



# Bollettino

02  
2013

**ORDINE DEI MEDICI**

**CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 02/2013**



Città di Castello (Pg)

## indice

**IL BURNOUT  
DEL MEDICO**

*pagina 3*

**APPROPOSITO  
DI RAPPORTI FRA  
COLLEGHI**

*pagina 6*

**NOVITA' LEGI-  
SLATIVE IN TEMA  
DI RESPONSABILITA'  
MEDICA**

*pagina 8*

**COME LA MENTE  
MODIFICA IL  
CERVELLO**

*pagina 11*

**MEDICINA  
TECNOLOGICA  
O MEDICINA  
CLINICA**

*pagina 14*

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 02/2013

## Sommario

IL BURNOUT DEL MEDICO	3
APPROPOSITO DI RAPPORTI TRA COLLEGHI	6
NOVITA' LEGISLATIVE IN TEMA DI RESPONSABILITA' MEDICA	8
COME LA MENTE MODIFICA IL CERVELLO	11
MEDICINA TECNOLOGICA O MEDICINA CLINICA?	14
IL MEDICO SI AGGIORNA	16
LA MIA ESPERIENZA NELLA SANITA' DI INIZIATIVA	17
COSA FRENA IL RIORDINO E LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO?	19
PICCOLO GLOSSARIO PER UNA MIGLIORE COMUNICA- ZIONE TRA MMG E SPECIALISTA NEFROLOGO	21
IVA: I CERTIFICATI PER LA PATENTE E PER IL PORTO D'ARMI SONO ESENTI	26
RINVIATO AL 15 AGOSTO 2014 L'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE R.C. PROFESSIONALE	27
PROGETTO CONVENZIONALE SERVIZI E TUTELA LEGALE	28
TERZIETA': È UN OBIETTIVO? È PRATICABILE?	31
VITTORIO TRANCANELLI	32
PROVIAMO A COSTRUIRE L'AGENDA PER GLI EVENTI ECM	32
SENTENZA CORTE DI CASSAZIONE - ESERCIZIO	
ABUSIVO DELLA PROFESSIONE MEDICA.	33
PUBBLICITA' SANITARIA	36
ENPAM - I CONTI SONO A POSTO	38
ENPAM 2013	
LA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI	47

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*

### Norme redazionali

Si invitano i Colleghi 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:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico. 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

Dott. Valerio Sgrella

#### Tesoriere

Dott. Antonio Montanari  
(Consigliere Odontoiatra)

#### Segretario

Dott. Stefano Lentini

Consiglieri

Prof. Fortunato Berardi

Dott.ssa Patrizia Bodo

Dott. Stefano Caraffini

Dott. Stefano Cusco

Dott. Silvio D'alessandro

Dott. Andrea Donati  
(Consigliere Odontoiatra)

Prof. Cesare Fiore

Dott.ssa Alessandra Fuca

Dott. Piero Grilli

Dott. Sabatino Orsini Federici

Dott.ssa Stefania Petrelli

Dott. Tiziano Scarponi

Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

#### Membri effettivi

Dott. Gian Luigi Rosi  
(Presidente)

Dott. Giovanni Battista Genovesi

Dott. Oreste Maria Luchetti

#### Membro supplente

Dott. Primo Pensi

### COMMISSIONE ODONTOIATRI

#### Presidente

Dott. Andrea Donati

#### Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott.ssa Claudia Giannoni

Dott. Antonio Montanari

Dott. Ezio Politi

### BOLLETTINO

#### Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

#### Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

#### Comitato di redazione

Dott. Stefano Lentini

Dott. Antonio Montanari

Dott. Marco Petrella

Dott.ssa Stefania Petrelli

Prof. Fausto Santeusano

Dott. Massimo Sorbo

Dott. Antonio Tonzani

Dott. Giuseppe Quintaliani

#### Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

#### Impaginazione e stampa

Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail [presidente@ordinemediciperugia.it](mailto:presidente@ordinemediciperugia.it) - [segretario@ordinemediciperugia.it](mailto:segretario@ordinemediciperugia.it)

[uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it) - [commissioneodo@ordinemediciperugia.it](mailto:commissioneodo@ordinemediciperugia.it)

[previdenza@ordinemediciperugia.it](mailto:previdenza@ordinemediciperugia.it)

Sito Internet [www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it)



## IL BURNOUT DEL MEDICO: DALL'AIUTARE ALL'ESSERE AIUTATO

Dott. Tiziano Scarponi

Questo è il titolo di un convegno organizzato dall'Ordine dei Medici l'11 maggio u.s. a Perugia presso il teatro dell'ONAO-SI maschile. Il programma prevedeva una prima sessione dedicata agli interventi preordinati che hanno inquadrato il problema sia dal punto di vista clinico che epidemiologico, mentre la seconda parte è stata occupata da una tavola rotonda in cui i vari partecipanti, rappresentanti delle varie istituzioni hanno prospettato le possibili risposte al problema, ognuno per la propria specificità.

In questa tavola rotonda il mio intervento si è concretizzato in una lettura che molti colleghi hanno chiesto di poter avere e pertanto la propongo come editoriale.

Sta per iniziare una seduta ambulatoriale come tante. Attraverso distrattamente la sala d'aspetto salutano un gruppetto di pazienti che sarà arrivato anche da più di un'ora con la discutibile convinzione, così, di poter essere ricevuti prima degli altri e risparmiare tempo. Li guardo meglio e capisco subito che ci sarà da soffrire. C'è Maria di 88 anni con i suoi dolori alla colonna che non passano con niente. C'è Cesare che viene per sua madre in fase terminale per un'ascite carcinomatosa. C'è Giorgio, preoccupato perché la ricerca del sangue occulto nelle feci è positiva (me lo ha anticipato telefonicamente già due e tre volte) e ci sono altri....Mi siedo e inizio a stampare ricette, ma la stampante comincia a fare i capricci. Arriva uno e mi dice che ho sbagliato l'esenzione dal ticket, arriva un

altro e mi dice che non ho scritto la nota AIFA prevista per quel farmaco, un altro ancora con fare abbastanza aggressivo mi dice che al CUP gli hanno detto che dovevo applicare un codice RAO di urgenza e non l'ho fatto....si susseguono i volti, le parole, le richieste e intanto il telefono squilla...squilla.

Ho iniziato questo mio breve intervento con una narrazione, la narrazione di una classica e familiare seduta ambulatoriale e credo che molti medici si siano riconosciuti. Perché ho preferito partire da una narrazione? Perché è mia convinzione che per certi problemi, per certe situazioni, probabilmente un approccio narrativo sia più proficuo per comprendere e forse per curare. Assolutamente non vorrei essere frainteso: i numeri, le percentuali, l'EBM, la sperimentazione restano la base ed i cardini per il metodo clinico, ma qualche volta però si dovrebbe avere la consapevolezza che possono essere percorse anche altre strade, non è questione pertanto di *aut aut*, ma se mai di *et et*.

Vorrei proseguire questo mio intervento andando indietro nel tempo, molto lontano, per trovare una traccia delle origini della nostra professione agli albori della nostra cultura occidentale e precisamente nella mitologia greca.

La prima figura che incontriamo che abbia a che fare con l'attività medica è quella del centauro Chirone. Chi era Chirone? Egli era il più sapiente e il più buono dei Centauri (creature abitanti dei boschi, su cui corpi di cavallo, al posto del collo, era-

no attaccati tronchi umani) e per questo era detto anche "dalla doppia natura". In lui si riassume infatti la natura animale: il corpo e l'istinto e quella umana: la psiche, lo spirito. Da questa commistione originò il suo potere terapeutico. Tutti sappiamo come andò: venne ferito per errore da Ercole con una freccia avvelenata che gli procurò dolori e tormenti indescrivibili nonostante le cure o meglio, la propria autocura. Il mito, quindi, pone l'accento sul paradosso di un guaritore, ferito a sua volta, che non riesce a guarire se stesso, sottolineando così la grandezza ed il limite della nostra attività terapeutica. Jung da Chirone ha ripreso l'archetipo del guaritore ferito: l'archetipo racchiude in sé due polarità opposte, in Chirone infatti si compenetrano medico e paziente, guaritore e ferito. E' un grande medico poiché conosce la propria ferita che simbolicamente lo unisce al mondo dei malati. Chirone non studia la malattia dell'altro, ma la riconosce.

Da Jung passiamo a Soren Kierkegaard di cui mi preme riportare questo pensiero: *"Imparare a conoscere l'angoscia è un'avventura che ogni uomo deve affrontare se non vuole perdersi sia per non averla mai provata sia per essersi sommerso"*.

E' mai possibile per noi medici che si debbano o si possano cercare delle risposte ai nostri problemi nella mitologia, nella psicologia o nella filosofia, perché?

Tutti noi quando apriamo la porta del nostro studio o entriamo nel nostro reparto ospedaliero, sappiamo che da quel preciso istante siamo catturati da un ruolo che, più o meno inconsapevolmente, in qualche modo abbiamo scelto. Ci viene affidato un compito, anzi il compito, che da quando esiste l'uomo è sempre quello, se pure storicizzato in maniera diversa. Parafrasando le parole di Melucci, *"ci troviamo, quotidianamente, a dover trattare intrecci di corpo e anima, piccoli e grandi grovigli di dolore fisico, timori ed attese come faceva anticamente anche lo sciamano, senza però avere dello sciamano la fede nelle*

*energie profonde che governano il cosmo e il contatto sottile con l'umano che soffre e si interroga. Ridotti oramai come siamo a funzionari del sistema del welfare e nello stesso tempo terminali di un apparato scientifico-tecnologico gigantesco, di cui controlliamo appena qualche piccola area, ci troviamo a dover far fronte alla stessa domanda quotidiana che viene dagli strati più intimi della condizione umana: libera nos a malo. Ma per misurarci con l'aspettativa oramai smisurata dei pazienti che vogliono cancellare qualsiasi sofferenza e tacitare qualsiasi paura non possediamo altro che la nostra tecnica sempre più specializzata e settoriale"*.

In quanti di noi era la consapevolezza di questo ruolo quando decidemmo di iscriverci alla Facoltà di Medicina? In quanti di noi era la convinzione che solo una buona preparazione scientifica fosse sufficiente per fare il medico? Preparazione scientifica... Il problema è proprio questo: preparazione, formazione, scienza.

Tutti noi abbiamo iniziato a lavorare con un camice bianco, immacolato e sempre tutti noi pensavamo che questo camice non si sarebbe mai sporcato. Forti di una formazione fortemente riduzionista eravamo convinti che tutto fosse lineare e che la nostra competenza e professionalità dipendesse esclusivamente dalla nostra oggettività escludendo qualsiasi tentativo di soggettività: la nostra e dei nostri pazienti. Ma come è mai possibile operare, lavorare, prescindendo da noi stessi? Come è possibile prendere in considerazione solo quello che conosciamo e pertanto, come dice Galimberti, inseguire come conoscenza solo quella del significato concettuale e ignorare quella del senso esistenziale? Senza rendercene conto nella nostra cura degli altri, come mirabilmente afferma Antonia Chiara Scardicchio nel suo saggio il Medico Claudicante, ci affidiamo ad un paradigma anestetico che molto presto però si rileva insufficiente e fallace. Insufficiente e fallace perché prende in considerazione solo quello che siamo in grado

di spiegare ed esclude, con un'operazione che a suo tempo ci è stata insegnata, la storia del paziente e la nostra stessa storia e di conseguenza la relazione fra noi ed il paziente e la relazione fra la storia mia di medico con quella del paziente.

Ci siamo mai chiesti perché ad un certo punto della nostra vita abbiamo deciso di fare il medico? Ci siamo mai chiesti o domandati quale la motivazione, la finalità o il perché? E ci chiediamo mai quando una volta aperta la porta del nostro studio o entrati nel reparto del nostro ospedale e i nostri pazienti ci sbattono in faccia la loro angoscia di morte come li affrontiamo? Neanche a farlo a posta ho usato il verbo affrontare che ha un forte sapore di gergo militare. Come si relaziona la mia angoscia di morte con quella del paziente che in questo momento magari sto ascoltando, ma probabilmente non sto sentendo? Queste sono domande cui è difficile dare una risposta, ma il semplice fatto di porgersele è senza dubbio un grande passo in avanti.

L'aumentato carico burocratico, i RAO, il budget, il Web 2.0 con la conseguente consumerizzazione dei pazienti sono senza dubbio una fonte di continuo disagio. "Io se dovessi rendere conto solo al malato del mio operato non avrei nessuna difficoltà nel mio lavoro!" Questa è l'affermazione più frequente che circola nei momenti di dialogo rilassato fra colleghi, ma quanto ci rendiamo conto come queste parole abbiano il sapore della figura di medico onnipotente che basa sull'approccio lineare e paternalistico il proprio metodo e la propria epistemologia? Quanto ci rendiamo conto che questi sono sì degli elementi turbativi, ma perché in fondo in fondo turbano la nostra consuetudine di un approccio basato sulla conoscenza concettuale e nosografica, su una scienza fondata sull'astrazione, sull'incasellamento e che non tiene conto dell'analisi della complessità, delle relazioni e dei legami che ogni uomo ha con la propria storia e con tutto il mondo che lo circonda.

Ed allora cosa conviene?

Ecco pertanto che al medico diventa una condizione necessaria *"ripercorrere la propria formazione nella sua dimensione autobiografica"*, *ricostruire la propria "Autobiografia"* la propria *"Auto-Bio-Epistemologia"* per imparare a diagnosticare con un'ottica diversa, un'ottica che comprenda la storia e le relazioni dei nostri pazienti e di noi stessi.

Con questa indicazione mi riferisco a delle esperienze ben precise come quella che in questo momento è ancora in fase di rielaborazione come il progetto finanziato dalla Regione Puglia *"Comun-I-care"* coordinato dall'Università di Foggia da parte della già citata professoressa Scardicchio oppure le varie esperienze di Laura Formenti della Bicocca di Milano e tutta la letteratura sulla autobiografia partendo da Jerom Bruner, Erikson, sino ad arrivare Duccio Demetrio e altri.

L'obiettivo del ripercorrere nella dimensione autobiografica la propria formazione è quello di far sviluppare come dice Goleman *"un'intelligenza emotiva"* che consiste nel poter comprendere e gestire le proprie emozioni sviluppando così una personalità flessibile e creativa capace di adattarsi alle più diverse situazioni con autocontrollo e fiducia in se stessi. Insomma come ci adoperiamo per favorire *l'empowerment* dei nostri pazienti, dobbiamo imparare *l'empowerment* di noi stessi come curatori.

Lasciatemi, però, chiudere tornando alla mitologia, al nostro Centauro Chirone che non potendo sopportare più il dolore e la sofferenza vuole morire, ma essendo immortale in quanto semidio deve chiedere l'intervento di Zeus il quale lo accontenta scambiando la sua immortalità con quella di Prometeo.

Ma poteva un guaritore della sua portata finire così? Senza lasciare una traccia tangibile? Assolutamente no, allora viene trasformato nella costellazione di centauro e così ancora oggi qualsiasi mortale può osservarlo mentre splende nel cielo.



## Approposito di rapporti tra colleghi

Dott. Graziano Conti

*Pubblichiamo la lettera pervenuta dalla Professoressa Patrizia Mecocci, Direttore Struttura Complessa di Geriatria Azienda Ospedaliera di Perugia, relativa alla problematica dei rapporti tra medici del territorio e medici specialisti e la successiva risposta del Presidente con l'auspicio che queste riflessioni concorrano al miglioramento di un rapporto che deve necessariamente essere sereno, collaborativo e costante*

Gentili Colleghi dell'Ordine,

la presente per rendere noto il comportamento dei MMG del Sig. xy, presentatosi in data 21 Febbraio u.s. per una visita geriatrica per la valutazione del grado di disabilità.

