivi; da un punto di vista sindacale, però, non possiamo non occuparci delle condizioni richieste ai Medici che vi lavorassero. Ed è qui che, secondo me, c’è lo spazio per inserire il grimaldello che potrebbe far saltare il sistema.

La disponibilità nell’arco della giornata, seguendo lo stesso principio, deve essere retribuita, al di fuori della quota capitaria, con paga oraria prestabilita a livello nazionale e deve es-

sere facoltativa; cioè il Medico, al di fuori dell’ambulatorio e delle visite domiciliari e programmate, deve poter scegliere se essere disponibile l’intera giornata per i casi non di competenza della C.A. (8,00-20,00) e, in quel caso, deve essere retribuito a parte con quota oraria garantita dallo Stato e non dalla regione; anche l’accesso alle categorie di lavoratori particolari è un servizio che il MMG deve poter scegliere e, nella stessa logica di cui sopra, deve essere retribuito a parte.

In questo modo salvaguarderemo la possibilità di rimanere “liberi” dal ricatto delle U.T.A.P., garantendo una retribuzione comunque supplementare per compiti che non fanno parte della natura giuridica del nostro contratto che è la pura e semplice assistenza medica nei confronti degli assistiti che ci scelgono.

A ben guardare, infatti, la controparte con l’ultimo contratto ha trasformato gli studi dei MMG in tante “piccole utap” a costo zero (orario di studio, obbligo di reperibilità, periodi di riposo, ecc.), preparando, così il terreno al successivo passaggio: quello della naturale confluenza nelle U.T.A.P. vere e proprie, perché a quel punto, il MMG oberato dalla disponibilità oraria dell’ambulatorio, dalla disponibilità per l’intera settimana, ecc., sarà lui stesso a cercare forme di associazione che alleggeriscano la sua situazione; e chi troverà sul territorio? Nella peggiore delle ipotesi si organizzerà a proprie spese, “regalando” alle AASSLL le UTAP; cosa che del resto sta già accadendo con l’esplosione della medicina di gruppo. Associazione, quest’ul-

tima, che non nasce dall’esigenza di organizzare meglio il lavoro, ma di rispondere al carico di lavoro richiesto da questo contratto. Mentre sarebbe dovuto essere una risposta organizzativa per dare una migliore assistenza in un’ottica di mutuo scambio di esperienze fra colleghi, oltre che di banale scambio di “sostituzioni”.

Bisogna quindi respingere questa impostazione rilanciando sulla proposta fatta da loro stessi riaffermando il principio che non si possono, in nessun caso, imporre nuovi obblighi estranei alla natura giuridica della convenzione a costo zero, finché la natura del contratto che andiamo a rinnovare resta quella di natura sostanzialmente “privatistica”. Infatti dobbiamo, una volta per tutte, risolvere questa contraddizione in termini, che, da una parte (quella economica) ci vede “liberi professionisti” con la riuscita abolizione di ogni riferimento ad elementi di “dipendenza” (abolizione degli scatti di anzianità di laurea) e dall’altra ci vede inquadrati come “fiduciari della ASL”

*Autopsia:
l’ultima
indiscrezione
del medico.*

Michel Zamacoïs
(1866 - 1955), scrittore francese



la voce dei settori

(quasi dipendenti con il periodo di riposo da comunicare, la reperibilità, l'orario di studio, ecc.) secondo anche un indirizzo, sempre più costante, della giurisprudenza. Non possiamo essere medici di fiducia del paziente e, al tempo stesso, dello Stato! In quest'ottica si deve cercare di sanare la contraddizione attraverso la completa separazione dei compiti sanitari da quelli "funzionali allo Stato" cercando, preliminarmente al contratto, di far capire alla controparte che siamo stanchi di doverci sobire obblighi di legge da cui dipendono le condizioni di spesa dei nostri assistiti, rendendoci "antipatici" controllori nei confronti di chi ci ha dato fiducia. Bisogna, infatti, separare l'atto medico da quello burocratico che deve essere di competenza degli Organi preposti (ASL, Ministero delle Finanze, ecc.), liberandoci da ogni incombenza, anche di carattere formale, nei confronti dei nostri assistiti. Si potrebbe, per esempio, iniziare semplificando la ricetta del SSN che, a mio avviso, dovrebbe tornare ad essere quella che è: una semplice ricetta dove prescrivere farmaci ed esami ematochimici e/o strumentali, lasciando ai "tesserini" elettronici il compito di stabilire la posizione economico-burocratica dell'assistito di fronte al SSN. In una parola dobbiamo chiedere che ciascuno assuma la sua responsabilità: a noi quella medica-assistenziale, allo Stato quella di controllore ed esattore.

