

SMARTFAD

Parte la FAD
dell'OMCeO Milano

[pagg. I-VIII a centro rivista](#)

SANITÀ

Le conseguenze
della Brexit

[pag. 25](#)

L'INTERVISTA

Luigi Tesio: medico
bravo o buono?

[pag. 29](#)

360° Ma quanto mi costi?

[pag. 6](#)

www.omceomi.it

Collegati con l'Ordine

Ricordiamo che, ai sensi dell'art. 16 comma 7 D.P.R. 185/2008, sei tenuto a comunicarci il tuo indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC). Se non lo hai già fatto, segnalalo inviandolo a: segreteria@pec.omceomi.it
Grazie.

I telefoni dell'Ordine

Direzione

Dott. Marco CAVALLO
tel. 02.86471.1

Segreteria del Presidente

Giusy PECORARO
tel. 02.86471410

Segreteria consigliere medicina generale

Cinzia PARLANTI
tel. 02.86471400

Segreteria del vice presidente

Marina ZAFFARONI
tel. 02.86471448

Segreteria del consigliere segretario

Laura CAZZOLI
tel. 02.86471413

Segreteria commissioni

Maria FLORIS
tel. 02.86471417

Area giuridica amministrativa

Avv. Mariateresa GARBARINI
tel. 02.86471414

Segreterie organi collegiali

Ufficio deontologia procedimenti disciplinari

Dott.ssa Daniela MORANDO
tel. 02.86471405

Ufficio iscrizioni, cancellazioni, certificati

Alessandra GUALTIERI
tel. 02.86471402

Cinzia PARLANTI

tel. 02.86471400

Maria FLORIS

tel. 02.86471417

Marina ZAFFARONI

tel. 02.86471448

Front office

Cinzia PARLANTI (Stampa)
tel. 02.86471400

Maria FLORIS

tel. 02.86471417

Amministrazione e contabilità

Antonio FERRARI
tel. 02.86471407

Contabilità - visti d'equità

Gabriella BANFI
tel. 02.86471409

Rossana RAVASIO

tel. 02.86471419

Ufficio Stampa - sito istituzionale

Mariantonia FARINA
tel. 02.86471449

Aggiornamento ECM

Sarah BALLARÉ
tel. 02.86471401

Mariantonia FARINA
tel. 02.86471449

Segreteria commissione odontoiatri

Silvana BALLAN
tel. 02.86471423

Pubblicità sanitaria e psicoterapeuti

Lorena COLOMBO
tel. 02.86471420

CED

Lucrezia CANTONI
tel. 02.86471424

Loris GASLINI

tel. 02.86471412

Centralino

Fabio SORA
tel. 02.864711

ENPAM - Pratiche pensioni

Stefania PARROTTA
tel. 02.86471404

Sportello ENPAM, modalità di ricevimento

Ricevimento telefonico:

lunedì e mercoledì h 14:00-16:00
martedì e giovedì h 10:00-12:00

Ricevimento in sede

(su appuntamento)
lunedì e mercoledì h 10:00-12:00
martedì e giovedì h 14:00-16:00

Per prenotare il proprio appuntamento, chiamare il numero di telefono: 02.86471404

Una segreteria telefonica è sempre attiva per lasciare eventuali messaggi; il referente d'ufficio provvederà a rispondere appena possibile.



EDITORIALE

3 L'ENPAM faccia bene l'ENPAM



IL COSTO DEI FARMACI

- 6 Medicinali extralusso
- 9 Gli alti costi bloccano la ricerca
- 10 Ricerca e sviluppo: ecco la spiegazione
- 12 Il giusto prezzo della salute
- 12 Il valore del farmaco

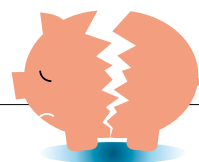
PROFESSIONE

14 Patto per la salute: Regioni e Università non concordano con il ministro



SANITÀ

- 18 Undici milioni senza cure?
- 20 Cresce il sospetto nei confronti dei vaccini: che cosa fare e come reagire?
- 23 Le trappole mentali che alimentano l'ostilità
- 25 Brexit: le controindicazioni per la sanità d'oltremarina



L'INTERVISTA

29 E' meglio un medico bravo o un medico buono?



DIRITTO

33 Una scure incombe sull'assicurazione professionale



CLINICOMEDIA IERI E OGGI

- 36 Un ventenne dai molti problemi
- 38 Un ventenne dai molti problemi 30 anni dopo

STORIA E STORIE

39 Un triennio tra sindacato, mutue e... case chiuse

- 44 Da leggere, vedere e ascoltare
- 47 Corsi ECM
- 48 In ricordo di

SMARTFAD

- 24 La strada della formazione a distanza
- I Le reazioni avverse ai vaccini
- II L'autista di scuolabus teme le uova
- IV Carlo e Alberto, gemelli nella paura
- VI La signora Ortensia ama i fiori





Registrazione al Tribunale di Milano
n° 366 del 14 agosto 1948
Iscritta al Registro degli operatori
di comunicazione (ROC) al n. 20573
(delibera AGCOM n. 666/08/CONS del
26 novembre 2008).

Direttore Responsabile

Roberto Carlo Rossi

Comitato di Redazione

Giuseppe Bonfiglio, Giulia Lavinia
Allegra Borromeo, Luigi Di Caprio,
Costanzo Gala, Ugo Garbarini,
Dalila Patrizia Greco, Maria Grazia
Manfredi, Luigi Paglia, Alberto
Scanni, Ugo Giovanni Tambrini,
Martino Massimiliano Trapani

Redazione e realizzazione

Zadig Srl
via Ampère 59, 20131 Milano
tel. 02 7526131 - fax 02 76113040
segreteria@zadig.it
www.zadig.it

Direttore: Pietro Dri

Redazione: Tommaso Saita, Maria
Rosa Valetto (coordinamento)

Grafica: Luisa Goglio

Autori degli articoli di questo numero:
Damaso Caprioglio, Carlo Castellani,
Cristina Gaviraghi, Cristina Da
Rold, Ugo Falcando, Ugo Garbarini,
Angelica Giambelluca, Maurizio
Hazan, Stefano Menna, Patrizia
Salvaterra, Roberto Satolli, Maria
Rosa Valetto, Roberta Villa

Segreteria

Mariantonia Farina
Via Lanzone 31, 20123 Milano
tel. 02 86471449
stampam@omceomi.it

Stampa

Cartostampa Chiandetti Srl,
Stamperia a Reana del Rojale, Italia

Trimestrale

Poste Italiane SpA – Spediz. In
abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. In L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1,
comma 2, DCB Milano

Dati generali relativi all'Ordine

Consiglio Direttivo

Presidente
Roberto Carlo Rossi

Vice Presidente
Giuseppe Bonfiglio

Segretario
Ugo Giovanni Tamborini

Tesoriere
Luigi Di Caprio

Presidenti Onorari
Ugo Garbarini

Consiglieri
Luciana Maria Bovone, Giovanni
Campolongo, Giovanni Canto,
Costanzo Gala, Maria Grazia
Manfredi, Pietro Marino, Arnaldo
Stanislao Migliorini, Massimo Parise,
Giordano Pietro Pochintesta, Alberto
Scanni, Maria Teresa Zocchi

Commissione Albo odontoiatri

Presidente
Andrea Senna

Segretario
Luigi Paglia

Componenti
Giulia Lavinia Allegra Borromeo,
Jason Motta Jones, Claudio Giovanni
Pagliani

Collegio Revisori dei conti

Presidente
Martino Trapani

Revisori
Giuseppe Brundusino, Maria Elena
Pallaroni

Revisore Supplente
Alessandra Carreri

Nota per gli autori

Gli articoli e la relativa iconografia impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori.
I materiali inviati non verranno restituiti.

Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di apportare modifiche a titoli, testi e immagini
degli articoli pubblicati. I testi dovranno pervenire in redazione in formato word, le illustrazioni
su supporto elettronico dovranno essere separate dal testo in formato TIFF, EPS o JPG, con
risoluzione non inferiore a 300 dpi.

L'ENPAM faccia bene l'ENPAM

PIÙ DI UNA VOLTA mi sono avvicinato al computer con l'idea di scrivere questo editoriale sull'ENPAM e sulle ultime vicende a esso connesse. Ogni volta pensavo che le circostanze da narrare fossero talmente astruse e complesse che, per spiegare tutto in poche righe, avrei dovuto riflettere per qualche tempo. Ora, però, la redazione preme ed è opportuno, per dirla con Paolo Conte, che *“seduto in cima a un paracarro”*, provi a riflettere e a riassumere quanto è successo.

In sostanza, non contenti della riforma di “lacrime e sangue” fatta inghiottire a forza ai Medici e agli Odontoiatri, non contenti dell'andamento perniciosamente altalenante degli investimenti di finanza creativa di alcuni anni fa, il *management* ENPAM si è inventato di costituire alcune società *in house*.

Dagli immobili alle polizze

La prima è ENPAM Real Estate: creata per gestire meglio e in termini fiscalmente più vantaggiosi il patrimonio immobiliare della Fondazione. Peccato che, nonostante il *management* continui a sbraitare il contrario, qualsiasi contributore voglia prendere in affitto un immobile dell'Ente si trova di fronte un percorso irto di ostacoli e di incertezze che metterebbe in difficoltà anche un *Navy Seal* statunitense. Più di recente, però (all'incirca un anno fa), sono state costituite altre entità societarie. Innanzitutto la ormai famigerata ENPAM Sicura: una società che avrebbe dovuto erogare ai contributori varie prestazioni, per lo più in campo assicurativo, come la polizza dei primi trenta giorni di malattia, attualmente gestita principalmente da una nota compagnia assicurativa italiana. Inoltre, è stata costituita Salute Mia, una società di mutuo soccorso che avrebbe dovuto fornire ai Medici e agli Odontoiatri una polizza salute particolarmente vantaggiosa. Il problema è che, in febbraio, il Ministero del lavoro non ha approvato il fatto che ENPAM Sicura possa erogare prestazioni assicurative. Questo, sembrerebbe di capire, in quanto tale società non ha le caratteristiche per essere considerata impresa assicurativa. Nel frattempo, senza aspettare il parere dei ministeri competenti, ENPAM Sicura ha assunto oltre quaranta persone e Fondazione ENPAM ha iniziato a erogare un milione e mezzo di euro per la sua creazione. A questo punto le ragioni di chi ha amministrato tali società cominciano a divergere. Il dottor Giacomo Milillo, ex segretario della FIMMG ed ex presidente di ENPAM Sicura subito dopo il dottor Giampiero Malagnino, vicepresidente ENPAM, accusa il dottor Alberto Oliveti di aver cambiato repentinamente idea sulla *mission* aziendale della società e di aver, di fatto, determinato la dipartita di ENPAM Sicura. I vertici ENPAM accusano invece Milillo di aver gestito male la nuova società e di aver causato a Fondazione ENPAM un danno di oltre 3 milioni di euro.

Chi vi scrive è rimasto disgustato da quanto già era evidente dalla lettera relativa a ENPAM Sicura del dottor Milillo (zeppa di velenose accuse), che girava a fine luglio, ma anche dal ritorno della Fondazione (a stare a quanto divulgato dalla stampa, e non smentito) su rischiosi investimenti di tipo finanziario. Per questa ragione, a inizio agosto, sono sceso direttamente in campo e ho chiesto alle Autorità preposte di valutare il commissariamento della Fondazione o, in alternativa, di conoscere tutti i documenti relativi alla costituzione di queste società *in house*. L'unico presidente di Ordine che ha seguito il mio esempio

è stato il dottor Giancarlo Pizza di Bologna. Solo recentemente alcuni sindacati si sono associati alla richiesta di commissariamento della Fondazione. In settembre abbiamo poi tutti letto il nuovo esposto fatto dal dottor Milillo. Ventisette (diconsi 27) pagine di esposto in cui si analizza dettagliatamente tutta la vicenda ed emerge un quadro complessivo davvero poco esaltante.

Previdenza e assistenza, l'unica pretesa

“E’ tutto un complesso di cose che fa sì che io mi fermi qui”, dice Paolo Conte. Nel senso che raccontare ancora più nel dettaglio la vicenda farebbe perdere a tutti molto tempo prezioso. I documenti in Internet cominciano a essere abbondanti e chiunque può farsi un’idea precisa di quanto è successo. Io voglio invece fare il punto della situazione e un commento. La Fondazione ENPAM dovrebbe fare previdenza e assistenza per i Medici e gli Odontoiatri. Nessuno le chiede di mettersi a costituire società, costituire assicurazioni, investire o, peggio, entrare direttamente nella costruzione di prodotti finanziari più o meno a rischio. Ma questi signori hanno chiesto ai contribuenti che cosa ne pensano? Sono andati in giro per l’Italia a spiegare vantaggi e **rischi** di questi salti nel buio? Lo sanno che ai medici non interessa nulla chi sia il soggetto che eroga la polizza dei primi trenta giorni e invece sono tutti preoccupati di quanto percepiranno di pensione?

Nel 2024 la rendita previdenziale dei contribuiti pensionistici versati dai medici di medicina generale sarà inferiore alla rendita previdenziale attualmente garantita dall’INPS. Nel 2021, la rendita previdenziale dei contribuiti dei liberi professionisti crollerà a poco più del sei per cento, a fronte di versamenti di quasi il venti per cento del reddito. **Sono questi gli elementi di cui preoccuparsi** e non curarsi di creare consigli di amministrazione à gogo (con le relative laute prebende) per società dai compiti sempre più astrusi o di investire su improbabili prodotti finanziari.

Il cantautore astigiano, assorto nei suoi pensieri, aspettava che sbucasse sullo stradone un improbabile Bartali. Io, spero con qualche *chance* in più, aspetto che finalmente i Medici e gli Odontoiatri italiani si scuotano dal torpore e si decidano a pretendere che il loro Ente previdenziale e assistenziale faccia semplicemente (e finalmente bene) previdenza e assistenza. ■



Gino Bartali su una curva in salita durante il Tour de France del 1950.

Le tante novità della rivista

IL VECCHIO *Bollettino* dell'OMCeO Milano cambia nome e diventa *Informami*, testata che pone l'accento su tre elementi cardine: l'**I**nformazione per i medici e gli odontoiatri, ma anche per il pubblico, la **F**ormazione per i professionisti della salute, l'attenzione alla realtà locale di **M**ilano, ma anche alle necessità di ciascun iscritto.

Come vedrete dalle pagine a seguire non è cambiato solo il nome della rivista, ma anche la sua struttura e la sua realizzazione editoriale: troverete numerose sezioni, con articoli sempre più giornalistici, di facile lettura, ricchi di contenuti e con una particolare attenzione alla veste grafico-editoriale.

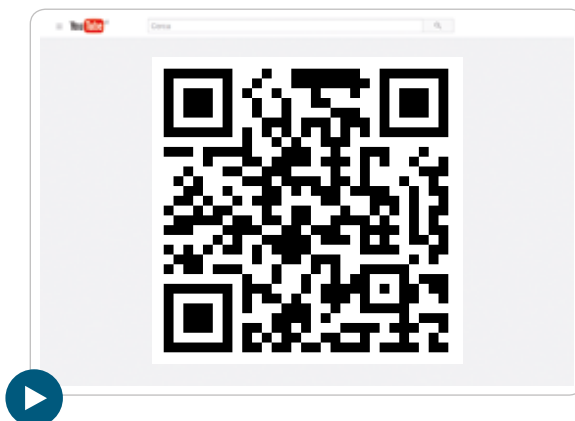
Tra le tante novità merita un cenno SMARTFAD, un programma di formazione a distanza: in ogni numero, nelle pagine centrali di *Informami*, troverete un dossier monotematico centrato sui casi, letto il quale potrete andare online (www.saepe.it) per rispondere al questionario ECM (2 crediti). In questo numero si parla di reazioni avverse ai vaccini (a pagina I).

Potete anche divertirvi con la rilettura in chiave attuale delle celebri clinicommedie di *Tempo Medico* illustrate da Crepax, che sono spunto di riflessione sull'evoluzione della Medicina negli ultimi 50 anni (a pagina 36).

L'autunno riserva a tutti voi un'altra sorpresa. A *Tempo Medico* e alle illustrazioni di Guido Crepax è dedicata una mostra realizzata grazie al contributo di OMCeO Milano con la collaborazione dell'Agenzia Zadig di giornalismo scientifico e dell'Archivio Crepax (a pagina 45).

E se preferite i video alla lettura, a ogni uscita della rivista vi sarà una breve videointervista che fungerà da secondo editoriale...

Per vedere la videointervista basta scansionare il quadratino posto di fianco, ovvero il QR code (codice di risposta rapida), con la fotocamera del proprio dispositivo mobile (smartphone o tablet). Per effettuare questa operazione è necessario avere installato sul proprio dispositivo un'app per la scansione dei codici QR, disponibile in diverse versioni su Apple Store per iOS o Google Play Store per Android.





IL COSTO DEI FARMACI

Medicinali extralusso

PATRIZIA SALVATERRA

Il dibattito sui costi elevati dei farmaci è acceso: le aziende farmaceutiche devono rientrare degli investimenti, quelli già sostenuti e i futuri per i nuovi farmaci, ma la sanità pubblica fatica a concedersi il "lusso" dei nuovi trattamenti. Servono, e ci sono, soluzioni percorribili

SI CHIAMA alipogene tiparvovec e cura una grave e rara patologia metabolica causata dal deficit della lipoproteina lipasi, caratterizzata da pancreatiti acute, spesso associata a diabete precoce e complicanze cardiovascolari. Oltre a essere il primo farmaco approvato in Europa per la terapia genica (quindi non si tratta di una molecola ma di un adenovirus modificato che funge da vettore per trasportare il gene funzionante nelle cellule) a lui va un altro primato, quello del medicinale più costoso al mondo, circa un milione di dollari per un ciclo completo di terapia. Chi potrà permetterselo?

Sui costi elevati dei farmaci il dibattito è quanto mai acceso. Da una parte ci sono le argomentazioni delle industrie farmaceutiche che giustificano il prezzo elevato con la necessità di far rientrare gli investimenti fatti nella ricerca e nello sviluppo del nuovo prodotto e gli elevati margini di profitto per produrre farmaci ancora migliori, sempre più efficaci e sicuri. Inoltre, fino alla scadenza del brevetto sono le aziende produttrici a decidere il prezzo del farmaco, che viene contrattato con chi poi fornirà

le cure: in Europa le agenzie nazionali, negli Stati Uniti le assicurazioni *in primis*. Dall'altra ci sono i professionisti sanitari e le loro associazioni più rappresentative, che denunciano il rischio che i sistemi pubblici nazionali non siano più in grado di rimborsare i trattamenti più cari e più lunghi, come del resto sta già in parte accadendo (basti vedere le questioni relative ai farmaci anti epatite C e a molti biologici antitumorali). Un esempio paradigmatico è quello dell'imatinib, che pure ha rivoluzionato, a partire dagli inizi del Duemila, la cura della leucemia mieloide cronica e la prospettiva di vita dei pazienti. In Italia il costo del farmaco per un mese di trattamento si colloca intorno ai 3 mila euro. Quando negli Stati Uniti fu introdotta la terapia con questo farmaco il suo costo era attorno ai 26 mila dollari l'anno. Questa somma è lievitata e i recenti dati, sempre relativi alla realtà americana, riportano un costo annuo di circa 79 mila dollari. Un aumento ingiustificato, sia perché non si tratta più di un prodotto di nuova generazione, sia perché nel frattempo sono arrivati altri farmaci competitori, come il dasatinib o il nilotinib, pure assai costosi (87 mila e 92 mila dollari anno, rispettivamente). Il caso dell'imatinib è paradigmatico anche perché ci si sta avvicinando alla scadenza del brevetto e non è difficile intuire il malumore dell'azienda produttrice, visto che, a seguito dell'ingresso dei generici, le stime indicano una riduzione del costo dell'imatinib del 40-50%.

Altri esempi? Si pensi alla terapia con venetoclax per la leucemia linfatica cronica, per ora utilizzato in Italia solo per uso compassionevole, ma già registrato negli Stati Uniti a un costo medio mensile di oltre 8 mila euro. O all'alirocumab, un farmaco di seconda linea per le ipercolesterolemie che costa 1.270 euro al mese ed è già disponibile, ma al momento senza rimborso perché l'AIFA non ha ancora deciso nel merito.

GLI ESEMPI di caro-farmaco sono numerosissimi, e altrettante le proposte di soluzioni percorribili, che arrivano non solo dai tecnici e dalla classe medica ma anche dalla società civile, dalle associazioni dei cittadini e dei pazienti. C'è, tra le altre, la richiesta degli oncologi francesi che a marzo di quest'anno hanno lanciato un accorato appello sui giornali nazionali: prevedere prezzi più trasparenti e democratici basati sulle somme realmente investite dall'industria nelle fasi di ricerca e sviluppo del farmaco, che considerino anche l'aiuto fornito dalle università, a cui poi aggiungere un margine di guadagno ragionevole per l'impresa, definito a priori; idea alla quale l'associazione degli industriali farmaceutici si è opposta con fermezza. In Italia c'è chi propone da tempo, come Silvio Garattini, presidente dell'istituto Mario Negri di Milano, un sistema di rimborso del costo del farmaco rateizzato, ovvero fondato sulla sua reale performance in condizioni reali (*effectiveness*), cioè sui risultati terapeutici ottenuti sul campo, e non solo sull'efficacia (*efficacy*) dimostrata negli studi e nella ricerca sperimentale. L'AIFA a tal scopo ha introdotto i "registri di monitoraggio", sistemi che valutano il farmaco sia sotto l'aspetto dell'efficacia terapeutica, ovvero i risultati concretamente ottenuti, sia da un punto di vista economico e di impatto sul sistema sanitario, cioè se ha ridotto o invece ampliato la spesa pubblica. Va anche ricordato che l'Italia è rimasta l'unico paese in Europa con un sistema

Il prezzo di un farmaco

I costi che l'industria sostiene per arrivare a produrre un farmaco si compongono di:



costi vivi per l'acquisto dei componenti chimici e dei materiali



costi industriali fissi (laboratori, uffici, personale, eccetera)



costi per la ricerca e sviluppo



costi per la registrazione.

Nel prezzo, negoziato fra l'Agenzia regolatoria e l'azienda, sono compresi questi costi più un margine di profitto da reinvestire nella ricerca di nuovi prodotti, e un margine di guadagno per gli azionisti. A questo primo prezzo vanno aggiunti un margine per la distribuzione (grossisti, farmacie) infine l'IVA, che in Italia è al 10%. Purtroppo non sono disponibili dati per quantificare quanto, in percentuale, ciascuna di queste voci (a parte l'IVA), incida sul prezzo finale di un farmaco.



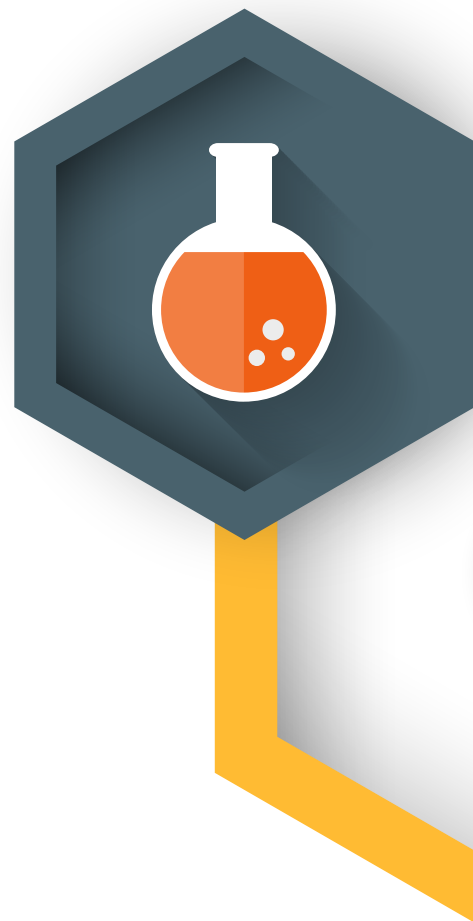


solidaristico universale, dove i farmaci salvavita, quelli più importanti, sono completamente gratuiti per le persone.

GLI INTERROGATIVI di fondo a cui oggi rispondere sono dunque se il farmaco ha veramente prodotto più salute, e se sì a quale costo per la spesa sanitaria. Con la formula del *pay only for responder* l'obiettivo è di arrivare a pagare solo se ci sono risultati significativi, condividendo i rischi con l'azienda produttrice. E nel caso gli esiti non siano adeguati, arrivare a cancellare completamente la quota di partecipazione del pubblico alla spesa. Come esempio per la valutazione si pensi ad alcuni farmaci innovativi anti epatite C, come il sofosbuvir, somministrato da solo o in associazione con ledipasvir a circa 50 mila pazienti, che sarebbe efficace (con scomparsa del virus dal sangue) nell'80-95% dei casi.

Lo scorso anno l'esborso del Servizio sanitario nazionale è stato di 1,7 miliardi di euro l'anno, pari al 7,8% dell'intera spesa farmaceutica. La reale azione terapeutica del farmaco nel prevenire la cirrosi e i tumori causati dal virus si potrà valutare solo nel lungo periodo, dopo almeno 10 anni di utilizzo del farmaco, periodo nel quale andrebbe dunque spalmata la spesa sanitaria.

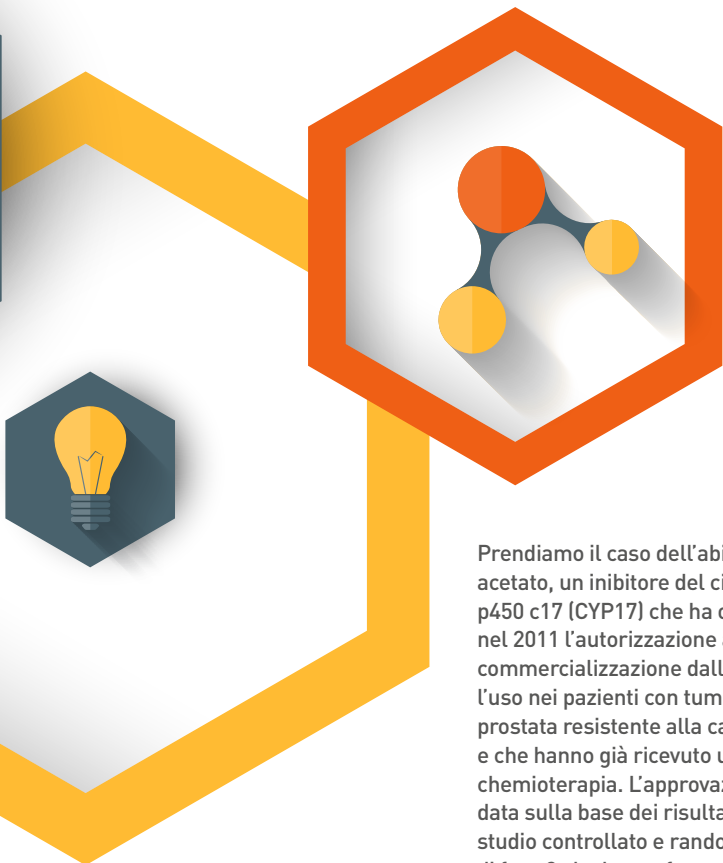
La situazione dell'Italia, che detiene il triste primato europeo di portatori cronici del virus dell'epatite C (circa 1 milione) e di mortalità per il tumore primitivo del fegato, ma dove al momento hanno diritto all'impiego del sofosbuvir solo i casi gravi, configura nello stesso tempo un'emergenza di sanità pubblica e una condizione di discriminazione tra pazienti e diseguità nell'accesso alle cure. Proprio per questo il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, il 16 settembre scorso, richiamando l'accordo TRIPS del 1994 e la successiva dichiarazione di DOHA del 2001, ha dato mandato al Comitato Centrale per un intervento presso il Ministro della Salute finalizzato ad attivare la "licenza obbligatoria". In questo modo, pagando una *royalty* alla casa farmaceutica, produrrebbe il farmaco generico, a un prezzo inferiore. ■



Segreti, secretati o non trasparenti

Prezzi segreti, o secretati: in fase di procedura negoziale fra azienda farmaceutica e AIFA (è il caso per esempio del sofosbuvir contro l'epatite C) vengono decisi sconti che tuttavia non vengono pubblicati in *Gazzetta*, né comunicati alle Regioni, agli ospedali o alle ASL, e sono noti solo all'Agenzia nazionale. Gli enti locali acquistano a prezzo pieno il medicinale e poi l'AIFA, a posteriori, provvede a restituire lo sconto tramite *payback* in base a una determina adottata dall'AIFA stessa. Questo mette in difficoltà le amministrazioni sanitarie periferiche (regioni, ospedali e ASL) in fase di budget annuale di spesa per l'acquisto di farmaci. Su questo tema è recentemente intervenuta sia l'Autorità garante della concorrenza del mercato, che nel 2015 ha stabilito come la determina dell'AIFA n. 1427/2015 violi i principi della libera concorrenza, sia il Parlamento italiano, che ha approvato lo scorso aprile una risoluzione per una maggiore trasparenza negli accordi stipulati fra AIFA e case farmaceutiche.

