

LOBIVON

Associazione Medica

MENSILE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA - AMI
Fondato da Mario Menaguale

Clamoroso cambio della guardia nella FIMMG

Giacomo Milillo subentra a Mario Falconi

Le sezioni periferiche voltano le spalle a Falconi. Ma e' finita qui?

Il Segretario Nazionale Mario Falconi, da anni indiscusso leader del maggior sindacato dei medici di famiglia, e' stato inaspettatamente sconfitto nel confronto elettorale con il vicesegretario e concorrente Giacomo Milillo, con uno scarto di voti piuttosto rilevante.

A Falconi sono stati rimproverati numerosi errori: dalla gestione troppo autoritaria e personalistica del sindacato, alla scelta dei dirigenti in base a criteri personalistici, al maldestro tentativo di introdursi in politica fondando il cosiddetto "partito dei medici", esitato in un flop clamoroso alle scorse elezioni amministrative, alla gestione monopolistica delle societa' scientifiche e finanziarie collegate.

Anche se non se ne e' parlato direttamente, e' possibile che il voltafaccia della base sia stato determinato anche da alcune impopolari posizioni su questioni economiche, che i medici hanno sentito come vessatorie:

-L' aumento della quota sindacale per finanziare beni di lusso, come l' affitto della sede romana che ammonta (a detta di un iscritto bene informato) a ben 40-0.000 Euro l' anno!

- L'appoggio incondizionato all' obbligo di pagamento dell' iscrizione ONAOSI, contro il parere di tutta la base

-L' annunciata intenzione di aumentare i contributi ENPAM

Possono aver pesato, inoltre, le scissioni provocate da una gestione troppo autoritaria all' interno del sindacato: la FIMMG ha perso la sezione di Napoli, la

seconda d'Italia, uscita in massa fondando l' UNAMEF, un nuovo sindacato divenuto ormai un pesante concorrente; a Roma si e' verificata una scissione di minore entita' ma di rilevante impatto per la qualita' dei fuoriusciti, che hanno strappato per la prima volta alla FIMMG il controllo di alcuni distretti.

Insomma, una serie di fattori che, non avvertiti da chi si e' posto troppo al vertice sono stati invece ben avvertiti dai consiglieri votanti al Congresso.

Mario Falconi si e' detto amareggiato ma interessato soprattutto all' unita' del sindacato. Guarda evidentemente alle nuove elezioni che dovranno tenersi tra meno di un anno, in cui si ripetera' lo scontro di ieri.

Milillo, persona intelligente e ragionevole, dovra' essere molto accorto se vorra' mantenere il favore della base votante e dovra' trovare un valido fiduciario che mantenga il controllo della situazione a Roma, cosa non facile, trovandosi ad operare a Torino.

Rimarremo tutti alla finestra, perche' dalla futura gestione della FIMMG dipendera' gran parte del futuro della medicina generale italiana.

Ci piace tuttavia sottolineare come le criticita' sollevate dal nuovo segretario FIMMG siano le stesse da noi gridate invano da lungo tempo, le stesse che hanno indotto molti medici ad operare per la crescita di un sindacato alternativo (il nostro), ormai il secondo in Italia. Dz

Luci ed ombre del "nuovo corso" della FIMMG

E' tutto oro quel che luccica?
Riflessioni di Gianuario Marotta
All' interno

Sta per nascere il Sindacato Medici Italiani

Il 16-17-18 novembre, presso l' Hote Duca D' Este di Tivoli si terra' il Congresso Nazionale congiunto UNAMEF - CUMIAISS finalizzato alla definitiva fusione dei due Sindacati in una Associazione unitaria che si chiamera' appunto

"Sindacato Medici Italiani". Saranno presenti i delegati di tutte le Sezioni Regionali, che avranno il compito di ratificare la fusione ed eleggere le cariche esecutive nazionali.

Sara' presente una nutrita delegazione AMI-UNAMEF, e saranno presenti rappresentanti degli Ordini dei Medici, della stampa e delle Istituzioni sia sanitarie che politiche.

Si tratta di un avvenimento di enorme portata per i medici del SSN, in quanto si viene a formare un polo alternativo ai "vecchi" sindacati; questo nuovo Polo riveste inoltre la caratteristica di essere "intercategoria" rappresentando appunto una pluralita' di categorie sanitarie.

Lungi da essere uno svantaggio, questa condizione permettera' la proposta e la difesa di contratti coordinati e coerenti tra loro, senza le conflittualita' interne che ci hanno indebolito nei confronti della parte pubblica.

Sta per concludersi la contestata questione?

L' "Affare ONAOSI" finisce in Procura

E i parlamentari si muovono contro

Un medico sporge denuncia contro il balzello. Un Magistrato di Parma rimette la questione alla Corte Costituzionale. La Commissione Affari Sociali della Camera propone un emendamento che elimina l' obbligatorieta' del tributo.

Siamo alla conclusione? Speriamo!

Le assurde cifre sui morti in corsia

Danno i numeri per fare scandalo E gli Ordini, cosa fanno?

Riportano alcuni mezzi di informazione che un' Associazione professionale (che purtroppo non potremo piu' tenere nel novero di quelle maggiormente attendibili), l' AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), non ha saputo resistere alla tentazione di far sensazione per finire sulle pagine dei giornali. Nel corso di un convegno da loro stessi organizzato a Milano hanno sparato cifre che fanno accapponare la pelle: gli errori medici nelle corsie ospedaliere fanno piu' vittime degli incidenti stradali, degli infarti e di molti tumori: 30-35.000 morti l' anno, circa 90 al giorno.

Il tutto comporterebbe, per di piu', un costo economico enorme, stimato in 10 miliardi di euro l' anno. L' Associazione punta il dito sulla disorganizzazione delle strutture sanitarie offrendo anche (sentendosi evidentemente al di sopra del problema) strumenti finalizzati a correggere questo aspetto.

Una domanda sorge spontanea: ma dove hanno preso mai questi dati, i signori? Come hanno potuto controllare cartelle cliniche e schede ospedaliere di reparti o istituti di cui non fanno parte? Come hanno potuto conteggiare cosi' esattamente i "morti per colpa medica"? E se li hanno potuti contare (e quindi individua-

re con una certa precisione) perche' non hanno presentato questi dati alla Procura della Repubblica, e non a un convegno scientifico?

Una strage del genere, che fa impallidire certi "genocidi" tanto pubblicizzati, non puo' essere ridotta ad una chiacchierata intorno ad un tavolo!

E i medici colpevoli di questa strage dovrebbero risponderne, ed essere allontanati dalla professione! Non e' possibile fare finta di niente!!

E' possibile, ovviamente, che i relatori siano stati fraintesi, e il senso delle loro affermazioni stravolto dai mezzi di comunicazione; magari le loro cifre non rappresentavano i morti, ma solo errori spesso banali come erronee ma innocue annotazioni in cartella (e in tal caso saremo lieti di pubblicare una rettifica).

Ma se cosi' non fosse, essi devono essere chiamati a rispondere delle loro affermazioni in tutte le sedi competenti, da quella giudiziaria a quella Ordinistica, perche' tali affermazioni, se non adeguatamente comprovate, sono gravemente lesive del decoro e del prestigio della categoria, e cio' dovrebbe essere adeguatamente considerato.

DZ-GZ

Sociale.

In loro comportamento aveva insospettito le autorità sanitarie: prescrizioni di uno stesso farmaco per 50 volte di seguito, visite in molte farmacie, ritiro in enormi quantità di farmaci.

I farmaci implicati sono il Cytotec, il farmaco psicotropo Lexomil (non so cosa sia) e l'antibiotico Clamoxyl

(presumo sia la claritromicina). Le importazioni illegali hanno riguardato soprattutto Viet-Nam e Cambogia. Il Direttore del reparto antifrode della sanità, Pierre Fender, ha affermato che si tratta solo dell'inizio di una lotta senza quartiere alle truffe. Staremo a vedere... www.pillole.org

Truffe alla Sanita': tutto il mondo e' paese I cugini francesi accusano la stessa malattia

Gli scandali sulla Sanita' non sono un' esclusiva italiana.

Il giornale Le Parisien infatti denuncia un traffico di farmaci in cui sono implicati centinaia di medici di 20 dipartimenti

Medici compiacenti prescrivevano farmaci a pazienti che provvedevano al ritiro in farmacia. Questi farmaci erano poi inviati in Asia del sud-est e in Africa e per essere rivenduti.

Più di cento medici, secondo una fonte del Parisien, sono già stati inquisiti e non è che l'inizio.

I medici rischiano di essere sanzionati dall'Ordine (fino alla interdizione all'esercizio della professione) e potreb-



bero essere perseguiti truffa e rinviati a giudizio.

Numerosi pazienti sospettati di aver partecipato alla truffa sono già stati interrogati dal consiglio medico della Securité

Terremoto nell' ECM

La Corte Costituzionale annulla il decreto che stabilisce i criteri delle societa' scientifiche
All' interno

ALTA CLOR

Il Terremoto nella FIMMG. La manovra del Gattopardo?

Si cambia la facciata, ma cambierà la sostanza?



le SALVATOR MUNDI.

La discesa in campo fu magnificata da una mezza pagina pubblicata su Repubblica. Allora io e molti miei colleghi ci chiedemmo se per caso non fossimo noi a non capire la grande strategia, ma poi con un semplice ed onesto ragionamento arrivammo a dire semplicemente che il sindacato deve essere sindacato e per di più essendo il "nostro" un sindacato di categoria, arrivammo alla conclusione sofferta e difficile che da esso doveva uscire solo la rappresentanza e la difesa normativa ed economica dei lavoratori da esso rappresentati. Difesa normativa ed economica dei lavoratori che ovviamente non significa penalizzazione dei cittadini, anzi ... Ora abbiamo il Nuovo, che a dire il vero in un passo del suo intervento dimostra di essere ancora sulla linea del Vecchio, se è vero che ha dichiarato: "La FIMMG continuerà a operare nell'interesse primario dei cittadini, sforzandosi di offrire loro un servizio di

delle loro indicazioni il prossimo futuro della FIMMG".

Analizziamo le sue parole:

...1). "La FIMMG continuerà a operare nell'interesse primario dei cittadini..." Dimentica che l'interesse primario deve essere per i medici di MG, perché ai cittadini devono pensare altre istituzioni (Associazioni, Partiti, Parlamento).

...2). *sforzandosi di offrire loro un servizio di assistenza primaria sempre più moderno e organizzato, nel quale il medico di medicina generale rafforzi il proprio ruolo di riferimento...*

Ma da quando la Fimmg ha lavorato per offrire il servizio di assistenza primaria? Il servizio è stato da sempre elaborato, organizzato ed "elargito" a cittadini e medici dai nostri Signori Politici.

Parliamo poi del "ruolo di riferimento" che come tutti sanno oggi è solo un riferimento giudiziale: il MMG è colui al quale si riferisce tutta la malasanità e lo spreco economico sanitario.

... 3) *dedicherò le prossime settimane all'ascolto di tutti i Segretari provinciali del sindacato per costruire anche sulla base delle loro indicazioni il prossimo futuro della FIMMG"....*

E qui sta la chicca: tutti gli sforzi sono dedicati alla costruzione del prossimo futuro della FIMMG.

MA " FACITEME U' PIACERE ... " diceva un grande comico... NON SI DEVE COSTRUIRE IL FUTURO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ITALIANO, SI DEVE COSTRUIRE IL FUTURO DELLA FIMMG !!

Tanto ci si aspettava...