Come specificato nel foglio di prenotazione del CUP, per essere sottoposti a tale visita è necessaria una breve relazione sullo stato di salute dell'assistito. Ciò per garantire da un lato la più corretta valutazione dello stato funzionale, dall'altra quella continuità assistenziale fra medicina del territorio e medicina specialistica ospedaliera che sola può garantire la migliore presa in carico dell'anziano fragile.

Il paziente si è presentato senza tale relazione che fra l'altro, con l'informatizzazione dei sistemi di raccolta dati, è per molti MMG facile da rilasciare.

In una nostra precedente valutazione in regime di ricovero risalente ad un anno fa emergeva una sostanziale autosufficienza del paziente che, invece, è giunto riferendo un notevole peggioramento dello stato funzionale, tale da renderlo bisognoso di assistenza. Avere notizie sui motivi di un peggioramento così marcato sarebbe stato di grande aiuto sia per l'inquadramento diagnostico che per quello funzionale.

Per tale motivo si è provveduto a contattare il MMG il quale non solo si è mostrato contrariato a questa richiesta ma anzi ha ribadito con fermezza e scarso senso di collaborazione che non aveva intenzione di rilasciare alcuna documentazione.

Mi sento quindi in dovere di segnalare quello che ritengo un atteggiamento non consono allo spirito della nostra professione, che prevede, secondo i codici etici, non solo il rispetto del reciproco lavoro ma soprattutto la ricerca della massima collaborazione fra operatori sanitari per garantire la migliore assistenza ai pazienti che a noi si affidano.

Ritengo pertanto necessario che, attraverso l'Ordine, questo messaggio di collaborazione venga esplicitato e sostenuto.

In attesa di un vostro riscontro invio i miei cordiali saluti.

Professoressa P. Mecocci

Gentile Professoressa

In riferimento alla nota di cui all'oggetto pervenuta in data 26/03 u.s. Le comunico che ho provveduto a sottoporre al Consiglio Direttivo, nella prima seduta utile, la problematica da Lei sollevata. Il Consiglio, nelle sue varie componenti, dopo un ampio dibattito mi ha incaricato della risposta.

La questione da Lei sollevata e cioè il corretto e collaborativo rapporto tra medici del territorio e medici specialisti, al di là dello specifico caso evidenziato, è un problema che viene da lontano e che questo Ordine ha affrontato in molte occasioni con varie iniziative: incontri, convegni, documenti, protocolli, ecc.

Ritenevamo di averlo in qualche modo non risolto ma almeno avviato a soluzione con il "Decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali" di cui alla DGR n. 69/2009, cui l'Ordine aveva dato il suo fattivo e fondamentale contributo.

Non a caso nel documento istruttorio della DGR citata era scritto " ... per garantire una migliore continuità assistenziale al paziente si rende necessario organizzare al meglio la comunicazione tra medici di medicina generale, specialisti e medici del distretto anche ai fini dello scambio di dati del paziente relativi ai trattamenti terapeutici in corso, agli accertamenti eseguiti e alla anamnesi, sia in caso di ricovero o di visita specialistica sia in caso di dimissione. In tal modo sarà anche possibile evitare rischi di sovrapposizioni terapeutiche, sprechi per la duplicazione di esami e contrasti tra specialisti e medici di medicina generale " .

Nel presentare sul Bollettino il decalogo scrivevo che poteva essere l'inizio di un cammino certamente non facile né breve, ma che, a mio giudizio, doveva essere assolutamente percorso per fornire da un lato un servizio certamente migliore al cittadino e dall'altro per instaurare un più corretto rapporto tra le varie categorie di sanitari. Dicevo anche che mettere in atto le raccomandazioni del decalogo era una grande opportunità da non sprecare.

Dopo quattro anni, purtroppo, dobbiamo constatare che la sua applicazione è avvenuta in maniera frammentaria e discontinua da una parte per problemi interni alla categoria e dall'altra per lo scarso impegno delle direzioni aziendali e di struttura.

I ruoli e i compiti dei vari professionisti e dei vari livelli, a mio giudizio, sono sufficientemente chiari e ben definiti, ed avendoli chiari non ci dovrebbero essere problemi, perché medici generali e specialisti necessariamente debbono collaborare e integrarsi per ottimizzare i livelli qualitativi e quantitativi della assistenza.

D'altra parte un corretto rapporto deve sicuramente essere tra pari e bidirezionale ed alcuni Consiglieri hanno lamentato come alcuni specialisti ritengano la medicina generale una branca "eterodiretta" nel senso che altri dicano e decidano che cosa debbano fare i medici generali: nel caso di specie per la redazione della relazione, in altri casi per la predisposizione di un esame, per l'acquisizione di un consenso, ecc.

Ritengono i colleghi necessario l'essere consultati per valutare e condividere le procedure, prima della loro adozione.

Per concludere e tornare al caso specifico mi auguro che la piena attuazione delle ultime disposizioni in merito al fascicolo sanitario elettronico e al patient summery fornisca la soluzione a questo tipo di problemi, con un rimpianto per il tempo perso, visto che già la legge 833/1978 prevedeva un libretto sanitario individuale che non ha mai visto la luce.

Al termine della Sua lettera scriveva di ritenere necessario che, attraverso l'Ordine, questo messaggio di collaborazione venisse esplicitato e sostenuto. Non dubiti. Lo abbiamo sempre fatto e continueremo a farlo.

Dottor Graziano Conti



## NOVITA' LEGISLATIVE IN TEMA DI RESPONSABILITA' MEDICA

Avv. Stefano Gori Patrocinante in Cassazione

La tematica della responsabilità medica è stata rivisitata da una recente normativa, che ha messo in discussione il precedente orientamento giurisprudenziale che inquadrava la responsabilità del sanitario (dipendente dell'Ospedale) come responsabilità da contatto sociale qualificato e, quindi, come responsabilità contrattuale in un'ottica riparatoria e vittimologica.

La Suprema Corte, infatti, già dal 1999 ha ritenuto preferibile applicare lo statuto della responsabilità contrattuale parlando per l'appunto (in caso di medico dipendente dall'Ospedale) di responsabilità da contatto sociale qualificato, alla quale viene applicata (per le ragioni sulle quali non possiamo soffermarci) la disciplina della responsabilità contrattuale, certamente più favorevole per colui che agisce in giudizio.

Tale orientamento, secondo alcuni, è stato per l'appunto messo in discussione dalla recente legge n. 189 del 08. 11.

2012 (legge Balduzzi) perchè ritenuto troppo gravoso per il sanitario e perchè si riteneva incentivasse la cosiddetta "medicina difensiva", cioè scelte terapeutiche finalizzate solo ad evitare giudizi di responsabilità.

L'opzione legislativa è quella del decreto legge 13.09. 2012 n. 158 convertito dalla legge 08. 11. 2012 n. 189.

Tale disposizione all'art. 3 così recita: *"L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non ri-*

*sponde penalmente per colpa lieve.*

*In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile.*

*Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.*

"Tale normativa contiene tre statuizioni. La prima si applica, come emerge chiaramente dalla lettera della norma, soltanto in campo penale ed è finalizzata ad evitare giudizi di responsabilità per colpa lieve a carico del medico che si attiene alle linee guida.

Pertanto il medico, che nello svolgimento della propria attività si è attenuto alle linee guida ed alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, potrà rispondere soltanto in caso di colpa grave.

Tal disposto ha suscitato alcuni dubbi e/o problematiche.

Innanzitutto, ci si è chiesti che senso abbia parlare di colpa, anche lieve, se sono state rispettate le linee guida: se si rispettano le linee guida non dovrebbe esserci colpa; il problema della colpa dovrebbe essere assorbito.

Autorevole dottrina ha, però, chiarito che le linee guida non sono sempre idonee a regolamentare in modo esaustivo ogni aspetto dell'intervento medico: non sempre c'è una linea guida, non ogni aspetto dell'azione del medico è regolamentata da una linea guida.

Pertanto per gli aspetti non regolati da linee guida il medico risponde soltanto per colpa grave.

La seconda problematica creata da tale disposto ha riguardato la efficacia retroattiva della norma.

Sul punto si è già pronunciata la Suprema Corte di Cassazione (sentenza n. 4391 del 01. 02. 2013, IV sezione) che ne ha sancito proprio la efficacia retroattiva, in quanto si tratta di una modifica normativa favorevole (per il reo).

Vi sarebbe stata una abrogazione parziale della norma, con riferimento alla sola colpa lieve per i reati di lesioni personali ed omicidio colposo del medico.

Ne consegue che anche per i fatti antecedenti all'entrata in vigore della normativa, se non disciplinati da linee guida, il Giudice dovrà verificare se la colpa è grave o lieve. Qualche autore ha poi sostenuto che tale disposto sia sostanzialmente inutile in quanto già l'art. 2236 c. c., che si applica anche nel campo penale, statuisce che il medico risponde solo per colpa grave.

Trattasi in realtà di una considerazione errata in quanto l'art. 2236 c. c. si applica soltanto ai casi in cui occorre risolvere problemi di speciale difficoltà, come nel caso degli interventi sperimentali che non conoscono protocolli terapeutici e regole statisticamente apprezzate dalla comunità scientifica.

Il disposto di cui all'art. 3 della legge citata invece si riferisce, almeno per l'imperizia, a qualsiasi errore medico indipendentemente dalla complessità.

La seconda disposizione ("in tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del c.c.") non ha inciso sulla responsabilità civile: chiarisce, infatti, tale disposto che, anche nei casi in cui non vi è responsabilità penale del sanitario, sussiste comunque la responsabilità civile con i conseguenti obblighi risarcitori.

Ciò premesso, non è chiaro se il richiamo della norma all'art. 2043 c. c.

sia tecnico o atecnico: se il legislatore abbia voluto prendere posizione sulla natura extracontrattuale della responsabilità del sanitario (o, comunque, assoggettarla alla relativa disciplina anche in caso di contat-

to sociale) o se, invece, la locuzione sia volutamente atecnica non volendo la legge sancire la natura aquiliana della responsabilità, ma solo richiamare un obbligo risarcitorio civile, una obbligazione risarcitoria che è regolata dalla disciplina civile, non sensibile al diverso regime penale previsto dall'art. 3 della legge citata.

Le tesi emerse sono, pertanto, due.

La prima ritiene che la norma vada interpretata in senso utile e, pertanto, non può sostenersi che non volesse sancire la natura della responsabilità aquiliana (Tribunale Varese, Giudice Buffone, sentenza del 26. 11. 2012 n. 1406).

Tale orientamento sostiene che il dato letterale della norma debba saldarsi con il dato teleologico che è quello di creare una disciplina che eviti il ricorso alla cosiddetta "medicina difensiva"; pertanto così come nel campo penale si vuole limitare la responsabilità del sanitario, allo stesso modo si vuole sottoporre la responsabilità medica al regime della responsabilità aquiliana, certamente meno sfavorevole per la posizione del medico.

Chiaramente la norma dovrà essere interpretata secondo ragionevolezza e, pertanto, applicarsi soltanto nei casi in cui non c'è un contratto, perchè altrimenti sarebbe assurdo sostenere la natura aquiliana della responsabilità; pertanto la legge regola soltanto fattispecie ibride, in cui non c'è un contratto.

Tale tesi ripudia, quindi, quella del contatto sociale e sostiene la natura aquiliana (o extracontrattuale) della responsabilità del medico: ci sarà responsabilità extracontrattuale soltanto nei casi in cui precedentemente si parlava di contatto sociale qualificato.

In questi casi, pertanto, ci sarà una divaricazione: per l'Ospedale ci sarà una responsabilità contrattuale, mentre per il medico una responsabilità extracontrattuale, con conseguente diverso regime.

Tale tesi, però, non ha persuaso altra parte della dottrina che ha sostenuto la natura atecnica del rinvio: il legislatore, quindi,

non ha voluto prendere posizione sulla natura della responsabilità del medico.

In primo luogo, perchè la lettera della legge non distingue tra contratto e contatto sociale e se esaminata letteralmente la disposizione dovrebbe applicarsi sia al contratto (e ciò sarebbe assurdo) che al contatto sociale.

In secondo luogo, la norma sarebbe inutile e, quindi, ricognitiva e, come tale, non innovativa, non potendo certo una legge ricognitiva cancellare la tesi pluridecennale del contatto sociale.

Si tratterebbe di norma inutile in quanto, anche se non ci fosse stata, nessuno avrebbe dubitato che la restrizione della responsabilità penale non avrebbe comportato una restrizione di quella civile, perchè diversa ne è la funzione: sanzionatoria l'una e riparatoria l'altra ed è fisiologico, quindi, che la responsabilità penale sia più ristretta. Ne consegue che, trattandosi di norma ricognitiva, la stessa non prende posizione sulla natura della responsabilità medica ma vuole soltanto evidenziare che la disciplina penale non impedisce l'applicazione di quella civile; il risarcimento civile seguirà, quindi, le sue normali coordinate ed il richiamo all'art.

2043 c. c. dovrà intendersi come sinonimo di risarcimento e non come sinonimo di risarcimento aquiliano.

In terzo luogo una diversa interpretazione rischierebbe censure di illegittimità costituzionale, perchè creerebbe, in danno della vittima, uno speciale regime di responsabilità medica.

Tale tesi è stata recentemente sostenuta anche dal Tribunale di Arezzo con sentenza del 14. 02. 2013 n. 196.

Infine il terzo disposto dell'art. 3 legge Balduzzi così dispone: "11 giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

"Qui la norma è precettiva, diversamente dal secondo periodo, perchè afferma il principio secondo il quale la quantificazione del danno deve essere parametrata all'intensi-

tà della colpa, con la conseguenza che se c'è rispetto delle linee guida e colpa lieve la responsabilità civile sussiste ma nel quantum si terrà conto del rispetto delle linee guida e della tenuità della colpa.

Tale disposizione, chiara sul piano della portata precetti va, è però assai opaca sul piano della legittimità costituzionale, perchè introduce un tetto alla risarcibilità del danno, una limitazione che non pare sorretta da idonea giustificazione. Se il nostro sistema risarcitorio ha una finalità riparatoria e non sanzionatoria l'unico criterio che deve presiedere la quantificazione del danno è quella della consistenza dello stesso (danno), mentre quello della gravità della colpa ed in generale l'intensità del profilo psicologico non dovrebbe avere cittadinanza (in un sistema riparatorio) come coefficiente di quantificazione del danno.

Il legislatore, invece, con una scelta del tutto eccentrica rispetto ad un sistema riparatorio che sembra obbedire a finalità sanzionatorie, vuole ridurre la quantificazione del danno in base alla maggiore o minore intensità della colpa; questo solo nel campo medico.

Tale norma si profila di dubbia legittimità costituzionale in quanto crea discriminazioni rispetto ad altre forme di responsabilità professionale.

Sebbene nel nostro sistema non ci sia un principio costituzionale che imponga la riparazione integrale del danno, il legislatore nella sua discrezionalità può introdurre limiti al risarcimento sempre che vi sia una ragione giustificativa proporzionale al vulnus inferto alle aspettative del danneggiato.

Resta da vedere se l'esigenza di tutela del medico rispetto ai problemi della medicina difensiva sia una ragione che giustifichi la compressione del diritto alla salute e della piena tutela risarcitoria, specie in un sistema caratterizzato dall'introduzione di meccanismi assicurativi obbligatori.

Sul punto si attende la decisione della Consulta.