Prezzi non trasparenti: sono applicati in molti paesi europei, si tratta di un problema di mancata trasparenza che ancora oggi sussiste laddove nella procedura negoziale vengono concordati sconti sul prezzo; tali sconti non sono poi riportati in modo esplicito nella determina AIFA pubblicata in *Gazzetta*, ma vengono tuttavia comunicati agli enti locali preposti, in modo che applichino lo sconto anticipatamente all'acquisto.



Riflessione

Gli alti costi bloccano la ricerca

UGO FALCANDO

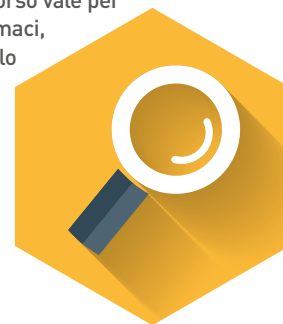
Il fatto che i nuovi farmaci oncologici abbiano costi quasi inaccessibili (un anno di trattamento può costare più di 100.000 euro) non ha conseguenze solo sulle tasche dei pazienti o della sanità pubblica, ma porta a riflessi di non poco conto anche sulla ricerca riguardo all'efficacia e alla sicurezza delle nuove molecole e al confronto con le vecchie. Ne ha scritto sulle pagine del *New England Journal of Medicine* Sham Mailankody, oncologo del National Cancer Institute di Bethesda, negli Stati Uniti. Ecco in sintesi le sue considerazioni.

Prendiamo il caso dell'abiraterone acetato, un inibitore del citocromo p450 c17 (CYP17) che ha ottenuto nel 2011 l'autorizzazione alla commercializzazione dall'FDA per l'uso nei pazienti con tumore della prostata resistente alla castrazione e che hanno già ricevuto una chemioterapia. L'approvazione è stata data sulla base dei risultati di uno studio controllato e randomizzato di fase 3 che ha confrontato l'abiraterone più il prednisone con il prednisone più placebo.

Il farmaco ha mostrato di aumentare la sopravvivenza mediana da 10,9 a 14,8 mesi rispetto al controllo con placebo. Costo del farmaco? Settemila dollari al mese.

Oltre alle riflessioni di ordine etico su quanto sia il valore di pochi mesi in più di vita e a quale prezzo, nel caso specifico occorre fare una riflessione in più e porsi una domanda: esistono alternative all'abiraterone che abbiano il medesimo meccanismo d'azione e che potrebbero essere usate in uno studio di confronto? La risposta è sì, c'è un farmaco di vecchia data, il ketoconazolo, ben noto antifungino, che ha lo stesso meccanismo d'azione dell'abiraterone, inibisce cioè il CYP17 e ha un costo dieci volte inferiore, tra i 500 e i 700 dollari per un mese di trattamento. Che cosa consiglierebbe il buon senso? Di realizzare uno studio controllato e randomizzato nel quale si valutino

efficacia e sicurezza dei due farmaci nel tumore della prostata. Ma chi può avere ora interesse a farlo? Non certo l'azienda farmaceutica che produce l'abiraterone, quindi occorre che ci sia una terza parte che si impegni a tal fine, ma c'è un piccolo particolare. Oltre a trovare e investire i non pochi fondi necessari per disegnare e realizzare uno studio controllato e randomizzato, questa terza parte dovrebbe comprare dalle aziende i farmaci per condurre lo studio. Basta fare due conti per sapere quanti pazienti andrebbero arruolati in uno studio di questo tipo per arrivare a una risposta certa di non inferiorità o meno, su cui poter fare affidamento: 1.122 pazienti dovrebbero essere trattati con l'abiraterone, il cui acquisto costerebbe circa 70 milioni di dollari, rendendo quindi impraticabile la ricerca: chi potrebbe investire tutti questi soldi solo per comprare il farmaco? Forse l'azienda che produce il ketoconazolo, non certo ricercatori indipendenti. Le conclusioni su cui riflettere? Secondo l'autore se uno studio del genere dimostrasse la non inferiorità del ketoconazolo per questa indicazione si potrebbe risparmiare nei soli Stati Uniti più di un miliardo di dollari all'anno, somministrando il vecchio farmaco al posto del nuovo. E questo stesso discorso vale per alcuni altri nuovi farmaci, pure citati nell'articolo di Mailankody. ■



Bibliografia

Mailankody S, Prasad V, et al. *Comparative effectiveness questions in oncology*. N Engl J Med 2014;370:1478-81.



Ricerca e sviluppo: ecco la spiegazione

PATRIZIA SALVATERRA

Per Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, il prezzo dei farmaci è un falso problema; la ricerca farmaceutica è altamente competitiva, molto costosa, ad alto rischio e con tempi lunghi. Non è come lanciare un nuovo modello di *smartphone*, con i farmaci si riparte sempre da zero. Il prezzo, quindi, va visto rispetto all'insieme delle prestazioni sanitarie, ai vantaggi ricavati, sociali ed economici



Qual è la ragione del costo così elevato dei farmaci innovativi?

Il prezzo dei farmaci deriva anzitutto dagli ingenti costi della ricerca e sviluppo di un nuovo medicinale, e dai tempi lunghi che questo sviluppo richiede. Ci vogliono in media 10-12 anni e un investimento di oltre 2 miliardi e mezzo di euro, quando negli anni ottanta "bastavano" 500 milioni. Voglio anche ricordare che solo una sostanza su 10 mila arriva al paziente, e solo 2 su 10 ammortizzano i costi della ricerca. Inoltre, il prezzo dei prodotti farmaceutici in Italia è più basso di circa il 15-20% rispetto alla media degli altri paesi europei (ed extraeuropei); lo hanno confermato recentemente due studi, uno della Banca d'Italia, l'altro condotto dall'Università Bocconi. E poi

voglio aggiungere che da noi ormai è applicato da tanti anni il meccanismo del *payback*, per cui l'industria farmaceutica restituisce al sistema pubblico l'eccedenza della spesa farmaceutica rispetto ai *budget* prefissati: se il sistema sanitario nazionale sfiora il tetto di spesa, è l'industria farmaceutica che ripaga l'eccedenza. E funziona ormai ampiamente anche il *payments by results*. Faccio un esempio. Se un determinato farmaco antitumorale dimostra negli anni la sua efficacia nel 60% dei casi trattati, e già sarebbe un risultato eccezionale, noi restituiamo il 40% della spesa sostenuta dallo Stato per finanziare la terapia con questo farmaco. Proprio perché sul 40% dei pazienti non ha funzionato. Quindi alla fine questo farmaco è costato il 40% in meno. Vogliamo togliere

l'impatto del *payback* dalla spesa farmaceutica? Alla fine il costo pubblico andrebbe calcolato alla luce di questi rimborsi, di questi *payback*. Su 5 miliardi di euro di spesa annua ospedaliera, 1 miliardo lo restituiamo, ciò equivale al 20% dell'intera spesa del comparto ospedaliero. Questo non viene mai considerato né dedotto dal prezzo del farmaco che, quindi, sarebbe ancora più basso di quanto appare. Lo ripeto. Il prezzo dei farmaci, non è il problema o è un falso problema. Poi è chiaro che non tutti i farmaci hanno la fortuna e il successo dei farmaci per il trattamento dell'epatite C. Ma se vogliamo fare dell'informazione corretta, questi farmaci hanno risolto una patologia come l'epatite C che aveva un decorso segnato (dalla cirrosi, al carcinoma, al

trapianto). Lo Stato spende 2 miliardi di euro per la cura dell'epatite C. E quanto costa un trapianto di fegato? Circa 200 mila euro. Ora è chiaro che i benefici apportati da questi antivirali sono immensi per la salute e la qualità di vita dei pazienti e anche per le casse pubbliche. Allora, il prezzo dei farmaci va visto rispetto all'insieme delle prestazioni sanitarie, ai vantaggi ricavati, sociali ed economici. Stesso discorso vale per i farmaci oncologici. Oggi sopravvivono due pazienti su tre, quando solo pochi anni fa era uno su tre.

C'è anche la polemica, recentissima, innescata dai nuovi parametri per il colesterolo LDL che la Società europea di cardiologia ha abbassato a valori inferiori a 100, e che molti medici ipotizzano strumentali all'introduzione delle nuove terapie con gli anticorpi monoclonali anti PCSK9.

Il ragionamento vale anche per i farmaci anti colesterolo. Tuttavia, se le società scientifiche italiane, e la comunità scientifica in generale, se i nostri medici ritengono che i parametri fissati dai colleghi d'oltreoceano siano troppo severi, e che questo abbassamento non serva e non rifletta la realtà, loro hanno la libertà, l'autonomia, la responsabilità di esprimere la propria opinione. Ci tengo particolarmente a ribadire, e lo faccio continuamente, la centralità della figura, del ruolo del medico nel sistema della salute. E' il medico che vede il paziente, e che

deve operare la scelta terapeutica più appropriata, con scienza e coscienza. Non è l'industria farmaceutica, e non è neppure l'assessore, bensì il medico che prescrive il farmaco. Se il medico è convinto che il nuovo farmaco non serva, basta che non lo prescriva.

Molti fra i ricercatori indipendenti, alcuni medici e numerose associazioni dei pazienti ritengono tuttavia che prezzi così elevati siano del tutto ingiustificati e i margini di guadagno eccessivi. Lei cosa risponde a costoro?

Per un'azienda finanziare la ricerca, lo sviluppo e l'industrializzazione di un farmaco non è come immettere un nuovo *smartphone* sul mercato. Quando arriva al consumatore un nuovo modello non costa molto di più di quello precedente, perché sappiamo che l'industria non è ripartita da zero; ha adattato, aggiornato e migliorato il prodotto partendo dall'esistente. Noi, ogni volta, ripartiamo da zero, ricominciamo tutto da capo, anche nel caso di farmaci che vengono solo migliorati, con nuovi prodotti simili ai precedenti. La ricerca farmaceutica è altamente competitiva, molto costosa, ad alto rischio e con tempi lunghi, parliamo di 10-12 anni. E l'industria reinveste gli utili nella ricerca e nello sviluppo, anche produttivo, di nuovi farmaci. Di nuovo, voglio ricordare che solo un farmaco su 10 mila arriva alla commercializzazione. Mi pongo un'altra domanda: se è così contestata l'industria farmaceutica,

perché questa ricerca non la fanno gli istituti di ricerca anche nazionali, invece di lasciarla tutta nelle mani delle aziende *for profit*? Se riuscissero a trovare nuovi farmaci con minori costi sarei il primo a essere soddisfatto. Del resto la ricerca è competitiva. Ma non è così, o almeno finora non lo è stato.

Quali sono per lei le ragioni di un continuo aumento della spesa farmaceutica, sia della parte a carico del pubblico, sia del privato cittadino?

Aumenta la spesa? Bisogna vedere se la spesa farmaceutica sia aumentata davvero. Se negli anni precedenti il tetto di spesa della farmaceutica era fissato al 16,4% del fondo sanitario nazionale, oggi è al 14,85% – e questa è legge non sono opinioni – cosa vuol dire? Che è aumentata? Se la spesa lorda aumenta, noi come industria farmaceutica con il meccanismo del *payback* ripianiamo l'eccedenza, allora come va calcolata la spesa netta farmaceutica? Poi stanno arrivando farmaci innovativi straordinari. La scoperta del genoma ha aperto nuovi mondi per la farmaceutica, e forse si spende di più, ma oggi abbiamo farmaci che riescono a colpire solo una piccola parte della cellula, che agiscono sul DNA; farmaci mirati, "targettizzati". Vogliamo riconoscere il valore del comparto farmaceutico, il valore del farmaco? Il valore della ricerca, della tecnologia, dei nuovi farmaci veicolanti? Viviamo, ed è un dato incontestabile, più a lungo e più sani; vent'anni fa di AIDS si moriva, ora non più. Oggi l'aspettativa di un malato di HIV è pari, o addirittura superiore, ad un malato di diabete pur con tutti i passi in avanti fatti dalla diabetologia. ■

“Se l'industria farmaceutica è così contestata, perché la ricerca (indipendente, ndr) non la fanno gli istituti di ricerca anche nazionali, invece di lasciarla tutta nelle mani delle aziende *for profit*?”



Riflessione

Il giusto prezzo della salute

ROBERTO SATOLLI

Qual è il giusto prezzo di un medicinale? Parlare di che cosa è “giusto” significa porre la questione sul piano etico-filosofico, e non a caso alcune risposte si trovano già in Aristotele e in Tommaso d'Aquino, secondo i quali il prezzo dovrebbe moralmente riflettere il valore (vedi l'articolo a fianco, “Il valore del farmaco”).

Peccato che, in particolare nel caso di molti nuovi farmaci oncologici, ci sia ben poca correlazione tra l'utilità reale di un medicinale e il suo prezzo. Per i tumori solidi con metastasi, per esempio, la FDA ha approvato molte terapie con *target* molecolare che garantiscono solo pochi giorni di sopravvivenza in più, con costi esorbitanti per vantaggi inconsistenti.

Le compagnie farmaceutiche giustificano la loro politica di prezzi alti e crescenti con la necessità di ripagare i costi della ricerca, citando spesso la discussa cifra di 2 miliardi di dollari che sarebbero necessari per portare in commercio un nuovo prodotto. Anche senza considerare le obiezioni di chi considera esagerata quella stima (da 4 a 25 volte la realtà), molti episodi recenti smentiscono clamorosamente il nesso tra prezzo e costi di ricerca e sviluppo. Spesso, soprattutto in America del Nord, i brevetti di farmaci già in commercio sono acquisiti da un'altra ditta, che da un giorno con l'altro moltiplica anche di decine di volte il prezzo di vendita, senza nessuna giustificazione. Le cronache degli ultimi mesi sono piene di scandali del genere, dall'antiparassitario alle siringhe di adrenalina, che sollevano il furore dei malati e talvolta l'intervento della magistratura.

La Gilead ha comprato il brevetto del sofosbuvir, il primo antivirale di nuova generazione contro l'epatite C, già sviluppato per 11 miliardi di dollari, e ha recuperato interamente quella cifra nel solo primo anno di commercio, con prezzi diversi da continente a continente e da paese a paese, ma comunque altissimi nei paesi ricchi, nell'ordine di decine di migliaia di euro per trattamento. Al primo sono seguiti diversi altri prodotti, tutti di grande efficacia e sicurezza, che nell'insieme costituiscono una delle maggiori conquiste della medicina contemporanea, che permetterebbe addirittura di eradicare la malattia. Ma nessun sistema sanitario si può permettere di affrontarne il costo, per cui in un modo o nell'altro tutti i paesi si sono rassegnati a qualche forma di razionamento, riuscendo a garantire la cura solo ai malati più gravi, che purtroppo sono anche quelli che ne possono trarre meno vantaggio. E' una grave iniquità che incrina i principi fondanti della sanità. Paradossalmente, quindi, il dilemma etico è più grave proprio quando l'utilità è alta.

Il guasto vero sta nei brevetti, che attribuiscono al possessore un potere contrattuale senza contrappesi. Nati per incoraggiare la ricerca con la prospettiva di un “giusto” profitto, sono diventati uno strumento di pura speculazione finanziaria.

Anche chi difende le ragioni del profitto in medicina dovrà aprire gli occhi: non è morale accettare che queste prevalgano sul diritto alla tutela della salute. ■

Bibliografia

Kantarjian H. *Cancer drugs in the United States: the just price*. J Clin Oncol 2013;31:3600-5.
Avorn J. *The 2.6 billion pill – Methodological and policy considerations*. N Engl J Med 2015;372:1877-79.

Il valore del farmaco

UGO FALCANDO

Il valore di un farmaco non è solo il costo di ricerca e sviluppo e del prezzo a cui viene commercializzato, ma comprende un insieme di caratteristiche quali la sicurezza, il beneficio clinico, l'importanza per il paziente, la tempestività, l'efficienza e l'equità

IN LETTERATURA scientifica si parla sempre più spesso di “valore” dei farmaci più che del loro mero prezzo. Quanto dovrebbe costare un farmaco perché ne sia equo l'uso? Quale prezzo è sostenibile dagli attuali sistemi sanitari? E qual è l'utilità per il paziente?

L'argomento è complesso e oltreoceano in molti si sono mossi per sostenere l'importanza del “valore” di un farmaco e del fatto che nella scelta di una terapia deve essere coinvolto il paziente anche per quanto riguarda gli aspetti economici.

Che cosa significa “valore” di un farmaco? Significa attribuire a una certa molecola non solo un costo sulla base di quanto è costata in ricerca e sviluppo e del prezzo a cui viene commercializzata secondo la platea dei possibili acquirenti (i parametri oggi usati dalle aziende farmaceutiche, sulla base dei quali si stima che negli Stati Uniti



DrugAbacus: in ordinata è riportato il costo mensile (in dollari) delle terapie con i vari farmaci (riportati in ascisse con l'iniziale); il pallino grigio indica il prezzo attuale, il pallino colorato la stima fatta da Abacus: rosso quando il prezzo dovrebbe essere inferiore, verde nei casi in cui dovrebbe essere maggiore. Nella parte bassa i parametri che possono essere modificati a piacimento per vedere come si modifica il "valore".

in un decennio si passerà da 125 miliardi di dollari spesi all'anno a 158 miliardi nel 2020 per i soli farmaci oncologici), ma di allargare lo sguardo e stabilire alcuni criteri in base ai quali definire un prezzo adeguato di un farmaco. E' concepibile per esempio che una combinazione di farmaci anticancro raggiunga oggi il costo esorbitante di 100.000 dollari al mese?

L'Institute of Medicine statunitense ha definito sei elementi che sono alla base del valore di un farmaco: sicurezza, beneficio clinico, importanza per il paziente, tempestività, efficienza ed equità. Partendo da alcune di queste caratteristiche (quelle per ora più facilmente misurabili) sono state create alcune griglie di valutazione che consentono di capire quale sia il "valore" reale di un farmaco e di conseguenza stabilire se il prezzo chiesto da una azienda farmaceutica sia equo o spropositato e vada quindi rimodulato.

Le due esperienze più significative sono quelle della American Society of Clinical Oncology (ASCO) e del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York.

La prima considera per alcuni farmaci antitumorali il beneficio

clinico, la tossicità (sicurezza) e il costo (efficienza). Grazie alla compilazione di semplici *format* che fanno riferimento agli studi controllati e randomizzati condotti per quel farmaco in una data condizione, si può ottenere un punteggio finale sulla base del quale definire quanto sia alto il "valore" del farmaco e quindi la sua importanza nell'armamentario terapeutico, confrontandolo con le terapie già in uso. E' sorprendente, in tal modo, scoprire per esempio che una nuova molecola a volte non offra alcun vantaggio in termini di beneficio clinico rispetto alle precedenti, ma abbia un costo - a questo punto ingiustificato - enormemente maggiore.

Al riguardo, è interessante e divertente il sito www.drugabacus.org che ha realizzato lo Sloan Kettering, nel quale è riportata una analisi costo-beneficio dei 54 nuovi farmaci anti cancro approvati dall'FDA dal 2001: per ciascuno, inserendo gli elementi relativi al "valore" dei farmaci (costo per anno di vita, tossicità, capacità di innovazione, costi di sviluppo, importanza perché usato in una malattia rara, popolazione in cui può essere utile il farmaco) si hanno le valutazioni

Alcune nuove molecole non offrono alcun vantaggio in termini di beneficio clinico rispetto alle precedenti, ma hanno un costo enormemente maggiore

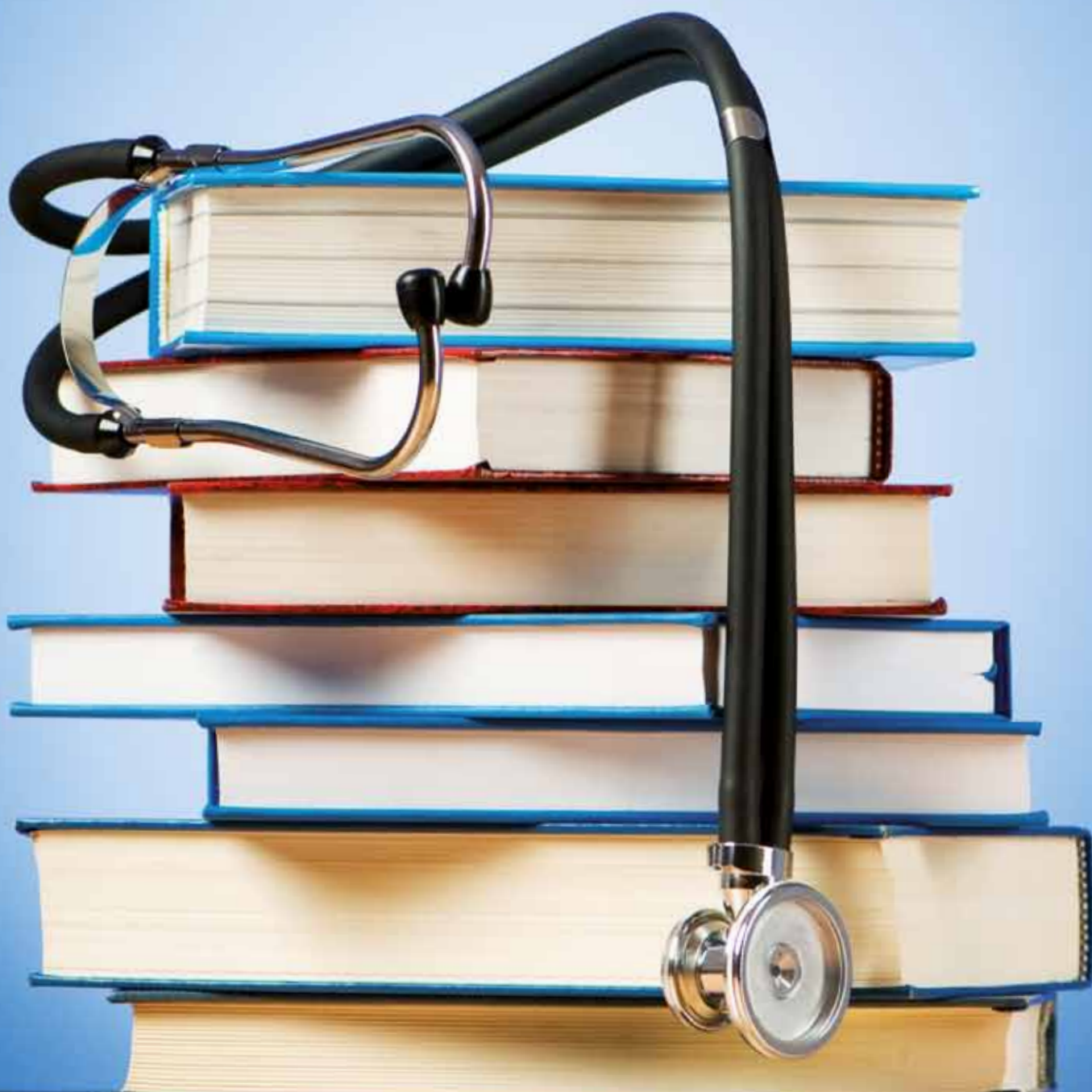
fatte dagli esperti dell'Istituzione, da cui emerge che alcune molecole addirittura dovrebbero costare di più di quanto vengano fatte pagare perché hanno un alto "valore" e altre dovrebbero costare anche tre-quattro volte meno. Il sistema è interattivo per cui consente di muovere a piacimento su un cruscotto il valore dei vari parametri presi in esame per capire che cosa accade e come muta il "valore" di un dato farmaco (vedi immagine). Sono piccoli passi, sistemi ancora da rifinire, ma questa è la strada in cui ci si sta incamminando e che si dovrà seguire per garantire le cure più efficaci (in termini rilevanti per il paziente) e sicure e tralasciare quelle che non modificano nulla se non esiti surrogati di scarsa rilevanza clinica, come la sopravvivenza libera da malattia. ■

Bibliografia

Young R. *Value-based cancer care*. N Engl J Med 2015;373:2593-5.

Patto per la salute: Regioni e Università non concordano con il ministro

La Conferenza delle Regioni ha espresso parere contrario riguardo all'ultima bozza ministeriale presentata, per via dell'esclusione di due importanti punti che interessano la formazione medica



IL TAVOLO dei lavori sul nuovo Patto per la Salute 2016-2018 è già all'orizzonte, ma quello del triennio precedente presenta ancora delle questioni aperte. Il disegno di legge (d.d.l.) ex art. 22, relativo alla gestione e sviluppo delle risorse umane, presentato dal Ministero della Salute prima della pausa estiva, non ha messo d'accordo tutte le parti in causa.

In particolare, le Regioni, pur condividendo gran parte dei punti del decreto, evidenziano l'assenza di due proposte avanzate in passato e ritenute fondamentali: l'istituzione di una scuola di specializzazione universitaria in medicina generale e l'inserimento dello specializzando, dotato solo di abilitazione, nella rete del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) con un contratto lavorativo a tempo determinato.

Al momento, dunque, tutto è ancora sospeso, ma i governatori non sembrano intenzionati ad arretrare dalle loro posizioni e a condividere la bozza del decreto che invece ha trovato il consenso della maggioranza delle organizzazioni sindacali.

A queste ultime e al Ministero della Salute, la possibilità che la formazione del medico di medicina generale diventi una vera scuola di specializzazione universitaria sembra proprio non piacere, preferendo

che il "medico di famiglia" continui a formarsi all'interno dei corsi di formazione triennali gestiti dalle scuole regionali.

Con il sopraggiungere degli anni novanta, l'Italia si è infatti adeguata alla direttiva della Comunità Europea 86/457/CEE che stabilisce l'obbligo, per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale, di possedere un titolo di formazione specifica in medicina generale. Tuttavia, a differenza di quanto avviene nella maggioranza degli stati europei, nel nostro paese tale formazione non è di stampo accademico e viaggia su binari diversi rispetto alle altre specializzazioni mediche universitarie (vedi tabella).

