

ORE 17
PROCLAMAZIONE DEGLI ELETTI
INTERVENTO
DEL SEGRETARIO GENERALE NAZIONALE



AVVENIRE MEDICO

LA CRONACA DEL 65° CONGRESSO FIMMG-METIS / 6

INSERTO Fimmg Under 40 / 19

ATTUALITÀ Al via il Piano nazionale per governare le liste d'attesa / 25

FARMACI Novità nella prescrizione di farmaci per l'osteoporosi in pazienti di sesso maschile / 35



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

9-10

N. 9 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO

EDITORIALE

Fimmg under quaranta!

Siamo nati nel maggio del 2008 e non abbiamo ancora compiuto quarant'anni. La sezione Medici in Formazione Fimmg, inserita nel settore Continuità Assistenziale, ormai operativa, è costituita da 19 Coordinamenti regionali e un Coordinamento nazionale che affrontano, sotto il profilo sindacale e didattico, i problemi dei corsi di formazione specifica in Medicina generale. Per due anni ci siamo occupati di approfondire ed analizzare la regolamentazione del triennio, abbiamo formulato proposte e suggerito soluzioni coerenti con le linee politiche Fimmg, da una presa di coscienza delle dinamiche sindacali, alle prime esperienze di contrattazione con la parte pubblica. Sul piano interno abbiamo lavorato a una

costante comunicazione e condivisione di informazioni, idee e proposte, per creare un gruppo coeso e motivato nella sua variegata composizione interregionale.

In questo numero mettiamo a disposizione dei lettori un inserto centrale in cui riepiloghiamo le nostre attività.

A partire da oggi ci impegniamo a pubblicare su ogni prossimo numero di *Avvenire Medico* un pezzo sul nostro lavoro nella rubrica Fimmg under quaranta.

**Celeste Russo,
Alessandro Dabbene,
Michele Ferrara**

*Coordinatori nazionali
Fimmg Formazione*

I lavori del 65° Congresso Fimmg-Metis

Milillo: "Governo e Regioni sostengano il cambiamento della medicina generale"

Nella relazione che ha aperto la parte politica del Congresso, il segretario nazionale ribadisce la necessità della ri-fondazione dell'assistenza primaria,

sottolineando però che senza un sostegno reale di Governo e Regioni i medici sono sempre più in difficoltà. Tra i nodi essenziali c'è l'informatizzazione.



La relazione di Giacomo Milillo alla platea congressuale riunita giovedì 7 ottobre al Forte Village di Santa Margherita di Pula è anche il bilancio dei suoi primi quattro anni di mandato come segretario nazionale, rinnovatogli poi il sabato successivo.

Al centro del ragionamento c'è l'esigenza del cambiamento nell'organizzazione dell'assistenza primaria, riassunto dalla Fimmg con la formula della "ri-fondazione". "Questa consapevolezza – ha detto Milillo – che è patrimonio consolidato e caratterizzante la Fimmg fin dalla sua fondazione, ha guidato anche in questo quadriennio le nostre scelte di politica sindacale. Scelte difficili, maturate attraverso un percorso in qualche caso contraddistinto anche da travagli interni, alimentati dalla condizione di ingravescen-

te disagio che la categoria vive e denuncia ormai da diversi anni. Ciò nonostante, la Fimmg è riuscita a mantenere una posizione coerente, tesa a tutelare concretamente la categoria nel presente e a creare le condizioni perché nel prossimo futuro possa realizzarsi un importante

sviluppo del settore nell'interesse fondamentale dei cittadini e del Paese".

Ma in cosa consiste il cambiamento? Lavoro di squadra, più prevenzione per arginare la diffusione delle malattie croniche, passaggio dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa. Tutti elementi che devono trovare un riscontro organizzativo e retributivo. "Perché il medico di medicina generale possa abbandonare l'atteggiamento solista e impegnarsi in un vero lavoro di squadra – ha sintetizzato Milillo – è necessario rimuovere la concorrenza sulle scelte, ristrutturare il compenso in modo da distinguere l'onorario del professionista dal finanziamento dei fattori di produzione, dare piena e continuativa occupazione al medico in tutta la sua vita professionale, eliminando la distinzione in settori e introducen-

“
Siamo consapevoli
della necessità
del cambiamento.
È questa
consapevolezza
che ha guidato
le nostre scelte
di politica sindacale

Nuovi eletti e conferme nell'organigramma Fimmg

Il 65° Congresso Fimmg Metis aveva anche il compito di rinnovare i vertici nazionali del sindacato per il quadriennio 2010-2014. I risultati delle elezioni hanno prodotto alcune riconferme e anche diverse novità. Confermato il segretario nazionale **Giacomo Milillo**, a ribadire il sostegno alla linea di rinnovamento portata avanti in questi anni. Avvicendamento, invece alla presidenza: poiché **Mario**

Stella è ormai andato in pensione, e lo Statuto Fimmg chiede che gli incarichi sindacali siano invece ricoperti da medici "in attività", a ricoprire questo incarico è stato chiamato **Stefano Zingoni**.

A completare l'esecutivo nazionale sono stati eletti 5 vicesegretari: **Carmine Scavone**, con funzione di vicario, **Mauro Ucci**, con delega alla tesoreria, **Saverio La Bruzzo**, con delega all'organizzazione,

Malek Mediatì e Silvestro Scotti.

A formare il Collegio dei Revisori dei Conti sono stati eletti: **Francesco Sarubbi, Pasquale Boccia, Tommaso Dubla, Roberto Venesia** (suppl.) e **Michele Argenti** (suppl.).

Il Collegio dei Probiviri sarà invece formato da: **Giovanni Barone, Sandro Vasina, Vito Pappalepore, Pasquale Cognetta e Vincenzo Ciccirella**.



Avvenire Medico: un direttore per 40 anni

Davvero raro che una testata giornalistica abbia lo stesso direttore per 40 anni, rarissimo che questo avvenga nella stampa di categoria, dove solitamente le sorti dei direttori seguono gli avvicendamenti dei vertici del sindacato o dell'associazione.

Per questo al 65° Congresso si è festeggiato un record: **Michele Olivetti**, infatti, quest'anno celebra i suoi 40 anni alla direzione di *Avvenire Medico*, che guida dal 1970.

Michele Olivetti è testimone di tutte "le battaglie del passato, in nome dell'equità e dell'universalità, dal passaggio alla notula alla quota capitaria per ottene-

re la convenzione unica" e ricorda "il continuo confronto con collaboratori ed editori e il passaggio e la trasformazione della tecnologia, dal martello di legno al computer".

Da semplice bollettino di categoria, nel corso degli anni *Avvenire Medico* è diventato una rivista sempre più autorevole, innovandosi nel formato e nei contenuti.

Da poche migliaia di copie si è arrivati oggi, a tirature eccezionali anche di 60.000, recapitandolo non solo agli iscritti Fimmg ma anche a tutti i principali decisori politici e amministrativi della sanità regionale e nazionale.

DALL'ATTESA ALL'INIZIATIVA:
COSTRUIAMO IL CAMBIAMENTO.

do l'accesso unico alla convenzione, aiutando il medico a sviluppare una adeguata rendicontazione delle attività svolte e facilitando la sua partecipazione alle attività di programmazione e gestione dell'assistenza". Un passaggio difficile che non si può affrontare con scorciatoie: "Non si illudano le Regioni che basti raggruppare i medici in ospedali dismessi, collocando nella stessa sede anche altre professionalità per realizzare un'Assistenza Primaria efficace ed efficiente. È necessario riempire questi contenitori di professionisti mettendoli nella condizio-

ne di lavorare insieme, di definire e rispettare i ruoli di ciascuno". Tra le richieste sul tavolo, la possibilità per i medici di medicina generale di recuperare almeno l'aumento dei costi dei fattori di produzione durante il prossimo triennio, nonostante il blocco del rinnovo di convenzioni e contratti. Ma per fare tutto questo occorre l'impegno (e le risorse) da parte del Governo e delle Regioni. E gli interventi sono necessari tanto per rispondere ai nuovi bisogni di salute quanto per arginare il disagio della categoria che sta provocando disaffezione e una scarsa af-



fluenza di giovani alla professione. Il segretario della Fimmg è preoccupato della condizione in cui vive la categoria:

segue a pag.13 ►

Il contributo del Gisap

Passare dall'attesa all'iniziativa è un cambio di velocità, che può essere riferito non solo alla medicina generale ma a tutti gli aspetti della nostra vita. Partendo da questa suggestiva riflessione, **Maria Concetta Mazzeo** ha introdotto la mattinata congressuale di giovedì, curata dal Gisap, il Gruppo Indipendente per lo Studio della Assistenza Primaria di cui Mazzeo è presidente. La relazione di **Federico**

Spandonaro, del Ceis dell'Università di Tor Vergata, ha analizzato le ragioni economiche che spingono a sostenere uno sviluppo dell'assistenza territoriale, mentre **Giovanni Guzzetta**, costituzionalista, ha affrontato i nodi politici e legislativi posti dall'esigenza di riformare profondamente la medicina generale. Alla tavola rotonda che è seguita hanno partecipato **Amedeo Bianco**, **Americo Cicchetti**, **Sergio Dompé**, **Cristiano Gori**, **Pietro Grasso**, **Sergio Pillon**, **Paolo Siviero**,

Giuseppe Mele e **Silvestro Scotti**. A moderare la discussione, **Andrea Pancani**, giornalista de *La7*, che ha ricordato alla platea il poderoso volume prodotto dal Gisap, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, che ripercorre la storia di questo settore, affrontando anche i nodi degli sviluppi futuri, ICT e HTA, formazione dei professionisti, integrazione socio-sanitaria, politica del farmaco, assistenza sanitaria integrativa, governo clinico.

I ministri Fazio e Sacconi intervengono al nostro Congresso

di Paolo Giarrusso

Al 65° Congresso Fimmg sono intervenuti il ministro Ferruccio Fazio e, attraverso un collegamento in videoconferenza, il ministro Maurizio Sacconi. Quest'ultimo, rivolgendosi ai 1.500 delegati presenti, ha sottolineato come con la nostra associazione professionale si siano instaurate da tempo "nuove relazioni sindacali" basate su una "antropologia positiva" e non su una datata antropologia negativa (v. box). In quest'ottica la recente decisione del Consiglio dei Ministri su federalismo e costi standard migliorano i rapporti fra governo e cittadini. Infatti, il federalismo costruito sui costi standard è destinato a responsabilizzare l'impiego delle risorse, quindi a liberare coperture per la riforma fiscale. Proprio per questo, ha ribadito il ministro, "serve sostenere la riforma dell'assistenza del territorio e una maggiore valorizzazione dei medici di famiglia con premi e non con sanzioni". Concludendo, Sacconi si è detto convinto che in questi anni si stia realizzando un passaggio epocale da un sistema sociosanitario che non ha dimostrato sufficiente respon-

sabilità ad uno nuovo, caratterizzato proprio da questo principio e dunque capace di innescare "una competizione virtuosa tra le Regioni, per la ricerca della migliore qualità dei servizi".

Il ministro della Salute Ferruccio Fazio,

che ha preso la parola dopo la relazione di Giacomo Milillo, ha posto la sua attenzione su tre temi di fondamentale interesse per la medicina generale (la formazione, la certificazione e la vacatio contrattuale). Per tutte queste fondamentali questioni si è impegnato, in qualità di ministro e di medico, ad appoggiare le richieste della categoria.

Per ciò che riguarda il percorso formativo dei nuovi mmg, Fazio ha annunciato che, non appena avrà ricevuto i risultati definitivi dall'Osservatorio per la formazione (osservatorio la cui istituzione era stata annunciata proprio un anno fa al 64° Congresso Fimmg), formalizzerà la decisione e la posizione espressa dal-

segue a pag.11 ►

Sacconi e l'antropologia positiva

Il ministro Sacconi ha spiegato in un'intervista rilasciata il 30 agosto scorso al *Corriere della Sera* cosa intenda per antropologia positiva e nuove relazioni sindacali. Nell'intervista, incentrata sull'esito del referendum Fiat tenutosi a Pomigliano d'Arco, ha infatti dichiarato: *Finisce l'epoca dello Stato pesante e invasivo, più o meno consapevolmente costruito sul presupposto di Hobbes, ovvero sulla base di quell'"antropologia negativa" a sua volta fondata sul-*

l'homo homini lupus, sulla malfidenza verso la persona e la sua attitudine verso gli altri. Sta emergendo ovunque, per convinzione o per convenienza, "un'antropologia positiva" e cioè un modo di relazionarsi basato sulla fiducia nella persona e nella sua attitudine a potenziare l'autonomia capacità dell'altro (...). Una scelta che ha molte conseguenze. È una premessa fondamentale per costruire la crescita futura, non più fondata sulla diffusa presenza pubblica

nell'economia e nella società, ma su un nuovo assetto regolatorio, capace di sviluppare le tante potenzialità della comunità nazionale". L'antropologia positiva investe anche il tema della libertà d'impresa. Si tratta di passare dai controlli "ex ante", tipica espressione dell'antropologia negativa, ai controlli "ex post". Cioè una sorta di "io mi fido, fino a prova contraria". Anche le "nuove relazioni sindacali" si basano sul fare e non sul dire sempre "no".

