



Bollettino

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI **PERUGIA**

ANNO XLVII

1/2

2010



Accertamento sanitario obbligatorio:
una opportunità o un orpello?

pagina 4

Formazione dello studente
di medicina

pagina 8

P. E. C.

Posta Elettronica Certificata
pagina 24

Centenario
Ordini

pagina 35

Certificazione
Telematica

pagina 49



BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Anno XLVII – 1-2/2010

SOMMARIO

Accertamento sanitario	Pag 4
Formazione dello studente	» 8
Lavorare in sanità non gratifica	» 11
Provvedimento del Garante	» 13
Riceviamo e pubblichiamo	» 16
Posta Elettronica Certificata	» 24
Cento anni di storia	» 35
Studi di settore	» 36
Le fratture del polso	» 37
Breve storia della chirurgia del retto	» 39
Integratori alimentari	» 41
Sterilità maschile	» 42
Certificato di invalidità	» 44
Gli sprechi della sanità	» 48
Diagnosi del diabete gestazionale	» 41
Collegi che scrivono	» 54
Polizza sanitaria	» 56
Qualità delle cure primarie	» 58
Libertà e anarchia	» 61
Collegi per le sostituzioni	» 62

Norme redazionali

Si invitano i Collegi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- I riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- I avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- I essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere

Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri

Dott. Stefano Caraffini
Dott. Silvio D'alessandro
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis
Dott. Andrea Donati (Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare Fiore
Dott. Piero Grilli
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica
Dott. Stefano Lentini
Dott. Sabatino Orsini Federici
Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Gianluigi Rosi
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO

REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Domenico Tazza
(Presidente)
Dott. Ezio Bertoldi
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

Membro supplente

Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni
Dott. Giovanni Battista Genovesi
Dott. Marco Marchetti
Dott. Antonio Montanari

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione

Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Domenico Tazza
Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione, impaginazione e stampa

Grafiche Benucci – Perugia

Uffici dell'Ordine

Tel. 0755000214

Fax. 0755153012

E-mail presidente@omceopg.it

segretario@omceopg.it

uffici@omceopg.it

commissioneodo@omceopg.it

previdenza@omceopg.it

Sito Internet www.omceopg.it

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954

Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia



AVVISO IMPORTANTE

Questo numero del bollettino esce in ritardo e come numero doppio perché un Decreto del Governo del 30 marzo ha sospeso, con effetto immediato dal 31 marzo le agevolazioni relative alle tariffe postali per i periodici. Ciò significa, nel nostro piccolo, un aumento del 400% circa delle spese di spedizione del nostro periodico.

Il Consiglio Direttivo sta vagliando varie possibilità, ivi compresa la raccolta di pubblicità, per far fronte alla mutata situazione, senza stravolgere la apposita voce del bilancio preventivo.

Vi invitiamo, nel frattempo, a consultare con attenzione e assiduità il nostro sito www.ordinemediciperugia.it, nel quale cercheremo di inserire con tempestività novità e informazioni utili per la professione.



Accertamento sanitario obbligatorio: una opportunità o un orpello?

Tiziano Scarponi

Un collega, amico di vecchia data, che fa il medico di medicina generale presso un'Asl di una regione confinante con la nostra, mi ha raccontato quello che gli è capitato il mese di gennaio per avere la mia opinione.

Mi ha riferito di avere tra i suoi assistiti una paziente di 76 anni che vive da sola in una frazione alla periferia della città dove lui lavora e che da alcuni mesi aveva iniziato a presentare un comportamento tale da destare preoccupazione per i vicini di casa e per la maggior parte degli abitanti del paese. Di fatto se ne stava sempre chiusa nella propria abitazione e l'unico contatto con il mondo esterno avveniva di primo mattino per una colazione al bar sotto casa e una volta al mese dalla parrucchiera. Tale donna presentava inoltre un forte dimagrimento ed un aspetto trasandato, per usare un eufemismo, era infatti francamente sudicia ed emanante un pessimo odore, lo stesso pessimo odore che si sentiva avvicinandosi alla sua casa. Inoltre rispondeva sempre in malo modo a chiunque provasse a fare domande o a chi proponesse una qualsiasi forma di aiuto. La situazione era tale che gli abitanti della frazione dopo aver raccolto diverse firme avevano inoltrato un esposto alla magistratura e reclamavano un intervento per superare tale criticità da parte del servizio sociale del centro di salute. L'assistente sociale aveva provato e riprovato a farsi ricevere dalla paziente, ma questa aveva sempre negato l'accesso ed allora si è rivolta al nostro

amico perché potesse risolvere il problema. Il nostro dottore, dopo contatti telefonici senza esito, dopo essere andato a bussare inutilmente a sua volta alla porta di casa dell'assistita e vedendola alla finestra emaciata e visibilmente "disturbata" da un punto di vista psicologico è addivenuto alla decisione di attivare un ASO, vale a dire un accertamento sanitario obbligatorio, cosa diversa dal ben più famoso TSO: trattamento sanitario obbligatorio. Il Nostro, dunque, come prevede la legge ha redatto la richiesta di ASO secondo un testo prestabilito, lo ha inviato per fax al Sindaco perché emettesse l'ordinanza che è stata emessa, però, dopo la validazione della proposta di ASO da parte del responsabile del Centro di Salute Mentale territoriale di competenza, validazione voluta personalmente da parte del Sindaco stesso. E' necessario puntualizzare che questa convalida della proposta non è prevista dalla legge. A questo punto tutto sembrava risolto, la giornata volgeva al termine quando alle ore 22 circa è arrivata una telefonata al cellulare del Nostro da parte della Centrale Operativa del 118 che lo avvisava che l'ambulanza per effettuare l'ASO non sarebbe uscita in quanto non di loro competenza e per un ipotetico vizio di forma della proposta. Qualche minuto dopo, inoltre, arrivava la telefonata del Comando dei Vigili Urbani del comune che, preso atto della decisione del 118, richiedeva la sua presenza e del responsabile del CSM per supportare, da un punto di vista sa-

nitario, la pattuglia dei vigili che da diverse ore stazionava sotto l'abitazione della nostra paziente per eseguire l'ordinanza del Sindaco.

Seppure a malincuore il Nostro insieme allo psichiatra del CSM ha raggiunto la pattuglia dei vigili e dopo avere suonato e risuonato, telefonato e ritelefonato, proprio nel momento in cui si stava per richiedere l'intervento dei vigili del fuoco per sfondare la porta, la nostra paziente si è decisa ad aprire permettendo così l'ingresso dei sanitari e della polizia municipale. Vi risparmio la descrizione del degrado che si è presentato agli occhi degli operatori..... per farla breve il nostro medico di famiglia e lo psichiatra dopo un colloquio ed un esame clinico sommario hanno preso la decisione che l'Accertamento Sanitario Obbligatorio poteva essere considerato di fatto effettuato. Non si ravvisavano in quel momento elementi di immediata pericolosità per la paziente e per altri e pertanto si sono congedati con la promessa che a breve si sarebbe sottoposta ad accertamenti sanitari più approfonditi.

A questo punto il mio amico mi rivolge la seguente domanda:".....può la soggettività di un singolo operatore far decadere, per ipotetici vizi di forma, la volontà decisionale di un altro operatore che conosce il caso clinico e dopo che tale volontà è stata anche avvallata da un altro operatore con funzione dirigenziale e resa esecutiva da delibera del Sindaco unica autorità sanitaria?" Inoltre:"... in maniera ufficiosa mi si rimprovera di aver effettuato un ASO e non un TSO, procedura conosciuta da pochi forse anche a partire dal Sindaco, ma io non avendo potuto visitare la paziente come potevo stabilire l'esigenza di un trattamento a priori?". Per provare a rispondere conviene vedere quello che dice la legge ed è proprio del 13 gennaio 2010 la pubblicazione, sul Bollettino Ufficiale della Regione dell'Umbria, della deliberazione n.917 del 29 giugno 2009 della giun-

ta regionale dal titolo:" Recepimento del documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (art.33-34-35 legge 23 dicembre 1978,N.833)". Tale delibera fa proprio il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 aprile 2009 compilato con l'obiettivo di meglio chiarire e rendere più omogenee nel territorio nazionale le direttive contenute nei suddetti articoli della oramai più che trentennale legge di riforma sanitaria.

"..... Le procedure di intervento obbligatorio, ASO e TSO, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino, viene giudicato prevalente su quest'ultimo. Il punto di applicazione della norma non è il rifiuto dell'intervento ma il bisogno dell'intervento per disturbo psichico: l'attualità e la gravità di essi sono gli elementi valutati per primi... La procedura di ASO in cui l'ordinanza del Sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, viene a configurare una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e comunque non superiore a quella necessaria a realizzare le condizioni in cui il medico sia messo in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la eventuale necessità e forma della presa in carico. L'ASO va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano trasparenza delle procedure attuate; può avvenire al domicilio del paziente, in un servizio territoriale o presso il Pronto Soccorso di un ospedale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

... Procedure per l'ASO: La procedura dell'ASO per malattia mentale mira a garantire a tutti i cittadini una corretta valutazione dei loro bisogni di cura, anche nei casi in cui il disturbo mentale possa essere di natura tale da menomare la consa-

Editoriale

pevolezza stessa della malattia. L'ASO è pertanto una procedura attivabile solo allo scopo di poter garantire la migliore decisione in merito alla necessità di attivazione di un trattamento. C'è unanime consenso che al fine di garantire la migliore valutazione possibile, questa debba essere assicurata da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale. Soprattutto nei casi di ASO proposti dal DSM sarebbe opportuno che a valutare il paziente fosse sempre il medico

territorialmente competente o un altro medico della stessa équipe. Nel caso di cittadini già precedentemente in cura psichiatrica, le informazioni dei professionisti, in pratica pubblica o privata, che abbiano avuto in cura

precedentemente il paziente, le richieste di intervento, avanzate dai familiari, dai vicini, dalle forze dell'ordine, sono elementi che devono sollecitare l'intervento del medico ma non possono mai essere automaticamente sufficienti a motivare la richiesta di un ASO.

La proposta di ASO può essere avanzata sia da un medico del DSM che da altro medico.

a) Il medico del DSM potrà proporre l'ASO solo nei casi in cui:

1. in base alle informazioni avute, appaia legittimo, in scienza e coscienza, ipotizzare la necessità urgente di una (prima o ennesima) valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma lo psichiatra non riesca a visitare il cittadino perché ha potuto sperimentare personalmente che la

persona in questione (sia essa o meno già conosciuta) si sta sottraendo attivamente al contatto (allontanamento al momento dell'incontro, chiusura e rifiuto di permettere il contatto, non disponibilità a concordare appuntamenti associata o meno a ripetute irreperibilità)

2. nel caso in cui, pur avendo potuto visitare il paziente in qualità di medico proponente il TSO, non sia stato in grado di attivare una seconda visita per la convalida prevista dalla legge, per il rifiuto

attivo del paziente.

b) Il medico non psichiatra (Medico della Medicina Generale, della Continuità terapeutica, del 118) potrà proporre l'ASO, oltre che nelle due condizioni precedenti, anche allorquando, pur

avendo potuto visitare il cittadino, nutrendo un dubbio sulla attualità di tutti gli elementi richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di TSO ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

La proposta motivata contiene anche indicazioni sul luogo più opportuno – anche perché più accettato dal paziente – per l'esecuzione dell'ASO. Preciso questo e richiamato come appartenente alle buone pratiche il previo accordo del medico proponente con il Dirigente medico psichiatra della struttura pubblica (quando egli stesso non ricopra tale ruolo) su luogo, tempi e modalità di esecuzione dell'ASO, in linea generale è preferibile che l'ASO sia praticato in un servizio territoriale, in primo luogo nel CSM, ma



anche in un Centro di salute o in un ambulatorio di medicina generale e, nelle ore di loro chiusura, al Pronto soccorso del presidio ospedaliero. La proposta motivata deve essere inoltrata al Sindaco del Comune dove si trova la persona oggetto della stessa. Non è necessaria convalida da parte di un secondo medico (Art. 33 comma 4). In ogni caso l'ASO non può essere svolto negli spazi di degenza del SPDC.

L'ordinanza sindacale di ASO è eseguita dalla Polizia municipale che accompagna la persona al luogo indicato perché vi si svolga l'accertamento richiesto. Il personale sanitario del DSM svolge funzioni di assistenza se, e quando, il DSM disponga di un Servizio di intervento per l'urgenza psichiatrica; altrimenti sarà coinvolto il personale del Servizio del "118".

Non è richiesta la notifica dell'ordinanza al giudice tutelare.

Appartiene alla prassi consolidata ritenere che un'ordinanza di ASO, non eseguita entro 48 ore, non sia più valida e si richieda una nuova proposta...."

In teoria pertanto dovrebbe essere tutto

chiaro, ma da come sono andati i fatti è logico ipotizzare che questo Documento della Conferenza delle Regioni non è sufficiente per chiarire tutti i dubbi e le perplessità, visto che vengono fuori tali conflitti di competenza. Converrebbe allora per esempio che gli Ordini dei Medici si facciano carico di quello che è previsto al comma 7 della sopracitata delibera regionale n.917 del 29 giugno 2009: "...prevedere l'attivazione di programmi di formazione interprofessionale per la condivisione delle competenze necessarie....." Ed è questo che il nostro consiglio dell'ordine ha deciso per evitare che anche nella nostra realtà si verificino episodi analoghi.

Per la cronaca..... ho telefonato al Nostro che mia ha riferito sugli sviluppi del caso. A tutt'oggi, aprile inoltrato, non è cambiato niente. La paziente è stata invitata dalla assistente sociale e dal medico a ricoverarsi, ma niente da fare.

Sono stati prescritti accertamenti ematochimici ed esami strumentali che non sono stati effettuati.

Così va l'Italia.

TEMPO

Sdraiarsi sulla fresca erba di un prato,
in primavera,
ad occhi chiusi.

Assaporare la luce del sole,
percependone il calore avvolgente
ed ascoltare il canto degli uccelli,
la carezza del vento.

Uno, nell'universo di pianeti, stelle.

Uno, vivo perché respira

L'essenza che viene dalla vita intorno a se

Uno, tra milioni, unico, irripetibile,
con la sua vita da vivere.

Forse vivere è nel lasciarsi cullare dal
vento,

nell'avere il tempo di guardare il cielo
con le mille danze di nuvole irrequiete
e le forme sempre diverse che ci rimandano.

Forse vivere è immaginare un mondo da

far crescere
in equilibrio, mai stabile,
come le stagioni.
E nelle stagioni ritrovare il senso della vita:

c'è quella della semina
e l'altra in cui si raccoglie,
fino ad arrivare al riposo,
non alla morte,
ad un riposo sereno
che dipenderà dal seminato,
e dal sole e dal vento
dall'alito immenso della vita
che era, è, sarà,
ogni giorno uguale
eppure diversa.

Questa vita che ci porta via il tempo.

A.S.

Formazione dello studente di medicina e ruolo della rete dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia.

Riportiamo un intervento del Presidente in occasione di un convegno sulla formazione del medico, tenutosi a Perugia. Si tratta di un intervento conclusivo, per lo più a braccio e tratto dalla registrazione. I documenti della federazione citati sono documenti di commissioni di studio. Le citazioni conclusive sono tratte da "Fondamenti della Medicina di Famiglia" di Robert. B. Taylor, Springer Editore.

Molte cose sono state dette, cercherò di non ripeterle e di essere il più sintetico possibile cercando di trarre qualche conclusione dai lavori di questa giornata. Una prima considerazione perché invitare a questo Convegno l'Ordine? Contrariamente a quello che la maggior parte delle persone pensa, l'Ordine non è un'associazione di categoria e non ha solo una funzione notarile di registrazione o rilascio di documenti o altro, ma è un organo ausiliario dello Stato nato per garantire la qualità delle prestazioni e attestare la formazione dei professionisti. Senza l'iscrizione all'Albo, dopo aver conseguito la Laurea e l'Abilitazione, nessuno può esercitare. Questo è l'elemento importante. Gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e la FNOMCeO poiché sono chiamati a rispondere ogni giorno della qualità dei professionisti nella pratica professionale quotidiana richiedono un doveroso ascolto da parte di tutti i depositari istituzionali della Formazione Medica in merito alle numerose attuali problematiche del sistema formativo nazionale. Quindi la presenza dell'Ordine in questo Convegno, ma anche in tutte le sedi

in cui si parla di formazione del medico, la ritengo giustificata, necessaria, e soprattutto in alcuni momenti, indispensabile per stabilire alcune regole e valutare iter formativi. In questi anni abbiamo sempre cercato di operare in questo senso intervenendo nei tre momenti della formazione del medico. Per quanto attiene al percorso di studi pre-laurea, oltre ai Corsi Elettivi di cui si è parlato questa mattina, ho firmato due convenzioni con l'Università per l'insegnamento della MG come attività didattica elettiva nell'ambito del V e VI anno di corso; nella formazione post-laurea e pre-abilitazione ho stipulato l'apposita convenzione che riguarda il tirocinio formativo e gli esami di abilitazione; infine, per la formazione post-laurea che riguarda la medicina generale, siamo coinvolti nel Corso di Formazione Specifica in MG che è gestito dalla Regione in collaborazione con l'Ordine, al quale i decreti attuativi della normativa comunitaria affidano un ruolo ben definito. Proprio ieri, a Bari, c'è stato un workshop organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini sulla formazione del medico. In quella sede il dibattito rispondeva ad un'esigenza diversa, legata alla valutazione della situazione attuale della classe medica e dei numeri dei professionisti, ma comunque con risvolti importanti sulla formazione. Si partiva infatti dalla constatazione che in questo momento nel SSN la maggior parte del personale strutturato, dipendente o convenzionato, ha quasi raggiunto l'età pensionabile ed appartiene più o meno alla stessa fascia d'età,

per cui nell'arco dei prossimi anni, a partire dal 2011/12 e fino al 2022, ci sarà un fortissimo ricambio generazionale nel personale medico, per cui la formazione dei medici, le caratteristiche dei medici legate al territorio, il numero di MMG o di specialisti in un determinato ambito a seconda delle esigenze del turn-over, sono una questione che, ovviamente, interessa e crea per tutti noi una serie di problemi e l'esigenza di fornire risposte adeguate. Che ci siano dei problemi della formazione del medico e che questi problemi siano noti, è reale.

Per esempio all'interno del Corso di Laurea andrebbero valorizzate nell'iter formativo quelle materie e quelle esperienze che sono le basi di una vera continuità assistenziale per il paziente, il cittadino e la comunità e andrebbe, altresì, incrementata la formazione sul campo, con programmi comprendenti esperienze ospedaliere, di medicina territoriale e di addestramento alla metodologia scientifica e in laboratori di ricerca. C'è, inoltre, la necessità di correre ai ripari proponendo una formazione adeguata e non solo preoccupandosi, come ha fatto qualcuno, valutando esclusivamente i dati del ricambio, cui ho accennato sopra, di aumentare il numero dei discenti. E' impensabile infatti aumentare esclusivamente il numero degli accessi senza farsi carico di accrescere le capacità didattiche e formative e senza impegnare in modo adeguato anche le molte e diffuse strutture, risorse e competenze del SSN. È presente, anche, un problema serio che inficia la costruzione di solide basi propedeutiche per quelle capacità di analisi critica e di sintesi indispensabile nella pratica clinica; questo a nostro avviso è il difetto di fondo connesso all'ordinamento didattico in vigore, che presenta una dicotomia tra le materie insegnate e la preparazione all'assolvimento dell'attività professionale. Tutte considerazioni queste che in quella sede sono state ampiamente richiamate, ma si sono proposte

anche alcune soluzioni come la riduzione del numero e della parcellizzazione degli esami, la concentrazione nei primi 5 anni di tutti gli insegnamenti essenziali, riservando al sesto anno l'integrazione critica delle nozioni apprese con un incremento della pratica clinica professionalizzante. Non dobbiamo assolutamente dimenticare che questa, infatti, è una laurea professionalizzante, che deve dispensare conoscenza, ma anche e soprattutto competenze. Di possibili soluzioni, per questi problemi, ne abbiamo sentite tante questa mattina, ma richiedono la partecipazione e la collaborazione di diversi attori. Da questo punto di vista, l'Università è chiamata a considerare non solo le proprie capacità didattiche che, da un punto di vista accademico, possono essere considerate infinite. La risoluzione dei problemi, quindi, comporta, da una parte, una riconsiderazione delle capacità didattiche, e dall'altra che queste capacità didattiche vengano indirizzate secondo quelle che sono le necessità dell'assistenza e del servizio.

Qualcuno introduce anche le esigenze del mercato. Ma dato che nella sanità di oggi, e purtroppo anche nel campo dell'istruzione, il pareggio del bilancio, che dovrebbe essere solo un mezzo per ottimizzare le risorse, è diventato l'unico fine da perseguire è necessario che, in qualche modo, si facciano delle considerazioni anche su questo aspetto. Per avviarmi alla conclusione quindi, la situazione è nota: dati ed elaborazioni statistiche denunciano le insufficienze degli attuali sistemi di programmazione dei fabbisogni e selezione dei candidati nonché degli attuali modelli formativi che faticano ad allineare contenuti e didattica alle esigenze del moderno esercizio professionale. Le possibili soluzioni sono state in qualche maniera presentate. Occorre, comunque, che da una parte e dall'altra ci sia questa capacità di individuare quelli che sono i possibili mezzi per risolvere i problemi. Certo, questo richiederà sicu-

La pagina del presidente

ramente l'abdicare in qualche modo da alcune posizioni. I capisaldi da tener sempre presenti, comunque, sono:

- la qualità della formazione che valorizzi da una parte il saper fare, e dall'altra il saper essere (revisione del curriculum, valorizzazione prove in itinere, aumento

- parte pratica di contatto con il malato: imparare facendo);
- l'attenzione all'evoluzione del sapere medico e alle istanze che vengono dalla società;
- la valorizzazione del "non-technical skills" cioè la serie di abilità cognitive, relazionali,

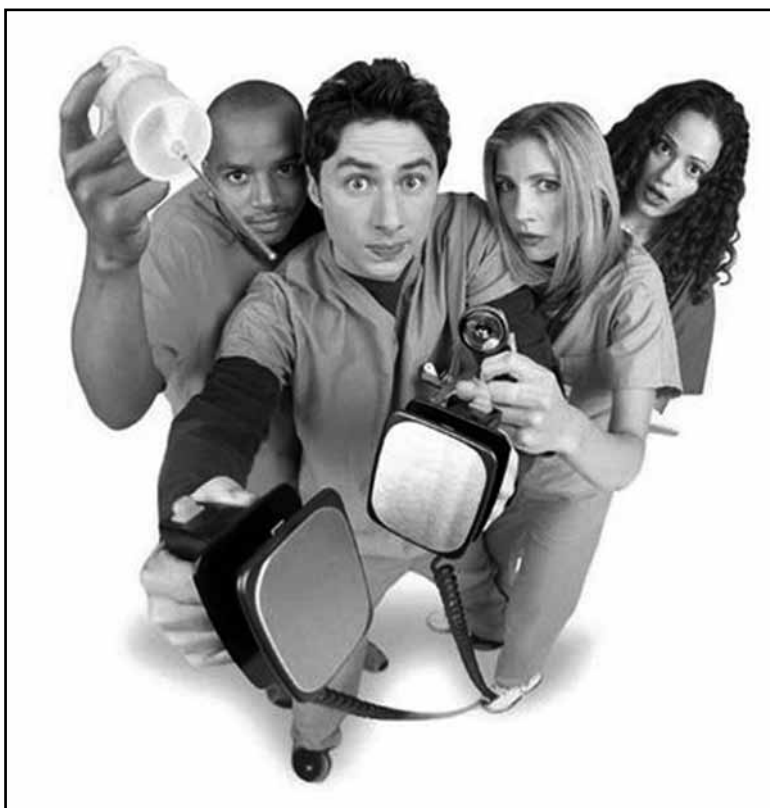
manageriali, organizzative che devono comunque far parte della cultura del medico;

- la corretta programmazione degli accessi in rapporto, da una parte, al futuro scenario della professione (programmazione dei fabbisogni), e dall'altro a quelle che sono le motivazioni che portano alla scelta del corso (valutazione del merito ai fini dell'accesso).