## Come la mente modifica il cervello: l'effetto nocebo e l'arte della medicina

Massimo Piccirilli, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia, sede di Terni

*"Scrivere ricette è facile, ma intendersi con la gente è difficile"*

Franz Kafka

A distanza di un secolo, l'affermazione di Kafka riflette ancora efficacemente un sentimento sempre più diffuso tra gli odierni operatori sanitari. Per quanto possa sembrare incredibile, a dispetto dello straordinario miglioramento nelle conoscenze scientifiche l'insoddisfazione dei pazienti nei confronti delle cure ricevute aumenta, come diffusamente propagandato dai media. Il paradosso chiama in causa tutti quegli aspetti della medicina che nebulosamente vengono definiti "arte" e che fanno riferimento al potenziale terapeutico insito in ogni incontro clinico. In medicina infatti c'è assai più che porre diagnosi e prescrivere trattamenti di cui è provata l'efficacia: la somministrazione di una sostanza farmacologicamente inerte, se chi la assume è indotto a credere di star ricevendo una terapia efficace, comporta un miglioramento significativo della sintomatologia clinica. Ad un fenomeno così misterioso, comunemente noto come effetto placebo (vedi parte 1), le neuroscienze negli ultimi anni hanno finalmente fornito una interpretazione che soddisfa ogni giusta esigenza di scientificità: ad innescare la risposta non è la sostanza somministrata, che appunto per definizione è inerte, ma il contesto in cui si verifica la relazione terapeutica. Nella pratica quotidiana però il ruolo del contesto terapeutico appare decisamente sottostimato e ciò appare con ancora mag-

gior evidenza se si prende in considerazione il fenomeno complementare al placebo: l'insorgenza di effetti clinici negativi dopo somministrazione di una sostanza farmacologicamente inerte. Tuttavia mentre la natura e la comprensione dei meccanismi neuropsicobiologici dell'effetto placebo sono stati oggetto di studi dettagliati, le indagini sull'effetto opposto, per contrasto definito nocebo, sono ancora agli albori: una ricerca su Pubmed (giugno 2013) fornisce appena 198 voci per il termine nocebo rispetto alle 163.600 del placebo.

*"Il ricordo della felicità non è più felicità, il ricordo del dolore è ancora dolore"*

George Byron

L'effetto nocebo è stato dapprima descritto dal punto di vista clinico: - l'80% dei pazienti ospedalizzati che hanno ricevuto acqua zuccherata ritenendo di star assumendo un emetico hanno di fatto vomitato; - due terzi degli studenti ai quali era stato detto che una piccola scossa elettrica loro somministrata a scopo sperimentale avrebbe potuto provocare mal di testa hanno manifestato cefalea pur avendo subito la sola manovra sperimentale senza ricevere alcuna scossa elettrica...

Più recente è lo studio dei meccanismi sottostanti. Le basi neurobiologiche e neurochimiche identificate sono molteplici. Un ruolo non trascurabile è svolto dall'apprendimento condizionato inconsapevole: un terzo dei pazienti sottoposti a chemioterapia hanno presentato nausea marcata e

vomito quando sono entrati in una stanza di colloquio simile alla stanza di infusione; è lo stesso malessere che può manifestarsi entrando in un ospedale. Il condizionamento è facilmente collegato alle precedenti esperienze terapeutiche. Si può comprendere allora perché l'uso dei farmaci generici /equivalenti possa creare problemi: su 600 pazienti in terapia con ossicodone, il 61 % ha riferito un peggioramento del dolore; anche per i farmaci antiepilettici la variazione nel colore e nella forma del farmaco è stata associata ad un aumento dei casi di interruzione della terapia, con le conseguenze immaginabili.

*“Il medico è responsabile non solo dell'esattezza delle sue affermazioni ma anche del loro effetto sul malato”*  
Karl Theodor Jaspers

Non è la sostanza somministrata quindi, ma il contesto terapeutico, inteso nella sua accezione più ampia possibile, ad innescare la risposta nocebo. Il fattore contestuale più rilevante è comunque costituito dalle caratteristiche della relazione che si instaura fra il paziente e l'operatore sanitario. Il significato che il soggetto attribuisce a quanto sta avvenendo può essere profondamente influenzato dalle modalità di comunicazione, verbale e non verbale: ciò che cambia sono le aspettative del paziente. Alcuni volontari sono stati sottoposti ad uno stimolo termico doloroso di intensità 65 (su una scala da 0 a 100) in tre diverse condizioni sperimentali : tutti hanno ricevuto in modo continuativo il remifentanil, ma un gruppo di soggetti veniva informato che stava ricevendo l'analgesico (aspettativa positiva), un gruppo veniva informato che l'analgesico era stato sospeso (aspettativa negativa) e un gruppo veniva trattato senza dare informazioni sul momento della somministrazione (assenza di aspettative); il giudizio sull'entità del dolore rispetto al valore iniziale di 65 diveniva 55 in assenza di informazione, ma 39 nella condizione di aspettativa positiva e 64 in

caso di aspettativa negativa; in altri termini l'aspettativa positiva ha incrementato significativamente la risposta al farmaco ma ancor più impressionante è l'altro risultato: indurre una aspettativa negativa ha cancellato del tutto l'effetto del farmaco. In definitiva non solo è documentato che il contesto terapeutico influenza profondamente la percezione soggettiva del dolore ma le metodiche di neuroimaging mostrano una corrispondenza definita tra il tipo di aspettativa e l'attività cerebrale suggerendo cioè che i soggetti in cui l'interazione induce aspettative negative sperimentano il dolore realmente.

L'aspettativa può generare effetti davvero potenti: lo studio Heart Framingham ha mostrato che le donne che pensavano di essere predisposte all'infarto sono decedute quattro volte più frequentemente delle donne che non vivevano con questa convinzione fatalistica, pur presentando fattori di rischio identici (livelli di colesterolo, pressione, predisposizione genetica...). In particolare bisogna essere consapevoli che il linguaggio è un'arma a doppio taglio: ad esempio in caso di anestesia epidurale il paziente mostra una reazione peggiore se la procedura viene spiegata dicendo “è come se sentisse la puntura di un'ape” (ritenendo in questo modo di rassicurare il paziente) piuttosto che “sta per ricevere un'anestesia locale che addormenterà la zona in modo da farla sentir bene durante la procedura”. Nella pratica clinica non bisogna sottovalutare che un effetto nocebo può essere generato anche involontariamente in quanto l'interazione può essere fonte di suggestioni negative in modo implicito, suggestioni che possono derivare dall'uso di formule gergali non comprensibili, di frasi ambigue (“proviamo questo farmaco, potrebbe farle bene”), o che enfatizzano aspetti negativi (“lei è un paziente ad alto rischio”), o che richiamano l'attenzione sulla comparsa di sintomi (“se ha mal di testa o nausea mi avvisi”), o che banalizzano il problema o lo negano in modo superficiale e inefficace (“non si preoccupi, è tutto

sotto controllo”). Lo stesso effetto possono avere le informazioni fornite dai media o i commenti del farmacista nel distribuire un farmaco.

*“La speranza ci è necessaria per vivere quanto l’ossigeno che respiriamo”*  
Jerome Groopman

In questa ottica la pratica del consenso informato rappresenta un dilemma poiché inevitabilmente produce un effetto nocebo: nelle sperimentazioni farmacologiche ad esempio, i pazienti che assumono un placebo manifestano effetti collaterali spiacevoli soggettivi (nausea, cefalea, sonnolenza, vertigini) e oggettivi (tachicardia, ipertensione, rash cutanei) che, tra l’altro, mimano quelli dei pazienti sottoposti alla terapia: ad esempio, il placebo provoca più frequentemente secchezza della bocca (19.2% versus 6.4%), offuscamento della visione (6.9% versus 1.2%), affaticamento (17.3% versus 5.5%) se il farmaco di confronto è un antidepressivo triciclico piuttosto che un SSRI. Anche gli effetti collaterali sembrano quindi dipendere da cosa si aspettano i pazienti ed i medici che li trattano. In uno studio prospettico sul finasteride, i pazienti, tutti sessualmente attivi, sono stati distinti in due gruppi: uno a cui veniva detto “può causare disfunzione erettile, riduzione della libido, problemi di eiaculazione ma si tratta di effetti assai poco comuni”, un altro a cui non veniva fatto alcun cenno a disfunzioni sessuali. Dopo dodici mesi la percentuale di disturbi sessuali è stata rispettivamente nei due gruppi di 43.6 e 15.3 %. Anche il metodo utilizzato per il rilevamento degli effetti secondari è un fattore da tenere in particolare considerazione: un questionario costruito con domande standardizzate porta a dati decisamente diversi rispetto ad un colloquio libero; se nella lista degli effetti collaterali è inserito un disturbo gastrointestinale, la comparsa del sintomo e i casi di interruzione volontaria della terapia aumentano di sei volte. D’altra parte am-

piamente dimostrato è il diverso effetto delle due frasi “il disturbo si presenta nel 5% dei pazienti” e “la grande maggioranza dei pazienti tollera il trattamento molto bene”. Un tale punto di vista può essere criticato come ingannevole e non rispettoso dell’autonomia del paziente ma la documentazione che l’effetto nocebo generato dal consenso informato ha una base neuropsicobiologica specifica dovrebbe obbligare almeno a trovare strategie volte a rendere eticamente accettabile la gestione delle aspettative dei pazienti allo scopo di ottenere il massimo beneficio possibile dall’atto terapeutico.

*“Puoi dirmi, Socrate, se un comportamento virtuoso può essere appreso da un maestro?”*

Platone

L’attuale disponibilità di metodiche atte a documentare come le risposte placebo o nocebo emanano dalla relazione terapeutica può riportare l’attenzione scientifica sull’arte della medicina delucidando il modo in cui fattori specifici dell’incontro clinico contribuiscono al risultato terapeutico. Il futuro della ricerca può tener conto che è la fiducia e la speranza nella terapia, qualcosa situato nella mente del paziente, che influenza l’esito clinico amplificando la risposta placebo e riducendo al minimo la risposta nocebo. Identiche considerazioni dovrebbero indurre a modificare il training abituale degli operatori sanitari: l’attenzione alle caratteristiche contestuali e l’abilità nel padroneggiare le variabili che modificano in modo positivo o negativo le aspettative del paziente dovrebbero rappresentare un obiettivo primario di apprendimento dei programmi delle scuole di medicina. Non vi si può rinunciare in nome di una presunta, e mai dimostrata, incompatibilità con le esigenze della tecnologia. La competenza relazionale merita di essere considerata una componente fondamentale della buona pratica clinica alla stessa stregua della competenza tecnica.



## Medicina tecnologica o medicina clinica?

Prof. Fausto Santeusanio

Prendo lo spunto per questo mio editoriale dalla recente vicenda dal caso della signora Angelina Jolie, l'attrice di 37 anni che alcune settimane or sono annunciò di essersi sottoposta a mastectomia bilaterale a scopo preventivo per il riscontro di una mutazione del *gene Brca1*, indice di alto rischio di tumore della mammella. Senza entrare nel merito di questa decisione che seppur discutibile, va rispettata per le motivazioni familiari addotte dall'attrice, l'episodio sta ad indicare la direzione della medicina moderna orientata sempre più verso la predizione e la prevenzione delle malattie. La medicina degli ultimi decenni ha fatto progressi incredibili. Molte malattie oggi possono essere curate e ben controllate, con un sensibile allungamento della vita media e della qualità di vita. A questa situazione fa riscontro una maggiore consapevolezza nella popolazione che legge di più, si informa sulle novità in campo medico, rivendica i propri diritti di cura con le più avanzate terapie disponibili e con aspettative talora eccessive. Paradossalmente viene meno la fiducia nel medico e si ricorre più spesso che in passato alla medicina alternativa, che non sempre ha basi o evidenze scientifiche.

Fra le acquisizioni più innovative vanno ricordate le realizzazioni tecnologiche, l'impiego terapeutico delle cellule staminali, le potenzialità dell'informatica e la conoscenza del genoma umano con le applicazioni straordinarie che ne sono seguite in campo clinico. Le conoscenze del genoma umano in particolare consentono di uti-

lizzare test diagnostici per confermare un sospetto clinico o la predisposizione verso determinate malattie (ne è un esempio la vicenda della signora Jolie), test di farmacogenetica e farmacogenomica a predire la risposta individuale ai farmaci. Ma è anche possibile pensare oggi alla terapia genica in senso stretto per la correzione di malattie ereditarie, alla produzione di farmaci con tecniche di ingegneria genetica o alla produzione di farmaci "biologici" in grado di correggere difetti molecolari alla base di malattie. Non c'è dubbio che uno dei settori più stimolanti è l'applicazione delle conoscenze del genoma umano alla cura dei tumori. La individuazione di specifiche mutazioni geniche responsabili dello sviluppo di neoplasie ha consentito già in diversi casi di sintetizzare composti in grado di bloccare specificamente i meccanismi intracellulari implicati nella loro genesi. Possiamo citare *l'imanitib* per la cura della leucemia mieloide cronica, il *gefitinib* per il trattamento del carcinoma polmonare da mutazione del recettore del recettore per l'*Epidermal Growth Factor (EGF-R)* mutato e più recentemente il *Critizonib* per la cura del carcinoma polmonare *ALK-positivo*. Sono solo degli esempi.

I risultati sono stati sorprendenti consentendo di evitare, almeno per un periodo più o meno lungo, altre terapie tradizionali ben più fastidiose e meno efficaci. Grazie a queste conoscenze ci si sta avviando verso terapie sempre più personalizzate soprattutto nella cura dei tumori. Tutto questo è davvero straordinario ed è frutto dell'in-

credibile progresso scientifico, cui dobbiamo essere tutti molto grati. Ma come si diceva sopra c'è ancora insoddisfazione da parte della gente che talora ha aspettative distorte e miracolistiche, forse perché si sta perdendo il *rapporto medico-paziente*: è l'impatto di una dirompente medicina tecnologica nei confronti della medicina clinica più tradizionale, quella fondata sul rigoroso rispetto del metodo clinico. Non è a dire che la medicina tecnologica sia in contrasto con il metodo clinico tradizionale, ma c'è il fondato rischio che il medico attratto dagli strumenti più sofisticati pensi di poter risolvere tutti i problemi clinici utilizzando questi mezzi e dimenticando che ha comunque a che fare con il malato, cioè con una persona con i suoi problemi fisici ma anche psicologici, morali e spirituali. Si impone l'esigenza di una ridefinizione e riaffermazione dei valori della persona, dimenticati dall'entusiasmo della novità e degli aiuti senza dubbio eccezionali delle tecnologie avanzate: in questo contesto occorre curare la salute della persona con i mezzi moderni disponibili ma nel rispetto dei principi di *autonomia e di equità*. Il metodo clinico con i suoi tempi che implicano l'*anamnesi* ben condotta, l'*esame obiettivo* accurato, la scelta condivisa dal paziente delle procedure di *diagnosi e di terapia*, rimane tuttora essenziale. Al medico è affidato il ruolo centrale in una visione globale del malato, perché a lui si chiede la capacità di sintesi, rimettendo insieme tutti i tasselli raccolti con le varie indagini, spesso sofisticate. Si riafferma ancor più che in passato la *medicina basata sull'evidenza (MBE)*, cioè della validazione scientifica di ogni nuovo risultato applicato alla medicina clinica. Il medico comunque non deve accettare acriticamente i risultati suggeriti dalla *MBE*, ma deve verificare nelle linee-guida fondate su di essa la correttezza del suo ragionamento clinico. Spetta al medico grazie alla sua esperienza e alla sua preparazione professionale operare criticamente delle scelte, anche se queste vanno sem-

pre discusse e concordate con il paziente nel rispetto della sua autonomia. Il rapporto medico paziente oggi è più difficile che in passato ed è minato da una prassi di rivalsa dei pazienti nei confronti del medico per presunti errori e da un atteggiamento di prudenza e di difesa da parte del medico. Questo comporta uno spreco di risorse per la richiesta di esami spesso inutili.