Prosegue il dialogo tra Fimmg e Aifa

Una tavola rotonda dedicata al farmaco ha concluso la mattinata congressuale di venerdì 8 ottobre. A fare da padrone di casa, **Walter Marrocco**, membro della Commissione tecnico scientifica dell'Aifa in rappresentanza della medicina generale. La partecipazione al Congresso del presidente dell'Aifa **Guido Rasi** e di **Paolo Siviero**, coordinatore per l'agenzia dell'area di strategie e politiche del farmaco, testimoniano i rap-

porti di intensa collaborazione sviluppati in questi anni tra Aifa e Fimmg. Nel corso della discussione, Rasi ha ricordato come negli ultimi cinque anni la spesa farmaceutica territoriale abbia registrato una riduzione del 3,6%, mentre complessivamente i costi della sanità sono cresciuti del 17,9%. "Questo - sottolineato Rasi - vuol dire che il territorio è virtuoso e che tutti insieme stiamo facendo un buon lavoro". In relazione ad alcuni casi di cronaca riguardanti prescrizioni inopportune e interessate, Rasi ha utilizzato una im-

agine efficace: "purtroppo qualche pecora nera c'è, ma nell'insieme i medici del territorio dimostrano di produrre cachemire a basso costo". In un successivo incontro con i giornalisti Rasi e Marrocco hanno illustrato i risultati positivi del rapporto instauratosi in questi anni, anticipando anche un risultato importante in relazione all'utilizzo di farmaci per l'osteoporosi in pazienti maschi, concretizzatosi poi in una presa di posizione ufficiale che illustriamo più ampiamente a pagina 35 del giornale.

◀ segue da pag. 8

lo stesso Osservatorio. “Condivido il desiderio dei medici di essere gradualisti”, ha detto poi Fazio in merito ai problemi posti dalla certificazione online, aggiungendo che la sua posizione è che “le sanzioni siano gestite solo all’interno dei contratti e delle convenzioni” e che norme e sanzioni devono essere applicate per “tutti i medici, convenzionati e dipendenti, e tutti devono avere l’obbligo della certificazione online, fermo restando che per entrambi è necessario ricercare le soluzioni tecniche che non compromettano la qualità assistenziale”. Per tale motivo, il ministro si è impegnato a farsi promotore di un tavolo tecnico che comprenda Governo, Regioni e organizzazioni sindacali per rimuovere gli ostacoli.

Il responsabile del ministero della Salute ha poi annunciato la sua volontà di realizzare una vera riforma della medicina generale, della quale ha già personalmente informato Commissione salute delle Regioni. La riforma, ha spiegato Fazio, si rende necessaria soprattutto

Il premio Mario Boni

Quest’anno il Premio Mario Boni è stato assegnato al Cirm, il Centro Internazionale Radiomedico. Il premio ritirato dall’Ammiraglio Agostino Di Donna ha un valore simbolico alla dedizione e all’impegno di tutti coloro che donano parte del proprio tempo all’ascolto e al consiglio di chi in mare ha bisogno di aiuto.

Il Centro Internazionale Radiomedico è sorto nel 1935, allo scopo di fornire assistenza radiomedica ai marittimi, imbar-

perché nelle Regioni non virtuose e sottoposte a Piani di rientro è indispensabile intervenire in tempi brevi, e dunque “per promuovere questo cambiamento è necessario un provvedimento legislativo che integri e completi i principi cui debbono ispirarsi gli Accordi collettivi nazionali. In questo documento si deve includere l’accesso, il ruolo unico, le aggregazioni funzionali territoriali, la ristrutturazione del compenso”. Più com-

cati su navi senza medico a bordo, di qualsiasi nazionalità, in navigazione su tutti i mari. Il CIRM ha la sua sede in Roma ed i suoi servizi medici, sono gratuiti. Essi includono l’interessamento per un eventuale trasbordo del paziente su nave fornita di servizi medici o, se la distanza lo permette, il prelievo del malato con mezzi navali o aerei per una rapida ospedalizzazione. L’assistenza Radio Medica è assicurata da medici in servizio continuati-

vo di guardia (H. 24). I comandi delle navi in navigazione con malati o infortunati a bordo possono contattarci attraverso le seguenti vie:

Oltre a questa primaria attività il Cirm ha anche svolto anche attività editoriale curando l’edizione dell’interessante opera Il medico condotto, storia dell’assistenza sul territorio prima e dopo l’unità d’Italia.

Centro Internazionale Radio Medico (C.I.R.M.)

Via dell’Architettura, 41

00144 - Roma

Telefono: [+39] - 06.54223045

più, ha spiegato il ministro, la questione dell’indennità di vacanza contrattuale. “Ho già dimostrato la mia disponibilità quando ho presentato l’emendamento 78 alla manovra economica, che però non è stato possibile inserire; mi impegno a sostenere ancora il riconoscimento della vacanza contrattuale prima del prossimo rinnovo contrattuale, ma – ha concluso Fazio – è solo un impegno a sostenere, non ad ottenere”.

RINASCERE

alle terme di Toscana

www.turismo.intoscana.it
VOGLIO VIVERE COSÌ



Regione Toscana



TOSCANA

“Rabbia, indignazione, nostalgia, umiliazione, stanchezza, rassegnazione, sfiducia, frustrazione, insicurezza sono alcune delle emozioni che sempre più spesso nel nostro vissuto professionale prendono il posto di sentimenti positivi quali entusiasmo, sicurezza, orgoglio, soddisfazione”. E ad aggravare le difficoltà ci sono le accresciute richieste, sul versante assistenziale ma anche telematico. C’è un “aumento progressivo del carico di lavoro che dobbiamo sostenere per l’incremento delle esigenze assistenziali di

“

Occorre rivedere la struttura del compenso, anche perché il nostro carico di lavoro, clinico e burocratico, continua a crescere

una popolazione con un sempre maggiore numero di anziani, di malati cronici, di non autosufficienti; carico di lavoro ulteriormente in aumento per la progressiva riduzione dei posti letto e lo spostamento sul territorio, senza una preventiva riorganizzazione, di attività assistenziali prima sostenute dal livello ospedaliero”, ma c’è anche lo “scomiglio determinato dal cosiddetto “decreto Brunetta” che, pur perseguendo obiettivi con-

Certificati online: Non si collabora con chi ci insulta

Riuniti a Santa Margherita di Pula in occasione del Congresso Fimmg, i sindacati medici e i vertici della Fnomceo hanno preso una posizione comune sulle affermazioni del ministro Brunetta contenute in un video pubblicato in rete ieri. “Le parole del ministro mostrano mancanza di fiducia e di rispetto verso i medici – ha detto **Amedeo Bianco** – dunque a nostra volta non abbiamo più fiducia. Solo diverse e inequivocabili parole del ministro potrebbero farci recedere dalla decisione di interrompere i rap-

porti con lui”. Il lavoro di monitoraggio sull’applicazione del nuovo sistema di certificazione on line, dunque, proseguirà avendo come interlocutore soltanto il ministero della Salute.

“I verbali della Commissione sulla certificazione on line – ha detto **Giuseppe Augello**, presidente Omceo di Agrigento che insieme a **Guido Marinoni** ha rappresentato la Fnomceo in quella Commissione – testimoniano che non abbiamo mai parlato di denaro o di compensi, ma soltanto delle molte difficoltà del si-

stema”.

“I medici rigettano la responsabilità sui tempi lunghi dell’avviamento del sistema di certificazione on line, che d’altra parte non sono neanche del ministero della P.A. – ha detto **Milillo** – la verità è che il sistema è molto complesso e che non sono stati risolti molti problemi, a cominciare dall’instabilità del sito e dal non funzionamento del call center. Per questo credo che sia molto difficile che al 31 gennaio si vada a regime, riuscendo a gestire un milione di certificati al mese”.

divisibili, ha introdotto norme pericolosamente imperfette nella loro formulazione (alcune oggi in fase di correzione) e soprattutto sanzioni sproporzionate” e, ancora, il “decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze che attribuisce a tutti i medici convenzionati il compito di rilevare sul sistema informatico del Ministero la condizione di esenzione per reddito e di apporre una ‘biffatura’ sulla prescrizione per attestarla”. Molti altri i temi affrontati da Milillo nella relazione, dai rapporti con le istituzioni mediche, Fnomceo ed Enpam in particolare, ai rapporti sempre più articolati e collaborativi con alcuni soggetti istituzionali, come Aifa e Agenzia delle Entrate.



E.A.

Il testo integrale della relazione è disponibile sul sito della Fimmg: www.fimmg.org

Irap: mezzo milione di euro rimborsati ai medici di famiglia

“Il medico di medicina generale non deve pagare l’Irap, ovvero l’Imposta Regionale sulle Attività Produttive, perché il suo è un rapporto di lavoro parasubordinato-convenzionato, mentre l’Irap è tipica del libero professionista puro”. **Carmine Scavone**, vice segretario nazionale Fimmg, spiega ai giornalisti presenti a Santa Margherita di Pula perché i medici di famiglia si sono ribellati a questa imposizione fiscale. “L’attività di lavoro del mmg – prosegue Scavone – quando è più organizzata, ad esempio con la presenza

di personale di studio, non aumenta il guadagno, anzi talvolta lo abbassa, perché il suo introito è legato al numero di assistiti”.

Per questo i medici hanno avviato una battaglia legale, sostenuta da Fimmg, per chiedere il rimborso dell’Irap già pagata. Contemporaneamente si è aperto “un rapporto di reciproca conoscenza con l’Agenzia delle Entrate – dice ancora Scavone – spiegando, attraverso precisi riferimenti legali, fiscali e normativi, la peculiarità dell’attività del mmg: questa re-

lazione ha permesso un sempre maggiore ascolto da parte delle Commissioni Provinciali e Regionali delle Entrate”. E tra i risultati c’è un vasto accoglimento delle richieste di rimborso presentate, attualmente superiori al 50%.

Tradotto in valore assoluto, questo significa che, come ha sintetizzato il responsabile della comunicazione Fimmg **Fiorenzo Corti**, “nelle sole Milano e Venezia, oltre mezzo milione di euro sono stati restituiti ai medici di famiglia, grazie all’impegno del sindacato”.

4-9 ottobre 2010 Santa Margherita di Pula (CA) – Forte Village

La Mozione finale del 65° Congresso nazionale Fimmg-Metis “Dall’attesa all’iniziativa: costruiamo il cambiamento”

Il Congresso Nazionale prende atto con soddisfazione

di come il tema prescelto: Dall’attesa all’iniziativa: costruiamo il cambiamento” sia stato trattato ed approfondito nelle tante e qualificate relazioni illustrate da esponenti del mondo scientifico, accademico, istituzionale e di come il lavoro comune con i congressisti abbia rappresentato un momento di sintesi volto, non tanto alla enunciazione di risultati, ma alla costruzione di una piattaforma di riferimento per successive necessarie e continue implementazioni.

Fa proprio

il convincimento che la medicina d’iniziativa rappresenti uno sforzo culturale necessario per abbandonare schemi acquisiti e praticati a lungo e porsi l’obiettivo solo apparentemente troppo ambizioso di prevedere la possibilità di ammalare, e di prevenire in modo personalizzato i problemi del paziente.

Richiama

come in questo percorso la Medicina generale possieda potenzialità che il SSN dovrebbe avere interesse ad utilizzare al massimo, soprattutto alla luce delle ovvie difficoltà da parte delle strutture ospedaliere ad affrontare il capitolo della cronicità. La Medicina Generale ha anche però dei concreti limiti di organizzazione e di struttura. Questi richiedono cambiamenti che non sono operabili se non si investe culturalmente ed economicamente da parte dei MMG, delle Istituzioni e dell’intera società.

