



Editoriale

SERGIO TARTAGLIONE

A nome di tutti gli eletti, ringrazio i colleghi (il 37% circa dei medici ed odontoiatri aventi diritto al voto) che hanno partecipato alle elezioni che si sono tenute presso il nostro Ordine provinciale nei giorni 26-27-28 novembre 2011 per il rinnovo delle cariche statutarie.

I nomi dei consiglieri e dei revisori dei conti sono stati scelti in seguito agli accordi intercorsi in varie riunioni alle quali hanno partecipato le sigle sindacali mediche della nostra provincia e i rappresentanti delle diverse categorie professionali (ospedalieri, territoriali, specialisti convenzionati e privati ecc.).

Il nostro impegno nel prossimo triennio sarà improntato dalle linee programmatiche che, oltre a quelle istituzionali definite dall'attuale normativa, abbiamo sottoposto alla vostra attenzione nel candidarci. Alcune priorità: la formazione e l'aggiornamento professionale, l'integrazione ospedale-territorio, la partecipazione vigile ed attiva alle politiche sanitarie della nostra Regione e della ASReM, la periodicità del nostro Bollettino "Aesernia Medica", l'aggiornamento

dell'Albo professionale (l'ultima edizione risale al 2008) e del nostro sito Internet per mantenere un rapporto più costante ed aggiornato con tutti gli iscritti (a cui chiediamo però una maggiore partecipazione alla vita ordinistica e la verifica in segreteria del proprio indirizzo e della propria e-mail).

Continueremo inoltre la ristrutturazione della nostra sede, per renderla ancora più accogliente (abbiamo pagato quest'anno l'ultima rata del mutuo trentennale per l'acquisto dei locali finalmente di nostra proprietà!).

Intanto, a nome del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei conti, a voi e alle vostre famiglie formuliamo i nostri auguri più affettuosi per le prossime festività

Vita dell'Ordine



I giorni 26, 27 e 28 novembre c.a. si è votato a Isernia per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Buona la partecipazione degli iscritti che ha consentito il raggiungimento del quorum con discreto margine (medici chirurghi: quorum 225, votanti 252; odontoiatri: quorum 30, votanti 45).

Eletti nel consiglio del direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi:

- Sergio Tartaglione *presidente*
- Angelo Trabassi *vice presidente*
- Antonio Sanità *segretario*
- Giovanni Angelone *tesoriere (in quota agli odontoiatri)*

Consiglieri:

- Fernando Crudele
- Claudio D'Appollonio
- Francesco Pompeo
- Giuseppe Attademo
- Vilma Zullo
- Francesco Di Zazzo
- Giorgio Berchicci (in quota agli odontoiatri)

Eletti per il collegio dei revisori dei conti:

- Rita Di Pilla *presidente*
- Donnina Pannoni *componente effettivo*
- Giuseppina Scioli *componente effettivo*
- Laura Procaccini *componente supplente*

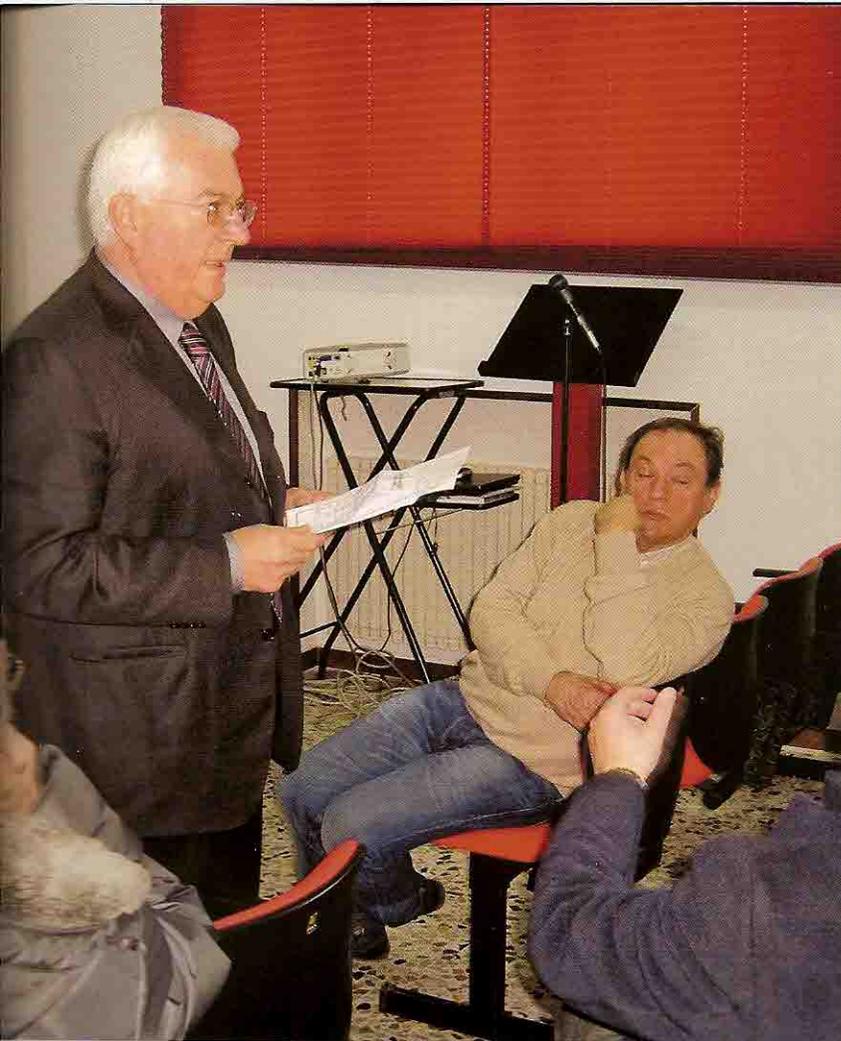
Eletti per il consiglio degli odontoiatri

Giorgio Berchicci *presidente*

Consiglieri:

- Giovanni Angelone
- Caterina Testa
- Danilo Canè
- Andrea Vitullo





Primo consiglio del nuovo direttivo



Il nuovo direttivo

Giusta prevenzione e congruo trattamento delle **ANCHE NEONATALI DISPLASICHE**

A CURA DI PASQUALE BERARDI

La corretta fisiologia nel portare sin dalla nascita i neonati ha due funzioni importanti:

1. previene la displasia delle anche, accudendo il neonato con semplici accorgimenti come quelli indicati sotto alla voce "Fisiologia del portare";

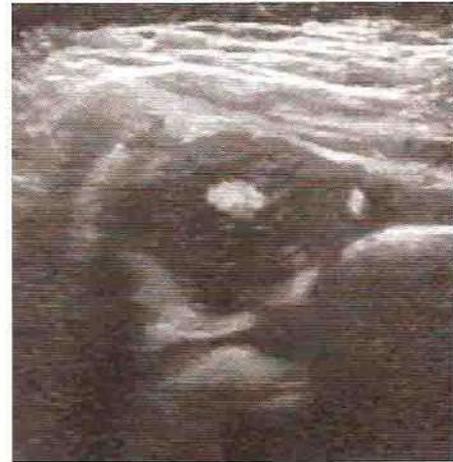
2. tratta la displasia delle anche con la *restitutio ad integrum* in non più di quattordici settimane (3 mesi e 1\2).

A prova di quanto asserito si presenta un caso di lussazione d'anca guarita "stabilmente".

ANCA SINISTRA ALLA V SETTIMANA



Asimmetria delle pieghe cutanee.



Cartilagine acetabolare spostata.
Margine cotiloideo appiattito.
Conformazione ossea acetabolare insufficiente.

ALLA XII SETTIMANA



Pieghe cutanee simmetriche.



Cartilagine acetabolare irregolarmente ispessita,
ma avvolgente. Margine cotiloideo angolato.
Conformazione ossea acetabolare appena sufficiente.

ba essere introdotta insieme a un ripensamento complessivo del sistema, in particolare attraverso una rivisitazione legislativa della colpa professionale, l'obbligatorietà per le assicurazioni di stipulare la polizza e magari anche un sistema di bonus-malus.



Confermata l'adesione obbligatoria ad aggregazioni funzionali e Uccp, cancellata invece l'opzione del passaggio alla dipendenza a discrezione dei governi regionali. E' quanto presente nella seconda versione della bozza ministeriale per il riordino delle Cure primarie in attesa dell'esame da parte dei governatori. Il testo - che come si sa riscrive l'articolo 8 del d.lgs 502/92 e nei programmi del ministro Fazio dovrebbe assumere le sembianze di un ddl - evidenzia infatti limature e correzioni che seguono le considerazioni avanzate dai sindacati della Mg nella riunione del 26 settembre, quando il dicastero ufficializzò la prima bozza. Rimangono così i passaggi essenziali della rifondazione: dall'accesso al ruolo unico all'inquadramento obbligatorio nelle tipologie aggregative previste dalla Convenzione; dalla ristrutturazione del compenso in base anche alla complessità della casistica degli assistiti alla possibilità che le Uccp adottino forme di finanziamento a budget e siano finanziate dalle Asl per le dotazioni strumenti, strutturali e di servizi. Sparisce il passaggio alla dipendenza e l'obbligo delle 38 ore per le Uccp che vengono finanziate dalle aziende sanitarie per i fattori di produzione. Permangono diversi elementi di preoccupazione tra alcune sigle sindacali, con il ruolo unico c'è infatti il rischio che i Mmg siano costretti a fare le guardie nell'eventualità in cui la loro Uccp non abbia medici di continuità in organico e poi, visti i problemi economici delle Regioni, si teme che il finanziamento delle Uccp venga trovato attingendo ai compensi individuali del Mmg



Un interessante dossier su medico e fisco in relazione ad alcuni adempimenti di base, redditi, studi di settore e Irap è reperibile a questo indirizzo : <http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-Diritto-Sanitario/1110/2500/novita-speciale-dossier-medico-.asp>



Ci sono circa 8mila assistenti di studio, infermiere e segretarie negli studi dei medici di famiglia italiani, che gestiscono appuntamenti e telefonate, predispongono le ricette ripetibili e sono un punto di riferimento per il paziente. E per i medici sono un aiuto per ridurre i tempi d'attesa degli assistiti e offrire loro più tempo da dedicare alle visite. Il 75% dei MMG ha alle sue dipendenze personale di studio, ma oggi per il 70% dei medici, per colpa della crisi economica e del blocco degli adeguamenti contrattuali della categoria sino al 2014, questa figura è a rischio. Oltre il 60%, inoltre, per il peso della crisi e del blocco contrattuale potrebbe licenziare o ridurre l'orario dell'assistente. Circa l'80% dei medici di famiglia lamenta gravi conseguenze per la sua attività: il 32% una diminuzione tecnologica, quasi il 30% la dotazione di hardware e software e il 20,9% una diminuzione generale dell'accoglienza agli assistiti.