Una situazione che, secondo le Regioni, il mondo accademico e alcune associazioni mediche, non sarebbe più tollerabile e adeguata a un'appropriata evoluzione del SSN. Se la Commissione salute della Conferenza delle Regioni, nelle parole del suo presidente Antonio Saitta, è stata chiara nel definire l'organizzazione dei corsi attuale non più idonea a rispondere ai nuovi bisogni del SSN in termini di competenze cliniche e *governance*, anche il mondo accademico sembra spingere nella direzione voluta dalle Regioni. "Innanzitutto, l'istituzione di scuole di specializzazione di medicina

"A differenza della maggioranza degli stati europei, nel nostro paese la formazione specifica in medicina generale non è di stampo accademico"

generale di tipo universitario garantirebbe un'uniformità di preparazione sul territorio nazionale che oggi non c'è" dichiara Antonio Carrassi, presidente del Comitato di Direzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Statale di Milano, "inoltre, se l'obiettivo è quello di sostenere e rivalutare il SSN, la figura del medico di medicina generale è assolutamente centrale, una figura che faccia da *trait d'union* con gli altri specialisti che hanno una formazione accademica e tenga le fila della salute del paziente e che quindi abbia una preparazione adeguata, che prenda il meglio di quanto fornito finora dalle scuole regionali in un percorso formativo, però, di tipo accademico". Non si tratterebbe, infatti, di buttare a mare il sistema di formazione oggi in vigore, quanto piuttosto di integrarlo in modo sinergico con qualcosa che è già presente a livello universitario. Si partirebbe, secondo la proposta fatta al Ministero, dalla Scuola di specializzazione in medicina di comunità e cure primarie già esistente, che andrebbe riorganizzata e ridisegnata in modo

Evoluzione della formazione specifica in medicina generale (FSMG) in Italia

Percorso formativo	Durata	Titolo conseguito	Organizzazione	Normativa di riferimento
tirocinio teorico-pratico per la FSMG	2 anni	attestato di compiuto tirocinio teorico-pratico per la FSMG	OMCeO	legge 8 aprile 1988, n. 109
corso di FSMG	2 anni	attestato di FSMG	Regioni e Province autonome	d.lgs 8 agosto 1991, n. 256
corso di FSMG	2 anni	diploma di FSMG	Regioni e Province autonome	d.lgs 17 agosto 1999, n. 368
corso di FSMG	3 anni	diploma di FSMG	Regioni e Province autonome	d.lgs 17 agosto 1999, n. 368 modif. da d.lgs 8 luglio 2003, n. 277

PROFESSIONE

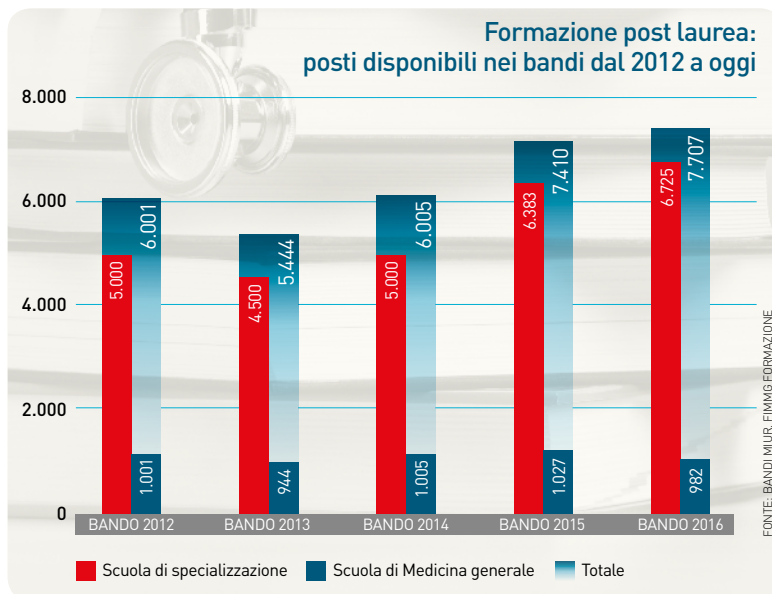
da includere in questa realtà il bagaglio esperienziale positivo che le scuole di formazione regionale hanno accumulato in questi ultimi anni.

“Non si auspica un taglio netto con il passato, la formazione dei medici di medicina generale deve avvenire sul territorio, ma questo non esclude che possa finalmente avere un riconoscimento accademico come avviene nella maggior parte dei paesi europei” sottolinea Agostino Panajia, vicepresidente del Segretariato italiano giovani medici (SIGM). Anche perché non è da escludere che in un prossimo futuro l'Italia debba adeguarsi a quanto, a questo riguardo, già avviene nel resto d'Europa e “sarebbe meglio”, aggiunge Panajia, “guidare e gestire per tempo il processo di cambiamento della formazione in medicina generale piuttosto che farlo all'ultimo momento perché viene imposto”.

Non da ultima ci sarebbe poi anche una questione economica: se la borsa di uno specializzando ammonta a circa 25.000 euro lordi annui, quella di un corsista in medicina generale fatica a superare complessivamente i 15.000 euro, cui si devono poi togliere tasse e spese assicurative.

“In Italia si fatica a superare un certo retaggio culturale che vede una segregazione tra la figura del medico di medicina generale e gli altri medici specialisti; il paziente stesso e i professionisti

“La formazione dei medici di medicina generale deve avvenire sul territorio, ma questo non esclude che possa avere un riconoscimento accademico”



sanitari spesso percepiscono il medico di famiglia come qualcosa di gerarchicamente e professionalmente altro e subalterno, anche per via della disparità del percorso formativo oggi in vigore. E' tempo di cambiare e fare un salto di qualità" conclude il vicepresidente della SIGM.

Un passo che, secondo Carrassi, per le università non sarebbe troppo difficile da compiere. Certo bisognerebbe lavorare sull'organizzazione, sulla logistica, sulla ridefinizione delle strutture e dei programmi, tutte questioni che molte scuole universitarie potrebbero affrontare con successo e con relativa facilità, se si decidesse di farlo. “Questo anche per poter offrire a chi si sta formando in medicina generale l'eventuale possibilità di un dottorato e di un percorso nel mondo della ricerca, opportunità che oggi gli sono precluse” chiosa Carrassi.

Ma se giovani medici e universitari sostengono la proposta delle Regioni, altrettanto non fanno alcune sigle sindacali tra cui la Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) che fa sapere di ritenere che: “il corso per medici di medicina generale debba

essere gestito dal Servizio sanitario attraverso le scuole regionali e non dall'università”. Un'università che, secondo la FIMMG, ha sempre tenuto la medicina generale ai margini della vita accademica anche nella gestione del corso di laurea e che userebbe le eventuali scuole di specializzazione in medicina generale per occupare le cattedre in esubero dopo i tagli alle scuole degli scorsi anni, senza garantire che la formazione dei medici di famiglia venga affidata a chi è veramente preparato in materia.

Posizioni cui i sostenitori della proposta regionale ribattono accusando i sindacati di avere interessi di parte nel mantenere lo *status quo*, che garantirebbe loro una sorta di controllo sui medici di famiglia in formazione, non altrimenti tutelati e supportati anche dal punto di vista legale e amministrativo.

Ma se su uno dei punti proposti dai governatori, e non inseriti nel d.d.l. ex art. 22 presentato dal Ministero, ci sono opinioni discordanti su più fronti, l'esclusione dell'altra proposta regionale, riguardante l'inserimento degli specializzandi nel SSN con un contratto di lavoro a tempo determinato, ha trovato il

“Lo specialista deve acquisire le proprie competenze in strutture dotate dei requisiti e degli standard adatti e non opportunisticamente dove c'è carenza di organico”

consenso di più parti in causa. L'ipotesi avanzata dalle Regioni rientra nell'ampio capitolo dell'ingresso dei medici, che non hanno ancora conseguito un diploma di specializzazione, all'interno del SSN, questione considerata dal d.d.l. ex art. 22 già dalla fine del 2014. Allora il Ministero propose l'istituzione di un "doppio canale" formativo per i giovani medici neolaureati e in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione. Oltre a quello classico, che prevede l'accesso a scuole di specializzazione universitaria tramite concorso nazionale, era stato ipotizzato anche un percorso di formazione alternativo, con equiparazione del titolo finale, da effettuarsi "sul campo", presso aziende sanitarie del SSN. Tale proposta, osteggiata da università, sindacati e associazioni professionali dei medici, ha subito poi diverse modificazioni nell'arco del 2015. Variazioni che prevedevano anche l'istituzione di reti regionali formative, costituite sia da strutture ospedaliere sia universitarie, appositamente accreditate secondo standard precisi che ne garantiscono qualità e adeguatezza, in grado di gestire l'iter formativo dello studente specializzando. Le Regioni, però, hanno puntato più in alto, chiedendo al Ministero che il medico, in possesso del titolo di formazione di base e dell'abilitazione all'esercizio della relativa professione, potesse essere inquadrato nel SSN in categoria non dirigenziale, con contratti lavorativi a tempo determinato pagati dalle regioni, nell'ambito del contratto di area IV, con percorsi di carriera

e livelli retributivi determinati dal Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL). Proposta non recepita dal Ministero e non inclusa nell'ultima bozza presentata del d.d.l. ex art. 22. L'esclusione è vista con favore dalle associazioni mediche, che vedono nella proposta dei governatori un tentativo di sopperire, con medici non ancora completamente formati e con un inquadramento di basso livello, alla carenza di organico delle strutture ospedaliere e territoriali.

“Il rischio è che, con contratti di questo tipo, si vadano a tappare i buchi occupazionali creati dai tagli alle regioni e dal blocco del *turnover*, andando ad alimentare le sacche di precariato e a sfavorire i giovani medici specializzati e gli specializzandi stessi che riceverebbero un trattamento non adeguato a fronte di più impegno e responsabilità” dichiara Andrea Silenzi, presidente SIGM.

Il tutto con ripercussioni negative anche sulla qualità del SSN i cui pazienti riceverebbero assistenza da personale non ancora completamente formato. Non solo, l'inserimento dello specializzando nel SSN come voluto dalle Regioni avrebbe anche un impatto negativo sulla formazione stessa dello studente. “L'obiettivo comune deve essere quello di creare un bravo specialista che abbia ricevuto un percorso formativo completo e progressivo e che sia in grado di esercitare in modo corretto e appropriato le proprie competenze che vanno acquisite, non

opportunisticamente dove c'è carenza di organico, ma in strutture dotate dei requisiti e degli standard adatti” dichiara Carrassi.

Con maggior favore viene vista l'istituzione di reti regionali formative, prevista nel decreto, purché costituite da strutture accreditate in base a criteri che ne assicurino la qualità in ambito formativo e stabiliti dall'Osservatorio nazionale sulla formazione medico specialistica, organo a cavallo tra il Ministero della Salute e il MIUR, come già previsto dal decreto interministeriale 68/2015 sul riordino delle scuole di specializzazione.

Ed è anche auspicabile che lo specializzando non resti confinato nell'ambiente universitario, ma che possa circolare all'interno di realtà regionali idonee per la sua preparazione.

Questo, però, chiedono le associazioni mediche, con un contratto specifico di formazione e non di tipo lavorativo.

“Le università devono aprirsi alle migliori strutture del mondo ospedaliero, ma purtroppo manca ancora un sistema efficace per misurarne e monitorarne l'eccellenza e individuare quali, fra queste, possono erogare formazione” conclude Silenzi. Al di là delle varie posizioni, la parola chiave per far progredire la formazione medica sembra essere: “integrazione”, un coordinamento tra sistema sanitario ospedaliero, regioni e mondo accademico che superi le attuali separazioni e agisca in modo sinergico per migliorare la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, uno scopo prefissato da tempo dal d.d.l. ex articolo 22 del Patto per la Salute. ■

Undici milioni senza cure?



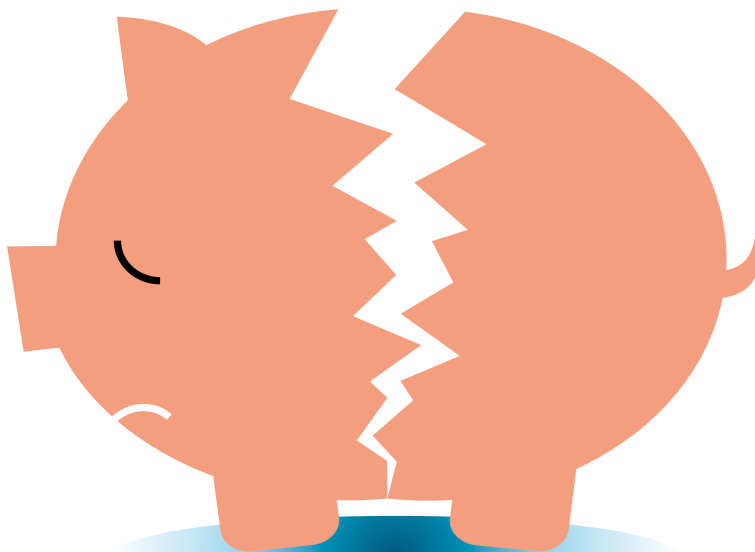
Francesco Maietta, responsabile Politiche sociali del Censis.

SANITÀ pubblica, ma non per tutti. Sono 11 milioni gli italiani che quest'anno hanno dovuto rinviare o rinunciare a curarsi per motivi economici. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012, a testimonianza di una tendenza in preoccupante aumento. Colpa della crisi, certo. Ma anche di un sistema di welfare che – stretto tra vecchie inefficienze, nuovi tagli alla spesa e un'offerta di prestazioni troppo spesso inappropriata – non sembra più in grado di rispondere ai bisogni reali di tanti cittadini. Proprio mentre il lungo iter legislativo sui nuovi livelli essenziali di assistenza (che mira ad ampliare l'offerta dei servizi) è finalmente in dirittura di arrivo, a certificare questa situazione difficile è l'indagine sul Sistema Sanitario

Sono sempre di più gli italiani che rinviando o rinunciando a curarsi per motivi economici: colpa della crisi ma anche di un welfare che non sembra rispondere ai bisogni reali di tanti cittadini. Si fa strada l'idea di un SSN che non prescinde da sanità integrativa, riduzione del divario Nord-Sud e cultura dell'appropriatezza prescrittiva

Nazionale (SSN) svolta dal Censis. I più colpiti sono gli anziani (2,4 milioni) e i giovani nati a cavallo del nuovo millennio (2,2 milioni). Ma sono tanti anche quelli che, pur avendo un reddito regolare, di fronte a un esame o a una visita più o meno urgente, hanno deciso di fermarsi o di rivolgersi al mercato privato. “Le sforbiate alla spesa pubblica per la sanità che, per la Corte dei Conti, tanto hanno contribuito al riaggiustamento dei conti pubblici, sono andate di pari passo con la riduzione della qualità. Oggi il SSN, per quanto razionalizzato, non riesce a

fronteggiare i bisogni dei cittadini. Di qui il ricorso al privato e, per chi non può permetterselo, il rinvio o la rinuncia alle prestazioni. E' il nuovo paradosso del welfare: da fattore di riduzione a moltiplicatore delle disuguaglianze sociali” spiega Francesco Maietta, responsabile Politiche sociali del Censis. Dietro la fuga dal SSN c'è soprattutto l'eccessiva lunghezza delle liste di attesa (73% dei casi). E non basta più nemmeno la leva del risparmio a trattenere i cittadini nel sistema pubblico: per il 45% degli intervistati (erano il 39% nel 2013) il costo dei ticket è ormai



L'alleanza tra pubblico e privato è una strada per rilanciare l'universalismo, a patto di ridurre il gap Nord-Sud

uguale, se non più alto, rispetto alle tariffe delle strutture private. Tradotto in numeri: nel 2015 oltre 10 milioni di italiani hanno messo mano al portafogli per curarsi e la spesa sanitaria privata ha sfondato quota 34 miliardi. Con un aumento del 3,2% rispetto al 2013, quando l'inflazione viaggiava poco sopra lo zero e gli altri consumi diminuivano, a iniziare dalla spesa alimentare (-0,1%).

La sanità integrativa e il divario Nord-Sud

La spesa privata è già una realtà, ma va orientata meglio. E la sanità integrativa può essere un'opportunità, secondo il Censis, se va nella direzione dell'interesse collettivo. "Spostare questi 34 miliardi su meccanismi di accumulo di tipo mutualistico potrebbe aiutare a coprire molti bisogni. Casse integrative e assicurazioni, comportandosi come una sorta di gruppi di acquisto, possono spingere in basso i prezzi e ampliare l'offerta. Utili anche incentivi per i comportamenti virtuosi in prevenzione, con un salto di qualità nella responsabilizzazione verso la salute. Tutto ciò non significa privatizzare il SSN (che dovrà avere sempre un fulcro pubblico) ma costruire una sanità multipilastro in cui al welfare statale si affianca un sostegno privato, sul modello dei fondi previdenziali. E' chiaro che serve una regolamentazione efficace, snella e incisiva, insieme a un'adeguata vigilanza" continua Maietta. L'alleanza tra pubblico e privato è una strada per rilanciare l'universalismo, a patto però di ridurre l'annoso gap Nord-Sud che anche il rapporto Censis mette in luce. La crisi è infatti più acuta

da Roma in giù: se la metà degli italiani (52%) giudica inadeguato il SSN, al Mezzogiorno questa percentuale sale quasi al 70%. "Al di là del conflitto ideologico tra federalismo e centralismo, è indispensabile fissare le prestazioni essenziali da garantire a tutti i cittadini, finanziate da risorse pubbliche. Lavorare sui fattori perequativi è vitale per salvare il meglio della territorializzazione della sanità: numerose esperienze di buongoverno sanitario contribuiscono infatti al primato internazionale del nostro SSN. Ci vogliono però meccanismi che premino i virtuosi, valutando la qualità degli esiti, la capacità gestionale e prevedendo meccanismi finanziari con poteri di sostituzione, se a livello locale non si fanno per bene le cose attese" sottolinea Maietta.

Il rebus dell'appropriatezza

Spending review, lotta alle disuguaglianze, investimenti in innovazione e prevenzione, rifinanziamento del fondo sanitario (l'aumento di 2 miliardi per il 2017-2018 sarà tema caldo della prossima Legge di stabilità), promozione della sanità integrativa: la ricetta per un SSN sostenibile è articolata e complessa. E non può fare a meno del rilancio di una cultura dell'appropriatezza prescrittiva, oggetto di una recente e controversa legge su cui il Governo ha dovuto fare marcia indietro, affidando l'ultima parola alla responsabilità e alla professionalità dei medici. Secondo il Censis, in un anno 5,4 milioni di



persone hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o esami che si sono rivelati inutili.

Tuttavia, vince la fiducia nei medici e la paura che l'appropriatezza sia il grimaldello per accelerare i tagli e rovesciare sui cittadini il costo delle prestazioni. Il 64% è infatti contrario a una legge che determini a priori le condizioni che rendono una prestazione necessaria o meno. "Non basta puntare il dito sui medici, se non si interviene sui fattori che generano inapproprietezza. Per esempio, la pressione dei pazienti che cercano informazioni sul web e pretendono accertamenti di ogni tipo, o l'illusione di una medicina onnipotente" sottolinea Maietta. "In ogni caso, la via normativa o punitiva non funziona e non piace agli italiani, prima ancora che ai medici. Credo che dobbiamo spingere per 'desanitarizzare' la nostra vita, tanto più di fronte all'invecchiamento. Troppe volte problematiche di disagio psicologico o sociale sono medicalizzate. Tutto ciò deve diventare un comportamento socialmente non virtuoso, grazie alla diffusione di una cultura di promozione della salute più consapevole. Sono fiducioso, perché negli ultimi anni abbiamo fatto progressi: basti pensare a quanto sia ormai radicata l'attenzione alle conseguenze del fumo e degli stili di vita non salutari. Non c'è surrogato normativo, regolatorio né sanzionatorio che possa sostituirsi a questa fisiologica evoluzione sociale diffusa, dal basso". ■

Cresce il sospetto nei confronti dei vaccini: che cosa fare e come reagire?

Al calo delle coperture vaccinali in Italia e in Europa non basta rispondere con grafici e percentuali, bisogna comprendere meglio le ragioni del rifiuto e prendere la via del coinvolgimento, della condivisione e della trasparenza

DAVANTI al calo delle coperture vaccinali che si sta registrando in Italia, così come nel resto d'Europa, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) ha preso una posizione netta. In un documento condiviso, che ha suscitato molto consenso insieme a qualche protesta, la FNOMCeO lo ha ribadito con fermezza: alla luce degli innegabili ed enormi vantaggi conferiti dalle vaccinazioni in termini di salute pubblica e individuale, "solo in casi specifici, quali per esempio alcuni stati di deficit immunitario, il medico può sconsigliare un intervento vaccinale. Il consiglio di non vaccinarsi nelle restanti condizioni, in particolare se fornito al pubblico con qualsiasi mezzo, costituisce infrazione deontologica".

"La responsabilità etica e professionale si fa ancora più stringente nel caso di medici che hanno stretto un



Maria Gramegna, dirigente dell'Unità di prevenzione presso la Direzione generale welfare della regione Lombardia.

contratto con il Sistema sanitario, per cui sono tenuti a dividerne gli obiettivi di salute pubblica" commenta Maria Gramegna, dirigente dell'Unità di prevenzione presso la Direzione generale welfare della regione Lombardia. "Se poi è comprensibile il disorientamento di molte famiglie davanti alla diffusione di tante false credenze sui vaccini, i professionisti, che hanno una formazione specifica e hanno facile accesso alle fonti più attendibili, non hanno giustificazioni per sostenere queste posizioni senza basi scientifiche".

Quando si contattano le famiglie inadempienti, spesso invece si scopre che fanno tutte riferimento agli stessi pediatri, in genere favorevoli all'omeopatia e ad altre cosiddette "medicine alternative".

"Molti non si dicono contrari alle vaccinazioni" precisa Marino Faccini, responsabile della struttura Profilassi malattie e infezioni dell'Agenzia di tutela della salute di Milano. "Confermano però le famiglie sui loro timori, per esempio avvalorando l'idea infondata che il carico antigenico delle prime vaccinazioni sia eccessivo e troppo precoce per un bambino piccolo, e suggeriscono di aspettare".

La vera emergenza, infatti, non sono le famiglie radicalmente ostili alle vaccinazioni per ragioni ideologiche: queste rappresentano uno zoccolo duro,



Marino Faccini, responsabile della struttura Profilassi malattie e infezioni dell'Agenzia di tutela della salute di Milano.

Niente di nuovo sotto il sole

I movimenti contro le vaccinazioni erano già presenti e segnalati dal bollettino dell'Ordine di Milano, che allora si chiamava *Attualità Medica*, del 1918. La lettura è quanto mai istruttiva.

Il vessillo degli antivaccinisti non è nuovo; anzi direi quasi che è molto sciupato; e basta riandare la storia, non solo della vaccinazione, ma anche della vaiola zioe, che precedette questa, per vederlo spuntare in ogni paese, ad ogni angolo di via, coi colori del tempo, ma sempre vivace, per ostacolare tutto quello che altri coscienziosamente credevano progresso. L'uomo è sempre uguale a sè stesso; il mondo cammina innanzi o a ritroso per queste forze contrarie che si violentano tra di loro.

Credete voi che la questione della coscienza invocata dagli antivaccinisti inglesi sia nuova, se cioè il danno arrecato ai bimbi dalla vaccinazione sia più grave del bene prodotto, e se sia lecito quindi usare il vaccino, che può essere pericoloso, ad un organismo sano ed integro?

L'impresa degli antivaccinisti infatti porta: « *Natura integer talis esse cupio* ».

TeamVax: un'azione congiunta che parte dal basso

Per gli esperti di salute pubblica che a livello internazionale cercano di fronteggiare il fenomeno dell'esitazione, quando non di una vera ostilità nei confronti dei vaccini, la parola chiave è "fiducia". Fiducia nella scienza ma anche nelle istituzioni locali, nazionali e sovranazionali, la cui affidabilità e indipendenza è stata negli ultimi anni messa in dubbio dal pubblico, soprattutto dopo la pandemia da virus influenzale A (H1N1) del 2009. Per ristabilirla occorre una nuova forma di confronto e alleanza tra le diverse parti in causa, che non venga vissuta come calata dall'alto. Da questo punto di vista l'Italia è all'avanguardia, anche grazie all'iniziativa di alcuni genitori che spontaneamente l'anno scorso hanno dato il via a una campagna sul web contrassegnata dall'hashtag #iovaccino. Da qui è partito un processo di aggregazione tra famiglie, esperti, operatori sanitari, blogger e divulgatori scientifici che ha portato alla formazione del movimento TeamVax Italia, (www.teamvaxitalia.it) che nei mesi scorsi ha elaborato la "Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni". Si tratta di uno strumento di *advocacy*, utile però anche per sensibilizzare i decisori a livello nazionale, regionale e locale. Il successo di questa iniziativa è stato immediato: nel mese di luglio 2016 la Carta ha raggiunto quasi 1.000 adesioni, provenienti nel 32% dei casi da comuni cittadini.

abbastanza costante nel tempo, e su cui difficilmente si riesce a intervenire. Il fenomeno più rilevante, e in costante crescita, è invece quello di genitori sempre più spaventati e dubbiosi, che non si oppongono *tout court* alle vaccinazioni, ma preferiscono scaglionarle in maniera diversa rispetto ai calendari previsti o comunque rimandarle a quando il bimbo è più cresciuto.

"Questo tentativo dei genitori di proteggere i loro figli dagli ipotetici rischi delle vaccinazioni in realtà li espone a quelli, ben più gravi, di contrarre malattie potenzialmente mortali a quell'età, come la pertosse" commenta Faccini. Non solo. Questo andamento in ordine sparso rischia di compromettere il cosiddetto "effetto gregge" che tiene al riparo non solo i piccoli immunodepressi o coloro che per altre ragioni non possono essere vaccinati, ma anche i neonati per i quali non è ancora arrivato il momento del vaccino, come purtroppo ci ricordano puntualmente tristi casi di cronaca. La Regione Emilia-Romagna ha quindi preso una decisione drastica, proponendo di vietare l'accesso agli asili nido ai piccoli non vaccinati.

"In questo modo però si rischia di radicalizzare le posizioni e favorire l'aggregazione in strutture private di bambini non vaccinati e quindi a maggior rischio. Senza contare che il problema si sposta alla scuola elementare, dove la giurisprudenza ha già stabilito che il diritto all'istruzione non può essere compromesso per la mancanza del certificato vaccinale" commenta Gramegna. "Quel che si può fare, piuttosto, è cercare di convincere queste famiglie che la vaccinazione è nell'interesse di loro figlio, oltre che di tutta la comunità. Per questo in Lombardia abbiamo iniziato dal 2005 un percorso, condiviso con il Tribunale dei minori, che spinga i genitori a informarsi e assumere piena responsabilità della loro scelta".

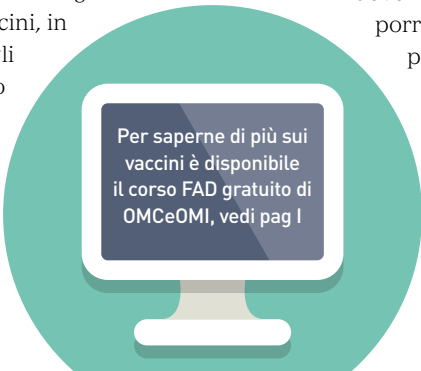
L'idea di responsabilizzare le famiglie, informandole in maniera adeguata, è alla base anche della scelta della Regione Veneto che, dal 2008, ha sospeso l'obbligo vaccinale per i nuovi nati. Il calo delle coperture registrato anche in quella Regione ha però spinto l'amministrazione a trovare nuovi strumenti, più adatti ai tempi, per informare e coinvolgere le famiglie.

Nasce così il percorso Tutto sui vaccini, in parole semplici, messo a punto dagli esperti della Regione Veneto, primo esempio in Italia di formazione a distanza del cittadino sui temi della salute. L'iniziativa, accessibile a tutti i cittadini anche

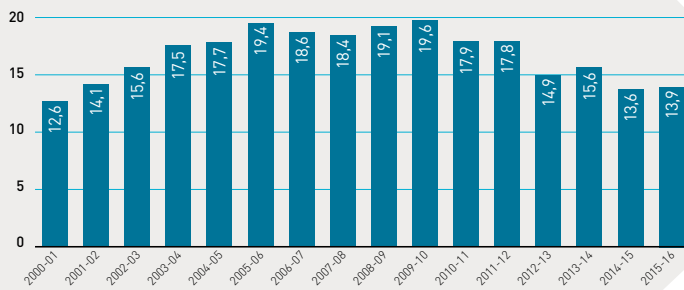
delle altre regioni dalla piattaforma www.formars.it, comprende materiale informativo, giochi enigmistici per mettersi alla prova sui contenuti appresi e avere quindi un'attestazione delle proprie conoscenze, un serious game, cioè un videogioco che mira anche alle emozioni e ai comportamenti e che si intitola Nei miei panni e mira proprio a far comprendere l'importanza sociale e solidale della vaccinazione.