Il Congresso Nazionale esprime compiacimento

per i contributi concreti e fattivi portati ai propri lavori dai ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi, della Salute Ferruccio Fazio e dal Governatore della Regione Lazio Renata Polverini. In particolare sottolinea la dichiarata corrispondenza con la linea sostenuta da Fimmg su auto attestazione di malattia, necessità di fornire alle convenzioni un quadro legislativo di riferimento - che preveda gli elementi essenziali del cambiamento: accesso e ruolo uni-

co per la Medicina Generale, ristrutturazione del compenso con la separazione della remunerazione professionale dal ristoro delle spese di produzione del reddito, superamento degli aspetti deteriori di una concorrenzialità legata all’equazione scelte=incasso- ed ancora sulla necessità per gli impegni derivanti da nuovi compiti di I.T., come la certificazione di malattia on line, di una gradualità e compatibilità con i compiti assistenziali e di una riallocazione della relativa competenza sanzionatoria nella contrattualistica tra le parti, nonché sull’opportunità di ricondurre l’emergenza territoriale all’area della Medicina Generale.

Il Congresso Nazionale plaude e si unisce

alla dichiarazione del Ministro Ferruccio Fazio a proposito dell’orgoglio di appartenenza ad una Categoria, quella dei medici, che fatte salve inevitabili e sparute eccezioni, ha scelto e porta avanti un delicato impegno professionale al di là ed indipendentemente dai risvolti economici ad esso ovviamente correlati.

Il Congresso Nazionale esprime piena soddisfazione

per l’avvenuta rielezione a Segretario Generale Nazionale di Giacomo Milillo e dell’intera squadra da lui proposta, individuando in questa riconferma la prosecuzione di un impegno al cambiamento delle condizioni della Medicina Generale italiana secondo gli indirizzi approvati all’unanimità dal Sindacato nel precedente mandato e che sono, per volontà programmatica dello stesso Segretario generale eletto, costantemente sottoposti a verifica e ricalibratura collegiale negli organi statutariamente competenti.

Formula inoltre

al Presidente nazionale Stefano Zingoni gli auguri più sentiti per l’impegno affidatogli e ringrazia il Presidente uscente Mario Stella per la dedizione dimostrata ed il contributo fornito.

Approvata all’unanimità

LE NEWS

Si è svolto il III Corso di formazione fiscale Fimmg

Si è svolto il 21 e 22 ottobre scorsi, presso la sede nazionale della Fimmg a Roma, il III Corso di formazione fiscale frutto della collaborazione tra Fimmg e Agenzia delle Entrate, che sta portando a concreti risul-

tati. La partita fiscale è seguita con grande attenzione dal sindacato anche perché una migliore conoscenza degli aspetti fiscali, sempre più complessi, diventa indispensabile per meglio disegnare i percorsi di riorganizzazione della medicina generale. Il corso, che ha visto la partecipazione dei referenti regionali e nazionali della Commissione fisco del sindacato, è stato inaugura-

to da **Antonio Campanella**, responsabile nazionale della Formazione dell’Agenzia delle Entrate, e dal nostro segretario **Giacomo Milillo**. Nei due giorni di studio sono stati affrontati molti argomenti di interesse: dalle società dei servizi, all’evoluzione degli studi di settore e a specifici approfondimenti sulle ultime circolari dell’Agenzia delle Entrate riguardanti l’Irapp.

Fimmg under40



La Sezione Medici In Formazione, inserita nel Settore Continuità Assistenziale, è nata il 23 maggio 2008 e da allora si è sviluppata in 19 Coordinamenti Regionali e un Coordinamento Nazionale che affrontano le problematiche locali e nazionali di carattere sindacale e didattico dei corsi di formazione specifica in Medicina Generale. I primi due anni di attività sono stati caratterizzati da un'approfondita analisi della regolamentazione del triennio, dalla formulazione di soluzioni e di proposte coerenti con le linee politiche Fimmg, da una presa di coscienza delle dinamiche e strategie sindacali, dalle prime esperienze di contrattazione con la parte pubblica. Sul piano interno si è lavorato a una costante comunicazione e condivisione di situazioni, idee e proposte, al fine di creare un gruppo coeso e motivato nella sua variopinta composizione interregionale.

Con questo inserto scriviamo un riepilogo di quanto fatto, strutturandolo in modo che possa essere staccato e conservato dai medici in formazione come utile vademecum di servizi.

E rimboccandoci le maniche, proseguiamo lungo la strada...

I Coordinatori nazionali
Celeste Russo, Alessandro Dabbene, Michele Ferrara

L'ASSICURAZIONE PROFESSIONALE

Premio leggero, iscrizione compresa
Le amministrazioni regionali che ge-

stiscono il corso di formazione specifica richiedono, come previsto dal Decreto, che i medici contraggano assicurazione RC professionale che li copra durante i tirocini. Quasi tutte le regioni richiedono una polizza specifica per tale attività e fissano il massimale minimo da assicurare. Per tale motivo la Fimmg offre ormai da molti anni un'assicurazione decisamente economica e che comprende l'iscrizione automatica al sindacato. È anche possibile, nelle regioni in cui è richiesto, integrarvi la polizza infortuni valida per gli incidenti avvenuti in ambito di tirocinio. Per maggiori informazioni scrivere a formazione@fimmg.org

L'IN...FORMAZIONE, SENZA TREGUA

Un'informazione puntuale e precisa è prioritaria in un sistema complesso e distribuito su tutto il Paese come il nostro. Gli iscritti ricevono via mail la newsletter *inFormazione*, anche disponibile sul sito nazionale della Continuità Assistenziale. Ad oggi le principali novità dai livelli centrale e regionale sono state divulgate attraverso 9 edizioni e uno speciale monotematico. Le informazioni sul sindacato nel suo insieme arrivano in cartaceo con *Avvenire Medico* (anche disponibile in formato pdf), che da questo mese apre una rubrica dedicata agli under40 di cui questo inserto è la prima manifestazione. Le notizie più urgenti, le novità dell'ultima ora, le comunicazioni di servizio vengono distribuite tramite le mailing list gestite attraverso i coordina-

menti regionali per le notizie della Sezione e dal gestionale nazionale per le news di carattere generale. Infine ogni iscritto ha diritto ad una password con cui può accedere alle sezioni riservate di tutti i siti internet nazionali, regionali e provinciali della Fimmg.

ASSICURAZIONE INFORTUNI, DIRITTO VIOLATO

Chi frequenta il corso di formazione in Medicina Generale ha diritto a una copertura assicurativa per gli infortuni avvenuti in ambito lavorativo, ovvero di tirocinio. Le regioni hanno recepito in maniera difforme questo dovere chiedendo, in alcuni casi, ai tirocinanti di stipulare e pagare una polizza privata. Fimmg Formazione ricorda che tale onere è a carico del datore di lavoro! Il DL 81/2008 equipara i tirocinanti a lavoratori dipendenti e affida al datore di lavoro responsabilità ed oneri economici riguardanti la sicurezza. L'assicurazione pertanto deve essere a carico loro! Anche in termini di tutela della gravidanza la tirocinante interessata ha diritto a svolgere il lavoro senza rischi per la propria salute. Fimmg Formazione ha elaborato un documento per ribadire e richiedere la completa responsabilità, anche economica, di chi gestisce i corsi di formazione specifica (disponibile presso i coordinatori regionali ed esecutivo nazionale).

GRAVIDANZA = PERDITA DELL'ANNO?

Un medico in formazione che interrompe il corso per gravidanza o per un in-

fortunio grave recupera le ore perse durante un “quarto anno” che di fatto fa slittare, per qualche mese di ritardo, l’ingresso in graduatoria regionale di ben un anno. Ma accade ovunque così? Fimmg Formazione si è battuta da subito affinché chi slitta al “quarto anno” possa iscriversi ugualmente alla graduatoria regionale insieme ai colleghi con cui aveva iniziato il triennio, in modo che il suo nome possa essere pubblicato senza ritardi a condizione che entro l’anno termini il corso e si diplomino. In due regioni, il Lazio e l’Emilia Romagna, l’amministrazione ha deliberato la possibilità di iscriversi “sotto condizione”, ma la strada è ancora lunga affinché in tutta Italia ammalarsi o concepire un figlio non siano eventi discriminati e discriminanti!

L’ENPAM E LA PROPOSTA DI CONTRIBUTIONE RIDOTTA

Una delle nostre priorità di lavoro è sempre stata quella di dare al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale dignità anche di tipo previdenziale.

Studi mirati hanno rivelato come dal 2004 all’articolo 3 comma 2 del Regolamento Fondo Generale Enpam, la borsa di studio corrisposta durante il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale rientra nelle categorie reddituali da dichiarare, come si può facilmente dedurre dall’articolo in questione di seguito riportato: “Per reddito professionale assoggettabile a contribuzione si intende quello autonomo derivante dall’esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, non soggetto ad altra copertura previdenziale obbligatoria ed al netto di una quota delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all’iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale”. A fronte però di un’aliquota contributiva del 12,5% che diventa troppo onerosa per il delicato momento di inserimento lavorativo della categoria professionale di Medico in Formazione Specifica in Medicina Generale e a

fronte dell’esiguità della borsa di studio corrisposta, è nata la necessità di fare richiesta formale all’Enpam perché il reddito dei Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale venga assoggettato all’opzione del versamento di aliquote nella misura ridotta del 2% come già in vigore per i pensionati e per gli iscritti che contribuiscono ad altre forme di previdenza obbligatoria, ivi compresi i Fondi Speciali gestiti dall’Enpam, di cui all’articolo 4 comma 1 del Fondo Generale Enpam, con possibilità di riscatto di riallineamento in un prossimo futuro. Tale richiesta è stata esplicitata durante il Coordinamento Nazionale della Formazione tenutosi a Roma il 27 gennaio 2010 e che ha visto come ospite il dottor Malagnino, vicepresidente Enpam.

Il Consiglio di Amministrazione Enpam tenutosi il 29 gennaio 2010 ha recepito favorevolmente tale richiesta, deliberando positivamente per una modifica regolamentare (delibera 12/2010) da sottoporre a valutazioni successive del Comitato Consultivo del Fondo della Libera Professione. Un ulteriore tavolo di lavoro si è aperto per stabilire le modalità migliori per la regolarizzazione della posizione contributiva relativa agli anni 2004-2009 ed ha portato alla preparazione di un modulo apposito per la regolarizzazione, a disposizione nella parte riservata agli iscritti del sito Fimmg.

IL PROGETTO GIOVANI DELLA FONDAZIONE ENPAM

Riceviamo e pubblichiamo questo articolo scritto da Gianpiero Ventura Mazzuca, responsabile del Progetto L’Enpam ha da sempre un serio interesse riguardo le nuove generazioni di medici di medicina generale che, affacciandosi per la prima volta nel mondo del lavoro dopo un lungo ed impegnativo percorso formativo, devono poter conoscere adeguatamente l’importanza del loro sistema previdenziale, di cui diverranno i soggetti principali. Per questo è nato il “Progetto Giovani”, che ha lo scopo di comunicare in un modo nuovo il ruolo e l’importanza dell’Enpam fin dai primi passi nell’attività professionale e di aiutare a fa-

re le scelte giuste per la costruzione di un futuro previdenziale inevitabilmente più complicato del presente, ma utile anche a spiegare le opportunità insite nell’iscrizione obbligatoria alla nostra Fondazione.

In effetti non vogliamo più sentire, come troppe volte è accaduto, colleghi che superata la soglia dei 60 anni pronunciano sconsolati la faticosa frase “Ah... se mi fossi informato prima e l’avessi saputo per tempo..!” ad esempio per un riscatto non effettuato!

La conoscenza è la prima delle ricchezze e per questo “Progetto Giovani” lavora su tre fronti. Con gli studenti universitari del VI anno rapportandosi con le Facoltà, con gli Ordini Provinciali specialmente nel momento in cui con l’iscrizione ed il giuramento di Ippocrate inizia il rapporto e poi con gli specializzandi e gli iscritti ai corsi regionali di medicina generale, cercando di costruire un confronto ed una eventuale collaborazione per una maggior informazione e per la risoluzione di eventuali dubbi o problemi.