Con amarezza

Gianuario Marotta

Scrivo un nostro collega per dare la "lieta novella": Milillo nuovo Segretario Generale Fimmg eletto dal Congresso in cui per " la prima volta " (sua affermazione) si è avuto un confronto interno. C'è da riflettere sul fatto: per la prima volta si è tenuto un dibattito, si sono espressi vari pareri, si è messa in dubbio la Leadership del " GRANDE ", e soprattutto si è messa in minoranza la sua linea " politica ", quindi si è arrivati a sancire il fallimento di quelle idee e di quei comportamenti che hanno portato alla ridicolizzazione della MEDICINA GENERALE e soprattutto dei MEDICI DI MG ITALIANI.

Non credo sia necessario elencare tutte le contraddizioni di una dirigenza che ha sempre anteposto una visione politica (?!) ad una visione sindacale della sua missione.

Ricordo solo che un sindacato si è candidato ad essere un partito politico: solo la scarsa acuità visiva di alcuni ha portato a credere che " IL SINDACATO ", che per definizione è una Associazione di lavoratori che chiede e lavora per ottenere benefici per la categoria, potesse allo stesso tempo essere il dispensatore dei benefici stessi.

Alle ultime elezioni amministrative a Roma è scesa in campo la FIMMG qua-

"Cambiare tutto perché nulla cambi"

Così diceva il Conte di Salina ne "Il Gattopardo"

di Giuseppe Tomasi di Lampedusa

Ma quello della FIMMG sarà un vero cambiamento di rotta? si chiedono, scettici, molti medici italiani

assistenza primaria sempre più moderno e organizzato, nel quale il medico di medicina generale rafforzi il proprio ruolo di riferimento - ha dichiarato Milillo subito dopo la proclamazione ufficiale - dedicherò le prossime settimane all'ascolto di tutti i Segretari provinciali del sindacato per costruire anche sulla base

Il medico che ha rapporti con una Azienda Sanitaria non dovrebbe svolgere consulenze di parte contro la stessa.

Sconsigliabile per il medico dipendente o convenzionato con l'Azienda lo svolgimento delle funzioni di consulente tecnico in favore di un cittadino che abbia in corso una controversia nei confronti dell'Azienda stessa.

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha chiesto all'Ordine dei Medici di Firenze un parere in merito all'eventuale sussistenza di una situazione di incompatibilità per il medico dipendente o convenzionato con l'Azienda che assuma l'incarico di consulente tecnico di un cittadino che abbia intentato una causa contro l'Azienda stessa. Il Consiglio Direttivo dell'Ordine, esaminando la questione dal punto di vista prettamente deontologico, ha innanzitutto ricordato che al medico è consentito lo svolgimento di ogni atto medico, purché sia compiuto con indipendenza e autonomia di giudizio, secondo scienza e coscienza, per la migliore assistenza al paziente. Comunque il Consiglio ha rilevato anche l'inopportunità per il medico di porsi in situazioni che siano in palese contrasto con i suoi doveri nei confronti del datore di lavoro, anche perché l'art. 73 del vigente Codice Deontologico prevede che il medico dipendente o convenzionato non può adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

Pertanto il Consiglio ritiene sconsigliabile per il medico dipendente o convenzionato con l'Azienda lo svolgimento delle funzioni di consulente tecnico in favore di un cittadino che abbia in corso una controversia nei confronti dell'Azienda stessa.

Fonte: Notiziario di FIRENZE MEDICINA SIMeF

Anno IV - 2006 - N.230

Commento di Luca Puccetti

Articolo 73 del codice deontologico medico vigente - Conflitto di interessi
"Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale".

Questa la norma testuale.

La deontologia è come una giacchetta che viene tirata da tutte le parti. Quando conviene la si tira in ballo mentre quando non conviene o si pone in conflitto con norme legislative allora la si lascia in secondo ordine. La lettura dell'articolo 73 è veramente preoccupante, in pratica, a seconda delle interpretazioni, l'attività libero professionale non può essere "favorita" se un medico è dipendente ed addirittura anche se è convenzionato con un'Azienda sanitaria. Cosa significa favorire? L'espressione è talmente vaga da prestarsi a qualsiasi interpretazione. E come porsi dinanzi a questa norma alla luce delle disposizioni del recente decreto Bersani?

Credo che molti non avrebbero affatto sottoscritto un codice che contenga espressioni così vaghe e generiche che possono esporre il medico alle più svariate contestazioni.

Se vogliamo che l'Ordine ed il codice siano davvero "sentiti" è assolutamente necessaria una democrazia diretta che preveda un'ampia ed articolata discussione, articolata a vari livelli, e l'espressione di voto diretta in merito alle norme del codice di almeno la maggioranza di tutti gli iscritti (pena la nullità della consultazione) e l'approvazione delle norme deontologiche solo previo raggiungimento della maggioranza assoluta dei votanti.

Voglia di Dipendenza? O, forse, voglia di Pensione?

Spesso il medico non si riconosce più nei nuovi ruoli.

Serenità professionale e tranquillità economica le richieste più pressanti

Chi l'avrebbe mai detto?

Fino a pochi anni fa, se solo accennavi ad un Medico di M.G. Italiano qualche timida riflessione sul passaggio alla Dipendenza Ti saresti preso una strillata di quelle brutte! "Ma quando mai? Siamo orgogliosi della nostra Indipendenza, della nostra Libertà! La nostra non è solo una Professione, ma è Arte Medica!" etc. etc.

Fino a pochi anni fa!

Sarà, forse, perché ormai molti di noi hanno superato il giro di boa dei vent'anni di attività, avviandosi al completamento di essa, verso una fase più matura, assestata, raccogliendo i frutti di quanto faticosamente seminato?

Sarà, forse, perché ci hanno portato a lavorare sempre più ingabbiati, scontenti, perennemente in conflitto con i Pazienti o con i Nostri Superiori (Distretto, Asl, Controllori vari etc.)?

Sarà, forse, perché non crediamo più in quello in cui che credevamo anni fa?

Sarà?

Invece, provate a parlarne oggi con i nostri Colleghi..... La dipendenza non è più un tabù!

I Giovani ne parlano favorevolmente, tanto sono già in qualche modo "abituati", vedi le varie Guardie Mediche, 118 etc.. Gli Anziani, sempre più demotivati ed "infastiditi" cominciano a pensarci e non vedono l'ora di tirare i remi in barca.

Allora non è voglia di Dipendenza, ma solo voglia di Pensione?

Io, invece, credo che sia solo il desiderio di poter vivere e lavorare senza affanni, veramente lavorando in scienza e coscienza, di poter curare, certo in modo appropriato, ma senza quel fiato sul collo che abbiamo oggi, quando, per esempio, se vuoi prescrivere un farmaco un po' più costoso oppure qualche striscetta per autocontrollo della glicemia hai bisogno del Santissimo "Piano Terapeutico" che un Tuo Collega Specialista, certamente più bravo ed appropriato di Te, dovrà redigere al posto Tuo!

E allora Ti demotivi, comincia il Burn-Out, scoppi e vuoi la "tranquillità" della Dipendenza oppure molli tutto ed allora vuoi la Pensione!

No! Non credo proprio che sia questo ciò che i Medici di Medicina Generale vogliono! Ancora una volta non vogliamo la Dipendenza! Ancora una volta siamo fieri di voler lavorare per come abbiamo studiato!

Vogliamo solo la tranquillità e la serenità che nel nostro immaginario collettivo può significare la Dipendenza.

Vogliamo uno stipendio certo ogni fine mese per poter pagare il mutuo, vogliamo poter andare in ferie come tutti i lavoratori, senza doversi affannare a trovare un sostituto che, comunque, dovremo pagare Noi, vogliamo poter dire, "oggi ho una schiena a pezzi", "oggi ho solo 38 di

febbre", "oggi ho un'emicrania pazzesca" e "me ne voglio stare a casa, tanto ci sarà qualcuno a sostituirmi", anche se so che andrò a lavorare comunque, come abbiamo sempre fatto, nonostante gli acciacchi che avrebbero costretto a casa qualunque "normale" lavoratore.

Noi andiamo lo stesso a lavorare!

Sarà l'amore per la Professione, sarà, certamente, anche la difficoltà a lasciare per pochi giorni lo Studio, visto che, in ogni caso, ci tocca pagare il sostituto per i primi 3-5 giorni, sarà, anche di più, la difficoltà a lasciare i propri assistiti senza la nostra presenza per eventuali, malaugurati, periodi più lunghi, senza sapere se al nostro ritorno saranno lì ad aspettarci, consci, come siamo, che tutto il nostro stipendio ruota solo sulla presenza o meno di pazienti iscritti con Te.

Questo è il nostro desiderio, non la Dipendenza in quanto tale, ma la tranquillità che ci ispira.

"Serenità nel proprio lavoro e certezza retributiva" sono le parole d'ordine che i Colleghi ci chiedono.

Certo non si potrà passare alla Dipendenza (né lo si vuole veramente). D'altronde costerebbe talmente tanto alle casse governative che la proposta è irricevibile, ma vediamo di inserire nei nuovi Accordi quelle basi che ci permettano di sviluppare le parole d'ordine di cui sopra.

- Serenità, allora, significa norme, leggi e note chiare e obbligatorie per tutti, dipendenti compresi;

- Serenità vuol dire non dover subire il ricatto della revoca da parte del paziente. Ci vuole un Accordo Nazionale che non sia legato solo alle scelte in carico per dare al Medico serenità nel governo clinico della domanda;

- Serenità vuol dire poter godere del nostro mese di Ferie retribuito, come tutti;

- Serenità vuol dire poter essere ammalati e retribuiti, anche dal primo giorno;

- Serenità vuol dire perequazione retributiva con i Dipendenti, visto che detratte le spese e considerato il differente trattamento previdenziale i Medici di Famiglia mantengono un livello retributivo rispetto ai Medici dipendenti inferiore mediamente del 30%;

- Serenità vuol dire avere la nostra brava "Tredicesima";

- Serenità vuol dire avere un aggiornamento sì obbligatorio e con tematiche, ovviamente, concordate, ma che sia retribuito, come per i Dipendenti. Cioè svolto in giornate di normale lavoro con pagamento del Sostituto o, come oggi, di sabato, ma che ci sia pagato (ed in base oraria), per queste ore extra che togliamo alle Nostre Famiglie;

- Serenità vuol dire abolizione di tutta la burocrazia attuale (almeno la maggior parte). Per prima cosa va abolito il certificato di malattia per i primi tre giorni, sostituito da un'autocertificazione;

- Serenità vuole dire avere un prontuario farmaceutico regionale (o nazionale o aziendale) con l'elenco dei farmaci che l'Ente vuole dispensare, con maggiore tranquillità prescrittiva, al riparo da

tutte le contestazioni che ogni giorno vediamo e subiamo;

- Serenità vuol dire colloquiare da pari a pari con i Colleghi Ospedalieri o Ambulatoriali. Si potrebbe, in particolare, incentivare il colloquio, il vecchio "Consulto", tra varie figure professionali.

Ovviamente ciò va retribuito, almeno con la stessa quota (oraria o meno) che spetta allo Specialista per lo stesso compito;

- Serenità vuol dire tutela della nostra esperienza. L'anzianità professionale va tutelata! E' una forma di progressione di carriera! E' assurdo che l'attuale Accordo non preveda più uno "scatto" legato all'anzianità;

- Serenità vuol dire che se ho qualche controversia con la mia Asl, devo poter contare su un giudizio che veda particolarmente presenti i miei Colleghi ed il mio Ordine dei Medici, piuttosto, che un Avvocato ed i Medici della controparte. Queste parole d'ordine vanno tradotte in proposte nuove per un Accordo Nazionale che sia veramente innovativo. Lo stiamo facendo!