Si avverte quindi l'esigenza di riscoprire in termini più umani il *rapporto medico-paziente*, basato possibilmente sul principio dell'alleanza terapeutica con le implicazioni di un'etica personalistica: atteggiamento di prossimità, dialogo, ascolto e fiducia, condivisione delle procedure mediche. La medicina tecnologica e la medicina clinica, tradizionalmente intesa, possono e devono ben conciliarsi. Ma per questo occorre una preparazione professionale solida dei medici che devono aggiornarsi continuamente in maniera più attiva che in passato. E per questo sono disponibili da tempo regolamenti, sebbene ancora mal attuati nel nostro paese. Occorre anche trasmettere questa esigenza agli studenti dei corsi di laurea di medicina e di specializzazione: per questi accanto alla formazione forse troppo nozionistica, certamente ampia e rigorosa del nostro ordinamento didattico, non può essere trascurato l'*insegnamento di bioetica*, che dovrebbe essere svolto con una formazione teorica di base e poi soprattutto con la discussione di casi clinici emblematici per tutta la durata dei corsi di laurea e di specializzazione in un esercizio continuo.

Tornando al caso di Angelina Jolie, si può dire che il caso è emblematico e riflette le potenzialità della medicina moderna. Ma non tutti possono sottoporsi a test genetici perché il SSN non può autorizzare in modo routinario indagini di questo tipo, che hanno dei costi. Sarebbe meglio in questi casi affidarsi al medico di propria fiducia in un dialogo di reciproco rispetto e fare delle scelte diagnostiche e terapeutiche, ragionate ed eticamente condivise.



## Il medico si aggiorna con strumenti di nuova generazione

*Prof. Fortunato Berardi*

Premesso che l'anamnesi e la semeiotica rimangono pur sempre fondamentali per una corretta azione medica, vogliamo esaminare cosa entra e cosa esce nel moderno bagaglio del medico. Presidi ed armamentario che non trovano più posto nella nuova borsa del medico generico. Abbandonati forcipe, siringhe di vetro multiuso, martelletti vari, ecc., specifici del dottor Guido Tersilli, medico della mutua, tipo Alberto Sordi, ora il collega moderno visita usando l'ecografo smartphone, l'ultrasonografia tascabile cardiaca (VSCAN), l'analizzatore dei gas ematici, ed altro ancora. Tutto ciò è stato documentato chiaramente nel recente congresso della Società di Medicina interna (SIMI). Smartphone e tablet non sono più prerogativa solo dei dirigenti dell'alta finanza, ma entrano lecitamente anche in sanità: negli ospedali più avanzati e nelle tradizionali borse dei medici di famiglia. Nella prima metà del '900 gli scomparti delle borse di cuoio dei medici, regalate rigorosamente e tempestivamente alla laurea, contenevano oltre al "temibile" forcipe, siringhe di vetro multiuso, alcol e cotone, garze, cerotti, fiale di adrenalina, coramina, teofillina, misuratore di pressione a mercurio, cateteri, martelletti, naturalmente il fono ed il fonendoscopio, ecc. Dopo una ventina di anni spunta dalla borsa un oftalmo-otoscopio; un apparecchio per misurare la pressione di tipo aneroido, o elettrico polsobraccio, un apparecchio ad ultrasuoni tascabile che permette di vedere e scrutare al meglio il cuore. Ora, però, si assiste a uno strepitoso salto di generazione perché il mitico fonendoscopio sta per andare in pensione: sostituito con l'ecografo smartphone; appog-

giandolo sul paziente, il piccolo cellulare potrà esaminare in tempo reale e ad alta precisione, patologie del collo, torace, addome, e cerebrale, eseguendo anche una documentazione ecografica. Lo strumento, ovviamente, costa qualche migliaio di euro, che alcuni colleghi sono disposti però a spendere per ammodernare il contenuto della loro mita valigetta; come dimostrato dall'interesse suscitato da queste nuove tecnologie al recente congresso SIMI (Società Italiana di Medicina Interna). Dunque, il palmare, dalle dimensioni di un quaderno, può permettere un'indagine ecografica tempestiva a livello toracico, addominale, vascolare, ecc.; senza assoggettare il paziente a lunghe file di attesa, (Vincenzo Arienti, Direttore di Medicina Interna Ospedale Bologna). I grandi macchinari da costi elevati (60-120 mila euro) saranno sostituiti da strumenti ecografici miniaturizzati, utilizzati anche al domicilio del paziente, per un costo variabile dai 15 mila del computer ai 5-6 mila euro per un tablet. La tecnologia già c'è e i medici, in una settimana o due di corso, potranno imparare adeguatamente ad effettuare una ecografia di primo livello; mentre, per garantire una rete diffusa di medici ed internisti preparati serviranno almeno tre anni di apprendistato. Comunque, Francesco Violi, direttore della prima Clinica Medica del Policlinico Umberto I di Roma, sottolinea che l'uso dei palmari permetterà un grande risparmio di risorse e tempi di degenza, senza contare che il paziente non verrà esposto a radiazioni e potrà iniziare tempestivamente le terapie indicate, evitando costosi esami e visite ripetute.



## La mia esperienza nella Sanità di iniziativa

Dott. Alfredo Notargiacomo  
Responsabile CdS 3 Perugia Centro-San Marco

Sono “rientrato” in Umbria da circa 1 anno e mezzo. Ho lavorato per circa 12 anni in Toscana, prima nella USL di Pistoia e poi in quella di Arezzo. In Toscana ho partecipato alla sperimentazione del progetto Regionale “Sanità di iniziativa” in qualità di referente aziendale (USL di Arezzo) e regionale del progetto.

La scommessa della Regione Toscana ha preso avvio con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, indicando nel passaggio da una sanità di “attesa” ad una di “iniziativa”, il cambiamento strategico di rotta per una gestione efficace della malattie croniche. Il modello basa il suo obiettivo nell’individuare il bisogno di salute prima che la malattia si manifesti o, se già presente, prima che si aggravi ulteriormente, attraverso una gestione condivisa e consapevole (paziente-operatori) della malattia stessa tale da rallentarne il decorso, garantendo interventi differenziati in rapporto al livello di rischio.

Il modello che è stato individuato è il Chronic Care Model (CCM), elaborato dal Prof. Wagner del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation, che è caratterizzato dall’interazione tra un paziente, reso esperto mediante interventi di informazione e di educazione e un team assistenziale multiprofessionale. Ma nel PSR della Toscana si è andati oltre utilizzando, come modello sperimentale,

la versione Expanded del Chronic Care Model, che integra anche aspetti che riguardano la prevenzione primaria collettiva e i determinanti di salute, per la presa in carico globale del percorso di salute dei cittadini.

L’obiettivo del progetto è stata quindi la costruzione, a livello territoriale, di un sistema forte di servizi socio-assistenziali integrati, che intervenendo sui bisogni del paziente, ne garantisce la permanenza al domicilio, il più a lungo possibile, effettuando una programmazione chiara e trasparente di esami diagnostici e di accesso al livello specialistico (solo se e quando servono), riducendo anche i ricoveri.

Nella sperimentazione della Regione Toscana il team multiprofessionale ha trovato la sua esplicitazione operativa nel “modulo”, composto da diverse figure tra cui il medico di famiglia, l’infermiere, l’Operatore Socio Sanitario (OSS), il medico di comunità (i nostri medici dei Centri di Salute/distretti), lo specialista ed altre figure professionali. Il team assistenziale multiprofessionale rappresenta un riferimento clinico per il paziente ed organizzativo per il sistema dei servizi sanitari.

Il modello si basa su alcuni aspetti fondamentali come:

- l’interazione tra il team assistenziale ed il paziente;

- integrazione tra tutti i professionisti del team che lavorano per realizzare la presa in carico globale del paziente, attraverso: adozione di corretti stili di vita; empowerment del paziente; l'effettuazione, presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, di azioni definite sulla base di Linee Guida, inclusi i test diagnostici e la valutazione di parametri vitali;

- un sistema informativo che garantisce l'individuazione dei pazienti, la tracciabilità del percorso, il follow-up degli stessi.

Nel 2008, attraverso delle Consensus Conference, sono stati definiti e condivisi i ruoli di tutte le figure professionali che intervengono nella sperimentazione.

Sono state elaborate delle Linee Guida Regionali per le patologie oggetto della sperimentazione (diabete, scompenso, ipertensione, ictus e BPCO).

Ogni azienda USL ha successivamente adattato tali LG alla propria realtà e le ha pubblicate sui siti aziendali (a partire dal dicembre 2009), perseguendo l'obiettivo della trasparenza nei confronti dei cittadini. La Regione Toscana ha chiesto, agli inizi del 2009, ad ogni ASL l'individuazione di un Referente Aziendale per il progetto sulla sanità di iniziativa. Quindi ha creato un gruppo regionale che ha di fatto condiviso e gestito il progetto attraverso un confronto serrato su ciò che avveniva in ogni USL. Nel gruppo regionale ci si è confrontati sulle soluzioni via via adottate (pensate soltanto ai problemi che ci sono stati con i sistemi informativi, con il lavoro e i ruoli delle varie figure professionali, con le risorse disponibili, ecc), prendendo decisioni a valenza per tutte le aziende.

A livello regionale sono stati definiti anche i parametri di personale infermieristico e OSS da assegnare funzionalmente ai moduli (1 infermiere e 1 OSS ogni 10.000 assistiti per tutte e 5 patologie a regime).

In ogni Azienda USL, sono stati individuati, su base volontaria, i mmg componenti dei moduli, gli infermieri e OSS; queste e tutte le altre figure professionali coinvolte hanno effettuato un percorso formativo regionale specifico.

Attualmente circa il 40% della popolazione Toscana viene seguita con tale modalità organizzativa e i dati indicano un miglioramento nella gestione delle patologie croniche seguite (ad esempio minori ricoveri, accesso più appropriato alle strutture specialistiche, migliore compliance da parte dei pazienti, ecc).

Questo breve schematico racconto per riferire che è possibile, avendo un obiettivo chiaro, arrivare a produrre un cambiamento strutturale così importante per la popolazione di una Regione. E questo aspetto può essere tanto più vero per un realtà come la nostra Regione, luogo ideale per effettuare sperimentazioni simili. Occorre però un forte impegno del livello Regionale, un forte investimento sulle persone, sui professionisti per arrivare a determinare cambiamenti così importanti. Ma occorre anche che i professionisti siano in grado di accettare tali cambiamenti, perchè il CCM mette in discussione il proprio ruolo attraverso il confronto con gli altri professionisti e lo fa attraverso Linee Guida condivise che devono essere applicate per far funzionare il modello.

Quello che si percepisce chiaramente, nei confronti quotidiani con gli operatori, è che è arrivato il momento di cambiare qualcosa, di iniziare a porsi obiettivi diversi, di dare risposte diverse non più legate ad un agire per prestazioni, ma a lavorare per condivisioni di piani assistenziali.

E soprattutto a dare valore all'alleanza tra paziente-operatori unica vera risposta ai problemi che i professionisti della sanità quotidianamente affrontano.



## Cosa frena il riordino e la razionalizzazione del sistema sanitario?

Dott. Marco Petrella

Il 18 aprile si è tenuto a Perugia il convegno CARD *“Il Distretto e la Sanità d’iniziativa: contributo per l’innovazione nel Servizio Sanitario Regionale”*. Ho seguito i lavori di questo convegno alla ricerca soprattutto di qualcosa di nuovo, dato che ero abbastanza stanco di ascoltare chiacchiere su riequilibrio tra ospedale e territorio, impulso alla medicina di iniziativa, ricerca di appropriatezza ed equità. Non si tratta infatti di richiami nuovi, anzi alcuni risalgono a documenti OMS del secolo scorso.

E qualcosa di nuovo è in realtà emerso: si è avvertita una maggiore consapevolezza degli elementi che frenano oggettivamente l’affermarsi nella pratica di tanti buoni principi. Io non ho la pretesa di sintetizzare i contenuti del convegno (molti sono temi noti alla gran parte dei colleghi, altri sono temi difficili da discutere in poche righe). Ma voglio provare a dire cosa ho capito io, a partire dalla domanda: **perché non si fanno le cose che tutti dicono essere buone?**

**IL MOTORE\_FRENO.** No, non è il freno motore di cui si parlava a scuola guida, ma la mia definizione del fattore economico. Non c’è dubbio che la molla del risparmio e la minaccia del taglio siano il motore che sta dietro agli sforzi fatti negli ultimi anni per riformare la sanità italiana. Certo molti di noi hanno provato a prendere il

buono che c’era in questa drammatica crisi finanziaria: la lotta agli sprechi, la critica alla sovra-diagnosi e al sovra-trattamento, la revisione del ruolo dell’ospedalizzazione, il rilancio della prevenzione, etc..

Ma non c’è dubbio che anche risparmiare costa, cioè spesso presuppone investimenti che solo in seguito produrranno risparmi. Si pensi alla razionalizzazione della rete ospedaliera (costruire ospedali nuovi per poter chiudere quelli vecchi). Ma ci sono altri costi poco valutati: mettere in piedi e tenere in funzione una rete, curare la continuità assistenziale, assicurare e valutare un percorso significa soprattutto lavorare di più e in modo diverso dal solito. E dove sono le risorse umane per fare ciò? Ridotti i ranghi, innalzata l’età media, fiaccate le motivazioni, anchilosati i saperi, in particolare in quei settori della sanità che dovrebbero trainare il cambiamento, come affrontare la mole di lavoro progettuale, la costruzione di sistemi informativi, l’identificazione di indicatori, l’implementazione di nuove tecnologie?

Infine, è vero che noi spendiamo meno di altri paesi e che è già provato che un sistema sanitario pubblico è più efficiente di uno privato, ma il nostro debito e il nostro carico fiscale è già fuori controllo, ed è questo che rende la spesa sanitaria insostenibile o comunque non ampliabile. Gli utenti, nel momento in cui sono contribuenti, ci odiano.

Possiamo solo ricordare a tutte che un'aderiva privatistica aggiungerebbe ai problemi di oggi inefficienza e disuguaglianze, ma non promettere risparmi immediati, anzi, addirittura anticipati.

### **LA QUALITÀ OPERATORE DIPENDENTE.**

Anche qui, non equivochiamo. Non mi riferisco al dipendente pubblico contrapposto a quello privato, bensì al fatto che tutta l'attività medica è fortemente dipendente dalla qualità dell'operatore. Ma, in particolare, nel caso di questi nuovi filoni di lavoro, spiccano competenze e attitudini diverse da quelle sviluppate nel corso di studi ordinario. Questo comporta, da un lato, continui sforzi di aggiornamento e formazione, dall'altro la difficoltà a individuare le figure professionali a cui affidare preferenzialmente alcuni nuovi compiti. Ci troviamo spesso di fronte a esperienze messe in piedi grazie alla fortuita vocazione di qualche operatore, che si è incontrata con un favorevole contesto organizzativo, non sempre riproducibile altrove o in un altro momento. Bisogna quindi rassegnarsi ad un procedere esplorativo, dei cui rischi e limiti essere sempre consapevoli.

**L'INTRAMONTABILE OSPEDALE.** Malgrado tutte le critiche al modello ospedale-centrico, questo non può essere abbattuto se non in presenza di un'alternativa altrettanto valida. Nel convegno si è parlato per esempio di ospitalizzazione del territorio. Se è questa la vera sfida, allora si può ben capire quanto complesso e ambizioso sia l'obiettivo di creare alternative appropriate al ricovero.