"La strada del coinvolgimento, della condivisione e della trasparenza è la migliore da seguire, a mio parere" conclude la dirigente lombarda. "Per questo la Regione Lombardia ha ricostituito la Commissione regionale vaccini, che raccoglie tecnici di varie provenienze, universitari, medici di medicina generale, pediatri di famiglia, funzionari dell'Agenzia per la tutela della salute (le ex ASL), rappresentanti di associazioni di genitori, per concordare l'introduzione di ogni vaccino sulla base di una scheda di valutazione predisposta da un organismo indipendente".

Se infatti sarà confermata la copertura finanziaria per il nuovo Piano vaccini previsto dal governo, si porranno comunque, anche per questioni pratiche, delle scelte di priorità, che andranno fatte per garantire la maggiore protezione possibile ai cittadini, fugando ogni dubbio di accordi o connivenza con le aziende produttrici. ■



Per saperne di più sui vaccini è disponibile il corso FAD gratuito di OMceOMI, vedi pag 1



Vaccinazione antinfluenzale in Italia. Stagioni 2000-2001/2015-2016

Coperture vaccinali nella popolazione generale (per 100 abitanti)

Regione	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16
Abruzzo	12,6	13,8	16,3	18,7	18,5	20	20,7	20,4	19,7	19,4	16,5	16,5	13,2	14,7	11,1	12,3
Basilicata	14,3	14,2	15,4	18,3	17,8	19,9	19,5	20,6	19,4	21,8	19,4	19,4	17,1	16,6	13,5	14,2
Calabria	6,7	n.p.	10,4	13,8	13,5	16,4	16,7	16,5	17,7	18,1	20,8	24,2	12,7	14,9	13,4	13,7
Campania	10,8	n.p.	16,6	17	16,9	18,9	18,8	17,4	18,8	19,5	17,5	18,5	15,2	16,4	13,9	14
Emilia Rom.	16,8	18	20,2	21,8	22,3	24,8	24,6	23,4	23,9	22,6	19,2	19,2	16,4	17	14,9	15,5
Friuli V.G.	18,2	18,8	19,3	23,6	19,7	21	0	17,9	20,7	15,6	18,7	18,4	16,3	16,9	15	15,6
Lazio	10,1	13,9	16,4	17,9	18,3	20,7	20,6	19,4	19,9	20,7	18,9	18,1	16,1	16,5	14	14,3
Liguria	13	17,5	20	22	22,4	24,1	23,8	22,5	23,2	24,1	22,1	21	15,8	18,5	15,3	16,1
Lombardia	10,4	12,2	13,5	14,7	15,7	16,2	15,3	14,7	15,5	13,2	12,6	13,4	11,4	11,7	11,4	11,6
Marche	16,4	17,4	18,5	19,6	19,7	20,8	20,3	19,7	20,8	21,1	18,7	18,4	15,9	16,5	13,5	14,5
Molise	17,2	17,9	20,2	22,7	22,4	24	23,8	23,3	23,4	24,2	22,6	21,2	14,6	18,1	15,7	13,5
P.A. Bolzano	8,7	8,2	9,6	10,9	9,5	12,4	10,7	11,2	11,7	11,5	10,5	9,6	8,1	7,9	8,3	8,8
P.A. Trento	10,4	10,8	12,4	n.p.	13,4	15,8	15,8	15,1	16,3	16,8	15,2	14,9	13,7	13,8	12,9	12,5
Piemonte	11,3	12,4	13,9	15,5	15,4	17,2	17,2	17,2	17,9	17,8	16,4	15,7	14,8	14,7	13,5	13,6
Puglia	n.p.	13	14,6	16,7	17,5	21,3	21	21	22,7	24,7	22,5	21,9	17,2	17,8	14,6	14,9
Sardegna	8,9	10,8	12,4	11,8	23,7	15,1	13,3	11,9	14,2	18,5	17,5	16,2	13,4	13,8	12	11,1
Sicilia	n.p.	10,7	14,5	16,4	16,7	18,9	16	n.p.	17,7	19,6	17,2	17,1	13,9	15,9	12,8	13,3
Toscana	14,6	14,4	16,6	19,4	19,3	22,9	22,9	22,3	22,8	24,9	22,5	22,2	18,5	19,4	16,3	16,5
Umbria	14,4	15,6	17,2	18,6	18,5	21,2	20,3	20,5	21,8	22	21,1	20,9	18,9	19,5	17,8	17,9
Valle d'Aosta	13,1	13,3	13,8	13,9	13,9	18	13,4	15,3	14,8	16,2	15	14,8	12,3	12,7	11,9	11,7
Veneto	12,1	14,8	n.p.	17,4	n.p.	19,4	17,4	18,5	19,3	20,1	18,2	17,8	15,6	15,7	14,5	14,6
Italia	12,6	14,1	15,6	17,5	17,7	19,4	18,6	18,4	19,1	19,6	17,9	17,8	14,9	15,6	13,6	13,9

n.p. = dati non pervenuti Fonte: Ministero della Salute - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province Autonome

Le vaccinazioni non sono tutte uguali: il caso dell'influenza

Non si tratta solo di dare il buon esempio per cui è inevitabilmente poco convincente e credibile un medico che propone ai suoi assistiti la vaccinazione contro l'influenza quando è lui il primo a non farsela. "La bassa copertura degli operatori sanitari nei confronti dell'influenza ha gravi conseguenze anche e soprattutto perché, come è stato ampiamente dimostrato in letteratura, facilita la diffusione dell'epidemia stagionale e la gravità del suo impatto" precisa Maria Gramegna. Il medico è, per definizione, colui che ha maggiori probabilità di venire a contatto con persone malate e quindi, qualora sia infettato, di trasmettere ad altri la malattia, soprattutto ai più fragili. La responsabilità di chi la trascura è quindi grave. "Nella maggior parte dei casi non si tratta di opposizione ma di superficialità" spiega Marino Faccini. "Non si trova il tempo per la vaccinazione e se ne sottovaluta l'importanza, mettendo però a rischio i propri pazienti". Non è possibile sapere quanti siano i medici, gli infermieri o gli altri operatori sanitari che si vaccinano ogni anno a Milano, ma in ogni caso un valore assoluto di circa 3.200 persone, per quanto in leggero aumento, rappresenta sicuramente una piccola quota di quelle che dovrebbero farlo. Anche tra i medici generalmente favorevoli alle vaccinazioni, in particolari quelle per l'infanzia, aleggiavano false idee e antiche

paure per quanto riguarda l'antinfluenzale. Se infatti è fuori di dubbio che l'efficacia di questo vaccino sia ridotta rispetto ad altri, è anche vero che a nessun'altra infezione è esposta una fascia così ampia della popolazione. Se quindi anche solo si dimezzasse il numero delle persone colpite, l'effetto in termini di salute resta comunque notevole. Non vanno poi dimenticate le conseguenze socioeconomiche dell'influenza, che ogni anno mette a letto migliaia di persone. Per quanto riguarda i medici, una loro assenza nel momento di maggior bisogno ha un peso anche maggiore, che si riflette sul carico di lavoro per i colleghi e sulla qualità dell'assistenza. Infine, bisogna riconoscere che per molti medici resta vivo il ricordo dell'epidemia di sindrome di Guillain-Barré tra i militari americani provocata nel 1976 da un vaccino antinfluenzale messo a punto in condizioni d'emergenza per un ceppo virale emergente con un preoccupante potenziale pandemico. Da allora le tecniche di produzione e sperimentazione dei vaccini sono totalmente cambiate, e il rischio di questa grave complicazione neurologica è sicuramente maggiore contraendo l'influenza che sottoponendosi alla vaccinazione. Ma la paura resta. "Ciò conferma la necessità di un percorso formativo approfondito già nei corsi universitari" conclude Faccini.

Le trappole mentali che alimentano l'ostilità

LA CHIAVE per capire le ragioni più profonde e nascoste del rifiuto verso le vaccinazioni non la offre un medico, ma uno psicologo israeliano, premio Nobel per l'economia, Daniel Kahneman. "Certamente le vaccinazioni pagano il prezzo del loro successo, dal momento che la loro efficacia ha fatto sparire dalla memoria collettiva l'immagine delle malattie da cui dovrebbero proteggere" ricorda l'immunologo Alberto Mantovani, uno dei ricercatori italiani più citati al mondo. Ed è anche vero che Internet facilita la diffusione virale, capillare e permanente di bufale e falsi miti: i social network, poi, in cui ciascuno si crea una nicchia di contatti con cui condivide valori e credenze, rinforza in ciascuno l'idea che la propria posizione sia quella più giusta. Ma gli studi condotti negli ultimi anni hanno dimostrato che solo fornire ai genitori maggiori informazioni non è la strada per convincerli. Anzi, dietro ogni iniziativa di questo tipo si annida il rischio di un *effetto backfire*, che rinforza le famiglie nei loro atteggiamenti preconcepiuti. Lo suggerisce in particolare uno studio randomizzato pubblicato su *Pediatrics* nel 2014, che dimostra come, anche usando diversi approcci, è difficile scalfire le posizioni di partenza. Per farlo forse bisogna comprendere meglio le ragioni del

rifiuto, che affondano le loro radici nella "razionalità limitata" di cui, secondo Kahneman, tutti siamo vittime. "Questo perché la mente umana si è evoluta in un passato contesto biologico che oggi la rende inadatta a valutare previsioni a lungo termine, a calcolare le incertezze e soprattutto i rischi" spiega Andrea Grignolio, docente di storia della medicina all'Università La Sapienza di Roma. Non basta fornire grafici, numeri percentuali: la percezione che ognuno di noi ha del rischio dipende da molti altri elementi, che in tutte le circostanze della vita ci portano ad amplificare o sottovalutare il dato di probabilità. "Il nostro cervello tende a ricordare e dare maggiore rilevanza alle informazioni che suggeriscono un alto rischio" prosegue Grignolio. Istantaneamente temiamo di più ciò che rischia di danneggiare un bambino rispetto a un adulto, e ciò che è di origine industriale, come un vaccino, rispetto a quel che viene dalla natura, fosse pure una malattia. Il sospetto che a incoraggiare la diffusione delle vaccinazioni vi siano interessi economici fa il resto. Ci sono poi altre scorciatoie cognitive che il cervello è stato selezionato a utilizzare nelle condizioni di rischio immediato tipiche di una savana del pleistocene, e che ne ostacolano l'adattamento al complesso mondo

di oggi. Il *bias* di omissione, per esempio, per cui in una situazione poco chiara si preferisce non agire. Quella che però più comunemente porta fuori strada i genitori è la falsa equivalenza tra correlazione e causalità: il fatto che un evento (per esempio l'insorgenza dei primi sintomi di una malattia) si sia verificato nei giorni o nelle settimane successive alla vaccinazione di per sé non prova che le due cose siano legate da un rapporto di causa ed effetto. Forse solo la paziente spiegazione delle conseguenze paradossali di questa logica (mostrando per esempio come la curva che indica la vendita di cibi biologici negli Stati Uniti sia perfettamente sovrapponibile all'aumento dei casi di autismo) potrà aiutare i genitori a capire le trappole mentali in cui rischiano di cadere, mettendo inutilmente in pericolo il proprio figlio. ■



Daniel Kahneman, psicologo israeliano premio Nobel per l'economia.

Bibliografia

E-R, Il portale della Regione Emilia-Romagna. *Riforma dei servizi educativi 0-3 anni: flessibilità, qualità e vaccini obbligatori*. Bonaccini: "Abbiamo a cuore la salute dei bambini". 2016.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Communication on immunisation – building trust*. Stoccolma, 2012.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Vaccine hesitancy among*

healthcare workers and their patients in Europe – A qualitative study. Stoccolma, 2015.

Grignolio A. *Chi ha paura dei vaccini?* Ed. Codice, Torino 2016.

Kahneman D. *Pensieri lenti e veloci*. Ed. Mondadori, Milano 2012.

Mantovani A. *Immunità e vaccini*. Ed. Mondadori, Milano 2016.

Ministero della Salute – ISS. *Vaccinazione antinfluenzale in Italia*. 2016.

Nyhan B, Reifler J, Richey S et al. *Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial*. *Pediatrics* 2014;133:e835-42.

Regione Lombardia. *Report malattie infettive 2016*.

Siti

www.formars.it

www.teamvaxitalia.it

www.vaccinarsi.org

La strada della formazione a distanza

NELL'AMBITO del rilancio e della rivisitazione grafico-editoriale del vecchio Bollettino dell'OMCeOMI, ora INFORMAMI, trovate la novità di un aggancio con la formazione a distanza: la lettura dovrebbe avere ricadute pratiche immediate per la propria professione e questo accade soprattutto se si riescono a fornire strumenti di aggiornamento e valutazione.

In questa prospettiva e con un notevole impegno da parte di OMCeOMI nasce questo progetto battezzato SmartFAD, rifacendosi al molteplice significato del termine inglese "smart" ormai entrato anche nel dizionario italiano: "elegante, alla moda, sveglio, intelligente, abile, furbo, brillante, spiritoso, forte, secco, rapido, veloce, grande, considerevole" secondo il dizionario della lingua italiana Garzanti. Di tutti questi significati i tre propri di SmartFAD vogliono essere – senza pretese – intelligente, brillante e veloce. Intelligente perché si vuole offrire una modalità di formazione che possa essere svolta in qualunque momento, riprendendola al punto in cui si è lasciata, e in qualunque luogo (come è tipico della FAD); brillante perché quando si svolge un corso FAD si è soli davanti al computer e il nemico principale è la noia, che deve essere vinta dall'interesse per l'argomento e dalle modalità proposte per formarsi; veloce perché verranno proposti corsi brevi, della durata di due ore con due crediti ECM, scelta questa che va incontro alle esigenze espresse da molti colleghi che non apprezzano corsi di formazione a distanza troppo impegnativi in termini di tempo da dedicarvi. A ogni numero della rivista ci sarà un nuovo corso FAD, sono previste quindi quattro uscite all'anno, la prima è dedicata ai vaccini. Come vedrete nelle pagine a seguire si tratta di un dossier centrato sui casi per apprendere calandosi nella pratica quotidiana. Online sulla piattaforma www.saepe.it si potrà rispondere al questionario e ottenere i crediti. I corsi sono gratuiti per tutti gli iscritti all'OMCeOMI.



Pagina di presentazione del programma di formazione SmartFAD, disponibile su www.saepe.it

I primi risultati

Sono già disponibili i risultati dei primi 10 giorni dalla messa online: sono stati 111 i colleghi che vi hanno partecipato. Il 95,3% ha considerato l'argomento trattato da abbastanza a molto rilevante, il 96,5% ha valutato la qualità del corso da abbastanza a molto buona, il 91,8% ha valutato il corso da abbastanza a molto efficace. Anche i pareri che possono essere lasciati sulla piattaforma dai partecipanti mostrano un notevole gradimento. Ecco quelli giunti finora:

- molto bene
- bello, pratico e semplice
- ottimo
- interessante per tutti
- utile
- lo consiglio ai colleghi
- utile
- molto utile a chi vaccina e comunque a medici e pediatri
- utile per chi come me non pratica vaccini

E' giunto anche un commento negativo: "modesto", ma proviamo a consolarci con le parole dell'aforista francese Jean de la Bruyère: "la modestia è l'esca più efficace per procacciarsi una lode". Buona formazione a tutti. ■

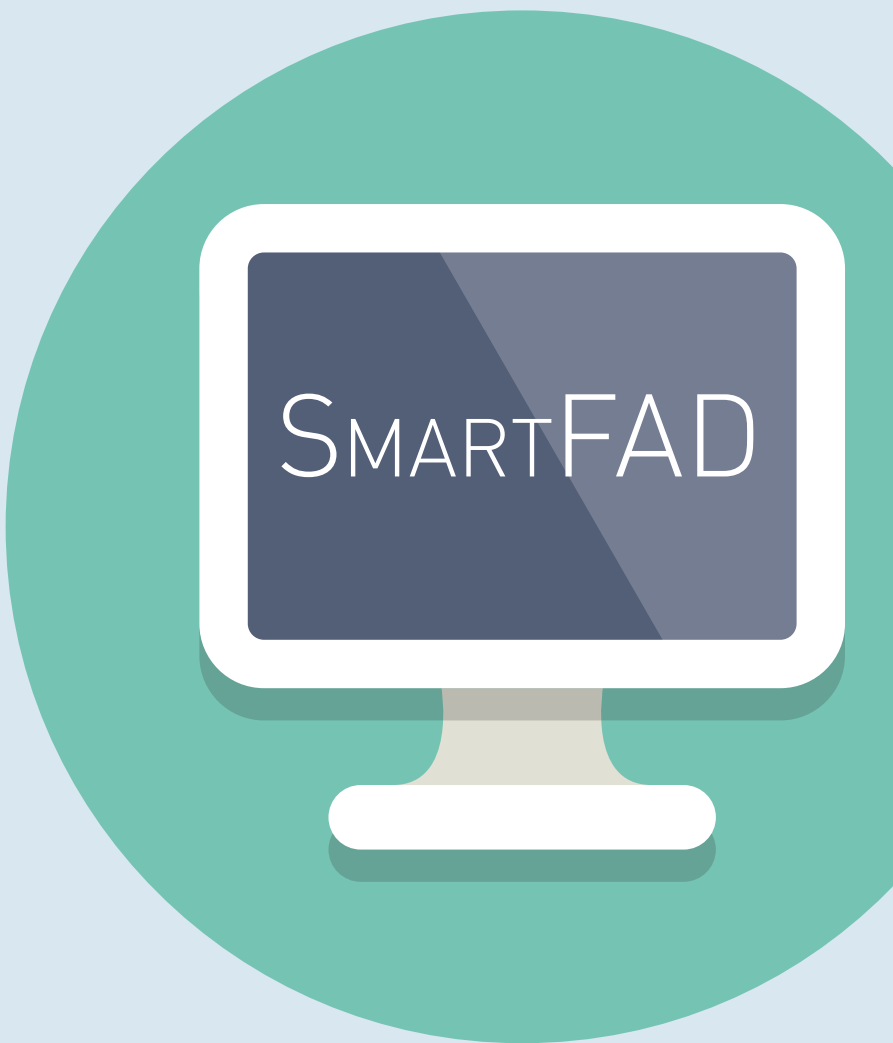


COME ISCRIVERSI AL CORSO

Partecipare al corso FAD è semplice. Una volta letto questo dossier, tutti gli iscritti all'OMCeO Milano, medici e odontoiatri, possono rispondere al questionario online e acquisire i crediti ECM. Ecco come fare:

1. registrarsi sulla piattaforma www.saepe.it per ricevere via email ID e PIN per l'accesso
2. entro 48 ore ricollegarsi alla piattaforma e inserire ID e PIN ricevuti
3. cliccare al piede della pagina sul banner Smart FAD
4. cliccare il titolo del corso
5. cliccare sul questionario e rispondere alle domande ECM; si ricorda che le domande sono randomizzate, quindi variano nei tentativi successivi (non c'è un limite massimo)
6. rispondere al questionario di *customer satisfaction*
7. scaricare l'attestazione dei crediti cliccando in alto a destra su "Crediti" e quindi sulla stampantina vicino al titolo del corso

Per qualunque dubbio o difficoltà scrivere a: gestione@saepe.it



1.2016

LE REAZIONI AVVERSE AI VACCINI

In tempi in cui si assiste a un calo della copertura vaccinale e a una forte crescita delle leghe antivaccinazione è fondamentale conoscere i possibili effetti avversi, quelli lievi che sono frequenti e quelli gravi che sono rarissimi, per controbattere efficacemente a chi sostiene che i vaccini sono dannosi

Evento ECM n.167465; Provider Zadig (n. 103)

Destinatari: medici e odontoiatri

Durata prevista: 2 ore (compresa la lettura di questo dossier)

Durata: dal 30 settembre 2016 al 31 dicembre 2016

L'autista di scuolabus teme le uova

LA STORIA

parte I

Adalberto, 57 anni, autista di scuolabus, ha una bronchite cronica. I suoi sintomi respiratori peggiorano lentamente ma inesorabilmente, anche perché l'addio alla sigaretta è una promessa costantemente rimandata.

A sentire lui, le infezioni respiratorie ricorrenti nella stagione invernale sono tutta colpa dei ragazzini raffreddati che salgono e scendono dall'automezzo che guida quotidianamente.

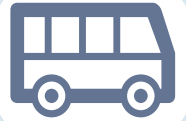
"Figliolo, metti la mano davanti alla bocca quando tossisci..."

"E tu, Renato, soffiati il naso o hai dimenticato anche oggi il fazzoletto?"

Li conosce tutti, uno per uno. Condivide le loro preoccupazioni prima di un compito in classe e all'uscita si informa sulle interrogazioni.

Quando lo scorso inverno l'influenza l'ha colpito duro e si è complicata con una riacutizzazione della BPCO, ai giovani passeggeri dell'autobus è mancato, per quasi un mese, un volto amico.

"Ma perché non ti fai il vaccino come mio nonno?" gli ha chiesto un ragazzino quando ha ripreso servizio. Bella domanda, gliel'hanno fatta anche i medici durante il ricovero. Già, perché Adalberto non si vaccina? Per una storia di allergie alle uova, anche se i medici dell'ospedale gli hanno insinuato il dubbio che si tratti di un falso allarme. E poiché, stando a letto, Adalberto ha avuto un bel po' di tempo per pensare, il seme del dubbio è cresciuto e alla visita di controllo dopo le dimissioni riaffronta la questione con lo specialista che lo visita: "In fondo devo solo scegliere se rischiare per l'influenza o per la vaccinazione..."



COMMENTO

In caso di sospetto di allergia alle uova in un paziente che abbia un'indicazione alla vaccinazione antinfluenzale, un'attenta anamnesi rappresenta il primo passaggio della valutazione per verificare se le caratteristiche e la tempistica della reazione alla componente sospetta sia compatibile con una reazione IgE-mediata.

GALLO G, MEL R, ROTA M (a cura di). Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. Rapporto ISTISAN 09/13

<http://goo.gl/EcUHdX>

LA STORIA

parte II

"Ha inquadrato perfettamente il problema signor Adalberto. La decisione che prenderà si basa sul bilancio tra rischi di una possibile reazione allergica e benefici di proteggersi con la vaccinazione. I benefici li può intuire benissimo, soprattutto dopo l'esperienza di questo inverno. I rischi li valutiamo bene insieme".

Il medico effettua un'accurata anamnesi da cui emergono ripetuti episodi di orticaria dopo l'introduzione di uova o alimenti che le contengono.

"Solo orticaria, nessuna difficoltà respiratoria?"

"Da giovane no, non mi pare proprio. Ultimamente, è difficile dirlo considerando come sono ridotto..." risponde il paziente allargando le braccia.

"Capisco".

"Che idea si è fatta dottore?". Il medico sta riflettendo sulla base delle conoscenze acquisite negli anni su questo delicato quesito clinico.



COMMENTO

Una revisione delle oltre 18.000 segnalazioni pervenute al VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), il sistema di vaccinovigilanza statunitense, relativamente alla somministrazione ad adulti di quasi 750 milioni di dosi di vaccino antinfluenzale nell'arco di 15 anni, riporta 35 decessi nel giorno della somministrazione del vaccino, solo 4 dei quali riferibili ad anafilassi. Il Vaccine Injury Compensation Program ha ricevuto, nell'arco del decennio 2000-2009, solo una richiesta di risarcimento per anafilassi dopo la vaccinazione antinfluenzale.¹

Nella letteratura scientifica (28 studi su oltre 4.300 soggetti allergici alle uova vaccinati contro l'influenza, 656 dei quali con storia di anafilassi dopo l'assunzione di uova) non sono segnalate reazioni avverse gravi (crisi respiratorie o ipotensione) ma solo reazioni lievi (orticaria e broncospasmo lieve) con frequenza simile a quelle dei soggetti non allergici.²

La maggior parte dei vaccini antinfluenzali è coltivata su uovo e può contenere minime quantità di ovalbumina (quantità stimata in 100 femtogrammi pari a 1×10^{-7} mg/ml).¹

Tuttavia sono stati sviluppati metodi di produzione di vaccini inattivati che evitano questo passaggio. Sono approvati per persone sopra i 18 anni di età, in quanto sono meno immunogeni dei prodotti preparati con le tecniche standard.^{1,2}

Le aziende produttrici di vaccini, inoltre, dichiarano il contenuto di proteine dell'uovo nel farmaco (quantità massima 1 µg di ovalbumina per dose) e le verifiche effettuate in laboratori indipendenti hanno mostrato livelli comunque inferiori a questa dose. Quindi,

è verosimile che anche in una persona con allergia alle uova la quantità di proteine delle uova contenuta nel vaccino non sia tale da provocare una reazione allergica.¹

¹ KELSO JM. Administering influenza vaccine to egg-allergic persons. *Expert Rev Vaccines* 2014;13:1049-57.

² KELSO JM. Allergic reactions after immunization. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2013 Jun;110:397-401.

LA STORIA

parte III

“La mia sensazione è che lei abbia rinunciato per anni a un vaccino che l'avrebbe protetto da tanti malanni per un eccesso di prudenza. Una reazione grave al vaccino antinfluenzale causata da un'allergia alle uova, anche confermata, è un evento molto raro. Anche perché la quantità di proteine dell'uovo in una dose di vaccino è molto bassa” spiega il medico.

Adalberto è abituato a guardare sempre avanti e senza recriminare conclude: “Però adesso che io sto invecchiando e i miei polmoni più di me, sarà meglio decidere diversamente...”.

“Un attimo, la mia è una sensazione che per ora non ci autorizza a decidere diversamente” lo ferma il medico, che poi rettifica, notando la delusione dipinta sul volto del paziente: “Al momento non escludo nessuna possibilità, non deve preoccuparsi. Prima della decisione abbiamo quasi un anno”. “Già, del vaccino se ne parla eventualmente a novembre. E nel frattempo?”.



COMMENTO

In presenza di un sospetto di allergia alle uova in un paziente che abbia un'indicazione alla vaccinazione antinfluenzale, il *prick test* rappresenta la prima indagine diagnostica.

GALLO G, MEL R, ROTA M (a cura di). Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. Rapporto ISTISAN 09/13

<http://goo.gl/EcUHdX>

LA STORIA

conclusione

“Nel frattempo dovrà eseguire un esame che si chiama *prick test*. Si fa sulla cute dell'avambraccio, mettendo una goccia di liquido che contiene nel suo caso le proteine dell'uovo e pungendo la pelle senza farla sanguinare. Dopo una quindicina di minuti si osserva se c'è stata una reazione tipo orticaria”.

“E si deciderà in base a questo risultato se posso fare il vaccino?”.

“Proprio così”.

Secondo il suo stile Adalberto non lascia la questione in sospeso e non attende novembre per fare il *prick test*. Circa un mese dopo il medico lo incontra nei corridoi dell'ospedale.

“Si sta prenotando?”.

“No, ho appena ritirato il risultato. La stavo cercando perché ho qualche difficoltà a interpretarlo” e porge il foglietto al medico.

“Negativo”.

“Quindi non posso fare il vaccino?”

“No mi scusi, mi sono spiegato male, negativo è un buon risultato, significa che non è allergico alle uova. Ci vediamo a novembre, anche con la spirometria. Però prima vorrei riprendere il discorso sul fumo”.

“Ha ragione dottore, per quel discorso le stagioni non contano...”.

Carlo e Alberto, gemelli nella paura

LA STORIA

parte I

E' venerdì pomeriggio. Alberto e Carlo, gemelli di 6 anni, escono da scuola e salgono sulla macchina della mamma per andare direttamente dal pediatra. Li aspetta il richiamo della vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia.

“Non facciamo scherzi, mamma, non voglio andare là a fare la puntura” protesta Carlo notando che l'auto della madre, Teresa, ha preso una strada diversa dal solito e ricordando la conversazione dei genitori la sera prima. Dal retro dell'abitacolo i gemellini iniziano a reclamare e Teresa li segue con lo sguardo dallo specchietto retrovisore. Così facendo nota che gli occhi di Alberto sono lucidi, senza però che quella piccola peste abbia pianto.