Questa condizione, non appaia una "boutade" perché, secondo me, è alla base della condizione attuale dell'Assistenza Primaria che, mediamente, in Italia si è trasformata in un qualcosa che è

di difficile definizione; a metà strada fra un funzionario dello Stato e una specie di libero professionista, con tutti gli oneri dell'una e dell'altra situazione, senza alcun vantaggio (normativo e/o fiscale).

Se vogliamo restare liberi professionisti dobbiamo cercare di liberarci di tutti gli oneri che nulla hanno a che vedere con l'essenza della nostra professione (per dirla alla Bocconiana: del "core business") e cioè: l'assistenza medica di chi ci ha scelto.

Inoltre, se siamo dei liberi professionisti, bisognerebbe pretendere l'abolizione delle incompatibilità che stridono fortemente con la natura privatistica del contratto. Infatti, al di là di generiche clausole che vietino il lavoro per dei concorrenti del SSN, non si capisce il vincolo alla libera professione che, essendo "libera" e non in contratto con i vincoli accennati, è, a mio parere, in contrasto con la natura del contratto. Andrebbe, quindi, semplicemente abolito l'art. 58 (libera professione) che, appunto, pone dei vincoli alla professione svolta in piena compatibilità!

Sul piano fiscale, poi, abbiamo raggiunto vette di alta stupidità; infatti, non solo abbiamo il segretario o l'infermiere di studio (incentivato con pochi soldi) ma, in cambio, paghiamo l'IRAP che, come è noto, colpisce l'intero fatturato. Così a conti fatti, se non si è associazione, ci si rimette! Come Categoria che eroga un servizio sociale dovremmo essere esonerati da questa tassa e dovremmo, a mio avviso, cercare una strada (oltre quella giudiziaria che molti hanno intrapreso) "politica" affinché si riconosca la natura del nostro servizio in modo da esone-

rare la Medicina Generale da questa vera e propria tassa sulla salute.

Come si vede, si fa presto a dire "liberi professionisti"; noi, secondo l'attuale contratto, lo siamo solo sulla carta; mentre per il combinato disposto dei vari articoli del contratto stesso e delle leggi nazionali e regionali, siamo una specie ibrida con degli obblighi e delle limitazioni che, di fatto, annullano l'eventuale vantaggio di un contratto di natura privatistica.

Non basta quindi reclamare la libera professione ad ogni piè sospinto, senza però andare ad incidere "seriamente" sulle limitazioni che ho accennato. Senza la rimozione di queste assurdità giuridiche, saremo condannati a rimanere una categoria vessata (stavo per dire di utili idioti) che, in cambio di pochi spiccioli, riusciamo a togliere le castagne dal fuoco di una politica incapace di assumere le proprie responsabilità, beccandoci anche un contratto che ci tratta peggio degli schiavi.

Siamo la prima categoria, in Italia, che ha socializzato gli utili e ha privatizzato le perdite.