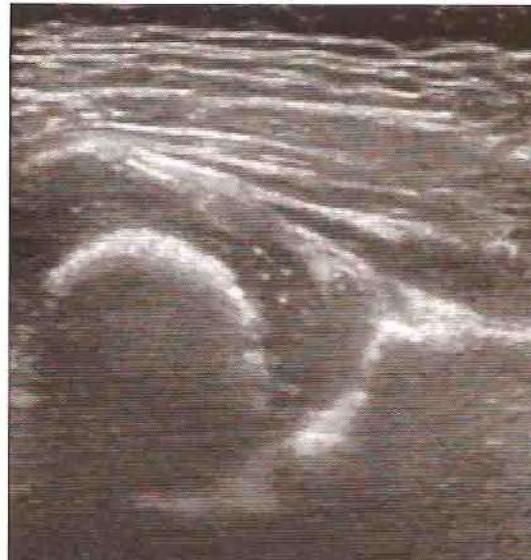
Tre riforme per l'Enpam, l'ente pensionistico dei medici. Quella della previdenza, con contributi un po' più alti, rendimenti un po' più bassi, ma il rispetto dell'equilibrio economico a 30 anni e, quindi, pensioni sicure per tutti. La riforma del patrimonio, senza più distinzioni tra investimenti mobiliari e immobiliari, la riduzione dei rischi e investimenti diversificati per classi di attività (16, di cui 4 ad area di rischio immobiliare e 12 ad area di rischio finanziario). E infine la riforma dello statuto, su cui il dibattito è appena avviato ma che punta alla revisione della rappresentatività all'interno

dell'ente per rafforzare quella dei contribuenti "maggiori", da affiancare alla rappresentatività istituzionale degli Ordini professionali. La riforma previdenziale, quella a maggiore impatto sui medici iscritti, prevede ritocchi a tutti i fondi ed entrerà in vigore con la massima gradualità a partire dal 2013, senza toccare alcun diritto acquisito. Il primo passo è l'aumento delle aliquote. Quelle del principale fondo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che contribuiscono per il 55,9% circa alle entrate Enpam, aumenteranno a partire dal 2015 passando dal 16,5% attuale al 26% nel 2026. L'aliquota del fondo degli specialisti ambulatoriali delle Asl (14,86% delle entrate) passerà dal 24 al 32% nel 2022. Aumento di aliquota dell'1% annuo anche per i liberi professionisti (17,35% delle entrate) per arrivare dall'attuale 12,5% al 15,5% nel 2017. Medici e odontoiatri dipendenti (10,45% delle entrate contributive) che sono soggetti a un'altra forma di previdenza obbligatoria (Inpdap) potranno invece mantenere aliquote ridotte. C'è infine il fondo più piccolo e l'unico in passivo, quello degli specialisti convenzionati esterni su cui andranno prese decisioni diverse. Pesa appena per l'1,54% dei contributi dell'ente, ma i suoi conti sono condizionati dal fatto che in realtà ne fanno parte solo 905 medici singoli e gli altri sono raccolti in 5.724 società, spesso inadempienti sugli obblighi contributivi (2% di contributo). Per tutti i fondi poi tranne quello degli specialisti delle Asl, è prevista una riduzione del rendimento tra lo 0,1 e lo 0,3 per cento e una serie di scelte comuni. Come quella di innalzare l'età della pensione di vecchiaia gradualmente da 65 fino a 68 anni nel 2018, la possibilità di andare in pensione anticipata, ma con una penalizzazione calcolata in base a un coefficiente di adeguamento alla maggiore aspettativa di vita e una rivalutazione invece del 20% dei contributi versati oltre l'età della pensione di vecchiaia. Infine modifiche in vista anche per la "quota A", obbligatoria per tutti, che

AL VI MESE



Pieghie cutanee simmetriche.



Cartilagine acetabolare sottile ed avvolgente.
Margine cotiloideo angolato.
Conformazione ossea acetabolare buona.

FISIOLOGIA DEL PORTARE

Portare i bambini "seduti a rana" sulla pancia o su un fianco o sulla schiena, costume tra la maggior parte dei popoli africani, ha un valore maggiore rispetto ad altri sistemi legati piuttosto alla comodità: MARSUPIO TERAPIA.

Tutte le anche neonatali displasiche da quelle border line (2A+ - 2A-) a quelle francamente malate (5-6-fig. 1), valutate nel Molise con dati dal formato JPEG ed AVI archiviati in abilitato Hard Disk, custodito presso struttura apposita dell'ASREM, (1256 su 2281 nati nel 2009 e 1923 su 2359 nati nel 2011) sono state ricondotte alla normalità senza l'utilizzo di cilici, quali mutandine corazzate, divaricatori ed altro, accudendo i neonati, sin dalla nascita, in modo che presentino anche flesse di almeno 90°, abdotte di 45° circa e lievemente intraruotate (1-2-3-4-8-9-10-11).

Entrando nell'aspetto prettamente tecnico della ricerca, si precisa che:

- la flessione di almeno 90°, meglio se di 100°-110° (le ginocchia siano un poco più in alto del sedere), porta la testa del femore nell'acetabolo (fig. 2);
- l'abduzione di 45° stabilizza la testa del femore nell'acetabolo. Per inciso si sottolinea che nell'abduzione non si devono superare i 50°, perché si potrebbe aumentare tanto la pressione assiale della testa femorale nell'acetabolo da pregiudicare la vascolarizzazione della cartilagine ialina acetabolare e del collo femorale;
- la lieve intra-rotazione del femore garantisce la stabilità della testa nell'acetabolo, in quanto l'azione di perno di quest'ultima contro il margine acetabolare postero-inferiore (ischio), allontanandola da quello supero-anteriore (ileo), la posiziona nel punto di appoggio migliore (fig. 3).

Nello specifico la testa del femore allocata nella profondità dell'acetabolo, contro il margine acetabolare postero-inferiore (fig. 3)



(figg. 1-3)

Anca lussata. Con la flessione, l'abduzione e l'extra-rotazione la testa del femore rientra nell'acetabolo e preme sul margine superoanteriore dello stesso; con la intra-rotazione la testa del femore, rientrata nell'acetabolo, preme sul margine postero-inferiore dello stesso: condizione ottimale per una giusta maturazione ed un congruo recupero dell'anca.

- scarica il tetto acetabolare in modo tale che quest'ultimo, anche se deformato nella componente cartilaginea ialina, si possa modellare congruamente sulla testa del femore;
- favorisce il giusto restringimento della capsula articolare, in modo tale che il rapporto tra la testa del femore e l'acetabolo si renda stabilmente congruo.

Il neonato con gambe forzatamente raddrizzate da tradizionali fasciature, invece, oltre ad essere limitato nei movimenti, presenta la testa del femore che, "appoggiandosi" sul margine acetabolare osseo supero-anteriore (ileo), esercita una "abnorme" pressione assiale nel tetto acetabolare. Questa è una condizione che determina una "anomala" maturazione delle anche; infatti porta ad un ispessimento e ad uno spostamento craniale della cartilagine ialina acetabolare (angolo beta > di 55°) con conseguente incongrua "continenza" della capsula articolare.

Ciò tecnicamente premesso, è doveroso chiarire che portare il neonato seduto a rana sulla pancia o su un fianco con il tronco in posizione verticale ha un valore maggiore rispetto ad altri sistemi legati piuttosto alla comodità, infatti l'infante così tenuto oltre a presentare le anche flesse di almeno 90°, abdotte di 45°-50° e, conseguentemente, con lieve intrarotazione, entrando in contatto con il respiro e con il calore del corpo del\la portatore\rice, si tranquillizza per una sorta di continuità con ciò che conosceva quando era nel grembo materno (fig.4 e fig.5).

Nonostante quanto appena considerato, ancora oggi tale giusto portare il neonato non ha trovato risonanza nella prevenzione della displasia delle anche per il timore che la posizione eretta del tronco possa causare danni

alla colonna vertebrale in quanto i muscoli spinali intervengono a protezione della colonna solo a partire dal sesto mese.

Si sottolinea, a tal proposito, che, a dispetto dello stato di debolezza dei muscoli para-vertebrali, non ci sono controindicazioni nel portare il neonato in braccio in posizione verticale sin dalla nascita, se tale posizione è ottenuta

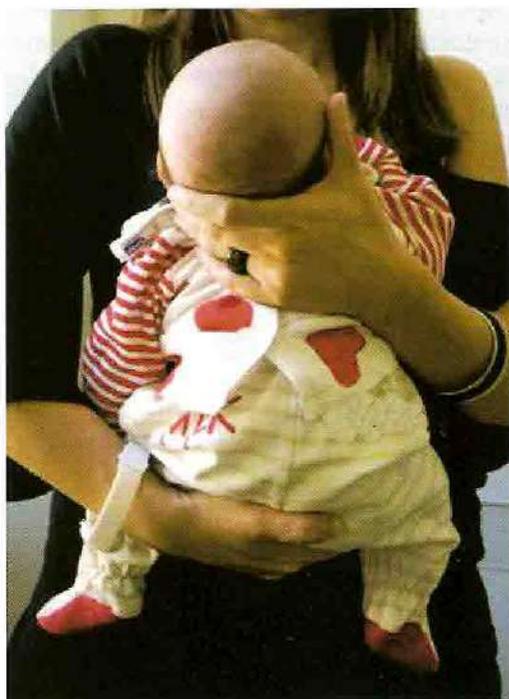
- con il corpo (tronco) dell'infante appoggiato a quello del genitore, sostenuto da quest'ultimo con una mano posta sotto il sedere e protetto, corazzato, con l'altro arto superiore nel dorso e nella testa;
- con il portato ed il portatore, che tra di loro non presentano neanche lo spazio per infilare una mano.

Le prime volte, così indossato il neonato, è opportuno controllare allo specchio che le sue ginocchia siano un poco-poco più in alto del suo sedere e che le sue gambe siano simmetricamente abdotte, conseguentemente lievemente intraruotate: gli si preverrà così anche la coxartrosi giovanile e, quindi, le possibili protesizzazioni d'anca in età adulta.

All'uopo il marsupio è uno dei mezzi più semplici da considerare in quanto garantisce all'infante una postura fisiologica capace di favorire una giusta maturazione delle anche con la contemporanea protezione della colonna.

Affinché il marsupio possa permettere tale postura:

- deve, regolandosi lateralmente, ben sostenere la schiena del bambino ed appoggiarsi stretto al corpo di chi lo porta (non ci deve essere spazio tra i due corpi); purtroppo, però, il marsupio non si può stringere più di tanto, così un bambino molto piccolo rischia di insaccarsi;



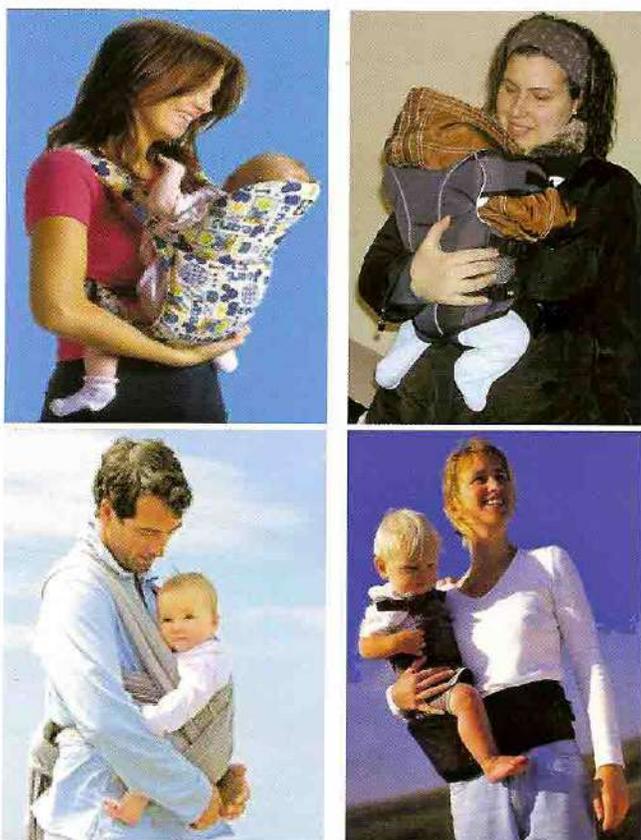
(fig. 4)



(fig. 5)

- deve essere dotato di una parte, posta sotto il sedere del bambino (tra una apertura per le gambe e l'altra), larga almeno 18 cm, meglio se 20 cm, e non troppo morbida, altrimenti, non garantendo la posizione divaricata, seduta a rana, estende troppo le gambe e questo non è fisiologico per lo sviluppo delle anche;
- deve essere fornito di un sostegno regolabile per la testa, ovvero deve avere un'altezza adeguata per dare un appoggio efficace alla delicata parte del collo;
- deve avere un'altezza graduabile a sufficienza in modo che le gambe dell'infante non vadano a "sbattere" contro quelle di chi lo porta con conseguenti spinte abnormi sulle anche e sulla spina dorsale (figure 6 e 12).

MARSUPIO e AUSILI SIMILARI



(Figure 6)

A completamento delle indicazioni date, aggiungiamo talune necessità di tecnica:

- il neonato si muova senza che i piedi puntino su superfici resistenti alla pressione, allo scopo di evitare sollecitazioni caudo-craniali che carichino incongruamente il tetto acetabolare;
- non si sollevi il neonato con mani poste ai lati del suo torace e, facendogli fare perno con i piedi su un piano duro, lo si inviti a saltare;
- se il neonato, posto in salita nel passeggino per via del

rigurgito, scivola e spinge con i piedi sul fondo di questo, bisogna riportarlo su;

- durante il bagnetto i piedi del neonato nell'acqua si muovano a piacimento, perché l'acqua non offre resistenza, ma è opportuno evitare che gli stessi puntino sulla parete della vaschetta;
- quando si pulisce il sedere del neonato dopo l'evacuazione non lo si sollevi tirandolo su per i piedi, ma spingendo verso l'alto con il palmo di una mano posto sulla sua regione sacrale;
- non si chiuda il neonato in indumenti, imbastiti a mò di sacco, che ne limitino l'abduzione delle gambe;
- non lo si prenda per i piedi mettendolo a testa in giù;
- non gli si irrigidiscano le gambe con tradizionali fasciature nel tentativo di correggere curve fisiologiche, in quanto le gambe così forzatamente raddrizzate, oltre ad essere limitate nei movimenti, presentano inevitabilmente la testa del femore, che tenderà ad appoggiarsi sul margine acetabolare osseo supero-anteriore (ileo);
- si eviti, per i motivi su esposti, l'uso del girello prima dei 10 mesi;
- si ricordi che, con la ricerca del segno di Ortolani non ben eseguita, si lede la componente ialina e fibrosa della cartilagine acetabolare;
- tali precauzioni vadano prese fino a 10 mesi con l'accortezza, però, di dare gradatamente al neonato l'opportunità di gattonare (fig. 7).