Tutto questo lavoro è supportato da una adeguata e moderna presenza in rete, che si farà conoscere grazie anche all’attivazione di numerosi link internet, come lo scambio reciproco già effettuato con i giovani medici in formazione della Fimmg.

Proprio per dare concretezza a tutto questo è stato costituito il gruppo di lavoro “Progetto Giovani” che sta operando alla realizzazione di tale importante attività di comunicazione ed ai suoi futuri sviluppi, sempre a disposizione per un costruttivo confronto.

GIOTTO

Il movimento Giotto è un movimento culturale formato e rivolto ai Medici di Medicina Generale all’inizio del loro percorso formativo e professionale, inteso come il periodo che va dal primo giorno di iscrizione al Corso di Formazione Specifica in medicina generale fino al terzo anno dopo aver ottenuto la convenzione per la Medicina Generale (Assistenza Primaria).

Scopo del movimento è quello di facilitare la discussione e il confronto tra i giovani medici di medicina generale italiani, in modo da cercare di creare



una “coscienza comune” dei contenuti culturali e scientifici specifici della Medicina Generale.

Argomenti di discussione saranno in particolare: le competenze specifiche della medicina generale, gli aspetti organizzativi del lavoro sul territorio, le necessità didattiche del medico di medicina generale, la ricerca in Medicina Generale.

Il movimento si pone inoltre l'obiettivo di facilitare il confronto con altre diverse realtà europee della medicina di famiglia. In questo caso il referente principale è identificato nel Vasco da Gama Movement.

<http://dottorgiotto.altervista.org>

LE NOSTRE PROPOSTE SUL TAVOLO MINISTERIALE

Il 18 Marzo 2010 si è insediato l'Osservatorio Nazionale per la Formazione in Medicina Generale e la Fimmg, nelle figure di Giacomo Milillo e Celeste Russo, ne ha incontrato i componenti per avviare una collaborazione stretta e un monitoraggio continuo dei lavori. In seguito al primo incontro abbiamo redatto, e presentato, all'Osservatorio un documento riguardante le maggiori criticità da noi riscontrate nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Il documento non presenta, se non in minima parte, soluzioni o proposte ma mette in chiara evidenza le problematiche più cogenti. In sintesi abbiamo descritto la legislazione attuale in materia di Formazione Specifica in Medicina Generale, dividendo poi il

documento in argomentazioni riguardanti le criticità contrattuali, didattiche e del post- Diploma.

Riepiloghiamo di seguito la scaletta di ciò che è stato inserito all'interno del documento.

1) L'attuale metodica di accesso al corso che, attualmente, non consente di valorizzare chi ha una “vocazione” per la Medicina Generale.

2) È stato affrontato il discorso dei medici soprannumerari (medici iscritti a Medicina entro il 31 dicembre 1991 ed abilitati entro il 31 dicembre 1997 che non hanno conseguito altre specialità) a cui la Conferenza Stato-Regioni del 29 marzo 2007 ha dato possibilità tramite bandi Regionali di partecipare al Corso, mettendo in serio pericolo lo svolgimento del Corso “regolare” in alcune Regioni.

3) È stata sottolineata l'esiguità della borsa di studio del medico in formazione, aggravata dalle incompatibilità che limitano altre attività lavorative.

4) Abbiamo sentito doveroso mettere in risalto il fatto che non sia previsto il versamento di contributi previdenziali durante il Corso e che le Regioni in maniera non uniforme (disattendendo quanto citato nell'Art. 18 del Decreto 7 marzo 2006) gravano sui medici in formazione chiedendo in molti casi di contribuire alla polizza antinfortunistica per i rischi di salute correlati all'attività di tirocinio.

5) Per gravidanza e malattia superiore ai 30 giorni consecutivi viene sospesa la borsa di studio e il Corso è termina-

to in ritardo.

6) C'è una forte disparità Regionale sia per l'organizzazione del Corso sia per la programmazione degli obiettivi formativi e dei vari periodi di tirocinio, mancando del tutto un programma condiviso a livello centrale.

7) Il tirocinio ospedaliero viene descritto come un'esperienza non orientata alle necessità didattiche di un medico di Medicina Generale e non sempre i tutor sono aggiornati dal punto di vista clinico, scientifico, contrattuale sui temi della medicina generale.

8) Il tirocinio di Medico di Medicina Generale risente di differenze riguardanti l'adeguatezza rispetto alla normativa dal punto di vista dell'informaticizzazione e delle nuove forme di aggregazione funzionale; il tirocinante spesso è osservatore di quanto accade nello studio e non viene coinvolto attivamente, il suo ruolo non è chiaro e spesso non è utile.

9) La medicina generale viene intesa solo come medicina di famiglia, per cui manca un tirocinio in Continuità Assistenziale o in altri settori della Medicina Generale pure essendo questi le prime e naturali occasioni professionali del giovane medico.

10) Le lezioni dei seminari obbligatori sono spesso di tipo frontale e tenute da specialisti senza la mediazione di un animatore di formazione; il tirocinante non è incentivato alla partecipazione a congressi e conferenze di aggiornamento professionale.

11) Il medico, alla fine dei tre anni di corso, ottiene il diploma di Formazione Specifica e si può pertanto iscrivere nelle Graduatorie Regionali di Settore, ma deve attendere 11 mesi prima che la relativa graduatoria venga pubblicata. In questo lasso di tempo intercorrente, il medico con attestato non gode uniformemente in tutte le Regioni di vantaggi per accedere a incarichi di sostituzione nell'ambito della Medicina Generale.

Per concludere, abbiamo riscontrato come il giovane medico non sia incentivato a iscriversi al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale ed il medico che ne è iscritto non sia incentivato a rimanervi. Il Corso potrebbe essere molto più professionalizzan-

te ma la struttura impedisce di svilupparne le potenzialità e le modifiche da fare sono molte e puntuali, e si possono grossolanamente riassumere in:

- necessità di un programma Nazionale condiviso con una variabilità Regionale del 20-30% e con una preparazione informatica;
- necessità di un tirocinio nell'ambito di un gruppo e non più nello studio del singolo Medico di Medicina Generale, con possibilità di diminuire le ore di tirocinio ospedaliero versus un aumento delle ore di tirocinio nell'ambito della Medicina Generale;
- introduzione della Continuità Assistenziale e della Pediatria di Libera Scelta come tirocini e possibilità di svolgere il Corso di Emergenza Territoriale alla fine del Corso;
- detassazione della borsa e/o revisione delle incompatibilità in un progetto di Formazione-Lavoro;
- contributi previdenziali Enpam;
- regolamentazione dei soprannumerari e programmazione sanitaria dei posti messi a bando per ciascuna Regione sul basata sull'effettiva previsione di carenza/surplus dei medici sul territorio.

HAI MAI PAGATO L'IRAP? FIMMG FORMAZIONE TI AIUTA A RECUPERARLA

Nell'autunno 2008 Fimmg Formazione, grazie al contributo di quanto già avviato dall'Assistenza Primaria, ha dato il via all'operazione "chiudiamo l'imposta", volta a chiedere la restituzione di quanto indebitamente versato al fisco in forma di Irap dai medici in formazione. L'Irap, infatti, è un'imposta derivante dal requisito di autonomia organizzazione, ovvero di un apparato organizzativo che dia un quid pluris, un apporto significativo in termini di guadagno al professionista. Ne deriva che la professione della medicina generale non deve essere assoggettata ad Irap e tantomeno quella del medico in formazione che, prima o durante il triennio, può svolgere incarichi di sostituzione di medici di famiglia o di continuità assistenziale in cui l'organizzazione è a carico rispettivamente del medico sostituito o addirittura dell'Asl. Ne consegue che la tas-

sa non ha alcun rationale e chi l'ha versata può smettere di farlo e richiedere il rimborso delle erogazioni degli ultimi 48 mesi.

Il rimborso prevede tre step:

- la richiesta di rimborso fatta all'agenzia delle entrate;
- di fronte al tacito dissenso, la presentazione di un ricorso a tariffe agevolate grazie a un accordo tra Fimmg e lo studio legale di riferimento;
- la discussione del caso in commissione tributaria.

Fino ad oggi quasi tutti i medici di famiglia ricorristi hanno vinto la causa e alcuni stanno iniziando a ricevere il rimborso. Alcuni medici in formazione hanno presentato domanda di rimborso e sono in attesa di presentare ricorso. Per maggiori informazioni rivolgersi all'indirizzo rimborsoirap@gmail.com, all'attenzione del dott. Federico Stroppiana, nostro collega di riferimento.

FORMAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE: IL DIRITTO DI LAVORARE SUBITO

I medici in formazione possono lavorare, laddove sia presente una situazione di carenza, come sostituti di medici di medicina generale e in continuità assistenziale. Fimmg Formazione è orientata in due direzioni: la prima è ideare una strategia che assicuri a ogni medico in formazione un numero adeguato di turni al fine di aumentare notevolmente il reddito mensile che con la sola borsa di studio è insufficiente e offensivo. Ma per arrivare a questo occorre tempo e una contrattazione che porti a un superamento dell'attuale decreto. Nel frattempo Fimmg Formazione punta a far applicare quanto già sancito dall'Acn in vigore e mal applicato da aziende e distretti: porre nella graduatoria delle sostituzioni di continuità assistenziale il medico in formazione più in alto dello specializzando e magari anche del medico non titolare né equipollente; contestualmente, far applicare la norma transitoria 4 dell'Acn in vigore che inserisce il medico in possesso di attestato, ma ancora in attesa di pubblicazione in graduatoria regionale, in una graduatoria separata da cui attingere prioritariamente

te in caso di carenza di titolari a tempo indeterminato: un modo per diventare "pseudo-titolari" con un anno di anticipo rispetto a quanto sancito dall'Acn. In alcune regioni siamo già riusciti a fare i primi passi e ad ottenere alcune garanzie, ma occorre una normativa più chiara e definitiva che non possa essere interpretata faziosamente da chi non vuole dare ai medici con la vocazione del territorio la possibilità di dimostrare la propria professionalità.

COME ISCRIVERSI A FIMMG MEDICI IN FORMAZIONE

Contatta il Coordinatore Regionale della tua regione oppure scrivi a formazione@fimmg.org.

Per iscriversi occorre compilare la scheda di iscrizione e versare una quota di 50 euro a FIMMG – Continuità Assistenziale Nazionale, IBAN: IT60 E056 9610 8000 0002 0950 X58 specificando nella causale del versamento la provincia di iscrizione e l'anno di Corso.

Dovrai poi mandare via fax la scheda di iscrizione compilata e la ricevuta del bonifico al numero 0689280630. Infine consegna una copia di scheda e bonifico al tuo Coordinatore. L'iscrizione vale fino al 31 dicembre dell'anno in corso, per i rinnovi è sufficiente eseguire il bonifico, faxare la ricevuta, avvisare il coordinatore regionale.

UNDER QUARANTA DIVENTA RUBRICA DI AVVENIRE MEDICO

A partire dal prossimo numero, *Avvenire Medico* conterrà *Under 40*, una rubrica interamente dedicata ai medici in Formazione e alle esperienze di avvio lavorativo dei più giovani. La rubrica nasce grazie alla disponibilità di Fiorenzo Corti, responsabile comunicazione della Fimmg, da sempre vicino alle nostre istanze. Gli autori degli articoli saremo noi, intesi come medici in Formazione, di Continuità Assistenziale, del 118 ma anche di Assistenza Primaria come sostituti o neo-convenzionali. Sarà pertanto richiesta la collaborazione di tutti coloro che vorranno condividere un'esperienza importante a tutto il mondo Fimmg.



La cassa dei medici per i medici

Galeno a fianco di tutti i colleghi

Al congresso Fimmg di Forte Village grande interesse per le garanzie e i vantaggi offerti dalla Cassa Galeno in continua espansione

di Mario Costa

Anche quest'anno la cassa mutua cooperativa Galeno è stata puntuale con l'appuntamento con la Fimmg, riunita in occasione del suo 30° congresso nazionale a Santa Margherita di Pula.