Se vogliono l'esclusività del rapporto, in regime di libera professione, devono retribuirci in maniera adeguata, altrimenti non possono metterci dei limiti che sono, a mio parere, illegittimi. È come, per esempio, nel caso in cui volessimo farci fare dei lavori in casa, ponessimo dei vincoli di tempo e di assunzione di altri impegni alla ditta che abbiamo scelto; probabilmente la ditta in questione ci manderebbe a quel paese, ma, ammettiamo per un attimo che dimostri la sua disponibilità. Sicuramente il conto sarebbe molto, molto salato! E noi? ■



letti per voi

a cura di Francesco Pecora



LA CASTA



Così i politici italiani sono diventati intoccabili

di Gian Antonio Stella e Sergio Rizzo

Aerei di Stato che volano 37 ore al giorno, pronti al decollo per portare Sua Eccellenza anche a una festa a Parigi. Palazzi parlamentari presi in affitto a peso d'oro da scuderie di cavalli. Finanziamenti pubblici quadruplicati rispetto a quando furono aboliti dal referendum. "Rimborsi" elettorali 180 volte più alti delle spese sostenute. Organici di presidenza nelle regioni più "virtuose" moltiplicati per tredici volte in venti anni. Spese di rappresen-

za dei governatori fino a dodici volte più alte di quelle del presidente della Repubblica tedesco. Province che continuano ad aumentare nonostante da decenni siano considerate inutili. Indennità impazzite al punto che il sindaco di un paese aostano di 91 abitanti può guadagnare quanto il collega di una città di 249mila. Candidati "trombati" consolati con 5 buste paga. Presidenti di circoscrizione con l'autoblu. ■



L'OMBRA DEL VENTO



di Ruiz Zafon Carlos

Una mattina del 1945 il proprietario di un modesto negozio di libri usati conduce il figlio undicenne, Daniel, nel cuore della città vecchia di Barcellona al Cimitero dei Libri Dimenticati, un luogo in cui migliaia di libri di cui il tempo ha cancellato il ricordo, vengono sottratti all'oblio.

Qui Daniel entra in possesso del libro "maledetto" che cambierà il corso della sua vita, introducen-

dolo in un labirinto di intrighi legati alla figura del suo autore e da tempo sepolti nell'anima oscura della città. Un romanzo in cui i bagliori di un passato inquietante si riverberano sul presente del giovane protagonista, in una Barcellona dalla duplice identità: quella ricca ed elegante degli ultimi splendori del Modernismo e quella cupa del dopoguerra. ■



COME RESISTERE NELLA PALUDE DI ITALIOPOLI



di Oliviero Beha

Un paese che affonda sotto i colpi di una classe dirigente sempre più prodiga di cattivi esempi, in un deserto di valori. Un ceto politico affannosamente complementare nella finzione tra Destra e Sinistra. Un potere barricato in un residence privo di cultura, che sostituisce la realtà con la sua rappresen-

tazione televisiva. L'Italia mafiosa di oggi, ben oltre la mafia tradizionale negli interessi e nei comportamenti. Un viaggio della mente e del cuore per denunciare una società in pezzi, e cogliere i segnali di "nuove resistenze" nella stagione peggiore degli ultimi cinquant'anni. ■

Sono maturi i tempi per un fronte comune

Sciopero Medici di famiglia il 21 settembre per rinnovo convenzione

Martini, Pecora, Testa e Fania a Roma per una intersindacale dai contenuti innovativi per quanto riguarda la concertazione con gli altri sindacati

Questa prima giornata di astensione, indetta il 5 settembre, unitariamente dalle maggiori sigle sindacali della medicina generale, proseguirà con un presidio fisso, allestito a Roma a piazza della Repubblica il 21, 22 e 23 settembre. Tutti i medici di famiglia e convenzionati italiani incroceranno le braccia il 21 settembre per protestare.

I sindacati dei medici convenzionati - aderenti a Cipe Federazione medici, Fimmg, Fimp, Snami, Sumai - si sono infatti autoconvocati a Roma per valutare il comportamento della parte pubblica sul rinnovo degli accordi convenzionali. Le organizzazioni sindacali quindi, hanno denunciato la mancata definizione, da parte della Conferenza delle Regioni, dell'atto di indirizzo, indispensabile per l'apertura delle trattative. E hanno chiesto il rinnovo dell'accordo convenzionale in due tempi: il primo per garantire l'adeguamento economico del biennio 2006-2007 e l'aumento della contribuzione

previdenziale entro il 31 dicembre 2007; il secondo di revisione totale della struttura normativa ed economica da concludere prima della fine del 2008, rafforzando il principio dell'unitarietà nazionale degli accordi.