(fig. 7)

Si sottolinea che quanto esposto permetterà di prevenire anche la coxartrosi giovanile e, quindi, possibili protezioni d'anca in età adulta.

Consapevole che tale studio, realizzato nei termini su citati, pur esteso alla quasi totalità dei nati in Molise e nelle Aree viciniori negli anni 2009 e 2010 è pur sempre dotato, per le forme francamente patologiche (Stadio 3A, 3B, 4), di una casistica limitata. Auspico che la sua pubblicazione ne favorisca l'applicazione in altre Regioni, anche al solo fine di ampliarne la casistica e di constatarne, quindi, con dati di fatto incontrovertibili la sua attendibilità o meno.

L'autore dichiara di non avere conflitti di interesse.

L'autore dichiara di aver avuto il nulla osta delle mamme per le foto pubblicate.

Continua a pag. 11

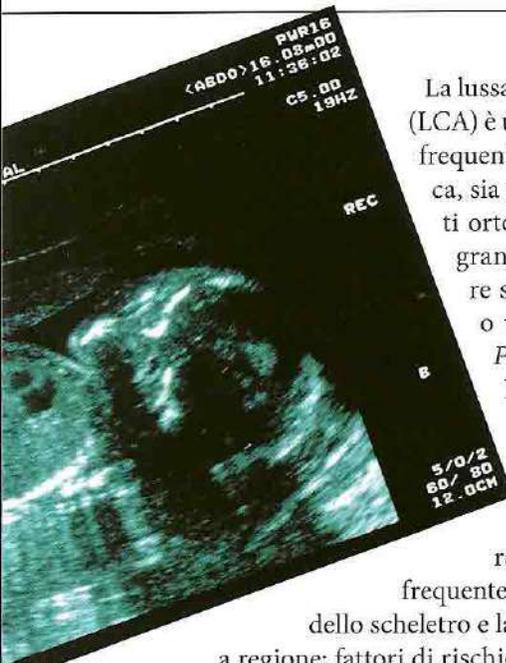
Bibliografia

- (1) Graf R. Guide to sonography of the infant hip. Stuttgart-New York: George Thieme Verlag, 1987.
- (2) Graf R. The diagnosis of congenital hip joint dislocation by the ultrasonic compound-treatment. Arch Orthop Traumat 1980;97:117-33.
- (3) Marrè Brunenghi G. Clinica e trattamento della lussazione congenita dell'anca. Gaslini 2005;2:38-44.
- (4) Dezateux C, Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip. Lancet 2007;5(369):1541-52.
- (5) Psenner K, Ortore P, Fodor G, Stuefer J. Considerazioni in tema di ecografia dell'anca neonatale. Radiol Med 1990;79:575.
- (6) Ortore P, Fodor G, Silverio R, Milani C, Pesnner K. Ultrasonography of the neonatal hip: state of the art and perspective. Radiol Med 1996;92(1-2):10-15.
- (7) US Preventive Services Task Force. Screening for developmental Dysplasia of the Hip: recommendation statement. Pediatrics 2006; 117: 898-902.
- (8) Meneghini P et al. Screening ecografico dell'anca neonatale su 10.745 bambini: risultati preliminari. IPJ 2001;174:349.
- (9) Woolacott N F, Puhan M A, Steurer J et al. Ultrasonography in screening for developmental dysplasia in newborns: systematic review. BMJ 2005; 330: 1413.
- (10) Rosendahl K, Toma P. Ultrasound in the diagnosis of developmental dysplasia of the hip in newborns. The European approach. A review of methods accuracy and clinical validity. Eur Radiol 2008;17:1960-67.
- (11) Shipman S A, Helfand M, Moyer V A. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US preventive service task force. Pediatrics 2006;117:557-76.
- (12) Weber E. Portare i piccoli: un modo antico, moderno e ... comodo per stare insieme. Il leone verde 2007;54:196-202.

L'ECOGRAFIA DELLE ANCHE

Quale screening diagnostico perinatale essenziale della lussazione congenita delle anche

A CURA DI ENZO DI BLASIO E CLAUDIO D'APOLLONIO



La lussazione congenita delle anche (LCA) è una delle malformazioni più frequenti di grande rilevanza clinica, sia per la necessità di interventi ortopedici correttivi, sia per la grande invalidità che può seguire se il trattamento è scorretto o tardivo (F. Paninon et al.: *Principi pratici di pediatria*).

La LCA è caratterizzata da incongruenza articolare che nei gradi estremi di gravità può determinare la perdita dei normali rapporti articolari. È la più frequente malformazione congenita dello scheletro e la frequenza varia da regione a regione; fattori di rischio sono rappresentati soprattutto dalla familiarità e dalla presentazione podalica alla nascita.

In Italia è stata descritta con un'incidenza che si aggira intorno al 2-3% della popolazione e si caratterizza per la marcata prevalenza nel sesso femminile rispetto al maschile di 4:1, fino ad arrivare, in alcune zone geografiche a 6:1.

La storia naturale può venire profondamente modificata tanto più efficacemente quanto più precocemente viene attuato il trattamento. In epoca pre-ecografia la diagnosi precoce era affidata esclusivamente all'esame clinico tramite la manovra di Ortolani e di Barlow. La manovra di Ortolani, in teoria piuttosto semplice, richiede comunque una notevole abilità ed esperienza perché sia correttamente eseguita e abbia un risultato attendibile e, in ogni caso, è in grado di evidenziare solo l'anomalia più grave (la lussazione dell'anca) mentre non può rilevare con altrettanta precisione difetti più lievi. Per evidenziare queste forme meno gravi di displasia (cioè di anomalia di sviluppo) dell'anca, che sono anche quelle percentualmente più frequenti, si consiglia l'esecuzione dell'ecografia delle anche eseguita entro il secondo, massimo terzo mese di vita.

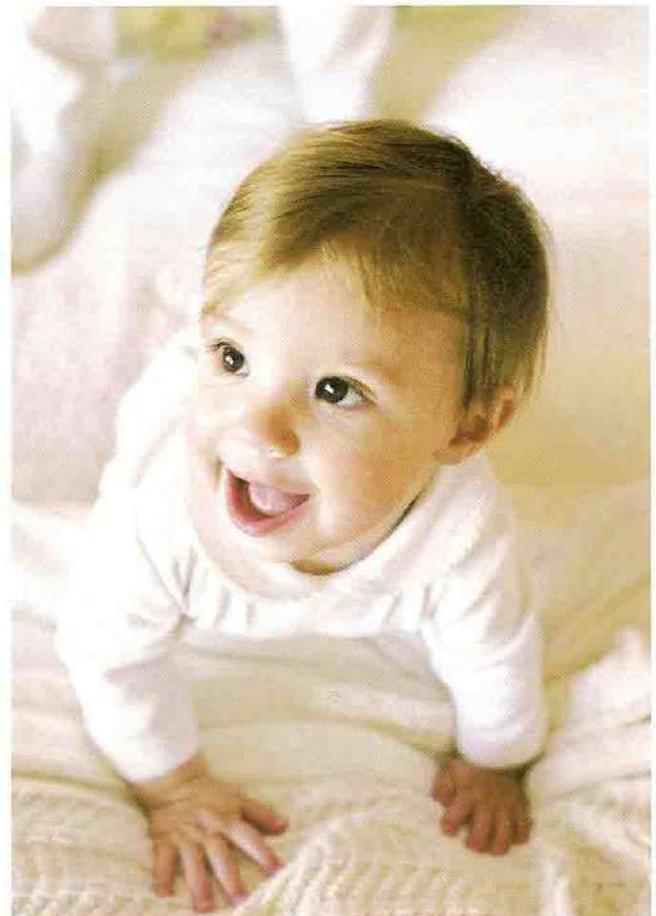
Nel 1980, Graf pubblica il primo lavoro sull'utilizzo dell'ecografia nella diagnosi della displasia congenita

dell'anca e da allora tale tecnica è divenuta l'indagine di prima scelta per lo screening della displasia congenita dell'anca.

Consente, infatti, la visualizzazione di tutte le componenti anatomiche dell'anca; inoltre è un esame ripetibile, affidabile, riproducibile, non invasivo e permette anche un monitoraggio della terapia.

La LCA è spesso determinata da condizioni familiari e ostetriche non individuabili alla nascita con l'esame clinico.

Si ipotizza che su un terreno predisponente (marcata lassità legamentosa e capsulare), si possa associare ad esempio una posizione viziata del feto come la presentazione podalica o un lungo impegno durante il parto con



anche addotte e flesse che prescindono dal mantenimento dell'anca in posizione fisiologica e che solo l'ecografia può diagnosticare nei casi iniziali.

È stato infatti dimostrato che anche normali alla nascita, proprio per l'associazione di quelle cause endogene ed esogene possono "positivizzarsi" nelle settimane successive, rischiando di non essere individuate, forti di un esame negativo eseguito pochi giorni dopo la nascita.

Un'ulteriore conferma dell'utilità di un buon programma di screening ha consentito al dr. Giuseppe Atti (responsabile del centro per la displasia delle anche di Ferrara, e tra i maggiori esperti italiani in tema di epidemiologia, diagnosi e terapia della LCA) di osservare che, eseguendo l'ecografia soltanto alle bambine con esame clinico patologico o sospetto ed a quelle con fattori di rischio positivi non avrebbe individuato ben 47 bambine (45%) delle 104 che avevano alterazioni ecografiche di displasia; per i maschi, eseguendo l'ecografia solo ai bambini con esame clinico patologico o sospetto ed a quelli con fattori di rischio positivi, sarebbero state perse 4 diagnosi (24%) dei 17 bambini con anche patologiche. Complessivamente l'ecografia dell'anca eseguita ai soggetti che avevano un esame clinico negativo e nessun fattore di rischio per la LCA ha consentito di individuare 16 casi positivi ogni 1000 ecografie nelle femmine e 1.3 casi positivi ogni 1000 ecografie nei maschi.

In conclusione:

L'ECOGRAFIA DELLE ANCHE È UN ESAME INDISPENSABILE CHE VA SEMPRE EFFETTUATO IN EPOCA PERINATALE ONDE EVITARE ERRORI CLINICI CHE PORTEREBBERO A GRAVI RIPERCUSSIONI CLINICHE, DI COSCIENZA E GIURIDICHE

Bibliografia essenziale:

- Nelson Trattato di Pediatria XVI edizione 2002 Edizione Minerva Medica.
- Principi pratici di pediatria a cura di F. panino 1985 Monduzzi Editore.
- Marrè Brunenghi G. Clinica e trattamento della lussazione congenita dell'anca. *Gaslini* 2005;2:38-44.
- Atti G. La diagnosi della displasia congenita dell'anca. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1996;22:478-82.
- Massimetti M, Perri G, Talenti E, Tomà P. Displasia congenita dell'anca. *Ecografia pediatrica* 1992-571.
- Baronci D, Atti G, Andiloro F, et al. Screening for developmental Dysplasia of the Hip: from theory to practice. *Pediatrics* 1997;99
- Graf R, Shuler P. *Guide to Sonography of the Infant Hip*. 1987
- Woolacott N F, Puhon M A, Steurer J et al. Ultrasonography in screening for developmental dysplasia in newborns: systematic review. *BMJ* 2005; 330: 1413.
- US Preventive Services Task Force. Screening for developmental Displasia of the Hip: recommendation statement. *Pediatrics* 2006; 117: 898-902.
- Accademia delle Scienze e Società Medico-Chirurgica di Ferrara. Consensus su Indicazioni per la diagnosi precoce della lussazione congenita dell'anca; *Medico e Bambino* 1988;7(9):583-6.
- Shipman S A, Helfand M, Moyer V A. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US preventive service task force. *Pediatrics* 2006;117:557-76.
- Dunn P M, Evans R E, Thearle M J et al. Congenital dislocation of the hip: early and late diagnosis and management compared. *Arch Dis Child* 1985;60:407.
- Biasini GC, Baronci D, Atti G, Valdisserrri L, Vullo C. Lussazione congenita dell'anca: screening o no? *Medico e Bambino* 1992;11(5):311-4.
- Nonato M G. La displasia dell'anca. *Medico e Bambino* 1983;8:482-534.