**LA CARENZA DI PROVE.** Scarseggiano prove di efficacia dei vari modelli organizzativi proposti per rinnovare la sanità e adattarla alle nuove esigenze

epidemiologiche nonché ai nuovi limiti finanziari. Questo non vuol dire che ci siano prove di inefficacia, ma solo che non si possono applicare ai rimedi organizzativi gli stessi tipi di studio utilizzati per validare farmaci e screening. Non si possono fare casi-controllo o studi di coorte. Ma soprattutto non si possono applicare ipotesi riduzionistiche (necessarie per studi di tipo statistico-epidemiologico) laddove serve un'ottica sistemica. Già la prevenzione basata sulla diagnosi precoce ha trovato difficoltà nell'ottenere inoppugnabili prove di efficacia; la prevenzione basata sul cambiamento degli stili di vita ancora di più; figurarsi il caso di modelli di organizzazione delle cure che hanno tra l'altro end-point spesso riferiti alla qualità della vita.

**IN CONCLUSIONE.** Non si può andare avanti predicando l'applicazione di concetti ritenuti buoni a priori, senza chiedersi cosa nel concreto può favorirli e cosa ostacolarli. L'aspirazione dei professionisti alla realizzazione delle proprie capacità e alle relative ricompense non è un male evitabile, ma un dato di realtà da rispettare. La necessità dei politici di ottenere il consenso degli elettori non è una deviazione, bensì la pietra d'angolo della democrazia. La richiesta dei cittadini di avere la migliore salute possibile non è consumismo, ma l'espressione di un bisogno, che forse va decodificato, ma non negato. Ed è in questo contesto, come qualcuno ha ricordato, che si deve lavorare ad una "evoluzione" del sistema, cioè favorendo un adattamento fisiologico e graduale alle mutate condizioni ambientali. Forse, abbandonando moralismi e facili richiami ai "vangeli" OMS, e dando nuove risposte ad attese e bisogni ineludibili, si può fare qualche passo avanti.



## Piccolo glossario per una migliore comunicazione tra MMG e specialista nefrologo

Brugnano R, Battistoni S\*, Ricci E\*, Bertoldi P, Quintaliani G<sup>^</sup>. SC Nefrologia e Dialisi Azienda Ospedale Perugia, <sup>^</sup> Coordinatore Governo Clinico SIN \*Scuola di Specializzazione Nefrologia Università Perugia-Chieti

L'Insufficienza renale cronica (IRC), definita come riduzione del GFR  $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ , è una delle patologie croniche in forte espansione, soprattutto per l'aumento dell'età media della popolazione, dell'incidenza di patologie cardiovascolari e del diabete<sup>1 2</sup>.

Tuttavia tale espansione risulta di difficile stima, concorrendo a ciò la scarsa sintomaticità e la bassa identificazione negli stadi più precoci.

Facendo riferimento alla classificazione della malattia renale proposta dalla American Kidney Foundation ed applicabile su scala mondiale (Figura 1: classificazione DOQI), si stima che attualmente in Italia circa 4 milioni di pazienti con IRC siano in stadio 3-5 sec. K-DOQI, ma meno del 30% di quelli in stadio 4-5, sarebbero noti presso gli ambulatori nefrologici.<sup>(3)</sup>

I soggetti affetti da diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiache, obesità, grande anzianità, esposizione a fumo di sigaretta, basso stato sociale hanno maggior probabilità d'essere affetti da IRC<sup>4</sup>. Tali fattori di rischio per la comparsa o progressione della IRC sono in gran parte comuni a quelli per le malattie cardiovascolari. La IRC è un marcatore di malattia cardiovascolare; alterazioni della funzione renale o dell'esame delle urine possono precedere la comparsa di sintomi di cardiopatia ischemica o la evidenza strumentale o laboratoristica di malattia cardiovascolare. Un intervento precoce centrato sui pazienti con IRC aumenta le possibilità di successo della prevenzione e della cura delle

malattie cardiovascolari; per tale motivo la valutazione della funzione renale sta assumendo una crescente importanza, soprattutto in termini di prevenzione secondaria delle complicanze dell'insufficienza renale cronica, potenzialmente letali.

Purtroppo risulta scarsa la consapevolezza delle dimensioni del problema e, di conseguenza, dell'importanza di un attento follow-up di questi pazienti, soprattutto per quanto riguarda la gestione e la prevenzione delle complicanze.

Le complicanze dovute alla IRC sono numerose ed iniziano in fase relativamente precoce della malattia<sup>5</sup>. (Figura 2) La prevalenza crescente della IRC induce ad una stretta sorveglianza di tale popolazione, condivisa tra Medico di Medicina Generale (MMG) e specialista: se la prevalenza della popolazione affetta da riduzione della funzione renale fosse di circa 4 milioni (6% della popolazione), le strutture nefrologiche ben difficilmente potrebbero farsi carico dell'*assessment* e del *follow-up* di tale mole di pazienti.

Spesso MMG e Specialisti si trovano in difficoltà a comunicare circa le modalità ed i contenuti dei controlli longitudinali dei nefropatici inquadrati in schemi spesso poco chiari o poco condivisi<sup>6</sup>.

Abbiamo ritenuto, quindi, utile fornire un piccolo Glossario che sottende la valutazione diagnostica di base ed il follow-up del nefropatico con la duplice finalità di permettere una precoce identificazione delle alterazioni metaboliche e /o un controllo longitudinale scevro da accertamen-

ti inutili o posticipazioni di visite per mancanza o insufficienza di dati. Questa review non vuole essere un percorso diagnostico-terapeutico delle nefropatie ma un piccolo glossario degli esami normalmente richiesti per il follow-up di una malattia renale già accertata.

La frequenza media della visita specialistica e degli esami di laboratorio dovrebbe di 6-9 mesi in classe DOQI 3 mentre nel paziente con una IRC classe DOQI 4-5 (GRF < 15 ml/min) l'intervallo tra un controllo e l'altro può arrivare fino ad 1 mese e mezzo circa .

## **GLOSSARIO NEFROLOGICO**

### **AZOTEMIA:**

*Rappresenta il parametro di laboratorio con il quale si stima l'UREA, sostanza che si forma nel fegato alla fine dei processi di catabolismo delle proteine; in pratica gli aminoacidi che non vengono utilizzati per scopi anabolici (formazione di nuove proteine) vengono immessi nel ciclo di Krebs e degradati nel fegato con formazione finale di urea, poi eliminata dal rene.*

L'aumento di tale valore si verifica quando la clearance della creatinina, espressione del filtrato glomerulare, scende sotto i 50-60 ml/min, oppure in seguito ad ipercatabolismo o, viceversa, per eccessiva introduzione di elementi proteici. Questo parametro è quindi indicativo di come e di quanto il paziente si alimenta. Una azotemia aumentata può, infatti, essere riscontrata non solo per abbondante introduzione di proteine, ma anche in seguito a scarso introito di calorie e conseguente dimagrimento: tale situazione prende il nome di neoglucogenesi, (gli aminoacidi sono usati per produrre energia e dal loro catabolismo si crea urea che poi viene metabolizzata ad azoto). Altro motivo frequente di iperazotemia e' la disidratazione spesso indotta da diuretici; un meccanismo tipico della IRC prerenale (ad esempio il paziente con scompenso cardiaco e importante terapia diuretica).

**CREATINEMIA:** *è una sostanza che proviene dal metabolismo della creatina, prodot-*

*ta dai muscoli e quindi in stretta relazione con la massa muscolare. In generale non e' in relazione alla alimentazione, non è riassorbita ed è solo in modestissima misura secreta dai vari segmenti del nefrone, è di facile determinazione laboratoristica. Per tali motivi è molto piu' affidabile della azotemia quale marcatore della funzione renale.*

I kit per il dosaggio della creatinina in commercio sono numerosi e purtroppo molti di essi sono calibrati in modo differente, così che in diversi laboratori la misurazione di questo parametro può dare valori differenti soprattutto quando usata per la stima della funzione renale.

Per tale motivo molti pazienti con creatinina definita normale dai laboratori hanno invece delle forti riduzioni del filtrato. (Figura 4).

**VALUTAZIONE FUNZIONE RENALE** Proprio per la inaffidabilità della sola creatinina e' necessario ricorrere ad altri sistemi per la misura della funzione renale. La clearance creatinina e' il più antico metodo di stima del volume di filtrato glomerulare (VFG), espresso come ml di sangue depurati nel tempo (un minuto) della creatinina . Ciò comporta la misura della creatininuria dosata sulla raccolta urinaria delle 24 ore. I valori di clearance della creatinina che provengono dal laboratorio sono riferiti alla superficie corporea dell'individuo e, in individui che si discostano molto dalla superficie corporea media, essi dovrebbero essere normalizzati per la superficie corporea standard (1,73mq). La clearance della creatinina sovrastima il VFG soprattutto in corso di IRC in quanto la creatinina viene maggiormente secreta a livello tubulare e la sovrastima è tanto maggiore quanto più la creatinina è elevata.

**Le formule per il calcolo della funzione renale**

Consentono di estrapolare il VFG sulla base della creatininemia e di altre variabili antropometriche e demografiche che, non richiedendo la raccolta urinaria, risultando così di piu' facile applicazione.

La formula più utilizzata per il calcolo del-

la funzione renale è quella derivata dallo studio MDRD (*Modification Diet in Renal Disease*)<sup>(7)</sup>, che stima il filtrato glomerulare sulla base creatinina, età e sesso del paziente, con il limite di possibile sottostima del VFG, fino al 15%, nei soggetti con funzione renale normale. <sup>(8 9 10)</sup> Inoltre tale formula non e' stata validata in pazienti oltre il 75° anno di vita; lo scarto potrebbe aggirarsi intorno ai 5-7 ml/min e quindi la formula risulta utilizzabile per motivi clinici mentre per screening e studi potrebbe comportare qualche *bias*. Poiche' non sono necessari altri parametri clinici e' spesso riportata in automatico da molti laboratori analisi. Un'altra formula molto utilizzata per la stima della funzione renale e' la *Cockcroft- Gault*, che stima la clearance della creatinina e non il filtrato. Richiede, pero', per la sua determinazione il peso corporeo. In caso di sovrappeso dovuto ad obesita' potrebbe essere necessario inserire non il peso attuale ma il desiderabile per evitare problemi di sovrastima (in soggetti con BMI >30).

Per superare il problema della erronea classificazione dei pazienti nefropatici per sovra/sottostima della clearance, è stata recentemente studiata una nuova formula, che corregge parzialmente l'errore, ovvero la *CKD-EPI (Cronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)*<sup>11</sup> che si avvale necessariamente della creatinina calibrata (come ad esempio quella utilizzata presso la Azienda Ospedale di Perugia). L'obiettivo è fornire una valutazione del VFG più accurata rispetto alle precedenti nei soggetti con funzione renale normale o lievemente ridotta (tra 90 e 60 ml/min), ed ha dimostrato aver raggiunto tale scopo fornendo in questi soggetti un valore più vicino a quello del VFG rispetto alla MDRD. <sup>(125, 8)</sup>

La stadiazione della IRC secondo la K-DO-QI, utilizza la funzione renale per la suddivisione dei 5 stadi di insufficienza renale e per il monitoraggio longitudinale del paziente. (Fig 1). In rete esistono molti calcolatori nefrologici che possono dare risultati affidabili ed attendibili.<sup>13 14</sup>

**EMOCROMO e assetto marziale:** *una delle complicanze più frequenti dell'IRC è l'ANEMIA normocromica normocitica, conseguente ad una ridotta o assente produzione di eritropoietina (EPO) da parte delle cellule interstiziali renali. (Figura 5)*

È fondamentale, prima di etichettare l'anemia come secondaria all'insufficienza renale, escludere altre cause, come carenza di ferro, perdite gastro-intestinali o malattie ematologiche.

Nel follow-up dell'anemia nell'IRC il dato più importante da esaminare è la risposta reticolocitaria, che in questi pazienti risulta sotto i limiti della norma per il ridotto stimolo midollare da parte dell'EPO.

La terapia sostitutiva con eritropoietina è indicata in quei pazienti con Hb < 10 g/dl, previa ricostituzione dei depositi marziali <sup>(3 7)</sup>. E' questo un concetto fondamentale, come si vede dalla figura 5 la terapia con EPO potrebbe non avere alcun effetto o comunque un effetto modesto in presenza di carenza marziale.

**METABOLISMO CALCIO-FOSFORO e PTH:** *il calcio e il fosforo sono i sali minerali presenti in maggiore quantità nel nostro organismo ed hanno un importante ruolo nella produzione di energia, nello sviluppo osseo e cellulare e nella contrazione muscolare.*

Il metabolismo calcio-fosforo è un'importante indice diagnostico e prognostico nell' IRC, controllato dal paratormone (PTH). Solitamente nell'insufficienza renale si ha IPERFOSFOREMIA, conseguente al danno renale, agli introiti con la dieta e alla diminuita escrezione del fosforo, e IPOCALCEMIA per mancata attivazione della vitamina D. (Figura 6)

L' IPERPARATIROIDISMO SECONDARIO che si sviluppa in risposta all'ipocalcemia e all'iperfosforemia (il PTH e' in grado di mobilizzare il Ca dalle ossa ed aumentare la escrezione urinaria di P), è una delle principali complicanze della IRC. Un aumento dei valori del PTH, spesso molto precoce con VFG appena sotto i 60 ml/min, può portare nel corso del tempo a gravi danni renali, cardiaci e scheletrici. I disturbi del

metabolismo calcio-fosforo sono infatti alla base di malattie dell'osso (OSTEODISTROFIA RENALE), delle calcificazioni dei tessuti molli e soprattutto vascolari, con accelerazione dell'aterosclerosi e, di conseguenza, della mortalità cardiovascolare.

**SODIO-POTASSIO:** Sono i cationi più importanti del nostro organismo. Essendo il sodio distribuito prevalentemente nel compartimento extracellulare, alterazioni dei suoi valori sono generalmente legati alle condizioni di idratazione del paziente, mentre il potassio risente molto meno dello stato di idratazione, essendo presente prevalentemente a livello intracellulare.

Si osserva iperkaliemia soprattutto nelle fasi avanzate della malattia. Talvolta l'aumento della kaliemia può essere talmente lento e graduale da non manifestarsi clinicamente con sintomi cardiologici, stanchezza o crampi muscolari.

Altra causa importante di iperpotassiemia è l'utilizzo di alcuni farmaci quali ACE-INIBITORI, SARTANICI e DIURETICI RISPARIAMANTI DI POTASSIO!

Nei pazienti con IRC risulta fondamentale il controllo dell'apporto dietetico di tali elettroliti; ridurre, laddove necessario, l'assunzione di sale e di cibi ricchi di potassio (es. banane, frutta fresca), permetterà di evitare gravi complicanze.

Attenzione inoltre a:

- Febbre o stati infettivi, in seguito ai quali può svilupparsi marcata acidosi e peggioramento della iperpotassiemia
- Improvvisa contrazione della diuresi. La sorveglianza di sodiemia e sodiuria permette, infine, di ridurre il rischio di una drastica riduzione delle riserve di sodio anche nel soggetto iperteso con IRC.

**EMOGASANALISI:** nell'IRC viene meno una delle funzioni principali del rene che è quella di mantenere un adeguato equilibrio acido-base tramite riassorbimento tubulare e formazione dei bicarbonati. In genere l'equilibrio si mantiene fino a quando il volume del filtrato glomerulare non scende al di sotto del 50% dei valori normali grazie, anche, all'attivazione del meccanismo di compenso polmonare con

ipocapnia. La complicanza più frequente è rappresentata dalla acidosi metabolica.

Al fine del controllo di tale alterazione, può essere sufficiente un'emogasanalisi (EGA) venosa: il principale parametro da valutare è la bicarbonatemia ( $\text{HCO}_3^-$ ), il prelievo venoso riduce il disagio al paziente. Un discreto compenso metabolico si raggiunge con valori di  $\text{HCO}_3^- > 18 - 20$  mmol/L.