Galeno, che, lo ricordiamo, è stata fondata nel 1992 grazie ad una brillante idea dell'allora segretario nazionale Mario Boni, ha sempre avuto con il massimo sindacato della medicina italiana rapporti storici e la comune volontà di contribui-

re al benessere e alla serenità dei medici di famiglia che rappresentano una parte importante tra i soci della cassa. Grande affluenza dei colleghi e dei loro familiari allo stand della Cassa, che è sempre stata, e che sta diventando sempre di più un prezioso strumento di garanzie e vantaggi per i medici. È stata offerta così anche quest'anno l'occasione di poter meglio conoscere nella sede congressuale la filosofia di Galeno e tutte le sue nuove iniziative. La cassa sta entrando in un pe-

riodo di grande creatività, forte di un crescente consenso che i soci hanno testimoniato al consiglio di amministrazione affidandogli un ampio mandato. Questa prova di fiducia non solo ha testimoniato il buon lavoro di oculata amministrazione svolto dal consiglio direttivo, ma permette di potenziare l'attività della cassa verso la ricerca di una più consistente dimensione, che con una crescente capacità contrattuale di fronte alle compagnie assicurative porterà senza dubbio nuovi consistenti vantaggi per i soci.

I 30 nuovi iscritti in occasione del congresso e gli oltre 120 colleghi che hanno richiesto un piano su misura (passepartout) sono "la dimostrazione ancora una volta" che Galeno continua a rappresentare gli interessi di un numero sempre crescente non di clienti ma di soci.

Questo appuntamento è la conferma della vitalità della cassa sempre attenta alle necessità e ai problemi dei medici, vissuti in prima persona dagli amministratori che prima di tutto alla categoria dei medici appartengono.

Assicurarsi contro il rischio di non autosufficienza: una preziosa iniziativa

di Ezio Cotrozzi

Già da marzo del 2008 è disponibile nel piano base per tutti i soci titolari di Cassa Galeno una garanzia che è ancora all'avanguardia. Si tratta della copertura LTC (acronimo inglese di Long term care, che potremmo tradurre con "cura di lungo periodo"), una garanzia che provvede all'erogazione di una rendita di cinquecento euro al mese nello sfortunato caso in cui il socio divenisse non autosufficiente. La non autosufficienza è definita sulla base della incapacità di compiere alcune attività della vita quotidiana, da lavarsi

a mangiare autonomamente. L'inserimento della Ltc nel paniere dell'Ombrello di Galeno non ha costi aggiuntivi per i soci, che si vedono offrire questa copertura attraverso il finanziamento derivante dalla ripartizione dei saldi attivi (circuito virtuoso). Un altro esempio della forza collettiva della cassa che oggi conta cinquemila soci: una grande famiglia che sa sempre come innovare. La Ltc targata Galeno può comunque essere integrata volontariamente per garantirsi una rendita aggiuntiva fino ad ulteriori duemila euro.

Galeno al Congresso

Galeno ha voluto portare un momento di svago e spensieratezza nelle serate al di fuori dei lavori congressuali. A tale scopo il mercoledì e il venerdì sono state organizzate due tornate di tombolone seguite da un simpatico karaoke, momenti che hanno ag-



giunto ad una grande presenza una ventata di simpatica allegria. Sono stati distribuiti parecchi premi e i due vincitori del tombolone che hanno ricevuto un iPad sono risultati: la dottoressa Novella Parola Canale e il dottor Antonio Broggio.

Molto successo ha riscosso il gadget offerto a tutti i visitatori dello stand: un tradizionale coltellino multiuso, prezioso strumento tutto fare e gioia dei collezionisti di tale genere di oggetti.

I nostri rappresentanti non hanno potuto mancare alla annuale consegna del premio Mario Boni, istituito in memoria del mai dimenticato segretario e fondatore di Galeno. Il premio, consegnato dalla vedova Eleonora Cordero di Montezemolo, è stato assegnato quest'anno alla associazione Cirm per l'attività di volontariato del centro. Non abbiamo potuto mancare infine al momento dedicato a Michele Olivetti, che ha raggiunto il memorabile traguardo di 40 anni di direzione di *Avvenire Medico*.

Acqua Fiuggi:

Per avere
informazioni e materiali
800.077.889
www.fiuggi.it



Dott. Emilio Patelli
Segretario generale
S.U.N.I.

da otto secoli
la sapiente
prevenzione
quotidiana



Fiuggi è raccomandata dalla
Società di Urologia SUNI nella
prevenzione della Calcolosi Urinaria

La calcolosi renale: una patologia del "benessere", sempre più diffusa e sempre più da evitare

La Calcolosi delle vie urinarie, patologia del tutto assente durante i periodi di guerra, risulta oggi, con le migliorate condizioni di vita, in considerevole aumento in tutti i paesi d'Europa, con "ricadute" che si verificano in tempi sempre più brevi, così da configurare una vera e propria "malattia sociale". Le tecniche sempre più avanzate nel campo della litotrixxia e della endoscopia urologica consentono oggi interventi molto più agevoli e semplificati,

alleviando la sofferenza dei pazienti e riducendo i tempi di ricovero ospedaliero quasi sempre ad un day hospital, tuttavia la calcolosi renale resta una patologia importante che è quindi bene evitare, prevenendola con adeguati stili di vita. Primo fra tutti quello di una dieta che consenta, tra cibi e bevande, l'introduzione giornaliera di 2000-2500 ml di acqua, per aumentare il volume urinario e diminuire quindi la

carica batterica e la concentrazione dei Sali che possono dare luogo alla formazione dei calcoli.

Bere,
quindi,
bere tanta
acqua, tutti
i giorni e
tante volte
al giorno!



Approvata in Conferenza Stato-Regioni la proposta del ministro Fazio

Al via il Piano nazionale sulle liste d'attesa

Abbattere le liste d'attesa per 58 prestazioni "critiche". Corsie preferenziali per malati oncologici e con patologie cardiovascolari. Intramoenia aziendale per abbreviare i tempi

di Ester Maragò

Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, il cui obiettivo è "promuovere la capacità del Ssn di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea" prevede, come aveva anticipato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio nella relazione presentata in Parlamento, l'inserimento di "paletti tali, che non sarà più possibile avere 300 o 400 giorni di attesa per esami importanti come avviene adesso". Inoltre, con il Centro unico di prenotazione nazionale (le cui sue azioni sono state definite nelle Linee guida nazionali stabilite nell'Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2009) nelle che mette in rete i centri regionali, saranno anche identificati i buchi nelle liste d'attesa. "Questo meccanismo di monitoraggio seguito direttamente dall'Agenas - ha sottolineato Fazio - consentirà di sapere dove non viene applicato il piano e quindi di agire tempestivamente".

LE PRESTAZIONI E I TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Il Piano ha individuato 58 prestazioni selezionate in base al monitoraggio svolto dall'Agenas in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006: esattamente 14 visite specialistiche ambulatoriali, 29 prestazioni di diagnostica strumentale, 5 prestazioni in Dh e 10 in regime di ricovero ordinario. Il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli

utenti che ne fanno richiesta presso le strutture indicate dal Piano attuativo aziendale (Paa). Per quanto riguarda le ambulatoriali specialistiche sono divise in: urgenti, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; brevi da eseguire entro 10 giorni; differibili, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; e infine programmate.

LE PATOLOGIE DELL'AREA CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA

Nel mirino del Piano ci sono poi le aree oncologica e cardiovascolare. L'atout per cuore e neoplasie è il modello a rete che si fonda sui collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento, consentendo di orientare l'assistenza in un contesto sovraospedaliero secondo le caratteristiche di

rischio del paziente, definita nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, e i tempi previsti di intervento. Per quanto riguarda l'area cardiovascolare le strutture della rete devono integrarsi tra loro e con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza, e devono essere dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento, utilizzando specifici protocolli operativi. Per quanto concerne invece l'area oncologica, la rete deve assicurare anche il coordinamento con i servizi territoriali deputati all'assistenza domiciliare, ai percorsi riabilitativi e alle cure palliative.

Ai pazienti, dopo la prima visita specialistica garantita secondo le priorità indicate dal Piano che conferma il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (Pdt), entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi, ossia 60 giorni.

L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

Tra le novità c'è anche l'Alpi, che viene indicata come un ulteriore possibile strumento per abbattere le liste d'attesa. Sono due le modalità disciplinate: la libera professione "aziendale" e quella scelta liberamente dal paziente. La libera professione "aziendale" può rappresentare un sostegno nel momento in cui una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni nei tempi massimi regionali.

PIÙ DIFFICILE LA STRADA PER FEDERALISMO FISCALE E COSTI STANDARD

I presidenti delle Regioni hanno convocato, lo scorso 26 e 27 ottobre, una Conferenza straordinaria per esaminare il decreto varato in Consiglio dei ministri che riunisce le norme relative alla fiscalità regionale, primo passo attuativo della legge sul federalismo fiscale, e

l'introduzione dei "costi standard" per valutare le risorse da assegnare alle Regioni per garantire i servizi sanitari. Ma, per arrivare ad un'intesa su questo tema, le Regioni chiedono che il Governo dia loro rassicurazioni riguardo ai "tagli" operati con la manovra economica

estiva, che fissa gli stanziamenti anche per il 2011 e il 2012. "Il decreto sulla fiscalità regionale - ha ribadito il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani - ingloba la manovra, che per noi è insostenibile e mette in discussione servizi fondamentali per i cittadini".

I temi di aggiornamento scientifico nel 65° Congresso Fimmg-Metis

La medicina d'iniziativa: il metodo innovativo della Medicina Generale

di Donatella Alessio

Seguendo il filo conduttore delle patologie croniche che ha caratterizzato gli ultimi congressi di Fimmg-Metis, quest'anno il congresso ha avuto come filo conduttore il necessario cambiamento da operare per passare dalla medicina di attesa a quella di iniziativa.

Con i termini di medicina di attesa e di iniziativa intendiamo due diverse metodologie di erogazione delle cure e dei servizi socio-sanitari. Conosciamo tutti bene la Medicina di attesa, il paradigma classico del modello bio-medico di sanità: attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. Su di esso, da sempre, si fonda la formazione universitaria, e non deve stupire che sia il paradigma dominante anche nell'ambito della medicina territoriale e delle cure primarie.

La Medicina di iniziativa è un argomento di cui molto già si discuteva anni orsono nei convegni di medicina generale. Ma occorre un serio sforzo culturale per abbandonare schemi acquisiti e praticati a lungo ed è sicuramente non facile abituarsi ad un modo diverso di praticare la medicina, più faticoso, impostato su basi epidemiologiche e su atteggiamenti attivi di controllo della popolazione. E questo nuovo modo di lavorare può essere difficile da comprendere anche da parte degli assistiti, i quali, se da un lato si sentono gratificati dall'attenzione del medico, dall'altro si tro-

vano a confrontarsi anche con diverse figure professionali, con una maggiore rigidità del sistema e con la richiesta di un maggior impegno nei confronti della propria salute. Insomma tutti devono attuare una piccola rivoluzione culturale.

LA MEDICINA DI INIZIATIVA SI REALIZZA SUL TERRITORIO

Mentre la medicina di attesa è praticamente l'unica modalità con cui si possono erogare cure in ambito ospedaliero, sul territorio entrambe le modalità di erogazione sono ben utilizzabili.

Inoltre per le malattie croniche, che secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità comprendono oltre il 90% delle istanze di salute della popolazione mondiale, la medicina di iniziativa risponde bene alle necessità di prevenzione e di management dell'intero

percorso diagnostico-terapeutico e può veramente rappresentare la chiave di volta della sostenibilità economica e sociale di queste malattie.

Per questo siamo convinti che la Medicina generale possieda potenzialità che il Ssn dovrebbe avere interesse ad utilizzare al massimo, soprattutto alla luce delle ovvie difficoltà da parte delle strutture ospedaliere ad affrontare il capitolo della cronicità. Ma, affinché questa potenzialità si possa esprimere al meglio, occorre superare limiti di organizzazione e di struttura, con investimenti culturali ed economici da parte dei mmg, delle istituzioni e anche dell'intera società.

COME CAMBIA LA CULTURA DEL MMG

Da parte nostra occorre uno sforzo culturale che deve accompagnare e precedere il cambiamento organizzativo e istituzionale e le giornate scientifiche del 65° Congresso Fimmg-Metis sono andate in questa direzione.

Innanzitutto dobbiamo imparare a considerare i nostri singoli pazienti come parte della popolazione dei nostri assistiti. Solo i mmg sono medici di una popolazione definita: questa è una delle peculiarità che costituiscono lo specifico della medicina di famiglia.