IL CERVELLO RELIGIOSO

Neuroscienze della Spiritualità. Prima Giornata di riflessione di fede e benessere della persona, tenuto a Frosolone presso l'Eremo Francese di Sant'Egidio sabato 11 giugno 2011 e organizzato dalle sei Comunità di Riabilitazione Psicosociale (Agnone, Castelnuovo, Fornelli, Frosolone, S. Agapito, Vastogiardi) del Dipartimento di Salute Mentale di Isernia.

SERGIO TARTAGLIONE

INTRODUZIONE

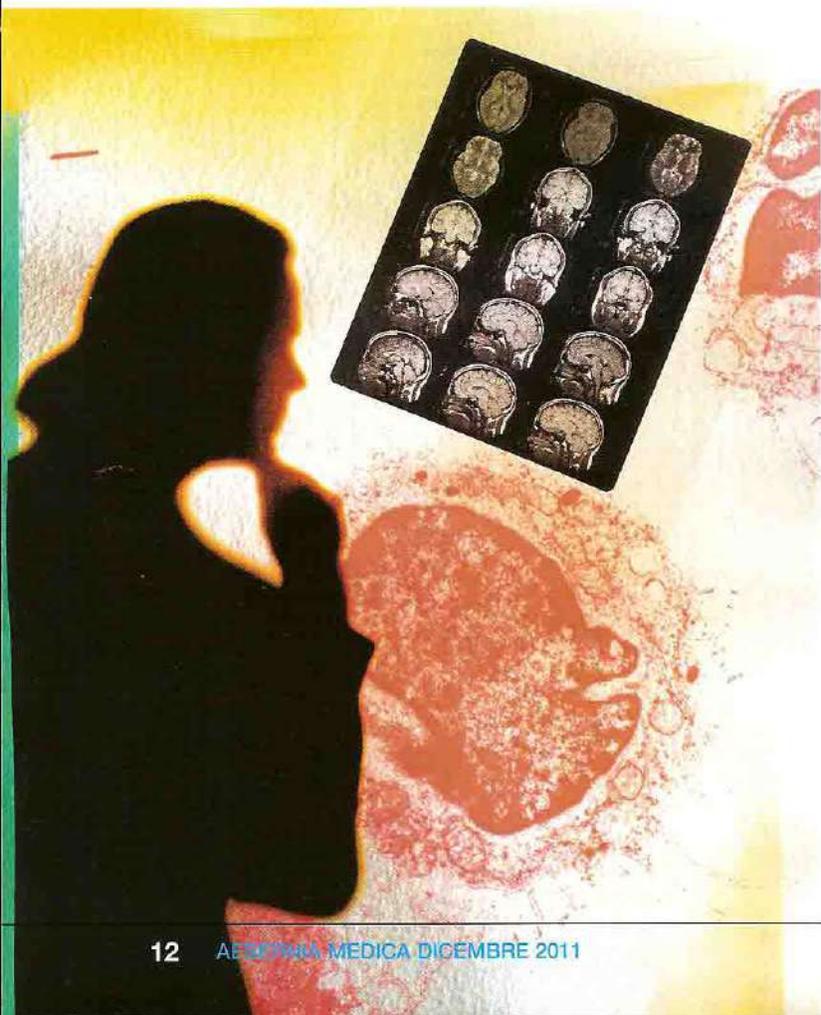
La salute è benessere fisico (che dipende da fattori genetici, endocrini, immunitari ecc.), benessere psicologico e relazionale (star bene con se stesso e con gli altri), benessere sociale (igiene, servizi sanitari, economia, ambiente, cultura ecc.) e, per chi crede, benessere spirituale. In questi ultimi 10 anni sono nate numerose riviste, consultabili anche in Internet, sulle Neuroscienze della spiritualità. Le Neuroscienze studiano i correlati anatomici e funzionali tra mente e cervello, cioè tra le funzioni della mente umana ed i substrati neurologici che le organizzano. Una branca delle Neuroscienze è la Neuro-teologia, che studia

l'attività del cervello nelle esperienze religiose (dalla preghiera alla meditazione all'estasi). Queste correlazioni tra mente e cervello si analizzano mediante tecniche di neuro-immagine cerebrale (TAC, RMN, PET ecc.). Le immagini che ne derivano servono a diagnosticare le malattie del cervello, ma anche a localizzare le aree che entrano in funzione quando noi facciamo o pensiamo qualcosa: ad esempio quali aree si illuminano mentre io sto parlando e quali altre regioni del cervello sono attive in voi che state ascoltando. Dunque, come le impronte digitali, una sorta di impronta cerebrale. Potrà succedere un giorno che qualcuno imponga una RMN per stabilire quello che io sto pensando o l'attendibilità di quello che dico. Questo solleva inquietanti dubbi sulla privacy mentale, argomento di interesse per la Neuro-etica, che si occupa di come le scoperte sul cervello influiscano sulla vita umana.

L'UOMO HA, PER COSÌ DIRE, 2 CERVELLI

Il Cervello viscerale o emotivo, inconscio situato nel Sistema Limbico. È la sede delle emozioni e delle passioni inconscie: amore, piacere, disgusto, paura, sorpresa, invidia ecc. Le sue strutture principali sono costituite dall'ipotalamo (centralina di controllo delle funzioni automatiche dell'organismo come fame, sete, temperatura corporea, ritmo sonno-veglia, funzioni endocrine), dall'amigdala (è il "campanello d'allarme" che assegna ad ogni stimolo esterno o interno il giusto significato emotivo. Se c'è un rumore sospetto, l'amigdala allerta l'organismo e lo predispone all'azione), dall'ippocampo (che regola la memoria e l'apprendimento).

Il Cervello razionale, sede della coscienza e della consapevolezza, della volontà e volontarietà. È la Corteccia Cerebrale, che regola le funzioni superiori (pensiero, logica, programmazione, scelte). Il Cervello razionale ha varie strutture con funzioni specifiche: il Lobo frontale (sede del pensiero, ragionamento, conoscenza, volontà: sto me-



ditando, leggo un libro, voglio fare questo o quello); il Lobo parietale (per la programmazione, il senso dell'Io e dell'individualità: Io sono altro rispetto al mondo esterno); il Lobo temporale (elabora la percezione uditiva, la memoria e l'affettività); il Lobo occipitale (serve a riconoscere gli oggetti che vediamo); il Cervelletto (per l'equilibrio e coordinamento dei movimenti: mi reggo sulla bici, coordino i movimenti per camminare o pedalare ecc.). Ed ancora: Un'area della parola (si attiva quando voglio parlare: particolarmente sviluppata nelle donne...), un area del gusto (si attiva se ho uno stimolo per esempio un piatto di spaghetti...). ogni centro ha una sola specifica funzione e sa fare solo quello: si attiva con la mia volontà o come risposta a uno stimolo.

Cervello emotivo (il Sistema Limbico) e Cervello razionale (la Corteccia Cerebrale) dialogano ed agiscono sempre insieme. Dipende da noi e dalle nostre scelte far prevalere l'uno o l'altro.

NEUROSCIENZE DELLA SPIRITUALITÀ. TRE INTERROGATIVI.

Genetica: Dio è innato in noi?

Esistono dei fondamenti neuronali e cognitivi delle convinzioni religiose (fede). Alcuni volontari sono stati sottoposti a RMNf mentre pensano a Dio e alle emozioni di amore e fede che ne conseguono. Durante questa esperienza religiosa, si attivano le aree prefrontali e frontali. Dunque, argomenti e riflessioni su temi religiosi attivano una zona cerebrale della religiosità, la stessa sia nei credenti che nei non credenti. Nei credenti però, quest'area è più ampia e si attiva più intensamente. Esiste una "naturalità" del sentimento religioso. Credere è necessario all'uomo. (Dimitrios Kapogiannisa, Aron K. Barbeya, Michael Sua, Giovanna Zambonia, Frank Kruegera, Jordan Grafmana: *Cognitive and neural foundations of religious belief*. Edited by Marcus E. Raichle, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, and approved February 3, 2009).

Altri studi indagano sull'esperienza mistica. In due libri di Anrew Newberg (*Why God Won't Go Away* "Perché Dio non se ne andrà" e *The Mystical Mind* "La mente mistica") ha "fotografato" con la SPECT l'attività del cervello di buddisti in meditazione e di suore in preghiera. L'attività diminuisce (si "spegne") nel lobo parietale, area dove risiede il senso della nostra individualità, che ci consente di differenziare l'IO dal mondo esterno. Chi ha un danno in questa zona, perde la capacità di camminare perché non sa dove finisce il suo sé fisico e dove comincia il mondo esterno. Anche durante la meditazione o la preghiera si riduce l'attività parietale, sfuma il senso di frontiera tra l'IO e il mondo, la dualità soggetto-oggetti

esterni. Chi è in uno stadio di trascendenza o di misticismo riferisce una sensazione di comunione con l'universo e di appartenenza al Tutto, descrive un senso di unità con il mondo. Nello stesso tempo si "accende" l'attività nelle aree frontali (deputate all'attenzione e alla concentrazione) e quella del sistema limbico (associato alle emozioni). In conclusione, il cervello è predisposto naturalmente ad esperienze mistiche e di preghiera. Esistono infatti centri cerebrali deputati a funzionare in questo modo e solo in questo modo. Se li attivo con la meditazione o la preghiera, iniziano a funzionare.

In un altro libro, Newberg (*Dio nel cervello: la prova biologica della fede*, Mondadori 2002), afferma che il cervello umano è geneticamente configurato per la fede religiosa. Egli dice: «Il nostro cervello è essenzialmente una macchina credente, che non può non credere. Il cervello non ha scelta, percepisce l'io come infinito, un tutt'uno con il creato. Sono sensazioni del tutto reali, quindi né patologiche né risultanti da condizionamenti culturali».

Uno scienziato agnostico, Dean Hamer (*The Gode gene*, "il gene di Dio"), riferisce che gemelli cresciuti separatamente in contesti del tutto differenti, presentano da adulti una religiosità simile. Hamer ha scoperto che quanto maggiore è l'attività di un gene (VMAT2, che egli chiama "il gene di Dio" e che regola i livelli di Da e 5HT) tanto più intensa è la spiritualità della persona. La fede, la tendenza a pregare e a sentire la presenza di Dio è in tutti, frutto di una religiosità intrinseca geneticamente determinata. Dunque, dice Hamer, la spiritualità è, di fatto, un istinto inciso nel DNA umano. Abbiamo una predisposizione genetica a credere e il gene VMAT2 sarebbe alla base della spiritualità universale. La fede e la pratica religiosa invece dipendono dalla formazione, dall'ambiente, dalle abitudini, dalle culture in cui viviamo e siamo educati.

In un recentissimo lavoro (Slagter HA, Davidson RJ, Lutz A: *Mental training as a tool in the neuroscientific study of brain and cognitive plasticity*. Front Hum Neurosci. 2011, "Allenamento mentale come strumento nello studio neuroscientifico del cervello e della plasticità cognitiva"), gli autori hanno sottoposto RMNf cerebrale i monaci buddisti quando si concentrano su sentimenti di compassione. Nei monaci anziani, con più anni di allenamento alla meditazione rispetto ai novizi, c'era un'attivazione maggiore dei percorsi cerebrali legati all'amore. Da questi studi si evidenzia che il cervello è una struttura plastica che, come un muscolo, se è allenato in modo appropriato, può rafforzare progressivamente alcune sue funzioni. La visione spirituale del mondo può essere portata ad un livello di consapevolezza e diventare una libera scelta. E la nostra volontà su questo gioca un ruolo molto superiore a quello dei geni. Dunque, anche il pensiero spirituale è un'abilità che può essere allenata. Un'altra cosa interessante di questo lavoro è che le persone allenate a pregare e meditare, tendono a star meglio anche dopo episodi di

vita stressanti o dolorosi. In altre parole, riescono più degli altri a superare le prove difficili della vita.

LA PREGHIERA È ANCHE UNA TERAPIA?

In uno studio (Harris WS et al: *A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in Patients admitted to the coronary care unit*. Archives of internal medicine, 1999), 748 pazienti ricoverati per infarto, credenti e non credenti, avevano firmato un consenso informato in cui si spiegava che metà di loro avrebbero ricevuto solo cure mediche, l'altra metà anche delle preghiere. Nessun paziente sapeva se la sua sorte era affidata esclusivamente alle medicine oppure se qualcuno pregava per la sua salute. In tal modo, si esclude che la preghiera abbia un effetto placebo (che cioè i suoi effetti siano frutto di una suggestione). Risultati: il gruppo di pazienti credenti e non credenti che ha ricevuto, senza saperlo, oltre alle cure anche le preghiere, ha avuto una riduzione del 36% delle complicanze e una minore mortalità. Un'ipotesi (Pavese A: *Fede come terapia. Analisi*

le funzioni fisiologiche (Luciano Bernardi: *Studio su un campione di volontari in tre ospedali di Oxford, Firenze, Gdansk in Polonia*. British Medical Journal, 2002): Migliora l'ossigenazione del sangue e la tolleranza all'esercizio fisico; Diminuisce il ritmo cardiaco, la pressione arteriosa, il consumo di ossigeno; Aumentano le onde alfa cerebrali (= rilassamento vigile). La mente, calma e ricettiva, si concentra sulla soluzione di problemi esterni o su uno stato meditativo. Le onde alfa dominano nei momenti introspettivi o in quelli in cui più acuta è la concentrazione per raggiungere un obiettivo preciso.