Attenzione particolare meritano i soggetti diabetici in terapia con METFORMINA, per il rischio aggiuntivo di sviluppo di acidosi lattica.

**COLESTEROLO:** il dosaggio dell'assetto lipidico viene considerato un indice importante di rischio cardio-vascolare, che contribuisce indirettamente ad una più rapida progressione del danno renale. Il controllo del colesterolo può essere effettuato non solo con una dieta adeguata, ma anche con l'aiuto di farmaci come le statine.

Le linee guida sulla terapia dell'IRC (KDIGO) mettono in risalto l'importanza dell'utilizzo delle statine nel trattamento dei pazienti nefropatici con ipercolesterolemia, in quanto sono in grado di ridurre il rischio cardiovascolare<sup>15</sup>.

**AZOTURIA:** ci permette di quantificare le sostanze azotate escrete con le urine. La azoturia è determinante per valutare l'aderenza alle prescrizioni dietetiche in quanto con addette formule è possibile risalire all'introito proteico<sup>16</sup>: in una situazione di "steady-state" l'azoto escreto è uguale a quello introdotto (Proteine introdotte =  $(\text{Urea urinaria} + (\text{peso} * 0.025)) * 6,25$ )

**ALBUMINURIA e PROTEINURIA:** fondamentale la sua valutazione nel paziente nefropatico, essendo espressione di danno renale, dovuto ad una alterata permeabilità dei capillari. La albuminuria è considerata un importante indicatore di rischio cardiovascolare anche in soggetti senza una importante riduzione della funzione renale<sup>17</sup>. In condizioni fisiologiche i valori di albumina escreta in 24 ore sono inferiori a 30 mg (Figura 7). Una persistente escrezione tra 30 e 300 mg/die, microalbuminuria, correla con

il danno endoteliale nel soggetto a rischio. Al disopra di 300 mg/die, livello a cui il dipstick standard diventa positivo, si parla di macroalbuminuria o proteinuria, intendendo con quest'ultimo termine, la perdita anche di altre proteine quali immunoglobuline, transferrina ecc.

La determinazione di albuminuria e proteinuria è particolarmente importante nel follow-up del paziente specie con nefropatia diabetica e cardiopatia, correlando con la progressione del danno renale.

**SODIURIA:** ci permette di stimare l'introduzione di sodio con la dieta. La sodiuria in

mEq/die divisa per 17 ci fornisce i gr di sale introdotti con la dieta.

Per tutti gli esami provenienti dalla raccolta urinaria ci sono alcune precauzioni ma almeno due sono indispensabili:

- a) le modalità di raccolta delle urine sia come tempi che come quantità sono fondamentali-per evitare raccolte errate che possano inficiare i calcoli (è molto utile fornire uno schema ai pazienti in modo da istruirli su come eseguire correttamente la raccolta) (Fig 8)
- b) che il paziente sia in stato di equilibrio e non abbia situazioni acute intercorrenti

## PERMESSI ZTL CENTRO STORICO DI PERUGIA



Cari colleghi vi informo che dal primo dicembre 2012 è in vigore il nuovo regolamento che disciplina l'ingresso delle auto nelle zone a traffico limitato e che coinvolge anche noi medici.

### **TUTTI i vecchi permessi scadranno il 30 settembre 2013.**

La comunicazione è arrivata all'ordine e, avendo già in precedenza seguito questo argomento, mi sono attivato per prendere accordi con il comandante della polizia municipale per evitare il più possibile disagi ai colleghi interessati. Vi premetto che la normativa prevede che ogni singolo medico compili un modulo specifico e che lo consegni presso gli uffici della polizia municipale per ritirare successivamente il permesso. Per evitare tutto questo ho ritenuto opportuno chiedere un colloquio con il comandante dal quale è emerso che:

la nuova normativa prevede che il rilascio dei permessi riguarderà solo i medici di medicina generale e i pediatri.

L'ordine invierà all'ufficio permessi la lista dei medici convenzionati e la consegna dei nuovi permessi avverrà presso la segreteria dell'ordine.

Sarà possibile da parte dei sanitari individuare una sola targa abbinata all'auto che si utilizza normalmente per le visite ambulatoriali.

Rimane l'obbligo di parcheggiare il proprio mezzo in condizioni da non intralciare il traffico.

Esporre il permesso di visita domiciliare e il disco orario.

Rimane comunque il fatto che qualsiasi sanitario abbia la necessità di accedere al centro storico per visite occasionali urgenti può richiedere il permesso temporaneo presso gli uffici della polizia municipale.

DOTT. VALERIO SGRELLI



## IVA: I CERTIFICATI PER LA PATENTE E PER IL PORTO D'ARMI SONO ESENTI

Spesso ci pervengono richieste in merito all'assoggettamento all'IVA di alcune certificazioni. Dal sito della FIMMG di Roma riportiamo integralmente:

In merito alle richieste di chiarimenti che ci sono giunte in questi giorni sulle modalità di pagamento delle certificazioni per la patente e per il rilascio del porto d'armi che sarebbero esenti dal pagamento dell'IVA, ribadiamo che ad una istanza di nostri colleghi all'Agenzia delle Entrate del 9 novembre 2012, si riceveva una chiarissima risposta con interpretazione dell'articolo 10 del D.P.R. n. 633 del 1972 che chiarisce in modo netto che il rilascio del certificato oggetto dell'accordo citato deve ritenersi **esente dal pagamento dell'IVA.**

**OGGETTO:** Interpello 913-698/2012-ART111, legge 27 luglio 2000, n.212. Istanza presentata il 09/11/2012

Con l'interpello specificato in oggetto, concernente l'interpretazione dell'art. 10 del DPR n. 633 del 1972, è stato esposto il seguente QUESITO

Il Dottor XY (di seguito "l'istante"), medico di medicina generale, convenzionato con la ASL RMA, chiede chiarimenti in merito alla corretta fatturazione, ai fini IVA, cui assoggettare i certificati anamnestici propedeutici al rilascio del porto d'armi.

Nello specifico, l'istante fa presente che per il rilascio dei suddetti certificati ha sempre provveduto all'applicazione dell'IVA, ritenendoli non riconducibili direttamente ad attività di diagnosi (o cura) del paziente e limitandosi a descrivere in modo sintetico la presenza (o assenza) di determinate patologie onde poter permettere al collega medico militare la valutazione ai fini di un possibile rilascio del porto d'armi.

L'istante evidenzia di essere venuto a conoscenza di un parere reso dalla Direzione centrale Normativa nell'ambito della consulenza giuridica (n.954-52/2010), in cui viene affermato che il certificato anamnestico, ai fini del rilascio della patente automobilistica, è da considerare esente ai fini IVA, in base all'articolo 10, n.18) del D.P.R. 26 ottobre 1972, in quanto da rapportare ad una più ampia accezione della tutela della salute.

Di conseguenza, vista l'analogia fra i due certificati in questione, l'istante chiede se deve assoggettare ad IVA il certificato anamnestico per il rilascio del porto d'armi.

**SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DAL CONTRIBUENTE**

L'istante non prospetta alcuna soluzione interpretativa.

## PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

L'articolo 10, n.18) del D.P.R. 26 ottobre 1972, n.633 prevede l'esenzione per " le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n.1265 e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze".

La circolare 28 gennaio 2005, n.4, in conformità anche a quanto affermato dalla Corte di Giustizia Europea, ha evidenziato le situazioni in cui è possibile applicare l'esenzione IVA.

Nella medesima circolare viene ribadito che l'ambito di applicazione della citata esenzione va rapportato alle prestazioni mediche di "diagnosi, cura e riabilitazione" il cui scopo principale è quello di "tutelare, mantenere o ristabilire la salute delle persone"; relativamente all'individuazione di certificati come quelli per rilascio patente o per esonero di attività sportive, ecc., è stato chiarito che gli stessi vengono rilasciati in regime di esenzione, in base al disposto del n.18) citato, considerata la tutela della salute pubblica.

Scopo precipuo, infatti, è quello di agevolare l'attività di prevenzione e di conseguenza, evitare che persone non in condizioni fisiche e psicologiche adeguate possano costituire per se stessi e per la collettività un serio pericolo.

In tale ottica, tenuto conto che il certificato anamnestico per il rilascio del porto d'armi è da ricondursi all'ambito delle certificazioni che possono essere considerate necessarie alla tutela della salute (dato che uno stato di salute del soggetto non idoneo potrebbe comportare per se stesso e per la collettività dei pericoli o dei danni), si ritiene che il rilascio del medesimo, da parte del medico, sia esente da IVA, ai sensi del predetto n.18) citato.

Il Capo Settore Luigi Abritta su delega  
Dir. Reg. Carlo Palumbo

## RINVIATO AL 15 AGOSTO 2014

### L'obbligo di Assicurazione R.C. Professionale

Nel Decreto Legge "Fare", presentato dal Governo, è stato **deciso il rinvio al 15 agosto 2014 dell'obbligo, per medici ed odontoiatri che esercitino qualsiasi tipo di attività, di sottoscrivere una Polizza di Responsabilità Civile Professionale.** Approvato dalla Camera dei Deputati, al momento di andare in stampa, manca solo l'avallo definitivo del Senato, dato peraltro per scontato, in sede di conversione del decreto. (In ogni caso sarà opportuno consultare sempre il sito dell'Ordine o quello del proprio Sindacato!) L'obbligo della polizza RC, che in un primo tempo era previsto per il prossimo 13 agosto 2013, avrebbe riguardato non solo i liberi professionisti, ma anche i dipendenti pubblici.

In seguito alle richieste di diversi colleghi interessati ai ricorsi per la remunerazione degli anni di specializzazione, questo Ordine ha sottoscritto, una apposita convenzione con la CONSULCESI

#### CONVENZIONE

tra

L'ASSOCIAZIONE CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO, con sede in Roma, Via G. Peroni 400 Cap 00131, C.F. 97622300586, in persona del legale rappresentante Fiorella Cendret

e

CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO S.r.l., con sede in Roma, Via G. Peroni 400 Cap 00131, C.F. 09402841002, in persona del legale rappresentante Massimo Tortorella

e

ORDINE dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia, Via Settevalli 131 - 06129 Perugia, in persona del legale rappresentante Presidente Dott. Graziano Conti

#### PREMESSO

- che la ASSOCIAZIONE CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO offre servizi ai medici sia in campo professionale che per il tempo libero;
- che CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO S.r.l. organizza e coordina tecnicamente le azioni per la tutela dei diritti dei medici;
- che l'Ordine tutela e rappresenta i medici iscritti sull'intero territorio nazionale e nello svolgimento di tale ruolo si occupa anche di valutare convenzioni commerciali in loro favore;

Tutto ciò premesso le Parti:

#### CONVENGONO QUANTO SEGUE

ASSOCIAZIONE CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO e CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO S.r.l si impegnano ad offrire a tutti gli iscritti all'Ordine di Perugia alcuni dei propri servizi, ad un costo inferiore a quello di mercato, qui di seguito indicati e meglio identificati nelle Condizioni di Adesione pubblicate sul sito internet [www.consulcesi.it](http://www.consulcesi.it):

- a) **DIAMOND CARD € 430** comprendente i seguenti servizi\*:  
50 Crediti Ecm (in FAD)  
Pronto Soccorso Legale specializzato (sia in campo professionale che personale)  
Assistenza legale (massimale fino a € 40.000)  
Accesso alla Convenzione Assicurativa  
Parere Legale: (3 pareri per anno di associazione)  
Archivio Sentenze Professionali Mediche  
Rassegna Stampa Scientifica periodica  
Viaggiamondo: servizio viaggi con formule 2x1 nelle migliori località  
Paspартu': servizio di concierge telefonico  
\*eventuali aggiornamenti e/o variazioni dei servizi/prezzi saranno tempestivamente comunicati attraverso l'aggiornamento del sito internet [www.consulcesi.it](http://www.consulcesi.it)
- b) **Adesione alla causa per l'adeguata remunerazione degli anni specializzazione 1982/1991 ad € 900,00 + iva** (pagamento in unica soluzione) per il solo primo grado di giudizio con DIAMOND CARD omaggio.
- c) **Adesione alla causa per l'adeguata remunerazione degli anni specializzazione 1994/2006 ad € 700,00 + iva** (pagamento in unica soluzione) per il solo primo grado di giudizio con DIAMOND CARD omaggio.

L'Ordine, considerando utile per i propri iscritti tale opportunità, si impegna, per tutta la durata della presente convenzione, a promuovere la medesima:

- pubblicando sul sito internet <http://www.ordinemediciperugia.it/una> pagina descrittiva della presente convenzione con un link attivo indirizzato ad una pagina dedicata ai propri iscritti sui siti internet Consulcesi;
- utilizzando tutti gli ulteriori canali pubblicitari a sua disposizione ritenuti opportuni e funzionali;
- agevolando la fruizione della Convenzione per il medico iscritto all'Ordine, che dovrà comunicare espressamente al numero verde di essere un iscritto del suddetto Ordine o compilare la richiesta sulla pagina dedicata per potersi avvalere della convenzione stessa.

ASSOCIAZIONE CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO e CONSULCESI SANITA' NEL DIRITTO S.r.l potranno dare la massima visibilità alla suddetta Convenzione sui propri siti WEB e su ogni altro mezzo di comunicazione ed informativo.

Il presente accordo avrà decorrenza dal 15 Giugno 2013 fino al 15 Giugno 2014, e non sarà tacitamente rinnovabile.

Roma, 10 Giugno 2013

OMCeO Perugia

Associazione Consulcesi Sanità nel diritto

Consulcesi Sanità nel Diritto S.r.l

## Presentazione sintetica

### Progetto convenzionale Servizi e Tutela Legale.

#### **In Breve:**

*Questo documento contiene una presentazione sintetica di quella che si può definire la vera rivoluzione nel mondo della Formazione e dei **Servizi al Medico: La Diamond Card**, che contemporaneamente risolve ogni problema di natura professionale e offre contemporaneamente servizi unici ed esclusivi in campo personale.*

*Prosegue inoltre con una proposta del noto servizio di **Tutela legale** relativa al rimborso degli anni di **Specializzazione** che rimane uno dei temi più caldi ed attuali del mondo medico, dove **Consulcesi** è l'unica Associazione ad aver ottenuto oltre 313.000.000,00 di euro di rimborsi per i suoi Associati, con un'esperienza specifica di 15 anni.*

**Infine presentiamo in ultima pagina il documento di Convenzione, che potrebbe essere stipulata sulla medesima traccia di quella già in essere con gli OMCEO già convenzionati.**

*Il progetto di Convenzione/Adesione che andremo a strutturare insieme sarà personalizzato sulle vostre richieste, e proprio a questo scopo descriveremo, in modo sintetico, ogni singolo punto.*

- **Presentazione sintetica Consulcesi "Diamond Card":**

**La Diamond Card** rappresenta la vera rivoluzione nel mondo dei servizi al Medico, con un gradimento totale riscontrato da parte della Categoria. Per una grande realtà come la vostra, la **Diamond Card** si potrà anche trasformare sia nell'immagine, sia nei contenuti, scegliendo tra i servizi sotto elencati.