Per quel che riguarda la MG e la creazione di dipartimenti di Medicina Generale o di Comunità, vorrei concludere con una citazione dall'introduzione di un testo di medicina di famiglia americano ove si

sottolinea che nella sua formazione di base nell'università lo studente di medicina incontra quasi soltanto pazienti affetti da importanti malattie prevalentemente curati utilizzando strumenti sofisticati mentre "il MMG dispone di quattro sensi e di un occhio clinico privo di conferme tecno-

logiche, se non si avvale della consulenza a distanza, e di una cultura scientifica da adattare alle sindromi presentate dal singolo paziente, per dedurne conclusioni diagnostiche e terapeutiche o consigli", ma è proprio per questo che il medico di



famiglia diviene un autodidatta che impara a spese proprie, e a volte dei suoi pazienti, le insidie e le difficoltà della professione.

A maggior ragione posso giungere a due considerazioni conclusive, riportando la frase di un autore anglosassone che efficacemente dice: "imparare la MG in una corsia universitaria è come pretendere di imparare l'agricoltura in un deposito di legnami".

E le due considerazioni sono: la medicina generale si può imparare solo nei luoghi ove si pratica e può essere insegnata solo da chi la pratica.

Lavorare in sanità non gratifica la salute

Prof. Fortunato Berardi

Un'indagine condotta dall'Università di Calgary in Canada ed un rapporto 2008 della Bocconi di Milano, hanno confermato che lavorare in ambito sanitario fa male alla salute, sia fisica e mentale che professionale dirigenziale.

Lo studio canadese ha valutato lo stato di salute dei medici; quello bocconiano ha indagato la vita professionale dei direttori generali delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere (M. Casella, Doctor n.9,2009). I dubbi, via via consolidatisi in campo sanitario, hanno trovato conferma e fondamento in queste due ricerche. Per quanto riguarda i medici, specificamente indagati nello studio canadese, si rileva che, per la maggioranza di essi, al confronto

dell'impegno profuso per i pazienti, non corrisponde un'attenzione per la cura del proprio stato di salute, né per quello dei colleghi con i quali interagiscono. Non si

fanno visitare, non eseguono accertamenti diagnostici e si autoprescrivono farmaci; talvolta, con scarsa obiettività in rapporto ai disturbi da curare. Spesso sono danneggiati dal superlavoro e dallo stress, che possono condizionare persistenti stati di esaurimento psico-fisico. Dalla ricordata ricerca dell'università canadese di Calgary risulta anche che di quel 20% dei colleghi, ai quali era stata accertata una stabile depressione, soltanto un quarto (25%) aveva preso in considerazione la remota eventualità di consultare uno specialista. Solo un 2%, lo aveva fatto.

Tutto ciò, sostiene M. Casella (Doctor n.9-2009), non indica una scarsa fiducia nell'azione sanitaria, ma un irrazionale com-

portamento, conseguente allo stress da carichi di lavoro eccessivi e prolungati. Al contrario dell'aspetto più specificamente medico, la ricordata analisi della



La pagina del vice presidente

Bocconi di Milano (rapporto OASI 2008 del Cergas) prende in considerazione il disagio dei Direttori Generali di ASL e di aziende ospedaliere. Molti di essi, anche con un passato operativo di medico, hanno in genere incarichi molto limitati nel tempo. Questi mandati, infatti, risultano abitualmente brevi ed estemporanei. Quindi, tali dirigenti non possono certo vantare una vita manageriale stabile; la media è di 3 anni e 6 mesi (M. Casella, Doctor n. 9,2009). La precarietà crea chiaramente disagi ed incertezza. Anche coloro che rimangono eccezionalmente più a lungo sulle "poltrone" del comando sanitario, sono costretti, da vicissitudini politico – amministrative a frequenti spostamenti; per lo più in un solo ambito regionale. Naturalmente quest'ultima osservazione è una condizione che non favorisce le problematiche dell'assistenza sanitaria perché, la ridotta "du-

rata del management strategico, può essere un fattore destabilizzante. Tuttavia, anche se con una rilevante variabilità regionale, negli ultimi anni la durata dei Direttori Generali sembra allungarsi" (Giovanni Montiero, Presidente FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere).

Comunque, nessuno fino ad ora ha stilato una disamina obiettiva della problematica, né, tantomeno, ha tratto una morale. Forse anche perché si dovrebbe, in tal caso, aprire un delicato e discusso dibattito con il quale i medici chiedono e rivendicano, da tempo, un ruolo "organizzativo-decisionale" in campo sanitario; oggi occupato, stabilmente e tenacemente, dalla politica, con tutto quello che tale ingerenza comporta. È evidente, peraltro, che la definizione di tale questione non potrà prolungarsi oltre modo (M. Casella).

Riscossione quote di iscrizione tramite M.A.V.

Nonostante la puntuale informazione data a più riprese nel Bollettino a proposito del nuovo sistema di riscossione della quota annuale di iscrizione, resosi necessario per i problemi derivanti dalla precedente gestione di EQUITALIA, alcuni colleghi si sono lamentati di vari problemi. In particolare sono pervenute lamenti da parte di coloro che usufruivano della domiciliazione bancaria o che pagavano in posta.

Ci rendiamo conto che ogni volta che si cambia sistema o modalità ci possono essere dei disagi. Anche per i nostri Uffici e per il Tesoriere non è stato facile. Vi invitiamo ad avere un po' di pazienza e comprensione e Vi ricordiamo che il pagamento del bollettino M.A.V. che avete ricevuto può essere effettuato in qualsiasi sportello bancario di qualsiasi Istituto e senza spese, quindi rispetto a prima con un ampio ventaglio di possibilità e senza oneri.

Per coloro che avevano già o preferiscono per il futuro avere la domiciliazione bancaria, stiamo operando con l'Istituto Tesoriere per concordare e fornire quanto prima, in modo che sia operativa dal prossimo anno, la modulistica per la disposizione di addebito in conto (R.I.D.).

Per chi non avesse provveduto al pagamento nei termini previsti partirà la procedura prevista dal regolamento di riscossione che prevede prima l'invio di un sollecito e, successivamente, l'avvio della procedura di cancellazione dall'Albo.

Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali in merito alla raccolta di dati anamnestici negli studi medici e odontoiatrici.

Prescrizioni concernenti la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti da parte degli esercenti le professioni sanitarie. Provvedimento del Garante del 12 novembre 2009 (pubblicato su G.U. n. 289 del 12 dicembre 2009).

In relazione a quanto emerso nel corso di una istruttoria curata da questa Autorità nei confronti di uno studio dentistico, è stato riscontrato che in diversi studi medici -all'atto della prima accettazione dei pazienti- è distribuito un questionario in cui si chiede a questi di evidenziare il proprio stato di salute e, in particolare, se si è affetti da infezione da HIV. Al riguardo, questa Autorità ha adottato l'allegato provvedimento in cui sono state individuate specifiche garanzie per la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti, che dovranno essere tenute in considerazione da parte degli esercenti le professioni sanitarie nello svolgimento delle proprie attività professionali.

Ciò premesso, si invia il suddetto provvedimento con preghiera di favorirne la più ampia conoscenza presso gli esercenti le professioni sanitarie.

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, e del dott. Filippo Patroni Griffi, segretario generale;

Visto il provvedimento adottato in data odierna nei confronti di uno studio dentistico odontoiatrico, in merito alla raccolta di informazioni relative allo stato di sieropositività dei pazienti mediante la compilazione di un questionario in fase di prima accettazione dello stesso;

Tenuto conto della particolare delicatezza delle informazioni idonee a rilevare lo stato di sieropositività dei pazienti; Rilevata la necessità di estendere le prescrizioni formulate nel suddetto provvedimento a tutti gli esercenti le professioni sanitarie;

Vista la legge 5 giugno 1990, n. 135 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS) e il decreto del Ministro della Sanità del 28 settembre 1990 (Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private);

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il dott. Giuseppe Fortunato; È stato segnalato al Garante che in uno studio dentistico e odontoiatrico all'atto della prima accettazione dei pazienti è distribuito un questionario in cui si chiede a questi di evidenziare il proprio stato di salute ed, in particolare, se si è affetti da infezione da HIV. Da alcune ricerche preliminari effettuate dall'Ufficio, è emerso che tale questionario è utilizzato da alcuni studi dentistici odontoiatrici ed è, talvolta, presente nelle applicazioni progettate da società informatiche per tali studi. Gli esercenti le professioni sanitarie, previa acquisizione del consenso informato del paziente, possono trattare i dati sanitari dello stesso per finalità di tutela della sua salute o incolumità fisica, fermi restando i casi di prestazioni d'urgenza per i quali si può prescindere dal consenso dell'interessato (artt. 75 e SS. del Codice). Prima ancora di procedere all'attività di cura dell'interessato, infatti, l'esercente la professione sanitaria deve fornire allo stesso una completa infor-

Norme per la professione

mativa sul trattamento dei dati personali che intende effettuare, nonché acquisire il suo consenso anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato con annotazione scritta da parte dell'esercente la professione sanitaria (artt. 13 e 81 del Codice).

Una volta acquisito il consenso informato del paziente al trattamento dei suoi dati personali, gli esercenti le professioni sanitarie hanno il compito di raccogliere tutte le informazioni sanitarie necessarie ad assicurargli una corretta assistenza medica. Sia nell'informativa da rendere all'interessato che nell'ambito dei colloqui con il medico curante, infatti, quest'ultimo deve rendere edotto il paziente in merito all'importanza di ricostruire un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che lo riguardano, al fine di potergli offrire un migliore percorso di cura. In tale contesto, si inserisce il dovere del medico di illustrare al paziente le scelte diagnostiche o terapeutiche che intende perseguire e le relative prevedibili conseguenze; ciò al fine di consentire allo stesso di aderire o meno alle proposte diagnostico-terapeutiche avanzate dal medico (cfr. art. 33 del Codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006). Con riferimento alla raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività, è, dunque, compito del medico curante illustrare al paziente l'importanza di conoscere anche tale informazione in relazione al tipo di intervento o al piano terapeutico da eseguire.

Qualora ritenga, infatti, che la conoscenza dello stato di sieropositività sia indispensabile in relazione al trattamento sanitario o terapeutico che intende porre in essere, è suo compito illustrare al paziente le conseguenze che la mancata conoscenza di tale informazione potrebbe determinare. Fermo restando, pertanto, che il medico è tenuto a raccogliere un'anamnesi dettagliata del paziente ed a illustrare a quest'ultimo l'importanza di tale raccolta di dati personali, l'interessato è comunque libero di scegliere, in modo informato - e quindi consapevole - di

non comunicare al medico alcune informazioni sanitarie che lo riguardano, ivi compresa la sua eventuale sieropositività, senza per ciò subire alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste (cfr. Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario del 16 luglio 2009 [doc. web n. 1634116], par. n. 3, con particolare riferimento al diritto riconosciuto all'interessato di non comunicare ad un medico informazioni sanitarie che lo riguardano; cfr. altresì Documento di lavoro sul trattamento dei dati personali relativi alla salute contenuti nelle cartelle cliniche elettroniche (Cce) adottato il 15 febbraio 2007 dal Gruppo di lavoro per la tutela dei dati personali previsto dall'art. 29 della direttiva 95/46/CE, in particolare par. III, n. 1). Il medico è, infatti, tenuto ad agire nel rispetto della libertà e della autonomia decisionale del paziente (art. 38 del richiamato codice di deontologia medica). La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni singolo paziente da parte degli esercenti le professioni sanitarie deve avvenire, pertanto, in conformità al quadro normativo sopra delineato ed ai principi di pertinenza e non eccedenza dei dati rispetto alle finalità del trattamento riconducibili alle specifiche attività di cura dell'interessato (art. 11, comma 1, lett. a) del Codice).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni paziente che si rivolge per la prima volta allo studio medico effettuata in fase di accettazione, indipendentemente dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico che lo stesso deve eseguire (es. trattamento di igiene orale professionale, ablazione del tartaro, rx ortopanoramica), appare in contrasto con i suddetti principi di pertinenza e non eccedenza dei dati. In tale quadro, si ritiene necessario prescrivere agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta - e a prescindere dal tipo di intervento o piano

terapeutico da eseguire - informazioni relative alla presenza di un eventuale stato di sieropositività. Gli esercenti le professioni sanitarie, infatti, -previo consenso informato del paziente- possono raccogliere l'informazione relativa all'eventuale presenza di un'infezione da HIV solo qualora tale dato anamnestico sia ritenuto dagli stessi necessario in funzione del tipo di intervento sanitario o di piano terapeutico da eseguire sull'interessato; resta fermo che quest'ultimo rimane libero di decidere in modo consapevole (e quindi informato) e responsabile di non comunicare al medico alcuni eventi sanitari che lo riguardano. In ogni caso, il medico che viene a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, oltre a essere sottoposto a specifici doveri deontologici di segretezza e non discriminazione del paziente, e tenuto anche ad adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dello stesso, nonché le misure di sicurezza individuate dal Codice (art. 5, Legge n. 135/1990, artt. 3, 10, 11, 20 del predetto codice di deontologia medica, artt. 33 e 55 del Codice e Disciplina tecnica allegata B) al Codice). L'esigenza di raccogliere informazioni in merito all'eventuale infezione da HIV in fase di accettazione del paziente non può, nemmeno, ricondursi alla necessità di attivare specifiche misure di protezione per il personale sanitario, in quanto la normativa di settore prevede che, stante l'impossibilità di avere certezza sullo stato di sieropositività del paziente, le misure di protezione devono essere adottate nei confronti di ogni singolo assistito. La legge 5 giugno 1990, n. 135 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS), infatti, ha previsto specifiche disposizioni per la protezione del contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private, attuate con decreto del Ministro della sanità del 28 settembre 1990. Più precisamente, il predetto decreto, nel considerare impossibile

“identificare con certezza tutti i pazienti con infezione da HIV”, ha previsto che le “precauzioni finalizzate alla protezione dal contagio” debbano essere prestate “nei confronti della generalità delle persone assistite” (cfr. premesse del citato decreto). In particolare, le specifiche precauzioni previste per gli operatori odontoiatrici devono essere adottate nei confronti di “ogni singolo paziente” (cfr. art. 4 del citato decreto nonché il paragrafo sulle “Precauzioni per gli odontoiatri” contenuti nelle Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV del 6 settembre 1989 emanate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS). Le disposizioni sopra citate evidenziano, infatti, che allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non è possibile identificare con certezza tutti i pazienti affetti da HIV e che, pertanto, le misure di protezione dal contagio devono essere adottate, a prescindere dalla conoscenza dello stato di sieropositività del paziente, nei confronti di ogni soggetto sottoposto a cure dentistiche. Ai sensi dell' art. 154, comma 1, lett. c) del Codice, prescrive agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere l'informazione circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta, e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da eseguire, fermo restando che tale dato anamnestico può essere legittimamente raccolto, previo consenso informato dell'interessato, da parte del medico curante nell'ambito del processo di cura, in relazione a specifici interventi clinici ove ciò sia ritenuto necessario; ai sensi dell'art. 143, comma 2, del Codice, dispone che copia del presente provvedimento sia trasmessa al Ministero della giustizia - Ufficio pubblicazione leggi e decreti, per la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL SEGRETARIO GENERALE Patroni Griffi

Riceviamo e pubblichiamo

A 70 anni si dovrebbe essere pronti al “suicidio di gruppo”... ma dove sta scritto?

A essere benevolo è una proposta di cattivo gusto. In un'epoca nella quale uomini e donne in buona salute intorno a 80-90 anni stanno aumentando. Osservazione che si evidenzia sempre di più. Perché, allora, si pensa che la vita debba aver fine a 70 anni, e poi concludersi con una specie di “suicidio eutanasi di gruppo?” No: credo che la vita, nonostante tutto, sia sacra e meravigliosa. E a nessuno è lecito ridurne i limiti. Nel Corriere della Sera dell'8 marzo 2010, a pagina 31, inizia un articolo di Raffaele La Capria, in cui si porta a conoscenza del lettore quanto scrive il giornalista inglese Martin Amis, pubblicato alcuni giorni prima dal quotidiano *Times*.

Nell'articolo, il giornalista del *Corriere* dà notizia sconvolgente. In sintesi, Martin Amis, si dimostra favorevole niente meno che ad una eventuale “eutanasia di massa”, come rimedio al fine di equilibrare la situazione demografica ed economica di alcuni paesi industrailizzati. La notizia è diffusa nel mondo dall'autorevole quotidiano britannico. E si scopre, quindi, che a 70 anni si potrebbe, o persino si “dovrebbe”, considerare lecito il “suicidio di gruppo”, dovuto a un cocktail micidiale, pur gradevole al palato. Nel Corriere della Sera del 14 marzo 2010, a pagina 23, si parla di probabile traguardo della vita a 100 anni, secondo l'articolo di Simona Ravizza, mentre Armando Torno ricorda Don Luigi maria Verzè e il professore Umberto Veronesi, personaggi ben noti per-

ché solerti nell'inseguire il sogno di una vita umana più lunga. Così nel corso del Novecento si era espresso lo scienziato Jean Dausset, premio Nobel della Medicina nel 1980 per aver scoperto – assieme a George Snell e a Baruj Benacerraf – il sistema leuco – piastrinico e tessutale HLA. Ricordo con grande ammirazione e stima il professor Dausset, avendo lo scrivente collaborato nel laboratorio di Immunoematologia del CENTRO NAZIONALE DELLA TRASFUSIONE SANGUIGNA, a Parigi, nel 1953. Jean Dausset è deceduto il 6 giugno 2009,



in terra di Spagna, a 92 anni compiuti! Don Verzè ha festeggiato 90 anni pochi giorni or sono. La scienziata Rita

Levi Montalcini ha compiuto 100 anni da poco. Molti colleghi. Tra 80 e 90 anni, sono ancora in ottima forma.

La notizia del “COCKTAIL EUTANASICO” mi ha decisamente dato fastidio. I miei hanno cercato di farmi capire, fin da ragazzo, che la vita è una cosa sacra. Il suicida ha suscitato in me, si può dire da sempre, una grande pena. Al solo immaginare quale possano essere i pensieri e i dubbi atroci di chi intende togliersi la vita c'è sempre da rimanere impietriti. Se poi dal singolo si passa ad un gruppo le cose si potrebbero complicare molto. Per quale “suicidio di massa” vi potranno essere motivi giusti o per quale “eutanasia di massa” motivi altrettanto corretti? Penso che l'uomo, e non ho alcun dubbio, non abbia il diritto di “togliersi di mezzo” da que-

sto mondo. Ma che possa vacillare in momenti di disperazione, questo sì. La critica è facile, comportarsi meglio è difficile. Il perdono e la comprensione hanno importanza. Tutte le altre parole sono parole insignificanti. In breve, la scena potrebbe essere questa: un "allegro" festino, un caloroso "vogliamoci bene" potrebbe essere sostituito da un timido, e forse indegno, "ammaziamoci insieme". Magari con un "cin cin" finale, tutt'altro che allegro. E cosa succederebbe se, in itinere fossero parecchi coloro ai quali venisse in mente di cambiare idea? Sarebbe un incidente grave o lieve? Indesiderato o atteso? In realtà, vero o falso? In una fase così delicata, potrebbe aiutarci la medicina predittiva, che è una prevenzione personalizzata. Ma con la medicina predittiva il medico si trasforma in un consigliere e vive nel futuro. Di più, la salute è il bene primario, da conservare come la ricchezza maggiore. E da gestire come se fosse un patrimonio. I test genetici, infine, sono una cosa seria e costituiscono uno dei

maggiori trionfi della scienza moderna. Purtroppo, mentre una risposta negativa reca il sollievo, allontana un incubo, la risposta positiva può comportare una sofferenza lacerante e una vita fino ad allora serena può essere in un attimo sconvolta. Si tocca subito con mano come la medicina predittiva non sia fatta per chi rifiuta di sapere e si lascia andare fatalisticamente. L'uomo – di certo intelligente – vorrà davvero essere messo al corrente del suo avvenire dall'oroscopo oppure dalle carte? Non è credibile. Serve soltanto conoscere le predisposizioni genetiche, i test genetici, la familiarità di determinate patologie. Che non sono parole vuote e insufficienti. Di fronte all'ultimo atto della pietosa vicenda, qualcuno potrebbe essere indotto a ipotizzare che l'uomo stia diventando matto!. Altri, invece potrebbero stranamente accettare di essere retrocessi da "Homo insipiens". Non si sa mai: i desideri e le ambizioni si possono proporre senza tregua e talvolta con scarso senno.

Giorgio Silvestri

A proposito della quota di iscrizione.