La scienza non è sufficiente a dare certezze (Terrin Aldo N: *Religione e neuroscienze. Una sfida per l'antropologia culturale*. Morcellania 2004). L'interpretazione si orienta in base a chi analizza, se è laico o credente: Il laico ritiene che la preghiera possa avere effetti dovuti alla suggestione o, come la musica o lo psicofarmaco, indurre meccanismi fisiologici (vasodilatazione, rilassamento ecc.) che contribuiscono al miglioramento delle condizioni di salute; Per chi crede, invece, il merito va attribuito ad altro ...

Quelli citati sono esperimenti su Dio? L'obiettivo di queste ricerche non è trovare Dio nel cervello, ma capire cosa accade nel cervello quando si pensa a Dio. In ogni uomo c'è traccia di Dio: chi non crede, quando si pone domande sulla fede o riflessioni su temi religiosi, attiva le stesse aree cerebrali di chi crede. Dunque, indipendentemente dalle risposte che ognuno si dà, gli strumenti cerebrali usati per affrontare il tema del divino sono comuni a tutte le persone. Nei credenti come nei non credenti, la questione dell'esistenza di un aldilà impegna aree della corteccia cerebrale molto evolute che sono assenti nelle specie animali.

Probabilmente (Giorgio Vallortigara, Telmo Pievani e Vittorio Girotto: *Nati per credere. Perché il nostro cervello sembra predisposto a fraintendere la teoria di Darwin*, Codice Ed. 2008) nel cervello non esiste un modulo specifico per l'idea di Dio, ma la fede nel soprannaturale si appoggia a strutture cerebrali. La psicologia della religione è nata per spiegare come mai le diverse espressioni di fede mostrano nuclei comuni, come se esistesse un nocciolo di credenza universale con una base biologica nel cervello. Mi dice un paziente: Se è sbagliato credere in Dio, io voglio continuare a sbagliare

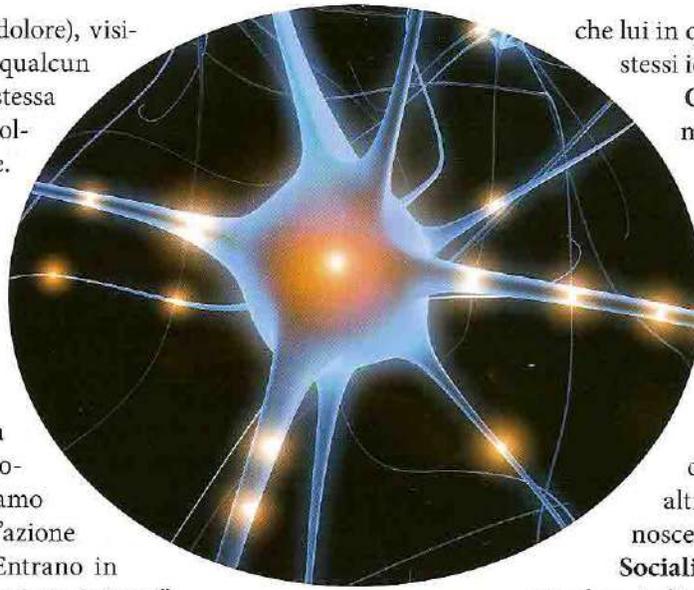
Neurofisiologia (Neuroni Specchio): l'Altro siamo Noi?

Cosa sono i Neuroni a specchio?. Quando la scimmia compie un'azione, per esempio prendere una banana per mangiarla, si attiva in lei un determinato gruppo di neuroni in una certa zona del cervello. Quando la scimmia osserva lo sperimentatore eseguire la stessa azione o un'azione simile (prendere la banana), si attivano in lei gli stessi identici neuroni, nella stessa identica zona del cervello. Nell'uomo i neuroni a specchio non riguardano solo i gesti ma anche le emozioni. Un'emozione spiace-



psicologica della fede come strumento di guarigione fisica e spirituale in casi reali. Portalupi, 2005; Albertin M: *La fede fa guarire?* Scienza & Paranormale 25, 1999); la preghiera fa bene perché il credente ha in genere modelli di vita più sani. Infatti, nei gruppi protetti dalla fede e dalla preghiera, vi è una diminuzione dei disordini mentali e delle condotte antisociali. Inoltre, viene mantenuto uno stile di vita più sano, con una notevole riduzione di molti fattori di rischio (alcool, fumo, uso di sostanze, alimentazione squilibrata). La preghiera fa bene perché migliora

vole (per esempio disgusto, dolore), visibile dalla mimica facciale di qualcun altro, attiva in noi la nostra stessa area cerebrale (nella stessa collocazione): l'insula anteriore. I neuroni a specchio sono una scoperta italiana (Giacomo Rizzolatti, Corrado Sinigaglia, Vittorio Gallese ecc.): si tratta di cellule del cervello che si attivano in una certa zona quando noi compiamo una determinata azione o proviamo un'emozione, ma anche quando vediamo qualcun altro che compie un'azione o che prova un'emozione. Entrano in funzione anche nella "simulazione interna":



un gesto tenero (per esempio di una madre nei confronti del figlioletto), attiva in noi la stessa struttura neuronale della tenerezza: S II-PV (una regione corticale). Dunque, un'emozione o una sensazione che vedo provate da un altro, induce in me l'attività delle stesse reti neuronali che sostengono la stessa emozione e sensazione, in me e nell'altro. Ciò permette una comprensione esperienziale. Esiste cioè un doppio modello di attivazione della stessa regione di cervello: la capacità di avere esperienza diretta ed anche di comprendere allo stesso tempo le esperienze e le emozioni degli altri.

I neuroni a specchio spiegano alcuni fenomeni:

Imitazione - Apprendimento. L'imitazione precoce (early imitation) è una forma di intersoggettività. La scimmia imita la linguaccia dello sperimentatore. Il bambino piccolo riesce ad imitare i gesti facciali fatti da un adulto prima e da un coetaneo più tardi: aprire la bocca, sorridere, protrusione della lingua, baciare. L'imitazione consente l'apprendimento. Ecco l'importanza dei modelli a cui si riferiscono da giovani. Certo i modelli non sempre sono edificanti, specie per i giovani (condotte tossicofile in giovani maschi come fumo, alcool, droghe, modelli proposti alle ragazze come le veline e la magrezza del corpo che le porta verso l'Anoressia).

Influenzamento. Noi con i nostri comportamenti o con le parole abbiamo la possibilità di influenzare l'Altro (specie se giovane).

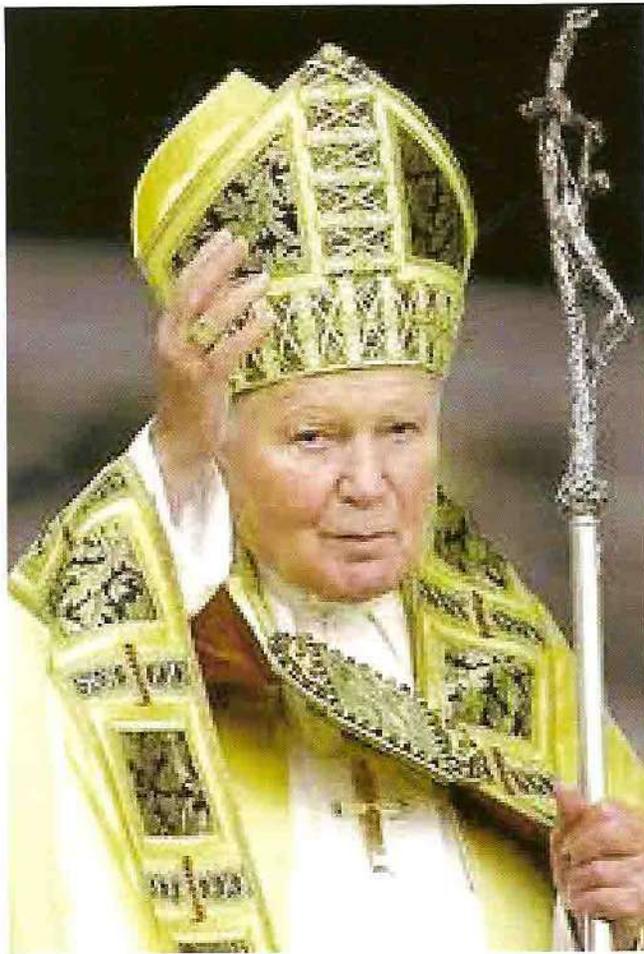
Comprensione delle intenzioni dell'altro. I neuroni a specchio ci consentono di leggere le intenzioni dell'altro, di capire al volo quello che lui vuole fare o che sta pensando. I miei neuroni "rispecchiano" ciò che avviene nella mente dell'altro, come se a compiere quell'azione o a provare quell'emozione fossi io stesso. Se vedo l'altro che mi si avvicina in modo amichevole o minaccioso, si attiva in me una rappresentazione interna dell'azione che lui sta per compiere, capisco le sue intenzioni, perché sia io

che lui in quel momento abbiamo gli stessi identici neuroni attivati.

Conoscenza di sé. Noi siamo come gli altri ci vedono. Da soli, non saremmo in grado di costruirci un'immagine del proprio Io. Noi ci vediamo e ci riconosciamo attraverso l'immagine di noi che gli altri ci rinviano. Insomma, gli altri sono il nostro specchio. Apprendendo dagli altri, impariamo anche a conoscere noi stessi.

Socializzazione. Riconoscersi in un altro individuo vuol dire accettarlo nella propria vita. Questo ha un valore biologico immenso, perché consente la creazione di gruppi omogenei di individui in grado di collaborare fra loro e di costituire un fronte unico contro le avversità. Senza il sistema-specchio probabilmente non esisterebbe la società, ma solo individui isolati, di pessimo carattere e in continua guerra fra loro. Esempio del sorriso: se io sorrido, l'altro mi sorride. Il sorriso è fattore di socializzazione (facciamo amicizia), rinforzo sociale (hai fatto una cosa buona), valore terapeutico (rilassa, produce benessere), modalità comunicativa di accettazione dell'altro e di affettività (vogliamo bene). Il bimbo prima piange per richiamare la madre, poi sorride per tenerla vicino.

Capacità di essere empatico (l'Altro diventa un altro Sé). Empatia deriva dal greco *εμπαιθεια*: "sentire il dolore altrui dentro di sé", guardare il mondo con gli occhi di un'altra persona, fosse anche il nostro peggior nemico. Empatia è dunque immedesimazione, risonanza emotiva, entrare in sintonia con l'altro, intersoggettività, fratellanza, altruismo (Alterità): il valore dell'altro. Il pensiero empatico e, dunque, l'attività dei nostri neuroni-specchio, è un'abilità che può essere allenata. Oppure può essere lasciata dormire. La nostra volontà ha questo potere. L'empatia che diventa Simpatia o amore. Sym-patheia (insieme-affetto), sentire insieme: Conformità di sentimenti o di sensazioni in grado di attrarre una persona verso un'altra persona. Capacità di partecipare ai sentimenti dei nostri simili, ai loro piaceri o dispiaceri. L'empatia che diventa compassione e la compassione non è mai troppa. La compassione è un processo empatico, di identificazione: io mi specchio nel mio prossimo, mi identifico in lui e, dunque, condivido il dolore che sta provando. Compassione è "soffrire con", soffrire dei mali altrui come se fossero i nostri, farsi carico del dolore altrui, provare il dolore della sofferenza degli altri. L'empatia della pietà cristiana che è il contrario dell'indifferenza. Nulla a che



vedere con pietismi o assistenzialismi. La pietà è condivisione, solidarietà, sostegno dell'altro e per l'altro, partecipazione che agisce nel bene dell'altra persona, amandola ed aiutandola. Solidarietà per deboli, i poveri, gli ultimi. 8.370.000 italiani vivono in povertà: sempre più famiglie sono povere. La Caritas ha riscontrato un aumento del 25% delle richieste di aiuto da parte di indigenti, specie nel Sud Italia. Le cause sono molteplici: numero elevato di componenti nei nuclei familiari, bassi livelli di istruzione, disoccupazione.