Dobbiamo approfondire le nostre conoscenze epidemiologiche ed abituarci a confrontare i dati generali con quelli della nostra popolazione assistita e trarne le indicazioni per indirizzare il nostro lavoro.

Dobbiamo arrivare a diagnosticare la possibilità di ammalare prima dei sintomi delle malattie. Rivedere le nozioni fisiopatologiche (che tanto ci anno-

segue a pag.28 ►

LE RELAZIONI SCIENTIFICHE SUI PROSSIMI NUMERI DI AVVENIRE MEDICO

Davvero molte e molto interessanti le comunicazioni scientifiche che hanno animato gli incontri del 65° Congresso Fimmg-Metis. Un materiale che vorremmo poter offrire anche a chi non ha potuto seguire le giornate congressuali e che dunque pubblicheremo sui prossimi numeri di *Avvenire Medico*. Il primo appuntamento, nel numero di dicembre della nostra rivista, riporterà la relazione di **Guido Sanna** *L'infezione da helicobacter pylori in medicina generale*.

Medici di famiglia e informatizzazione: come cambia l'assistenza?

Presentata al Congresso la ricerca del Centro Studi nazionale Fimmg che analizza le percezioni e le ricadute assistenziali dell'information technology dal punto di vista del medico e del cittadino

di Stefano Zingoni*

L'indagine del Centro studi nazionale della Fimmg affronta il rapporto tra mmg ed IT (information technology) da due angolazioni: quella del medico e quella del paziente. Quest'ultimo aspetto della ricerca è stata affidato, su specifiche del Centro studi Fimmg, ad un soggetto terzo, l'Ispo del professor Renato Mannheimer, a garanzia dell'obiettività dei risultati.

L'IT DAL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO

Sintetizziamo i risultati della prima parte della ricerca, quella rivolta specificamente ai medici.

Le dotazioni informatiche (computer, stampanti) e le competenze informatiche

di base nell'uso del computer sono diffuse tra i mmg italiani in maniera capillare. Hanno competenze informatiche più avanzate più della metà dei medici. Oltre la metà dei medici ha buone competenze statistiche riguardanti la capacità a elaborare i dati di archivio dei pazienti ai fini assistenziali. Solo ¼ della categoria

è relativamente sprovvisto delle competenze, soprattutto per quanto riguarda quelle statistiche. Il 92% dei medici ha un qualche tipo di collegamento internet in studio, l'83% ha un collegamento a casa e quasi il 4% ha un collegamento in una struttura sanitaria. Molti sono, quindi, i medici che hanno un doppio collegamento.

L'uso dell'informatica e di internet non è nuovo; i medici ne fanno ricorso mediamente da più di 8 anni e, quindi, hanno accumulato esperienza sufficiente per valutarne i pregi e i difetti e, soprattutto, le potenzialità.

Il 97,5% dei medici ha un programma gestionale che nell'83% dei casi è stato acquistato con risorse proprie. Tramite il programma gestionale è possibile svolgere molte funzioni, mettendo insieme tutte le funzioni, risulta che il livello di disponibilità e di utilizzo è pari, in una scala da zero a 100, a 80, un livello effettivamente molto elevato. L'aspetto più carente riguarda la possibilità di interfacciarsi con l'esterno, con strutture e servi-

segue a pag.34 ►

IL VOLUME

L'intera ricerca è disponibile nel volume:

e-Health e medici di assistenza primaria in Italia.

Stato dell'arte, problemi e soluzioni

A cura del Centro Studi nazionale Fimmg

Il Pensiero Scientifico Editore, 2010



◀ segue da pag. 26

iano) nella ricerca del minimo comune denominatore, dell'origine delle patologie. Orientandoci alla medicina di iniziativa, il nostro dovrebbe essere più uno sforzo di sintesi che di approfondimento: anziché suddividere all'infinito le malattie (la variante della variante), risalire ai vari gruppi di cause. Le patologie sono spessissimo multi-organo, spesso multi-apparato, perché la causa è scritta nei difetti genetici o nelle abitudini di vita. Allora l'identikit del paziente da sottoporre a monitoraggio diventa reale, assume identità: lo screening non è più di massa, è mirato; funziona meglio e costa meno. La cultura che si richiede per fare questo è maggiore, ma impegna di più logica e ragionamento e meno nozioni mnemoniche e specialistiche.

E poi bisogna che ci organizziamo, che impariamo a lavorare insieme tra di noi e con altre professioni, mediche e no, ed è ciò che Fimmg sostiene con forza da alcuni anni perché non è una via che si possa percorrere senza investimenti ed appoggio delle istituzioni.

Sappiamo quanto il momento economico e politico sia difficile e siamo consci che cambiamenti importanti come questi non possono essere rapidi e semplici. Ma non possiamo neppure giungere impreparati ad affrontare le esigenze di una società che evolve.

Si potrebbe pensare che anagraficamente l'età media della nostra categoria sia un po' alta per l'impegno che implica uno spostamento di ottica e di abitudini di tale portata.

Però è anche vero che tale cambiamento può essere avviato meglio da chi ha già maturato esperienza nella metodica dell'attesa, e ha ragionato sulle possibilità di fare medicina in modi differenti. È una rivoluzione adatta all'età matura ed è qualcosa che potremo consegnare ai più giovani. Sappiamo che tra alcuni anni ci saranno pochi medici di famiglia: la nostra appare una professione poco appealing, non è adatta alle fiction e neanche ad impinguare i portafogli. L'eroismo del quotidiano non è facile da apprezzare.

Ma se ne sappiamo scoprire e valorizzare le peculiarità, lo specifico, il nostro può essere un lavoro davvero soddisfacente e può consentire alla "nostra" popolazione di vivere un po' più a lungo e soprattutto meglio.

Oltre 200.000
visite
al mese*

*Fonte: Google Analytics



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

quotidiano sanità.it

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

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

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

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Health Communication editore



È emergenza ulcere cutanee

Il Convegno nazionale Associazione Italiana Ulcere Cutanee ha acceso i riflettori su un problema sottovalutato ma che colpisce 2 milioni di italiani e costa al Servizio sanitario nazionale 1 miliardo di euro l'anno

Quasi totale mancanza di centri di eccellenza. Carenze nelle strategie terapeutiche, nell'individuazione dei percorsi assistenziali ottimali e nella definizione dei criteri di appropriatezza. Mancata rimborsabilità delle cure. Scarsa cultura del trattamento delle ulcere. Sottovalutazione dello "specialista" che si occupa di questa patologia: il vulnologo.

È lungo l'elenco delle "emergenze" che l'Aiuc - Associazione Italiana Ulcere Cutanee dal proprio convegno nazionale ha voluto sottolineare, insieme a una condizione - le ulcere cutanee - troppo a lungo sottovalutate, se non ignorata.

Eppure, soffrono di ulcere cutanee 2 milioni di italiani, il 50 per cento dei

quali in maniera invalidante. Circa 30 mila sono bambini.

I tre quarti dei malati scontano le conseguenze della scarsa attenzione riservata dalla sanità alle ulcere, denuncia l'Aiuc, non potendosi permettersi le cure perché troppo care. Il costo medio delle terapie è infatti di 300 Euro/mese e cresce in relazione alle dimensioni della lesione.

Un dramma per i malati, ma anche un rompicapo per il Servizio sanitario nazionale, che per la cura delle ferite difficili spende ogni anno un miliardo di euro. Una cifra enorme a cui si sommano i costi indiretti, pari a 460 mila giornate lavorative perse dai malati e dai loro familiari.

La famiglia, infatti sconta al pari dei malati le carenze della rete assistenzia-

le: in Italia non esistono reti o percorsi integrati tra territorio e ospedale a garanzia della continuità assistenziale, perciò solo il 12% dei pazienti è seguito in ospedale, il 35% nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, il 17% nelle Case Protette.

Inevitabile che questo porti a "una non equità delle cure, una scarsa accessibilità ai trattamenti, ritardo nella diagnosi e nella terapia, all'incremento dei costi diretti per l'insorgenza di complicanze, e dei costi indiretti per la perdita della capacità produttiva da parte del paziente e/o dei familiari", ha sottolineato l'Aiuc.

L'assenza di centri di eccellenza dedicati, poi, porta alla dispersione dei malati e spesso a veri e propri "pellegrinaggi tra diverse realtà, nella speranza di incappare in quella in grado di risolvere il problema".

Ed è nell'attesa di un'assistenza adeguata che dalle ulcere si passa alle loro conseguenze più gravi. L'amputazione, soprattutto. In Italia se ne contano 10 mila l'anno, il 65 per cento delle quali "maggiori" (sopra la caviglia). La metà di esse riguarda pazienti diabetici. Nonostante i Piani Sanitari Nazionali succedutisi dal 1999 al 2008, compreso quello del 2010/2012, abbiano previsto come obiettivo una drastica riduzione delle amputazioni, l'obiettivo è assai lontano dall'essere raggiunto.

IL GIUSTO TIME NELLA CURA DELLE FERITE

La cura delle ferite è ormai una scienza che prevede precisi atti terapeutici finalizzati a preparare il fondo della lesione alla guarigione, rimuovendo o prevenendo l'insorgenza di ostacoli che possono rallentare o addirittura bloccare il processo riparativo. Questo approccio prende il nome di Wound Bed Preparation (WBP) e, per agevolarne l'applicazione nella pratica clinica, è stato ideato l'acronimo TIME che identifica i vari aspetti che ogni clinico deve valutare per decidere gli interventi più ap-

propriati per portare la ferita alla chiusura: Tessuto, Infiammazione/Infezione, Macerazione/Secchezza, Epidermide

Tra i vari passi, il primo - cioè la gestione del tessuto necrotico (T) - è decisivo per garantire una completa guarigione o l'assenza di complicanze. Elemento essenziale è quindi il debridement (sbrigliamento) della ferita, sia essa acuta (prevenzione della necrosi) o cronica (rimozione dei tessuti non vitali). In particolare, il debridement enzimatico delle ferite con la col-

lagenasi (con prodotti come Noruxol® e IruXol®) da anni si è attestato come una delle più praticate, riconosciute ed efficaci metodiche di sbrigliamento.

La collagenasi, un enzima prodotto dal batterio *Clostridium histolyticum*, rappresenta infatti l'unico enzima proteolitico in grado di degradare non solo il collagene denaturato, ma anche le briglie di collagene nativo, causa dell'aderenza dell'escara al fondo della lesione. Questi diversi meccanismi d'azione si traducono in un'elevata efficacia tera-

peutica, legata a una rapida eliminazione del materiale necrotico dal fondo della lesione e allo stimolo alla formazione del tessuto di granulazione e alla riepitelizzazione.

La collagenasi di origine batterica ha mostrato inoltre di essere un prodotto sicuro, ben tollerato e non attivo sulla cute integra. La massima attività della collagenasi si esplica infatti a PH 6-8, raggiungendo quindi un'efficacia ottimale a valori di PH caratteristici solo dell'ambiente della lesione.



LA SALUTE IN TAVOLA

PROGETTO DI VALORIZZAZIONE DELLA DIETA MEDITERRANEA E DELLO STILE ALIMENTARE ITALIANO

Mediterranean style: più sani, più a lungo

Il progetto, voluto dal Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, è promosso da Federsanità Anci con Buonitalia per valorizzare la dieta mediterranea e lo stile alimentare italiano, da sostenere sul territorio nazionale e da diffondere sul mercato Usa

La tradizione alimentare italiana, con le sue molteplici declinazioni regionali e attraverso la sapiente ed equilibrata miscela di diversi ingredienti e modalità di preparazione, è ormai riconosciuta universalmente quale dieta di riferimento per coloro che desiderano coniugare buon gusto e salute a tavola. La dieta mediterranea è così diventata uno stile alimentare ideale, consigliato da tutti i nutrizionisti e per questo candidato a diventare patrimonio immateriale dell'Umanità su indicazione dell'Unesco. Ulteriore caratteristica della dieta mediterranea è la tipicità dei prodotti agroalimentari "made in Italy", legati indissolubilmente alle caratteristiche del territorio. Da un punto di vista epidemiologico, la dieta mediterranea è un efficace strumento di riduzione delle patologie metaboliche, il cui danno sociale per la diffusione della loro incidenza è statisticamente dimostrato. Infatti, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causate da alcune patologie (malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) che hanno in comune fattori modificabili, come l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di alimenti quali frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso

di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa.