Signor Presidente e signori della redazione, così inizierebbe un avvocato della difesa. Oggi ho preso visione, come sono solito fare da sempre, del bollettino e sono rimasto colpito alla lettura dello scritto, non dalla richiesta di onorare la quota di iscrizione all'Albo, ma della parola Cancellazione, anche se con gradualità e benevoli avvisi all'interessato. Ora il sottoscritto alla soglia dei 90 iscritto n. 632, si somanda se sia giusto pagare ancora la quota non praticando più la professione da molti anni. Non è un problema economico, ma etico come questione, come dire e mi ripeto solo etica. Essere cancellati dall'Albo di appartenenza dà il profondo senso della morte civile ancor prima di quella naturale. Personalmente sento l'orgoglio e l'onore dell'appartenenza e pertanto continuerò a ver-

sare il dovuto, anche perché, con il riferimento alla galleria fotografica, tengo molto, naturalmente a suo tempo, al minuto di commemorazione che non avrei più diritto se cancellato; brutta parola se riferita a una persona e come cancellare una vita intera. In ultimo, dopo questo lamentoso richiamo, mi permetto di esprimere un mio pensiero. Perché non considerare i pensionati di una certa età da definire, che naturalmente non esercitano; come onorari "sia" versando una quota simbolica, magari con proposta al Parlamento per la modifica della Legge DPR 221/1950 che modifichi, mi ripeto, meglio che notifichi solo la cessazione dell'attività medica, ma non la cancellazione? E' la richiesta di un vecchio romantico? Ma che dovrebbe almeno ricordarsi di una vecchia preghiera che così dice: Signo-

Riceviamo e pubblichiamo

re dammi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare. La forza di cambiare quelle che si possono cambiare. La seggezza di capire la differenza. Scrivo come sempre a mano, il mio digitale si è fermato con la semeiotica, il PC è un'astruseria. Sono proprio fuori dal tempo, ma spero ancora libero di capire cos'è un altro giorno, e per chi crede ancora di più. Se avete spazio di pubblicarlo vi sarei grato, ma a me è già sufficiente che almeno voi giovani l'abbiate letto (sempre che ci riusciate). Un saluto cordiale all'amico Conti e a tutta la direzione da un vecchio antico lettore che ha la pretesa, tra virgolette, di avere un briciolo di immortalità. Biagi nei suoi libri diceva che per esserlo bastava piantare

un albero. Come ultima raccomandazione, non cestinate lo scritto, ma conservatelo in archivio come uno degli ultimi amanuensi nell'anno di gloria 2010. Spero sorridiate della battuta, perché aiuta a vivere meglio. Chiedo scusa per la lunga stesura ed eventuali sproloqui.

Ferdinando Giani

Caro Giani, comprendo e condivido le tue osservazioni sulla quota di iscrizione.

Per ora, come potrai constatare dal documento che segue, non sono possibili differenziazioni. Mi farò interprete, nelle dovute sedi, della tua richiesta di una modifica legislativa.

Graziano Conti

Tassa Annuale. Divieto tassa differenziata.

La Federazione ha più volte dato parere negativo in riferimento alla possibilità di prevedere una tassa differenziata annuale per alcune categorie di iscritti. Il quesito, però, viene spesso riproposto da molti Ordini e da Associazioni mediche. Si ritiene opportuno, pertanto, pubblicare di seguito la Comunicazione n. 18 del 29 gennaio 2002 che esplicita i motivi tecnico-giuridici in base ai quali non è possibile prevedere una tassa annuale differenziata. Per maggiore completezza, si rileva che il quadro normativo non si è modificato e, pertanto, rimangono perfettamente valide le considerazioni contenute nella già citata comunicazione.

La FEDER.S.P.EV. (Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove) ha riproposto il problema relativo alla differenziazione e riduzione, per alcune categorie di iscritti, della tassa ordinistica annuale. L'art. 4, n° comma del DLCP 13 settembre 1946 n° 233 stabilisce: "Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a co-

prire le spese dell'Ordine o Collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione nell'Albo, nonché una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari".

La tassa rientra tra i tributi e di difficile connotazione; avvicinandosi, per certi aspetti, all'imposta, per altri ai corrispettivi pagati in relazione a certe prestazioni. E' un tributo correlato a una funzione e servizio effettuato dall'Ordine cui il sanitario è iscritto obbligatoriamente, ai fini dell'esercizio professionale, ai sensi dell'art. 2229 e.c. e, dell'art. 5 del DLCP 233/46. Né merita particolare attenzione l'obiezione che la tassa non viene pagata per la prestazione effettuata nell'interesse del contribuente, bensì semplicemente quale conditio per l'esercizio da parte dello stesso contribuente di una attività di suo interesse. La tassa annuale ordinistica, pur diretta a ristore l'Ordine in relazione alle spese sopportate per la prestazione di servizi resi agli iscritti, non ha carattere commutativo e pertanto

non rappresenta il corrispettivo dei servizi forniti. Si sottolinea inoltre che esiste una scarsa correlazione tra entità della tassa ed entità dei servizi resi. Da parte della FEDER.S.P.EV. si evidenzia che il Legislatore non ha posto "alcun obbligo di stabilire una tassa unica (nel senso di identica), né alcun divieto di introdurre una tassa differenziata", Aggiunge inoltre "che all'interno dei due limiti (la necessità di coprire le spese e il divieto di discriminazione), e nel silenzio del Legislatore, non può

dirsi vietata al Consiglio dell'Ordine l'introduzione di una tassa differenziata per le diverse categorie di iscritti: e ciò perché, nel rispetto dei limiti suddetti l'introduzione della tassa costituisce, come abbiamo visto, una facoltà che, in quanto tale, costituisce espressione di un potere discrezionale".

La richiesta della FEDER.S.P.EV., diretta a differenziare e, nella fattispecie, a ridurre la tassa annuale per i medici pensionati, non può essere accolta per le motivazioni di seguito riportate:

La tassa annuale è strettamente connessa all'iscrizione all'albo a prescindere dall'effettivo esercizio della professione. La tassa, in mancanza di una specifica previsione di legge, è unica, vale a dire identica per tutti gli iscritti non avendo né potendo l'Ordine fissare criteri "obiettivi" per quantificare l'attività effettivamente svolta e differenziare di conseguenza la

tassa fra i singoli iscritti, fermo restando che l'assoggettamento avviene in ragione, come detto, dell'iscrizione all'albo. Una differenziazione della tassa, in mancanza di una previsione di legge, configurerebbe una disparità di trattamento tra gli iscritti e quand'anche l'Ordine, in sede regolamentare, adottasse criteri "obiettivi" diretti a differenziare la tassa annuale il provvedimento potrebbe essere impugnato da tutti gli altri cui è applicata una tassa superiore per uno stesso servizio e obbligo di legge.

Pur comprendendo le motivazioni adottate dalla FEDER.S.P.EV., la Federazione è del parere che la tassa annuale è identica per tutti gli iscritti al medesimo albo, che devono concorrere, ai sensi del riportato 1° comma dell'art. 4, "a coprire le spese" strettamente

necessarie al funzionamento dell'Ordine. Nell'ipotesi in cui qualche Ordine, facendo proprie le motivazioni della FEDER.S.P.EV. avesse previsto una differenziazione della tassa annuale per una o più "categorie" di iscritti (ciò non è assolutamente ipotizzabile atteso che tutti gli iscritti, a prescindere dall'attività esercitata, sono portatori di identici diritti e interessi nei confronti degli Ordini e sono parimenti tenuti all'osservanza dei doveri imposti dall'Ordine) dovrà immediatamente annullare l'atto deliberativo imponendo una tassa annuale uguale per tutti.



Riceviamo e pubblichiamo

MEDICINA ED INFORMAZIONE

Dr. Lucio Patoia*

Caro Presidente, ho letto il tuo interessante articolo "Ci sono dei giudici a Berlino!" pubblicato sull'ultimo numero del Bollettino e riguardante due recenti sentenze che hanno scagionato alcuni nostri colleghi. Giustamente tu fai osservare, tra l'altro, come alla notizia delle assoluzioni non venga dato dagli organi di informazione uno spazio ed un clamore paragonabili a quelli riservati al momento dell'inizio delle indagini. E' un fenomeno questo piuttosto comune e purtroppo non solamente ai medici viene riservato un trattamento di questo tipo; ma ovviamente in questa sede dobbiamo occuparci dei nostri problemi. L'osservazione che tu fai è del tutto condivisibile ma pone, a mio parere, la necessità di aprire tra tutti noi iscritti un dibattito per analizzare e ricercare possibili soluzioni a questa e ad altre situazioni difficili che noi viviamo, tutte riassumibili nella seguente considerazione: c'è una scarsa conoscenza di alcune nostre problematiche da parte sia degli utenti (pazienti, parenti o rappresentanti di movimenti o associazioni) che degli organi di informazione, così come da parte nostra c'è scarsa conoscenza (e quindi talora scarsa sensibilità) delle istanze degli utenti e degli organi di informazione.

La scarsa conoscenza gli uni degli altri può comportare, come avviene anche tra i singoli, diffidenza e pregiudizio che, come ho detto, ritengo essere bidirezionali e cioè

non solo nei nostri confronti ma anche da parte nostra rispetto ai nostri interlocutori. I problemi della nostra professione da far conoscere sono di vario tipo; citerò solo quelli che conosco più direttamente in qualità di medico ospedaliero, ma la lista può essere allungata dal dibattito che spero si aprirà tra tutti noi: **aspetti inerenti la medicina come scienza:** la differenza di validità (intesa come probabilità di dare risultati validi, cioè vicini al vero) tra vari tipi di studi clinici, i limiti del metodo scientifico della ricerca clinica volto a ridurre il rischio di errori casuali (senza la possibilità di azzerarlo), il rischio che è insito in ogni atto medico (di prevenzione, di diagnosi o di terapia), la valutazione del beneficio in rapporto al rischio, la differenza tra diagnosi precoce e prevenzione, il significato reale di alcune misure di esito (una per tutte: il rischio relativo, di cui nei media si fa talora un uso improprio che ingenera aspettative illusorie), il rapporto e la distanza che c'è tra i risultati della ricerca di base e la loro applicazione clinica (quanti sono stati i clamori per la scoperta di questo o quel gene la cui ricaduta clinica è per ora pari a zero); **aspetti inerenti la struttura del Sistema Sanitario Nazionale:** efficacia, efficienza e sostenibilità degli interventi sanitari; l'influenza che l'organizzazione e la disponibilità delle risorse (in termini di personale, spazi, tempi, strumentazioni, risorse finanziarie) ha sulle modalità di erogazione delle

* Medico Chirurgo, Specialista in: Medicina Interna, Oncologia, Ematologia

prestazioni e sulla loro efficacia; **aspetti inerenti i fattori di influenza esterni alla categoria medica:** industrie farmaceutiche o di diagnostica, politica, associazioni di cittadini, organi di informazione.

Ritengo che trovare le modalità più opportune per dibattere con cittadini e organi di informazione questi temi (che evidentemente possono avere priorità diverse e quindi non necessitano di essere posti in campo tutti contemporaneamente) possa essere di grande importanza nel migliorare la reciproca conoscenza e quindi ridurre la possibilità di reciproci malintesi. A chi tocca prendere l'iniziativa e come? Non avrei dubbi nel dire che tocca a noi medici in quanto aspetti di nostro stretto interesse, mentre le modalità possono essere diverse a seconda degli aspetti da trattare. Nel caso dei nostri colleghi e delle sentenze che li riguardano, mi permetto di avanzare una proposta: valutiamo la possibilità di acquistare noi come Ordine uno spazio su tutti gli organi di informazione con cronaca regionale per far conoscere le conclusioni dei procedimenti; credo che l'onere finanziario potrebbe essere sostenibile e forse molti di noi sarebbero, ove necessario, disposti a partecipare direttamente alla spesa. Per gli aspetti della nostra professione da far conoscere proporrei la promozione e realizzazione, in accordo con gli organi rappresentativi regionali dei giornalisti e con le associazioni di pazienti, di un corso di informazione medico-scientifica per medici, giornalisti, rappresentanti delle associazioni di cittadini e pazienti. L'interesse dei giornalisti per gli aspetti medico-scientifici è evidente così come quello delle associazioni (vedi anche i dati di recenti indagini nazionali svolte del gruppo della drssa P. Mosconi dell'Istituto Mario Negri), e nel nostro Ordine esistono senz'altro competenze ed esperienza per affrontare anche gli argomenti di tipo tecnico-scientifico con modali-

tà interdisciplinari ed interattive comprensibili anche a non medici. Per queste attività mi metto fin da ora a disposizione, ove lo si ritenga utile, insieme ad alcune persone che collaborano con me. Le mie sono solo delle possibili proposte, altre iniziative possono essere intraprese, ma quello che mi sembra non procrastinabile è la necessità urgente di comunicare i contenuti, i valori ed i problemi della nostra professione a cittadini e mass media in maniera argomentata, aperta agli altrui punti di vista ma sicura delle proprie argomentazioni e quindi serena e non corporativa. Una iniziativa di questo genere potrebbe fungere da pilota e costituire un modello di riferimento anche per altri Ordini e comunque un'occasione di riflessione all'interno della nostra categoria professionale che mi sembra troppo spesso giochi solo in difesa e senza tanta razionalità.

Uno degli ultimi esempi a tale proposito è costituito dalle amenità che si sentono dire da nostri colleghi sulla cosiddetta medicina difensiva, esecrata spesso dai relatori ai congressi medici come se fosse una colpa ma senza alcuna proposta concreta alternativa, quando invece è un comportamento cui alcuni di noi soggiacciono loro malgrado per tentare appunto di difendersi e la cui soluzione non può essere lasciata esclusivamente alla singola relazione medico-paziente (peraltro sempre di fondamentale importanza). La soluzione passa anche dallo spiegare a noi stessi, ai cittadini (inclusi i politici) e agli organi di informazione i concetti di rischio/beneficio, di limiti della diagnostica, di qualità della vita, di malattie o di età per le quali una anticipazione diagnostica non ha alcun impatto sulla quantità della vita ma forse lo ha peggiorativo sulla qualità, di sostenibilità degli interventi, e definire insieme con i cittadini come affrontare questi problemi in relazione ad obiettivi condivisi e concreti.

Il re è nudo e qualcuno, finalmente, comincia a dirlo! Ovvero il “decalogo regionale” e le buone argomentazioni del Dott. Rondini

Paolo Papi *

Seguo con interesse il dibattito che si sta articolando attraverso le pagine del Bollettino sulla osannata e al tempo stesso osteggiata delibera regionale N. 69 del 26.01.2009 che cerca di mettere ordine nelle relazioni tra i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti per la semplificazione dei percorsi assistenziali.

Come parte in causa propongo all'attenzione dei colleghi alcune considerazioni. Prendo spunto dall'intervento del Dott. Rondini, che per il ruolo che ricopre all'interno del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è anche lui direttamente coinvolto e mi soffermo, non tanto sui distinguo linguistici proposti o sull'aneddotica incontestabile che adduce a supporto delle sue osservazioni, quanto su una sua considerazione che mi sembra il fulcro del dibattito in corso: il collega sostiene, infatti, che la rigida applicazione della Delibera, rischia di far perdere al MMG il suo ruolo centrale nella gestione del percorso assistenziale dei propri pazienti.

Ed è questo il punto!

Se, e sottolineo se, il SSN pone realmente il Medico di Famiglia al centro di tale percorso riconoscendogli il ruolo di regista e coordinatore degli interventi, non servono ne decaloghi ne esortazioni varie ma al contrario sono necessari quei cambiamenti normativi che gli conferiscano realmente, e non solo a parole, dignità professionale, strumenti ed organizzazione del lavoro adeguati, giusta remunerazione e, udite! udite!, ... il POTERE necessario per “negoziare”, da una

parte la domanda di salute esplicitata, organizzando le risposte in base all'evidenza scientifica; dall'altra per governare “il timone” del percorso assistenziale dei propri pazienti tra le acque insidiose delle interferenze e delle integrazioni specialistiche.

Tutto ciò non avviene! o, per essere meno drastici, avviene solo in parte e con grande dispendio di energie e non sempre al meglio della coerenza scientifica e della giusta attenzione ai costi sociali. Perché?

E' presto detto. Credo che in linea di massima si possano delineare due grossi filoni di comportamento riscontrabili tra i MMG apparentemente antitetici ma coesistenti nel quotidiano di ciascuno di noi più spesso di quanto si possa credere.

Il primo riguarda il faticoso, e in parte ingenuo, tentativo di “negoziare”, rivendicando correttezza scientifica ed autonomia professionale, con chi non ha alcuna intenzione di farlo e che, invece, pretende solo ciò che l'amico, il parente, lo specialista di turno o la pressione dei media gli inducono di fare.

L'altro comportamento si ha quando prevale il pragmatismo indotto da una realtà che lascia poco spazio al “mondo dei sogni” e spesso anche a quello della scienza e che si concretizza nel concedere quanto richiesto evitando inutili discussioni, perdita di tempo e di denaro. Sì, proprio di denaro si tratta, anche se di pochi spiccioli, perché con la democratica “libera scelta” il paziente insoddisfatto o che si ritiene offeso dall'intransigenza e dalla coerenza etica e scientifi-

*Medico di Famiglia

ca del proprio medico, cambia tranquillamente scegliendosi un “erogatore” più funzionale e meno indisponente.

Dimenticavo!

Esiste anche una “terza via” ed è costituita da tutti i personalissimi metodi per salvarsi la vita (e la faccia) che di volta in volta sentirete raccontare dai colleghi. Non provate a contestarli o a fare riferimento alla “giusta distanza” che qualsivoglia “Manuale delle Giovani Marmotte” che spieghi i fondamenti del rapporto medico paziente potrebbe contenere, perché verreste additati come incapaci e inadeguati al ruolo.

Ma sono proprio questi ultimi due atteggiamenti che mantengono in vita un sistema che dei diritti e dei doveri degli attori in causa non tiene assolutamente conto ed è per questo modo di agire che, paradossalmente, *il magnifico teatrino italiota* funziona alla perfezione e tutte queste discussioni rischiano di essere soltanto una parvenza di libertà e illusione di cambiamento.

Parole come “dignità”, “stile professionale”, “diritti”, “doveri”, “evidenza scientifica” vengono plasmate e condizionate da una realtà che gli conferisce il senso modificandolo e distorcendolo a suo piacimento ed il risultato è sotto i nostri occhi. Una realtà che tutti dicono di voler cambiare ma nessuno o pochi hanno realmente interesse a farlo. Un tale sistema assicura **consenso, contenimento del disagio sociale, contenimento della spesa**, e se qualcuno dovrà pagare un qualche prezzo questi, il più delle volte, è il Medico di Famiglia. Ma le crepe, per fortuna, cominciano a vedersi perché a fronte della pressante esigenza di organizzare al meglio la Medicina di Base, al meglio dell'efficienza e dell'efficacia per i mutati bisogni di salute della popolazione, e con un Sistema sempre più pressato dalla scarsità delle risorse economiche (che però, ricordiamolo, si può permettere il lusso di mantenere circa venti ospedali per 800.000 abitanti), il povero Me-

dico di Famiglia è chiamato ad ulteriori sacrifici ed umiliazioni facendo scricchiolare la sua capacità di tenuta.

Ma ecco apparire all'orizzonte il Decalogo quale salvifico strumento per tentare di recuperare un brandello di dignità e di riconoscimento di ruolo.

A leggerlo con attenzione, il Decalogo, altro non è che un richiamo all'ovvio.

Da una parte l'attenzione è posta su alcuni aspetti organizzativi che in qualsiasi Azienda che si rispetti apparirebbero scontati, altri fanno riferimento allo stile professionale dei singoli attori e al rispetto del codice deontologico e su queste argomentazioni mi associo alle considerazioni già fatte dal Dott. Scarponi, quando evoca “il bel tempo andato” dei vecchi Baroni, quelli che di stile, per quanto discutibile, ne avevano da vendere.

Ma allora ci si potrebbe chiedere perché la Regione si è scomodata per normare ciò che dovrebbe essere evidente. Tutela dei diritti del Cittadino, sicuramente, razionalizzazione delle risorse, ovviamente; ma una parte di verità potrebbe essere contenuta nelle parole sussurrate in “camera caritatis” da fonti attendibili che ammettono candidamente che poco o nulla si può fare nella organizzazione interna di alcuni reparti ospedalieri.

Va ricordato, in proposito, che per quanto riguarda il territorio alcuni passi in avanti sono stati fatti ed il confronto continuo e costante tra MMG e specialisti e la ricerca di protocolli comuni e condivisi sta dando i suoi frutti in termini di fluidità dei percorsi assistenziali e di rispetto dei ruoli.

Rimane la schiavitù della “libera scelta” e gli asservimenti che essa comporta ormai talmente scontati che appaiono, nel senso gaussiano del termine, “normali,” ma che condizionano pesantemente gli atti e la libertà intellettuale e professionale dei Medici di Famiglia.

Siamo di nuovo al punto di partenza e il teatrino ricomincia.

Posta Elettronica Certificata

Come comunicato in precedenza, dopo aver ricevuto gli indirizzi unitari dalla Federazione Nazionale, il Consiglio Direttivo ha valutato le offerte di Poste Italiane e di Aruba per fornire gratuitamente a tutti gli iscritti che la richiederanno una casella di posta elettronica certificata.

Confermando che non esiste alcuna scadenza impellente, stiamo operando per conseguire il miglior risultato possibile.

Abbiamo proceduto alla firma della convenzione e di seguito diamo le necessarie indicazioni della procedura per l'attivazione della casella.

NEL FRATTEMPO TUTTI GLI ISCRITTI CHE RICHIEDONO L'ATTIVAZIONE DA PARTE DELL'ORDINE DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA SONO PREGATI DI RINVIARE L'INSERTO CENTRALE DEL BOLLETTINO (PAGG. 31-34) CON LE INFORMAZIONI RICHIESTE, CHE SERVONO ANCHE PER UN PUNTUALE E PRECISO AGGIORNAMENTO DELL'ALBO, ENTRO IL TERMINE DEL 30/09/2010

PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE GRATUITA DI UNA CASELLA P.E.C PER GLI ISCRITTI DELL'ORDINE DI PERUGIA

Codice tramite il quale l'iscritto potrà richieder la casella di Posta Elettronica Certificata secondo quanto stabilito dalla convenzio FNOMCeO

Codice convenzione: **OMCEO - PG - 0028**

Procedura:

- L'utente accede al portale www.arubapec.it
- Clicca in lato a destra su "convenzioni"
- Inserisce il codice convenzione
- Nella pagina successiva deve inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto
- L'utente dovrà inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- Dal momento che è l'ordine a pagare le caselle per il medico non saranno presentate le pagine relative la pagamento della casella PEC. La fatturazione sarà effettuata all'ordine di appartenenza con scadenze concordate.
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documnto di identità al numero fax 0575/862026.

Il servizio di help desk verrà erogato tramite il numero 0575/0500.

Posta Elettronica Certificata

In base alle numerose richieste di chiarimenti ricevute sull'argomento, di seguito, ripreso dal bollettino dell'Ordine di Udine, pubblichiamo un articolo che riassume le principali caratteristiche della P.E.C. e cerca di fornire risposte ai quesiti più comuni.