C'è anche una Patologia dei neuroni a specchio, che possono ammalarsi e dare origine alle malattie della reciprocità: l'altro è un nemico. Penso alle meschinerie dell'animo umano: gelosia, invidia, odio, persecutorietà, Individualismo, Narcisismo e culto dell'apparire (medicina estetica e non curativa). In un telegiornale italiano: Incidente aereo in Africa: 300 morti, nessuna vittima italiana! ... Penso alle guerre, qualsiasi guerra. E pensare che a bombardare oggi la Libia sia anche il presidente degli USA Barak Obama, che nel 2009 ha ricevuto il premio Nobel per la pace! Penso all'America in festa per l'uccisione di Bin Laden! È giusto che la morte di una persona diventi una festa e chi lo ha ucciso sia considerato un eroe? Che insieme a Bin Laden siano morti 2 suoi figli ed altre persone non è impor-

tante? Chi stabilisce se uccidere questa o quella persona sia giusto? La morte è ingiusta solo se le vittime sono i 3.000 americani uccisi alle torri gemelle? La guerra, quella vera, con le sue armi tecnologiche, è diventata come un video-gioco. Il nemico non più una persona che si guarda negli occhi ma un bersaglio da colpire. Se poi dentro il bersaglio c'è una persona, non fa nulla: come nei video-giochi, più ne ammazzo e più guadagno dei punti! Penso ai respingimenti degli immigrati. Ogni anno 70.000 italiani emigrano all'estero: se fossero trattati come gli africani nei Centri di accoglienza a Lampedusa? Penso al nucleare: sono d'accordo, ma lontano da me. Ci sono 450 centrali nucleari al mondo. In Europa siamo circondati. Da alcune ricerche risulta che nella zona delle centrali aumentano i tumori: i più colpiti sono i bambini <5 anni entro un raggio di 5 Km (leucemia e carcinoma della tiroide).

Quale la lezione dei Neuroni a specchio? Muhammad Ali, dopo il suo ritiro dalla boxe, è invitato ad Harvard per una conferenza ai neo laureati sull'importanza dell'istruzione e della cultura. Non riesce però a parlare, perché affetto da demenza pugilistica e non ricorda più nulla. Un ragazzo gli grida: Ali, recita per noi una poesia. Il vecchio campione esita qualche secondo e poi declama: Me, we, (Io, noi). La poesia più breve della storia della letteratura. La NOITÀ (we-ness) degli psicopatologi, semplicemente Io e Tu che costituiamo un Noi. Passaggio dal sentire individuale al sentire di gruppo. La Noità è il senso del Noi, l'utilizzo del Noi invece che dell'Io. È il senso del PROSSIMO che ci insegna la Chiesa. La Noità è anche l'etica in medicina e in psichiatria, il senso della nostra vita professionale.

CONCLUSIONI

Per Richard Dawkins (*Il miraggio di Dio*), Darwin e la teoria dell'evoluzione bastano a spiegare la vita. Egli accusa la religione di essere una minaccia per la scienza e per il pensiero razionale. Come lui, buona parte della comunità scientifica non vuole sentir parlare di Dio, perché considera scienza e fede due campi totalmente incompatibili. Anche Dawkins crede in una religione: la scienza. E la segue più per fede che per logica. Poiché sempre saremo intrappolati nel nostro cervello, tutti noi, dal più devoto all'ateo più recalcitrante, abbiamo le nostre credenze. Sono però credenze diverse.

Scienza e fede non sono contrapposte (Giovanni Paolo II). "La fede e la ragione sono le due ali con le quali lo spirito umano s'innalza verso la contemplazione della verità" (*Fides et Ratio*, Lettera enciclica di Giovanni Paolo II, 1998). Non serve la scienza per convalidare le credenze religiose, così come non basta la fede a convalidare i dati scientifici. È necessario ricercare Dio nelle nostre azioni di ogni giorno. Dio non esiste solo la domenica.

L'Opinione

Il Direttore del quotidiano cattolico "Avvenire", organo della Conferenza Episcopale Italiana, Marco Tarquinio, in risposta ad una lettera inviatagli dal prof Francesco D'Agostino, presidente dell'Unione dei giuristi cattolici italiani, dice testualmente riferendosi all'ipotesi di un ritorno del Prof. Umberto Veronesi alla guida del Ministero della Salute: «Certe ipotesi sembrano scherzi. E non è proprio tempo di scherzare. Gli elementi di cui dispongo mi inducono a ritenere che l'operazione tesa a stemperare come tecnica l'ipotesi di un ritorno di Veronesi, oncologo illustre e politico portatore di visioni scioccanti alla guida del Ministero della Salute, è stato più il frutto mediatico di un desiderio di ambienti ben individuati e motivati che una prospettiva davvero considerata da chi sta responsabilmente valutando la migliore e più pacifica risposta alla crisi che ci incalza».

Fin qui quanto scritto dall'Avvenire e riportato tra virgolette dal Corriere della Sera. Sono sicuramente parole forti, e inequivocabili, queste scritte dal direttore Tarquinio, parole che non lasciano adito a fraintendimenti né a possibili spiragli. E forse, proprio per questo, sono parole non condivisibili.

Se a tutti si riconosce il diritto di esprimersi nei termini più opportuni, a una persona che occupa un ruolo di primo piano, che dirige il giornale organo ufficiale dei Vescovi italiani, si chiede di valutare con attenzione la portata delle sue argomentazioni, le parole usate, le conseguenze che hanno queste parole, il significato delle stesse.

Definire uno scherzo l'ipotesi di un ritorno di Veronesi alla guida del Ministero della Salute può essere una valutazione politica, sulla quale si può convenire o meno. Ma definire il famoso oncologo «portatore di visioni scioccanti», sembra un giudizio di merito personale degno di qualche considerazione.

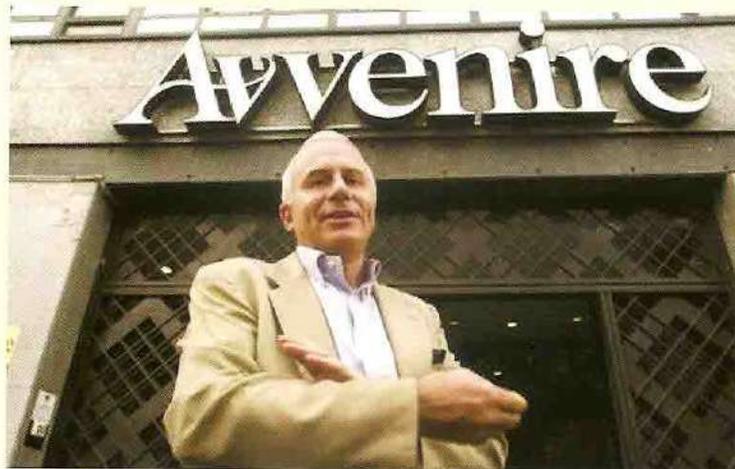
Con molta probabilità, le "visioni scioccanti" alle quali fa riferimento il dott. Tarquinio sono i cosiddetti «Temi eticamente sensibili», e in particolare la fecondazione eterologa, la definizione di morte cerebrale, il testamento biologico e così via. Temi abbondantemente discussi, sui quali è praticamente impossibile trovare una soluzione comune, un compromesso accettabile, in quanto da una parte (quella cattolica) prevalgono principi religiosi che affondano la loro ragion d'essere nell'Assoluto e nell'assolutismo; dall'altra (quella laica) prevale il relativismo e il riferimento costante ad una base scientifica. Il luogo di discussione prevalente, per questi argomenti, dovrebbe essere il Comitato Nazionale di Bioetica, che però da tempo naviga in acque non proprio calme, e si segnala più per i continui litigi

che per i pareri espressi. Il Parlamento e la stampa divengono, quindi, i luoghi della discussione, dal momento che da ogni parte si invoca una legiferazione che soddisfi le aspettative dell'una o dell'altra parte in gioco.

Sembra un gioco al massacro, e forse lo è, dal momento che se può essere comprensibile la richiesta legislativa per la parte cattolica (vedere espressa in giurisprudenza una posizione religiosa è da talebani, ma anche molti cattolici lo sono...), non si comprende la stessa richiesta quando proviene dai laici, o da coloro che tali si considerano, che della libertà individuale fanno un "dogma". E che invece dovrebbero battersi per l'assenza di legislazione su questi temi. D'altro canto, se esaminiamo senza pregiudizi la quotidianità delle conseguenze, dobbiamo convenire che una legge obbliga tutti al rispetto, anche quelli che non sono d'accordo. Una legge che segua gli indirizzi cattolici in ambito bioetico vale anche per chi cattolico non è. È quindi un'autentica violenza alle libertà individuali. L'assenza di legge non obbliga nessuno, quindi i cattolici (o i seguaci di altra religione) sono liberi di comportarsi come i loro principi comandano, lasciando gli altri liberi di fare quello che vogliono.

Nel suo precedente incarico, Veronesi ha fatto proprio questo: ha lasciato liberi i cittadini di comportarsi in base alle proprie convinzioni, non tradendo lo spirito della Costituzione in tema di Diritti Civili.

Oggi sembra abbastanza alla ribalta il problema dei diritti dei carcerati, che vivono in condizione di assoluta negazione della dignità personale. Papa Giovanni XXIII e Papa Paolo VI si recarono in un carcere, forse Rebibbia, che allora non pativa di sovraffollamento. Oggi sono tutti sovraffollati. Avete mai sentito un medico del carcere o un sacerdote protestare per questo disumano trattamento carcerario?



Potranno esistere le UCCP senza le COOP?

ANTONIO TARTAGLIONE

Le Cooperative di servizio dei medici di medicina generale e le nuove forme associative complesse dell'Assistenza primaria.

L'evoluzione dell'Assistenza primaria sul territorio sta superando progressivamente la caratteristica di pratica professionale individuale isolata e richiede sempre più livelli organizzativi crescenti che consentano la collaborazione fra medici di medicina generale (MMG), il supporto di professionisti non medici, l'impiego di tecnologie diverse compresa la ICT.

Il fenomeno della Cooperazione tra MMG, in oltre dieci anni di attività sul territorio nazionale, ha maturato un patrimonio di esperienza che non deve essere disperso, e che può essere una risorsa anche per le nuove forme associative complesse previste dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale (ACN).

Le diverse tipologie di società di servizio (Società a responsabilità limitata, studi associati, Società Cooperative a responsabilità limitata) per motivi diversi, sono diventati strumenti utili per favorire e sostenere questa evoluzione.

Le Cooperative di MMG costituiscono, allo stato attuale, la più grande opportunità sulla strada della realizzazione delle prime Unità complesse di cure primarie (UCCP), perché offrono la possibilità di superare in tempi brevi ostacoli organizzativi, amministrativi e legali altrimenti di difficile soluzione.

Le società di servizio in medicina generale, secondo la FIMMG, devono tendere progressivamente al raggiungimento del rispetto delle seguenti regole:

- a) prevedere partecipazione paritaria al capitale sociale (per scelta statutaria)
- b) rispettare il principio della porta aperta per immissione soci o quanto meno prevedere per statuto la regola che eventuali medici di medicina generale debbano essere sempre accolti e senza sovrapprezzo azionario contribuendo in modo equo al patrimonio storico
- c) non prevedere la distribuzione finanziaria di utili quando le società di servizio debbano gestire per conto del SSN e regionale budget di risorse finanziarie
- d) avere quali scopi sociali prevalentemente la produzione e la fornitura di beni e servizi utili all'esercizio individuale della professione medica e di attività proprie della medicina generale, nell'ambito dell'applicazione

dell'ACN e di attività che non configurino per i singoli professionisti situazioni di incompatibilità previste dal medesimo ACN.

Il ruolo della Cooperativa dei MMG inizialmente può limitarsi, dunque, anche solo a una funzione di supporto. Ma, nel futuro, potrebbero anche aprirsi nuovi scenari, per esempio, attraverso la revisione della Legge 8 novembre 1991, n. 381 (disciplina delle cooperative sociali), oppure attraverso l'inserimento delle Cooperative Mediche nei Consorzi Sociali.

In questi casi le Cooperative potrebbero contribuire a fornire su tutto il territorio servizi più ampi in risposta ai bisogni socio-sanitari dei cittadini. Vi sono già esempi proficui di Consorzi Sociali con all'interno Cooperative di MMG, anche in CDA, che gestiscono RSA, Centri Poli-funzionali, Assistenza Domiciliare Integrata, ecc.