La nascita, ormai imminente, di un nuovo "Sindacato dei Medici Italiani", così ci chiameremo tra poco, che veda al suo interno tutte le figure professionali impegnate nella Sanità pubblica e privata non può che agevolare il colloquio e l'evoluzione sinergica delle stesse.

Certamente, la Medicina Generale, oggi, dovrebbe essere organizzata per affrontare meglio le prevalenti cronicità e le crescenti disabilità attraverso ambulatori dedicati ad alcune comuni patologie croniche e necessita una migliore e puntuale organizzazione della domiciliarità per i pazienti non ambulabili.

La retribuzione così com'è oggi concepita non favorisce questa evoluzione ma tende a relegare il Medico di M.G. in un ruolo marginale dal punto di vista diagnostico-terapeutico (nell'immaginario collettivo il Medico di Famiglia italiano è visto come un brav'uomo paternalista e comprensivo, con la sua valigetta piena di ricettari e moduli e con soltanto l'ausilio di un fonendoscopio e di uno sfigmomanometro).

Va poi riorganizzata la libera scelta del Medico (che è un aspetto fondamentale e prezioso della Medicina Generale italiana ed europea) che, così com'è oggi, determina, però, una grande debolezza del Medico nei confronti dell'assistito che, sempre più spesso, tende a richiedere prestazioni sotto la spinta di una cultura consumistica della salute alimentata dai mass-media.

Purtroppo nei Giovani aumenta la disaffezione verso questa Professione, intesa com'è oggi, e, stante questa situazione penalizzante, è prevedibile che il boom pensionistico dei Medici, che inizierà dopo il 2013 (soltanto tra 6 anni!) e che avrà il suo massimo esodo intorno al 2018, produrrà una forte e contemporanea contrazione del numero dei Medici di Medicina Generale senza un sufficiente ricambio generazionale, rendendone a quel punto veramente complessa la riorganizzazione. Pertanto, è già da oggi che bisogna cominciare a porre le basi per cambiare il volto ed incentivare i Giovani ad entrare in quella che oggi non è più vista come una Professione "serena e gratificante". Noi ci stiamo provando!

Raffaele D'Arco
MMG, Napoli

Medici Giudici e Carnefici?

Prosegue il dibattito sull'eutanasia

"Scusi questo è il dipartimento di Medicina Legale..." "Sì, prego..." "Cerco il professor Morte per la specialità Omicidio di stato" "Ah sì! Prosegua dritto fino al padiglione Auschwitz, scenda al piano forni con la scala SS, a sinistra naturalmente, trova subito l'aula di sterminio Mengele..."

Incubo da stress o realtà prossima futura?

Quale medico potrà offrirsi per eseguire la condanna a morte inflitta a persone ree di versare in tragiche condizioni di salute, tali che la nostra scienza medica, con tutti i suoi limiti, non sa (ancora?) curare. Certo quei pazienti saranno stati giudicati passibili della pena capitale da altri medici-giudici, che forse avranno ritenuto di esprimere una diagnosi con stadiazione del morbo ed una prognosi infuata, ma in realtà avrebbero emesso una sentenza assoluta e letale.

Leggere sui media che nell'eventuale legge potrebbe essere contemplata per i medici la scappatoia dell'"obiezione di coscienza", come se per un medico ammazzare la gente fosse semplicemente una estensione dei suoi doveri istituzionali, è penoso. Riflette quella che ormai è la concezione diffusa del Medico-schiavo, del Medico-oggetto.

La colpa è nostra, dei medici. Abbiamo lasciato che la demagogia il populismo il servilismo di alcuni si infiltrasse e prendesse dimora fra noi sopraffacendo anche il senso morale e la deontologia. Senza Morale e Deontologia non c'è Medicina. Per alcuni può esserci potere, lucro e persino ricchezza, per tutti solo Vergogna.

Non se ne vogliono i colleghi che con solerte accondiscendenza si schierano fra i fautori dell'eutanasia, ma ci chiediamo: ricordano il giuramento prestato o tenevano incrociate le dita? Possono ancora definirsi medici coloro che ritengono di porre la loro scienza e tecnica al servizio della morte dei loro pazienti? Ci è francamente molto difficile pensare a colleghi che accettassero, per qualsivoglia motivo o legge, di uccidere volontariamente chicchessia.

Il collega Sandro Bartoccioni, nel *didattico* libro "Dall'altra parte" (pag. 118) sostiene che "Il 20% dei pazienti affetti da tumore muore per gli effetti della chemio, non per il tumore". Come anche in altri casi un certo numero di pazienti muore secondariamente a trattamenti o atti medici. Ma è ben diverso tentare di curare e non riuscire o addirittura sbagliare, dallo scegliere di divenire assassino prezzolato. Sappia con chiarezza il medico in attività ed ogni futuro medico



che un'eventuale legge potrebbe individuare quale soggetto idoneo per svolgere le funzioni di boia adempiendo all'esecuzione di omicidi premeditati su commissione dello Stato.

Oltre il tanto declamato umanitarismo e pietismo, che ricorda i gloriosi personaggi di film costretti alla soppressione dei loro

cavalli azzoppati, si potrebbe cinicamente pensare ad un certo risvolto economico, che in periodi di scarse risorse...

Quanto costa un "terminale"? Quanta spesa sanitaria induce? Se si convertissero gli hospice in "Centri dell'immediato decesso", magari con cremazione compresa, quanto si risparmierebbe in totale?

A chi il compito di giudice? La tematica dovrebbe essere appannaggio delle svariate commissioni etiche sparse un po' ovunque in Italia. Indicheranno chi si debba sopprimere stabilendo in una tempi, metodi ed esecutori? Viene ben strano pensare che una commissione definita *etica* si occupi non di difendere la vita, ma di negare e sopprimere la vita.

Già, la vita. Vita e qualità di vita e vita di qualità. Vita nel bene e nel male, dignità di vita sempre. Questo è l'obiettivo vero ed irrinunciabile: il rispetto assoluto della dignità della vita soprattutto nella sofferenza ed in particolare nella più estrema.

Chi può ritenersi idoneo a definire i criteri per decidere al di là di ogni ragionevole dubbio se la vita di un individuo meriti o no di essere tuttavia vissuta? Sarà il parlamento? Il Capo dello Stato? Ce lo diranno i vari D'Alema, Turco, Bertinotti, Casini, Bossi e Berlusconi? Non si offendano gli altri, ma non possiamo citare tutti gli eletti esercenti il potere legislativo.

Noi non crediamo possibile che, neanche su richiesta esplicita e scritta davanti a notai e testimoni, lo Stato possa agire per **"la tutela della salute"** sopprimendo il cittadino malato. Né che possa stravolgere la figura del medico da Curante a Soprimente, da Operatore di Salute ad Operatore di Morte.

Altro discorso nell'approccio al problema degli ultimi giorni è quello inerente i limiti delle terapie di sostegno e sintomatiche e delle terapie antalgiche. E' un altro discorso, serio e profondo, il cui tema è la difesa della vita e la salvaguardia della dignità della persona fino al **Suo proprio ultimo respiro**, senza che giudici e carnefici si attivino prima e più del male stesso.

Beniamino Baldacci

ASSOCIAZIONE
MEDICA

I protocolli terapeutici sono ormai comuni, una volta che il paziente è stato etichettato con una diagnosi.

Il paziente si imbarca in un programma prefissato di cura che ha lo stesso grado di personalizzazione riservato alle automobili nell'autolavaggio.

(P. Wall, *Perché proviamo dolore*)

ITALCHIMICI

Percorsi diagnostico – terapeutici in gastroenterologia:

dalla gestione del paziente epatocirrosico alla diagnostica ecografica delle lesioni epatiche al trapianto di fegato
sala conferenze SIAMEG – Via Merulana 272 – Roma Prot. ECM n. 5298/257446
Gli appuntamenti rimasti:

- Giovedì 9 novembre:** *Relatori: Dr. Tatti Patrizio*
20.00 – 21.00 “Insufficienza epatica cronica e diabete mellito”
21.00 – 21.30 *D.ssa Sarnelli Anna*
“Complicazioni infettive ginecologiche ed urinarie”
21.30 – 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 16 novembre:** *Relatore: Dr. Pietro Paolo Vincenzo*
20.00 – 21.30 “Screening del cancro colon-rettale”
21.30 – 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 23 novembre:** *Relatore: Prof. Attilio Adolfo F.*
20.00 – 21.30 “Gonfiore di pancia”; fisiopatologia clinica e percorsi diagnostico terapeutici
21.30 – 22.30 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
- Giovedì 30 novembre:** *Relatore: Prof. Ginanni Corradini Stefano*
20.00 – 21.00 “Trapianto di fegato da donatore vivente”
21.00 – 22.00 Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
22.00 – 22.30 Post Test

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Merc. 10⁰⁰-17⁰⁰
Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail : siameg@tin.it
La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti
Quota di iscrizione : €. 120,00 + iva (per 6 incontri)
Per gli iscritti AMI: €. 70,00 + iva

CARDIOPATIA ISCHEMICA NELL'ETA' AVANZATA

Linee guida di diagnosi e terapia (terza ed ultima parte)

Di F. SCIARRA



• **Beta-bloccanti:** l'impiego dei farmaci beta-bloccanti è presidio terapeutico basilare nei

pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica in fase post-scompenso, essendo controindicata la somministrazione in fase acuta ed in presenza di ipotensione arteriosa con valori tensivi < a 90-100 mmHg e/o di rantoli crepitanti e subcrepitanti estesi al di sopra delle basi polmonari.

Controlli clinici, elettrocardiografici ed ecografici ripetuti in pazienti in trattamento, hanno rilevato, oltre ad evidenti benefici psicofisici, una sensibile riduzione dell'area necrotica infartuale post-ischemica acuta e delle tachiaritmie extrasistoliche minacciose.

La terapia betabloccante, oltre che per via orale, può essere condotta per via endovenosa ed è indicata soprattutto in presenza di ischemia coronarica recidivante, tachicardia e/o tachiaritmie, ipertensione arteriosa.

Un trial randomizzato eseguito a Goteborg riguardo al Metoprololo somministrato per via endovenosa ha dimostrato effetti benefici ingenti in pazienti con stasi basale polmonare, specie se associato alla Furosemide; nello studio MIAMI il monitoraggio di valori elevati ≥ 30 mmHg di pressione del circolo polmonare (PCP) ha confermato una progressiva sensibile diminuzione.

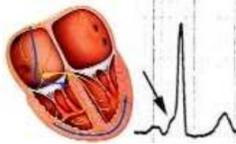
L'esmololo, betabloccante a breve durata di azione ed il Celiprololo, si sono dimostrati validi nell'attività bradicardizzante e vasodilatatrice periferica.

Bisoprololo e carvedilolo sono farmaci di ampio uso e con buona attività bradicardizzante ed ipotensiva arteriosa, da somministrare in dosi minime efficaci, per evitare l'azione inotropica negativa.

- **Digitale:** i glucosidi digitalici sono farmaci derivati dalla pianta digitalis purpurea o lanata, oggi sintetizzati in laboratorio ed efficaci per l'attività inotropica positiva e cronotropa negativa nella fibrillazione atriale cronica e/o nello scompenso cardiaco.

Frequente e, spesso grave, è il sovradosaggio, soprattutto nei pazienti in età senile per cui

bisogna seguire attentamente posologia e controlli clinico-elettrocardiografici e della digittale.