Di seguito sono riportate le risposte relative a quesiti pervenuti circa i seguenti aspetti del servizio:

caratteristiche generali;
funzionamento;
standard tecnologici;
attivazione;
gestori;
obblighi per professionisti ed imprese
Indice PA.

1. Introduzione

Che cos'è?

PEC è l'acronimo di Posta Elettronica Certificata. E' un sistema di "trasporto" di documenti informatici che presenta delle forti similitudini con il servizio di posta elettronica "tradizionale", cui però sono state aggiunte delle caratteristiche tali da fornire agli utenti la certezza, a valore legale, dell'invio e della consegna (o meno) dei messaggi e-mail al destinatario.

A che cosa serve la PEC?

La PEC può essere utilizzata per la trasmissione di tutti i tipi di informazioni e documenti in formato elettronico; consente di certificare l'invio, l'integrità e l'avvenuta consegna del messaggio scambiato tra il Gestore di PEC del mittente e quello del destinatario; ha lo stesso valore legale della tradizionale raccomandata con avviso di rice-

vimento (garantendo, quindi, l'opponibilità a terzi dell'avvenuta consegna).

Che differenza c'è tra la raccomandata con ricevuta di ritorno ed il servizio di PEC (dal punto di vista legale, economico, di tempo e praticità del servizio)?

Il servizio di PEC consente di effettuare l'invio di documenti informatici avendo la garanzia di "certificazione" dell'invio e dell'avvenuta (o mancata) consegna. Il servizio ha, pertanto, tutti i requisiti della raccomandata con A/R cui si aggiungono notevoli vantaggi sia in termini di tempo che di costi. In particolare, nella PEC si riscontra: semplicità ed economicità di trasmissione, inoltre e riproduzione; semplicità ed economicità di archiviazione e ricerca; facilità di invio multiplo, cioè a più destinatari contemporaneamente, con costi estremamente più bassi rispetto a quelli dei mezzi tradizionali; velocità della comunicazione ed inoltre non è necessaria la presenza del destinatario per completare la consegna; possibilità di consultazione ed uso anche da postazioni diverse da quella del proprio ufficio o abitazione (basta un qualsiasi PC connesso ad Internet e un normale browser web), ed in qualunque momento grazie alla persistenza del messaggio nella casella di posta elettronica; che, diversamente dalla raccomandata, nella ricevuta di avvenuta consegna sono presenti anche i contenuti del messaggio originale.

Dove è possibile trovare la normativa di riferimento della PEC?

La normativa è interamente presente e

Comunicazione importante

scaricabile dall'apposita sezione del sito del CNIPA.

2. Funzionamento del servizio di PEC **Le modalità di utilizzo della PEC sono diverse da quelle di una normale posta elettronica?**

Le modalità di accesso sono sostanzialmente le stesse. Si può accedere alla propria casella di PEC, infatti, sia attraverso un client di posta elettronica che attraverso un browser Internet. Nel primo caso, prima di poter utilizzare la propria casella sarà necessario configurare il proprio client con i parametri forniti dal Gestore di PEC scelto.

Quali caratteristiche ha in più la PEC rispetto all'e-mail tradizionale?

La PEC, per quanto in apparenza simile al servizio di posta elettronica "tradizionale", offre un servizio più completo e sicuro, prevedendo:

- livelli minimi di qualità del servizio e di sicurezza stabiliti dalla legge;
- certificazione dell'invio e della consegna del messaggio;
- l'opponibilità a terzi delle evidenze relative alle operazioni di invio e ricezione di un messaggio.

In quali casi è preferibile inviare messaggi di PEC?

La casella di PEC è indicata soprattutto per effettuare comunicazioni "ufficiali" per le quali il mittente vuole avere delle evidenze con valore legale dell'invio e della consegna del messaggio.

In che modo si ha la certezza della consegna di un messaggio di PEC?

Nel momento in cui l'utente invia il messaggio, riceve, da parte del proprio Gestore di PEC, una ricevuta di accettazione con relativa attestazione temporale. Tale ricevuta costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio. Allo stesso modo, quando il messaggio perviene nella casella del destina-

rio, il suo gestore di PEC invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna, con l'indicazione di data ed orario, a prescindere dalla visualizzazione del messaggio da parte del destinatario.

La PEC certifica la lettura del messaggio da parte del destinatario?

No, la certificazione è relativa ai soli eventi di invio del messaggio e di consegna dello stesso nella casella di PEC del destinatario.

La PEC è in grado di garantire l'identità della casella mittente?

Sì, in quanto è assicurata l'inalterabilità dell'indirizzo associato alla casella dalla quale si effettua l'invio del messaggio.

La PEC è in grado di garantire l'associazione fra il titolare del servizio e la relativa casella di posta elettronica certificata?

Sì, in quanto il soggetto che intende richiedere un servizio di PEC deve presentare al Gestore, oltre alla richiesta di attivazione del servizio, anche un documento che attesti la sua identità diventando quindi titolare del servizio.

La PEC consente di individuare in modo certo la provenienza del messaggio?

Sì, dal momento che è garantita l'inalterabilità dell'indirizzo associato alla casella dalla quale si effettua l'invio del messaggio; inoltre, proprio questa particolarità del servizio PEC, risulta essere un valido deterrente contro il fenomeno dello SPAM.

Da una casella di PEC è possibile inviare un messaggio certificato a chiunque abbia una casella di posta elettronica?

Sì, in questo caso il mittente disporrà delle attestazioni circa l'invio del messaggio. Nel caso in cui anche il destinatario sia dotato di una casella di Posta Elettronica Certificata, oltre alle garanzie sull'invio del messaggio, il mittente disporrà delle attestazioni di avvenuta consegna.

Comunicazione importante

È possibile inviare messaggi di Posta Elettronica Certificata tra utenti che utilizzano Gestori di PEC differenti?

Sì, la normativa impone ai differenti gestori di PEC di garantire la piena interoperabilità dei servizi offerti.

Il destinatario di un messaggio di Posta Elettronica Certificata può negare di averlo ricevuto?

Nel caso in cui il messaggio sia stato effettivamente consegnato, il destinatario non può negare l'avvenuta ricezione, dal momento che la ricevuta di avvenuta consegna del messaggio, firmata ed inviata al mittente dal Gestore di PEC scelto dal destinatario, riporta la data e l'ora in cui il messaggio è stato consegnato nella casella di PEC del destinatario, certificandone l'avvenuta consegna.

Se si smarrisce una ricevuta a chi ci si deve rivolgere per ottenerne una copia valida a fini legali?

In tal caso occorre rivolgersi al proprio Gestore di PEC il quale, per legge, è obbligato a "registrare" e archiviare (vedi "Che cosa è il Log file?") tutte le operazioni relative alle trasmissioni effettuate per trenta mesi.

Per quanto tempo presso il server del gestore rimane traccia di tutte le operazioni relative alle trasmissioni effettuate?

La Norma impone ai Gestori di PEC di tenere traccia di tutte le trasmissioni effettuate per un periodo di trenta mesi, in un apposito archivio informatico (Vedi "Che cosa è il log file?").

Che cosa è il Log file?

Il Log file è un registro informatico all'interno del quale vengono memorizzate tutte le operazioni relative alle trasmissioni effettuate (invio, ricezione, etc.) utile per la ricostruzione delle ricevute, nel caso di eventuale smarrimento delle stesse. Il Log file non contiene informazioni relative al contenuto del messaggio.

Quali sono gli aspetti concernenti la sicurezza e la privacy dei dati personali dei titolari di caselle PEC?

La Norma impone ai Gestori di PEC di applicare tutte le procedure atte a garantire la sicurezza e la privacy dei dati personali. Analogo livello di sicurezza è garantito anche per le informazioni archiviate nel Log delle trasmissioni.

Quali sono i livelli di sicurezza garantiti per il servizio?

La normativa di riferimento fissa i livelli minimi di sicurezza che devono essere garantiti dal Gestore ai propri utenti. In particolare, il Gestore è tenuto ad informare il mittente, bloccandone la trasmissione, della eventuale presenza di virus nelle e-mail inviate/ricevute.

Un messaggio PEC può essere alterato nel suo percorso tra il mittente e il destinatario?

No, la firma apposta dal gestore sulla busta di trasporto PEC e le modalità sicure di trasmissione tra gestore mittente e gestore destinatario proteggono il contenuto da modifiche esterne. L'utilizzo dello standard internazionale S/MIME v3 impedisce che qualsiasi alterazione venga realizzata senza poter essere individuata dal destinatario.

3. Standard tecnologici

Che relazione c'è tra la PEC e gli standard internazionali?

Il servizio di posta elettronica certificata erogato da un gestore PEC è basato su specifici standard internazionali, come indicato nei riferimenti delle regole tecniche allegate al DM 2 novembre 2005. Tra questi si evidenziano gli standard S/MIME, SMTP, MIME, LDAP.

Dal punto di vista della standardizzazione delle modalità di realizzazione e funzionamento della posta elettronica certificata, già da diversi anni il modello proposto dalla PEC italiana è stato sottoposto alle organizzazioni internazionali che

Comunicazione importante

si occupano di standard. In seno all'ETSI è in fase di completamento il documento "Registered Electronic Message", in breve REM, che ispirato anche dall'esperienza della PEC italiana propone a livello europeo un meccanismo standard per la trasmissione sicura di comunicazioni e documenti. Inoltre presso l'IETF (*Internet Engineering Task Force*), che rappresenta la principale comunità internazionale di specialisti interessati all'evoluzione delle tecnologie di internet, è in corso da giugno 2008 il percorso per la pubblicazione come standard dell'Internet Draft relativo alla PEC.

4. Attivazione del servizio di PEC

Dove posso acquistare una casella di posta elettronica certificata?

Per acquistare una casella di posta elettronica certificata è necessario rivolgersi ad uno dei Gestori iscritto nell'apposito elenco pubblico tenuto dal CNIPA. L'elenco pubblico dei gestori è consultabile al seguente link [http://www.cnipa.gov.it/site/it-IT/Attivit%C3%A0/Posta_Elettronica_Certificata_\(PEC\)/Elenco_pubblico_dei_gestori/](http://www.cnipa.gov.it/site/it-IT/Attivit%C3%A0/Posta_Elettronica_Certificata_(PEC)/Elenco_pubblico_dei_gestori/).

Quanto costa una casella di posta elettronica certificata?

L'offerta commerciale dei gestori di posta elettronica certificata è piuttosto differenziata. Dal punto di vista normativo tutti i gestori iscritti presso l'elenco pubblico erogano un servizio PEC conforme alle prescrizioni di legge. Per informazioni puntuali circa le specifiche offerte commerciali è necessario rivolgersi ai gestori stessi.

Come si può attivare la casella di PEC?

Per prima cosa è necessario che l'utente scelga (in funzione delle proprie esigenze/preferenze) il Gestore di PEC con cui vuole attivare la propria casella. Per attivare la casella di Posta Elettronica Certificata è necessario seguire le istruzioni contenute nel sito o nel manuale operativo del Gestore scelto.

Quali servizi possono essere richiesti ai Gestori di PEC?

Domini di PEC, singole caselle, servizi ulteriori non regolamentati.

Cosa si ottiene dopo aver sottoscritto un contratto con un Gestore di PEC?

Servizi di gestione di caselle di posta, ricevute opponibili, accesso a log in caso di smarrimento di una ricevuta o contestazioni, livelli minimi di servizio garantiti dalla norma ed eventuali servizi aggiuntivi offerti dal gestore.

Il cittadino può ottenere gratuitamente una casella di posta elettronica certificata con cui comunicare con la pubblica amministrazione?

L'articolo 2 del DPCM 6 maggio 2009 prevede che al cittadino che ne fa richiesta la Presidenza del Consiglio dei ministri- Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, direttamente o tramite l'affidatario del servizio, assegna un indirizzo di PEC. L'attivazione della PEC e le comunicazioni che transitano per la predetta casella di PEC sono senza oneri per il cittadino. Il servizio sarà disponibile nei primi mesi del 2010.

Da ottobre 2009 è stata avviata una sperimentazione per la diffusione della PEC ai cittadini da parte di INPS e ACI. Per informazioni puntuali è possibile rivolgersi ai siti istituzionali dei predetti soggetti.

5. I gestori di PEC

Come si diventa Gestori di PEC?

Presentando domanda di iscrizione nell'apposito elenco pubblico al CNIPA.

Quali sono i requisiti richiesti per operare come Gestore di PEC?

Società con capitale almeno di 1 milione di euro, ovvero Pubbliche Amministrazioni (con alcune limitazioni). Inoltre, il candidato Gestore viene valutato dal CNIPA rispetto a: requisiti di onorabilità, adeguatezza del personale, processi di sicurezza, esperienza nell'erogazione di servizi analoghi, ridondanza e servizi di emergenza.

Comunicazione importante

Quali obblighi assumono i Gestori di PEC?

Rispettare i requisiti, le prescrizioni tecniche e i livelli di servizio minimi. Inoltre, devono dotarsi della certificazione ISO per il processo PEC, di una polizza assicurativa e inoltre devono consentire l'attività di vigilanza da parte di incaricati del CNIPA.

Cosa fa il CNIPA prima di accettare una domanda di iscrizione all'elenco dei Gestori di PEC?

Effettua la verifica dei requisiti oggettivi e soggettivi, sulla base di quanto richiesto dalla norma; in caso positivo il nuovo Gestore viene iscritto nell'elenco pubblico e messo in condizione di erogare il servizio.

Chi sono i gestori di PEC e come sapere chi sono?

L'elenco pubblico dei Gestori di Posta Elettronica Certificata riporta la lista esaustiva dei gestori abilitati ad offrire il servizio.

Come si può valutare l'offerta dei diversi Gestori?

Posto che il servizio offerto dai gestori deve rispettare numerosi requisiti di base che sono stabiliti dalla normativa e controllati dal CNIPA all'atto dell'iscrizione nell'elenco pubblico dei Gestori, ciascun operatore abilitato può personalizzare e valorizzare la propria offerta ed è libero di fissare le proprie strategie commerciali e di prezzo.

Attraverso Internet è possibile visitare i siti dei diversi Gestori di PEC e confrontare le caratteristiche del servizio ed i prezzi, scegliendo poi in funzione delle proprie esigenze. Tutti i Gestori di PEC sono tenuti a pubblicare sui loro siti il manuale operativo del servizio che descrive tutte le principali caratteristiche tecniche del servizio offerto.

Chi effettua la vigilanza sui gestori?

Il CNIPA: con verifiche presso le sedi dei

gestori, con incontri periodici con i gestori stessi e attraverso l'acquisizione di informazioni.

Quali sono i livelli minimi di disponibilità del servizio garantiti dai Gestori del servizio di PEC?

L'articolo 12 comma 3 del DM 2 novembre 2005 fissa i livelli minimi di disponibilità del servizio.

6. Obblighi per professionisti e imprese Le imprese devono comunicare alla camera di commercio di competenza il proprio indirizzo di posta elettronica certificata?

Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicata sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009, prevede che le imprese costituite in forma societaria sono tenute a indicare il proprio indirizzo di posta elettronica certificata nella domanda di iscrizione al registro delle imprese. Le imprese già costituite in forma societaria alla medesima data di entrata in vigore del succitato decreto, hanno l'obbligo di comunicare al registro delle imprese l'indirizzo di posta elettronica certificata entro tre anni (29/11/2011) dalla data di entrata in vigore del succitato decreto.

I professionisti devono comunicare ai rispettivi ordini di appartenenza il proprio indirizzo di posta elettronica certificata?

Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicata sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009 prevede che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata entro un anno (29/11/2009) dalla data di entrata in vigore del succitato decreto.

Quali sono gli obblighi per gli ordini professionali in materia di posta elettronica certificata?

Comunicazione importante

Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicata sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009 prevede che gli ordini e i collegi devono pubblicare in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

Gli ordini professionali debbono fornire una casella di posta elettronica certificata ai propri iscritti?

Gli ordini professionali non sono tenuti a rendere disponibile una casella di posta elettronica certificata ai propri iscritti.

Chi non svolge la libera professione, ma è iscritto ad un albo od elenco istituito con legge dello Stato (ad esempio un ingegnere dipendente di una azienda) è obbligato a comunicare all'ordine di appartenenza il suo indirizzo di posta elettronica certificata?

Sì.

7. L'indice PA

Quali sono gli obblighi delle Pubbliche Amministrazioni relativamente all'indice delle PA?

L'art. 57 bis del CAD prevede che le amministrazioni devono aggiornare gli indirizzi ed i contenuti dell'indice con cadenza almeno semestrale, salvo diversa indicazione del CNIPA.

Qualora le Amministrazioni non siano ancora presenti nell'indice devono provvedere all'iscrizione (accreditamento) seguendo le istruzioni pubblicate al seguente indirizzo <http://www.indicepa.gov.it/pla-comepubblicare.php>

La mancata comunicazione degli elementi necessari al completamento dell'indice e del loro aggiornamento è valutata ai fini della responsabilità dirigenziale e dell'attribuzione della retribuzione di risultato ai dirigenti responsabili.».

Le Pubbliche Amministrazioni devono attivare un indirizzo di posta elettronica certificata?

Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, qualora non abbiano provveduto ai sensi dell'articolo 47, comma 3, lettera a), del Codice dell'Amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, istituiscono una casella di posta certificata per ciascun registro di protocollo.

Gli indirizzi delle caselle di posta elettronica certificata attivate dalle Amministrazioni devono essere inserite, a cura delle Amministrazioni medesime, nell'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA - <http://www.indicepa.gov.it/>)

8. Altri quesiti sulla PEC

Apprendo un messaggio di posta certificata, ricevo dal client di posta, o dal browser, un avviso con il quale viene evidenziato che il certificato utilizzato dal Gestore di Posta Elettronica Certificata per sottoscrivere un messaggio, una ricevuta od un avviso, è scaduto (ad es. "l'ID digitale è scaduto"). Che vuol dire?

Tale avviso indica che il messaggio è stato firmato dal Gestore con un certificato che, al momento dell'apertura del messaggio medesimo, risulta scaduto.

Ciò non significa, di per sé, che la sottoscrizione da parte del Gestore di PEC debba considerarsi, ai sensi dell'art. 21, comma 3, del d. lgs. n. 82 del 2005, equivalente a mancata sottoscrizione.

Per verificare che il certificato utilizzato dal Gestore fosse valido nel momento del suo utilizzo (condizione per rendere opponibili a terzi la data e l'ora di trasmissione e di ricezione del messaggio), è necessario controllare che la scadenza del certificato sia posteriore al riferimento temporale apposto sul messaggio in esame.

SCHEDA DA COMPILARE E CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DELL'ORDINE CON LA MASSIMA SOLLECITUDINE

DATI ANAGRAFICI

COGNOME.....

NOME

COMUNE DI NASCITA.....

STATO DI NASCITA (solo se estero)

DATA DI NASCITA.....

SESSO.....

CODICE FISCALE.....

CITTADINANZA.....

DATA SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO (solo per cittadini extra-UE)

IMPORTANTE

Il sanitario DEVE essere iscritto all'Ordine della provincia di residenza o in alternativa dove esercita la propria attività professionale. Nel caso che l'iscritto eserciti in più province dovrà iscriversi presso l'Ordine provinciale ove svolge l'attività professionale prevalente.

RESIDENZA

La residenza deve essere conforme con i dati fiscali in possesso del Ministero delle Finanze

Via/viale/corso/piazza.....

nr..... Interno..... scala..... edificio..... altro.....

Frazione/località.....

Comune..... cap..... provincia.....

DOMICILIO PROFESSIONALE

Indicazione obbligatoria per l'iscritto che esercita in provincia diversa da quella di residenza

Via/viale/corso/piazza.....

nr..... Interno..... scala..... edificio..... altro.....

Frazione/località.....

Comune..... cap..... provincia.....

EVENTUALE DOMICILIO O ALTRO INDIRIZZO PER L'INVIO DI COMUNICAZIONI

Via/viale/corso/piazza.....

nr..... Interno..... scala..... edificio..... altro.....

Frazione/località.....

Comune..... cap..... provincia.....

N.B. CONTRASSEGNARE FRA I PRECEDENTI L'INDIRIZZO DA UTILIZZARE QUALE RECAPITO POSTALE

Telefono personale..... telefono professionale.....

Cellulare/i..... fax.....

o E-mail personale.....

o E-mail professionale.....

Sito web.....

N.B. CONTRASSEGNARE L'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PER L'INVIO DI COMUNICAZIONI

DATI LAUREA

Laurea medicina e chirurgia odontoiatria

Università (Italiana).....

Università (estera).....Nazione.....

Voto...../..... lode s/n..... data.....

Anno Immatricolazione.....

DATI ABILITAZIONE

Abilitazione medicina e chirurgia odontoiatria

Università (Italiana).....

Università (estera).....Nazione.....

Votosu..... ANNO Accademico..... Sessione 1^ 2^

Elenco speciale (contrassegnare)

- ☐ TITOLO FORMAZIONE MEDICINA GENERALE D.M. 10/10/1988
- ☐ TITOLO FORMAZIONE MEDICINA GENERALE D.L.GVO 256/91
- ☐ ABILITAZIONE ESERCIZIO MEDICINA GENERALE D. M. 15/12/1994
- ☐ MEDICO PSICOTERAPEUTA L. 58/89
- ☐ MEDICO ISCRITTO SOLO ALL'ALBO ODONTOIATRI ART. 4 L. 409/85
- ☐ ELENCO DENTISTI EX ART. 20 L. 409/85
- ☐ TITOLO MEDICO COMPETENTE DEL LAVORO ART 2 D.L. GVO 626/94
- ☐ TITOLO MEDICO COMPETENTE DEL LAVORO ART.55 D. LGVO 277/91
- ☐ MEDICO AUTORIZZATO (RADIOLOGIA) d.p.r. 185/94 D.L. GVO 230/95
- ☐ ESPERTO QUALIFICATO (RADIOLOGIA) D.P.R. 185/94
- ☐ MEDICO UNIVERSITARIO/PROFESSORE
- ☐ MEDICO DI MEDICINA ALTERNATIVA
- ☐ TITOLO FORMAZIONE MEDICINA GENERALE D. L.GS 368 17/08/1999
- ☐ MEDICO COMPETENTE Legge N. 18/01/2000 ART. 1 /BIS

**DATI SPECIALIZZAZIONE/MASTER/LIBERA DOCENZA
SPECIALITA'****Specialità**

Università(Italiana).....

Università (Estera).....(Nazione)

Voto.....su..... lode s/n..... data.....

Anno Immatricolazione.....

SPECIALITA'**Specialità**

Università(Italiana).....

Università (Estera).....(Nazione)

Voto.....su..... lode s/n..... data.....

Anno Immatricolazione.....