Ma cosa fanno gli italiani della dieta mediterranea?

Esiste un paradosso, per cui se da un lato l'Italia è il paese con una percentuale tra le più alte di speranza di vita (82 anni) – e questo lo si deve oltre che al nostro servizio sanitario nazionale anche ad un'alimentazione che si è dimostrata uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione di patologie dismetaboliche – dall'altro c'è una scarsa consapevolezza da parte dei cittadini dei risultati raggiunti in questi ultimi trent'anni in termini di benessere e qualità della vita. Per questo Federsanità ha ritenuto importante proporre un progetto che puntasse a promuovere e divulgare gli elementi che sono alla base della dieta mediterranea in Italia e all'estero, dove è vista come un modello di educazione ad una corretta alimentazione per

la prevenzione di patologie che in molti paesi – specie nel Nord America – rappresentano la prima causa di mortalità.

Ma definiamo meglio cosa è la dieta mediterranea. Pane, pasta, legumi, olio extravergine di oliva, verdure, pesce azzurro, frutta e vino, sono gli alimenti base, prodotti nel nostro paese, del nostro regime alimentare tradizionale che notoriamente, grazie alla rigida legislazione ed ai controlli, è tra i più sicuri al mondo e dove i marchi DOP e IGP garantiscono qualità e sapori tipicamente italiani style. Questo vuol dire che sostenendo la dieta mediterranea si sostiene anche quel ricco patrimonio delle tipicità agroalimentari che costituiscono una costellazione di valori e offerte rivolte al consumo unica al mondo. "Non c'è investimento economico, per quanto ingente, che possa dare frutti senza un'educazione alla responsabilizzazione del cittadino in termini di corretti stili di vita". Con queste parole **Angelo Lino. Del Favero**, presidente di Federsanità Anci, spiega il progetto: "Riteniamo fondamentale promuovere iniziative che puntino a divulgare i vantaggi, in termini di tutela della salute, degli elementi che sono alla base di una corretta alimentazione. In questa direzione va il nostro progetto al fine di promuovere questo modello alimentare sul territorio nazionale e, allo stesso tempo, diffonderlo sui mercati internazionali, in particolare su quello nord americano, dove alcune patologie legate ad uno sbagliato stile di vita rappresentano la prima causa di mortalità".



Federsanità Anci



Associazione Nazionale Comuni Italiani organizza

Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e le Conferenze dei Sindaci, agisce come strumento istituzionale sul piano della rappresentanza per i Comuni per assicurare i percorsi di integrazione sociosanitaria e socio assistenziale; opera come centro di elaborazione culturale di politiche della salute sui territori. I principali obiettivi sono: attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato, delle Regioni e con le istituzioni per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia delle politiche sanitarie e di welfare; assicurare la

rappresentanza degli operatori della sanità al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale; individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative culturali, di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati. Le finalità che persegue Federsanità Anci sono una serie di progetti in collaborazione con i Comuni volti alla diffusione di temi legati alla prevenzione, alla cultura del benessere, degli stili di vita corretti, ecc. i cui destinatari sono gli "orientatori comportamentali", ovvero professionisti che per la loro attività possono influenzare il comportamento del cittadino consumatore: Comunità medico scientifiche, Enti locali ed Operatori dell'informazione.

Fibromialgia, disturbi del visus e terapia con agopuntura

Il dolore e l'ago

di Stefano Nobili*

IL CASO

La signora Daniela ha 57 anni e presenta una sintomatologia caratterizzata da mialgie diffuse e cervico-dorso-lombalgia. Lo specialista reumatologo pone l'ipotesi diagnostica di fibromialgia.

In anamnesi, Daniela è una forte fumatrice (20 sigarette die) da 30 anni, soffre di insonnia con un certo beneficio dopo assunzione di Zolpidem 10mg AB. È allergica alle graminacee, al pelo di cane e gatto e alle penicilline, mentre può assumere macrolidi. L'alvo è fin dalla gioventù alterno (diagnosi di colon irritabile). Tre anni orsono ha presentato un innalzamento di CA125 (valori 4 volte la norma) e transaminasi, oltre a sintomi simil menopausali (menopausa fisiologica a 52 anni) e metrorragie che hanno causato una lieve anemizzazione (Hb 10.7) trattata favorevolmente con ferro per os; ha eseguito ecografia pelvica con riscontro di fibroadenomi multipli per i quali il ginecologo propendeva per un

intervento di isterectomia totale per via trans vaginale. Il valore di CA125 e delle transaminasi erano poi tornati nel range di normalità, ma erano poi insorte rachialgie diffuse e algie alla gamba sinistra con zoppia. Le algie si estendevano ad arti superiori e spalle con dolore alla palpazione delle masse muscolari. La zoppia ha provocato nel giro di due anni un'usura precoce dell'articolazione coxofemorale contro laterale e conseguente artrosi. Per la sintomatologia dolorosa la paziente ha utilizzato comuni antinfiammatori non steroidei, cortisone, farmaci per il dolore neurogeno con discreto successo, da ultimo il tramadolo, anche se il dolore riprendeva alla cessazione dell'assunzione dei precedenti. È stata inoltre messa in terapia con antidepressivi triciclici a basso dosaggio. Nel frattempo era comparso un disturbo aspecifico del visus rappresentato dall'impossibilità di vedere in modo nitido i contorni degli oggetti o talvolta di non

vedere quelli posti a poca distanza da lei e di notarli solo quando venivano segnalati da altri. Ha quindi eseguito visita oculistica con esito di presbiopia; perimetria computerizzata, fluorangiografia (negative entrambe) e visita ortottica la quale aveva evidenziato un lieve strabismo convergente monoculare. Un collega neurologo suggeriva TC e RM encefalo (negative e sovrapponibili: sistema ventricolare normale per morfologia e dimensioni, come gli spazi liquorali periferici e la densità del parenchima cerebrale e delle strutture situate in fossa cranica posteriore). Il disturbo visivo progressivamente si risolveva nel giro di qualche settimana anche per la correzione dello strabismo con lenti.

Il quadro mialgico (valutato sulla VAS con una media di 7 e punte di 10, in assenza di antidolorifici o antinfiammatori) continuava e per questa ragione la paziente veniva di nuovo valutata dallo specialista reumatologo che prescriveva esami ematochimici risultati nella norma anche negli indici di flogosi e nelle CPK. Gli esami del sangue di secondo livello mostravano un leggero aumento dell'omocisteina, non comunque significativo e ANA presenti con titolo 1:40. La radiografia del rachide dorsale, lombosacrale e del bacino evidenziava: scoliosi destro-convessa, un'anterolistesi di L4 su L5, artrosi diffusa e osteofitosi al passaggio dorso lombare, discopatia a livello di L1-L2 e discopatia serrata di L5-



S1; grave coxartrosi sinistra con scomparsa della rima articolare e osteofitosi pericefalica femorale. Il quadro è stato approfondito con una RM del rachide completo: focolai discoartrosici con osteofiti marginali e riduzione di spessore dei dischi in particolare a livello di C4-C5, C5-C6, C6-C7 dove si nota un'impronta a barra sul sacco durale per osteofitosi; anterolistesi D1 su D2 e D2 su D3 con impronte sul sacco durale in D3 e D4; retrolistesi D12 su L1 e L1 su L2, anterolistesi L4 su L5; disidratazione di tutti i dischi esaminati; protrusione in D12-L1, L2-L3, L3-L4, L4-L5 (con protrusione intraforaminale di L4), L5-S1 con protrusione posteriore e infraforaminale e lieve impronta sul sacco durale.

Ad un nuovo controllo reumatologico, veniva confermato il quadro fibromialgico: l'esame obiettivo evidenziava risposta positiva al dolore da digitopressione di un numero di trigger point da 11 a 18 (nel caso specifico 15), secondo le linee guida dell'American College of Rheumatology del 1990; il dolore non migliorava (VAS stabile) e la paziente si rivolgeva quindi, con un certo scetticismo suo e dei medici presso i quali era in cura, all'agopuntura. Con una decina di sedute, a cadenza settimanale, in associazione con la terapia antiinfiammatoria e antidolorifica standard (diclofenac per due settimane alternati a inibitori della COX2 per il tempo rimanente, oltre a tramadolo 10 gocce tre volte al giorno), la percezione media del dolore valutata sulla VAS diminuiva di un paio di punti (VAS 5) e nei periodi ove non assumeva farmaci antidolorifici il dolore era calcolato come 8, raramente 9. Viene consigliata quindi una terapia di "man-

tenimento" con agopuntura con cadenza mensile oltre a una moderata e graduale attività fisica con esercizi di stretching.

COMMENTO

La fibromialgia (F), a differenza della "miosite" che indica un quadro organico infiammatorio, normalmente con alterazione degli indici di flogosi e muscolari, è compresa nel gruppo delle malattie reumatiche non articolari ed è caratterizzata da dolorabilità alla palpazione e rigidità muscolare nelle zone di inserzione tendinea e delle strutture molli adiacenti (Manuale Merck, ed. italiana, 2001). Riguardo l'eziologia, si ipotizzano alterazioni nel rilascio della serotonina e della sostanza P (Pain Clinic 10-11, 2002), associate a stress, ansia e depressione. La sintomatologia è caratterizzata da astenia e dolore diffuso che viene esacerbato dalla digitopressione sui punti trigger (occipitali, paravertebrali cervicali, dorsali, lombari, al torace, anche, spalle, gomiti, ginocchia, articolazione temporo-mandibolare); il dolore dipende anche dai cambiamenti di clima e dal livello di stress. La F viene associata anche a disturbi del sonno. Come nel caso descritto, la sindrome del colon irritabile è associata in circa la metà dei casi di F. Possibile ma non provata una causa legata ad una pregressa infezione virale o batterica. Sempre doverosa e necessaria la diagnosi differenziale principalmente con artriti, osteoartrosi, spondilite. Da tener presente che la F interessa dal 2 al 4% della popolazione Usa, maggiormente nel sesso femminile, secondo i dati dell'American College of Rheumatology. Come terapia vengono utilizzati FANS, antidepressivi (ami-

triptilina e nortriptilina, trazodone, paroxetina), antidolorifici, dai più comuni come il paracetamolo a quelli ad azione centrale tra i quali il tramadolo (Reumatismo. 2007 Oct-Dec;59(4):280-91). La terapia prevede anche esercizio fisico regolare, massoterapia leggera, tecniche di rilassamento. Occorre assicurare il paziente del quadro benigno e ridurne lo stress emotivo agendo anche sul miglioramento del sonno. Venendo all'agopuntura, in accordo con il National Institute of Health "...l'agopuntura può essere efficace nel controllo del dolore da fibromialgia..." (Acupuncture today, March 2003, vol.4). Secondo la letteratura, l'agopuntura nella F migliora la qualità di vita dei pazienti (Itoh et al, Chin Med. 2010 Mar 23;5:11). Uno studio presentato nel 2006 all'11° Congresso Mondiale del Dolore, dimostrava l'efficacia dell'agopuntura nella diminuzione dell'astenia e dell'ansia nei soggetti fibromialgici attraverso due sedute settimanali in un periodo di 2-3 settimane, con un quadro del dolore però sostanzialmente invariato (Martin et al, June 2006, Mayo Clinic Proceedings). Anche la National Fibromyalgia Association suggerisce l'agopuntura nella F oltre alle terapie fisiche sopra accennate (Oct 2002). Come ultimo dato di letteratura nel trattamento della F, ricordiamo il Tai Chi, esercizio mente-corpo, derivato dalle arti marziali cinesi, citato dal New England Journal of Medicine (Wang, Aug 19, 2010), che migliora mobilità e forza attraverso respiro e rilassamento.

*mmg, Fimmig Milano
stefanonobili@fimmig.org

◀ segue da pag. 28

zi del Ssn, in quanto solo il 37% dei medici ha l'opportunità di utilizzare questa funzione. Secondo i medici di medicina generale italiani la diffusione dell'E-Health deve fare i conti con diversi ostacoli. Tra le barriere oggettive essi indicano ai primi posti: le risorse economiche necessarie per avere, aggiornare e mantenere un sistema completo di IT (55% degli intervistati); l'eventuale assenza di standardizzazione del programma rispetto agli altri mmg ed ai servizi delle Asl (69,2%); la difficoltà a dotarsi di un supporto di manutenzione/riparazione guasti rispettoso delle esigenze operative dello studio (63,2%); il costo in termini di formazione per acquisire l'abilità informatica necessaria

per utilizzare con efficacia il sistema IT (59,8%).