La digitossina (digitalina) si distingue dagli altri farmaci del gruppo in quanto viene completamente assorbita per via orale, ha attività lenta e persistente che aumenta il rischio di accumulo per cui viene preferita la digossina ad azione più rapida ed a minore rischio, che, da diversi anni sostituisce la strofantina.

Gli effetti della digitale sono:

- ❖ ↑ forza di contrazione cardiaca e quindi della gittata (inotropismo)
- ❖ ↑ velocità di contrazione
- ❖ ↑ eccitabilità miocardica (batmotropismo)
- ❖ ↑ del periodo refrattario del nodo A-V (dromotropismo)
- ❖ ↑ del consumo di ossigeno
- ❖ ↓ della frequenza del nodo del seno (cronotropismo)
- ❖ ↓ della conduzione A-V.

La somministrazione può essere orale o endovenosa ed in tale caso la posologia è del 20% inferiore.

La digitalizzazione può essere rapida (1 fiala e.v da 0.50 mg subito, 1/2 fiala dopo 6 ore e dopo 12 ore e successivo mantenimento orale con 0.25-0.50 mg/die) o lenta (1 fiala e.v. oppure 0.50 mg./os/12 ore/2-3 giorni e successivo mantenimento orale, come suddetto).

L'effetto massimo si ottiene in circa due ore per via endovenosa, 4-6 ore dopo somministrazione orale.

La posologia attualmente consigliata è la minima efficace (circa 0.125-0.0625 mg/os/di digossina) sotto controllo clinico, elettrocardiografico ed ematico (digossinemia); le controindicazioni sono ipersensibilità farmacologica, bradicardia, tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare, blocco atrioventricolare di II° e III° grado, marcata ipopotassiemia, ipercalcemia, sindrome di Wolff-Parkinson-White.

L'eliminazione renale avviene in forma attiva; in caso di nefropatia le dosi vanno proporzionalmente ridotte. La dose giornalmente eliminata in percentuale è uguale a:

clearance della creatinina + 145

Dot. Franco Sciarra

Corso di Aggiornamento per i medici romani 2006

Management e trattamento della gravidanza a “basso” ed “alto” rischio
Sala Conferenze S.I.A.M.E.G. Via Merulana 272 – 00185 Roma Prot. ECM n. 5298/264347

PROGRAMMA

Giovedì 7 Dicembre 2006

Ore 20.⁰⁰ – 20.¹⁵
Ore 20.¹⁵ – 21.³⁰

Ore 21.³⁰ – 22.⁰⁰
Ore 22.⁰⁰ – 22.³⁰

Giovedì 14 Dicembre 2006

Ore 20.¹⁵ – 21.³⁰

Ore 21.³⁰ – 22.⁰⁰
Ore 22.⁰⁰ – 22.³⁰

Giovedì 21 Dicembre 2006

Ore 20.¹⁵ – 21.¹⁵
Ore 21.¹⁵ – 22.¹⁵

Ore 22.¹⁵ – 22.³⁰

D.ssa Rosa Savone

Pre Test

“Principi Generali di sorveglianza della gravidanza a “basso rischio”

Presentazione Casi Clinici
Discussione Temi trattati

Prof. Giancarlo Paradisi

Docente Patologia Ostetrica Policlinico Gemelli

“Identificazione e management della gravidanza ad alto rischio”

Presentazione Casi Clinici
Discussione Temi trattati

D.ssa Brigida Carducci

“I farmaci in gravidanza”

Presentazione casi clinici e discussione temi trattati
Post Test

INFO: SIAMEG: da Lun a Ven. 10⁰⁰-14⁰⁰/ Merc. 10⁰⁰-17⁰⁰

Tel : 06/4746344 fax 06/4871092 E.mail : siameg@tin.it

La partecipazione al corso è limitata a 60 partecipanti

Quota di iscrizione : €. 90,00 + iva

Per gli iscritti AMI: €. 50,00 + iva

MSD

La fine della medicina generale

In USA sempre meno generalisti, sempre più e solo specialisti

L' American College of Physicians ha recentemente ammonito che "la medicina generale, spina dorsale del sistema sanitario nazionale USA è a grave rischio di collasso".(1)

Le cause sono molteplici, mentre i pazienti sono insoddisfatti specialmente per il lungo tempo che necessita prima di essere visitati, i medici generalisti sono insoddisfatti per il compito, che è sempre più arduo, e per le paghe ritenute largamente insufficienti. La maggioranza dei pazienti preferisce ancora rivolgersi in prima battuta ai medici di famiglia, (2) ma sta crescendo l'insoddisfazione verso le cure primarie.(3) I medici generalisti si lamentano che quanto viene loro richiesto, ossia di padroneggiare una materia così vasta, supera le capacità umane dovendo, per di più, avere a che fare anche con pazienti che talora nemmeno parlano inglese.

Il sistema basato sul rimborso a volume di prestazioni non privilegia la qualità e spinge ad inserire moltissimi pazienti nelle agende di prenotazione e necessariamente spinge verso visite brevi che divengono possibili solo dopo lunga attesa.

La cronicità sta aumentando sempre più ed emerge la necessità di controllare non solo le patologie ma le condizioni a rischio, discutendone con i pazienti al fine di modificare i fattori di rischio. Poiché i generalisti americani sono pagati anche in base alla loro capacità di svolgere questi compiti in modo efficace, si è calcolato che solo per questi controlli dei fattori di rischio e per i consigli relativi a un generalista USA, che assista 2500 assistiti (la media per medico in USA è 2300), dovrebbe dedicare ogni giorno 10,6 ore più altre 7,4 ore per fornire cure EBM. (4) Questi compiti immani allungano i tempi di attesa e spingono i pazienti a saturare i servizi di emergenza. Molti pazienti con ipertensione e diabete non riescono nemmeno a comprendere quello che il medico dovrebbe aver loro spiegato in merito a come comportarsi e molti non sono adeguatamente trattati. (4,5)

Una procedura diagnostica o terapeutica specialistica di 30 minuti viene rimborsata tre volte i 30 minuti dedicati alla visita di un paziente con diabete o scompenso. I proventi medi di uno specialista nel 2004

sono stati almeno doppi rispetto a quelli di un generalista e la differenza sta aumentando. I dati provenienti dal Medical Group Management Association indicano che dal 1995 al 2004, i proventi del generalista sono aumentati in media del 21,4 per cento, quelli dello specialista del 37,5 per cento. Un rapporto del 2006 dal Center for Studying Health System Change evidenzia che, dal 1995 al 2003, i proventi aggiustati per l'inflazione sono diminuiti del 7,1 per cento per tutti i medici, ma del 10,2 per cento per i generalisti. L'aumento del 5 per cento nei pagamenti del Medicare per le cure primarie, annunciato nel Giugno 2006, è insufficiente a diminuire il gap.

Tutti questi fattori hanno determinato il risultato che sempre meno studenti stanno scegliendo le cure primarie.(1) Tra il 1997 e il 2005, il numero di laureati che è entrato nelle medicine di base è calato del 50 per cento. Nel 1998, la metà degli studenti di medicina interna sceglieva le cure primarie; attualmente circa l'80 per cento sceglie le specialistiche.(1) Ciò che più è grave è che tali tendenze si stanno manifestando in un momento in cui ci sarebbe sempre più bisogno di cure primarie proprio a causa dell'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità. Alcuni studi hanno dimostrato che sistemi basati sulle cure primarie possono ridurre i costi mantenendo la qualità dell'assistenza. Le ospedalizzazioni per diagnosi che potrebbero essere gestite nell'ambito delle cure primarie sono più frequenti proprio in quelle aree in cui è più difficile l'accesso alle cure primarie e gli Stati con pochi generalisti e molti specialisti hanno una spesa più elevata per le principali diagnosi.(1) Il rimedio proposto da Dr. Bodenheimer, professore al Center for Excellence in Primary Care in the Department of Family and Community Medicine, dell'Università della California, a San Francisco sarebbe quello di lasciare a personale non medico o paramedico alcuni compiti routinari e la cura delle condizioni più semplici e di aumentare il personale tecnico in modo da sviluppare ed implementare sistemi basati sui portali web e sull'utilizzo delle e-mail.

Fonte: NEJM, 2006; 355:861-864

MODELLI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO NELL'OTTICA DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

La riorganizzazione delle cure primarie si rende oggi necessaria non solo in funzione della esplosione delle "cronicità" che configura un quadro di nuovi bisogni, non tutti contemplati dalla legge 833/78 istitutiva del SSN, ma anche a causa della deficitaria applicazione della L 328 del 8/11/2000, per cui i distretti sociosanitari non sono stati capaci di costruire il territorio attraverso modelli LOCALI di assistenza e integrazione: il risultato è che ancora oggi si continua a erogare prestazioni fini a sé stesse e spesso lasciate al "fai da te" del cittadino realizzandosi un vero well far... west mentre le Aziende monitorano l'appropriatezza della prescrizione.

La logica della prestazione fine a sé stessa era alla base del modello "a ciclo di malattia" che produceva "a notula". Ora, il legislatore aveva forse recepito i mutamenti epidemiologici e culturali quando impose il "ciclo di fiducia" che riconosce la quota capitaria, come cardine del contratto della Medicina Generale, ma ahimè solo di questa, perché i Servizi Territoriali e gli Ospedali continuano a lavorare secondo lo spirito della "notula", o DRG che sia: così allargano sempre più le loro competenze fino alla autoreferenzialità esautorando di fatto la figura del MMG, con il proliferare di centri "specialistici" di secondo livello invadenti il campo del primo, - lo specialista è recepito come più "speciale" rispetto al generalista - e rendendo impossibile così la totale presa in carico del paziente promossa dall'ultimo ACN. Anche i primi provvedimenti regolatori della spesa, note CUF e codici di esenzione per patologia, hanno contribuito a delegittimare il MMG nella misura in cui il tal farmaco è prescrivibile solo dopo...; e poi il codice 13 lo assegna al Centro Antidiabetico che comunque continua a seguire successivamente il paziente, difatto scippandolo al MMG che paradossalmente non se ne dispiace più di tanto nell'ottica della quota capitaria, salvo poi "dovere avallare prescrizioni altrui non sempre congrue delle quali comunque continua ad essere responsabile ai fini economici. Il vuoto di potere così determinatosi, i vari ACN hanno pensato di reinterpretarlo proponendo il modello psicosociale WONCA pur ribadendo la centralità del MMG nei percorsi gestionali condivisi per le cronicità. Sappiamo tutti come è finita: il MMG oggi, in molti casi, è l'unico operatore sociosanitario a interagire con i soggetti fragili, perfino quando la fragilità è determinata da fattori climatici!, mentre molto spesso è lo scrivano di terapie e/o accertamenti prescritti dopo un controllo specialistico o un ricovero, strumenti con i quali l'Ospedale gestisce non solo l'acuto ma anche la cronicità: riflettiamo sul fatto che compito del MMG, secondo art 55 attuale ACN, è solo segnalare la fragilità ai servizi sociali e che l'art.21 dell'AIR LAZIO recita "In attesa della definizione di percorsi Aziendali di cura e assistenza, i MMG si impegnano a....." per concludere che i soli contratti di settore senza nessuna garanzia di reciprocità trasversale non garantiscono né i prestatori d'opera né le prestazioni. Così, come paradossalmente riconosciuto dal citato art 21 AIR LAZIO, oggi il



territorio è solo un'espressione geografica, o, usando le parole dell'On. Ministro Turco, "il secondo pilastro da costruire", giacché le Aziende, attraverso i Distretti, non hanno creato la rete territoriale dei servizi funzionale all'integrazione sociosanitaria, ma nemmeno hanno garantito la "LOCALITÀ" dell'assistenza, cioè la possibilità di rispondere ai bisogni all'interno del distretto; addirittura assistiamo oggi nell'ottica del RECUR alla diaspora randomizzata della prestazione da eseguire, ovunque, purché sia presto e non importa come! Se poi ci aggiungiamo che il deficit di bilancio, nonostante tutti i controlli sulla prescrizione determinati dal sistema Tessera Sanitaria, impone in un triennio la riconversione di 5000 posti letto ospedalieri nonché la razionalizzazione delle Prestazioni Ambulatoriali Complesse, da eseguirsi non più in day Hospital ma in day Service, proprio in un momento storico e culturale in cui le linee guida stabiliscono sempre più la necessità di studiare ogni cronicità con esami specifici, possiamo comprendere il fatto che, mai come oggi, la frammentazione e la conflittualità tra operatori sanitari sia arrivata al parossismo. L'Ospedale infatti teme di non potere più garantire e fronteggiare l'urgenza/emergenza spesso determinata dalla cattiva gestione territoriale delle cronicità nell'assenza di percorsi condivisi, ma il mmg si chiede se non dovrà onorare un altro compito contrattuale, quello di garantire, con una inaccettabile contorsione involutiva del sistema, anche le urgenze: si comincia con i codici bianchi, e poi....