“Tutto bene, Alberto?”.

“No, tutto male mamma, neanche io voglio fare la puntura”.

“Io volevo sapere se ti senti bene”.

“No, sto già male”.

Teresa desiste dall'indagare ulteriormente.

Nell'ambulatorio li accoglie sorridente l'infermiera che ricorda bene la vivacità dei gemelli quando tempo prima avevano ricevuto il richiamo della trivalente e antipolio: “Eccoli qui i due terremoti, vi aspettavamo giusto per chiudere in bellezza la settimana!”.

“Buongiorno, signora. Credo che Alberto abbia la febbre, ha gli occhietti lucidi, di solito fa sempre così”.

“Verifichiamo subito”. Effettivamente il piccolo ha qualche linea di temperatura: 37,4 °C esterna.

“Sempre la stessa storia, si ammalano all'arrivo del fine settimana. Per forza, escono dalla ginnastica marci di sudore e senza cappotto!”.

Arriva la pediatra e si informa della situazione. “E tu Carlo, cos'è quell'aria arrabbiata?”.

“Sono arrabbiato con la mamma”.

“Capisco. Però non devi arrabbiarti con lei, ma con i microbi. Con la punturina li sconfiggeremo”.

Teresa interviene: “Li ho portati tutti e due perché sono usciti da scuola pochi minuti fa. Ma credo che per Alberto si debba rimandare la vaccinazione”.



COMMENTO

Non è necessario misurare la febbre o eseguire una visita medica prima della vaccinazione a meno che il soggetto non appaia ammalato o riferisca una malattia in corso e sia, quindi, opportuno valutare se eseguire o meno la vaccinazione.

Allo stesso modo non vi sono esami di laboratorio o altri accertamenti diagnostici da eseguire di routine prima della vaccinazione a

tutti coloro che appaiono in buona salute. Una malattia acuta lieve, con o senza febbre, è una falsa controindicazione alla vaccinazione.

GALLO G, MEL R, ROTA M (a cura di). Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. Rapporto ISTISAN 09/13

<http://goo.gl/EcUHdX>

LA STORIA

parte II

“Eh no, mamma. La puntura devo farla solo io e mio fratello niente?” dice Carlo sempre più agitato. “E magari lunedì sta anche a casa mentre io vado a scuola!”. La reazione del piccolo scatena l'ilarità generale.

“Un attimo. Qui decido io” dice la pediatra fissando negli occhi Carlo. “Oggi la punturina la fate tutti e due”.

“Ah, così va meglio” risponde Carlo, ma a questo punto inizia a protestare Alberto.

“Qualche linea di febbre non è una controindicazione a vaccinare” spiega il medico alla mamma, mentre l'infermiera tiene a bada i gemelli e prepara i vaccini.

La somministrazione è meno tumultuosa di quanto ci si potesse attendere dall'avvio della seduta vaccinale. I due monelli restano immobili e silenziosi finché l'ago è stato estratto dal braccio.

Subito dopo riprendono energia: “Adesso andiamo, mamma” dice Carlo, mentre Alberto è già sulla soglia e saluta con la manina l'infermiera.



“Un attimo ragazzi, non così di fretta!” li ferma la pediatra.

“Eh sì, dovete stare ancora un po’ con noi. E rivolgo lo stesso invito alla vostra mamma” le fa eco l’infermiera.

Alberto e Carlo si guardano come per chiedersi quale altra brutta sorpresa li attenda.

“Signora, come tutte le altre volte, fermatevi un quarto d’ora in sala di aspetto”.

“Va bene” risponde Teresa.

COMMENTO

Indipendentemente dall’età di chi ha ricevuto la vaccinazione, l’80% degli eventi avversi si verifica entro i primi 15 minuti dalla somministrazione del vaccino, per questo motivo il soggetto vaccinato deve essere tenuto in osservazione per almeno un quarto d’ora.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). General recommendations on immunization recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011;60.

<http://goo.gl/0P7Nuf>

LA STORIA

parte III

Ovviamente in sala di aspetto i due gemellini fanno il diavolo a quattro nonostante i richiami della mamma.

E’ quasi trascorso il quarto d’ora canonico quando Carlo smette le sue birbonate e si rannicchia accanto alla mamma. “Finalmente, adesso stai un po’ vicino a me e leggi il giornalino che ti ho portato”. Notando però un insolito pallore, Teresa si allarma e lo porta immediatamente nell’ambulatorio. “Forse si è agitato troppo...”.

L’infermiera chiama immediatamente la pediatra che effettua una rapida valutazione clinica: il bimbo è cosciente, non ha laringospasmo, ha però alcuni conati di vomito. Il polso è rallentato ma valido.

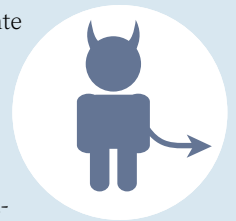
“Stendiamolo sul lettino e teniamolo tranquillo”.

Dopo qualche minuto il bambino si riprende completamente.

“Allora, pulcino, tutto bene?” Carlo fa segno di sì con la testa.

“Vuol dire comunque che lunedì posso stare a casa da scuola? Magari viene la febbre anche a me come ad Alberto” chiede speranzoso Carlo alla mamma.

“Fai poco lo spiritoso” gli dice l’infermiera “Certo non possiamo escludere che una volta a casa ti venga la febbre...”.



COMMENTO

Dopo la vaccinazione non è raro il verificarsi di una sincope, in genere di natura vaso-vagale. Questa reazione è più frequente tra gli adolescenti e i giovani adulti.

Reazioni febbrili alla vaccinazione sopra i 37,5° C sono frequenti nei bambini e non destano preoccupazione. Al momento della vaccinazione devono essere fornite informazioni adeguate per controllare la febbre con paracetamolo o con ibuprofene.

Anche se questi farmaci possono limitare la durata della febbre e

il malessere generale, non ci sono prove che prevengano le convulsioni febbrili.

Public Health England – Department of Health. Green Book. Immunisation against infectious disease. Information for public health professionals on immunisation, edizione 2014, capitolo 8, pagg. 53-66.

<https://goo.gl/VfEJRh>

LA STORIA

conclusione

“Signora, nel caso anche a Carlo si alzasse la temperatura usi il solito antifebbrile a base di paracetamolo. E comunque per ogni dubbio ci sentiamo”.

“Grazie, dottoressa” risponde salutando Teresa.

“Un’ultima cosa. Vista la reazione di Carlo si fermi qui un’altra mezz’ora. Anche se la più provata mi sembra lei”.

La signora Ortensia ama i fiori

LA STORIA

parte I

Ortensia, 66 anni, è una pensionata che non si annoia ed è sempre di buon umore grazie alla sua passione per il giardinaggio.

Questa mattina ha accompagnato dal medico di medicina generale il marito, di una decina d'anni più anziano di lei, che ha una pressione difficile da controllare e una forma avanzata di artrite reumatoide.

“Io avvizzisco e mia moglie è un fiore” commenta ironicamente il consorte.

“Ma dai, Arturo... non lamentarti. Hai qualche malanno, ma non son cose drammatiche. E poi sarò il bastone della tua vecchiaia” lo consola la moglie con il consueto ottimismo.

“Tu non hai neppure idea di cosa vuol dire non poter più comandare le mani. Vorrei vederti con le tue adorare piantine. A proposito dottoressa, raccomandami a questa testona di mettersi i guanti quando pota le rose”.

“Qualche graffio, cosa vuoi che sia...” si giustifica Ortensia.

“Ma quel dito incroccato?” chiede la dottoressa con un sorriso, indicando il pollice destro coperto da una vistosa medicazione. Ortensia minimizza: “Beh effettivamente questo qui non è propriamente un pollice verde... Una decina di giorni fa mi sono punta e forse la spina è rimasta dentro... ha fatto un po' di infezione, ma si sta risolvendo”.

“Vede dottoressa che ho ragione? Avere la salute e non preservarla...”.

“Visto che è qui, lasci fare a me”. Il medico stacca il cerotto e verifica che la puntura è in via di guarigione. Lascia cadere una goccia di soluzione di iodopovidone e poi medica con una garza sterile e un cerotto. Poi si informa: “Mi sa dire se ha fatto il richiamo dell'antitetanica?”.



COMMENTO

I dati epidemiologici italiani indicano che in Italia continuano a verificarsi casi di tetano (incidenza annuale circa 1 per milione di abitanti) alcuni dei quali fatali (in media 21 decessi l'anno), con una frequenza anche più elevata che in altri paesi europei. I casi si verificano per lo più nella popolazione ultrasessantacinquenne, con un'incidenza tre volte superiore nelle donne rispetto agli uomini. Si tratta in genere di persone non vaccinate o vaccinate in modo incompleto o con situazione vaccinale sconosciuta.¹

I dati disponibili sulla copertura vaccinale riguardano la coorte che ha completato il ciclo vaccinale (3 dosi) nel 2014. La media nazio-

nale è del 94,8%, di poco inferiore a quella raccomandata dal Ministero della Salute, con una variabilità regionale dall'88,5% nella Provincia Autonoma di Bolzano al 98,8% in Basilicata.²

¹ FILIA A, BELLA A, et al. Tetanus in Italy 2001-2010: a continuing threat in older adults. *Vaccine* 2014;32:639-44.

² EpiCentro, portale di epidemiologia a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. Le coperture vaccinali in Italia.

<http://goo.gl/p20Enz>

LA STORIA

parte II

“Ortensia è dubbiosa: “Ma dottore, alla mia età?”. “Non ci crederà ma in Italia i casi di tetano si osservano soprattutto nelle persone che hanno la sua età”. “Mah, mi lasci pensare, potrei averla fatta in Pronto Soccorso quando sono caduta dalla bicicletta, tante sbucciature e una brutta botta al polso”.

“Quanti anni saranno passati?” si informa il medico.

“A dir la verità, non ricordo con precisione”.

“Me lo ricordo io. Un bello spavento, perché anche sul velocipede ti prendevi dei rischi” commenta Arturo. “Sono passati dodici anni, era l'anno che è nato il nostro nipotino. Per qualche settimana non l'hai preso in braccio per il dolore”.

“E' vero”.

Pochi giorni dopo Ortensia riceve nell'ambulatorio vaccinale il richiamo del vaccino antitetanico. Nel giro di 24 ore si ritrova però con il braccio sinistro gonfio, arrossato e dolente e torna dal medico di medicina generale, sempre accompagnata dal marito.



“Questa volta ho bisogno davvero di lei” dice Ortensia.

E Arturo: “Eh sì, una bella infezione. L’avevo detto io che dovevi metterti i guanti”.

La dottoressa esamina il braccio della paziente: “Si tratta con ogni probabilità di una reazione locale al vaccino. Ha avuto febbre, mal di testa o altri sintomi dopo la vaccinazione?”.

COMMENTO

Reazioni locali caratterizzate da gonfiore, indurimento e dolore anche marcati in sede di iniezione si verificano nel 5% dei casi dopo la vaccinazione antitetanica. Sono dolorose e fastidiose, ma non gravi. Si tratta con ogni probabilità di una reazione di Arthus (reazione di ipersensibilità di tipo III, da immunocomplessi) che si

verifica in pazienti con anticorpi di tipo IgG per precedenti immunizzazioni che ricevono con una nuova dose di vaccino una quantità considerevole di antigene.

KELSO JM, GREENHAWT MJ, et al. Adverse reactions to vaccines practice parameter 2012 update. J Allergy Clin Immunol 2012;130:25-43.

LA STORIA

parte III

“No, direi di no. Almeno io non ho notato nulla” risponde Ortensia.

“Sfido io, tu non ascolti te stessa, sempre lì a fissare i boccioli...”.

“Ma, Arturo, sei ingiusto. Amo le mie piante ma non farmi passare come una fissata che vive solo per le rose. Pensa a quante cose facciamo insieme. Il corso di ballo liscio, andiamo spesso al cinema e settimana prossima andremo in crociera”.

Il medico interrompe lo scambio di vedute tra i due coniugi: “Ha con sé il foglio che le han rilasciato quando ha fatto la vaccinazione?”

“Sì, certo”. Ortensia porge il certificato vaccinale aggiornato.

Raccolte tutte le informazioni necessarie, la dottoressa si collega al sito www.vigifarmaco.it per compilare online la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa al vaccino.

“Ci metterò qualche minuto, ma è un’operazione necessaria ogni volta che riscontro una reazione a un farmaco o a un vaccino” spiega la dottoressa.

“Quindi è una cosa grave?” si informa Arturo.

“No, questa segnalazione va compilata anche quando la reazione non è pericolosa, come nel caso di sua moglie. Preferisco farla subito perché poi finisce che tra le tante cose uno si dimentica di farla”.



COMMENTO

Si ricorda l’importanza di fare una segnalazione ogni volta si sospetti che il farmaco usato possa aver causato un effetto non voluto, tenendo presente che non è richiesta la completa certezza.

Per quanto riguarda le segnalazioni avverse ai vaccini, nella compilazione della scheda è particolarmente importante:

- riportare l’orario di insorgenza della reazione rispetto alla vaccinazione;
- riportare il numero di lotto del vaccino;
- riportare l’ora della somministrazione e il numero di dose (I, II, III

o richiamo), la sede dove è avvenuta la vaccinazione, se in ASL, in uno studio privato, a scuola o altrove (specificare) e il sito di inoculo del vaccino;

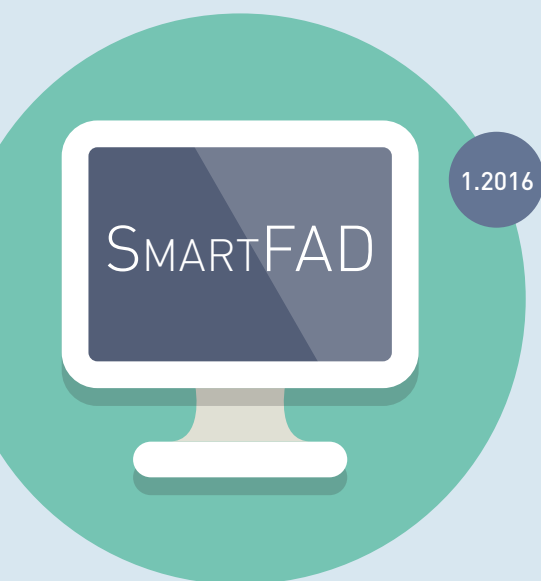
- riportare gli eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione.

Guida alla compilazione della Scheda elettronica per gli operatori sanitari, <http://goo.gl/AeSd7T>

LA STORIA

conclusione

Terminata la procedura online, il medico congeda Ortensia: “In pochi giorni il problema dovrebbe risolversi. Mi raccomando non massaggi la parte, al massimo faccia qualche impacco freddo”.



Ora collegati alla piattaforma www.saepe.it, registrati (se non lo hai già fatto), ricevi alla tua email le credenziali d'accesso e cimentati con le risposte online alle domande del questionario ECM del programma Smart FAD dell'OMCeO Milano

Autore: Maria Rosa Valetto

Revisore: Mauro Venegoni, già direttore dell'Ufficio di farmacovigilanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco

Brexit:

le controindicazioni per la sanità d'oltremarica

Le conseguenze sulla formazione, il rischio di riduzione della forza lavoro e quindi della qualità delle cure oltre a un'incertezza in merito ai finanziamenti per la ricerca e ai negoziati per farmaci e materiale sanitario; lo scenario post Brexit non è dei più incoraggianti

TENTARE previsioni sulle future conseguenze della Brexit in ambito sanitario, dopo che il referendum del 24 giugno scorso ha dato il via al processo per portare il Regno Unito fuori dall'Unione Europea (UE), non è semplice, dato che al momento si vive una fase transitoria, dove è ancora tutto da discutere tra Unione Europea e Regno Unito. Quello che pare certo è tuttavia che la Brexit si abbatte su un paese tutt'altro che solido dal punto di vista dell'autosufficienza nel settore medico e odontoiatrico. Il sistema sanitario britannico sta infatti vivendo un momento di forte crisi per quanto riguarda la forza lavoro, iniziato diversi anni fa: ci sono pochi medici e ancora meno odontoiatri, e molti di quelli che ci sono, circa il 10-15%, provengono da altri paesi, comunitari e non. L'Italia attualmente si trova al quinto posto come forza lavoro, con oltre 4.500 medici residenti nel Regno Unito.¹ "Questo perché nel Regno Unito il percorso per diventare medico è molto lungo e scoraggiante per un giovane diplomato" spiega Sara Tenconi, chirurgo toracico presso l'Ospedale di Leicester, che lavora oltremarica da tre anni. "La scuola di specializzazione può durare anche

sette anni dopo la laurea, e il risultato è che ci sono pochissimi *junior doctor* – i medici che non occupano posizioni dirigenziali – che siano cittadini inglesi. Nel mio gruppo per esempio, su otto *junior doctor* nessuno è del Regno Unito". Al momento serpeggia l'incertezza e la stessa classe medica non è a conoscenza di quello che accadrà a partire dai prossimi mesi. "Nessuno ci ha ancora informato di come potrebbero cambiare le cose" racconta Pamela Barcella, medico di famiglia a Ipswich, che lavora in Gran Bretagna da 20 anni. "Siamo rimasti molto sorpresi dall'esito del referendum e la nostra principale paura, come medici di famiglia, riguarda l'assistenza territoriale, che già vive le conseguenze della carenza di personale nelle zone rurali".

Recruiting sempre più difficile

Il principale problema da

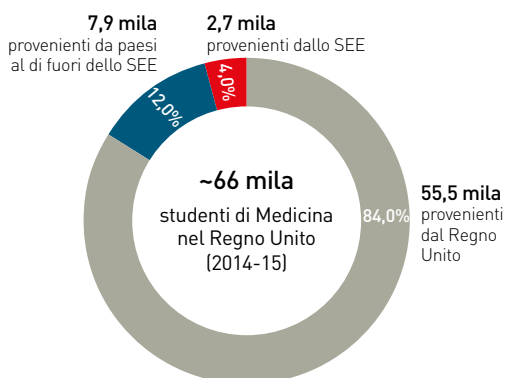
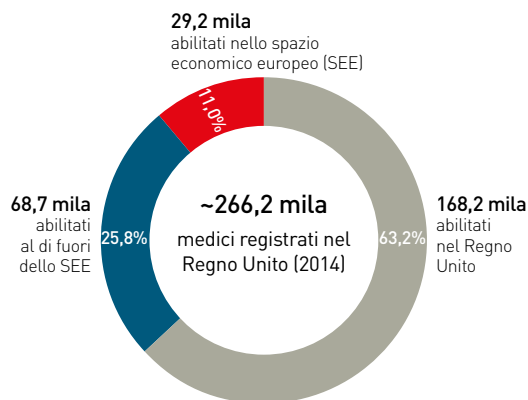


affrontare sarà dunque garantire un facile accesso alla forza lavoro. Finora per un medico proveniente da un paese della UE che desiderava lavorare nel Regno Unito bastava iscriversi all'Ordine dei medici, previo superamento di un impegnativo test di lingua inglese, e poi poteva iniziare subito a lavorare. Ai

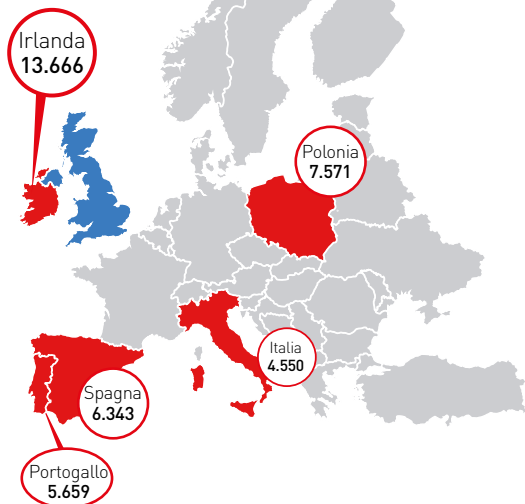
non-UE, invece, veniva richiesto un visto, che comportava tempi molto più lunghi. "Le conseguenze della Brexit in questo senso sono facilmente intuibili" sottolinea Sara Tenconi, "dal momento che se si dovessero considerare i cittadini dell'UE allo stesso modo in cui si sono considerati gli extra-UE fino a oggi, si dovrebbero affrontare tempi burocratici spesso incompatibili con quelli di un bando o di una *call* per un posto di lavoro". C'è infine il problema dell'equipollenza dei titoli di studio, garantita per i paesi della

Medici e studenti di medicina nel Regno Unito: da dove vengono?

Fonte: modificato da Moberly T, BMJ 2016¹



Paesi UE da cui provengono i medici nel Regno Unito



UE, che faceva sì che finora fosse sufficiente richiedere un certificato di conformità presso il nostro ministero per iscriversi a qualsiasi albo in Inghilterra. Un aspetto particolarmente rilevante nel caso di professioni come l'igienista dentale o l'infermiere dentale, che richiedono diplomi e non lauree, differenti da paese a paese.

Le conseguenze sulla formazione

Il problema dell'accesso alla formazione è cruciale e la prima cosa è chiarire la posizione di chi si trova già nel Regno Unito con una borsa di studio o un assegno come studente UE o come medico in formazione. Nonostante le varie rassicurazioni da parte di politici e dirigenti, apparse per esempio sul *British Medical Journal*,¹ non è ancora chiaro lo status che assumeranno queste persone nei prossimi mesi e quale sarà l'impatto economico in termini di tasse universitarie, che sono altissime per chi non dispone di borse di studio come quelle messe a disposizione per i cittadini UE, fino addirittura a 8-9.000 sterline in più all'anno. "Sono aspetti che vanno chiariti al più presto per evitare che l'iscrizione a un master o a un corso universitario qui diventi un dramma, ma a livello universitario non se ne è ancora discusso" spiega Francesco D'Aiuto, odontoiatra e docente allo University College of London, che lavora nel Regno Unito da oltre 15 anni. "Se non si comincia immediatamente ad affrontare questo punto ci ritroveremo con una classe di universitari fatta solo di persone che si possono permettere tasse universitarie alte, con una conseguente riduzione della qualità della forza lavoro".

Che ne sarà del "7-day NHS"?

Un altro problema è l'orario di lavoro, che secondo le direttive europee non deve superare le 48 ore settimanali. C'è però la necessità di garantire un'adeguata copertura medica anche nei fine settimana, un aspetto problematico all'interno di un sistema sanitario come l'NHS, fortemente vessato dalla mancanza di forza lavoro. La proposta dell'attuale segretario di Stato alla salute inglese Jeremy Hunt è il celebre "7-day NHS" (vedi box), una riorganizzazione della struttura dei servizi sanitari per assicurare la medesima qualità anche nei fine settimana. "Il punto è che secondo noi, complice la Brexit, si finirà per disporre di una forza lavoro ridotta che si troverà a dover affrontare ritmi di lavoro più logoranti, che scoraggeranno ancora di più i giovani dall'intraprendere questa carriera" stigmatizza Sara Tenconi. Fra le righe vi è inoltre la questione economica: la Brexit – secondo diverse stime apparse sulle pagine dei principali giornali inglesi – porterà con molta probabilità un ammanco alle casse dell'NHS. Anche a livello di medici di famiglia – fra i cosiddetti GP, *general practitioners* – le preoccupazioni sono molte. "Fare il medico di base in Gran Bretagna è molto diverso rispetto a farlo in Italia" spiega Pamela Barcella "perché qui, oltre all'attività ambulatoriale, svolgiamo anche attività di urgenza ospedaliera durante i weekend. Per questa ragione il progetto di Jeremy Hunt spaventa molto noi medici di famiglia, poiché non è fattibile e soprattutto non è utile alla popolazione perché comunque diversi studi pilota hanno

dimostrato che durante i weekend c'è meno richiesta di cure da parte dei pazienti”.

Settore dentale ancora più in crisi

A pagare di più il prezzo di una possibile carenza di personale straniero nel Regno Unito sarebbero i piccoli e medi centri, in particolare modo nel settore odontoiatrico. “Siamo abituati a pensare all’Inghilterra come a Londra, ma non è assolutamente così” spiega Francesco D’Aiuto. A Londra non è un problema avere un medico o un dentista, mentre in altre aree, in particolare nel Nord del paese, molti non riescono a trovare uno specialista vicino a casa o strutture adatte alle loro esigenze. Il nostro settore si appoggia quindi da anni sulla forza lavoro straniera, anche perché a differenza di quello che avviene per i medici, per un odontoiatra italiano che decide di venire a lavorare nel Regno Unito non sono necessari esami di lingua inglese o visti particolari”. Un sistema questo che potrebbe scricchiolare se nel dopo Brexit gli organismi deputati non si impegneranno a facilitare l’ingresso di personale straniero nel paese. A differenza



Vignetta sul 7-day NHS
FONTE: WWW.SCENESOFFREASON.COM

di quello che avviene in Italia, il settore odontoiatrico inglese non è quasi completamente privato, ma esiste un sistema odontoiatrico nazionale pubblico, che risente anch’esso della scarsità di forza lavoro. “L’odontoiatria pubblica si paga poco, ma al momento dà anche molto poco in termini di qualità delle prestazioni” precisa D’Aiuto “perché il personale ha sempre meno tempo e risorse. La conseguenza è che molti decidono di recarsi all’estero, in particolare nei paesi dell’Est Europa per ricevere cure odontoiatriche a costi più accessibili, un fenomeno che finisce per indebolire ancora di più il nostro sistema. Se non si

“L’Inghilterra si presenterà da sola a negoziare i prezzi con industrie e case farmaceutiche, e le prospettive non sono incoraggianti...”

dovessero garantire procedure snelle per il reclutamento di nuova forza lavoro non britannica, il settore potrebbe collassare ulteriormente”.

Chi discuterà i prezzi dei farmaci?

Un altro settore che richiederà un’attenta regolamentazione è quello dei farmaci e più in generale dell’approvvigionamento del materiale sanitario, una

Il “7-day NHS” in pillole

Nel 2012 è stato pubblicato uno studio che rilevava un aumentato rischio di morte nei pazienti trattati negli ospedali inglesi durante il fine settimana, se confrontati con coloro che venivano curati nei giorni feriali. Lo studio era firmato fra gli altri anche da Sir Bruce Keogh, direttore dell’NHS. Per far fronte a questo problema nel 2013 si è proposto di estendere la copertura sanitaria dei giorni feriali anche durante il fine settimana aumentando il numero di ore di lavoro per i medici, il cosiddetto “7-day NHS”. L’obiettivo dichiarato era quello di rendere il nuovo protocollo accessibile al 25% della popolazione inglese entro marzo 2017.

La proposta è diventata il cavallo di battaglia dell’ex primo ministro David Cameron, e del segretario alla salute Jeremy Hunt, suscitando forti proteste nella classe medica. I punti su cui si basa il “7-day NHS” sono i seguenti: garantire l’accesso ai GP (*general practitioners*) la sera e nei fine settimana; garantire l’accesso alla consulenza sanitaria per urgenze 24/7 tramite il NHS; fornire cure ospedaliere di qualità in grado di garantire al 100% della popolazione lo stesso livello di accesso alle cure, ai test diagnostici e agli interventi di consulenza guidata tutti i giorni della settimana entro il 2020.

volta fuoriusciti dal mercato UE. Attualmente in Inghilterra esistono due grandi *hub* che si occupano di stipulare gare d'appalto per rifornire ospedali e ambulatori di tutto il materiale e che negoziano i prezzi. "Il problema è che questo avviene tramite una piattaforma europea" spiega Sara Tenconi. "La domanda che ci poniamo ora noi medici è che cosa succederà se l'Inghilterra si presenterà da sola a negoziare i prezzi con industrie e case farmaceutiche, e le prospettive non sono delle più incoraggianti...". C'è infine la questione dell'EMA, l'Agenzia europea del farmaco, insediata nel cuore di Londra e che dovrà essere spostata, e non è escluso che possa venire proprio in Italia: all'indomani del referendum, sia Milano sia Roma si sono candidate per ospitare la nuova sede dell'EMA, che potrebbe trovare spazio forse proprio nel tanto discusso Technopole, che sorgerà dalle ceneri di Expo Milano.

I finanziamenti europei: una Gran Bretagna emarginata?