**In un unico strumento siamo riusciti a risolvere tutte le reali esigenze professionali del Medico ed offrire contemporaneamente un esclusivo ventaglio di vantaggi unici confezionati "su misura".**

- **Formazione:** *La totalità del fabbisogno formativo medico con l'ottenimento di tutti i 50 crediti Ecm obbligatori direttamente in Fad (formazione a distanza). Il professionista quindi potrà formarsi dove, come e quando vuole, direttamente da Pc, tablet o addirittura smartphone.*
- **Risoluzione del problema Assicurativo professionale con una Convenzione Internazionale a tariffe esclusive che arrivano al 70% di sconto rispetto alla concorrenza.**
- **Pronto Soccorso Legale gratuito:** *La tutela legale completa fino a 40.000 euro annui per poter esercitare nella massima serenità e ricevere la migliore assistenza dei nostri studi legali sia in campo professionale che personale, ad opera dei migliori Avvocati specializzati in ogni singola tematica che da 15 anni assistono al meglio tutta la categoria medica.*
- **Servizi esclusivi e vantaggi unici per il tempo libero per tutta la Categoria Medica:** *come Viaggiamento, per viaggiare in tutto il mondo con Formule 1+1 gratis fino a 3.000 euro o*

**Paspartù** per avere un assistente personale che esaudirà ogni problema organizzativo con la garanzia "miglior prezzo sul mercato".

- **Innovazione tecnologica con i nuovissimi Tablet Samsung e IPAD a costo 0 di attivazione e 168 euro di contributo omaggio sull'abbonamento grazie alla partnership esclusiva con TIM**

**Il tutto con la garanzia di un Partner come Consulcesi che da 15 anni offre il meglio solo al mondo sanitario (e attualmente ha già in uso con grande successo decine di migliaia di card servizi). Alcuni numeri sintetici:**

- **Numero Medici Associati/Clienti: 40.000 ca. nelle varie specializzazioni mediche**
- **Numero Medici presenti nel nostro Database: 200.000 ca.**
- **Numero Medici settimanalmente in contatto con noi attraverso tutti canali informativi (e con comunicazioni altamente profilate e personalizzate in DEM - Direct mailing): 300.000 ca.**

**COSTO DIAMOND CARD: € 600,00 /anno**

**COSTO in Convenzione Ordine dei Medici: € 430,00 /anno**

#### • Tutela legale relativa al rimborso anni di Specializzazione:

*La migliore tutela ed assistenza legale relativa alle mancate o parziali remunerazioni e coperture previdenziali in favore dei medici specializzati tra gli anni 82/91, e tra gli anni 94/2006.*

*La Consulcesi, relativamente a queste cause, è l'unica Associazione ad aver vinto la cifra record di 313.000.000,00 di euro nei tribunali di tutta Italia per oltre 6100 medici associati e ad aver già fatto erogare alle istituzioni di competenza più di 36.500.000,00 di euro ad oltre 1000 professionisti.*

#### **Costo causa di rimborso per anni di specializzazione**

**82/91: Costo ordinario: € 1.200,00**

*Costo in Convenzione: € 900,00 + iva con Diamond Card Omaggio, completa di tutti i suoi servizi sopra indicati (per un ulteriore valore di € 600).*

#### **Costo causa di rimborso per anni di specializzazione**

**94/2006: Costo ordinario: € 800,00**

*Costo in Convenzione: € 700,00 + iva con Diamond Card Omaggio, completa di tutti i suoi servizi sopra indicati (per un ulteriore valore di € 600).*

*I servizi della Diamond Card compresi nell'offerta di Tutela Legale, rendono dunque questa offerta assolutamente unica nel panorama medico.*

*Confermandoci a piena disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, cogliamo l'occasione per inviarvi i nostri migliori saluti. Edoardo Pantano*

**Dir. Marketing e Comunicazione Consulcesi**

**Terzietà** significa essere terzo tra i contendenti. Al di sopra di ogni parte, senza partigianeria.

**Imparziale** significa che nel giudicare e nel trattare si è obiettivi, seguendo unicamente un criterio di giustizia, senza favorire per interesse o per simpatia più gli uni che gli altri.

**“Ogni processo si svolge nel contraddittorio tra le parti, in condizioni di parità, davanti a giudice terzo e imparziale.**

**Art 111 Cost.”**

La recente sentenza sulle responsabilità dell'Eternit e la crisi dell'ILVA ci ricordano alcune questioni nelle quali sono coinvolti dei medici che fanno un lavoro diverso da quello a cui si pensa comunemente quando si nomina questa categoria professionale. Sono i medici che per mestiere si occupano della salute della collettività, più che del singolo, in particolare controllando i rischi connessi alle attività con cui vengono prodotti beni e servizi. Anche loro sono legati al giuramento di Ippocrate (“anche noi” dovrei dire perché è in questa categoria che ho lavorato per la gran parte della mia vita). E anche loro devono affrontare dei compromessi nella interpretazione di quel giuramento. Perché, mettiamolo subito in chiaro, non è uno scandalo dire che nella vita reale non sempre si sa cosa sia meglio per la salute del paziente/cittadino, i nostri utenti hanno in merito idee che vanno ascoltate, la fisiologica propensione all'autodifesa svolge un suo indubbio ruolo nell'orientare il nostro comportamento come sanitari. Ma nel campo della prevenzione collettiva i fattori che condizionano una piena applicazione del “giuramento” sono anche altri:

- Prima di tutto il controllo dei rischi connessi alle attività produttive è oggetto di mediazione in varie sedi non sanitarie (ad esempio l'Organizzazione Mondiale del Commercio, la Comunità Europea, le autorità statali e locali), dove l'esigenza di tutelare la salute viene posta a confronto con le attese di sviluppo economico, presenti in tutte le collettività e particolarmente presenti tra gli imprenditori e gli investitori;
- Ed è da questo livello di mediazione che discendono le norme che vincolano le imprese ad assicurare un certo livello di abbatti-

## Terzietà: è un obiettivo? È praticabile?

Dott. Marco Petrella

mento dei rischi e regolano i contenuti e i modi per l'azione dei servizi sanitari preposti al controllo.

Quale è a questo punto il ruolo dei medici? Perché il tutto non viene affidato alle forze dell'ordine, adeguatamente attrezzate con un supplemento di competenze tecnico-scientifiche?

Innanzitutto la gran parte delle competenze necessarie sono presenti nei servizi sanitari, quindi c'è una forma di opportunità. Ciò non toglie che altre istituzioni intervengono in questo campo con conseguenti sovrapposizioni e contraddizioni. Inoltre, le conseguenze del mancato controllo dei rischi sono traumi e patologie, che qualcuno dovrà diagnosticare, raccogliere sotto forma di casistiche ordinate e interpretare in termini di nessi causali e di correlazioni epidemiologiche. Lavoro che indubbiamente vede un ruolo preminente delle competenze mediche e sanitarie in senso lato. Infine, resta una quota di discrezionalità nel valutare una determinata infrazione in termini di pericolosità per la salute, per cui, a seconda dei casi, si procede a prescrizioni (indicazioni cogenti su cosa modificare nell'assetto dei rischi), a sanzioni pecuniarie, al blocco (o mancato avvio) delle attività, a denunce penali. Nell'agire questa discrezionalità i medici sono chiamati ad essere “terzi”, tra gli interessi degli imprenditori e quelli del cittadino, e questo potrebbe apparire già un primo vulnus della sacralità del “giuramento”. Ma se questa terzietà dovesse oscillare, da che parte andrebbe prevalentemente a pendere? E' questo l'interrogativo che pongo ai colleghi che operano sul campo, che soli possono esprimersi con responsabilità e fatti alla mano: la terzietà, ammesso che sia un obiettivo appropriato o comunque non evitabile, è sempre praticabile?



## VITTORIO TRANCANELLI “L'amore di Dio in sala e nella vita”

Dott. Piero Grilli

Carissimi colleghi, vorrei condividere con tutti voi la gioia dell'annuncio che il prossimo 23 giugno, giorno della vigilia del quindicesimo anniversario della morte di Vittorio Trancanelli, S.E. l'arcivescovo di Perugia mons. Gualtiero Bassetti dichiarerà ufficialmente concluso il processo informativo diocesano, la cui documentazione verrà consegnata alla Congregazione delle Cause dei Santi presso la Santa Sede. Per la Chiesa perugina, si tratta del primo avvio-conclusione di un processo informativo diocesano (almeno negli ultimi quattro secoli e mezzo) *super vita et virtutibus* su candidato perugino e per lo più laico. Da qui l'unicità della *causa* relativa al Servo di Dio Vittorio Trancanelli, la cui *fama sanctitatis* sta crescendo di giorno in giorno. Vittorio Trancanelli, laico, medico e padre di famiglia, ha seguito Cristo per tutta la sua



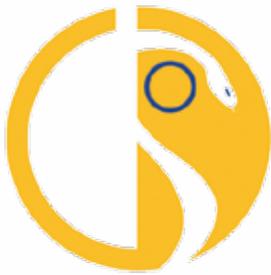
vita attraverso la prova della croce e nella carità cristiana più autentica, quella di farsi carico delle sofferenze e delle povertà degli “ultimi”, soprattutto dei più piccoli. Il suo esempio di uomo, di medico e di cristiano impegnato anche a livello sociale è riconosciuto come modello da molti medici che lo hanno conosciuto. Fermiamoci un attimo, dimentichiamo le difficoltà che la professione ci riserva giornalmente, e riflettiamo sulla vita e le opere di Vittorio Trancanelli leggendo il libro “Vittorio Trancanelli, *l'amore di Dio in sala operatoria e nella vita*”. **Il volume è in distribuzione presso gli uffici dell'Ordine dei Medici di Perugia.** Inoltre consultando il sito Web, [www.vittoriotrancanelli.it](http://www.vittoriotrancanelli.it) si potrà scaricare il giornalino “*gli Amici di Vittorio*” attraverso il quale la vita di Vittorio potrà essere conosciuta e diffusa ulteriormente anche attraverso le testimonianze dirette, fin ad oggi raccolte.

### PROVIAMO A COSTRUIRE L'AGENDA PER GLI EVENTI ECM

Nella giornata di sabato 8 giugno nel Perugino si sono avuti contemporaneamente sette eventi ECM. Tutti coloro che hanno provato ad organizzare un incontro, un convegno se non un congresso sanno molto bene quante risorse umane ed economiche vengano impegnate e non sono più questi i tempi per poter sperperare tale patrimonio. L'ordine dei Medici pertanto si propone per

tenere il calendario degli eventi ECM che si terranno nel suolo provinciale, ovviamente tale iniziativa porterà dei frutti solo se verranno comunicate le date degli eventi stessi.

**Si invita pertanto chiunque abbia l'intenzione di organizzare qualcosa, di consultare e comunicare all'Ordine la data dell'incontro.** Non è necessario affermare che tale agenda costituirà solo un'indicazione e non certo un impegno di responsabilità sulla non sovrapposizione degli eventi.



Federazione Nazionale  
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

## Sentenza Corte di Cassazione - Sezione VI Penale - n. 15006/13 - Diete in centro estetico - Esercizio abusivo della professione medica.

Cari Presidenti,  
si ritiene opportuno segnalare che la Corte di Cassazione - Sezione VI Penale - con sentenza 15006/13 ha condannato per esercizio abusivo della professione medica i titolari di un centro estetico, rispettivamente un commercialista naturopata e una psicologa, i quali dispensavano consigli alimentari dopo aver fatto effettuare esami del sangue e compilato schede individuali e personalizzate con computo delle calorie dei nutrienti da assumere.

In un passaggio chiave della sentenza si rileva che "Il complesso degli elementi così acquisiti ha condotto ad accertare lo svolgimento da parte degli odierni ricorrenti, rispettivamente commercialista naturopata e psicologa, di attività quali, qualificazione dei bisogni nutritivi, verifica di corretta assunzione di alimenti, controllo su intolleranze alimentari, tipiche del medico chirurgo specializzato in scienze dell'alimentazione, azioni tutte precedute da anamnesi e richieste di esami del sangue, che venivano poi interpretati dagli odierni ricorrenti e sulla base dei quali erano redatti programmi alimentari". Al fine di consentire un maggiore approfondimento della fattispecie indicata in oggetto si allega copia della sentenza.

Cordiali saluti

### 08.04.2013 Cassazione Penale – (diete in centro estetico senza specialista: esercizio abusivo della professione)

Il fatto e i profili giuridici  
I titolari di un centro estetico a seguito della conferma in appello della pronuncia di condanna per il reato di esercizio abusivo di una professione hanno proposto ricorso dinanzi alla Corte di Cassazione.

La Suprema Corte ha evidenziato come gli imputati avessero svolto attività di qualificazione dei bisogni nutritivi; verifica di corretta assunzione di alimenti; controllo su intolleranze alimentari, tipiche del professionista specializzato in scienze dell'alimentazione. Tutte le azioni erano precedute da anamnesi e richiesta di esami del sangue

che venivano poi interpretati dai titolari del centro e sulla cui base erano predisposti i programmi alimentari.

Esito del procedimento

La Suprema Corte non ha accolto l'impugnazione proposta dagli imputati.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

Cassazione Penale - Sez. VI; Sent. n. 15006 del 02.04.2013

omissis

RITENUTO IN FATTO

La difesa di X. X. e Y. Y. Y. propone ricorso avverso la sentenza dei 01112/2011 della Corte d'appello di Roma con la quale è stata

confermata la condanna loro inflitta in relazione al reato di cui all'art. 348 cod. pen. in qualità di responsabili del centro "Z. M." di Frosinone,

2. Con il primo motivo di ricorso si deduce violazione di legge penale ed omessa motivazione, anche in relazione alla valutazione delle prove, assumendo che i ricorrenti, titolari di un centro estetico, non avevano posto in essere atti

tipici della professione di medico dietista, in quanto si limitavano a somministrare ai loro clienti consigli sullo stile di vita, e di natura alimentare, in assenza di qualsiasi prescrizione o esecuzione di esami diagnostici.

Anche volendo ricondurre tali attività tra quelle caratteristiche, e non tipiche, della professione medica mancherebbe per integrare il reato il requisito della modalità di esercizio in via continuativa e professionale. Nella specie le condotte degli interessati non possedevano tali caratteristiche, né vi era stata esibizione di titoli o di insegne equivocate nei locali dove si esercitava l'attività.

Si rileva inoltre contraddittorietà della motivazione, nella parte in cui ha preso atto della minore portata accusatoria delle dichiarazioni rese in dibattimento dai clienti rispetto a quanto dichiarato precedentemente, omettendo di dare conto, anche al solo fine di superarle, delle contrarie attestazioni contenute nella consulenza tecnica di parte, acquisita agli atti su 'stanza della difesa.

#### CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il ricorso è inammissibile, riproponendo eccezioni di fatto superate nelle pronunce di merito che risultano congruamente e logicamente motivate, e prive di element' di contraddittorietà.

2. In particolare nella valutazione delle prove, sono state sottoposte ad esame le dichiarazioni dei clienti del centro gestito dalla coppia, che hanno posto in evidenza il tipo di controlli cui erano sottoposti, nonché i consigli alimentari loro dispensati, dichiarazioni che hanno trovato chiara conferma

nelle risultanze delle schede personali rinvenute nel locale ove per ciascuno di essi erano annotati tipologia, quantità e qualità nutrienti degli alimenti assunti.

Il complesso degli elementi così acquisiti ha condotto ad accertare lo svolgimento da parte degli odierni ricorrenti, rispettivamente commercialista naturopata e psicologa di attività quali: qualificazione del bisogno nutritivi, verifica di corretta assunzione di alimenti; controllo su intolleranze alimentari, tipiche del medico chirurgo specializzato in scienze dell'alimentazione, azioni tutte precedute da anamnesi e richieste di esami del sangue, che venivano poi interpretati dagli odierni ricorrenti e sulla base del quale erano redatti

programmi alimentari.

Tali condotte, svolte in maniera sistematica sui clienti del centro "Z. M." gestito dai ricorrenti, evidenziano lo svolgimento della complessiva attività riservata all'esperto in scienza dell'alimentazione, e contraddicono in fatto l'allegata non continuità del compimento di atti, anche solo non tipici, ma raramente caratteristici dell'attività.