Il quadro sembra fosco, ma come dicevamo il Sistema ha prodotto una normativa funzionale all'elaborazione di un nuovo modello o "patto per le cronicità" che comunque si deve fondare su una rivoluzione culturale: quella di riconoscere che, nel continuum di una patologia che evolve attraverso fasi di quiescenza ed instabilizzazione, ogni operatore che intercetti tale continuum deve avere la stessa valenza e la stessa possibilità di esercitare responsabilmente il proprio ruolo nell'ambito della propria competenza. Continuum di patologia significa cioè comunicazione, integrazione e collaborazione paritaria fra diverse discipline per perseguire non tanto e solo una continuità temporale dell'assistenza quanto e soprattutto unicum gestionale, cosicché, nel passaggio delle competenze tra livelli PARITARI (in un sistema di cure primarie non ci possono essere livelli "più primari"!); sia la centralità del malato e non quella dell'operatore a

determinare il processo di cura ed assistenza.

Quale dunque la normativa da cui partire? La L 328 dell'8/11/2000, innanzitutto; per restituire al DISTRETTO SOCIO SANITARIO la prevista autonomia nell'organizzare la località dell'assistenza e nel promuovere l'integrazione sociosanitaria: sono queste, due condizioni senza le quali non riusciamo ad immaginare possibili percorsi aziendali condivisi. Un distretto forte elaborerà UNA CARTA DEI SERVIZI AZIENDALI, che regoli competenze e responsabilità individuali nel continuum del percorso diagnostico-terapeutico al fine di assicurare, in ogni momento, la totale presa in carico del malato da parte di qualsivoglia operatore struttura o livello attraverso previsti protocolli di accesso o dimissione. Carta dei servizi, già sperimentata con successo presso l'Azienda di Pieve di Soligo, che tra l'altro consente di definire facilmente le responsabilità tanto degli operatori che violino le regole, quanto degli amministratori che siano inadempienti l'obbligo di legge di offerta completa di servizi.

Altro aspetto normativo importante è rappresentato dal concetto di "garanzie di sistema" di cui all'art 6 AIR LAZIO; mi sembra cioè che i futuri contratti dovranno garantire e valorizzare la specificità del ruolo professionale riconoscendone peraltro una unicità strategica alla gestione della cronicità: la definizione di questo nuovo ruolo medico legittimerebbe ulteriormente la Carta dei servizi di cui sopra.

Al termine di questo percorso culturale e sindacale, e fatti salvi gli specifici compiti dei medici dell'assistenza primaria o dei servizi territoriali o dell'ospedale, diventa immaginabile un modello per le cronicità, imperniato sul seguente algoritmo, che si offre alla discussione: presa in carico del paziente cronico iniziale e condivisa tra MMG e Ambulatorio specialistico al fine di studiare e stabilizzare il quadro clinico; quindi rinvio al territorio con percorso scandito, ordinato e previsto da cartella clinica studiata allo scopo di consentire in ogni momento comunicazione bidirezionale fino a prevedere ricovero "programmato" per emergenze o instabilizzazioni "annunciate": un tale modello lascerebbe al mmg il compito di gestire una cronicità stabilizzata per l'identificazione precoce e la correzione di ogni causa di instabilizzazione, con un'attenzione globale a tutti i fattori di rischio o danni organici collegati allo stato patologico ed attraverso la promozione dell'autocontrollo e dell'educazione continua del paziente (ECP!?) finalizzata alla correzione del lifestyle.

Un modello questo che ottimizzerebbe le risorse umane ed economiche e razionalizzerebbe la spesa, attraverso la condivisione delle scelte terapeutiche e modalità gestionali quando, nell'ambito del continuum dell'assistenza al malato cronico, ciascun possibile operatore diventa il titolare responsabile della totale presa in carico del paziente.

Enzo Pirrotta

Fallisce l'eradicazione dell'Helicobacter nei fumatori

Sempre nuove scoperte sui danni del tabagismo

Gli autori di questo studio si sono ripromessi di dimostrare che l'eradicazione dell'Helicobacter Pylori è più difficile nei pazienti fumatori.

Hanno quindi compiuto una ricerca su PUB MED selezionando studi pubblicati fino all'agosto 2005. Sono stati scelti solo studi in lingua inglese in cui la terapia di eradicazione prevedeva 3 o più farmaci. Dei 59 studi ritrovati 22 rispondevano ai criteri di inclusione (per un totale di 5.538 pazienti) e sono stati sottoposti a meta-analisi. Lo stato di fumatore comportava un rischio doppio di fallimento dell'eradicazione rispetto a chi non fuma. In valori assoluti la percentuale di eradicazione scendeva dall'84,9% nei non fumatori al 76,5% dei fumatori. Tuttavia gli autori hanno trovato una grande variabilità dovuta alla presenza di studi in cui l'eradicazione riguardava prevalentemente soggetti con o senza dispepsia non ulcerosa: il fumo rendeva più difficile l'eradicazione soprattutto negli studi in cui vi era una elevata percentuale di soggetti affetti da dispepsia non ulcerosa. La meta-analisi non ha invece trovato differenze per quanto riguarda il numero di sigarette fumate.

Fonte:

Suzuki T, et al. Smoking increases the treatment failure for Helicobacter pylori eradication. Am J Med 2006;119: 217-24.



MONOBIOS

La vitamina C ed il raffreddore

La profilassi con vitamina C abbrevia leggermente la durata del raffreddore, ma non ne diminuisce l'incidenza.

Sono stati considerati, rivisitando una precedente revisione sistematica Cochrane gli studi sul ruolo della vitamina C nel raffreddore comune. In tutti gli studi considerati la vitamina C, assunta a dosi giornaliere a partire da 200 mg, è stata confrontata con un placebo.

Effetto profilattico: Dalla metanalisi di 23 studi, condotti sulla popolazione generale, la vitamina C, a dosaggi fino a 2 g al dì, non diminuisce significativamente l'incidenza del raffreddore. Solo nei soggetti esposti a sforzi fisici estremi o al freddo, l'assunzione di vitamina C è risultata utile, con una riduzione del 50% dell'incidenza del raffreddore. La somministrazione preventiva di vitamina C è risultata ridurre lievemente ma significativamente la durata del raffreddore, sia negli adulti, che nei bambini.

Effetto terapeutico: Dall'esame dei 7 studi riguardanti il ruolo della vitamina C nel trattamento del raffreddore negli adulti, è emerso che la vitamina, somministrata ai primi sintomi, non si associa ad alcuna riduzione del raffreddore. Tuttavia in uno degli studi più ampi tra i 7 considerati, la vitamina C, somministrata il primo giorno dell'esordio dei sintomi in un'unica dose di 8 g, è risultata associata con una significativa riduzione della durata del raffreddore.

Fonte: Plos Medicine 2005; Vol. 2, No. 6 e168 DOI: 10.1371/journal.pmed.0020168

LA PAGINA SINDACALE UNAMEF

La Medicina Generale svolge un ruolo di valore Costituzionale

Il recente referendum costituzionale ha ribadito a stragrande maggioranza che gli italiani si riconoscono ancora nella costituzione del 1946. Purtroppo molti di noi non conoscono i contenuti della costituzione, vorrei, insieme a voi, considerare gli articoli che riguardano la tutela della salute e fare qualche considerazione sulle conseguenze che la corretta applicazione di queste norme comporterebbe per la nostra attività.

L'articolo 32 della costituzione recita: la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Dalla lettura di questo articolo risalta subito la definizione della tutela della salute del singolo cittadino e come questa sia un bene non solo del singolo, ma dell'intera comunità. La salute del singolo come bene di tutta la collettività comporta, conseguentemente, che ogni singolo cittadino nei riguardi della propria salute deve comportarsi secondo i dettami dell'articolo due della costituzione che evidenzia i diritti, ma anche "i doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

La parte finale dell'articolo garantisce "cure gratuite agli indigenti". La 833/78, che istituiva il servizio sanitario nazionale, andava ben oltre a quanto auspicato dalla costituzione (scritta, ricordiamo, in tempi difficilissimi dal punto di vista economico, ma ricchissimi dal punto di vista di solidarietà umana) ed estendeva a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni politiche e sociali, la tutela della salute.

Non entro in merito alla applicazione che è stata fatta di questa normativa da parte della classe politica, che era chiamata a gestire le risorse e che, spesso, le ha gestite per finalità interne ai partiti e non per il bene della comunità.

Nonostante tutte le difficoltà il principio generale della costituzione della 833 è stato salvaguardato ed attualmente l'Italia è ai primi posti al mondo come aspettativa di vita, superando ampiamente gli stati uniti.

Il presente ed il futuro del servizio sanitario nazionale appaiono, oggi, molto neri: spese altissime, sforamenti di budget, diminuzione dei posti letto, tutte

problematiche ben note a tutti.

In queste condizioni alcune considerazioni derivanti dalla lettura della costituzione si impongono soprattutto sulle conseguenze economiche che la corretta applicazione dei principi costituzionali comporterebbe. I "doveri inderogabili della solidarietà politica, economica e sociale" citati dall'articolo 2 della costituzione comportano la presa di coscienza da parte di ogni singolo individuo che tutelare la propria salute è un obbligo verso la comunità.