La questione degli effetti in termini di finanziamenti europei è molto

Secondo il 90% degli economisti la Brexit renderà la Gran Bretagna più povera nel breve e medio termine

delicata e ancora profondamente incerta, dipendendo completamente dalle negoziazioni che verranno stabilite nei prossimi mesi fra Regno Unito e istituzioni europee. Di certo, finora, il Regno Unito ha preso dall'Europa molto più di quanto abbia dato e fare a meno dei fondi europei potrebbe rivelarsi assai difficile, come rilevano i firmatari della lettera pubblicata il 10 giugno scorso sul *Telegraph*, firmata da 13 premi Nobel britannici. Sebbene il finanziamento della ricerca inglese dipenda solo per il 3% da fondi europei, il Regno Unito ha contribuito per quasi 4,3 miliardi di sterline per i progetti di ricerca UE fra il 2007 e il 2013, ricevendone di ritorno quasi sette miliardi durante lo stesso periodo.² E' vero, l'Unione Europea riserva parte dei finanziamenti anche ai membri non-UE, ma mediamente questa fetta non supera il 7% del totale, percentuale non di certo comparabile con i flussi a cui la Gran Bretagna è stata abituata finora. "Quello dei finanziamenti è un tasto dolente" commenta Francesco D'Aiuto "e il protrarsi di questa incertezza sta già producendo conseguenze negative per le istituzioni inglesi, che finiranno per essere scelte sempre di meno come centri leader di progetti internazionali, proprio per ragioni burocratiche. Recentemente è capitato per esempio che durante

la selezione delle università da scegliere come leader di progetto per un ERC Grant, l'università inglese sia stata bypassata proprio per l'incertezza dovuta alla sua non appartenenza all'Unione" conclude D'Aiuto. "Se questa incertezza dovesse continuare per altri sei mesi o un anno avremo importanti conseguenze anche dal punto di vista del reclutamento dei ricercatori e quindi della qualità della ricerca".

Conseguenze che secondo il noto studioso Sir Michael Marmot, Direttore dell'International Institute for Society and Health, significheranno un impoverimento del sistema paese e un aumento delle disuguaglianze sociali, che sono di fatto un problema di salute pubblica comunitario da affrontare facendo rete e condividendo energie ed esperienze. Secondo il 90% degli economisti la Brexit renderà la Gran Bretagna più povera nel breve e medio termine. I cittadini avranno meno denaro da spendere per servizi sociali, sanità e cure. "Significativo a mio avviso" ha dichiarato al *BMJ* "è il messaggio che la Brexit invia, quello di una Gran Bretagna che se ne sta in disparte, rifiutando di cooperare con le altre nazioni per affrontare le sfide che abbiamo di fronte: disuguaglianze globali, cambiamento climatico, evasione fiscale e diritti umani". ■

Bibliografia

1. Tom Moberly. *What does Brexit mean for doctors working in the UK?* *BMJ* 2016;353:i3611
2. Camera dei Lord, House of Lords. <http://www.parliament.uk/business/lords/>

E' meglio un medico bravo o un medico buono?

Il paziente è sempre più esigente, sempre più informato ma anche sempre più solo; per questo cerca una figura in grado di prendere delle decisioni per lui, non potendolo fare da sé. Si rivolge quindi al super specialista che, anche se non sarà buono, almeno è bravo. Ma ciò che sfugge è che bisogna essere buoni per poter essere bravi

Luigi Tesio, autore de "I bravi e i buoni - Perché la medicina clinica può essere una scienza".



NEL SUO ULTIMO libro, "I bravi e i buoni - Perché la medicina clinica può essere una scienza" (Ed. Il Pensiero Scientifico) Luigi Tesio, fisiatra e professore ordinario di medicina fisica e riabilitativa dell'Università di Milano e direttore del Dipartimento di riabilitazione neuromotoria dell'Istituto Auxologico Italiano, mette al centro la sua dicotomia favorita tra i medici *bravi*, "quelli della biomedicina", e i medici *buoni*, "quelli della medicina clinica". Propone una soluzione che passa per la formazione di medici che siano *bravi* e *non solo buoni* e per una sinergia costante tra ricerca biomedica e clinica: perché anche la clinica è scienza e senza la ricerca clinica la ricerca di base rischia di impoverirsi.

Se dovesse convincere i suoi colleghi medici a leggere questo libro, soprattutto i medici di medicina generale, che argomenti userebbe?

Direi loro che si tratta di un punto di partenza per riflettere sulla propria condizione di medici

clinici, la cui identità è messa in discussione e il dramma è che non si capisce perché. Il mio libro prova a dare una spiegazione. La medicina divide i *bravi* (i medici che si identificano nella biomedicina) dai *buoni* (i medici clinici) dando ai primi uno *status* scientifico che conferisce loro prestigio, visibilità, autorevolezza e ai secondi il ruolo di professionisti buoni, che si prendono cura del paziente, che intrattengono relazioni più empatiche ma che non sono riconosciuti come “uomini di scienza”, nel senso moderno del termine. Il problema riguarda i medici di famiglia, ma ricomprende anche i medici specialisti che esercitano un’attività prettamente clinica. Da un lato troviamo la biomedicina, che studia le parti della persona, le molecole, le cellule e aspira alla guarigione e, dall’altro la sanità, che si occupa di comunità, di popoli, ma si affida comunque alle regole che valgono per la biomedicina,

alle statistiche e alle linee guida per indirizzare l’agire del singolo a livello di popolazione. Il clinico, che dovrebbe esserne l’apice, è invece relegato al fondo del modello scientifico, impotente. Questo mancato riconoscimento è fonte di disagio tra i clinici e molti, infatti, abbandonano il terreno della medicina clinica per dedicarsi a quella “complementare” o “alternativa”.

Secondo lei l’unico modo per riaffermare il ruolo cardine della medicina clinica è restituire quindi uno status scientifico?

Proprio così. La biomedicina, che è stata ed è fondamentale per lo sviluppo della medicina clinica moderna, si fonda sulle scienze chimico-fisiche e sul modello riduzionista-determinista: la verità sta dietro l’apparenza, le parti stanno dietro al tutto, leggi generali vincolano le parti. Il medico che chiede al paziente di vedere anzitutto i suoi esami, prima ancora di iniziare una relazione con lui o lei, segue inconsapevolmente questo modello.

Il medico clinico, invece, parte proprio dalla relazione con il paziente e interpreta segni e sintomi alla luce della sua personalità e del suo stile di vita.

La medicina clinica fa della relazione con il paziente un oggetto di studio privilegiato. Nel mio libro metto proprio l’accento su questo: le regole della biomedicina non devono precedere ma, semmai, seguire la relazione medico-paziente.

Lei è convinto che la medicina clinica possa essere una “vera” scienza. Ma come si può affrontare in modo scientifico il caso singolo e come si può definire scienza una pratica che ha come oggetto il soggetto?

La scienza ha come obiettivo la scoperta di leggi generali (e quindi relazioni prevedibili) nascoste dietro fenomeni particolari. La traduzione clinica di questo concetto si vede nella “medicina sperimentale” introdotta dal fisiologo Claude Bernard nell’Ottocento: per Bernard l’incertezza delle misure mediche era un fastidioso errore della medicina sperimentale. Oggi invece sappiamo che l’errore è concettualmente ineliminabile: persino la fisica quantistica si

Per Tesio la medicina clinica è come un muro, metafora della separazione crescente tra scienza e assistenza e del dilemma della medicina clinica nella scelta della propria identità

basa su modelli probabilistici, eppure continuiamo a pensare alla scienza come qualcosa di esatto, che non ammette margini di incertezza.

“Soggettivo”, quindi, non significa arbitrario o casuale, ma piuttosto che esistono oggettivamente variabilità e incertezza. Il problema qui è come stimare questa imprevedibilità e come fare scelte individuali che ne tengano conto.

Può fare un esempio?

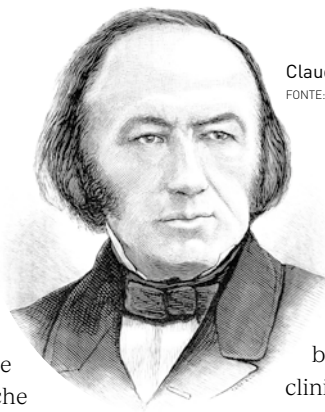
Prendiamo il caso di un paziente che soffre di un dolore che non è facile riferire a un organo specifico (lombalgia o cefalea, per esempio). Il dolore esiste da un punto soggettivo, perché intangibile e apparentemente incommensurabile, ma anche da un punto di vista oggettivo perché il paziente lamenta davvero quel dolore. Il fenomeno è quindi reale e deve essere oggetto di studio scientifico già nelle sue manifestazioni soggettive: sapere quando il dolore insorge, con quali caratteristiche soggettive e misurarlo con tecniche statistiche adeguate è tanto importante quanto svolgere esami di laboratorio per scoprire le cause biologiche. I fenomeni (in clinica segni, sintomi e comportamenti) sono spesso le poche realtà che per fortuna ci appaiono spontaneamente: il clinico parte dal fenomeno e, passando per la biologia e applicando la tecnologia, cerca di spiegare il fenomeno. Nel libro cerco di spiegare quali metodi siano specifici per la ricerca in area biomedica o sanitaria e in quella clinica e quali danni riceva quest'ultima dal tentativo di imporle forzatamente i metodi delle prime due.

Oggi durante una visita (bio)medica di base, o anche specialistica, che cosa succede?

Può succedere che si ascolti e si osservi sempre meno, che ci si affidi a ciò che ci dice il paziente, sempre più informato e informatizzato, che ha già elaborato un suo punto di vista e che sempre più spesso fa *doctor shopping*. Il paziente non è più abituato a una visita approfondita da parte del medico (che richiede tempo per generare una relazione empatica) e applica a modo suo il modello riduzionista: punta subito allo specialista, non sempre facendo la scelta giusta. Il ruolo del medico-interprete che dovrebbe aiutare il paziente a scegliere lo specialista più giusto non lo convince più.

Da tempo si parla di un peggioramento della relazione medico-paziente. Il depotenziamento del clinico di cui lei parla può esserne una delle cause?

Purtroppo è così. Anche i pazienti non vedono più il medico di famiglia, o il singolo specialista, come l'unico detentore della conoscenza medica; il paziente è sempre più esigente, sempre più informato ma anche sempre più solo in questo ginepraio di offerta che la scienza (supportata dai media) propone. Per questo motivo il clinico deve crescere e aumentare il proprio prestigio. Il paziente cerca una figura in grado di interpretare certe notizie, di prendere delle decisioni, perché lui non può prenderle da solo; per questo punta al super specialista, una figura che secondo lui sa tutto su quel particolare problema: forse



Claude Bernard
FONTE: POPULAR SCIENCE MONTHLY VOLUME 13

non sarà buono, ma l'importante è che sia bravo.

In realtà c'è bisogno di un clinico che abbia un approccio empatico non tanto per una questione etica, ma per una ragione prettamente scientifica: bisogna essere *buoni* per poter essere *bravi*. Il vecchio insegnamento secondo cui la visita inizia con l'anamnesi e non con l'osservazione degli esami strumentali sta purtroppo passando di moda.

Claude Bernard, padre della fisiologia moderna e fondatore della medicina sperimentale, forse la definirebbe un "ignorante visionario". Che cosa gli risponderebbe?

Gli chiederei che cosa sia per lui la medicina sperimentale rispetto alla biologia sperimentale applicata all'uomo. Credo che rivedrebbe il suo termine "ignorante visionario" cercando di stabilire delle differenze. Ma ai suoi tempi Bernard non aveva molte opzioni: l'alternativa alla sua medicina sperimentale era quella magica-ciarlatanesca che prevedeva salassi e clisteri. La scelta per la biomedicina era obbligata. Bernard non concepiva l'imprevedibilità nella scienza, mentre oggi abbiamo dimostrato che l'imprevedibilità fa parte della scienza (la fisica quantistica ne è un esempio). La psicologia, la sociologia contemplano l'imprevedibilità, mentre la medicina "bernardiana" la teme, diffida della clinica e si cela dietro le scienze "dure".

Al di là del mancato status scientifico, come definirebbe la medicina clinica negli ultimi anni?

Io mi sono laureato nel 1977 quando il clinico agiva molto più di oggi come punto di riferimento del paziente. L'esplosione della biomedicina è stata una grande fortuna per l'umanità, ma sfruttarla pienamente non è così semplice. Vi è ormai un rallentamento

delle scoperte terapeutiche realmente originali, rilevato anche dalle più prestigiose riviste scientifiche. Il ritardo maggiore si avverte proprio nel caso di patologie sistemiche, croniche e ovviamente non guaribili: malattie neurodegenerative, reumatismi, patologie psichiatriche e, in generale, nella evidente epidemia di disabilità.

Quale potrebbe essere lo scenario futuro nel caso in cui la biomedicina e la sanità prevalessero sulla medicina clinica?

La sovradiagnosi, ma anche un aumento di spesa sanitaria, un crescente conflitto tra categorie professionali (per esempio tra medici e infermieri) e si assisterebbe a un impoverimento della ricerca scientifica. Si tratta di un problema politico, che non va sottovalutato. La politica oggi sceglie di destinare le risorse alla biomedicina, che ha più visibilità e promette, potenzialmente, guarigioni radicali. La politica investe meno in discipline che appaiono "sintomatiche" o "palliative" (roba per *buoni*, non per *bravi*): la genetica è quindi più attraente, rispetto alla riabilitazione o alla psichiatria.

Il depotenziamento della medicina clinica si riflette anche nell'organizzazione ospedaliera?

L'ospedale "ospitale" non esiste più, oggi assistiamo a un ospedale "officina": quello che fa lo deve fare in pochi giorni per ottimizzare i costi e l'eventuale *follow-up* del paziente deve essere fatto in

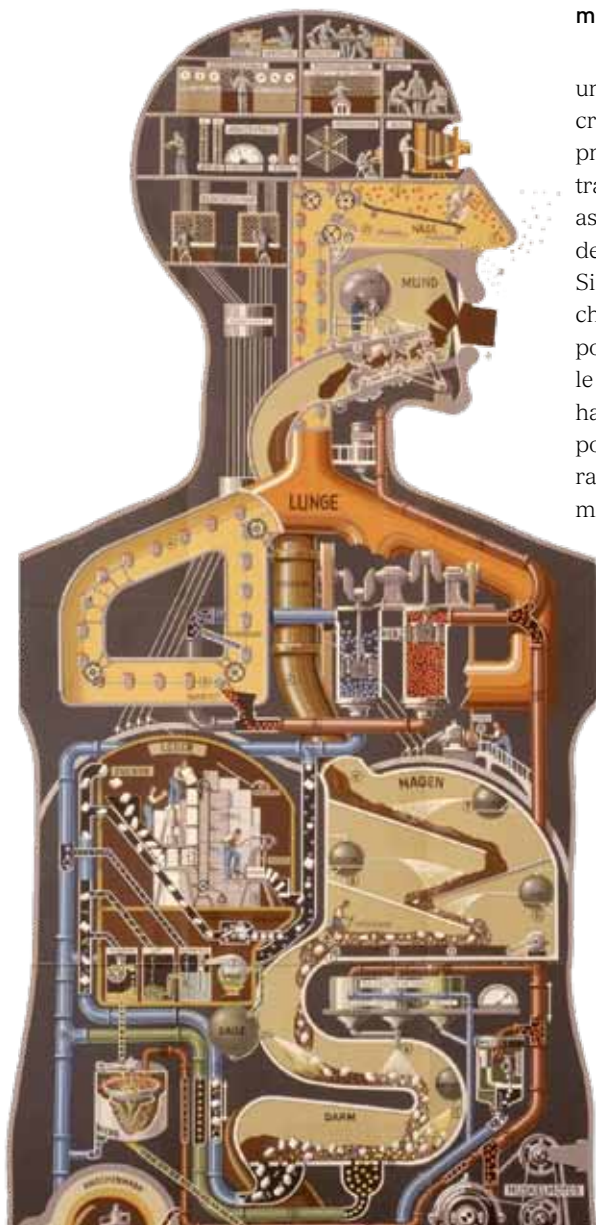
altra sede, al di fuori dell'ospedale. Il medico ospedaliero appare quindi sempre più come lo "specialista della riparazione a chiamata". Il *triage*, inclusa la decisione su quale specialista chiamare e quando, diventa cosa diversa dalla "prestazione" dello specialista del caso: una logica industriale, linee guida e protocolli guidano sempre più rigidamente interpretazioni e decisioni. La "presa in carico" spetta sempre più a operatori specialisti dell'assistenza (infermieri) e quindi non medici: il biomedico interviene a domanda, il medico clinico non serve proprio. E' un modello che ricalca quello dell'Uomo Macchina (con ingranaggi-organi, sedi di possibili guasti) dipinto da Fritz Kahn e cui ho dedicato la copertina del mio libro: un modello che non ammette cronici malfunzionamenti ma solo riparazione, sostituzione o rottamazione.

Se è vero che il medico deve cambiare forma mentis, occorre allora ripartire dalla formazione universitaria?

Sì, occorre un riordino incisivo dei percorsi universitari. Oggi l'università, dopo la laurea magistrale in medicina e chirurgia, permette a tutti di scegliere uno qualsiasi tra i percorsi specialistici disponibili. Secondo me, le specializzazioni dovrebbero essere accorpate secondo un gradiente parti/persona/comunità tale da riflettere le peculiarità scientifiche di biomedicina, medicina clinica e sanità. Nel mio libro cerco di articolare razionalmente questa mia utopia, che per una volta potrebbe essere realizzata a costo zero.

Che sia *bravo* e *buono*? ■

L'Uomo Macchina, di Fritz Kahn.



Una scure incombe sull'assicurazione professionale



Il dibattito sull'obbligo di assicurazione dei medici è più che mai vivo e attuale

chiamati a rispondere soltanto in via extracontrattuale) rispetto al più recente passato, dall'altro, la necessità di garantire ai pazienti "danneggiati" una tutela effettiva, solida e solvibile (quale quella offerta dallo strumento assicurativo).

Non sappiamo se, e in che termini, quella riforma vedrà la luce. Ma, a prescindere dalla definitiva coerenza, o meno, dell'obbligo di copertura, non vi è dubbio che, nei moderni scenari di responsabilità, l'esigenza di assicurarsi, per i medici, assume già ora un'urgenza assoluta: l'allargarsi di una litigiosità eccessiva, sovente alimentata da campagne mediatiche di discredito, pongono gli operatori innanzi a scenari critici che un tempo non parevano nemmeno ipotizzabili. Di qui l'esigenza di cautelarsi attraverso capienti scudi assicurativi. Sennonché, allo stato attuale dei fatti, il reperimento di una garanzia (a condizioni di premio sostenibile) diviene esercizio talvolta chimerico: poche sono infatti le compagnie che oggi sembrano disponibili a operare in un settore connotato da una sinistrosità complessa e costosa.

Fin qui è storia nota.

Facendo un passo avanti, e per entrare nel vivo del tema, è bene osservare come le polizze della responsabilità professionale oggi disponibili sul mercato presentano, sia pur con diverse declinazioni, un regime di operatività temporale definito come *claims made*, in deroga al modello assicurativo dettato, in materia di responsabilità civile (RC), dall'art. 1917 c.c. E' bene ricordare, a chi non ne conoscesse perfettamente il funzionamento, che la garanzia *claims made* – contrapponendosi allo schema di legge comunemente definito *loss occurrence* – delimita l'oggetto della copertura assicurativa ai soli sinistri per i quali, nel corso dell'operatività della garanzia, il terzo danneggiato abbia presentato formale richiesta

PER QUANTO già previsto, almeno in termini generali, dal così detto decreto legge (d.l.) "Balduzzi" e, prima ancora (per tutti i professionisti e non solo per quelli della sanità) dall'art. 3 comma 5 lettera e del d.l. 138/2011, tale obbligo è rimasto, almeno sino a oggi e almeno per i medici, sostanzialmente sulla carta, mancando una disciplina attuativa che lo specifichi e che chiarisca i requisiti minimi e uniformi della copertura obbligatoria. Non casualmente, in attesa di tale attuazione – voluta proprio dal d.l. Balduzzi – non sussisterebbero i presupposti per sanzionare disciplinarmente il medico che non si assicuri (secondo quanto sostenuto dal Ministero della Salute sulla scia del parere del Consiglio di Stato n. 2471 del 2014).

Nel frattempo si prospetta un'ulteriore riforma del settore, mossa da intenzioni di più largo respiro e volta a rimodulare il regime della responsabilità sanitaria anche in funzione della sua obbligatoria assicurabilità. Ci riferiamo al disegno di legge (d.d.l.) Gelli (s. 2224) che, mirando a un riequilibrio dei diversi interessi coinvolti, afferma, da un lato l'esigenza di alleggerire la posizione dei medici (di struttura), che risulterebbero di molto deresponsabilizzati (in quanto

La *claims made* costituisce, oggi e di fatto, la regola nelle polizze di responsabilità sanitaria

di risarcimento. Tale impostazione contrattuale calza tutte quelle ipotesi di responsabilità in cui la manifestazione del danno possa rimanere per lungo tempo “incubata” ed esser percepita dal danneggiato anche a distanza di anni rispetto al momento in cui si è realizzata la condotta dell’assicurato responsabile. E’ questo il tema dei sinistri cosiddetti “lungo-latenti” che, in applicazione allo schema contrattuale dell’art. 1917 c.c., impegnerebbero l’assicuratore a liquidare il sinistro (e coprire il danno) sino all’ultimo giorno del decorso del termine prescrizionale della relativa pretesa risarcitoria, anche se lontanissimo nel tempo e imprevedibile al momento dell’assunzione del rischio. Ovvio l’esigenza, per l’assicuratore, di limitare l’esposizione entro limiti temporali contenuti e pronosticabili; d’altra parte, la copertura illimitata di danni reclamati a distanza di anni dalla stipula della polizza rischia di non soddisfare neppure le aspettative di garanzia del medico, il quale potrebbe trovarsi garantito da una polizza troppo risalente nel tempo e vincolata a un massimale divenuto insufficiente o anacronistico (vuoi per la sua possibile svalutazione, vuoi per l’eventuale aumento dei parametri risarcitori).

Di qui l’opportunità di delimitare il campo di operatività nel tempo della polizza, attraverso l’introduzione di una clausola – la *claims made* appunto – che costituisce, oggi e di fatto, la regola nelle polizze di responsabilità sanitaria. Tali clausole, rimesse alla libertà negoziale delle parti, possono essere variamente modulate, prevedendo, per esempio:

- che siano coperte le sole richieste risarcitorie pervenute durante la vigenza della polizza in relazione a fatti verificatisi nel medesimo periodo;
- che siano garantiti anche fatti pregressi (con o senza limiti di “ripresa del passato”) purché “reclamati” dal danneggiato in costanza di copertura;
- che siano accordate estensioni di garanzia a richieste successive alla scadenza della garanzia, entro limiti di tempo predeterminati.

Insomma, la polizza di RC medica normalmente disponibile sul mercato è assoggettata ai limiti dettati dalle (pur tra loro spesso diverse) clausole *claims made*.

Ecco perché la recente sentenza n. 9140 del 6 maggio 2016 – con cui le Sezioni Unite intervengono proprio sulla validità di quella pattuizione – riveste, per

la categoria dei medici, un interesse niente affatto marginale.

Non può, infatti, non ricordarsi come, proprio perché restrittive rispetto al paradigma di operatività legale dell’art. 1917 c.c., le clausole *claims made* sono state, da sempre, oggetto di numerose critiche tese a demolirle giuridicamente, sancendone l’inefficacia o l’invalidità, sul piano sostanziale.

La stessa giurisprudenza ha dimostrato di dividersi sul punto, senza trovare una linea di orientamento certa e univoca. Così, nel corso degli anni, si sono succedute varie prese di posizione, sulle quali, in questa sede, non crediamo opportuno doverci soffermare. Basti ricordare, per massima sintesi, come la stessa Cassazione – si veda la sentenza del 13 marzo 2014 n. 5791 Rel. Rossetti – ne abbia talvolta sostenuto la nullità (per mancanza di alea, quando la *claims* “riprende” responsabilità pregresse rispetto alla stipula), talaltra la potenziale vessatorietà (Cass. civ. 10 ottobre 2015 n. 22891, consigliere Frasca), nella misura in cui finisca per delimitare l’ambito della responsabilità assunta dall’assicuratore con la stipula della polizza. A fronte di un tal contrasto di opinioni, l’intervento della Suprema Corte a Sezioni Unite è parso più che opportuno.

QUALE DUNQUE l’esito di tale giudizio? La *claims made* è nulla o sopravvive e può continuare a essere utilizzata? A prima vista la risposta sembrerebbe affermativa, giacché la sentenza n. 9140/2016 esclude che la clausola sia – in termini generali – nulla o vessatoria. D’altra parte, si legge nella pronuncia, il regime di operatività descritto dall’art. 1917 c.c. non è affatto insuperabile e cogente, non trattandosi di disposizione inderogabile. Ciò equivale a dire che la *claims* non incorre in alcuna nullità per violazione di norme imperativa: le parti rimangono libere di modulare l’ambito temporale della garanzia assicurativa della responsabilità civile.

Senonché, a fronte di tanta chiarezza, la Corte si interroga sulla possibilità che, in concreto, una polizza dall’ambito di garanzia “ridotto” rispetto alla potenziale estensione della responsabilità dell’assicurato, finisca per dar luogo a una sperequazione e cioè a un grave sbilanciamento dell’assetto negoziale a danno dell’assicurato. Il problema assume una duplice valenza. Da un lato potrebbe far emergere una responsabilità dell’impresa assicurativa (o dell’intermediario) nel collocamento del prodotto assicurativo; si potrebbe cioè

dire che, vendendo una polizza di portata "limitata" (a un assicurato sovente privo dei necessari *skill* per apprezzarne i significati tecnici), l'assicuratore (meglio: il distributore assicurativo) finisca per non intercettare le esigenze di copertura dell'assicurato e per rilasciare una garanzia niente affatto *adeguata* alle sue aspettative di tutela. Qui si verterebbe in materia di responsabilità (precontrattuale o contrattuale) per violazione degli obblighi di informativa e correttezza nel collocamento della polizza: il contratto potrebbe essere valido, ma l'impresa o l'intermediario potrebbero essere chiamati a risarcire al cliente il danno derivante dalla loro negligente condotta (e, quindi, dalla vendita di una polizza "inadeguata" alle sue aspettative di copertura).

Ma, secondo la Suprema Corte, il problema potrebbe anche assumere una diversa e più grave connotazione, sino a vulnerare radicalmente la clausola. Questo il ragionamento: la *claims made*, in deroga all'art. 1917 c.c., è clausola atipica, in quanto tale sottoposta a un vaglio di "meritevolezza" della causa alla stessa sottesa, secondo quanto stabilito dall'art. 1322 c.c. Per dirla in termini più prosaici, la possibilità di dar corso a "libere" pattuizioni contrattuali non è indiscriminata, ma subisce il limite di dover perseguire obiettivi negoziali meritevoli di essere avallati e tutelati dal nostro ordinamento. Quale sia il limite al di là del quale una determinata pattuizione atipica sia meritevole o immeritevole è questione che potrebbe occupare interi volumi di accademia giuridica. Rimane il fatto che, tornando alla *claims*, la sentenza n. 9140 sembra sposare un (opinabilissimo) sillogismo, secondo il quale "immeritevole" equivarrebbe a sperequato o, meglio, troppo sbilanciato (a sfavore dell'assicurato). Detto altrimenti: si renderebbe necessaria una verifica delle clausole così per come di volta in volta declinate, per vedere se, complessivamente considerate (tenuto conto dell'eventuale recupero del pregresso o dell'esistenza di possibili estensioni e in relazione alle concrete situazioni di rischio) le stesse siano per l'assicurato sperequate o meno.