LIBERA DOCENZA

Disciplina.....

Ministero.....

Voto.....su..... Lode s/n..... data.....

MASTER /TITOLO

Università(Italiana).....

Università (Estera).....(Nazione)

Voto.....su..... lode s/n..... data.....

DOCENZA A CONTRATTO (in corso alla data di compilazione del presente documento)

Disciplina.....

Università.....

Dal.....al.....

(il periodo della docenza a contratto è da rinnovare periodicamente in caso contrario alla data di scadenza il dato sarà cancellato automaticamente)

DATI PROFESSIONALI /ECM/ ESENZIONI ECM (DA AGGIORNARE PERIODICAMENTE A CURA DELL'ISCRITTO)

Il sanitario DEVE indicare se esercita o meno la professione sanitaria:

Il dato da riportare è riferito alla data di compilazione del presente modulo.

- ☐ N- quando l'iscritto non esercita la professione
- ☐ S- quando l'iscritto esercita la professione

(indicare TIPO ATTIVITA')

DI SEGUITO SI RIPORTANO LE DESCRIZIONI DI RIFERIMENTO

- 01 LIBERO PROFESSIONISTA
- 02 SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA
- 03 GENERALE CONVENZIONATO SSN
- 04 PEDIATRA CONVENZIONATO SSN
- 05 SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN
- 06 SPECIALISTA ESERCITANTE SSN
- 07 OSPEDALIERO
- 08 UNIVERSITARIO
- 09 DIPENDENTE ENTE PUBBLICO
- 10 DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA
- 11 DESCRIZIONE SOPPRESSA
- 12 DIRETTORE TECNICO
- 13 DIRETTORE SANITARIO
- 14 MEDICO PENSIONATO
- 15 CONTINUITA' ASSISTENZIALE

SE CONVENZIONATO INDICARE:

- LA REGIONE.....
- DATA INIZIO RAPPORTO DI CONVENZIONE.....
- DISCIPLINA ESERCITATA AI FINI ECM.....
- ESENZIONE ECM tipo.....
- Data inizio esenzione..... data fine esenzione.....

Di seguito si riporta l'elenco delle esenzioni previste:

- 1 formazione post-base riconosciuta all'estero
- 2 stato di gravidanza
- 3 congedo parentale
- 4 adempimenti del servizio militare
- 5 dottorato di ricerca
- 6 corso di specializzazione
- 7 Master corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 03/11/1999 n. 599 pubblicato nella G.U. n. 2 del 04/01/2000
- 8 Corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al Decreto Legislativo del 17/08/1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/ CEE in materia di libera circolazione dei Medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli
- 9 Formazio. e complementare
- 10 Corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell' art. 1, comma 1 lettera d) " piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla legge 05/06/1990 n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 del 08/06/1990 per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza)
- 11 Regime esenzione speciale

Data.....

Firma.....

Si raccomanda all'iscritto di fornire il consenso della privacy. La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati impedisce a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.

CONSENSO PRIVACY
Informativa ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003

In conformità al disposto dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 13/06/2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- I dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine, ivi compresa la newsletter;
- Il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- I dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione:

dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, Enti pubblici ed Enti previdenziali;

Titolare del Trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia

Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003

Manifestazione del consenso, ai sensi dell'Art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30/06/2003

Il sottoscritto.....

A seguito presa visione delle informazioni di cui all'art. 13 acconsente al trattamento dei dati descritti, anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel prosieguo delle attività istituzionali dell'Ordine. Acconsento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.

Data.....

Firma.....

N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità

Cento anni di storia per programmare il futuro della professione

Graziano Conti

Nella mia relazione, in occasione della Assemblea del 13/12/2009, ricordavo come in questo anno 2010 ricorra il centenario della fondazione degli Ordini dei Medici. Nel dicembre del 1908 iniziò, infatti, l'iter legislativo «sugli Ordini sanitari» con la presentazione, da parte del Presidente Consiglio, di un disegno di legge che decadde per la fine della legislatura. Nella riunione del Governo del 29 marzo 1909 Giolitti presentò un nuovo disegno di legge che costituirà il testo base di discussione in seno alle Camere e della successiva legge 10 luglio 1910, n. 455.

La ratio della istituzione degli Ordini sanitari era ampiamente spiegata nella relazione al disegno di legge.

«Le classi sanitarie hanno da tempo manifestato l'aspirazione che - a simiglianza di quanto è stato fatto per gli eserciti le professioni di avvocato e di procuratore legale e più recentemente per gli esercenti quella di ragioniere - vengano istituiti organi per la legale rappresentanza degli esercenti dell'arte salutare.

Importa infatti sommamente ai sanitari che esistano organi legali, i quali da un canto tutelino i loro legittimi interessi professionali, e nel tempo stesso assicurino il decoroso esercizio della professione per tutti coloro che vi si dedicano.

L'interesse dei sanitari coincide in ciò con l'interesse pubblico. Difatti è rispondente a criterio di pubblica utilità che la tutela degli interessi professionali si svol-

ga nei limiti della legge e secondo la via che da questa, le viene tracciata. E d'altra parte l'importanza, già grandissima e sempre crescente assunta nella società moderna dalla protezione della pubblica salute, non può che far considerare come un vantaggio della collettività ogni istituzione diretta a garantire la regolarità e la correttezza nell'esercizio delle professioni sanitarie».

Le parole sono di cento anni fa, il significato vale anche per oggi. E non si potrebbe dire meglio di come fu detto allora.

La Federazione Nazionale intende commemorare con una serie di significative iniziative questo importante anniversario.

Il logo che caratterizzerà tutte le iniziative, locali e nazionali, è stato scelto tra quelli presentati da vari ordini italiani ed è una delle proposte presentate dall'Ordine di Perugia, quella del prof. Mario Tomassini ed è per tutti noi motivo di orgoglio

e soddisfazione.

Avremo modo anche noi di celebrare il centenario. Negli archivi dell'Ordine vi è già una certa documentazione, anche se prevalentemente dal secondo dopoguerra.

Per poter disporre del maggior numero di informazioni possibili, chiedo a tutti i colleghi in possesso di scritti, immagini o di qualsiasi possibile documento di voler collaborare fornendo copie fotografiche o fotostatiche di tale materiale. Sarà l'occasione di intraprendere una ricerca sulla storia dell'Ordine stesso dalla sua costituzione.



Studi di settore: soddisfazione per l'accoglimento delle richieste ANDI

A seguito delle numerose istanze, il giorno 31/03/2010 si è riunita la Commissione degli Esperti degli Studi di Settore presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per esaminare i correttivi da applicare, per tenere conto della grave crisi economica in atto. E' stata decisa l'applicazione di un correttivo individuale che considera la contrazione dei ricavi e dei compensi rispetto agli anni precedenti, dovuti anche alle maggiori dilazioni concesse ai pazienti nei pagamenti.

Da quest'anno spariscono anche i vecchi "indicatori aspecifici di normalità economica", al loro posto si applicheranno indicatori più oggettivi collegati al singolo studio.

I correttivi sono stati elaborati per adattare i risultati di Gerico 2010 alla crisi economica che nel 2009 è stata ancora più pesante (come dimostrato dai dati consegnati dai professionisti) rispetto all'anno precedente: come richiesto verrà effettuato un ulteriore monitoraggio sui dati delle dichiarazioni 2009, con successivi ulteriori aggiustamenti in caso di necessità.

In allegato è possibile scaricare la relazione proposta dai coordinatori per le professioni (dott. Giuliano Regis, dott. Giampiero Malagnino e dott. Giuseppe Foresto) e il verbale della Commissione Esperti.

"Sono particolarmente soddisfatto - ha dichiarato il Segretario Sindacale Nazionale dott. Gianfranco Prada - perché le richieste formulate da ANDI, e già in parte recepite nel nuovo modello di Studio di Settore per l'Odontoiatria il VK21U (introduzione di correttivi al ri-

basso per la voce "Assistenti di Studio" e "Spese per formazione professionale obbligatoria"), trovano ora accoglimento anche sotto l'aspetto più strettamente correlato alla ricaduta sulla professione della grave crisi economica in atto nel nostro Paese. Naturalmente occorrerà verificare come funzionerà il software GERICO 2010: invito comunque tutti i colleghi che non risultassero congrui a dichiarare, negli specifici righi previsti per le annotazioni, i motivi dell'eventuale non allineamento, che saranno tenuti in considerazione per gli aggiustamenti futuri". Non è invece ancora stata recepita la richiesta inviata dai coordinatori di tutte le professioni e delle imprese in merito agli effetti della gravidanza e del puerperio sugli Studi di Settore (vedi allegato): una tematica che sta particolarmente a cuore alla nostra Associazione e che è stata a lungo dibattuta al IV Convegno ANDI Campania, durante la Tavola Rotonda dal titolo: "Donne Odontoiatra: Professioniste e Imprenditrici" tenutosi a Salerno il 25 e 26 settembre 2009, in tal senso è necessaria un'ulteriore sollecitazione politica, che riconosca la peculiarità delle titolari di studi professionali, in un momento così significativo e particolare della loro vita.

Si ricorda infine che gli Studi di Settore non sono un automatismo al quale è necessario adeguarsi e che servono ulteriori elementi per l'emissione di accertamenti fiscali da parte dell'Agenzia delle Entrate: ciò è stato recentemente ribadito anche da importanti sentenze della Corte di Cassazione, depositate il 18/12/2009.

La Segreteria di Presidenza.

Le fratture del polso

Luciano Ferrini *

Presso la Sala Alesini dell'Ospedale "S. Giovanni Battista", ASL n.3, il giorno 27/03/2010 si è tenuta la IV Riunione Scientifica Annuale dell'OTODI-Umbria. Questa associazione scientifica raccoglie l'insieme dei Medici Ortopedici e Traumatologi che operano nelle Strutture Complesse di Ortopedia e Traumatologia di tutti gli ospedali dell'Umbria. L'invito a partecipare a detta riunione è stato esteso anche ad ortopedici universitari, ortopedici dipendenti di case di cura nonché ai liberi professionisti. L'argomento oggetto dell'incontro è stato

"Le fratture del polso". Le motivazioni della scelta di questo argomento sono state molteplici. Innanzitutto perché le fratture del polso è storicamente la frattura in assoluto più frequente del nostro

apparato scheletrico, è certamente in aumento per il noto aumento dell'età media degli italiani nonché per il conseguente aumento dell'osteoporosi, elemento di certo predisponente a detta lesione. La frequenza è intorno al 18% di tutte le fratture, può colpire in qualunque età anche se il decennio tra i 60 e 70 anni è quello più interessato, le donne sono nettamente più colpite degli uomini.

Il trauma per lo più è accidentale, si può

verificare sia con un meccanismo diretto che indiretto: tipico lo scivolamento su terreno irregolare o ghiacciato con spontaneo e violento appoggio della mano a terra per difendere dal trauma altre parti del proprio corpo.

Il quadro clinico è abbastanza tipico: dolore spontaneo violento, tumefazione locale con deformità più o meno evidente in base ai reciproci spostamenti dei frammenti ossei, netta limitazione funzionale sia dei movimenti attivi che passivi, ecchimosi.

Il primo esame strumentale da effettuare



a confermare o meno del sospetto clinico è quello radiografico. Si effettuano radiogrammi standard incrementati, se necessario, da varie altre proiezioni onde individuare tutte le caratteristiche

della frattura, in particolare va identificato il numero dei frammenti e la loro eventuale dislocazione. Utile in alcuni casi ben selezionati eseguire una TC, specialmente tridimensionale, o una RM per studiare meglio le lesioni complesse sia dal punto di vista osseo che da quello di eventuali e concomitanti lesioni delle strutture molli (legamenti, tendini, cartilagine, ecc.).

Varie sono le classificazioni utilizzate,

* Presidente OTODI Umbria

La pagina dell'esperto

queste ci guidano nella scelta del miglior trattamento possibile e ci danno anche notizie prognostiche.

Il trattamento più frequente è quello incruento: il polso viene messo in trazione previa possibile anestesia locale, si effettua la riduzione della frattura e la successiva immobilizzazione in gesso. Nonostante il corretto trattamento iniziale, poiché molte di queste fratture presentano una instabilità insita nella loro tipologia, possono veri-

ficarsi dei successivi spostamenti nel tempo; pertanto si effettuano controlli clinici e radiografici settimanali fino alla consolidazione della frattura che si

verifica normalmente dopo 35-40 giorni. Eventuali spostamenti secondari inducono a rinnovare il trattamento incruento oppure a passare ad un trattamento chirurgico. Quest'ultimo può essere anche di prima scelta se il tipo della frattura, la sua complessità o l'impossibilità ad ottenere una soddisfacente riduzione iniziale lo inducono.

Se la frattura è semplice, seppure instabile, eseguita la riduzione si può ottenere la stabilizzazione dei frammenti con l'applicazione di fili metallici per via percutanea e successiva immobilizzazione in apparecchio gessato. In situazioni più difficili si programmano interventi chirurgici. Un primo intervento possibile consiste nell'utilizzazione di fissatori esterni. Ne esistono di vari tipi: tramite loro si hanno delle migliori possibilità di una più accu-

rata riduzione della frattura ed una valida stabilizzazione della stessa.

Nelle fratture complesse o nel caso di insuccesso dei precedenti trattamenti si ricorre ad una chirurgia completamente a "cielo aperto". Si giunge sul focolaio di frattura dopo accurate incisioni, la frattura viene ridotta a vista e si stabilizza mediante l'applicazione di placche a basso profilo. Non sempre detto trattamento necessita anche di una immobilizzazio-

ne esterna, nella eventualità certamente per tempi ridotti.

Qualunque trattamento venga effettuato è indispensabile un recupero funzionale, possibilmente

con l'aiuto di un fisioterapista, che spesso è piuttosto impegnativo sia per la tipologia della frattura sia perché il polso è una articolazione che va incontro ad una rigidità secondaria molto facilmente. Le complicazioni più temute sono le infezioni, le lesioni concomitanti di strutture vascolari e/o neurologiche, le pseudoartrosi, i vizi di consolidazione, l'artrosi. Tutte le suddette complicazioni, per fortuna tutt'altro che frequenti, impongono ulteriori trattamenti sia di natura medica che per lo più di natura chirurgica.

Nel valutare i risultati dei vari trattamenti debbono essere presi in considerazione alcuni elementi di non poco valore: l'età del paziente, la sua attività lavorativa o meno, le esigenze riguardanti le sue richieste funzionali che talvolta sono ridotte all'essenziale.



Breve storia della chirurgia del retto

Marcello Paci

Il retto, l'ultimo tratto dell'intestino, comunica all'esterno attraverso l'ano, in quella regione anatomica che chiamiamo perineo. E' di difficile accesso perché nascosto nella profondità del bacino, nella cavità dello scavo pelvico, delimitato posteriormente dal complesso osseo sacro-coccige, ai lati dalle ossa iliache, anteriormente dagli organi dell'apparato genito-urinario.

La sua funzione è di serbatoio della massa fecale, e di regolazione della sua espulsione attraverso il complesso gioco degli sfinteri muscolari. Queste caratteristiche morfo-funzionali rendono conto della difficoltà di intervenire su di esso, senza causare danni notevoli che compromettono la sua integrità morfo-funzionale. Per altro la frequenza di patologie al suo livello, soprattutto di natura tumorale, pongono sfide ineludibili a realizzare tecniche sempre più avanzate.

A parte i tentativi saltuari e senza rigore scientifico dei secoli più lontani, la storia della chirurgia del retto comincia nel 1826 con un chirurgo francese, Linsfranc. Egli propone e pratica l'escissione dei tumori rettali utilizzando la via perineale. Dunque attraverso l'ano e/o i tessuti limitrofi della regione perineale si raggiungeva la patologia e la si asportava. Si comprende come il decorso post-operatorio fosse accidentato con emorragie, suppurazioni, difetti della cicatrizzazione, perdita delle funzioni vegetative. Inoltre non erano considerati aspetti di radi-

calità e quindi di risoluzione della malattia. Va ovviamente ricordato che le conoscenze teoriche e il supporto tecnico erano elementari, e dobbiamo guardare con ammirazione a questi precursori che coraggiosamente tentavano di dare una risposta a situazioni di sofferenza, mai prima affrontati. In qualche modo, comunque, la tecnica di Linfranc ebbe una certa diffusione e vari altri autori la praticarono (Kocher, Velpau, Rizzoli) per gran parte dell'ottocento.

L'accesso per via posteriore sembrò ad un certo punto quello più naturale, per questo molti autori proposero e praticarono questa via, cercando di andare oltre l'indicazione di Linsfranc, tra questi anche Kocher, che eseguì l'amputazione perineale asportando il coccige. Ma fu un chirurgo di Friburgo, Kraske, che nel 1885 dette all'approccio posteriore una sistemazione rigorosa, che ancora oggi, se pur in condizioni limitate, ne consente l'utilizzo.

Si aggredisce il retto da dietro asportando il coccige e un tratto di sacro (nella descrizione di Kraske sino al secondo foro sacrale). Per questa via si prepara il retto, incidendo la fascia di Valdayer e penetrando nello scavo pelvico. L'intervento per questa via, consentiva l'asportazione della lesione, la ricostruzione intestinale, ed il rispetto degli sfinteri. Se la demolizione ossea non era eccessiva, non residuavano sequele deambulatorie importanti per il paziente. Come si è det-

Storia della medicina

to, con opportune modifiche nel senso di una riduzione del sacrificio osseo, l'intervento si pratica ancora oggi (Mason ed altri). In alcune scuole chirurgiche l'intervento di resezione addomino-perineale, si è trasformato nella resezione addomino-sacrale (Localio).

Con l'inizio del novecento, si fece strada la convinzione che bisognasse aggredire il retto per via anteriore, attraverso la parete addominale.

Nuove acquisizioni d'ordine anatomico-patologico, la necessità di asportare un ampio tratto d'intestino, la cura delle stazioni linfonodali, la possibilità di ripristinare la continuità intestinale, imponevano la ricerca di nuovi approcci. Soprattutto i pessimi risultati nel controllo della malattia, imponevano di battere nuove strade.

Quest'approccio anteriore fu pensato e attuato da molti chirurghi, tra i quali Henri Hartmann chirurgo dell'hotel Dieu di Parigi, che per aggredire il retto apriva l'addome, asportava il tratto d'intestino con il tumore ed i linfonodi più vicini, chiudeva il retto basso e collegava il colon alla cute dell'addome. Dunque confezionava un ano non naturale attraverso il quale le feci si raccolgono in un sacchetto.

Ma fu un chirurgo americano William Miles che, agli inizi del 900 perfezionò quest'approccio, attento a realizzare maggiori successi nel tasso di guarigione dalla malattia.

Per via addominale si praticava un'accurata linfectomia e si mobilizzava tutto il retto, poi si passava alla regione perineale dove l'intervento era completato con l'asportazione integrale del retto e la chiusura dell'ano. In alto il colon era

abboccato alla cute addominale a realizzare una ano definitivo preternaturale. La metodica comportò un miglioramento notevole della sopravvivenza dalla malattia e per tutto il secolo, l'intervento di Miles ha dominato il campo.

Purtroppo la condanna a portare per tutto il resto della vita, un ano preternaturale è stata progressivamente sofferta come una menomazione intollerabile, limitante la vita di relazione, con alterazione del senso di sé.

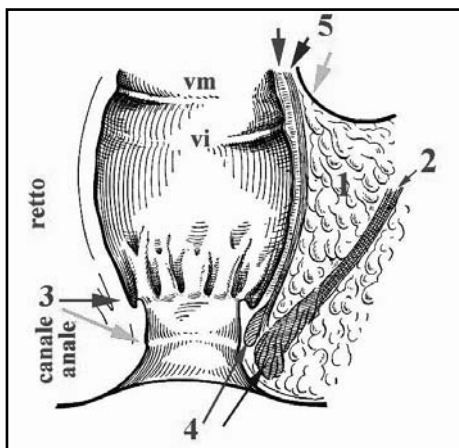
La necessità di un intervento diverso comportò il progressivo affermarsi della resezione anteriore del retto. L'intervento prevede il solo tempo addominale con ricostruzione della continuità intestinale e preservazione della via naturale e

della sua funzionalità. L'apporto delle nuove tecniche, nuove acquisizioni anato-patologiche, hanno consentito di abbandonare quasi del tutto la Miles. In questo, la radio-chemioterapia impiegata con nuovi protocolli ha aiutato l'affermazione di questa tendenza. Più recentemente tecniche di anastomosi colo-anali ed intra-

sfinteriche hanno ulteriormente relegato al passato l'amputazione addomino-perineale di Miles.

Da ultimo, si sta riproponendo l'intervento di Linsfranc, l'accesso al retto per via anale, che l'attuale tecnologia ha reso realizzabile con buoni risultati in casi selezionati. Si tratta della TEM, brutto acronimo inglese che sta per chirurgia miniinvasiva transanale endoscopica.

Si ricomincia da dove si era partiti, in una circolarità che rimanda ad altri campi del sapere umano, quasi metafora del suo destino.



Integratori alimentari e ipercolesterolemia

Massimo Sorbo

Il lievito di riso rosso è un prodotto alimentare che viene utilizzato nella cucina e nella medicina tradizionale cinese; oggi, disponibile in capsule, viene utilizzato da pazienti che preferiscono ricorrere a un prodotto naturale per ridurre i livelli di colesterolo.

Il lievito di riso rosso si produce con la fermentazione del riso con il lievito "Monascus purpureus", contiene sostanze naturali che inibiscono l'enzima HMG-CoA reduttasi che è il responsabile della sintesi del colesterolo; in particolare dalla "monacolina"K origina la Lovastatina nota statina utilizzata per prima negli Stati Uniti.

Uno studio randomizzato in doppio cieco durato 6 mesi, condotto su 62 pazienti (intolleranti alle statine) ha osservato una riduzione del colesterolo LDL del 21,3% nei pazienti che avevano assunto 1800 mg.di lievito di riso rosso due volte/die, e solo una riduzione del 8,7% nel gruppo placebo.

Un altro studio condotto in Cina su 4870 pazienti con pregresso IMA(infarto miocardico acuto), ha randomizzato un gruppo con assunzione di 600 mg.x2 /die di lievito di riso rosso, contro un gruppo placebo; dopo un follow-up di 4,5 anni ,l'incidenza di eventi coronarici maggiori(IMA non fatale,morte per coronaropatia) è risultata del 5,7% nel gruppo che aveva

assunto l'integratore, contro una incidenza del 10,4% nel gruppo placebo. Si sono notati effetti collaterali dall'uso di questi integratori, come per alcune statine , compresa la rabdomiolisi in pazienti che avevano assunto contemporaneamente lievito di riso rosso e ciclosporina e casi di epatite.