Rispettare le campagne vaccinali pubbliche, sottoporsi a controlli annuali presso il proprio medico, osservare norme dietetiche ed igieniche corrette comporterebbe risparmi enormi sulle spese correnti del servizio sanitario nazionale. Una recente



indagine promossa dall'università di Bologna ha calcolato che se tutti si sottoponevano a controllo annuale della pressione arteriosa e fossero trattati farmacologicamente tutti quelli che risultassero al di sopra dei valori soglia avremmo un risparmio di oltre tre milioni di casi di ictus, infarti e scompensi cardiaci l'anno con risparmio sulle spese nell'ordine di svariati miliardi di euro. Se a questo aggiungiamo la prevenzione del diabete di tipo 2, del cancro colon retto, cancro mammario e prostatico, rispetto delle campagne vaccinali antinfluenzali la quota del risparmio aumenterebbe ancora. I medici di medicina generale sono in prima linea in questa attività con gli oltre due milioni e mezzo di accessi giornalieri a livello nazionale (fonti FIMG). Il contatto quotidiano dei medici di medicina generale con i propri pazienti permette loro di svolgere una azione di formazione e di prevenzione che non è immaginabile poter svolgere senza grosse organizzazioni ed aumento delle spese da parte di altre istituzioni. La sensibilizzazione dei cittadini sul rispetto delle norme di prevenzione e di cura potrebbe

avere un risultato sorprendente se si coinvolgessero i medici di medicina generale in campagne di formazione dei cittadini e venisse riconosciuta la posizione centrale da loro ricoperta nel servizio sanitario nazionale. Il principio del rispetto dei diritti, ma anche dei doveri dei cittadini porterebbe una maggiore sensibilizzazione alla cura della propria salute. Che questa esigenza venga avvertita anche dal ministro in carica lo si può dedurre dalle disposizioni che vengono emanate in questi giorni su rimborso delle spese sostenute in caso di cittadini inadempienti che non hanno ritirato le analisi effettuate presso gli ambulatori pubblici. La rivoluzione che si deve attuare nel ssn è proprio quella della coscienza del valore di questo bene comune, nel richiamo ai valori ispiratori che sono stati alla base dell'istituzione del servizio sanitario nazionale quali i principi di diritto alla salute sanciti dalla nostra costituzione e collegati ai principi di doveri inderogabili di solidarietà politica, economica, sociale.

Dr Giovanni Peliti

Novità dalla rete—Qua e là su Internet—A cura di Navigator

VIDEOCAPSULA ALLA PEDIATRIA DI PESCARA

La videocapsula intestinale, già nota per gli adulti, richiede per i bambini metodiche diverse. La microtelecamera pediatrica (g. 3.7 di peso, mm 11 di diametro e 26 di lunghezza) ha un angolo di visione di 140 gradi e consente di visionare e filmare il tubo gastroenterico, specie il tenue non raggiungibile con le comuni endoscopie. Somministrata per os, viene raccolta dalle feci. I bambini di 6-7 anni la deglutiscono bene. Nell'età inferiore o se vi è difficoltà a ingoiare, essa può essere posizionata nello stomaco-duodeno mediante endoscopia.

L'esame, che dura 8 ore, permette di ottenere un filmato di 3 ore con oltre 50.000 immagini. Le indicazioni più frequenti: sanguinamenti occulti o manisti, poliposi intestinale, malassorbimento, sospetto di lesioni da farmaci o di linfomi.

Tale metodica è impiegata presso la Pediatria dell'Ospedale S. Spirito di Pescara (dott. Giuliano LOMBARDI) ed ha comportato una spesa di 70.000 euro, finanziata dal "progetto obiettivo" della Regione Abruzzo.

RADICALI LIBERI: COME DIFENDERSI?

La produzione dei radicali liberi (R.L.) è fisiologica. Si formano ogni giorno nelle membrane cellulari, nei reticoli endoplasmatici e soprattutto nei mitocondri: svolgono il ruolo fondamentale di distruggere batteri, virus e altri patogeni.

Esplicata o meno la loro azione, vengono demoliti dai "Sistemi anti-radicali". Questi sono distinti in: a) Sistema antiossidante enzimatico: superossidodismutasi, catalasi, glutatione per ossidasi; b) Sistema antiossidante non enzimatico: vitamine A C E, selenio, polifenoli, coenzima Q10.

Di norma vi è un perfetto equilibrio fra i 2 sistemi. L'equilibrio si può rompere a vantaggio del Sistema ossidante: si formano allora i R.L. e si innesca lo "Stress ossidativo". Numerose le cause: smog, fumo, pillola ovarostatica, abuso di farmaci (specie antibiotici), abuso di alcool, stress psicofisico, attività fisica esagerata. Sintomi: si distinguono in specifici, propri dell'organo interessato, e aspecifici: cefalea, astenia, allergie, dermatite, pseudo-intolleranze alimentari. La terapia è eziologica, ove possibile; apporto di antiossidante quali frutta e verdure, integratori, olio di pesce.

LA "BIOSTATISTICA" DEL PROF. CUGINI

Una pubblicazione meritevole di attenzione (SEU, Roma) per chi vuole imparare i metodi di Biostatistica, Cronobiologia e Caosbiologia nella Metodologia clinica è quella del Prof. Pietro CUGINI, già professore di Metodologia medica dell'Università La Sapienza.

L'opera è indirizzata a studenti, docenti, ricercatori, dottorandi, specializzandi e specialisti in Medicina-Chirurgia, Scienze biologiche e naturali, farmacia, psicologia, botanica, veterinaria.

Il volume si compone di 4 parti: 1) Bio-

statistica: analisi univariata e multivariata; 2) Cronobiologia: ritmi biologici; 3) Caosbiologia: metodi di "matematica del caos"; 4) Tabulario statistico. In opportune tabelle sinottiche sono poi riportate le linee-guida per la scelta del metodo statistico più indicato, a mò di "sistema aperto".

EFSA: ALLARME PLASTICA NEL MARE

Allarme rosso dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA): i rifiuti di plastica nel mare e negli oceani rappresentano oggi un'emergenza su scala planetaria. L'azione continua del vento e delle onde li sminuzza in frammenti sempre più piccoli - favorendone la diffusione - contaminando un'immensa quantità di pesci e di uccelli e mammiferi marini e compromettendo altresì la nostra catena alimentare. Ne vengono liberate sostanze nocive quali il policarbonato plastico, la diossina, il polivinilepolidrato e altre molecole teratogene.

Ma vi è di più. Molti animali marini confondono i sacchetti di plastica con un loro cibo abituale, le meduse, e ne vengono soffocati. Può anche accadere che i detriti intasino il tubo gastroenterico di questi animali che non riescono più a nutrirsi.

NEONATO: MASCHIO O FEMMINA?

Ogni anno circa un bambino su 5 mila nasce con una anomalia nella differenziazione dei genitali esterni, che non consente di precisarne subito il sesso.

Il feto tende a nascere con genitali femminili: affinché nasca con genitali maschili deve possedere non solo il cromosoma Y ma anche, su di esso, un particolare gene che trasforma la gonade primitiva in testicolo.

MISCELLANEA

NOBEL MEDICINA A MELLO E FIRE. Il Nobel per la Medicina è stato assegnato a due americani, Andrei FIRE e Craig MELLO, in merito all'informazione genetica: hanno scoperto piccoli frammenti di Rna - i microRna - importanti per il differenziamento cellulare ed anche in alcuni tumori (leucemie e sarcomi) e nell'ipertrofia miocardica.

VACCINAZIONI PER I VIAGGIATORI. Per le zone boschive: contro le infezioni da zecche. Per l'Africa: necessaria la profilassi anti-malarica; consigliabile il vaccino per colera, epatite A, meningite meningococcica. Per il sud-America: vaccino contro la febbre gialla.

IL BNP NELL'IPERTENSIONE. Il peptide natriuretico tipo B (BNP) è presente in circolo in 2 forme: una attiva, il BNP-32; l'altra inattiva, l'NT-proBNP. Entrambe le forme sono risultate invariate nelle fasi precoci dell'ipertensione, mentre sono risultate aumentate parallelamente alla severità della malattia, indipendentemente dall'ipertrofia ventricolare sn e dal rimodellamento cardiaco.



LA "LIS" PER I SORDOMUTI.

La "Lingua italiana dei segni" (LIS) è una tabella contenente i segni con la quale i sordomuti si espri-

mono: firmatario del progetto di legge l'on. Roberto SALERNO. Analoga iniziativa è già in funzione in Francia, Germania, Inghilterra.

MONITORAGGIO CLIMATICO A 8 MILA METRI.

Nel prossimo anno verrà installata sull'Everest, a 8.000 metri di quota, una stazione di monitoraggio climatico e ambientale: ne è coordinatore il dott. Giuseppe CAVARRETTA del CNR.

VALPRESSION 160

IO LA PENSO COSÌ

La liberalizzazione dei farmaci nei supermercati

Non voglio entrare nel merito se "liberalizzare" il mercato dei farmaci da banco, rendendone possibile la vendita presso la grande distribuzione, sia giusto o meno, quello che mi ha colpito è che le uniche strutture già pronte a questa operazione sono state proprio quei grandi magazzini legati alla lega delle cooperative meglio conosciuti come "coop". Non mi interessa neanche il perchè fossero già pronti a questa operazione; preveggenza, forse, fate voi. Ho pensato invece che, l'influenza del sistema coop, potrebbe estendersi anche alla medicina generale. Mi spiego meglio. Le cooperative potrebbero trattare direttamente con il Governo o con le regioni il contratto per la medicina generale, offrendo un pacchetto di servizi a prezzi stracciati, considerando che esse beneficiano di un trattamento fiscale favorevole, perchè del 64% inferiore rispetto a quello di un contribuente normale, come può essere un MMG. A questo punto il gioco

potrebbe essere fatto. Partendo dalle regioni dove esse hanno uno storico radicamento: Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, si diffonderebbe tale sistema al resto d'Italia, forse con l'esclusione del Lombardo-Veneto e della Sicilia, ovvero in tutte le regioni dove i governi locali hanno una naturale simpatia per il sistema delle cooperative. A quel punto il MMG potrebbe divenire un dipendente della cooperativa ovviamente con stipendi adeguati al sistema collettivistico di cui la coop è una espressione, oppure fare parte integrante della stessa se le sue convinzioni politiche sono lontane da una visione liberaldemocratica della società. In tutti e due i casi dovrà comunque dire addio alla libera professione, nel primo caso perchè sarà un dipendente più o meno sottopagato, nel secondo perchè dovrà obbedire a quel sistema politico-economico sul quale si basa il sistema delle cooperative. Il fatto che a Roma anche se con alterne vicen-

de, molti colleghi vicini al più grosso sindacato dei MMG, e fautori strenui delle cooperative, si fosse presentato nelle recenti amministrative romane sia per il Campidoglio che per i Municipi in liste di centrosinistra, e quindi di quella parte politica che vede con simpatia l'espandersi del sistema cooperativistico, la dice lunga su come potrebbero andare le cose e come quello che sto scrivendo non è proprio fantapolitica. Meditate dunque cari amici e fate meditare, l'immediato futuro potrebbe riservarci scenari fino ad ora mai pensati. Sapremo reagire come i "tassinari", ovvero adottando forme di protesta più vicine al sindacalismo radicale, o ce ne staremo come al solito seduti diligentemente davanti alle nostre scrivanie e curvi a visitare i nostri pazienti sdraiati sul lettino da visita, perchè non è "carino" contestare anche chi vuole annientare la nostra libertà?

gaetanomazzucconi

Ancora su ONAOSI

Si muove il Parlamento: un emendamento che DEVE passare!

Finalmente sulla via di chiusura?

La Commissione Affari sociali della Camera ha proposto un emendamento che ridimensiona drasticamente il ruolo ONAOSI. Finalmente ascoltata la voce dei sanitari italiani?

La Commissione Affari sociali nella seduta del 17 ottobre 2006 durante l'esame in sede consultiva del provvedimento in titolo ha approvato un emendamento sostitutivo della lettera e) dell'articolo 2 della legge n. 306 del 1901 inerente alle disposizioni per il funzionamento dell'ONAOSI. Nella fattispecie si dispone la soppressione del contributo obbligatorio a carico di tutti sanitari iscritti agli ordini professionali (farmacisti, medici chirurghi, odontoiatri e veterinari).