MOLTE le criticità di questo ragionamento. E non ne parleremo qui. Ciò che davvero riteniamo possa interessare la classe medica è che secondo le Sezioni Unite il settore in cui la *claims made* parrebbe sempre (e ontologicamente) non meritevole è proprio quello delle assicurazioni obbligatorie dei professionisti:

ciò in quanto quell'obbligo assicurativo è stato voluto dal legislatore non tanto – o non solo – per garantire i professionisti dal loro rischio di responsabilità ma anche, e soprattutto, nell'interesse dei clienti (leggasi: pazienti), onde consentire loro, in caso di danno, di poter contare su un interlocutore istituzionale e solvibile. In quest'ottica, l'unico strumento che potrebbe davvero proteggere il cliente del professionista sarebbe una polizza che comprenda, senza limiti, tutti i danni derivanti da fatti commessi durante la sua vigenza (a prescindere dal tempo in cui si manifestino o in cui la richiesta risarcitoria sia presentata). Lo schema ideale sarebbe dunque quello della *loss occurrence*, mentre di nessun interesse, per il cliente, sarebbe una polizza che garantisca il professionista per responsabilità precedenti alla stipula e, magari, anteriori al conferimento dell'incarico professionale.

Avendo di mira, in ultima analisi, non solo la protezione del rischio di responsabilità ma anche la realizzazione della pretesa risarcitoria del terzo danneggiato, l'assicurazione obbligatoria dei professionisti non tollererebbe alcuna clausola del tipo *claims*. E in questo contesto, dunque, quella clausola sarebbe non meritevole e, quindi, secondo le Sezioni Unite, nulla e sostituita d'imperio dallo schema legale previsto dall'art. 1917 comma 1 c.c.

Si tratta di un ragionamento precario, criticabile e, inoltre, tale da mettere in pericolo la stessa effettività, in concreto, dei nuovi obblighi assicurativi in sanità: se già oggi il gioco concorrenziale tra le imprese assicurative è debole, per mancanza di *player*, vi è da chiedersi quale compagnia si sentirà, domani (e a quali condizioni di premio?), di assumersi rischi illimitati nel tempo. La soluzione, *pro futuro*, sta in una migliore calibratura della regola e in un intervento legislativo che stabilisca, in termini chiari ma non infiniti, la misura dell'estensione postuma della garanzia, onde contemperare adeguatamente gli interessi del medico, del paziente e del mercato assicurativo.

Rimane il fatto che, in attesa di una tale (del tutto eventuale) indicazione legislativa, le parole della Cassazione incombono come una scure sulla sostenibilità dell'assicurazione del rischio della RC professionale/medica; e nel mentre i medici sappiano che le limitazioni di copertura (probabilmente) descritte nella loro polizza, a fronte di una clausola *claims*, potrebbero esser messe in seria discussione e financo dichiarate nulle, stando al discutibile arresto delle Sezioni Unite. ■

Un ventenne dai molti problemi

PUNTATA N. 216

Un piccolo Creso con scarso fiato prenuziale

PARTE PRIMA

(Studio del direttore. Il direttore sta parlando con William, l'attuale aiuto. Si apre la porta ed entra l'ex aiuto Attilio).

Direttore: Oh, guarda chi si vede!... Venga, venga, che piacere!

Aiuto: Caro Attilio!... Ti ho visto arrivare mezz'ora fa in Ferrari. Complimenti! Rende bene il tuo primariato, eh?

Attilio: Quanto rende un primariato lo sai bene anche tu: rende secondo le tabelle. Ergo: la Ferrari non è mia. E di un paziente che ho accompagnato qui in istituto.

Direttore: Beh, se non altro ha provato l'emozione!... Qualche volta, avere pazienti ricchi non guasta.

Attilio: È il figlio di un grosso commerciante di provincia. Ha vent'anni. Però, se è giovane e ricco, è piuttosto malandato in salute. Per di più, vorrebbe sposarsi fra quindici giorni, e questo è un problema supplementare.

Direttore: Ho capito. La sua non è una visita di cortesia. Lei desidera qualcosa da noi.

Attilio: Ahimè, sì, professore. Sa, noi medici di provincia...

Aiuto: Avete bisogno di una mano per la diagnosi.

Attilio: Per la diagnosi non abbiamo bisogno di nessuna mano, caro William. Invece, per certi esami di laboratorio sì. Ma è un aiuto tecnologico, sia chiaro.

Direttore: Le serviva un esame di laboratorio?

Attilio: Sì, professore. Se vuole, le espongo il caso.

Direttore: Perché no!... Ci «collegiamo» con i colleghi?... *(Stabilisce il collegamento televisivo con la saletta degli assistenti).* Sentiamo.

Attilio: Fra l'altro mi sarebbe prezioso non soltanto un orientamento medico ma anche un parere di natura morale... Il ragazzo è sempre stato malaticcio. Fin dall'infanzia ha avuto bronchiti, broncopolmoniti ripetute, talvolta piccole emoftoe, e persino un pneumotorace...

Direttore: Non male, come trascorso.

Aiuto: Bronchiectasie?

IL CASO: VENTENNE, FUTURO SPOSO, CON GRAVI DISTURBI BRONCOPOLMONARI E DIGESTIVI.



Il direttore di una clinica universitaria e i suoi collaboratori discutono casi singolari. Ogni storia è divisa in più parti. Alla fine di ciascuna il lettore può formulare un'ipotesi tra le molte possibili. Nelle parti successive si verificherà se si è avuto acume (e un po' di fortuna) oppure no. Trovare in tempo la giusta soluzione è segno di buona cultura medica e di ottimo discernimento clinico.

Attilio: Ce ne sono, ma si direbbero acquisite, visto che una radiografia eseguita quindici anni fa, quando il nostro andava ancora all'asilo, non autorizza a sospettarle.

Aiuto: Questo non vuol dire. Spesso ci sono anche se la RX non le dimostra.

Attilio: *(sforzandosi di star calmo)* Lo so, caro, lo so. Diciamo allora che non ci sono indizi di malformazioni congenite.

Direttore: Immagino che lei non avrà trascurato l'ipotesi più banale, quella che il nostro Alcibiade, se fosse qui, avrebbe posto per prima.

William: La tbc.

Direttore: *(leggermente ironico)* Bravo, William! Vede, Attilio? Ho collaboratori che non la fanno rimpiangere.

Attilio: *(sorridente)* La tbc la posso escludere. *(Guardando significativamente William)* Beninteso ho fatto analizzare l'escreato... Il bacillo di Koch non s'è mai visto. *(Reprimendo un tentativo di obiezione da parte dell'aiuto)* L'esame è stato ripetuto più volte... C'era flora mista, più Pseudomonas aeruginosa, Pseudomonas cepacia e stafilococco aureo.

Direttore: Dopo tutte queste complicanze infettive, come sono le prove di funzionalità respiratoria?

Attilio: Per niente brillanti: vi sono segni più che discreti di tipo restrittivo e ostruttivo; questi ultimi prevalgono.

Aiuto: Fuma, il ragazzo?

Attilio: Ci mancherebbe altro. Non fuma, non beve, non si droga, se è questo che vuoi sapere.

Direttore: E vuole sposarsi...

Attilio: Sì, però non per sfizio. La fidanzata è incinta. Ma non ho finito l'elenco dei guai!

Direttore: Senta, gli altri guai del suo paziente ce li racconta dopo il caffè. *(Interrompe il collegamento televisivo. Nella saletta gli assistenti commentano il caso).*

I assistente: Ogni tanto, Attilio ci porta la sua chicca.

Specializzanda: Chi ti dice che sia una chicca? Magari è un caso banale, una forma polmonare cronica come ce ne sono tante...

II assistente: Se vuole sposarsi, fra l'altro, non dovrebbe essere omosessuale.

Specializzanda: Pensavi all'Aids? Mi pare un po' una mania! Accidenti: basta uno starnuto, oggi, e subito si pensa all'Aids. E poi, non è mica detto che un omosessuale non possa pensare a sposarsi: ce ne sono tanti, di sposati...

Neolaureato: E inoltre, l'Aids la contraggono anche gli «etero». Ma Attilio ha promesso altre «rivelazioni» patologiche. Senza di queste, come ci possiamo orientare?

I assistente: Magari non ci starebbe male qualche dato di laboratorio... *(Ricompaiono sul video il direttore, l'aiuto e Attilio, che hanno rapidamente bevuto il caffè).*

PARTE SECONDA

Direttore: Riprendiamo la storia: seconda puntata...

Aiuto: Prima di tutto, direi, ci dovrete dare qualche dato di laboratorio.

Attilio: Me l'aspettavo e, senza ironia, credo tu ne abbia il diritto. Dunque, gli ultimi risalgono a tre giorni fa. Tutto è normale, tranne le gammaglobuline, che hanno subito un discreto aumento policlonale. Da segnalare anche l'attività protrombinica, che sta ai limiti inferiori della norma, e la curva glicemica da carico, anch'essa borderline, quasi di tipo diabetico.

Rileggere casi clinici di alcuni decenni fa pubblicati sulla rivista *Tempo Medico*, illustrati dalla mano di Crepax, e vederli con gli occhi di oggi. Leggete "Clinicommedia ieri" poi voltate pagina e vivetela oggi



Direttore: Questo sposta la nostra attenzione verso il fegato.

Attilio: Ha spostato anche la mia. Ed ecco che mi ricordo di un'epatomegalia rilevata alla visita clinica; allora faccio fare un'ecografia e una scintigrafia epatica. I risultati evidenziano dei processi patologici a chiazze.

William: Come se ci fosse un'evoluzione verso la cirrosi?

Attilio: Per l'appunto.

Direttore: E come digerisce, il nostro piccolo Cresco?

Attilio: Malissimo. Ha un alvo irregolare e presenta un certo grado di steatorrea e di creatorea.

Aluto: Non ci hai detto niente dell'esame delle urine.

Attilio: Perché le urine sono normali, tranne una modesta glicosuria di tanto in tanto.

Direttore: Come c'era da aspettarsi, data la curva glicemica. Ha ricercato la presenza di autoanticorpi? E le sottopopolazioni linfocitarie, come sono?

Attilio: Francamente, me ne sono disinteressato. William certamente non lo avrebbe fatto. (*Guarda l'orologio*) Se mi scusate un momento, a quest'ora dovrebbe esserci il risultato dell'esame che sono venuto a far eseguire qui.

Aluto: Vengo anch'io. Voglio vedere l'orologio del tuo malato. (*Escono. Il direttore*

interrompe il collegamento televisivo. Nella saletta gli assistenti sembrano perplessi).

Neolaureato: Ma che cosa diavolo sarà venuto a far dosare, Attilio?

Specializzanda: E William, che cosa ha detto che vuol vedere, l'orologio del paziente?! ho capito bene?

Il assistente: Per me c'è una terza cosa incomprensibile: perché mai Attilio ha chiesto al direttore un consiglio morale? che problema etico ci può mai essere in un caso clinico come questo?

Il assistente: Sentite, questa volta, il caffè ce lo beviamo noi! (*Escono. Al loro rientro, viene ripristinato il collegamento televisivo).*

PARTE TERZA

Direttore: (*all'aiuto e ad Attilio, che sono appena rientrati*) E allora? E positivo il test?

Attilio: Positivo.

Direttore: E lei, William, ha verificato lo stato dell'orologio?

Aluto: Sì, volevo avere un'indicazione di massima, prima di sapere il risultato del test. C'era di che insospettirsi: l'amico ha sempre problemi con l'orologio, deve cambiare continuamente i cinturini. Naturalmente ho visto anche che tollera ma-

lissimo il caldo. D'estate, mi ha detto, è uno straccio...

Direttore: Beh, si può sapere il risultato del « quantitative pilocarpine iontophoresis sweat test »?

Attilio: Siamo sui 70 mEq per litro di cloro e di sodio.

Direttore: Ed ecco perché il nostro Attilio si trova di fronte un grande problema di coscienza. Parlare o non parlare?

Attilio: Con tutti i sacramenti, ma bisognerà pure che glielo dica...

A questo punto, prima di girare il foglio per leggere la soluzione, il lettore ha l'ultima possibilità di emettere la propria diagnosi sul caso.

SOLUZIONE

Il paziente era affetto da fibrosi cistica o mucoviscidiosi. Il quadro era completo, anche se non molto grave, sul versante pancreatico. La diagnosi è sicura se è positivo il test del sudore fatto con tutte le regole. Il problema morale nasce dal fatto che i pazienti maschi sono sempre (o comunque) sterili. Di chi era allora il bambino?

Un ventenne dai molti problemi 30 anni dopo

Sono passati 30 anni da questa *Clinicommmedia* (vedi pagine precedenti) che parla di fibrosi cistica, eppure mi ritrovo pienamente nella narrazione, e non soltanto perché il mio vecchio direttore era pure solito fumare la pipa in ospedale, comportamento oggi inimmaginabile.

La descrizione della malattia, anche a distanza di tempo, è efficace e completa: la cronicità delle manifestazioni respiratorie, le bronchiectasie, l'emottisi e lo pneumotorace, la presenza di *Pseudomonas aeruginosa* nell'escreato, la compromissione funzionale respiratoria di tipo prevalentemente ostruttivo, l'alvo irregolare con steatorrea, l'epatopatia cronica, l'astenia nei mesi caldi, l'ipergammaglobulinemia e il quadro prediabatico non lasciano molti dubbi a chi abbia esperienza di questa patologia.

Non stupisce però che, per i colleghi, l'elaborazione della corretta ipotesi di diagnosi non sia risultata così scontata: in quegli anni si tendeva a considerare la fibrosi cistica una malattia prevalentemente di pertinenza pediatrica e con alta mortalità in quella fascia di età. Oggi, al contrario, la metà dei pazienti seguiti in Italia ha più di 18 anni e le proiezioni che utilizzano dati dei registri di malattia mostrano

che la tendenza all'aumento della porzione adulta della popolazione di malati proseguirà anche nei prossimi anni.

Una discussione clinica come quella descritta sarebbe oggi meno probabile, perché la diagnosi può aver luogo non a vent'anni ma alla nascita. Proprio negli anni in cui si svolge il breve racconto si andava lentamente diffondendo lo *screening* neonatale per la fibrosi cistica, che consente nella maggioranza dei casi un'identificazione precoce e spesso in fase ancora asintomatica. Pochi anni dopo quel colloquio si sarebbe scoperto il gene e le molte sue mutazioni responsabili della malattia. Oggi, l'analisi genetica si è aggiunta al sempre valido e giustamente citato test del sudore come strumento di diagnosi, in taluni casi addirittura in fase prenatale.

Il racconto contiene poi una piccola imprecisione: negli anni ottanta si considerava l'infertilità una caratteristica presente nella

quasi totalità dei maschi affetti da fibrosi cistica, mentre in realtà una minoranza non trascurabile può avere figli, un dato che potrebbe ridimensionare i timori di falsa paternità espressi dai colleghi. D'altro canto, ora sappiamo che alcune mutazioni nel gene della fibrosi cistica sono responsabili di forme di azoospermia ostruttiva che talora si accompagnano a segni minori di malattia respiratoria, pur senza arrivare a vere e proprie forme di fibrosi cistica.

La prognosi e le prospettive terapeutiche per il giovane appena diagnosticato erano a quei tempi limitate, mentre oggi un bagaglio terapeutico che si è venuto sempre più ampliando, l'opportunità del trapianto di polmone e, recentemente, i nuovi approcci di medicina personalizzata che utilizzano farmaci in grado di modulare alcuni dei meccanismi patogenetici alla base della malattia, stanno migliorando significativamente la qualità e l'aspettativa di vita. ■





Un triennio tra sindacato, mutue e... case chiuse

Sotto la presidenza Marcora emergono molti dei temi caldi che si svilupperanno negli anni seguenti, dai rapporti tra Ordine e sindacato alle questioni delle mutue, dalla creazione di una commissione contro il fumo alla lotta contro gli abusivi

1951

LA PRESIDENZA MARCORA

Nel 1951 le novità per la storia dell'Ordine di Milano sono scarse. Un balzo in avanti però c'è e riguarda la quota associativa che passa a 3.000 lire.

La lettura del *Bollettino* diventa ancora più faticosa per un probabile morbo di Parkinson affliggente il linotipista che, nei lunghi articoli, sfoggia una singolare micrografia. Questa, con il parsimonioso uso dell'inchiostro, rende indispensabile l'impiego di una lente per la decrittazione.

Ma, superata la difficoltà di lettura, le notizie sono le

solite: sempre abbasso l'INAM (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie) e costante diffida ad accettare convenzioni con nuove mutue senza l'assenso del proprio Ordine. Benedetta (o maledetta) cecità politica che impedisce di guardare il futuro che è ormai il presente. La medicina e il medico sono, lo si voglia o no, componenti indispensabili nella società che, tutta, vuole usufruirne gratuitamente. Ma l'Italia medica, con una verdiana corallità risorgimentale, insorge in difesa della libertà e della dignità della

In alto, il ritorno di Trieste all'Italia, avvenuto il 26 ottobre 1954, dopo i disordini del 1952.

professione, sempre ammantata dalla retorica di una sacralità ottocentesca. Quante sconfitte in queste scaramucce di retroguardia! Siamo degli urlatori arrochiti e inascoltati ma, ciò non di meno, da sempre propensi a farci scudo con la retorica della nostra "arte", e già questo modo di definire la professione la dice lunga. Si comincia a parlare di *pletora medica* e giù fiumi di parole, si litiga con la Croce Verde e giù proteste e diffide.

A proposito di croci, anni dopo, per dimostrare la coesione della categoria, un gruppo consistente di colleghi della Croce Rossa andò all'Ordine per lamentare che l'autista, che li portava in giro nelle urgenze mediche, aveva una paga oraria superiore alla loro. L'Ordine, che certamente non poteva fare un procedimento disciplinare al presidente provinciale *pro tempore* laureato in legge, non poté far altro che diffidare gli stessi a continuare a prestare un servizio mal pagato in nome della dignità professionale. Una forza, un ciclone. Qualche giorno dopo, gli stessi colleghi tornarono all'Ordine pregando di non far nulla: la giustificazione ufficiale era quella che era stato loro promesso, non si sa quando né in che misura, un aumento. La realtà inconfessata era che avrebbero perso anche quel mal pagato lavoro. Su Milano piomba la tragedia, si fa per dire, coinvolgente Marcora che, dopo la votazione, viene estromesso dal Comitato centrale. Marcora, presidente anche della Federazione regionale, si dimette da questa perché, a suo dire, tre ordini lombardi gli hanno voltato le spalle. Le dimissioni però rientrano dopo le asserzioni di lealtà da parte dei presidenti presenti, tra i quali non si trovarono le manine che lanciarono il sasso.

Il 1951 è l'anno in cui si ha il riconoscimento giuridico dell'Ente di previdenza dei medici e quello in cui si ricostituisce la CCEAS (Commissione centrale esercenti prima le arti poi le professioni sanitarie) con il decreto legge dell'11 maggio 1951. Questa, che rappresenta la Corte d'Appello dei procedimenti disciplinari, il secondo grado di giudizio, è formata dai nomi più altisonanti della medicina. Ora, segno dei tempi, vi appartiene anche il sottoscritto che ha l'unico merito di essere cultore (peraltro modestissimo) delle scienze giuridiche, in quanto specialista in medicina legale. L'anno finisce con la proclamazione dell'assemblea elettorale per il "biennio 1952-54 (sic!)". Comprendo l'attaccamento alla poltrona ma mi sembra che questo *lapsus* esprima un desiderio e anticipi una legge

Quel carico di ricettari

Quando ero un giovane "medico delle Mutue", a queste mi legava un rapporto di amore-odio perché, diciamocelo, era l'unico pane (qualche volta con il companatico) che un medico aveva la possibilità di vedere subito dopo la laurea. Ricordo la fatica di raggiungere la faticosa soglia dei cento mutuati. Ripensandoci, relegato nelle corsie ospedaliere, mi sono poi convinto che quella fu un'esperienza utile che maturò me, come ogni altro medico, consentendomi una quotidiana conoscenza antropologica e, senza alcuna retorica, insegnandomi che il paziente o presunto tale ha sempre ragione, purché si faccia uno sforzo per comprendere, quando non chiare, le motivazioni reali che lo spingono a cercare il suo medico. L'empatia, appunto. Questo inciso nasce dal ricordo della quantità di ricettari delle singole mutue e dell'enorme borsa necessaria a contenerli tutti. Era dato minimo spazio solo agli strumenti della professione. Pensando poi di averli caricati tutti, ne mancava sempre uno. Eppure, quanti illustri e famosi medici si vergognano di confessare questo loro (ritenuto) peccato originale: quello di essersi venduti a "mamma mutua". Ammettono, al più, di avere fatto qualche supplenza.

ancora da farsi, perché i consigli eletti rimangono ancora in carica due anni.

1952

L'ORDINE DEVE AVERE FUNZIONI SINDACALI?

L'anno si apre con la chiamata alle urne, il 10 febbraio, per il ballottaggio tra i sedici candidati che non hanno superato il *quorum* necessario al primo scrutinio e che vedeva già eletti Marcora, Spinelli, Del Forno, Scotti, Zoli e Bucalossi. Votanti 1.227, maggioranza 610. Intanto, la quota associativa sale a 3.500 lire.

Il Comitato centrale rivendica almeno parte dei beni lasciati dall'ex Confederazione (fascista) professionisti e artisti. Non si conosce l'esito di quel tentativo di recupero.

Le aspettative di vita aumentano, ecco affacciarsi e rafforzarsi la geriatria: si inaugura il Convegno nazionale di gerontologia e geriatria, cui partecipano, tra gli altri, il professor Amilcare Zironi, padre Agostino Gemelli e il professor Marcello Cesa Bianchi. Del professor Zironi, che molti anni dopo mi farà l'onore di un fitto scambio epistolare, ricordo la vivacità della sua mente creativa, sempre elaborante ipotesi e ricerche di conferma delle stesse; si diceva fosse un premio Nobel mancato a causa del

sopravvenuto secondo conflitto mondiale. Per ritornare alla cronaca, il fisco è sempre attivo anche quando, e soprattutto quando, non lo senti e non lo vedi. Qui lo si legge sotto forma di comunicato nel quale, premesso che *“i medici hanno sempre dato esempio di civismo e non sono mai stati avari di sacrifici”*, si chiede loro di rispondere a un questionario circa le loro attività svolte, *“onde valutarle in relazione alla dichiarazione annuale”*. E' la mela di Biancaneve che potrebbe far leva sull'improbabile ego ipertrofico dei destinatari. Intanto a Trieste, non ancora italiana, si muore perché i triestini sono scesi in piazza per affermarne l'italianità. Quanti ricordi... allora liceali e universitari scendevano in piazza per Trieste italiana con meta fissa al consolato britannico, allora in via Palestro, trasferita poi in una sede meno accessibile.

In Comitato centrale una forte corrente di pensiero ritiene da tempo che *“l'Ordine debba avere funzioni sindacali”*. Le alternative sono quella dell'agire *“congiuntamente”* della Federazione e del sindacato nazionale, l'altra dell'indipendenza l'una dall'altro, *“seguendo non linee parallele ma convergenti”*. Siamo all'ossimoro da clima democristiano. Eppure si leggono, non senza stupore, comunicati *“della Federazione e del sindacato”*.

Marcora questa volta ce l'ha fatta, pur penultimo, a entrare nel Comitato centrale.

Nessun franco tiratore lombardo.

Il mondo sindacale agita le acque mai tranquille della sanità. E' la volta dei medici INAIL che, in alcune zone che oggi chiameremmo metropolitane, si sono visti retribuiti non più a notula ma con un inusitato pagamento forfettario; protestano i medici delle ferrovie per l'estensione dell'assistenza gratuita ai familiari dei ferrovieri, iniziando una battaglia corporativa sbagliata e persa in partenza; c'è allarme per un *“nuovo arbitrario tentativo di assistenza diretta”* da parte di altre mutue che nascono come in una fungaia. Sembra la minaccia della rivoluzione di ottobre.

Nonostante i marosi che flagellano la professione, Zuccardi-Merli e Bucalossi protestano per l'attività sindacale della Federazione:

per il primo si tratta di difendere il proprio orticello della FIMM (Federazione italiana medici di medicina generale), di cui è presidente; per il secondo, credo, quello dei liberi professionisti o dell'eticità della funzione ordinistica.

Per la prima volta, appare la rubrica *“Libri ricevuti”* con una piccola recensione. Molti sono i medici scrittori che, lasciate le ricette dell'INAM e di altri enti mutualistici, si rilassano, di tutto scrivendo.

In questo periodo l'ENPAM (Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri), con l'ENALC (Ente nazionale addestramento dei lavoratori del commercio), organizza vacanze per i medici e i loro familiari: l'ENALC mette a disposizione l'albergo Royal di Bordighera a 1.800 lire giornaliere con il supplemento di 200 lire per il bagno. Che tempi! Sempre il nostro beneamato ente previdenziale propone un referendum con otto domande che lasciano trapelare le prime preoccupazioni dell'Istituto: *“Ritenete il contributo di lire 36.000 annue sufficiente a garantire idonee prestazioni a copertura dei vari rischi (vecchiaia, invalidità, morte)?”, “Volete che per i primi 5 anni l'iscritto debba pagare i contributi senza avere diritto a percepire nessuna prestazione previdenziale restando così scoperto da tutti i rischi?”, “Volete che la pensione sia limitata alla moglie e ai figli?”, “Volete che il diritto alla pensione sia esteso, oltre che alla moglie e ai figli, anche a tutti gli eredi legittimi e testamentari?”*. Per dovere di verità, dopo un'attenta lettura possiamo affermare che, allora come oggi, ne erano escluse le concubine.

Si inizia infine a usare il termine pleora: tra il 1952 e il 1953 si registra infatti un graduale aumento delle iscrizioni all'Ordine.

Imperversa sempre la lotta contro gli abusivi in odontoiatria, contro gli ottici e contro i prestanome.

“Una giornata in pretura”, potremmo titolare la folla di procedimenti che vede sul banco degli imputati odontotecnici, ottici, prestanome e finti medici. Le pene sono pesanti ma l'esempio serve a ben poco.



In quegli anni (febbraio 1953), oltremanica Watson e Crick presentano la doppia elica del DNA.

Dove sono finiti i soldi?

Ci si chiede ancora, per curiosità e con preoccupazione, che fine avessero fatto i soldini che molti anni prima, alla fine degli anni '40, l'Ordine aveva offerto per la costruzione di una "Casa del medico"; la risposta è offerta dalla stupefacente notizia che annunciava essere iniziati i lavori per questa "casa". Ci si chiede allora quando mai si fossero arenati visto che oggi, a Duno Valcuvia, esistono il Tempio votivo dedicato ai medici caduti pro patria e *pro humanitate* e un bel museo (in formazione) di storia delle professioni sanitarie. Peccato perché, nei miei numerosi anni di Ordine, ebbi tante richieste da parte di medici soli e poco abbienti. Eppure, alla posa della prima pietra, erano presenti tutte le autorità, a cominciare dall'Alto commissario per l'igiene e la sanità, l'onorevole Migliori.

1953

NUBI TEMPORALESCHES SI ADDENSANO

L'anno inizia con i soliti rituali, ovvero i tafferugli verbali con l'INAM, cui i medici fanno le loro richieste quali l'assistenza indiretta per chi ha diritto all'opzione, il versamento delle quote pro ENPAM, il diritto della libera scelta del medico, dell'ospedale e dello specialista, la notulazione delle prestazioni extra, il riconoscimento economico della disagiata residenza, il rimborso delle spese di trasporto e altre aspirazioni. Nubi temporalesche si addensano. Il mondo sindacale, che sembrerebbe rappresentato da un unico Sindacato, quello (bulgaro) nazionale dei medici, è in fermento. Un avviso proclama che la sua sezione provinciale raccoglie l'universo medico, praticamente tutti, dagli ospedalieri ai liberi professionisti, ai condotti, ai medici funzionari INAM, eccetera e che pertanto non è necessaria l'iscrizione ad altre sigle essendo tutti – stiano sereni – ben

rappresentati dal summenzionato sindacato. I furbetti del sindacato...