A queste si aggiungono poi le barriere soggettive come lo scetticismo dei medici (72,4%), la mancanza di un'adeguata cultura informatica in generale (88,8%), la mancanza di uno specifico addestramento (training) all'uso dell'IT (86,7%) e l'incertezza verso il nuovo (77,4%).

ALCUNE CONCLUSIONI

Con queste indicazioni, è come se i medici di medicina generale avessero detto: fin qui abbiamo fatto tutto da soli. Abbiamo acquistato i programmi, paghiamo i costi di internet, abbiamo informatizzato ad un buon li-

vello i nostri studi, se abbiamo problemi ce la caviamo da soli, ove possibile abbiamo fatto corsi di formazione. Da qui in poi, anche se lo volessimo, l'avanzamento dell'informatizzazione degli studi e l'uso dei collegamenti con le strutture e servizi del Ssn non dipende più da noi. È la Regione, sono le Asl che debbono standardizzare i linguaggi, farsi carico dell'upgrading tecnologico e remunerare il valore aggiunto che al Ssn può derivare dall'integrazione promossa dalla messa in rete di tutti i suoi operatori, delle strutture e dei servizi.

*responsabile Centro studi
e presidente nazionale Fimmig

Nuova nota Aifa per la prescrizione

Farmaci per l'osteoporosi, non solo al femminile



L'Aifa riconosce l'appropriatezza prescrittiva, a carico del Ssn, di alcuni farmaci per la prevenzione e cura dell'osteoporosi anche in soggetti di sesso maschile

Lo scorso 7 settembre il nostro segretario nazionale, Giacomo Milillo, aveva inviato una lettera a Guido Rasi, direttore dell'Aifa, in cui si segnalava come “numerosi medici di medicina generale, nostri iscritti, ed alcuni rappresentanti provinciali e regionali della nostra Federazione, ci segnalano che numerose Asl, in Italia, stanno da tempo contestando ai medici di medicina generale l'appropriatezza della prescrizione, a

carico del Ssn, di alcuni farmaci indicati per il trattamento della Osteoporosi, con conseguente richiesta di recupero delle quote corrispondenti alle supposte prescrizioni inappropriate. Nello specifico viene contestata la prescrizione di questi farmaci a soggetti di sesso maschile che, secondo l'interpretazione delle Aziende Sanitarie, non risulterebbe possibile per mancanza di indicazione nel foglietto illustrativo presente nelle singole con-

fezioni”.

La prima risposta era arrivata il 18 settembre, con una lettera in cui Rasi assicurava l'impegno ad affrontare il problema con il coinvolgimento della propria CTS (Commissione Tecnico-Scientifica). E proprio in quella Commissione si è infatti svolta nei giorni seguenti, con il fattivo impegno di Walter Marrocco, mmg e componente della Cts, un'analisi approfondita di tutta la tematica nell'ambito della quale è stata ammessa l'appropriatezza prescrittiva di alcuni farmaci per la prevenzione e la cura dell'osteoporosi anche nei pazienti di sesso maschile, unitamente ad interessanti risvolti di risparmio economico per il Ssn.

La lettera di Guido Rasi

Egregio dottor Milillo, facendo seguito alla Sua cortese richiesta, Le invio i risultati dell'approfondimento condotto sul tema della prescrizione dei medicinali contenenti alendronato 70 mg nei soggetti di sesso maschile a carico del Ssn.

Aifa e la sua Commissione Tecnico-scientifica ritengono che la prescrizione dei medicinali contenenti alendronato 70 mg nei soggetti di sesso maschile a carico del Ssn è conciliabile sia con le indicazioni del medicinale di riferimento e dei suoi generici sia con la prescrizione della nota 79. Per i seguenti motivi:

- a) Innanzitutto, FOSAMAX 10 mg è indicato nel trattamento dell'osteoporosi nelle donne in età postmenopausale e negli uomini, nel trattamento e nella prevenzione dell'osteoporosi indotta dai glicocorticoidi (GIOP) in uomini e donne.
- b) per FOSAMAX 70 mg, alla luce delle indicazioni di FOSAMAX 10 mg, “la riduzione del rischio di fratture vertebrali e dell'anca”, distinta dal “Trattamento dell'osteoporosi postmenopausale” può essere ragionevolmente riferita anche

ai soggetti di sesso maschile; infatti:

- esistono anche studi clinici in equivalenza terapeutica nell'osteoporosi maschile tra FOSAMAX 10 mg e FOSAMAX 70 mg;
 - nel prodotto americano FOSAMAX i dosaggi 10 mg e 70 mg sono considerati equivalenti nei maschi;
 - c) la nota 79 fa esplicito riferimento all'utilità dell'alendronato nella prevenzione delle fratture nei soggetti di sesso maschile; ad esempio, nelle “Evidenze disponibili” si legge: “Nel maschio l'efficacia terapeutica è stata valutata in trials controllati e randomizzati per alendronato e risedronato ai quali pertanto si riferisce la nota”;
 - d) la prescrizione di FOSAMAX 70 mg nei soggetti maschili non sembra rappresentare un danno economico per il Ssn; infatti un mese di terapia con FOSAMAX 10 mg costa 34.44 €, rispetto ad un costo di 24,05 € con FOSAMAX 70.
- Quanto sopra, pur nel rispetto delle iniziative che l'Azienda titolare dell'Aic dovesse ritenere di assumere per chiarire definitivamente la questione.

Un'esperienza dal basso che fa riflettere

Medici senza sponsor

di Guido Giustetto*

Da alcuni anni faccio parte del gruppo No Grazie, pago io!, un gruppo spontaneo di operatori che lavorano in diversi ambiti della Sanità (Regioni, Distretti, Aziende Sanitarie Locali, Università, Centri di ricerca, reparti ospedalieri, ambulatori, consultori, ecc.): pediatri e medici di famiglia, specialisti in varie discipline, studenti di medicina e specializzandi, infermieri, ostetriche, farmacisti, farmacologi, direttori di distretto, direttori di Asl, ricercatori, psicologi, giornalisti del settore.

Il nome del gruppo deriva dalla decisione dei suoi componenti di non accettare dall'industria del farmaco, della strumentazione medica o degli alimenti per l'infanzia:

- 1) nessun genere di regalo, da quelli di minor valore (come gadget, biro, ecc.) a quelli più onerosi (come libri, pagamento di iscrizione a convegni, il vitto e l'alloggio, viaggi, ecc.);
- 2) compensi economici per relazionare a eventi formativi, convegni o congressi;
- 3) finanziamenti per produrre materiale informativo rivolto ai colleghi o ai cittadini e non accettare di utilizzare a questo scopo materiale prodotto dall'industria;
- 4) finanziamenti per la realizzazione di eventi formativi.

Il gruppo, nato nel 2004, ha l'obiettivo di contrapporsi all'influenza che l'industria del farmaco e dei prodotti medicali esercita sugli operatori sanitari e di renderne questi ultimi consapevoli. È nostra con-

vinzione infatti che il rapporto tra operatori sanitari e industria rappresenti un punto cruciale per la difesa dell'indipendenza delle conoscenze (che ispirano le scelte terapeutiche, le strategie di prevenzione e l'informazione dei cittadini) e quindi della possibilità di svolgere con rigore e serietà il compito che ci è stato affidato quando siamo diventati operatori sanitari con responsabilità verso le persone che affidano la loro salute alle nostre cure. Il rapporto tra operatori sanitari e industria del farmaco è oggetto di crescente attenzione in tutto il mondo, sia per i conflitti di interesse ad esso sottesi che per l'influenza che i mezzi di promozione dell'industria possono avere sul comportamento degli operatori sanitari, anche senza che essi ne siano consapevoli. La discussione su questo tema, ben più vivace altrove, è presente anche in Italia dove è però relegata in ambiti ristretti e fatica a trovare spazio per un dibattito sereno e approfondito.

Contrariamente a quanto comunemente crede la maggior parte degli operatori sanitari, esiste infatti ampia documentazione dell'influenza da parte dell'industria del farmaco sul comportamento dei singoli medici, di gruppi, di Associazioni di ammalati e di cittadini, fino alle Istituzioni, attraverso le più svariate modalità di promozione.

I principali documenti prodotti dal gruppo riguardano la formazione in medicina (Ecm), l'informazione dei cittadini, l'informazione dei medici. Le notizie vengono costantemente aggiornate e pubblicate nelle news del sito e nella Lettera periodica che può essere richiesta con le modalità descritte nella Home Page. Svolgiamo inoltre lezioni presso le Università, relazioni a convegni medici o durante iniziative pubbliche e organizziamo congressi o eventi rivolti al pubblico.

Tutte le attività del gruppo – compresa la costruzione e la cura del sito, le traduzioni di documenti e articoli, la produzione e spedizione della Lettera periodica – vengono svolte su base volontaria. Esistono nel mondo diversi gruppi simili al nostro, con i quali siamo in contatto, come i No free lunch di New York e del Regno Unito, i No Gracias spagnoli, i Gezonde Sceptis olandesi, i Mein essen zahl ich Selbst (Mezis) tedeschi e Healthy Skepticism con sede in Australia, con affiliati in tutto il mondo (anche i No grazie sono affiliati a questo gruppo).

* medico di famiglia a Pino Torinese



www.nograziepagoio.it

La Lettera informativa periodica che si può richiedere a luisegra@tin.it



AVVENIRE MEDICO
Mensile della Fimmg
piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625 Telefax
06.54896645

Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo
Direttore Responsabile
Michele Olivetti
Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

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

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti
Hanno collaborato
Donatella Alesso,
Alessandro Dabbene, Lucia Conti,
Firenzo Corti,
Mario Costa, Ezio Cotrozzi,
Bruno Cristiano, Michele Ferrara,
Paolo Giarrusso, Guido Giustetto,
Ester Maragò, Walter Marrocco,
Antonino Michienzi,
Stefano Nobili, Mariano Rampini,
Celeste Russo, Stefano Zingoni

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Foto
Fabio Ruggiero
Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare nel mese di novembre 2010
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a
ANES
In fase di certificazione secondo
il Regolamento CSST (senza marchio)
Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



www.clubmedici.it

ClubMedici[®]

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



Richiedi un preventivo
I nostri funzionari sono
a tua completa
disposizione

**Club
NO STOP**
10.00-19.00



chiama
06 8607891

chiama
081 7879520

Area Blu:
Sede Nazionale e Interreg.

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

Area Verde:
Sede Interregionale

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

Per te

LA CESSIONE DEL 5% DELLO STIPENDIO
SENZA SPINE DEL CLUB MEDICI



FINA
100.000 EURO

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

Tasso fisso,
TAN e TAEG convenzionati

Importo erogabile fino a 100 mila euro
senza mobilitare la richiesta, è possibile,
inoltre, ottenerla immediatamente
un acconto fino a 15 mila euro

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

Assistenza durante l'iter del
finanziamento fino all'erogazione

MUTUODOCTOR

LE MIGLIORI CONVENZIONI
NEL SETTORE SANITARIO



Il Club Medici garantisce

Analisi della richiesta:

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

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

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

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA



SANINT-ASSIDIM

CONVENZIONE PER LA COPERTURA
DELLE SPESE SANITARIE

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

Limiti territoriali - Mondo intero

Limite di età - 80 anni

Scadenza annua - 31/12 di ogni anno

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

NON È NECESSARIO

- Presentare alcuna dichiarazione
sullo stato di salute
- Ricanquadronario anamnestico
da compilare

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

LE INFO E I VANTAGGI OFFERTI IN QUESTO ANNUNCIO SONO DI CLU MEDICI E SONO VALIDI FINO AL 31/12/2011. LE INFO E I VANTAGGI OFFERTI SONO DI CLU MEDICI E SONO VALIDI FINO AL 31/12/2011. LE INFO E I VANTAGGI OFFERTI SONO DI CLU MEDICI E SONO VALIDI FINO AL 31/12/2011.

LE INFO E I VANTAGGI OFFERTI IN QUESTO ANNUNCIO SONO DI CLU MEDICI E SONO VALIDI FINO AL 31/12/2011. LE INFO E I VANTAGGI OFFERTI SONO DI CLU MEDICI E SONO VALIDI FINO AL 31/12/2011.

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