L'emendamento approvato prevede infatti solo il contributo dei sanitari pubblici dipendenti nella misura stabilita dal Consiglio di amministrazione della fondazione che ne fissa misure e modalità di versamento con regolamenti soggetti ad approvazione dei ministeri vigilanti. Tale emendamento sarà trasmesso alla Commissione bilancio.

L'emendamento va sulla strada indicata dalle categorie sanitarie, e di cui anche noi ci siamo fatti portavoce: la solidarietà deve essere volontaria, e non si possono mantenere certe disuguaglianze e certi privilegi attualmente esistenti.

Speriamo solo che questo emendamento non venga bloccato nel suo iter; qualora accadesse, dovremo tener nota degli autori del blocco, per le prossime scadenze elettorali.

Riportiamo il testo dell'emendamento:

ART. 47. (Disposizioni per il funzionamento dell'Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani-ONAOSI).

1. La lettera e) dell'articolo 2 della legge 7 luglio 1901, n. 306 come sostituita dal comma 23 dell'articolo 52 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, è sostituita dalla seguente: « e) il con-



Palazzo Madama in una stampa dell' '800

tributo dei sanitari pubblici dipendenti, nella misura stabilita dal Consiglio di amministrazione della fondazione, che ne fissa misure e modalità di versamento con regolamenti soggetti ad approvazione dei ministeri vigilanti ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509 e successive modificazioni. ».

2. Lo statuto dell'Opera nazionale assistenza orfani sanitari italiani non può prevedere finalità o attività operative, funzionali e gestionali diverse da quelle previste dall'articolo 1, della Legge 7 luglio 1901, n. 306. Nel caso tale statuto, alla data di entrata in vigore della presente legge, non sia conforme alle finalità del citato articolo 1, della legge n. 306/1901, gli organi competenti provvedono a conformarlo in maniera corrispondente entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, decorsi inutilmente i 30 giorni il Ministro dell'interno vi provvede in maniera sostitutiva allo scopo nominando un commissario straordinario. »

DZ-GZ

Abbiamo siglato una convenzione con Club Medici.

In base a tale convenzione, gli iscritti UNAMEF, AMI, CUMI-AISS avranno un sostanzioso sconto sulle quote di iscrizione (da 70 a 5 Euro).

Ci sono opportunità interessanti: le polizze di responsabilità civile (per malpractice, tanto per capirci) partono, per un medico di famiglia da appena 109 Euro l'anno.

L'assicurazione infortuni parte da 180 Euro l'anno, ma ha una enorme sopravvalutazione dei danni che interessano gli organi più importanti per la nostra professione: la perdita di un pollice o di un dito indice arriva al 100%, la perdita di un occhio e' valutata 50% (le tabelle più elevate arrivano in genere solo al 30%). E così via... Ci sono anche possibilità di prestiti o mutui a tassi convenienti.

Per informazioni e depliant, venite pure alla nostra sede in Via Merulana 272.

L'indirizzo del Club e' Via G. Marchi 10 - Roma.

Le disposizioni del Ministro sulla terapia del dolore: le conosciamo, le utilizziamo?

Le recenti disposizioni del Ministro Turco riguardanti la terapia del dolore porta a fare alcune considerazioni sull'utilizzo degli oppioidi nella pratica medica quotidiana. Molti medici ritengono che la terapia del dolore sia da riservare unicamente alla terapia oncologica, mentre non prendono in considerazione l'utilizzo degli oppioidi per altri tipi di patologia. Se veramente si utilizzassero gli oppioidi nella patologia oncologica in Italia dovremmo avere una prescrizione molto alta, in quanto secondo l'ISTAT la patologia neoplastica è al secondo posto come causa di morte nella popolazione adulta italiana.

Purtroppo i dati relativi alla terapia con oppioidi non confermano questa previsione: l'Italia ha una prescrizione di oppioidi (calcolata in DDD/milione di abitanti) di ben 2.000, sopravanziamo la Grecia che ha un consumo di 1000, ma siamo indietro rispetto la Francia (4.000) Spagna (7.000) G.B. (12.000) Danimarca (12.000). Da questi dati risulta evidente che i Medici Italiani non amano prescrivere oppioidi indipendentemente dalla patologia che è alla base del dolore.

E' opportuno, allora, rivedere quali siano le disposizioni dell'OMS per la terapia del dolore.

L'OMS raccomanda una scala terapeutica basata sulla intensità del dolore calcolata con la VAS (scala analogica visiva) che permette al Paziente di descrivere l'intensità del dolore facendo riferimento ad una scala da 1 a 10. Le raccomandazioni evidenziano due importanti fattori: il dolore è descritto solo per la sua intensità, non per la sua causa; la stessa patologia può provocare sensazioni dolorose di intensità diversa in individui diversi a seconda della diversa soglia del dolore.

Esaminiamo meglio le raccomandazioni dell'OMS:

1. dolore lieve (VAS 1-4) FANS o Paracetamolo +/- adiuvanti;
2. dolore di grado lieve-moderato (VAS 5-6) oppioidi deboli (Tramadol, Codeina, Buprenorfina) +/- FANS o Paracetamolo +/- adiuvanti;
3. dolore da moderato a grave e dolore grave (VAS 7-10) trattamento con oppioidi forti (Morfina, Fentanyl, Metadone, Peptidina) +/- FANS o Paracetamolo +/- adiuvanti.

La scala è molto chiara e semplice: dolore lieve fans o paracetamolo; da lieve moderato in su oppioidi deboli o forti. Ma come definiamo il dolore lieve? Penso che la maniera più semplice sia quella di sottoporre la scala ai nostri Pazienti e vedere i risultati. Poi, però, dobbiamo avere le conoscenze e la volontà di applicare le disposizioni dell'OMS che prevedono l'uso degli oppioidi.

E' assolutamente necessario avere delle informazioni sicure ed aggiornate su questi farmaci possibilmente da parte degli algologi per poter prescrivere realmente con scienza e coscienza la terapia antidolorifica, soprattutto considerando le implicazioni sia di tipo fisico per gli effetti collaterali che alte dosi di fans utilizzate a scopo antalgico sia di tipo economico sanitario per i costi collegati alla persistenza della sintomatologia dolorosa sia, soprattutto, per l'aspettativa dei Pazienti che sarà sempre più orientata verso una terapia del dolore realmente efficace.

Dr Giovanni Peliti

Si ripropone la scheda di iscrizione all'AMI
L'A.M.I. ha delegato a UNAMEF la specifica attività sindacale per gli iscritti a rapporto subordinato che per i parsubordinati (per es. i Medici di Famiglia) conservando però il ruolo autonomo di espressione culturale, libera e indipendente, aperta anche ai medici non interessati al sindacato. AMI e UNAMEF operano in modo complementare.

CEFOTOXIMA CT

Scheda di iscrizione AMI

Terremoto sull'ECM: incostituzionale il Decreto Sirchia. E adesso?

Per la Corte Costituzionale non spettava allo Stato stabilire i requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie che intendano svolgere le attività formative e di collaborazione con le istituzioni pubbliche competenti in materia di sanità.

La Provincia autonoma di Trento, con ricorso notificato il 31 agosto 2004 e depositato il successivo 2 settembre 2004, ha sollevato conflitto di attribuzione nei confronti dello Stato riguardo al decreto del Ministro della salute 31 maggio 2004, recante "Requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 153 del 2 luglio 2004, in riferimento agli articoli 8, numero 1) e numero 29), 9 numero 10), e 16 del d.P.R. 31 agosto 1972, n. 670. Le motivazioni riguardavano sia un vizio di legittimazione giuridica sia il fatto di avere invaso il campo di competenza regionale. La Corte ha accolto il ricorso dichiarando che non spettava allo Stato, e per esso al Ministero della salute, stabilire, con norme regolamentari, i requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie che intendano svolgere le attività formative e di collaborazione con le istituzioni pubbliche competenti in materia di sanità ed attribuire i relativi poteri amministrativi di verifica dei predetti requisiti, di riconoscimento e di revoca ad un organo statale; la Corte ha dunque annullato, per l'effetto, il decreto del Ministro della salute 31 maggio 2004, recante "Requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 153 del 2 luglio 2004, di cui in epigrafe. Il Testo della Sentenza Sentenza n. 328-

/2006 Depositata il 13 Ottobre 2006: <http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads.asp?id=225>
Fonte: Corte Costituzionale

Commento di Luca Puccetti
IL decreto del Ministro della salute 31 maggio 2004, cosiddetto decreto Sirchia ha sempre avuto vita travagliata. La Fimmg aveva avanzato ricorso contro tale provvedimento innanzi al TAR del Lazio che rigettava l'istanza nella sentenza n. 14062/2004 del 18 novembre 2004. Anche la FNOMCeO non aveva molto gradito poiché relegava la competenza degli Ordini alle questioni deontologiche. La sentenza della Corte Costituzionale, al di là delle diatribe giuridiche, stabilisce un principio importante. In primis viene confermato l'enorme conflitto che si è aperto dopo l'approvazione delle norme che hanno mutato, per uno scarto minimo di voti ed in extremis della legislatura, il capo V della costituzione, generando una ridda di materie a legislazione concorrente tra Stato e Regioni - Province autonome. Ma ben più grave è l'aver considerato la formazione professionale medica e sanitaria una materia di competenza regionale. Questa decisione apre le porte a scenari davvero preoccupanti e soprattutto incoerenti con la necessità di assicurare standard di livello ben superiore a quello locale ed addirittura anche nazionale, data la libera circolazione nell'area UE anche delle professioni che è stata ormai sancita, per lo meno a livello di principio. Il medico deve aggiornarsi per tutta la vita, ma non è ancorato ad un paesello e può, di grazia, anche andare a lavorare altrove. In quale modo lo Stato italiano e la UE potranno essere sicuri che una formazione regolamentata da norme regionali ed addirittura provinciali abbia seguito un iter coerente e sia stata effettuata da soggetti istituzionalmente accreditati secondo standard minimi omogenei? Seguendo la stessa logica perché non dare alle

Regioni ed alle Province autonome la potestà di dettare le regole per la laurea e per l'abilitazione professionale? Per il medico la formazione è appunto continua e non trova giustificazione una distinzione tra la formazione finalizzata alla laurea e quella post laurea. Ne deriva l'incoerenza logica nel fissare come spartiacque l'acquisizione della laurea a discriminare tra competenze formative statali e regionali. Se un medico deve sapere erogare quei livelli minimi di assistenza la cui definizione è compito dello Stato ne deriva logicamente che lo stesso Stato può ben decidere chi siano i soggetti abilitati a fare la formazione finalizzata all'erogazione di tali livelli e quali siano i criteri da cui detta formazione non possa prescindere. Niente vieta poi di sovrapporre iniziative formative di livello regionale a quelle nazionali, laddove sussistano specifiche esigenze volte all'organizzazione dei servizi assistenziali. La nostra più totale contrarietà ad ogni deriva localistica è ben nota ed antica. Abbiamo sempre visto nella moltiplicazione dei livelli decisionali prevalentemente le premesse non solo per l'aumento dei costi e delle poltrone, ma anche per una complicazione delle norme che disorienta i cittadini sovrapponendo normative a normative in un sistema che di fatto rende incerto ogni passo della vita essendo esposto ad una ridda di normative spesso in contrasto tra di loro. Invece di semplificare e rendere più snelli i processi decisionali e di diminuire i costi il sovrapporsi dei vari livelli istituzionali paralizza le decisioni in un mondo che richiede sempre più tempestività. Per non parlare della spesa a carico dello Stato che infatti è schizzata proprio quando sono state istituite le Regioni, innescando quel processo che ci ha ridotto ad avere un debito pubblico colossale che sta schiacciando lo sviluppo e che minaccia la stabilità del patto generazionale ed il futuro stesso delle generazioni.

giori risorse da gestire. Nel 2002 quando con la "spinta e l'impegno" del Consiglio di Amministrazione e del suo Presidente si arriva all'approvazione di una piccola norma inserita nella finanziaria per il 2003 (art. 52 c. 23 della L. 289/2002), che, di fatto, modifica la legge n. 306 del 1901 ed estende a tutti i sanitari liberi professionisti iscritti agli Ordini dei Farmacisti, Medici, Chirurghi, Odontoiatri, Veterinari per un totale di circa 700.000 persone, la contribuzione obbligatoria demandando al Consiglio di amministrazione dell'ente la determinazione dell'ammontare del contributo e delle modalità di riscossione.