Nel frattempo, altro segno di turbolenza: l'11 gennaio si tiene un'assemblea straordinaria nella quale si dovrebbe discutere dell'istituzione di una cassa di malattia e soccorso per i medici; il vero scopo è quello di mantenere in tensione il mondo medico. Il 14 gennaio si tiene la riunione della commissione Ordine sindacati che, al termine, si esprime con toni di minaccia *"per non dovere prendere provvedimenti disciplinari nei confronti di quei colleghi che venissero posti nella condizione di accettare convenzioni in contrasto [...]"*. Il documento è indirizzato alle diverse mutue.

Due settimane dopo ha luogo l'assemblea ordinaria. Gli iscritti sono 4.597. Nel rendiconto finanziario del bilancio si registra un residuo di 10.000.000 di lire. Il tema è sempre quello dei pessimi rapporti con l'INAM e della situazione di profondo disagio della categoria, che organizza una serie di riunioni programmatiche.

Si continua a parlare del "progetto Merlin": per le case di tolleranza stanno suonando campane a morto e il triste concerto cesserà dopo qualche anno (tutto è lento nella Penisola) quando la legge troverà attuazione. Nel 2014, si ventilerà, sottovoce, l'ipotesi di riaprirle alla ricerca di nuovi soggetti fiscali! Comunque vada, il lavoro delle *escort* contribuisce ad aumentare il PIL nazionale secondo una previsione dell'ormai nata Unione Europea che,

Henri de Toulouse-Lautrec, *Le salon de la rue des Moulins* (1894), particolare.



nel momento in cui vorrebbe sfruttare l'antica arte, definirà il prodotto interno lordo a questa attribuito come PIL lurido (!).

Compare la "speciale commissione per la lotta contro il fumo" di cui fanno parte il professor Augusto Giovanardi e il professor Carlo Alberto Ragazzi. Dovranno trascorrere più decenni prima che il fumo sia proscritto in luoghi chiusi. La Commissione, d'altra parte, fu utile perché rappresentò una prima pietra gettata nello stagno.

A Napoli, al Congresso nazionale della FIMM, il presidente è Zuccardi-Merli; nel consiglio figurano altri due colleghi di Milano, Arrigo Caruso e Paolo Del Forno. Milano sembra essere la cittadella della FIMM.

E' rottura tra INAM e le rappresentanze sindacali. Le trattative per la nuova convenzione sono miseramente naufragate. Si colpevolizza l'avidità della classe medica, che vorrebbe limitare i settori di erogazione gratuita dell'assistenza. L'Ordine, con Marcora, è pronto a entrare in agitazione. Anche gli ospedalieri, svegliati da un lungo sonno, entrano in campo contro l'INAM.

In questo contesto, si alza la voce di Raffaele Paolucci di Valmaggione, chirurgo di fama ed eroe di guerra, già onorevole del Partito nazionale fascista e quindi del Partito nazionale monarchico, che afferma *"Ogni profano crede di poter aprire bocca su questioni mediche e chirurgiche. Si tende però a snaturare questa professione medica e, si tratti di governi totalitari o di governi democratici, tutti credono di poterla sfruttare a loro uso ed ecco sulle nostre spalle, gravate da tanti pesi, attaccarsi parassiti senza remissione, folle di contabili e di ragionieri per incasellare le varie categorie di malati anche abbienti, per livellare la capacità e i valori, per toglierci la libertà di cui tanto si parla e di cui ogni giorno si fa strame ai nostri danni [...] Burocratizzare medicina e chirurgia, metterle alle dipendenze di burocrati e di parassiti significa svuotarla dei supremi elementi propulsori di ogni umana attività: la conoscenza, la speranza di eccellere e, soprattutto, la libertà"*.

Parole sante, condivisibili in difesa del merito e della professione. Ma di quale professione? Noi anche oggi le recepiamo come un manifesto etico anche se, dietro, si può nascondere un'involontaria *sacra auri fames* di virgiliana memoria.

Il 15 marzo, dalla Federazione degli ordini, in unione con i sindacati medici, è indetta un'assemblea



According to a recent Nationwide survey:
**MORE DOCTORS SMOKE CAMELS
THAN ANY OTHER CIGARETTE**

Una pubblicità degli anni '50 dove si usa la figura del medico per promuovere le sigarette.

nazionale straordinaria. Il presidente della FNOM (Federazione nazionale degli ordini dei medici) è il professor Raffaele Chiarolanza. Ci si dichiara pronti per l'agitazione qualora la convenzione tenda a peggiorare.

"Crumiri attenzione", ecco un titolo che attira: un folto numero di medici di Messina e di Catania non aderenti alle agitazioni e sospesi per vari mesi, hanno visto respinto il loro ricorso dalla CCEPS (Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, già CCEAS). Alla fine, sono sottoscritte le convenzioni INAM e INADEL (Istituto nazionale assistenza dipendenti enti locali) 1951-52.

In dicembre si parla ancora dell'istituzione di scuole universitarie di odontoiatria e di protesi dentaria, con un corso di studio di 4 anni, per attuare la vecchia proposta di legge Cavallotti-Lozza.

L'anno termina con una tirata d'orecchie per i medici di Milano e provincia che, nonostante il numero di iscritti (4.907), hanno apposto sui certificati un numero di marche ENPAM (9.470) inferiore a quelle di Bergamo (11.300), che di iscritti ne aveva 524.

Segno di stupida pigrizia, di ignoranza dei fini cui sono destinate queste marche (le nostre pensioni) e di mancanza di spirito di solidarietà. Milano, prima in tante iniziative, non ha mai sentito, salvo un'élite di medici, il dovere di colleganza, collante dell'ordine professionale: ciascuno se ne sta isolato nella propria cittadella, privo di lenti per curare la grave miopia.

Anche questo è causa del futuro che, dietro l'angolo, aspetterà la professione. ■



DA LEGGERE

C'era una volta la pellagra...

A chi è rivolto A tutti, con particolare riguardo ai medici e agli storici.

Gli autori Il libercolo raccoglie scritti di Cesare Lombroso, psichiatra vissuto a cavallo tra Ottocento e Novecento e noto per le sue teorie sul “delinquente nato”, di Pasquale Villari, storico e politico vissuto nella medesima epoca e di Luigi Messedaglia, medico e politico vissuto una cinquantina d’anni dopo gli altri due autori.



UNA DONNA AFFETTA DA PELLAGRA CRONICA CON DERMATITE SUL VISO E SULLE BRACCIA, ACQUARELLO DI AMEDEO JOHN ENGEL TERZI (1925)

In breve Tre saggi e un dialogo: attraverso i testi dell’epoca il lettore scopre la storia della pellagra in Italia, che può essere presa a paradigma di ciò che sta accadendo oggi sulle disuguaglianze sociali e di salute. Una vera chicca è il dialogo iniziale tra madama Pellagra e madama Libertà pubblicato su un giornalino mantovano nel 1885; magistrale è lo scritto di Lombroso che ne fa comprendere da un lato il carattere e dall’altro la sua

tracotanza nel sostenere una tesi completamente errata, e cioè che la malattia fosse dovuta a una tossina presente nel mais avariato invece che nell’alimentazione carente; gli ultimi due contributi hanno interesse storico e di inquadramento generale.

Commento Lettura piacevole, breve, stuzzicante e lontana dalle nostre preoccupazioni quotidiane. E’ giustificato il prezzo un tantino elevato rispetto al formato del volume.

Il libro in una frase “Passeggiando sulle colline della Brianza... vi sarà certo avvenuto incontrarvi in certi infelici simulacri di uomini, macilenti, dall’occhio immobile e vitreo, dalle guance gialle, allibite, dalle braccia screpolate e piagate... Ecco, voi li vedete farvisi innanzi, crollando la testa e barcollando le gambe come ubbriachi, o quasi spinti da una invisibile forza, cadere da un lato, rialzarsi, correre in linea retta, come cane alla preda, e ricadere ancora, dando in un riso sgangherato che vi fende il cuore, od in un pianto che vi par di bambino”. Sono i pellagrosi.

Titolo	Zea mays (nдр: è il nome scientifico del mais)
Autori	Cesare Lombroso, Pasquale Villari, Luigi Messedaglia
Formato	Cartaceo, 121 pagine (formato tascabile)
Editore	La Vita Felice, Milano
Anno	2015
Prezzo	12,00 euro



DA LEGGERE

Mitocondrio mon amour



MITOCONDRIO © STOCKUNLIMITED.COM

A chi è rivolto Si rivolge soprattutto al grande pubblico, per introdurlo al mondo della biomedicina, fornendo un fondamento medico-scientifico alle due raccomandazioni più veicolate negli ultimi tempi per mantenersi in buona salute: corretta alimentazione e movimento. Il libro strizza l’occhio anche ai medici che in queste pagine possono trovare ottimi spunti di riflessione sul progresso della biomedicina nel campo della prevenzione e dell’invecchiamento.

Gli autori Enzo Soresi è medico chirurgo, specialista in anatomia patologica, malattie dell’apparato respiratorio e oncologia clinica. E’ autore inoltre de *Il Cervello Anarchico* (Utet, 2005). Pierangelo Garzia è responsabile dell’Ufficio Stampa dell’IRCCS Istituto Auxologico Italiano.

In breve Tra aneddoti personali e spunti sui successi degli ultimi tempi della biomedicina, Soresi ci accompagna in un viaggio insolito, alla scoperta di un organello, il mitocondrio, un archeobatterio responsabile non solo del nostro benessere generale ma anche del nostro buon invecchiamento e nella prevenzione di importanti malattie. Il volume offre inoltre una carrellata di riflessioni mediche e scoperte scientifiche (dall’effetto placebo alla plasticità cerebrale, dalla costituzione del pensiero al ruolo chiave dell’intestino nelle nostre vite) che sembrano portare tutte in un’unica direzione: per invecchiare bene occorre allenare e tenere in forma e in gran numero i nostri mitocondri, grazie alla buona dieta e all’esercizio fisico. Il *fil rouge* di tutta la narrazione sembra essere in ogni caso l’epigenetica che, insieme alla genetica e allo stile di vita, influisce sui processi biologici e genetici di ogni individuo. Il mitocondrio sarebbe la chiave epigenetica di collegamento tra la cellula e il mondo esterno.

Commento Un libro interessante con l’arduo compito di districarsi tra una moltitudine di tematiche. Emerge chiara l’importanza di un organello sconosciuto al grande pubblico e che può far riflettere su quanto basti poco, in fondo, per vivere e invecchiare bene.

Il libro in una frase “Se imparassimo a conoscerli meglio (i mitocondri, ndr) a proteggerli e a curarli, magari ancora prima della nascita, quando i giochi genetici sono fatti, forse potremmo vivere più a lungo e in maggiore salute”.

Titolo	Mitocondrio mon amour
Autori	Enzo Soresi, Pierangelo Garzia
Formato	Cartaceo ed e-book, 230 pagine
Editore	Utet
Anno	2015
Prezzo	15,00 euro



DA VEDERE

L'altro Crepax

30 anni di Clinicommedie su *Tempo Medico*

Un appuntamento autunnale da non perdere per chi ama i fumetti di Crepax o è stato un lettore fedele di *Tempo Medico*, la rivista che ha segnato un cinquantennio nella medicina italiana

Il Museo del fumetto, dell'illustrazione e dell'immagine animata di Milano ospita dal 15 ottobre al 13 novembre la mostra "L'altro Crepax: 30 anni di Clinicommedie su *Tempo Medico*", un'iniziativa a cavallo tra nostalgia e riscoperta di immagini e contenuti resa possibile dal contributo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) di Milano, che ha fortemente voluto questo evento, e all'archivio di Zadig e della famiglia Crepax. Ce ne parla Luigi Bona, presidente del Museo del Fumetto.

La mostra

"La mostra ripercorre il pezzo di storia fatto insieme da Guido Crepax e *Tempo Medico*. Forse pochi sanno, infatti, che il primo fumetto di Crepax risale al 1964 ed è stato pubblicato nel 1965: non si trattava della mitica Valentina che sarebbe uscita di lì a breve su *Linus*, ma delle tavole realizzate per una nuova rubrica della rivista *Tempo Medico*, "Circuito interno" (che più tardi prenderà il nome di "Clinicommedia") nel quale si immaginava che all'interno di un ospedale, grazie a un futuristico sistema audio-video, il direttore, l'aiuto e i vari assistenti potessero discutere tra loro a distanza un caso clinico" spiega Bona. Al lettore veniva

lasciata poi la risoluzione del caso. La novità era duplice: da un lato il disegno fumettistico in una rivista destinata a un pubblico di professionisti come i medici, dall'altro la sceneggiatura di un caso clinico che passava così dall'essere noioso e ingessato a essere attraente e divertente. La rubrica ebbe tanto successo da durare per un trentennio ed è proprio questa attività di Crepax, sconosciuta ai più, che per la prima volta viene svelata al pubblico. "Si tratta di una selezione di 60 tavole originali delle Clinicommedie, che avvicina i visitatori alle figure di medici e di pazienti immaginati e trasformati in persone tangibili, curiose e affascinanti dalla mano di Crepax. Questi originali provengono dall'archivio dell'Agenzia di giornalismo scientifico Zadig, che per decenni ha costituito la redazione di *Tempo Medico*, e dall'archivio Crepax. "Il percorso è scandito da pannelli che riportano a fianco degli originali di Crepax i numeri della rivista *Tempo Medico* in cui poter leggere i testi delle Clinicommedie e stralci di notizie tratte dai numeri dell'epoca" dice Bona. "Il tutto arricchito da note che mostrano via via la produzione coeva di Crepax". Completano e arricchiscono la mostra anche alcune copertine a colori realizzate da Crepax per *Tempo Medico*, raramente riunite perché sparpagliate nelle case e negli studi

L'ILLUSTRAZIONE DI CREPAX PER LA COPERTINA DEL NUMERO 100 DI *TEMPO MEDICO*.



Sede	WOW, Spazio fumetto, Museo del fumetto, dell'illustrazione e dell'immagine animata di Milano, Viale Campania, 12 - Milano
Info	02 49524744/45 - www.museowow.it
Ingresso	i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Milano presentando il proprio tesserino avranno accesso gratuito alla mostra
Orario	da martedì a venerdì, ore 15.00-19.00; sabato e domenica, ore 15.00-20.00. Lunedì chiuso

di gran parte dei grandi medici ritratti e intervistati. "Bastano questi pochi cenni" conclude Bona "per sottolineare l'importanza della mostra e la sua assoluta originalità: chi verrà potrà vedere tavole che non sono mai state esposte e che aiutano a completare e comprendere il multiforme impegno e ingegno dell'autore".

Guido Crepax, milanese, è uno dei più amati fumettisti italiani. Lo si ricorda per il tratto unico e per la sensualità dei suoi personaggi femminili che hanno contribuito a diffondere la sua fama in Italia e nel mondo. La sua creazione più famosa è l'affascinante fotografa Valentina, diventata così famosa da rubare la scena al fidanzato, inizialmente il vero protagonista delle strisce. Crepax è autore assai prolifico, che negli anni Settanta crea numerose altre eroine (Belinda, Bianca, Anita), realizza sofisticate versioni a fumetti di alcuni classici della letteratura erotica, a partire da *Histoire d'O*, seguita da *Emmanuelle* e *Justine*, e le splendide rivisitazioni di grandi classici della letteratura, come *Dracula* (1983) e *Frankenstein* (2002). Non tutti sanno che Crepax muove i primi passi come illustratore, mentre frequenta la facoltà di architettura realizzando dapprima copertine di dischi, poi immagini pubblicitarie e copertine di libri.

Informazioni per le iscrizioni agli eventi ECM dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano



L'iscrizione agli eventi ECM dell'Ordine può essere effettuata unicamente online e previa registrazione al sito www.omceomi.it

Come iscriversi agli eventi ECM

(se già registrati, passare al punto 3):

1. collegarsi a www.omceomi.it/registrazione
2. cliccare su "Registrati", poi sulla modalità di registrazione e seguire le istruzioni
3. collegarsi a www.omceomi.it/login
4. cliccare su "Accedi", effettuare l'accesso con i propri dati
5. cliccare su "Eventi" nel box "ECM" e poi su "Iscrivimi" in corrispondenza all'evento scelto

Per consultare i programmi dei corsi ECM, dalla pagina dedicata del Bollettino InFormaMI (di seguito, in questo numero), basta:

- cliccare sul titolo degli eventi
- scansionare con la fotocamera del proprio dispositivo mobile (smartphone o tablet) il quadratino posto di fianco a titolo e descrizione dei corsi, ovvero il QR code (codice di risposta rapida). Per effettuare questa operazione è necessario avere installato sul proprio dispositivo un'app per la scansione dei codici QR, disponibile in diverse versioni su Apple Store per iOS o Google Play Store per Android

Eventi ECM

La dipendenza dal tabacco: altro che un problema di sigarette

Sabato 22 ottobre 2016, dalle 8:15 alle 13:45

Hotel The Westin Palace - Piazza della Repubblica 20, Milano



Quante lingue parla il corpo? Il dialogo possibile tra il medico di medicina di generale e il paziente

Sabato 5 novembre 2016, dalle 8:30 alle 13:30

Sala Girardi, PIME - Via Mosè Bianchi 94, Milano



Iper-tiroidismo, tireotossicosi e dintorni: conoscere per trattare

Sabato 12 novembre 2016, dalle 8:30 alle 14:00

Sala Girardi, PIME - Via Mosè Bianchi 94, Milano



Mezzo secolo di ragionamenti diagnostici attraverso le Clinicommedie di *Tempo Medico*

Sabato 12 novembre 2016, dalle 9:00 alle 13:15

Università degli Studi di Milano, aula 113 | Via Festa del Perdono 7

vedi pag. 47

Aggiornamento del Medico Competente: le vaccinazioni in ambito lavorativo

Sabato 19 novembre 2016, dalle 8:30 alle 13:45

Sala Anzalone, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano
Via Lanzone 31, Milano



La spina bifida: come si previene, come si cura

Sabato 26 novembre 2016, dalle 8:15 alle 13:30

Sala Girardi, PIME - Via Mosè Bianchi 94, Milano



Un corso unico da scoprire

IL LETTORE avrà visto che nella nuova veste della rivista è prevista una sezione dedicata alle Clinicommedie di *Tempo Medico* illustrate da Crepax (vedi pagina 36) e rivisitate con gli occhi e le conoscenze di oggi, avrà anche visto l'impegno dell'Ordine nel sostenere e promuovere la mostra delle tavole originali delle Clinicommedie di Crepax al Museo del Fumetto di Milano (vedi pagina 45). Ebbene il progetto non si ferma qui, verrà anche realizzato un corso residenziale accreditato ECM (4 crediti ECM) che partirà proprio da alcune Clinicommedie per poterle discutere, usandole come spunto di confronto e riflessione.

Il corso, gratuito per gli iscritti all'Ordine, avrà luogo presso l'Università di Milano (vedi il box per tutti i dettagli) sabato 12 novembre al mattino e sarà aperto a soli 30 partecipanti, per cui il consiglio per chi è interessato è di iscriversi rapidamente per poter trovare posto (le modalità di iscrizione sono pure riportate nel box).

L'originalità dell'idea poggia su un duplice aspetto: da un lato l'uso di casi clinici diagnostici di trent'anni fa e oltre per valutare le differenze con quanto accade oggi, dall'altro la lettura delle Clinicommedie stesse fatta da colleghi attori che fungeranno da preludio alla discussione. La mattinata sarà imperniata su quattro momenti:

1. una introduzione storica alle Clinicommedie di *Tempo Medico*, fatta da Pietro Dri, già direttore di *Tempo Medico* (la rivista ha cessato le pubblicazioni nel 2009);
2. il cuore della giornata con la lettura delle Clinicommedie e la discussione tra i partecipanti e i relatori invitati, Roberto Labianca, direttore del Dipartimento oncologico dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Nicola Montano, professore di medicina interna dell'Università degli Studi di Milano, Maria Grazia Manfredi e Paolo Carrieri, medici di medicina generale di Milano;
3. un'interessante riflessione sull'evoluzione del metodo diagnostico negli ultimi cinquant'anni affidata a Claudio Rugarli, professore emerito di Clinica medica, ben noto a generazioni di medici milanesi e non;
4. ci sarà l'opportunità di visitare la mostra "L'altro Crepax", presso il cortile del '700 dell'Università, dedicata alle oltre 200 copertine disegnate da Crepax per la rivista *Tempo Medico*, che segnano le tappe della sanità italiana e dei grandi personaggi della Medicina nella seconda metà del secolo scorso. ■



Titolo	Mezzo secolo di ragionamenti diagnostici attraverso le Clinicommedie di <i>Tempo Medico</i>
Data	sabato 12 novembre 2016
Sede	Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 7, aula 113
Responsabile scientifico	Roberto Carlo Rossi, presidente OMCeOMI
Programma	9:00-9:15 Registrazione dei partecipanti
	9:15-9:30 La medicina attraverso le Clinicommedie di <i>Tempo Medico</i> illustrate da Crepax (Pietro Dri)
	9:30-12:30 Lettura e discussione delle Clinicommedie selezionate (Roberto Labianca, Nicola Montano, Maria Grazia Manfredi, Paolo Carrieri, Eraldo Marchi)
	12:30-13:00 L'evoluzione del metodo diagnostico negli ultimi cinquant'anni (Claudio Rugarli)
	13:00-13:15 Discussione finale

Per iscriversi occorre inviare una email a segreteria@zadig.it indicando come oggetto "Iscrizione corso Clinicommedie di *Tempo Medico*" e riportando i propri dati personali (Nome, Cognome, Codice Fiscale e numero di cellulare).

Saper essere sempre uno studente per tutta la vita



Ennio Gianni
(5.1.1919 -
22.5.2016)

IL PROFESSOR GIANNÌ

nacque il 5 gennaio del 1919, figlio della fine della Grande Guerra, figlio della speranza di ricominciare. Nacque a Gallipoli, in una terra di orizzonti sconfinati, e sconfinata come il mare e il cielo, fino all'ultimo giorno, fu la sua sete di conoscenza.

Si trasferì a Roma per studiare Medicina, in cui ottenne prima la laurea nel 1941 e poi la specializzazione in odontostomatologia nel 1952. Mai sazio, si spostò alla conquista di Milano, presso la cui Università degli Studi ottenne la specializzazione non solo in chirurgia plastica ma anche in oncologia, nel 1967. Professore aggregato nel '69 presso la Clinica odontoiatrica di Milano, diverrà nel '73 professore ordinario, dirigendo la stessa clinica per oltre 44 anni.

A lui, eterno studente, si deve l'avvio della terza Scuola di specializzazione in ortognatodonzia, istituita a Milano nel 1977, sull'esempio dello stesso statuto della prima, fondata nel 1973 da Paolo Falconi a Cagliari, e della seconda, istituita a Padova da Benito Miotti nel 1975.

Tra gli allievi di eccellenza di tale Scuola ricordiamo Antonino Salvato, Giampietro Farronato e Franco Santoro, che ne saranno i futuri maestri a loro volta. Pietro Bracco, Giuseppe Sfondrini e Giorgio Nidoli invece svilupperanno gli insegnamenti avuti fondando altre scuole, a dimostrazione tangibile dell'elettismo del Maestro e della sua capacità di perpetuare nei discenti la continuità delle conoscenze impartite, in concreta applicazione di quel "pass it over" ingiunto mezzo secolo prima, dal Pioniere Edward Angle al suo allievo italiano Corrado D'Alise.

Primario di chirurgia maxillo-facciale agli ICP (Istituti clinici di perfezionamento) dell'Università di Milano dal 1982 al 1996, consulente primario dal 1996 al 2000 dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma, quand'era già professore emerito, Gianni viene infine insignito nel 2012, della laurea *honoris causa* in odontoiatria dall'Università di Milano.

Pioniere della moderna ortodonzia, Gianni fu il primo in Italia a eseguire la valutazione cefalometrica al computer in tre proiezioni e a usare la microscopia elettronica, lavorando con il Politecnico di Milano. La sua concezione ortodontica segnò un cambio di paradigma: l'approccio, da meccanicistico, divenne più biologico e il ripristino delle multifunzioni stomatognatiche ne fu l'obiettivo. Nelle sue ultime ricerche il Professore diede grande risalto al ruolo della genetica nella genesi delle disgnazie, insorgendo queste come deviazione dalla linea auxologica quale estrinsecazione fenotipica di mutazioni patologiche.

Uomo dall'eloquio fluido e incisivo, le sue *lectiones magistrales* e i suoi numerosi libri sono permeati di 70 anni di infinita passione e inesauribile entusiasmo. La sua celebre frase "Qualsiasi manovra tecnico-operativa non attuata nell'ambito della diagnosi è come una nave senza nocchiero in una gran tempesta" riassume le fondamenta del suo pensiero, ossia come non si possa prescindere da un attento lavoro di ricerca e analisi dell'intero apparato stomatognatico (dall'embriogenesi all'accrescimento, dal sistema nervoso a quello muscolo-scheletrico, per poi giungere in ultima analisi all'aspetto dentale) per definire una vera e precisa diagnosi ortodontica e avere così un solido pilastro su cui impostare una terapia valida ed efficace.

Grande rigore etico e indissolubile morale hanno temprato in 97 anni di vita un carattere di eccezionale personalità, rendendolo Maestro di scienza e ancor più di vita, non solo per i suoi allievi, ma per chiunque abbia avuto la fortuna di conoscerlo e frequentarlo.

Un racconto poco conosciuto, ma che ancora una volta ci ricorda la grande umanità del Professore, è legato agli anni della seconda guerra mondiale, dove riuscì a mettere in salvo molti ebrei nascondendoli in Vaticano. Racconta infatti in una intervista: "Eravamo in un frangente tragico e l'assistere alle violenze naziste mi spinse oltre me stesso, a trovare la strada per aiutarli".

Il Professor Gianni tante volte si è spinto oltre se stesso, e ha ispirato chiunque lo conoscesse a fare altrettanto, scrivendo la storia della moderna ortodonzia italiana.

Grazie Ennio, da parte mia e di tutti noi.

'Maso' (DAMASO CAPRIOLIO)

SMARTFAD

Una formazione intelligente, brillante e veloce.

Il programma è disponibile sulla piattaforma www.saepe.it; trovi online il primo corso sulle reazioni avverse ai vaccini. Leggi il dossier costruito sui casi nelle pagine centrali della rivista e cimentati online con il questionario ECM.



Accedere è semplice!

1 Vai su www.saepe.it o scansiona il QR code



2 Non sei registrato? Registrati!



Sei già registrato? Accedi con ID e PIN

ID:

PIN:

3 Clicca sul titolo del corso e inizia la formazione

A screenshot of a web interface showing a list of courses for surgeons. The table has columns for course title, duration, price, and date. A mouse cursor is pointing at the first course.

Corsi per medici chirurghi			
Reazioni avverse ai vaccini	2.0	0.00 €	31/12/19
La titolazione del Farmaci	3.0	20.00 €	31/12/19
Rischi e patologie in ambito di medicina occupazionale	6.0	90.00 €	31/12/19
La complessità nelle cure primarie	20.0	0.00 €	26/11/19

L'accesso è gratuito per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano



L'ALTRO CREPAX

30 ANNI DI CLINICOMMEDIE SU TEMPO MEDICO



IN MOSTRA DAL 15 OTTOBRE
AL 13 NOVEMBRE 2016

IL CASO:

ANZIANO CARDIOLOGO
AFFETTO DA GRAVE
ANEMIA CON EPISODI
FEBBRILI, EPISTASSI
E INFINITI ALTRI
MALI.



Milano



AGENZIA
ZADIG
GIORNALISMO SCIENTIFICO

con il contributo di
OMCeO
Milano
Unione Provinciale
dei Medici, Chirurghi
e degli Odontoiatri

sponsor tecnico

pixartprinting



WOW
SPAZIO FUMETTO

**MUSEO del
FUMETTO
MILANO**

WOW SPAZIO FUMETTO in Viale Campania 12, MILANO

Tel: 02 49524744 www.museowow.it info@museowow.it

orari: da martedì a venerdì 15:00-19:00, sabato e domenica 15:00-20:00

biglietti: 5/3 euro

EPSON

LYRA

con il contributo di
fondazione
cariplo