Negli Stati Uniti, come per gli altri integratori dietetici, i prodotti a base di lievito di riso rosso non necessitano dell'autorizzazione della FDA; in Italia tale tipo di prodotto è stato inserito nell'elenco delle sostanze ad effetto nutritivo impiegabili negli integratori alimentari, a condizione che l'apporto di monacolina non superi i 3 mg./die e che venga riportato in etichetta che non deve essere assunto insieme ad una statina , o durante la gravidanza o l'allattamento.

In conclusione possiamo dire che i prodotti a base di lievito di riso rosso si sono rivelati efficaci nel ridurre i livelli di colesterolemia (colesterolo LDL), ma gli ingredienti presenti in questi integratori non sono standardizzati e si possono presentare anche se raramente,gravi effetti collaterali.

Bibliografia

The Medical Letter
XXXVIII, 2009; 23: 95-96

Principali strategie preventive della sterilità maschile

F. Tiziani , G . F. Brusco , S . Pizzasegale , M . Mariani , M . Proietti *

La sterilità di coppia , “definita come mancanza di concepimento dopo 12 mesi di rapporti non protetti con frequenza adeguata”, viene classificata in 1) primaria : quando non è mai avvenuto un concepimento e 2) secondaria : quando c'è stato un precedente concepimento . Il “ fattore ” maschile si calcola intorno al 40-45%, pari a quello femminile . Tale dato è molto sorprendente se si considera che , fino ad un ventennio fa , tale percentuale maschile era stimata intorno al 20% . In Italia la quasi totalità degli uomini (90%) non fa prevenzione e , dato ancor più sconcertante , il 50% non si sottopone a visita andrologica neanche dopo una diagnosi di infertilità . L'infertilità maschile , prima nascosta o vista come una vergogna (anche perché erroneamente associata all'impotenza) e quindi non indagata , è allo stato attuale riconosciuta come entità clinica ben definita e nelle coppie sterili viene esaminata in prima istanza , attraverso un esame seminologico del partner, mentre nel passato veniva accertata, solo dopo ripetute , costose e invasive indagini sulla donna . Le principali cause di sterilità maschile sono : 1) Congenite : errori cromosomici e/o genetici , malformazioni . 2) Acquisite : infettive , traumatiche , ormonali e anatomiche : criptorchidismo (testicolo ritenuto a monte della borsa scrotale) , varicocele (ectasia della vena spermatica) . 3) Ambientali e lavorative : costituiscono i nuovi “ antagonisti ” della fertilità maschile e non per nulla l'incremento dei casi di sterilità maschi-

le si è verificato soprattutto nei Paesi industrializzati . Tra le principali cause lesive della spermatogenesi ricordiamo : pesticidi, vernici e fonti di calore , tossici ambientali , diossine e metalli pesanti (piombo , mercurio cadmio , etc) , farmaci , droghe , ormoni (estrogeni) . Le strategie della prevenzione vanno applicate a due livelli : medico - sanitario ed educativo. A livello medico-sanitario alla nascita : malformazioni genitali e criptorchidismo (che deve essere corretto entro il secondo anno di età) , in età adolescenziale : varicocele , pubertà ritardata , infezioni urologiche , infezioni virali (parotite complicata con orchite) ; in età giovane - adulta : varicocele (insorge solitamente tra i 15 e 25 anni , eccezionalmente prima , presenta una incidenza elevata 15% dei giovani visitati alla leva e rappresenta la causa più frequente di infertilità 35 – 45% , in genere asintomatico , che andrebbe diagnosticato al più presto ed operato non oltre i 30 anni di età per prevenire danni irreversibili) , infezioni sessualmente trasmesse , esposizione a tossici ambientali , la vicinanza a fonti di radiazioni ionizzanti o radiofrequenze elevate , stili di vita , disordini del comportamento sessuale . A livello educativo : punto fondamentale della prevenzione in andrologia è l'informazione della famiglia , del medico (pediatra , medico di medicina generale , medico sportivo , etc) dell'individuo. L'informazione è molto carente (il maschio assai raramente viene visitato nell'apparato ripro-

* Servizio di Sterilità e Fecondazione Assistita Centro di Riferimento Regionale PMA
Azienda Ospedaliera di Perugia Responsabile : Dr . Gian Francesco Brusco

duittivo) l'unico controllo che veniva effettuato in passato era alla visita di leva (cioè a diciotto anni), "filtro" che oggi è stato abolito nel nostro Paese. Oltre all'osservazione fisica del proprio figlio, i genitori, insieme al pediatra, devono fornirgli le opportune norme igienico-morali, sorvegliandone il comportamento e istruendolo sul fondamentale aspetto etico della sessualità, sulla sacralità e dignità del proprio corpo. Le "colpe" sanitarie, in questo campo sono rilevanti per il fatto che il medico se non espressamente richiesto è difficile che visiti un soggetto maschio, nelle varie fasce di età, nella sfera riproduttiva, facendosi sfuggire patologie attuali o situazioni di rischio potenziale che, come detto,

se tempestivamente individuate, possono essere corrette (il 30% dei casi di infertilità maschile); basti pensare all'importanza della vaccinazione antiparotifica, alla valutazione dei testicoli nella borsa scrotale alla nascita, alla presenza di varicocele in età adolescenziale e tutte le altre patologie della sfera genitale che un attento pediatra deve valutare. Ecco perché una adeguata prevenzione delle cause di sterilità maschile e la loro eventuale correzione una volta individuate, oltre ad inquadrarsi in una doverosa deontologia medica, consentirebbe di ridurre in modo significativo il ricorso ai procedimenti di fecondazione assistita con le loro ricadute negative in campo etico, clinico e di risorse sanitarie.

Nuove norme per attività di tutoraggio (ECM)

La CNFC, nella seduta del 18 giugno 2009, ha approvato la modifica della disciplina relativa all'attribuzione dei crediti formativi da riconoscere agli operatori sanitari che svolgono attività di tutoraggio. Pertanto, ad integrazione e rettifica della precedente determinazione del 29 marzo 2007, agli operatori sanitari che svolgono attività di tutor in attività riconosciute dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua – docenti tutor che ospitano colleghi in formazione, tutor valutatori degli operatori che devono sostenere l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione – sono riconosciuti 4 crediti per mese di tutorato fino ad un limite massimo della metà dei crediti previsti per il triennio di riferimento, entro il quale ricomprendere anche i crediti ottenuti con attività di docenza. Per quanto riguarda i corsi universitari, o organizzati dagli ordini, per acquisire la qualifica di tutor, si precisa che per questi dovrà essere richiesto l'accreditamento attraverso il sistema ECM e pertanto gli operatori che vi partecipano, riceveranno i crediti assegnati dal sistema con le medesime modalità degli eventi formativi. La registrazione dei crediti conseguiti con attività di tutoraggio avverrà a cura di Ordini e Collegi professionali che provvederanno all'inserimento nel sistema informatico dei relativi accreditamenti. Attualmente si sta procedendo alla sperimentazione del sistema informatico che consentirà l'inserimento dei dati relativi all'attività di tutoraggio sopra descritte. La segreteria fornirà ulteriori indicazioni al termine della sperimentazione.

FNOMCeO

Nuovo certificato per il riconoscimento dell'invalidità civile

DA ALESSANDRIA MEDICA N.3/2010

a cura di Ivana Garione, Marco Morgando e Aldo Mozzone

Abbiamo raccolto le domande che più frequentemente ci vengono poste dai colleghi circa il nuovo certificato per il riconoscimento dell'invalidità civile e abbiamo cercato di dare le risposte più esaurienti, dopo aver anche chiesto chiarimenti ai responsabili dell'INPS.

Si può ancora compilare il modello INPS in cartaceo?

No. A partire dal 1° Marzo 2010 la compilazione e trasmissione dei Certificati Medici introduttivi al riconoscimento di invalidità civile, sordità, cecità. Handicap e disabilità è possibile esclusivamente per via telematica.

Numero certificato: cosa significa?

E' il numero che identifica la pratica: verrà stampato in automatico dopo la compilazione del certificato medico sia sul certificato stesso sia sull'attestato di trasmissione del certificato.

Pertanto il medico **non deve** inserire nessun numero in questo campo.

Codice Tessera Sanitaria: quale?

Si tratta di un dato facoltativo pertanto **si può non inserire**: è il codice che compare sul retro della tessera sanitaria che ha sul frontespizio il codice fiscale e sul retro un codice denominato "numero di identificazione della tessera sanitaria"

che è appunto quello che viene, sul modulo, chiamato codice tessera sanitaria.

Che differenza c'è tra il campo diagnosi e la codificazione ICD9?

(in altri termini quali patologie devo mettere in diagnosi e quali in ICD9? Non è un'inutile ripetizione?)

Il campo diagnosi (così come il campo anamnesi, obiettività) è un campo libero su cui il medico scrive le diagnosi del paziente (è stato previsto molto ampio: ha le dimensioni di un normale foglio F4). Saranno queste diagnosi che guideranno la Commissione di accertamento di invalidità per concedere o rifiutare l'invalidità invece i codici ICD9 hanno un puro valore statistico e sono richiesti dall'ISTAT. Non è necessario codificare tutte le malattie del paziente: occorre inserire almeno un codice ICD9 ovviamente scegliendo la patologia più importante.

Le compilazioni dei tre campi "Anamnesi, Obiettività, Diagnosi" sono obbligatorie?

Sì.

La compilazione del campo terapia è obbligatoria?

No.

Nella casella "Certifico che...." Sono obbligato a barrarne una? Che significato hanno?

Le voci che compaiono nel campo “Certifico che” vanno barrate esclusivamente se sussistono le condizioni descritte nelle voci stesse.

Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore / non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua:

è la stessa frase che occorreva inserire sui vecchi modelli cartacei se il Medico riteneva che il paziente avesse diritto a richiedere l'indennità di accompagnamento. Va perciò barrata se sussiste tale diritto.

Affetta da malattia neoplastica in atto:

occorre barrarla in quei malati neoplastici che al momento della compilazione del certificato sono in trattamento acuto (chemio o radioterapia), o sono appena stati operati o sono in fase terminale o preterminale. In questi casi verranno convocati dalle Commissioni entro 15 giorni. Naturalmente non va barrata se il paziente ha avuto una neoplasia 10 anni prima ed ora è stabile.

Affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007:

Si tratta di un decreto che elenca delle patologie gravi rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante.

Se il paziente ha una di queste patologie verrà convocato entro 15 giorni.

Il certificato è rilasciato ai fini della domanda di... : che significato hanno le voci?

Invalidità: è il comune certificato di invalidità.

In caso di certificato di aggravamento si compila lo stesso certificato inserendo le malattie che sono già state valutate e le nuove malattie o l'eventuale peggioramento di quelle già valutate. Non è necessario specificare quali malattie sono già state valute in quanto le Commissioni hanno gli atti precedenti.

Cecità e sordità: vanno barrate se l'inva-

lidità è richiesta anche per queste voci. Importante in questi casi che il paziente abbia una documentazione relativa alla cecità o sordità abbastanza recente altrimenti rischia di essere respinto dalla Commissione.

Handicap: la casella va biffata quando il paziente chiede l'applicazione della Legge 104/92.

La Commissione valuta in questo caso lo svantaggio sociale che la malattia comporta al paziente (per esempio la necessità di essere accompagnato da un familiare alle visite mediche o di essere aiutato per altre necessità). L'applicazione della 104 concede al parente dei permessi di lavoro interamente pagati per badare al paziente

Disabilità: la casella va biffata se il paziente chiede l'applicazione della Legge 68/99 che prevede il “collocamento mirato”, intendendo con questa espressione l'inserimento lavorativo del disabile attraverso un'attenta valutazione delle capacità residue in relazione alla disabilità e prevedendo, dove necessario, percorsi di formazione, stage e tutoraggio aziendali. In questo caso la Commissione Invalidità civile valuta, mediante protocolli già stabiliti, non il grado di invalidità ma le “capacità residue”.

Per la disabilità ed il collocamento morale il cittadino deve essere già invalido civile almeno al 46% (se non lo è già deve fare una nuova domanda contestualmente alla richiesta di L. 68/99).

Cosa si intende per intrasportabilità?

Non significa che il paziente non può essere trasportato ma significa che il paziente può subire danni dal trasporto (pericolosità del trasporto).

Dopo aver compilato il certificato e averlo inviato il medico cosa fa?

Il medico stampa il certificato e l'attestato di trasmissione online e lo consegna al

Medicina Legale

paziente.

Il certificato e l'attestato vengono salvati sul sito INPS e si possono leggere e stampare (non modificare) alla voce: visualizza certificati.

Il paziente cosa deve fare?

Ricevuto il certificato di invalidità spetta al Cittadino fare domanda all'INPS per essere sottoposto a visita per l'accertamento di invalidità: dalla data di trasmissione del certificato il cittadino ha solo 30 giorni per presentare la domanda per avere l'invalidità.

Tale domanda la può fare egli stesso facendosi dare il PIN dalle sedi INPS o la fa fare ai vari patronati e associazioni di cittadini. Il paziente porterà il cer-

tificato medico alla Commissione all'atto della visita.

Questa modalità è temporanea e durerà fino a che non sia possibile un collegamento informatico tra i sistemi INPS e ASL.

Se il cittadino lascia scadere i 30 giorni cosa succede?

Il certificato medico è nullo e dovrà tornare dal medico per ricominciare l'iter.

Se il cittadino ha un danno INAIL (malattia professionale o infortunio sul lavoro) questo può essere valutato ai fini dell'invalidità civile?

Le patologie riconosciute di competenza INAIL non possono essere valutate in ambito di invalidità civile.

“Registro Medici Italiani”: attenzione alla truffa

Numerosi medici hanno ricevuto in questi giorni una lettera da parte di un sedicente “Registro Italiano dei Medici” che chiede di fornire i propri dati per una pubblicazione su internet. L'iniziativa sembra promossa da una società privata portoghese, è sottoscritta da un sedicente “responsabile del settore medico”, del quale si ignora il nominativo e, nelle condizioni contrattuali, prevede il pagamento di una somma di denaro non indifferente per tale pubblicazione. L'Ordine suggerisce ai propri iscritti che hanno ricevuto questa lettera di non aderire alla proposta in quanto l'unica iscrizione legalmente valida in Italia, e peraltro obbligatoria, è l'iscrizione all'Ordine professionale.

Questo “Registro italiano dei Medici” è assolutamente sconosciuto e non può vantare nessun titolo legale per la pubblicazione di elenchi di professionisti.

L'Ordine ha segnalato il caso alla Guardia di Finanza per gli accertamenti del caso.

Cessione dello studio e avviamento commerciale

Fino ad ora era sempre stato chiaro che, in caso di cessione di uno studio medico privato, il medico venditore non poteva chiedere il pagamento dell'avviamento commerciale, per il fatto che i clienti-pazienti sono legati al professionista da un vincolo fiduciario e, quindi, non è pensabile "trasferire" economicamente la clientela all'acquirente dello studio. Ma ora la Corte di Cassazione fa alcune interessanti precisazioni. Con la sentenza n. 2860 del 09/02/2010, la Suprema Corte afferma che se è vero che non si può parlare di "avviamento commerciale" per uno studio professionale, è altrettanto vero che se il medico che cede lo studio favorisce la prosecuzione del rapporto della sua ex-clientela con il nuovo professionista (ad esempio, presentando il collega ai pazienti e impegnandosi a non riprendere l'attività nello stesso luogo), questo comportamento può legittimamente essere compensato economicamente, per cui è valido l'accordo contrattuale con il quale il professionista acquirente dello studio si impegna a versare una somma al collega venditore a questo scopo. Insomma, i confini e le distinzioni fra professionisti e imprenditori sono sempre più labili e lo studio medico non è proprio parificabile ad una azienda commerciale, ma ci manca poco!

Sistema SISTRI per lo smaltimento dei rifiuti

In merito al nuovo Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, denominato SISTRI, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ricorda che i medici e gli odontoiatri che esercitano nello studio privato (e quindi non sotto forma di impresa o ente), non sono tenuti ad aderire al sistema SISTRI, neanche quando svolgono l'attività sotto forma di studio associato. Infatti il nuovo sistema per il momento riguarda esclusivamente le imprese o gli enti produttori di rifiuti e, quindi, non i singoli professionisti. Le novità che riguardano i medici e gli odontoiatri sono relative alla modulistica da conservare: infatti il medico e l'odontoiatra dovrà fornire all'impresa di trasporto dei rifiuti i dati necessari alla compilazione, da parte del trasportatore, della scheda SISTRI e conservarne una copia per cinque anni. Poi il gestore dell'impianto di smaltimento trasmetterà al medico e all'odontoiatra copia della scheda SISTRI completa della presa in carico del rifiuto, attestante l'assolvimento degli obblighi di legge. Questi sono i documenti che il professionista è tenuto a conservare presso il proprio studio ed esibire alle autorità competenti in caso di verifiche o controlli.

Gli sprechi della sanità

Marco Petrella

C'è uno spreco in sanità che comincia davvero a turbarmi, come ti turba-
no, ad una certa età, le cose non
fatte al momento giusto. Quelle che sai
che torneranno a tormentarti fino all'ulti-
mo, in forma di rimpianto. C'è uno spre-
co di cui tutti parlano. Le ruberie, le spe-
se inutili, le disattenzioni, una certa ten-
denza alla ridondanza, qualche fuga in
avanti dettata da ambizioni professiona-
li o politiche, sono tutte cose note. Anche
nel privato sembra che non ci si possa far
molto, e anche là, spesso, si riesce a far
pagare ad altri gli errori ed i peccati. E
poi, come mi ha spesso ricordato mio pa-
dre, che è stato per mare: *"poca corda,
poco marinaio"*, intendendo dire che non
si fanno i nodi usando solo la corda stret-
tamente necessaria. Bisogna avere a di-
sposizione anche un buon tratto per ma-
neggiarla. C'è un altro spreco di cui po-
chi parlano, ed è il cattivo uso che si fa
dei professionisti della salute e del perso-
nale tutto della sanità, ma di questo non
voglio parlare perché sembrerebbe la
solita difesa della categoria e forse c'è
bisogno di una riflessione a parte. No, lo
spreco che mi provoca un peso sullo sto-
maco è un altro. Parlo di un esercito di
giovani professionisti che stanno la fuori,
che non possono lavorare con noi, o che
se lo fanno è in forma precaria e discon-
tinua, senza prospettiva e senza crescita.
Penso ovviamente ai medici, ma lo stes-
so vale per tutte le altre professioni sa-
nitarie e per gli amministrativi. Quanto
ne avremmo bisogno. Forza, disponibili-
tà, proiezione verso il futuro, nuove com-
petenze, nuovi punti di vista, menti pronte
ad imparare, a cambiare, a modellarsi
su esigenze in rapida evoluzione. Quanto
migliorerebbero le nostre giornate di la-
voro con queste persone accanto.
Parlo di giovani appena laureati, il cui

percorso di specializzazione troppo spes-
so assume le sembianze di un parcheggio
a termine e raramente li porta in modo
significativo dentro i servizi.

Parlo soprattutto di persone già specia-
lizzate, se non pluri-specializzate, costret-
te a gironzolare tra un lavoro e l'altro, a
prescindere dal loro merito, mentre moti-
vazione ed energia si degradano in una
sorta di eterna sala d'attesa. Non sono
in grado di proporre rimedi per costoro:
ognuno di loro sa molto meglio di me co-
sa è desiderabile e possibile fare, nelle
condizioni date.

Ma mi sento di fare una proposta al si-
stema a cui appartengo. Facciamo uno
sforzo, tiriamo la cinghia per un motivo
serio, bandiamo un concorso. Sì, un con-
corso. Per esempio nel campo in cui lavo-
ro (sanità pubblica, organizzazione, pre-
venzione, epidemiologia) basterebbe-
ro dieci, quindici posti per tutta la regio-
ne. Offriamo quanto può attirare giova-
ni di alto livello (un contratto a tempo in-
determinato, supporto nel trovare un al-
loggio o nell'utilizzare un'auto per il ser-
vizio, spazi per la formazione, disponi-
bilità ad insegnare da parte dei più an-
ziani), diamo davvero peso ai curricula,
utilizziamo bene il momento della sele-
zione, chiamando esperti esterni al siste-
ma locale che possano più serenamente
concentrarsi sui meriti, valorizziamo an-
che gli aspetti motivazionali e psicologi-
ci in genere, non banalizziamo il seme-
stre di prova, disponiamoci a scontenta-
re qualcuno che rimarrà in sala d'attesa.
Poi, una volta immesso questo sangue fre-
sco, verificati gli eventuali rigetti e misu-
rati i riflessi sul battito e sul respiro, de-
dichiamoci pure ad una ragionata sele-
zione del personale in servizio, motivan-
do caso mai a restare solo chi ancora ha
da dare e da insegnare.

Certificati di malattia telematici

In merito alla nuova procedura per l'inoltro on-line dei certificati di malattia dei lavoratori sia pubblici che privati, l'Ordine ricorda che tutti i medici del Servizio Sanitario Nazionale, sia dipendenti che convenzionati, sono tenuti ad utilizzarla. Si tratta, infatti, di una nuova procedura che non riguarda soltanto i medici di famiglia, ma tutto il personale medico afferente al Servizio Sanitario pubblico. In questo senso è chiara la circolare dell'11 Marzo scorso del Ministero per la Pubblica Amministrazione, che raccomanda a tutte le Amministrazioni sanitarie pubbliche di informare il proprio personale sull'obbligatorietà della nuova procedura. L'Ordine si associa a questa raccomandazione, sottolineando che la nuova norma prevede sanzioni pesanti in caso di inadempimento, per cui, per evitare ogni problema, è indispensabile che tutti i colleghi del SSN ottemperino alle nuove disposizioni.

Per approfondire la materia, consultare le informazioni pubblicate sul sito internet del Ministero: <http://www.innovazionepa.gov.it/i-dipartimenti/digitalizzazione-e-innovazione-tecnologica/notizie/2010/aprile/notizia-del-22042010.aspx>

Chiarimento del Ministero sui certificati medici “non documentati”

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione Renato Brunetta ha firmato la Circolare n. 5 del 28/04/2010 che dà indicazioni sull'applicazione delle norme relative alle responsabilità e al regime sanzionatorio per i medici nel rilascio dei certificati di malattia. Si ricorderà, infatti, che la recente riforma operata dal Decreto Legislativo n. 150/2009 prevede la reclusione fino a cinque anni e la radiazione dall'Albo per il medico che rilascia un certificato falso o anche un certificato che attesta dati clinici “non direttamente constatati né oggettivamente documentati”. Questa ultima disposizione aveva causato notevoli problemi e perplessità nella categoria medica, soprattutto riguardo alla certificazione di patologie o sintomatologie impossibili da oggettivare. Dopo una serie di incontri con il Ministro, finalizzati a chiarire la portata della norma, l'attuale Circolare dà un notevole contributo alla chiarezza. Vi si afferma, infatti, che lo scopo della legge “è di evitare che siano rilasciati certificati o attestati di malattia senza aver valutato le condizioni del paziente nel corso di una visita e che siano formulate diagnosi e prognosi non coerenti con la buona pratica clinica. Quindi, l'applicazione della disposizione deve tener conto delle regole proprie della pratica medica, che consentono di formulare diagnosi e prognosi anche per presunzione sulla base di dati riscontrati o semplicemente acquisiti durante la visita.