La natura no-profit, propria e strutturale del sistema cooperativo, è una garanzia contro interessi speculativi e assume un ruolo fondamentale in questo processo in quanto non è ammesso un uso privatistico dei propri capitali, delle proprie risorse, delle proprie professionalità e delle proprie tecnologie. Essa assume inoltre la responsabilità di agire in una Funzione Pubblica in maniera autonoma, sussidiaria e non sostitutiva delle responsabilità e delle funzioni dello Stato e delle regioni, nelle loro diverse articolazioni, e tutto questo va anche nella direzione indicata nell'ultimo Libro Bianco del Governo.

Questa nuova visione vede la Medicina Generale, con le sue forme associative semplici e più complesse, con le sue Cooperative, posizionata nella centrale operativa di una vera e propria "Rete di servizi socio-sanitari del Territorio" e la trova quindi nella veste di protagonista di un rinnovamento che ha valenza rilevante anche sul piano del rinnovamento culturale. Molto, infatti, va fatto per formare i MMG e tutti gli altri operatori interessati a questa dimensione di gruppo dell'assistenza primaria, e molto va fatto per prepararli ai nuovi compiti, allargando il loro orizzonte e implementando sinergie e collaborazione anche nella direzione dell'integrazione ospedale-territorio, anche nel campo della formazione.

La Medicina generale quindi, anche attraverso le proprie cooperative, non solo potrà avere attività di carattere prestazionale, ma potrà sviluppare al meglio anche le attività di governo della domanda di servizi socio-sanitari in ambiti di particolare complessità e multidisciplinarietà come sono quelli della Medicina del territorio.

In quest'ottica, ovviamente, è importante la collaborazione con il Distretto Sanitario di Base (DSB) che dovrà essere proficua e costante, anche alla luce di un necessario ricollocamento del DSB i cui compiti sono ben più ampi e più complessi rispetto a quelli di una Rete Integrata della Medicina del Territorio creata dalla sola sinergia tra UCCP e Cooperative Mediche e in cui agisce in primo piano il medico di Assistenza primaria.

Il DSB ha tutta una serie di funzioni e compiti di altissima rilevanza che dovrà realizzare in modo completo ed efficiente e inoltre dovrà essere il centro principale del Territorio con il compito di implementare il processo di integrazione socio-sanitaria. Inoltre spetta al DSB promuovere le verifiche e i controlli dei progetti socio-sanitari gestiti dai Medici di AP nelle UCCP con gli altri Settori impegnati nel Socio-Sanitario, dagli enti locali al Volontariato.

Quindi il Distretto deve tendere in varie forme a fare da semplice committente dei servizi e, coerentemente a questo indirizzo, dovrebbe escludere ogni presa in carico di fornitura diretta del personale e del supporto tecnico che necessita alle UCCP stesse. Anche immaginando che, limitatamente all'attuazione delle UCCP, le regioni decidano di contraddire questa loro politica di fondo, rimane vero che, nella la maggior parte dei casi, le Asl non hanno le competenze e le risorse umane ed economiche per organizzare e far funzionare le UCCP.

L'ACN prevede per le UCCP una contrattazione regionale per definirne l'assetto organizzativo, gestionale, logistico/strutturale e finanziario.

Per quanto riguarda il finanziamento dei fattori di produzione (collaboratori di studio, infermieri, sede degli studi o Centri sanitari polifunzionali, gestionali e sistema informativo, tecnologia, ecc.) prevede due possibili modalità di finanziamento.

L'ACN da una parte parla di fornitura diretta dei fattori di produzione dalla Asl e, dall'altra, parla di fornitura indiretta di finanziamento ai medici di famiglia.

Per ciò che riguarda la prima formula, ovvero la fornitura diretta dei fattori di produzione, va tenuto conto che il SSN da anni promuove l'idea del Distretto Sanitario di Base (DSB) come soggetto che si deve occupare solo di pianificazione, acquisto, controllo e non di produzione e commercializzazione di servizi.

Va tenuto conto, inoltre, che i MMG, in quanto liberi professionisti, ancorché parasubordinati, sono soggetti difficilmente "inquadabili" in ruoli culturalmente più consoni al personale dipendente, in un momento, oltre-

tutto, in cui vanno evitate contrapposizioni e confusione di ruoli avendo bisogno di tutta la loro collaborazione consapevole, volontaria e non forzata, per rimodulare il SSN al fine di mettere sotto controllo la spesa sanitaria.

Per ciò che riguarda la seconda formula, ovvero l'avvio e la gestione diretta da parte dei medici delle UCCP, l'ACN del 27/05/09, norma finale n. 19, ha chiarito che, se previsto dagli accordi regionali, i MMG componenti le UCCP possono impiegare i finanziamenti indiretti erogati utilizzando proprie società di servizio anche cooperative, al fine di assicurare beni e servizi ai medici stessi.

La UCCP dal punto di vista della organizzazione giuridica si può configurare quale "Associazione non Riconosciuta". Nel caso che la UCCP abbia sede in una struttura della Azienda Sanitaria, dunque, saranno gli Accordi regionali ad individuarne specifiche funzioni, compiti e le responsabilità del referente unico e dovranno definire anche la figura giuridica di quest'ultimo e il relativo compenso.

Nel caso in cui la struttura della UCCP dovesse essere in una sede non gestita dall'Azienda o dal Distretto, affidata direttamente ai MMG, il ruolo del Referente unico dell'UCCP giuridicamente potrebbe essere assimilato a quello proprio del "responsabile-presidente" di una Associazione non Riconosciuta (ANR). Questo lo espone a tutta una serie di limiti operativi e a conseguenze anche giuridiche da non sottovalutare.

Infatti l'ANR non ha:

- a) responsabilità limitata,
- b) personalità giuridica,
- c) capacità d'impresa,

Quindi in essa la responsabilità degli atti adottati è in capo al responsabile che ne risponde direttamente e con il proprio capitale.

Le cose poi diventano ancora più complesse se la dotazione della struttura e l'utilizzo del personale non medico avviene attraverso la forma del finanziamento diretto al medico. Infatti in questo caso alla UCCP-ANR viene rimesso un capitale, che al di là agli aspetti fiscali complicati dall'aggravio dell'IVA per ogni transazione effettuata, coinvolge il Referente unico in tutta una serie di altre responsabilità dirette (basti pensare al Testo Unico per la sicurezza).

Per tutelare la figura del Referente e, conseguentemente, anche gli altri associati che lo scelgono, per dare un supporto amministrativo a tutta l'organizzazione dell'UCCP, le Cooperative Mediche di Servizio possono dare un contributo risolutivo.

Nell'UCCP si realizza l'ottimizzazione delle risorse logistiche, strutturali, umane, professionali ed economiche, il superamento di schematismi e mansionari rigidi di lavoro e il rispetto dell'approccio olistico al paziente tipico dell'Assistenza Primaria. Il ruolo svolto dal Volontariato

Continua a pag. 25

anche nell'ambito dell'organizzazione dell'UCCP può risultare molto importante, sia se svolto da singoli individui sia da Associazioni, su programmi concordati e con personale preparato che si impegni per tempi determinati. In questi compiti infatti il personale volontario deve poter offrire un supporto continuativo e non saltuario in quanto sono sì necessari i servizi volontari, ma questi devono poter essere assicurati con regolarità e modalità ben precise, e integrati in un piano assistenziale a volte complesso.

Il coinvolgimento, in questo progetto, delle organizzazioni provenienti dal mondo del Volontariato è di grande rilevanza.

L'opera di queste figure, molto spesso dotate di particolare professionalità, è di fondamentale importanza per permettere che l'assistenza in ospedale, ma anche in RSA, sia la più vicina possibile a quella che si realizza all'interno delle mura domestiche e con il calore dei propri familiari.

Il ruolo della FNOMCeO nella U.E.M.S.

ANGELO TRABASSI

Tra le associazioni mediche europee, la U.E.M.S. (Unione Europea dei Medici Specialisti) si segnala per essere quella nata per prima, essendo stata fondata nell'Aprile del 1958, all'indomani dell'approvazione del Trattato di Roma (1957), che sanciva la libera circolazione di uomini e beni all'interno della Comunità Economica Europea, dalle sei organizzazioni mediche più rappresentative dei singoli Paesi aderenti. La FNOMCeO è, quindi, una delle componenti fondamentali di questa Associazione, che si prefigge la difesa dello Statuto morale e professionale dello Specialista, l'armonizzazione dei suoi percorsi formativi, e da ultimo fornisce quello strumento utilissimo che è il mutuo riconoscimento dei crediti, che consentono allo Specialista di poter frequentare un evento ECM in Italia e vederselo riconosciuto in tutta Europa e negli Stati Uniti e nel Canada grazie a un accordo con l'American Medical Association.

Nel 1959 sono nate le sezioni UEMS, attualmente 39, una per ogni Specialità riconosciuta dalla Unione Europea, che hanno lo scopo preciso di armonizzare i percorsi formativi dello specializzando, e che quindi vedono la presenza di rappresentanti di tutti i Paesi europei aderenti (per l'Italia sono due, un iniversitario e un ospedaliero).

Attualmente, la UEMS è molto impegnata nello sviluppo della diffusione dell'ECM e dello sviluppo Professionale Continuo (CPD) per il tramite di una organizzazione di sua proprietà EACCME, e nel lancio di una sua nuova interessante iniziativa che si chiama ECASMQ (European Council Accreditation for Specialist Medical Qualifications) che si pone l'obiettivo di migliorare la preparazione professionale degli specializzandi e dei giovani specialisti attraverso lezioni ed esami via Computer.

Insomma una serie di offerte formative tendenti alla reale armonizzazione delle professionalità europee, che

possono godere del supporto dei migliori e più affermati specialisti d'Europa.

La FNOMCeO ha sempre recitato un ruolo di assoluta preminenza in questa associazione, avendo potuto contare sulla presenza, nel passato, di un mitico Collega come Alberto Ciampelletti, che per oltre trent'anni ha rappresentato la politica estera della Federazione, del Prof. Marzio Resti, che è stato anche Vice Presidente, e da ultimo dal collega Giorgio Berchicci, che è stato nominato alla UEMS nel 1977, eletto Vice Presidente per la prima volta a Stoccolma nel 2002, per la seconda volta a Monaco di Baviera nel 2005, eletto Tesoriere a Copenhagen nel 2008, riconfermato Tesoriere nel Meeting di Napoli nell'Ottobre di quest'anno. Da segnalare la contemporanea elezione di un altro italiano alla carica di Vice Presidente, il Dott. Salvatore Ramuscello di Venezia.



qui *Enpam*
FERNANDO CRUDELE



RIUNITI A ROMA GLI STATI GENERALI DELL'ENPAM

Interessante ed esaustivo il convegno organizzato dall'ENPAM il 4 e 5 novembre a Roma.

Tre sessioni con temi specifici:

- la riforma statutaria;
- il patrimonio;
- la previdenza.

Sono intervenuti, tra gli altri, Giuliano Amato e Mario Monti.

Dopo le relazioni dei dirigenti dell'ente si è dato spazio al dibattito che si è concluso con la volontà collettiva di una riforma dello statuto che dia più voce ai contribuenti, limitando di fatto il peso degli Ordini, in un nuovo organismo che abbia potere deliberante e non solo consultivo; si rivede anche il ruolo delle Consulte, come da noi richiesto; i fondi non saranno accorpati mentre è stato chiesto un ulteriore momento di dibattito sull'entrata di altre professioni sanitarie. La dirigenza si è riservata una pausa per redigere un documento da sottoporre, nel prossimo Consiglio Nazionale, a tutte le parti in causa.

Sul patrimonio, dopo la "lectio magistralis" di Monti, non vi è stato un gran dibattito in quanto, ancora oggi, non si sa cosa è meglio: investire sui titoli di Stato, nell'immobiliare, etc.; tutti consigliano di diversificare.

Molto più dibattuto è stata la sessione dedicata alla previdenza. Dopo la relazione del dott. Del Sordo, vice-direttore generale dell'ENPAM, che ha evidenziato un trend negativo per tutti i fondi già tra pochi anni, è intervenuto il professore Angrisani che, con forza, ha

dichiarato che le riforme portate avanti dal CdA sono insufficienti per portare in pareggio il bilancio dell'ente.

È seguito un acceso dibattito, alcuni interventi con tanta fantasia (un collega ha proposto di andare in pensione a 73 anni suscitando l'ilarità dei presenti); comunque la situazione è molto preoccupante e la soluzione illustrata dall'ente comporterà, nel breve periodo, sacrifici per tutti: si inizia con l'innalzamento dell'età pensionabile, dal 2013 (65 anni e 6 mesi) al 2018 (68 anni); introduzione del sistema contributivo al posto dell'attuale sistema retributivo; aumento del prelievo previdenziale, per i MMG dall'attuale 16,5% (di cui 2/3 a carico dell'ASL e 1/3 a carico del medico) fino al 26% nel 2026 (chi lo pagherà?); rivalutazione dei contributi al 75%; per chi volesse andare prima in pensione vi sarà una riduzione del coefficiente.