L'ente si ritrova quindi a ricevere contribuzioni non più da 140.000 aderenti volontari ma da ben oltre 700.000 medici, farmacisti e veterinari coattivamente obbligati al suo mantenimento! L'estensione della contribuzione appare comunque ingiustificata dal punto di vista del bilancio ed anche in relazione a quanto lo stesso Presidente Paci, in una recente intervista pubblicata sul sito della FNOMCeO a firma di C.F. confermava dichiarando che le ottime condizioni economiche dell'Ente, erano tali da garantire le prestazioni per i prossimi quindici anni. Giova ricordare che la Fondazione rivolge, o meglio rivolgeva le sue attività alla tutela degli Orfani dei sanitari e ciò non a vita ma per un breve periodo ed in ogni caso dal verificarsi dell'evento luttuoso e sino al compimento del 30° anno: c'è da chiedersi quanti siano questi orfani o meglio quanti siano i decessi in questa categoria professionale! L'Onaosi nel 2003 ha erogato 4700 prestazioni (dato estratto dal sito www.onaosi.it) per una cifra pari a 40 milioni di euro di cui circa 3300 ad orfani. Il nuovo obbligo di contribuzione esteso a tutti i sanitari (medici, farmacisti, odontoiatri e veterinari) porterà nelle casse dell'Ente circa 70 milioni di euro. Sorge spontaneo chiedersi come sarà impiegata la differenza! Si auspica un maggior numero di orfani?

Le attività patrimoniali dell'Ente sempre in aumento hanno raggiunto il valore di € 74-5.000.000.000 con un patrimonio immobiliare enorme. La Fondazione ha appena inaugurato una residenza per anziani a Montebello (Pg) che offre soggiorni a prezzi ridotti. Sfugge come tale progetto sia conforme alla missione originaria dell'Ente. Oggi l'Onaosi gestisce residenze universitarie, convitti, centri vacanze e centri per anziani, per la maggior parte a pagamento. Le attività gratuite sono praticamente inesistenti e limitate e con particolari norme di accesso. Le attività di assistenza agli orfani si limitano alla erogazione di borse di studio. Nei programmi dell'ente vi è la costruzione o l'acquisizione di altre strutture da destinare a residenze, sia per studenti sia per anziani ma, con tutto il rispetto per gli anziani, non comprendo come sia possibile estendere a questa categoria la definizione di "orfani": prima o poi tutti lo diventiamo! Inoltre queste residenze sono a pagamento, anche se a tariffe agevolate. In ogni caso la disponibilità di posti non consente ugualmente a tutti i contribuenti di godere della loro utilizzazione. I posti vengono infatti attribuiti in base ad un particolare schema di graduatoria per cui alcuni possono sempre godere del servizio ed altri ne sono sempre, matematicamente esclusi! Inoltre un criterio di selezione si basa sugli anni di contribuzione: ne deriva che tutti coloro i quali sono divenuti contribuenti obbligatori per effetto della legge 289/2002 non potranno, per lunghi anni, godere delle prestazioni dell'Onaosi!!! Quindi pagano per ottenere cosa? In buona sostanza l'Onaosi è un ente che esercita anche attività commerciale i cui mezzi patrimoniali gli sono però forniti, per legge, da un'intera categoria professionale. Ritengo che l'estensione del contributo a tutti i sanitari italiani abbia quindi poco a che vedere con l'assistenza agli orfani bisognosi, ma rappresenti un programma d'espansione estraneo alla originaria missione dell'Ente che, ricordiamo era quella di provvedere al mantenimento, alla educazione ed alla istruzione degli orfani e delle orfane bisognosi dei medici, chirurghi veterinari e farmacisti!

Tale programma di espansione è confermato dalle variazioni apportate allo statuto dell'Onaosi nel febbraio 2004.

All'art. 2, modificato, si legge che la condizione di bisogno prescritta all'art. 1 della L. 306 del 1901 in vigore ed istituita dall'Ente non è più necessaria e per ottenere l'assistenza basta essere orfani indipendentemente dal reddito. E' abolito lo stato di bisogno. Possono quindi accedere alle prestazioni anche soggetti economicamente benestanti (come e' la maggior parte degli anziani medici dipendenti o convenzionati).

Anche la condizione d'orfano è resa non fondamentale, essendo stato esteso il beneficio ai figli di sanitari inabili, sempre indipendentemente dalle condizioni di bisogno.

E' stata poi superata la condizione d'essere figli di sanitari inabili, essendo sufficiente essere figli di contribuenti viventi e abili.

Con le modifiche sopra indicate si viola e si snatura la vigente Legge n. 306/1901 istituita dall'Ente, mutando sostanzialmente gli scopi della fondazione in quanto all'art 1 recitava "provvederà, a norma del suo statuto di fondazione, al mantenimento, alla educazione ed alla istruzione così degli orfani che delle orfane bisognosi dei medici, chirurghi veterinari e farmacisti gravati del contributo obbligatorio o volontario".

È evidente la modifica dell'oggetto sociale e il suo ampliamento in modo da gestire maggiori risorse e garantire prestazioni sempre più numerose alle quali possono accedere solo una parte delle persone obbligate alla contribuzione, mascherando questa come atto di solidarietà verso persone meno fortunate!

La solidarietà verso fondazioni private o enti di beneficenza, pur meritoria, non è un sentimento che lo Stato può imporre. Esso attiene alla sensibilità personale e come tale deve essere regolato.

A giudizio dello scrivente l'art. 52 c. 23 della L. 289/2002 e la sua applicazione sono anche in contrasto con i dettati dei seguenti articoli della Costituzione:

-dell'articolo 3 per l'evidente violazione della libertà personale ed uguaglianza dei cittadini;

-dell'articolo 18 per l'atto coercitivo d'adesione ad un Ente privato;

-dell'articolo 38 perché l'assistenza privata non può essere resa obbligatoria;

dell'articolo 53 perché il contributo richiesto per gli anni 2003 e 2004 non è rapportato alla capacità retributiva di ciascun contribuente ma al loro stato anagrafico.

Inoltre il nuovo statuto dell'Onaosi viola l'articolo 23 della Costituzione perché in contrasto con la legge 306/1901 tuttora vigente in quanto:

Le prestazioni fornite non sono, per tipologia, essenziali ma solo integrative.

Vi sono situazioni di disparità nella gestione dell'Ente: restano dei posti riservati nel Consiglio di Amministrazione a rappresentanti degli Ordini di Perugia, cosa che può essere normale in un Ente a contribuzione volontaria ma che non appare equa per un Ente "universale" sostenuto dai contributi di tutti.

Vi sono situazioni di disparità nel godimento delle prestazioni: lo Statuto prevede ad esempio che anche medici viventi possano usufruire delle prestazioni dell'Ente purché iscritti da almeno 30 anni. Ciò comporta che tutti i sanitari iscritti coattivamente in epoca attuale dovranno pagare i contributi senza però poter godere di tali prestazioni, ne', in gran parte, potranno godere in futuro per ovvi motivi anagrafici. Si viene a verificare, insomma, un trattamento privilegiato di pochi, sostenuto dai contributi di tutti

Chiedo pertanto all'Autorità Giudiziaria di appurare se le attività dell'ONAOSI siano concrete e correttamente, in sintonia con l'originaria legge del 1901, ovvero se con le modifiche apportate allo statuto si violino le norme imperative della Costituzione e di altre leggi dello Stato. Inoltre chiedo che l'Autorità Giudiziaria appuri se sia legittima o meno l'obbligatorietà di contribuzione e di sostegno ad una attività privata, ancorché avallata da una legge dello Stato.

Sintesi della denuncia di Nicola Pellegrini sul Balzello ONAOSI

"Come tutti gli iscritti a questo Ordine ho ricevuto la notifica di una cartella di pagamento relativa alla iscrizione a ruolo di importi da pagare in favore della "O.N.A.O.S.I. (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani)" indicata sulla cartella come "O.N.A.O.S.I. (Opera Nazionale Assistenza Sanitari Italiani)" omettendo la parola "orfani". L'O.N.A.O.S.I. è una "Fondazione privata" che nacque nel 1899 in Perugia come Collegio Convitto per i figli orfani dei sanitari italiani, poi regolamentato con la Legge n. 306/1901 divenendo "Ente Pubblico".

Nel 1977 fu ritenuto "Ente inutile" ed iniziarono le attività di liquidazione. Nonostante ciò sopravvisse sino al 1995 quando, per evi-

denti motivi clientelari, si brigò politicamente e l'Onaosi fu inserita nel decreto legislativo n. 509/1994 trasformandola da "Ente Pubblico" in "Fondazione privata", finanziata con i contributi degli iscritti e dei simpatizzanti e alla quale potevano aderirvi volontariamente anche i medici convenzionati ed i liberi professionisti. Le attività dalla Onaosi, così per come erano definite dal precedente statuto, erano sicuramente meritorie e degne della massima considerazione. Era però lasciata alla volontà dei professionisti la libertà di aderirvi e di godere quindi delle eventuali prestazioni o di partecipare in maniera semplicemente solidale alle sue attività. Tali attività non sono comunque mai state scerve da polemiche e da dubbi sulla loro gestione, da

alcuni definita clientelare, visto che non è mai stata soggetta al controllo diretto dei suoi sostenitori e finanziatori. Nel corso degli anni l'Onaosi ha accumulato un grande patrimonio mantenendo però moderato il livello delle prestazioni assistenziali. La Corte dei Conti, nel 2001, analizzando il bilancio dell'Ente rilevava un eccessivo incremento degli introiti dell'Ente, per cui si raccomandava l'adozione d'opportune iniziative tese a riequilibrare le situazioni finanziarie. Rilevava inoltre alcuni punti che non rispettavano pienamente le regole contabili. Nonostante ciò il Consiglio di Amministrazione, da anni detenuto saldamente in mano di poche persone, lavora per cercare di ampliare sempre più il bacino di contribuzione e quindi avere mag-

PRIVACY

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Collegli disponibili per sostituzioni e collaborazioni con medici di Medicina Generale:

- Dr. Russillo Michelangelo**
Laureato in medicina e chirurgia con 110 e lode
Abilitato il 15/2/2006
Iscritto all'Albo dei medici Chirurghi e degli odontoiatri della provincia di PZ il 15/3/2006
Recapiti: 339-2816627
E mail: michelangelorussillo@libero.it
- Dott.ssa Linda Cerbone**
Laureata in medicina e Chirurgia il 25.10.2005 con 110 e lode
Iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi dal 14.3.2006
Recapiti: 339.7462214
- Dott.ssa Emanuela Proietti**
Laureata in medicina e Chirurgia il 31.3.2004 con 110/110 e lode;
Abilitazione in data Luglio 2004;
Iscritta all'Ordine dei medici dal Novembre 2004