Nell'applicazione della norma, pertanto, è rilevante la circostanza che i dati clinici siano stati o meno desunti da visita. In sostanza, in base a questa norma, la responsabilità del medico, con l'applicabilità delle sanzioni indicate, ricorrerà quando lo stesso rilascia attestati o certificati attestanti dati clinici non desunti da visita in coerenza con la buona pratica medica”.

I nuovi criteri per la diagnosi di diabete gestazionale.

Elisabetta Torlone*

I criteri fino ad oggi adottati nel mondo per lo screening e la diagnosi del Diabete Gestazionale (GDM), non sono stati univoci e sono stati stabiliti sulla base del rischio di sviluppare diabete dopo il parto nelle donne affette da GDM piuttosto che sulla base dell'esito di salute del feto.

Recenti studi clinici hanno messo in evidenza come il trattamento intensivo di questa condizione determini esiti di salute materni e fetali simili a quelli delle gestanti non diabetiche e, recentemente, uno studio di costo-efficacia dell' UK National Institute for Health and Clinical Excellence ha concluso che lo screening, la diagnosi ed il trattamento del GDM sono efficaci in termini di costo-benefici. In questo contesto nel 1998 è stato disegnato lo studio HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) per individuare i livelli di glicemia associati ad esiti fetali e materni avversi. Sono state arruolate circa 25.000 donne, in 15 Centri distribuiti nelle varie Nazioni del mondo, che sono state sottoposte ad OGTT con 75 gr di glucosio (prelievi a digiuno, 1 ora e due ore dopo) tra la 24° e la 32° settimana di gravidanza. Lo studio è stato condotto in cieco ed i risultati venivano svelati ai ricercatori in presenza di una glicemia a digiuno superiore a 105 mg/dl e/o 2 ore dopo la curva da carico superiore a 200 mg/dl; in tal caso le donne uscivano dallo studio per essere trat-

tate. Gli esiti primari negativi dello studio erano il peso fetale alla nascita superiore al 90 centile, il taglio cesareo primario, i valori di C-peptide del cordone ombelicale superiori al 90 centile, la ipoglicemia neonatale valutata clinicamente; gli esiti secondari negativi erano la preeclampsia, il parto pretermine, la distocia di spalla, l'iperbilirubinemia, il ricovero del neonato in Unità di Cura Intensiva. I risultati dello studio HAPO hanno messo in evidenza che vi è una relazione lineare tra l'aumento dei livelli di glicemia e l'aumento della frequenza degli esiti primari e secondari avversi. Poiché lo studio non ha identificato un valore soglia di glicemia per tutti i punti della curva da carico orale di glucosio, è stata ritenuta necessaria una Consensus Internazionale per tradurre questi risultati in raccomandazioni pratiche, utilizzabili clinicamente. La International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), fondata nel 1998 allo scopo di facilitare la collaborazione tra i vari gruppi nazionali che si occupano di gravidanza, nel Giugno 2008 ha organizzato a Pasadena (USA) una "International Workshop Conference on Gestational Diabetes Diagnosis and Classification" cui hanno partecipato 225 studiosi di 40 paesi che hanno analizzato i risultati dello studio HAPO e di altri studi recentemente pubblicati sull'argomento per cercare di stabilire i nuovi criteri di screening e diagnosi del GDM. Successi-

Responsabile Ambulatorio Diabete e Gravidanza, DIMISEM, AO di Perugia, Gruppo di Coordinamento Nazionale del Gruppo di Studio SID-AMD "Diabete e Gravidanza"

vamente, è stato preparato un report in cui si propongono dei nuovi criteri di screening e diagnosi del GDM. Il lavoro del Panel è stato di dedurre, dai risultati dello studio HAPO, i valori di glicemia da considerare per la diagnosi del GDM utilizzando la curva da carico orale di glucosio con 75 gr di zucchero.

Il Panel ha deciso di considerare quale valore di glicemia di riferimento il valore medio delle glicemie a digiuno 1 e 2 ore dopo OGTT valutato sull'intera coorte dello studio. Considerando le glicemie come variabile continua sono state identificate le glicemie corrispondenti ad un

odd ratio (rischio relativo) di 1,75, per gli esiti considerati. Le soglie proposte quindi, sono la media dei valori glicemici ai quali per il peso alla nascita superiore al 90° centile, il C-peptide

del cordone ombelicale superiore al 90° centile, la percentuale di grasso corporeo superiore al 90 centile raggiungono una *odd ratio* di 1.75 sulla base di un modello di regressione logistica “*fully adjusted*”. Con questo tipo di analisi l'incidenza di GDM nella popolazione risulta del 17.8%, ed è più elevata rispetto a quelle riportate in letteratura da vari studi, tuttavia sono necessarie alcune precisazioni:

1. I nuovi criteri di diagnosi del GDM includono sia pazienti precedentemente diagnosticate quali GDM sia pazienti

che in precedenza erano considerate come affette da IGT o da alterazioni minori della tolleranza ai carboidrati. In questo contesto sono ormai numerosi gli studi in letteratura che riportano che tali condizioni se non trattate adeguatamente si caratterizzano per un esito materno e fetale avverso. Due recenti studi randomizzati (ACHOIS e Landon e coll.) hanno comparato il trattamento intensivo verso il trattamento standard di gravide affette da GDM lieve: in ambedue gli studi il trattamento intensivo ha determinato una riduzione della frequenza di macrosomia e di preeclampsia.



2. Un altro problema che il Panel ha affrontato è quello della diagnosi del diabete pre-esistente alla gravidanza e non riconosciuto prima della stessa, ma diagnosticato in corso di gravidanza, condizione at-

tualmente compresa nel GDM.

L'identificazione di queste donne è di particolare importanza perché, essendo iperglicemiche già prima della gravidanza, hanno un rischio più elevato di esiti avversi sia fetali, tra cui anche le malformazioni, che materni, e pertanto esse necessitano di un trattamento intensivo ed adeguato da instaurare il più precocemente possibile.

Alla luce quindi di tali presupposti, il 27.03.2010 è stata convocata dal Gruppo di Studio “Diabete e Gravidanza” SID-AMD, una “CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO PER RACCOMANDA-

Linee guida

ZIONI E IMPLEMENTAZIONE DELLE NUOVE LINEE GUIDA PER LO SCREENING E LA DIAGNOSI DEL DIABETE GESTAZIONALE (GDM)”.
Hanno partecipato e sottoscritto il documento i delegati di tutte le società scientifiche e professionali e gli esperti interessati alla cura e allo studio del diabete gestazionale.

Nelle tabelle successive vengono indicate pertanto le nuove indicazioni.

RACCOMANDAZIONI (1)

1) Per lo screening e la diagnosi di GDM si raccomanda di utilizzare una procedura in fase unica, così come quella adottata nell'HAPO Study.

2) La procedura in due fasi (“minicarico glucidico” + OGTT nei casi con minicarico positivo), attualmente in uso, è da considerarsi superata e pertanto non raccomandata

3) Alla prima visita in gravidanza deve essere valutata la presenza di un diabete manifesto mediante la determinazione della glicemia plasmatica a digiuno.

a) Il riscontro ripetuto in due occasioni di un valore glicemico a digiuno ≥ 126 mg/dl permette di porre diagnosi di diabete manifesto

b) La diagnosi di diabete manifesto può avvenire anche mediante l'esecuzione di una glicemia random (RPG) eseguita in qualsiasi momento della giornata. *Il riscontro di un valore glicemico ≥ 200 mg/dl permette di porre diagnosi di diabete manifesto, dopo conferma di glicemia plasmatica a digiuno maggiore di 126 mg/dl*

RACCOMANDAZIONI (2)

Le gestanti in cui viene diagnosticato il

diabete manifesto alla prima visita devono essere avviate ad un **monitoraggio metabolico intensivo**, come raccomandato per il diabete pre-gestazionale. Se il valore della **glicemia alla prima visita in gravidanza risulta ≥ 126 mg/dl e < 126 mg/dl** si pone diagnosi di **Diabete Gestazionale**. **Tutte le donne in gravidanza con glicemia a digiuno alla prima visita inferiore a 92 mg/dl e/o senza precedente diagnosi di diabete manifesto, indipendentemente dalla presenza di eventuali fattori di rischio per diabete gestazionale, devono eseguire un carico orale di glucosio (OGTT) tra la 24 e la 28 settimana di gestazione.** L'OGTT dovrà essere eseguito con **75 grammi di glucosio e prelievi venosi ai tempi 0', 60' e 120'** per la **determinazione della glicemia plasmatica**. Si pone diagnosi di GDM quando uno o più valori risultano uguali o superiori a quelli indicati nella tabella I.

Tabella I

Diagnosi di Diabete Gestazionale mediante OGTT* da eseguire alla 24a -28a settimana

Glicemia plasmatica (PG)	Valori soglia di concentrazioni di glucosio	
	mg/dl	mmol/l
a digiuno (FPG)	92	5.1
a 1-hr	180	10
a 2-hr	153	8.5

*Si raccomanda di somministrare 75 grammi di glucosio anidro sciolti in 300 ml di acqua

Linee guida

RACCOMANDAZIONI (3)

Le donne affette da diabete gestazionale dovranno **rivalutare la tolleranza glucidica mediante OGTT (2 ore dopo il carico) a distanza di 8-12 settimane dal parto.**

Il percorso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale ed il successivo monitoraggio delle donne affette sia da diabete manifesto che gestazionale, devono essere eseguiti da un team multidisciplinare che veda coinvolte le diverse figure professionali interessate, secondo protocolli di gestione condivisi. La tabella II riassume le strategie proposte per la diagnosi delle condizioni di iperglicemia in gravidanza.

Tabella II

STRATEGIE PROPOSTE PER LA DIAGNOSI DELLE CONDIZIONI DI IPERGLICEMIA IN GRAVIDANZA

Prima Visita in Gravidanza
Valutare FPG o RPG
Se i risultati indicano la presenza di diabete manifesto: <i>Trattamento e follow -up come per diabete pre gestazionale</i>
Se i risultati non indicano un diabete manifesto, ma FPG ≥ 92 e < 126 mg/dl: <i>si pone diagnosi di diabete gestazionale</i>
FPG < 92 mg/dl: <i>eseguire OGTT tra 24-28 settimana</i>
24 - 28 Settimana di Gestazione
OGTT con 75 grammi di glucosio in tutte le donne non precedentemente diagnosticate come GDM o diabete manifesto nel corso dell'attuale gravidanza
Si pone diagnosi di:
a. GDM se 1 o più valori sono uguali o superiori a quelli soglia
b. Normale tolleranza glucidica, se tutti i valori dell'OGTT sono inferiori a quelli soglia

BIBLIOGRAFIA:

1: Moss JR, Crowther CA, Hiller JE, Willson KJ, Robinson JS; Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women Group. Costs and consequences of treatment for mild gestational diabetes mellitus - evaluation from the ACHOIS randomised trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007 Oct 28;7:27.

2: Landon MB, Spong CY, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM, Casey B, Wapner RJ, Varner MW, Rouse DJ, Thorp JM Jr, Sciscione A, Catalano P, Harper M, Saade G, Lain KY, Sorokin Y, Peaceman AM, Tolosa JE, Anderson GB; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med*. 2009 Oct 1;361(14):1339-48.

3: Hadar E, Oats J, Hod M. Towards new diagnostic criteria for diagnosing GDM: the HAPO study. *J Perinat Med*. 2009;37(5):447-9. Review.

Ho letto per voi

Collegli che scrivono: “ La radiologia in Umbria” Paolo Latini

Tiziano Scarponi

Il professor Paolo Latini non ha certo bisogno di presentazioni: la maggior parte degli iscritti a questo Ordine lo ha avuto come proprio docente e collega e può essere giustamente annoverato fra coloro che hanno “fatto la storia” del policlinico di Montelucente.

La sua opera: “ La Radiologia in Umbria” è, come mi ha detto, il risultato di circa quattro anni di lavoro. Un lavoro intenso, paziente e scrupoloso, frutto di una ricerca capillare su documenti e sulle testimonianze dirette di coloro che come il professor Latini hanno condiviso quel periodo che ha visto la crescita e lo sviluppo dell'Ospedale perugino. “... Abbiamo la consapevolezza che la Storia è il tentativo della ricerca di avvicinarsi quanto più possibile alla verità; il riferimento dei ricordi personali ed il risultato degli eventi e dei fatti, si devono basare su una onestà intellettuale per raggiungere l'obiettivo della verità storica. La funzione della storia è quella di ricordare perché il futuro possa essere migliore. Né d'altra parte la nostra intenzione è quella di realizzare una cronaca, cioè una semplice narrazione ed enumerazione di avvenimenti nella loro successione cronologica.....”.

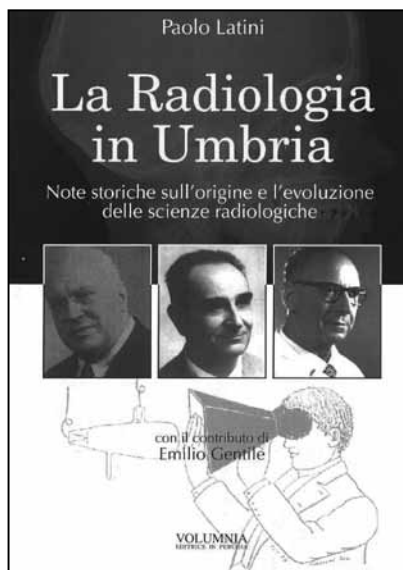
Ho ritenuto opportuno riprendere in maniera integrale questa considerazione contenuta nel libro, perché esprime be-

ne l'impostazione e la “filosofia” che anima tutto il volume.

Molto interessante e probabilmente sconosciuta alla maggioranza di noi tutti, la figura di Enrico Salvioni, professore di Fisica presso l'Università di Perugia, che nella seduta scientifica del 6 febbraio 1896 all'Accademia Medico-Chirurgica del nostro ateneo ha present-

tato una comunicazione dal titolo: “ Studi sui raggi di Rontgen”. In questa occasione espone le proprie ricerche personali mostrando alcune “fotografie” effettuate con il metodo Rontgen in cui è possibile vedere le ossa della propria mano e, sempre nella stessa seduta, ha presentato uno strumento di sua invenzione: il criptoscopio, precursore del fluoroscopio. Il professor Latini, nella sua prefazione, sottolinea il fatto che nel Museo Internazionale di

Radiologia del Military Hospital Queen Astrid a Bruxelles il fisico Enrico Salvioni viene citato subito dopo W.C. Roentgen e immediatamente prima di T.A. Edison. Dopo aver illustrato i pionieri della fisica e della medicina della radioattività con le sue implicazioni, il Professore ripercorre tutta la storia della radiologia umbra citando nomi e fonti, riproducendo anche foto che oramai hanno il valore di foto d'epoca: il primo gabinetto di radiodiagnostica dell'Ospedale di via del-



Ho letto per voi

le Pesceria, l'XI Congresso Italiano di Radiologia tenutosi alla Sala dei Notari di Perugia nel settembre del '34 ed altre ancora. Niente viene tralasciato. Si parte dalla storia della Radiologia universitaria ed ospedaliera perugina sia diagnostica che terapeutica, si prosegue con quella dell'alta valle del Tevere alla Conca Ternana: Bruno Bellucci, Eugenio Milani, Adamo Grilli, Mario Bellucci, Aligi Fiumicelli, Gatano Caprino e tanti altri nomi, che di fatto "sono" la Storia della radiologia umbra ed anche italiana, vengono ricordati nella loro dimensione scientifica ed umana. Tutti coloro che hanno avuto un qualsiasi ruolo nel mondo radiologico della nostra regione sono citati: dal primario più illustre al bidello di istituto, dal 1913 anno in cui il vecchio Ospedale di via della Pesceria venne dotato del primo apparecchio radiologico sino ai giorni

nostri. Non vengono trascurati nemmeno gli studi specialistici privati. E' comunque quando parla dell'Ospedale di Monteluca, della Radioterapia nel suo inizio come "Consorzio Provinciale per la diagnosi e cura dei tumori maligni", nella sua evoluzione come strutture complesse di Radioterapia Oncologica che il professor Latini dismette il camice da clinico per rimanere nei panni di uomo..... con i suoi ricordi, la sua nostalgia ed il suo attaccamento ai nomi, alle circostanze che hanno reso grande "Monteluca" troppo frettolosamente chiuso, senza rispetto del suo ruolo storico come Lui stesso mi ha detto. Mi preme sottolineare come tale volume sia stato realizzato con il contributo del dottor Emilio Gentile e che il ricavato della sua vendita andrà a favore della Associazione Umbra per la ricerca ed assistenza in Radioterapia Oncologica.

VI GUARDO

Vi guardo, appollaiata sui gradini del tempo,
vi guardo correre
e prendo fiato
perché sento il vostro fiato farsi corto e concitato.
Vi guardo ignorarvi
ma non riesco ad ignorarvi
e soffro della vostra indifferenza
vi guardo sfuggirvi
fra amici, amanti, genitori e figli
e vorrei aiutarvi,
porgervi un sorriso.
Vi guardo incapaci di piangere
e sento le lacrime scorrere sul volto,
lungo le rughe della tristezza.
Vi guardo litigare, alzare la voce
e vorrei stendere un velo di silenzio
nel blu di una notte estiva,
distesa su un prato,
immersa nelle stelle.
Vi guardo vivere senza pensare
e penso che questo non è vivere,
però vi guardo.

IL PICCIONE

Ti ho visto lì,
solo,
alla ricerca degli ultimi tiepidi raggi
di un sole invernale.
Rannicchiato fra le tue piume,
lo sguardo rassegnato
di chi sa che l'ineluttabile
avverrà.
Nessuno stridore,
nessun perché,
solo, ti giri da un lato e dall'altro
a cercare il calore.
Non c'è nessuno dei tuoi compagni,
né lo pretendi.
E cerchi il calore del sole.
Così ho capito
Quanto sono viva, quanta energia ho,
quanta ne posso donare.
Perché comunque mi rimane
la forza motrice dell'amore.

A.S.

Polizza Sanitaria, nonostante tutto continuiamo insieme

di Eolo Parodi

Il 31 maggio di quest'anno scade la polizza sanitaria per il rimborso delle spese degli interventi chirurgici effettuati in strutture sanitarie private e al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale. Questa Convenzione voluta dall'Enpam a significare la possibilità di avere un servizio spesso più rapido e sicuramente per molti aspetti migliorativo nei confronti di chi deve essere ricoverato per un intervento chirurgico e con l'intento di offrire una scelta e un più diretto contatto nel rapporto con i chirurghi curanti oltre ad una migliore collocazione di tipo alberghiero, ha avuto dall'anno 2000, data del primo contratto, una evoluzione

positiva nel tempo, per i continui miglioramenti normativi e per l'ampliamento delle garanzie, ma anche di preoccupazione per l'insostenibilità negli ultimi anni dei costi da parte della Compagnia Generali che ha dovuto disdettare la Convenzione a termini di Legge.

Siamo riusciti a mantenere questa Con-

venzione con un'altra Compagnia, Unisalute, accettando un aumento dei premi e una limitazione dei massimi rimborsabili per i diversi tipi di interventi, i cosiddetti *tetti di rimborso*.

Siamo però anche riusciti ad introdurre

una diaria per l'evento malattia mai prima compreso nelle garanzie.

Questa Polizza identificata negli iscritti come Polizza Enpam ha avuto motivo di notevole gradimento nei primi anni e un po' meno in questi ultimi due anni.

Sono evidenti questi aspetti quando si pensi ai bassi premi e alle estese garanzie iniziali contro l'aumento

dei premi dovuto alle esigenze del mercato assicurativo che non può sopportare certi livelli di perdite economiche.

Quando ci è stato comunicato che la Compagnia Generali aveva posto formale disdetta per l'anno successivo della polizza in atto ho avuto personale preoccupazio-



ne che chi si era assicurato tramite l'Ente, rinunciando a quella personale molto più costosa, venisse a trovarsi in difficoltà per avere perso una continuità assicurativa che gli consentiva il riconoscimento del rimborso delle spese sostenute per patologie pregresse che invece gli sarebbe stato precluso a partire dalla sottoscrizione di una polizza nuova.

E' stata mia ferma volontà quindi che a chi avrebbe inteso sottoscrivere una nuova polizza fosse garantita una continuità con la precedente. E così è stato.

Ho pertanto sottoscritto una Convenzione che tutelasse al meglio gli iscritti che ci hanno di fatto delegato a continuare. Ma occorre anche far presente che nella gestione della polizza in questi anni si sono fatte preziose esperienze che ci fanno sentire in grado di ribaltare il modo di trattare e di acquisire una valida assicurazione.

Non vogliamo più impostare delle trattative su bozze presentate dalle Compagnie ma vogliamo essere noi a presentare un progetto sul quale ci vengano date risposte per costi e garanzie.

Questo progetto, si ribadisce, non può prescindere dalla continuità dei diritti assicurativi a partire dalla data di primo ingresso della Convenzione, dal contenimento dei costi relativi ai premi, dalla validità economica dei richiamati *tetti di rimborso*, dall'allargamento della possibilità dell'assistenza diretta a numerosi Istituti di prestigio.

Senza dimenticare, poi, la necessità di una campagna di informazione valida e chiara a ciascun nucleo iscritto mediante una *tessera card* di iscrizione e un elenco dei centri convenzionati per l'assistenza

diretta e i moduli per farvi ricorso, oltre a recapiti telefonici disponibili e operativi per l'intera giornata.

Su questa progettualità che ho indicato il Consiglio di Amministrazione ha deliberato di prorogare la scadenza della attuale polizza al 31 dicembre 2010 per consentire di concludere il progetto che presenteremo al fine di avere risposte dai soggetti interessati ad ottenere questa nuova nostra proposta di Convenzione che migliorerà in modo significativo i vantaggi per i medici sottoscrittori.

Verrà quindi inviato a ciascuno degli attuali iscritti il modulo di pagamento del premio relativo al periodo di prolungamento al 31 dicembre 2010 di questa attuale polizza e vi invito calorosamente ad accettare questa proroga perché così verranno mantenuti i diritti acquisiti che brevemente vi rammento: continuità di garanzie per la patologia preesistente, nessuna limitazione di iscrizione relativa all'età degli assicurati e netto contenimento dei premi rispetto a quelli richiesti nel mercato assicurativo per similari polizze personali.