“Speriamo che la protesta unitaria, con la prima giornata di sciopero- indetta per il 21 settembre, ha detto Mau-

ro Martini, presidente nazionale dello Snami - serva per ottenere al più presto l'atto di indirizzo e confidiamo nella ritrovata unità delle sigle sindacali dei medici di famiglia”

È necessario il rinnovo di un accordo collettivo nazionale che corregga il tiro nei confronti di una eccessiva frammentazione regionale. ■



Piazza della Repubblica a Roma, dove avverrà la manifestazione di tre giorni di protesta



l'intervista

di Stefano Nobili

Intervista a Massimo Pagani

La parola all'esperto: la telemedicina



Massimo Pagani è Professore ordinario di Medicina Interna, Università di Milano, Direttore UO complessa Telemedicina, Ospedale L. Sacco.

Ha Interessi clinici e di ricerca sull'intersezione tra tecnologia della comunicazione e ruolo del paziente come soggetto, in una visione clinica in cui i disturbi neurovegetativi, e la loro modificazione terapeutica, permettano di attuare strategie preventive personalizzate combinando farmaci e stili di vita.

Professore Pagani come è cambiata la medicina dalle sue origini e quali sono gli aspetti dominanti in questi cambiamenti?

La società nel mondo globalizzato cambia vertiginosamente, e, con essa, anche le risposte che la medicina nel suo complesso dà alle crescenti domande di salute. Al tempo di Ippocrate la medicina era uno strumento *per mantenere la salute e per evitare abitudini di vita che producano dolore, malattie e morte* (Ippocrate, Medicina Antiqua), con un'enfasi quindi, si direbbe oggi, sulla prevenzione e gli stili di vita. Il complesso mix di patologie attualmente presenti (crescita delle forme cronico-degenerative, invecchiamento della popolazione, riduzione delle forme infettive) ha portato alla ribalta un ruolo crescente degli utenti, ed un cambio della relazione medico-paziente verso una maggiore parità. L'alleanza tra medico e paziente (e più in generale: cittadino-utente-cliente) presuppone il superamento del solco che separa le sempre più complesse conoscenze (teoriche e pratiche) necessarie a maneggiare gli aspetti tecnici e quelle a disposizione degli utilizzatori per poter divenire degli utilizzatori (pazienti) informati. Nasce così una medicina per la quale spazio e tempo diventano "virtuali", basata sulla Tecnologia della Informazione e Comunicazione (I&CT), le cui

origini possono essere poste nel 1905 quando Einthoven per primo trasmise un ECG a oltre 1 km di distanza dall'Ospedale al suo laboratorio.

A questo punto lei ha introdotto il concetto di medicina a distanza, ci spiega cos'è in realtà?

Esistono molte definizioni di telemedicina. Riportiamo quella fornita nel 1997 dal WHO: "l'erogazione dell'assistenza sanitaria, quando la distanza è un fattore critico, da parte degli operatori sanitari; a tal fine sono utilizzate le tecnologie informatiche e le telecomunicazioni per lo scambio di informazioni corrette per la diagnosi, la terapia e la prevenzione di patologie, per l'istruzione permanente degli operatori sanitari e per la ricerca e lo studio in tutti i settori di interesse per il miglioramento dello stato di salute dell'individuo e della comunità". Ci pare anche importante aggiungere il punto di vista dell'American Telemedicine Association (ATA, 2005) che privilegia la "distribuzione di una medicina di qualità al momento giusto e al posto giusto, attraverso l'impiego di tecnologie di comunicazione". Ovviamente si tratta di un processo di cambiamento assai lungo (e radicale) che riguarda non singoli componenti (pazienti, ospedali, MMG) ma piuttosto tutto il sistema sociale, economico e politico. Tra gli elementi critici mi sembra da sottolineare la comparsa della assunzione di responsabilità e la ricerca della qualità, con una ottimale utilizzazione delle risorse.