Sul punto le allegazioni difensive contenute in ricorso si limitano a riproporre la propria versione dei fatti, senza confrontarsi con le acquisizioni testimoniali e la documentazione raccolta nel corso del giudizio, la cui valutazione risulta nelle pronunce di merito esaustiva, coerente e priva di contraddizioni. La mancata analisi della consulenza tecnica di ufficio prodotta nel corso del giudizio di primo grado, cui si era fatto richiamo in atto di appello, non vicia la sentenza d'appello, atteso che l'autonomia di tale accertamento rispetto al tema del decidere risulta gli chiaramente tracciata nella sentenza di primo grado, e non superata dalle allegazioni difensive contenute nell'atto di impugnazione di merito, poiché è evidente l'ambito astratto, e riferito ad un diverso centro gestito dalla coppia nel quale si muoveva tal accertamento, a fronte delle diverse emergenze di fatto acquisite presso il centro sottoposto ad controllo da parte degli inquirenti, le cui risultanze han-

no dato origine al presente procedimento. L'oggettivo vuoto motivazionale sul punto raggiunge pertanto un elemento di fatto di natura non dirimente, privo dei caratteri di decisività per quanto già illustrato nella pronuncia di primo grado, e risulta inadeguato conseguentemente a viziare l'argomentazione contenuta nella pronuncia impugnata. 3. All'accertamento di inammissibilità dei ricorsi consegue la condanna del ricorrenti al pagamento delle spese del grado e ciascuno

della somma indicata in dispositivo in favore della Cassa delle ammende, in applicazione dell'art. 616 cod. proc. pen.

P.Q.M.

Dichiara inammissibili i ricorsi e condanna i ricorrenti al pagamento delle spese processuali e ciascuno a quello della somma di € 1.000 favore della Cassa delle ammende.

Così deciso il 28/02/2013

Depositato in Cancelleria il 02 Apr 2013



## **Una richiesta del Comando Militare esercito "Umbria" SM-UFFICIO RECLUTAMENTO E COMUNICAZIONE Sezione reclutamento concorsi e forze di completamento**

I medici e gli odontoiatri abilitati all'esercizio della professione, che non abbiano superato il 50° anno d'età, possono presentare istanza di adesione alla "Riserva Selezionata" dell'Esercito Italiano.

La Riserva Selezionata è un bacino di professionisti, uomini e donne, in possesso di requisiti ricercati dalla Forza Armata, a cui è conferita direttamente la nomina, senza concorso pubblico, ad Ufficiale di Complemento dell'Esercito Italiano.

La nomina ad Ufficiale è conferita con provvedimento a carattere "eccezionale" ai sensi dell'art. 674 del D. Lgs. 15 marzo 2010, n. 66 "Codice dell'ordinamento militare", con D.P.R. del Presidente della Repubblica e con attribuzione di un grado militare che può andare da Sottotenente a Maggiore secondo l'età e delle esperienze professionali maturate.

Tale norma riprende le disposizioni dell'abrogato Regio Decreto n. 819/1932, detto Legge "Marconi" perché il primo a beneficiarne fu, appunto, Guglielmo Marconi, uno dei più illustri scienziati del '900.

Gli Ufficiali della Riserva Selezionata sono tenuti nella posizione di "congedo". Laddove la Forza Armata abbia specifiche esigenze da soddisfare, può proporre loro richiami in servizio a tempo determinato, per periodi non superiori a 180 giorni, che potranno aver luogo secondo il dettato dell'art. 987 del D. Lgs. 15 marzo 2010, n. 66 "Codice dell'ordinamento militare", solo col consenso degli interessati.

L'impiego può avvenire in territorio nazionale o all'estero ed è sempre previsto in qualità di "specialista funzionale" nell'ambito dei settori attinenti alla professionalità posseduta. Tutte le necessarie informazioni, indirizzi, e moduli possono essere recuperati sul sito [www.esercito.difesa.it](http://www.esercito.difesa.it) alla voce "Riserva" oppure a - città - ai seguenti punti di contatto presso il

Comando Militare Esercito "Umbria":

Capo Sezione RFC, tel. 075/5750744- mail: [casezrecl@c.mepg.esercito.difesa.it](mailto:casezrecl@c.mepg.esercito.difesa.it);

Addetto di Sezione R F C, tel. 075/5750716,

mail: [adsezrecl@c.mepg.esercito.difesa.it](mailto:adsezrecl@c.mepg.esercito.difesa.it)

Perugia, 22 aprile 2013



## PUBBLICITA' SANITARIA

### Proviamo a fare un po' di chiarezza?

Dott. Antonio Montanari

Dal cosiddetto Decreto Bersani in poi (2006), molte cose (forse troppe!) sono state dette o scritte, in tema di pubblicità sanitaria.

Dal momento che, spesso, il contenzioso che ne deriva riguarda l'Odontoiatria (ma sempre di più anche la Medicina!), il Presidente Nazionale CAO, dott. Giuseppe Renzo, ha recentemente organizzato un interessante convegno nella sede ENPAM di Roma, rivolto a tutte le CAO italiane ed alla presenza di importanti relatori di chiara fama, tra cui rappresentanti del Ministero, dell'Antitrust, giudici (anche della CEPS – Commissione Esercenti Professioni Sanitarie, ovvero Il grado di giudizio), avvocati.

La CAO dell'Ordine di Perugia era naturalmente rappresentata dal Presidente, Dott. Donati, e dal sottoscritto. Su suggerimento dell'amico Andrea, dunque, proverò ad illustrare alcuni punti, che ritengo fondamentali, nella speranza di fare chiarezza e suscitare interesse e dibattito.

- 1) **NON E' PIU' NECESSARIO CHIEDERE IL PARERE PREVENTIVO DELL'ORDINE**, anche se, personalmente, ritengo che, nei casi dubbi, sarebbe sempre da preferire e domandare.
- 2) **LA PUBBLICITA' E' IN GENERALE LIBERA, ANCHE SULLE TARIFFE, E CON**

**I VARI MEZZI OGGI A DISPOSIZIONE (Purché, come vedremo dopo, ci si attenga ai criteri di decoro e dignità della professione!)**

- 3) **DEVE PERO' SOGGIACERE AD IMPRESCINDIBILI REQUISITI. \***

**Deve cioè essere:**

- a) **Corretta**
- b) **Informativa e solo funzionale all'oggetto della professione**
- c) **Veritiera e non ingannevole od equivoca**
- d) **Trasparente, palese e non occulta**
- e) **Non denigratoria**
- f) **Non deve in alcun modo violare segreti professionali**

\* Per la precisione, la attuale legge di riferimento è il DPR 137 del 7 Agosto 2012 che, all'art.4, recita testualmente:

- 1) *E' ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa, avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale ed i compensi richiesti per le prestazioni*
- 2) *La pubblicità informativa di cui al comma 1 deve essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non deve essere*

- equivoca, ingannevole o denigratoria.
- 3) La violazione della disposizione di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare, oltre ad integrare una violazione delle disposizioni di cui ai Decreti legislativi 6 Settembre 2005, n° 206, e 2 Agosto 2007, n° 145.

Va da sé, dunque che:

- a) Non posso dire "io sono l'unico in grado di praticare tale terapia o la pratico meglio di tutti i miei colleghi", se poi, di fatto, non risulta vero e l'affermazione, non veritiera, è facilmente contestabile.
- b) Non posso pubblicizzare titoli che non ho (master ecc), o che non sono riconosciuti in Italia, o che addirittura non esistono
- c) Non posso dire che chiedo (es.) 200 euro per un'estrazione e che dunque per una determinata campagna promozionale (specie per i cosiddetti GRUPPI DI ACQUISTO), praticando il 70% di sconto, la offro a 60 euro, quando invece normalmente (**e la cosa è facilmente verificabile dal blocchetto delle ricevute!!!**) chiedo 100 euro. Lo sconto, evidentemente, sarebbe del 40%, INGANNANDO così il paziente.

In definitiva, dunque, la legge richiamata tende a favorire (a mio avviso giustamente – sbagliatissimo, invece, l'aver eliminato le tariffe minime!) la concorrenza, il libero mercato e l'ingresso dei giovani Colleghi, ma vuole **tutelare in maniera chiara ed inequivocabile pazienti e cittadinanza da messaggi ingannevoli, poco chiari, equivoci, scorretti, o che diano vita a pratiche commerciali sleali!!!**  
**In proposito, ALLORA SÌ, l'Ordine è tenuto**

**a verificare** (art 2, comma 1 della Bersani) il rispetto della trasparenza, veridicità e correttezza del messaggio, **sanzionando i comportamenti scorretti e difforni.**

### **ULTIMO CAPITOLO: DECORO E DIGNITA' DEL MESSAGGIO**

Pure in questo caso, molto è stato scritto e detto. Anche in considerazione di determinati interventi dell'ANTITRUST.

In realtà, cari Colleghi, mi sia permessa l'espressione, con tutto il rispetto per l'eccellente porchetta umbra, che adoro, specie con pane casereccio cotto a legna, meglio se di Nocera Umbra, Città da cui provengo, non ci siamo laureati per vendere determinati prodotti merceologici, ma dobbiamo tutelare la salute dei Cittadini.

Non dovrebbero esserci dubbi, dunque, visti i precisi dettami deontologici.

PER FORTUNA, COMUNQUE, LA RECENTISSIMA **SENTENZA 10304/MAG. 2013 DELLA CORTE DI CASSAZIONE, A SEZIONI CIVILI RIUNITE**, HA SANCITO INEQUIVOCABILMENTE CHE **LA PUBBLICITA' SANITARIA DEVE RISPONDERE AI CRITERI DEONTOLOGICI DEL DECORO E DELLA DIGNITA' DELLA PROFESSIONE** ".....dignità e decoro della professione.....nel doveroso rispetto di precisi e specifici limiti deontologicamente **disciplinarmente rilevanti**".

Già prima, peraltro, la SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE, SEMPRE A SEZIONI RIUNITE, sia il 10 Agosto 2012 (n° 14368), sia il 13 Novembre 2012 (19705), si era espressa nei medesimi termini.

Possiamo dunque, a mio avviso, affermare che sia ormai GIURISPRUDENZA CONSOLIDATA CHE **DECORO E DIGNITA' DEL MESSAGGIO PUBBLICITARIO RIENTRANO NELLA VALUTAZIONE DEI RISPETTIVI ORDINI PROFESSIONALI.**

E con questo...buon lavoro a tutti!



## ENPAM I CONTI SONO A POSTO

Dott. Antonio Montanari

Diciamoci la verità: a proposito di ENPAM si sente spesso dire di tutto e di più. Per questo ritengo sia giusto, specie per i Colleghi più giovani, cercare di contribuire a fare chiarezza. Si tratta, in fondo, di un tema importantissimo: la nostra pensione, oltre alla nostra previdenza.

Fornisco subito, perciò, dati incontestabili: il **PATRIMONIO della Fondazione ENPAM** (fine 2012), tra mobiliare ed immobiliare, è di **quasi 14 MILIARDI di EURO (13,818)**, livello mai raggiunto nella storia dell'Ente. Più di una Finanziaria. Il bilancio consuntivo 2012 si è chiuso con un avanzo di gestione di 1,289 miliardi (rispetto ad una previsione, prudente, di 0,867). Quello del 2011 era stato di 1,085.

Tutti i conti e le proiezioni, inoltre, così come richiesto dalla Min. Fornero, dimostrano una piena sostenibilità per oltre 50 anni. Difatti, anche se al momento l'incremento del numero dei pensionati (+ 5343 nel 2012, per un totale di 94.441 al 31.12.12) è maggiore di quello del numero dei nuovi iscritti "attivi" (+ 1381 nel 2012, per un totale a fine 2012 di 354.553), il sistema si stabilizzerà ragionevolmente nei tempi previsti dalle proiezioni a medio-lungo termine.

Scendendo nei particolari, più che lusinghiero il risultato della gestione non previdenziale, che ha avuto ricavi per 614 milioni (+ 157 rispetto al 2011), di cui quasi 586 (+146,7) dal patrimonio mobiliare ed immobiliare, con una buona performance del portafoglio finanziario.

Quello immobiliare, invece, ha avuto, naturalmente, una redditività minore e proprio per questo l'ENPAM ha avviato una serie di procedure di vendita, attraverso un piano per così dire "etico", cioè indirizzato agli inquilini riunitisi in apposite cooperative, in cui, in sintesi, nessuno viene lasciato indietro, si evita ogni

tipo di contenzioso ed il ricavato è più che soddisfacente per l'Ente. Il primo lotto è di alcuni edifici, per un totale di 300 appartamenti; tutti i dettagli, peraltro, sono consultabili con la massima trasparenza nel sito ENPAM. L'ultimo capitolo è dedicato ad un tema "caldo": il peso, nel patrimonio mobiliare, degli "strutturati", che (attenzione!) sono strumenti finanziari molto meno rischiosi dei famigerati "derivati" e per i quali, comunque, se qualcuno, comprese società di consulenza, sbagliando, causerà perdite all'Ente, viste le azioni legali intraprese a tutela, pagherà di tasca propria. Ebbene, tornando agli "strutturati" si è parlato erroneamente di perdite: non è esatto. C'E' SOLO UN RISCHIO DI PERDITE, per il quale l'ENPAM ha da tempo accantonato, cioè messo in cascina, un fondo speciale, il cosiddetto "fondo di oscillazione valori mobiliari", istituito nel 2008. EBBENE TALE FONDO SI E' RIDOTTO dai circa 400 milioni del 2008 ai 71,8 del 31.12.2012 ed è in continua e progressiva discesa.

Tutto rose e fiori, dunque?

Certamente, gestendo un patrimonio così ampio, degli errori saranno stati commessi e, del resto, tutto è perfettibile e migliorabile. Non dimentichiamo, infine, che il mercato ha spesso offerto a tutti noi bidoni imprevedibili come Parmalat o Lehman Brothers e che comunque la navicella ENPAM, in questi oceani tempestosi, ha saputo mantenere una buona rotta. Tutto ciò detto, se qualche Collega mi rivolgesse una domanda ben specifica, visto che, da libero professionista, la mia unica pensione sarà quella ENPAM, la mia risposta sarebbe netta e chiara:

"EBBENE SI', CARO AMICO, IO DORMO TRANQUILLO!"

# ENPAM 2013

## LA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Sabato 14 settembre 2013

Sala Convegni Ordine Medici Perugia

8.30 Registrazione partecipanti

Saluti:

dott. Graziano Conti

Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia

La previdenza dei sanitari:

dott. Sabatino Orsini Federici

Consigliere Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia

L'ENPAM oggi - i giovani medici e la previdenza:

dott. Alberto Oliveti

Presidente Fondazione ENPAM

Discussione

Coffee Break

La previdenza integrativa, Fondo Sanità:

dott. Luigi Daleffe

Presidente Fondo Sanità

Discussione

Questionario di apprendimento e scheda di valutazione

Sarà data la possibilità ad un numero limitato di iscritti al corso di avere informazione da personale dell'ENPAM, che sarà presente in sede, sulla propria situazione contributivo-previdenziale. Questa possibilità è preferibilmente indirizzata a colleghi vicini all'età pensionabile e/o che afferiscano a fondi speciali.

L'elenco dei medici che potrà accedere a tale prestazione aggiuntiva sarà redatto sulla base dell'arrivo cronologico delle richieste da inviare via mail, insieme alla domanda di iscrizione al corso, al seguente indirizzo:

[uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it).



# Guardiamo lontano per raccontarvi il futuro

Siamo cresciuti naturalmente,  
per essere pronti a raccogliere le nuove sfide.

**Cassa di Risparmio di Fabriano e Cupramontana:  
il futuro è adesso.**

[www.carifac.it](http://www.carifac.it)

Numero Verde  
**800 373797**



**CASSA DI RISPARMIO DI  
FABRIANO E CUPRAMONTANA**

GRUPPO VENETO BANCA