Nel contempo si avrà sufficiente tempo per portare a termine il progetto migliorativo sinteticamente anticipato. Mi sento personalmente gratificato per l'impegno speso per aver inteso dare la mia attenzione alla grande famiglia dei medici che si chiama Enpam.

Devo infine, ancora una volta, ringraziare il prof. Aurelio Grasso che, con molta professionalità e tantissima pazienza, risponde puntualmente alla delega che gli ho conferito. In questo numero del giornale (4/2010) raccomando la lettura di un suo articolo sulla polizza sanitaria, molto importante per tutti voi.

Dal territorio

Qualità delle cure primarie: l'esperienza delle équipe territoriali nella USL n. 2 dell'Umbria.

Carla Cicioni*

L'esperienza dello sviluppo delle équipe territoriali condotta dal 2004 al 2008 nella USL n. 2 dell'Umbria è entrata a pieno titolo fra le dieci migliori pratiche che garantiscono lo sviluppo dei servizi territoriali. E' questo il risultato della partecipazione ad un progetto di ricerca condotto dalla Università Bocconi di Milano. E' sempre motivo di soddisfazione vedere che la Sanità "nostrana" si fa onore e raggiunge i primi posti nella graduatoria nazionale. Dall'articolo della dottoressa Carla Cicioni apprendiamo come l'esperienza delle équipe territoriali condotta dal 2004 al 2008 nella USL n. 2 dell'Umbria sia stata inserita fra le dieci migliori pratiche che garantiscono lo sviluppo dei servizi territoriali, secondo una ricerca condotta dall'Università Bocconi di Milano, ed abbiamo anche un resoconto dettagliato sulle attività di tali équipe. Sono dell'opinione che tale risultato sia la migliore risposta a tutti coloro che ancora hanno dubbi sulla utilità di tale esperienza e che possa farci capire come quelle riunioni apparentemente "inconcludenti" abbiano di fatto permesso di stabilire degli obiettivi comuni, di rendere più omogenei i nostri comportamenti. Ma al di là dei numeri il merito più grande dell'esperienza "équipe territoriale" è stato quello soprattutto di farci conoscere meglio, di farci superare quella "diffidenza", quasi genetica, nei confronti della Asl in senso generale e fra di noi, premessa indispensabile, quest'ultima, per qualsiasi tentativo di clinical governance o sperimentazione. L'esperienza di sviluppo delle équipe territoriali condotta dal 2004 al 2008 nella USL n. 2 dell'Umbria è entrata a pie-

no titolo fra le dieci migliori pratiche che garantiscono lo sviluppo dei servizi territoriali. E' questo il risultato della partecipazione ad un progetto di ricerca condotto dalla Università Bocconi di Milano. La USL 2 ha aderito ad un progetto di ricerca promosso dalla CARD, Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto, ed attuato dall'Università Bocconi che prevedeva, a partire dalla presentazione di esperienze progettuali già attuate, la selezione delle dieci "migliori pratiche" per procedere ad una analisi comparativa delle esperienze allo scopo di evidenziare quali sono i fattori di successo e di promozione del cambiamento. Come è noto in Umbria le équipe territoriali sono state istituite nell'area della assistenza primaria e della continuità assistenziale, con la DGR n. 456 del 17/4/2002 di recepimento della trattativa regionale decentrata, relativa al DPR 270 del 2000. Tutte le Aziende Sanitarie Locali umbre hanno deliberato la costituzione delle équipe per l'assistenza primaria e per la continuità assistenziale entro la fine del 2002.

L'esperienza sottoposta al vaglio della Università Bocconi è quella specifica condotta dall'inizio del 2004 quando nella USL 2 si decide di "puntare" sulle équipe come ambito professionale nel quale mettere in atto iniziative di clinical governance integrando una categoria professionale ancora poco inserita rispetto alla programmazione della azienda sanitaria, con la finalità di garantire qualità e appropriatezza nelle cure primarie attraverso la condivisione nel gruppo dei

*Direttore del Distretto di Assisi

Dal territorio

mmg, ed il confronto e la comunicazione fra mmg, specialisti e nodi gestionali ed organizzativi.

Le fasi del processo sono state essenzialmente due:

Nel periodo 2004-2006 l'obiettivo è stato il CONSOLIDAMENTO DELLE EQUIPE TERRITORIALI E LA SPERIMENTAZIONE DELLA EQUIPE COME STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE, che è stato perseguito attraverso:

- Adozione di Regolamenti aziendali che hanno definito il ruolo dei coordinatori delle equipe territoriali e lo hanno incardinato nell'assetto organizzativo della azienda (comitato di distretto, esame delle richieste di ADI e ADP, commissione per le verifiche sugli ambulatori dei mmg) e dei Responsabili dei Centri di Salute
- Allineamento degli Obiettivi di Budget del Distretto e di Centro di Salute con gli Obiettivi incentivanti definiti con la trattativa aziendale per la medicina generale
- Formazione effettuata all'interno delle equipe territoriali sullo strumento dell'Audit, sperimentazione di una esperienza di audit in ciascuna equipe
- Elaborazione di Linee guida aziendali
- Riunioni di condivisione con tutte le equipe
- Riunioni di discussione e confronto all'interno di ciascuna equipe

Nel periodo 2007 - 2008 l'obiettivo è stato: la GESTIONE CONDIVISA ED INTEGRATA PER LE AZIONI DI PREVENZIONE, LA CURA DI PATOLOGIE CRONICHE, L'UTILIZZO OTTIMALE DELLE RISORSE, attraverso

- Mantenimento dell'allineamento degli Obiettivi di Budget del Distretto con gli Obiettivi incentivanti definiti con la trattativa aziendale per la medicina generale
- Sviluppo di un sistema informativo integrato (portale della medicina generale, informatizzazione del servizio di CA, programma per i pazienti in terapia anticoagulante orale) per la condivisione e lo scambio di informazioni fra soggetti diversi

- Programmazione annuale della attività di ciascuna equipe condivisa dal coordinatore con il responsabile del Centro di Salute

- Iniziative di formazione per tutti i medici di medicina generale
- Utilizzazione dell'audit all'interno di alcune equipe
- Gruppi di lavoro aziendali per la stesura dei RAO cui hanno partecipato mmg e successive riunioni di condivisione con tutte le equipe
- Riunioni di discussione e confronto all'interno di ciascuna equipe
- Focus group per le cure palliative domiciliari in alcune equipe

Nell'insieme il processo è stato monitorato attraverso.

- il sistema di valutazione di budget dei distretti e dei Centri di Salute con un documento finale di valutazione annuale
- il sistema di valutazione annuale sul raggiungimento degli obiettivi incentivanti per i mmg
- il report annuale sui Consumi di Prestazioni Sanitarie (Rages) a partire dal secondo semestre 2004
- la relazione annuale di attività della USL2

Gli Obiettivi e gli indicatori correlati hanno riguardato

- Spesa Farmaceutica totale, pro-capite e per categorie di farmaci
- Copertura vaccinale per influenza negli anziani
- Adesione ai RAO da parte dei MMG
- Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche soggette a monitoraggio
- Adesione al progetto per RCVG da parte dei MMG
- Adesione al I e al II livello per screening colon-retto
- Adesione agli screening della mammella e della cervice uterina
- Utilizzazione del portale della mmg
- Gestione da parte dei MMG dei p.ti

Dal territorio

in TAO

- Informatizzazione della attività di CA
- Copertura della popolazione con interventi di cure domiciliari

I parametri relativi ai ricoveri sono stati tenuti sotto controllo ma non inseriti negli obiettivi in quanto non critici.

Alla fine del 2008 i risultati ottenuti possono essere così riassunti:

- Lavoro delle equipe territoriali strutturato per programma annuale

- Buon controllo della spesa farmaceutica totale e pro-capite, buona adesione dei mmg agli obiettivi di controllo della spesa farmaceutica, utilizzo

di farmaci generici o equivalenti, contenimento dell'utilizzo dei farmaci antagonisti dell'angiotensina II

- Buona adesione dei medici di medicina generale alla metodologia dei raggruppamenti omogenei di attesa per il doppler dei tronchi epiaortici e della mammografia non di screening

- Discreto rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni soggette a monitoraggio

- Discreta copertura per gli screening consolidati della mammella e della cervice uterina.

- Discreta copertura per lo screening del colon-retto al termine del I round e buona adesione al II livello di screening

- Buona copertura della popolazione anziana rispetto alla vaccinazione antiinfluenzale

- Discreta adesione dei mmg alla raccolta ed utilizzazione sistematica di dati ne-

cessari a gestire un intervento di prevenzione secondaria d'iniziativa relativa al RCVG nei soggetti diabetici ed ipertesi

- Buona adesione dei mmg all'utilizzo del portale della medicina generale per la registrazione della vaccinazione antiinfluenzale e per l'invio dei dati sul RCVG
- Avvio del collegamento informatico fra medici di assistenza primaria e servizio di continuità assistenziale



- Gestione diretta (integrata con i servizi specialistici) dei pazienti in TAO da parte di alcuni medici di medicina generale con utilizzazione condivisa (servizi aziendali, mmg) del programma AN-THEMA di archiviazione e gestione dei

dati

- Buona copertura della popolazione con interventi di cure domiciliari
- Buon controllo della spedalizzazione

Le azioni di sviluppo nel 2009-2010 riguardano:

- estensione degli esami specialistici con metodologia RAO

- estensione della gestione diretta dei pazienti in TAO da parte dei mmg

- inserimento negli obiettivi incentivanti per la medicina generale di parametri di buon controllo clinico dei pazienti diabetici in carico e di gestione diretta degli assistiti diabetici

- estensione dell'utilizzo del portale della medicina generale

- consolidamento e miglioramento dei risultati già raggiunti.

Libertà e anarchia

Antonio Panti
Presidente OMCeO Firenze

I medici, almeno quelli meno giovani, fanno un gran parlare della libertà di cura e rimpiangono i tempi passati quando l'indipendenza era, almeno nel ricordo, assoluta e nessuno osava interferire con le scelte del medico. Ancora più o meno così, ma non v'è dubbio che la necessità di controllare la spesa, di avere dati di governo e l'obbligo di rendere conto dei risultati delle cure incidono su questa indipendenza, pretesa o presunta che sia, limitandola e condizionando le decisioni anche al letto del malato. La spesa farmaceutica il settore dell'attività medica in cui il vincolo esterno più incisivo e le motivazioni deontologiche dell'uso attento delle risorse sono mal comprese o peggio tollerate. Chi è l'unico professionista, sostengono i medici, che sappia applicare i trials alla peculiarità del singolo caso, chi sa conquistare la compliance del paziente, chi sa esercitare l'arte medica all'interno della scienza biologica? Non sono ragioni dappoco. Nella sanità, come in tutte le imprese sociali, occorre per far coincidere le istanze individuali (la libertà) con quelle di tutti (la libertà che non danneggia nessuno, anzi va a vantaggio di tutti). Questo contrasto quotidiano e, se non si risolve all'interno della medicina, non resta che attendersi qualche ulteriore vincolo alla tanto agognata libertà. Da professionista libero a impiegato di concetto il passo breve; percorrerlo dipende dalla consapevolezza dei medici. Incontro un vecchio paziente che mi chiede consiglio; ha da poco superato i sessanta, anamnesi personale muta ma una storia familiare di patologie cardiovascolari, il solito colesterolo un po' fuori linea. Il suo medico prescrive ASA, statine generiche (20 mg/die), un ACE-inibitore (modesta ipertensione). Ma si tratta

di una persona apprensiva che non rinuncia a una seconda opinione qualificata, presso un centro universitario toscano. Ne esce con la sostituzione della statina generica con atorvastatina (40 mg/die) più omeprazolo (40 mg/die). La torvastatina ha indicazioni di nicchia e in prevenzione primaria nessuna evidenza in più rispetto alla sinvastatina; inoltre il paziente ha un ottimo stomaco. Sorpreso dai cambiamenti che, da persona colta, valuta poco ragionevoli, mi chiede consiglio. Che dire? La differenza di costo tra le due terapie è di Euro 1,56 al giorno. Se questa scelta si estendesse ai circa 200.000 pazienti che, più o meno, in Toscana sono in quelle condizioni, la maggiore spesa ascenderebbe a circa 114 milioni di Euro all'anno. Coi quali si fanno molte cose per il progresso dell'assistenza. Le risorse scarseggeranno sempre e forse un giorno un gruppo di veri esperti al timone della Sanità potrebbe assumere decisioni inaspettate per i medici. Molti economisti ritengono prossimo il tempo in cui i governi dovranno scegliere se favorire la industria chimica o altri investimenti. In quest'epoca, non così lontana, i medici sapranno autogestirsi o le linee guida, trasformate in decisioni dello Stato, diventeranno obbligatorie? Oggi, in questi casi, non ci si spinge oltre la pressione morale, ma in futuro sarà sempre così? E fin d'ora non sarebbe opportuna una maggiore condivisione delle decisioni? La libertà senza autocontrollo appartiene al medico o al mercato o è comunque dannosa? Vale anche in tempi di vacche magre? Forse la vera libertà risiede nella capacità di superare i conflitti di interesse per perseguire i migliori risultati per i pazienti in un equilibrio tra appropriatezza e sostenibilità.

(da Toscana Medica)

COLLEGHI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI

Dott.ssa CERQUAGLIA Claudia

Specialista in MEDICINA INTERNA
PERUGIA - Via A. Vecchi 173
Medicina Generale - Medicina Specialistica
e-mail: cercl@libero.it
Tel. 07540426 - Cell. 3498131883

Dott.ssa CACIONI Maria Felicità

Specialista in CARDIOLOGIA
INDIRIZZO: Via Assisi 16, Sant'Egidio
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: mariafelicità85@hotmail.it
Tel. 0756929234 - Cell. 3477299462

Dott. BURANI Paola

Specialista in MEDICINA DELLO SPORT
INDIRIZZO: PERUGIA - Via Elidio Giulietti 9
SOSTITUZIONI: Med. Generale - Pediatria
e-mail: paolaburani@libero.it
Cell. 3474111735

Dott.ssa LELI Ilaria

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Fausto Luciani, 80
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: leli.ilaria@tele2.it
Tel. 0744431351 - Cell. 3492109989

Dott.ssa ACANFORA Marta Maddalena

INDIRIZZO: PERUGIA - Str. Montebagnolo, 8
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: maddie.83@tiscali.it
Cell. 3407815340

Dott.ssa FIENGO Stefania

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Deliziosa, 4
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: stefaniaeffe@live.it
Cell. 3285733743

Dott.ssa BUCARI Giulia

INDIRIZZO: GUALDO TADINO - Via Don Bosc, snc
SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria
e-mail: giuliabucari@hotmail.it
Tel./Fax 075910358 - Cell. 3332660317

Dott.ssa ROSABELLA Beatrice

INDIRIZZO: Costano - Via Giovanni Amendola, 27
SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria
e-mail: mabe.s@libero.it
Tel. 0758005390 - Fax 0758019774
Cell. 3334502067

Dott. PICCHIONI GIANNI

Spec. in Scienze dell'Alimentazione
INDIRIZZO: PERUGIA - Lgo Cacciatori delle Alpi, 5
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: ginky.p13@libero.it
Tel. 075/5728139 - Cell. 3407514619

Dott.ssa FERRARI Lorenza

Specialista in MEDICINA DEL LAVORO
INDIRIZZO: CORCIANO - VIA E. PETRI, 6
SOSTITUZIONI: Med. Generale - Medicina Specialistica
e-mail: farly74@yahoo.it
Cell. 3303406772

Dott.ssa CICONI Valentina

Spec. in MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
Attestato FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
INDIRIZZO: PERUGIA - Via Martiri dei Lager 94
SOSTITUZIONI: Med. Gen. - Pediatria - Med. Specialist.
e-mail: vciconi@libero.it
Tel. 075/5053112 - Cell. 3404072149

Dott.ssa PALLADINO Francesca

Specialista in UROLOGIA ed ANDROLOGIA
INDIRIZZO: GUALDO TADINO - Via Di Lentiore, 9
SOSTITUZIONI: Med. Generale - Med. Specialistica
e-mail: francescapall@libero.it
Cell. 3349074120

Dott.ssa PIERI Elisabetta

INDIRIZZO: GUBBIO - Via Bruno Buozzi 8
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: pieri.elisabetta@libero.it
Tel. 075/9273522 - Cell. 3479855797

Dott. GALLO Salvatore Davide

INDIRIZZO: PERUGIA - Via del Canerino 6
SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria
e-mail: davide_gallo_@hotmail.com
Cell. 3385796199

Dott.ssa ROSMINI Marica

Specialista in ANESTESIA e RIANIMAZIONE
INDIRIZZO: PERUGIA - Via F. Gualtieri 24b/6
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: mrosimini@hotmail.it
Cell. 3358214390 - Cell. 3922335392

Dott. GENTILI Lorenzo

Specialista in ORTOPEDIA
INDIRIZZO: PANICALE-PERUGIA - Via Tavernelle 45
SOSTITUZIONI: Medicina Specialistica
e-mail: gentili@ngi.it
Tel. 075833303 - Cell. 3477105455

Dott. CICCONE Vincenzo

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Del Macello 61
SOSTITUZIONI: Medicina Specialistica
e-mail: dott.enzo81@libero.it
Tel. 0755010268 - Cell. 3394038002 - 3296630494

Dott.ssa FONTANA Francesca

INDIRIZZO: PERUGIA - Via A. Vecchi, 95
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: dottfrancescafontana@virgilio.it
Tel. 07541173 - Cell. 3398142029

Dott.ssa GARGAGLIA Emanuela

Specialista in Medicina del Lavoro
INDIRIZZO: Loc. Villa Pitignano (PG)
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: emanuela.gargaglia@pec.it
Cell. 3473158274

Dott.ssa BRAMBILLA Deborah Maria

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Soriano 215
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: deborah.brambilla@gmail.com
Cell. 3470651809

Dott.ssa MANCINO Samanta

INDIRIZZO: PONTE FELCINO (PG) - Str. S. Felicissimo 5H
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: samanda.m@libero.it
Cell. 3331947818

Dott.ssa POPOVIC Jovana

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Benedetta 42
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: jovanapopovic@yahoo.com
Cell. 3803459404

Dott. MASTRODICASA Francesco

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Mastrodicasa 34
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: framas77@hotmail.com
Tel. 0758012683 - Cell. 3923690995

Dott.ssa CARELLI Alessia

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Bonaventura Tecchi 28
SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria
e-mail: alessia.carelli@yahoo.it
Cell. 3207621875 - Cell. 3495944262

Dott.ssa DURANTI Simona

INDIRIZZO: PERUGIA - Via San Benedetto 59
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: durantisimona@virgilio.it
Tel. 0743260090 - Cell. 3406837454

Dott.ssa BIADETTI Alessandra

INDIRIZZO: UMBERTIDE - VIA Madonna del Moro 3
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: alessandra.biadetti@hotmail.it
Tel. 0759420330 - Cell. 3286637252

Dott. LOMBARDO Francesco

INDIRIZZO: PERUGIA - Corso Cavour 53
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: ciccipro.it@libero.it
Tel. 0753720242 - Cell. 3206560391

Dott.ssa PANFILI Elisa

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Campo di Marte 14
SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria
e-mail: elisa.panfili@alice.it
Tel. 0759274771 - Fax 0759277255
Cell. 3208253584 - Cell. 3403307607

Dott. MARINO Pier Giuseppe

INDIRIZZO: PERUGIA - Via Lancellotti 14
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: joseph.marino@tiscali.it
Cell. 3471502142

Dott.ssa SALVINI Eleonora

INDIRIZZO: GIANO DELL'UMBRIA (PG) - Voc. S. Cristoforo 13A
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: eleonora.salvini1983@libero.it
Cell. 3337627668

Dott. MASHADI MIRZA Riccardo

INDIRIZZO: CITTA' DI CASTELLO (PG) - Via Ferrer 27
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: rmmonline@libero.it
Tel. 0758556532 - Cell. 3204922940

Dott.ssa NICITA Francesca Matilde

INDIRIZZO: CORCIANO (PG) - Via Paolo Borsellino 6
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: francescanicita@libero.it
Cell. 3208693439

Dott. PIERONI Alessio

INDIRIZZO: Città di Castello (PG) - Via S. Agnese 42
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: pieronialessio@tiscali.it
Tel. 0758578246 - Cell. 3920496655

Dott.ssa DEMGNE NZIKO JOSEPHINE

INDIRIZZO: Strada Cenerente-Colle Umberto 9H/16
SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria
e-mail: denzijo@yahoo.it
Cell. 349-6304581

Dott.ssa PAUSELLI Francesca

INDIRIZZO: Perugia - Strada Ponte D'oddi 66 bis 2
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: francesca.pauselli@yahoo.it
Cell. 3496136780 - Cell. 3496136780

Dott. GUARINO Carlo Maria

Iscritto all'Ordine di Brindisi
INDIRIZZO: Francavilla Fontana (Br)
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: carlomguarino@yahoo.it
Cell. 3475508870

Dott.ssa CAMPUS Giulia Maria

INDIRIZZO: Perugia - Via Campo di Marte
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: gmcampus@hotmail.it
Tel. 0755001431 - Cell. 3204431030

Dott. MAZZEO CICHETTI Luciano

Iscritto all'Ordine di Potenza
INDIRIZZO: Perugia - Via D'Andreotto 19/f
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: luciano.lmc@me.com
Cell. 3477575581

Dott. RENDE Rocco

INDIRIZZO: Perugia - Via C.Colombo 4
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: roccorende@libero.it
Cell. 3479558779

Dott. CERAFISCHI Claudio

INDIRIZZO: Gubbio - Via Fratelli Cervi 34
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: claudio.cerafischi@libero.it
Cell. 3391692961

Dott.ssa POMILI Beatrice

INDIRIZZO: Perugia - Via Birago 57
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: beatrice.pomili@gmail.com
Tel. 0755001662 - Cell. 3335986627

Dott.ssa INGAROZZA Maria Antonietta

Iscritta all'Ordine di Crotone
INDIRIZZO: ROCCA DI NETO (KR) Via Cavour 28
SOSTITUZIONI: Medicina Generale
e-mail: maingarozza@libero.it
Tel. 096284433 - Cell. 3204549409

**ORARI ESTIVI DEGLI UFFICI
DELL'ORDINE**

Dal Lunedì' al Venerdì' 9.30 - 13.30

Sabato 9.00 – 12.00

Chiusura completa dal 9 al 14 agosto 2010