Quali i vantaggi?

La telemedicina permette quindi di rendere meno dicotomico il rapporto tra ospedale e territorio, non solo attraverso una maggiore distribuzione dei servizi, ma grazie alla realizzabilità del principio secondo il quale si fanno viaggiare le informazioni non i pazienti.

l'intervista

In Italia a che punto siamo?

In Italia, i servizi di telemedicina disponibili (nel contesto di un *mercato* dominato dal “pubblico”) forniscono soprattutto diagnosi a distanza (ECG, pressione arteriosa, diabete, etc), sia pure con alcuni elementi di consulenza specialistica, che necessita, comunque, di un altro attore, per massimizzare la propria efficacia. In questo contesto il MMG può trovare risorse di interesse per la propria crescita sia in termini di professione che di consapevolezza.

Si va affermando la visione di una medicina sempre più basata sulle conoscenze: ecco che la I&CT può fornire, o come servizi di supporto all'aggiornamento (ECM, casi clinici virtuali), o come specifiche risposte a domande cliniche definite, un aiuto impensabile sino a pochi anni addietro. Può sembrare ridondante, ma va detto che, per ora, la telemedicina non può vicariare l'atto medico, ma solo supportare la decisione di un medico che si renda responsabile dell'agire clinico (sempre e comunque in loco). Valga come esempio la gestione degli attacchi di FA parossistica con ECG monotraccia.

Va aggiunto, però, che con una medicina in rete (meglio che con la tradizionale telemedicina) anche altre figure professionali (infermieri, tecnici) o gli stessi pazienti possono, guidati a distanza, praticare semplici gesti clinici, o comunque far parte di una *catena terapeutica*. È questo il modello di *gestione clinica condivisa* che si basa sull'utilizzo di una rete telematica (in collaborazione con ENI), costituita da una Centrale di Coordinamento sita in Milano, presso la nostra UO di Telemedicina, collegata con vari siti periferici localizzati sia in Italia che in Africa.

È indispensabile la presenza del medico?

Di particolare interesse è la scalabilità di questo network, così da permettere la messa in opera di stazioni periferiche assai semplici e gestite da operatori di competenze assai semplici, così da massimizzare il valore del tempo del medico, sempre in connessione con la Centrale di Coordinamento. Questa organizzazione può essere utile specialmente in aree remote (isole o località montane) dove la disponibilità di medici è più scarsa. Una simile tec-

nologia è alla base delle applicazioni in urgenze, quale ad esempio la trasmissione in tempo reale dell'ECG e di altri parametri (biochimici o di imaging) dall'ambulanza nella gestione dell'infarto acuto.

Quindi, indispensabile strumento di cura, ma con quali costi?

Il reale valore della telemedicina non potrà prescindere, peraltro, da cospicui investimenti, sia in denaro che in risorse umane, verosimilmente attraverso una redistribuzione di quanto attualmente viene già investito, facilitato dal galoppante crescere delle applicazioni di I&CT nella società civile. Non è tanto da chiedersi quale sia l'utilità della telemedicina, ma piuttosto come, nella attuale società della comunicazione, se ne possa fare a meno. ■



La medicina è la mia legittima sposa, mentre la letteratura è la mia amante: quando mi stanco di una, passo la notte con l'altra.

Anton Pavlovic Cechov
(29 gennaio 1860 - 15 luglio 1904),
medico, drammaturgo e scrittore russo



La medicina è la sola professione che lotta incessantemente per distruggere la ragione della propria esistenza.

James Bryce
(1838 - 1922), giurista storico e politico britannico





L'ALCOL DISTRUGGE IL FUTURO

Campagna permanente SNAMI
contro l'uso dell'alcol
da parte degli adolescenti