Tutte le modifiche valgono per tutti i fondi che più o meno hanno gli stessi problemi.

Personalmente ho notato una certa volontà del CdA di rispondere su tutti i fronti: sia interno, noi chiediamo più democrazia e più chiarezza; sia esterno alle tante richieste dei ministeri vigilanti che guardano con attenzione al capitale dell'ente (11 miliardi).

Noi desideriamo tutelare l'ENPAM perché ha tutti i nostri risparmi ma non possiamo continuare a chiedere sacrifici economici ai colleghi che già non riceveranno alcun aumento per i prossimi 4 anni; siamo invece disponibili a modifiche sull'età pensionabile e sui vari coefficienti di rendimento.



AVVISI & NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO



Riforma degli Ordini entro 12 mesi non più con legge ordinaria ma tramite un più veloce dpr, via libera alle società di professionisti

ed eliminazione dei tariffari minimi nell'erogazione delle prestazioni. Sono i provvedimenti di punta che in tema di liberalizzazione delle professioni dovrebbe contenere il maxiemendamento alla legge di stabilità. L'idea, in sostanza, è quella di accrescere la concorrenza tra professionisti dando semaforo verde alla costituzione di società di servizi professionali. Al loro interno potranno anche militare soci per "prestazioni tecniche" o di capitale, ma soltanto con quote di minoranza e senza partecipazione negli organi di amministrazione della società. Tali società, inoltre, dovranno essere iscritte a un Ordine e l'esercizio in via esclusiva dell'attività professionale rimarrà riservato ai soci la nuova formulazione, invece, dovrebbe escludere del tutto i cosiddetti minimi professionali con la sola eccezione dei contenziosi o di mancati accordi scritti tra le parti professionisti. L'altra misura già annunciata da giorni è quella riguardante l'abolizione dei tariffari minimi. la nuova formulazione dovrebbe escludere del tutto i cosiddetti minimi professionali con la sola eccezione dei contenziosi o di mancati accordi scritti tra le parti.

In difesa dei medici che hanno frequentato le scuole di specializzazione tra l'80 e il '90 è scesa in campo,

dopo lo Smi, anche la Fp-Cgil, che ha inviato alla commissione Sanità del Senato la richiesta di eliminare la norma del Ddl Stabilità che ridurrebbe da dieci a cinque anni il diritto al risarcimento per la mancata retribuzione durante gli anni di formazione specialistica, secondo quanto previsto dalle direttive comunitarie. Sono diverse le sentenze della Cassazione che hanno fissato, a partire dal 27 ottobre 1999, in dieci anni i tempi di prescrizione, ma con il Ddl Stabilità il diritto al risarcimento viene dimezzato con la prescrizione a cinque anni. Si tratterebbe dell'ennesima norma contra medicum che riguarda sempre gli stessi professionisti già colpiti dai tagli e che adesso si vorrebbero privare anche del risarcimento, in media di oltre 40mila euro, nonostante venti anni fa abbiano frequentato le scuole di specializzazione senza alcuna retribuzione.

L'Italia attrae molti infermieri stranieri, soprattutto romeni e polacchi, che complessivamente rappresentano l'11% degli infermieri nel nostro Paese. Molto più contenuta la quota di medici stranieri, che oscillano tra l'1 e il 4%, principalmente tedeschi. Sono invece in continua crescita i medici italiani, tra cui psichiatri e neuropsichiatri infantili, che emigrano nel Regno Unito per lavorare, a causa del mancato riconoscimento del merito e i salari bassi in patria. È questo il quadro che emerge dal rapporto dell'Oms sulla mobilità del personale sanitario in Europa. Secondo l'Oms, il nostro Paese è uno di quelli con il maggior numero di dottori nel mondo, con circa 4 medici ogni 1000 cittadini, contro una media Ocse di 3 ogni 1000. Finora c'è stato un surplus di medici in Italia,

anche se è prevista una carenza nei prossimi anni, quando molti professionisti andranno in pensione.



Il boom di denunce per errori medici rischia di travolgere il sistema sanitario. L'aumento esponenziale di richieste danni per presunti casi di malasanità sta facendo scappare le Asl dalle assicurazioni, e viceversa. Le prime si trovano a pagare polizze sempre più care e difficilmente sostenibili, le seconde spuntano contratti troppo poco vantaggiosi, così li disdicono o non si presentano alle gare. Sempre più Regioni stanno quindi pensando di auto assicurarsi. L'idea è quella di non stipulare polizze e rimborsare i danni pescando direttamente dal proprio bilancio, dove viene accantonata una quota dedicata. Per le assicurazioni questo settore non è vantaggioso. Del resto si paga in media il 50% di più quanto si incassa dalle polizze. Ecco perché molte compagnie scappano dalla sanità. Inoltre, l'obbligo per i professionisti di una polizza in tema di responsabilità civile risulta poco sostenibile, anche perché rischia di pesare sulle tasche dei medici per oltre 14mila euro l'anno. Con un problema soprattutto per chi si avvia alla professione. Soprattutto per le specialità più a rischio contenzioso, quali ginecologia, sono davvero molto onerose e possono arrivare a rappresentare anche 4 o 5 mesi di stipendio, per un totale di 14mila euro l'anno e in alcuni casi di più. Non ci si può dimenticare che ci sono società che fanno campagne per spingere i cittadini a fare causa ai medici, indipendentemente dalla presenza o meno di una responsabilità. Se si può essere d'accordo sul principio, è evidente che l'Rc obbligatoria deb-



ba essere introdotta insieme a un ripensamento complessivo del sistema, in particolare attraverso una rivisitazione legislativa della colpa professionale, l'obbligatorietà per le assicurazioni di stipulare la polizza e magari anche un sistema di bonus-malus.



Confermata l'adesione obbligatoria ad aggregazioni funzionali e Uccp, cancellata invece l'opzione del passaggio alla dipendenza a discrezione dei governi regionali. E' quanto presente nella seconda versione della bozza ministeriale per il riordino delle Cure primarie in attesa dell'esame da parte dei governatori. Il testo - che come si sa riscrive l'articolo 8 del d.lgs 502/92 e nei programmi del ministro Fazio dovrebbe assumere le sembianze di un ddl - evidenzia infatti limature e correzioni che seguono le considerazioni avanzate dai sindacati della Mg nella riunione del 26 settembre, quando il dicastero ufficializzò la prima bozza. Rimangono così i passaggi essenziali della rifondazione: dall'accesso al ruolo unico all'inquadramento obbligatorio nelle tipologie aggregative previste dalla Convenzione; dalla ristrutturazione del compenso in base anche alla complessità della casistica degli assistiti alla possibilità che le Uccp adottino forme di finanziamento a budget e siano finanziate dalle Asl per le dotazioni strumentali, strutturali e di servizi. Sparisce il passaggio alla dipendenza e l'obbligo delle 38 ore per le Uccp che vengono finanziate dalle aziende sanitarie per i fattori di produzione. Permangono diversi elementi di preoccupazione tra alcune sigle sindacali, con il ruolo unico c'è infatti il rischio che i Mmg siano costretti a fare le guardie nell'eventualità in cui la loro Uccp non abbia medici di continuità in organico e poi, visti i problemi economici delle Regioni, si teme che il finanziamento delle Uccp venga trovato attingendo ai compensi individuali del Mmg



Un interessante dossier su medico e fisco in relazione ad alcuni adempimenti di base, redditi, studi di settore e Irap è reperibile a questo indirizzo : <http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-Diritto-Sanitario/1110/2500/novita-speciale-dossier-medico-.asp>



Ci sono circa 8mila assistenti di studio, infermiere e segretarie negli studi dei medici di famiglia italiani, che gestiscono appuntamenti e telefonate, predispongono le ricette ripetibili e sono un punto di riferimento per il paziente. E per i medici sono un aiuto per ridurre i tempi d'attesa degli assistiti e offrire loro più tempo da dedicare alle visite. Il 75% dei MMG ha alle sue dipendenze personale di studio, ma oggi per il 70% dei medici, per colpa della crisi economica e del blocco degli adeguamenti contrattuali della categoria sino al 2014, questa figura è a rischio. Oltre il 60%, inoltre, per il peso della crisi e del blocco contrattuale potrebbe licenziare o ridurre l'orario dell'assistente. Circa l'80% dei medici di famiglia lamenta gravi conseguenze per la sua attività: il 32% una diminuzione tecnologica, quasi il 30% la dotazione di hardware e software e il 20,9% una diminuzione generale dell'accoglienza agli assistiti.



Tre riforme per l'Enpam, l'ente pensionistico dei medici. Quella della previdenza, con contributi un po' più alti, rendimenti un po' più bassi, ma il rispetto dell'equilibrio economico a 30 anni e, quindi, pensioni sicure per tutti. La riforma del patrimonio, senza più distinzioni tra investimenti mobiliari e immobiliari, la riduzione dei rischi e investimenti diversificati per classi di attività (16, di cui 4 ad area di rischio immobiliare e 12 ad area di rischio finanziario). E infine la riforma dello statuto, su cui il dibattito è appena avviato ma che punta alla revisione della rappresentatività all'interno

dell'ente per rafforzare quella dei contribuenti "maggiori", da affiancare alla rappresentatività istituzionale degli Ordini professionali. La riforma previdenziale, quella a maggiore impatto sui medici iscritti, prevede ritocchi a tutti i fondi ed entrerà in vigore con la massima gradualità a partire dal 2013, senza toccare alcun diritto acquisito. Il primo passo è l'aumento delle aliquote. Quelle del principale fondo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che contribuiscono per il 55,9% circa alle entrate Enpam, aumenteranno a partire dal 2015 passando dal 16,5% attuale al 26% nel 2026. L'aliquota del fondo degli specialisti ambulatoriali delle Asl (14,86% delle entrate) passerà dal 24 al 32% nel 2022. Aumento di aliquota dell'1% annuo anche per i liberi professionisti (17,35% delle entrate) per arrivare dall'attuale 12,5% al 15,5% nel 2017. Medici e odontoiatri dipendenti (10,45% delle entrate contributive) che sono soggetti a un'altra forma di previdenza obbligatoria (Inpdap) potranno invece mantenere aliquote ridotte. C'è infine il fondo più piccolo e l'unico in passivo, quello degli specialisti convenzionati esterni su cui andranno prese decisioni diverse. Pesa appena per l'1,54% dei contributi dell'ente, ma i suoi conti sono condizionati dal fatto che in realtà ne fanno parte solo 905 medici singoli e gli altri sono raccolti in 5.724 società, spesso inadempienti sugli obblighi contributivi (2% di contributo). Per tutti i fondi poi tranne quello degli specialisti delle Asl, è prevista una riduzione del rendimento tra lo 0,1 e lo 0,3 per cento e una serie di scelte comuni. Come quella di innalzare l'età della pensione di vecchiaia gradualmente da 65 fino a 68 anni nel 2018, la possibilità di andare in pensione anticipata, ma con una penalizzazione calcolata in base a un coefficiente di adeguamento alla maggiore aspettativa di vita e una rivalutazione invece del 20% dei contributi versati oltre l'età della pensione di vecchiaia. Infine modifiche in vista anche per la "quota A", obbligatoria per tutti, che

finanzia gli interventi assistenziali garantendo una pensione minima di 14mila euro l'anno in caso di invalidità assoluta. La contribuzione varia oggi dai 189 ai 1,270 euro l'anno in base a età e reddito: si ridurrà l'aliquota di rendimento e si passerà dal metodo di calcolo retributivo a quello contributivo.



Con l'entrata in vigore (6 luglio 2011) del decreto legge n. 98/2011, successivamente convertito in Legge n. 111 del 2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", sono state introdotte delle innovazioni in materia di assenze per malattia dei pubblici dipendenti. L'art. 16, comma 9 prevede, infatti, la sostituzione del comma 5 dell'art. 55 septies del d.lgs. n.165/2001 introducendo un nuovo comma 5 ter che così recita: "Nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici l'assenza è giustifi-

cata mediante la presentazione di attestazione rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione".

Detta norma introduce, quindi, un regime speciale rispetto a quello contenuto nel comma 1 dell'art.55 septies prevedendo la giustificabilità dell'assenza per malattia per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici anche tramite certificazione rilasciata da medico o da struttura privata.

Certificazione che, sino all'adeguamento del sistema di trasmissione telematica, potrà essere prodotta in forma cartacea. Qualora il dipendente debba allontanarsi dall'indirizzo comunicato durante le fasce di reperibilità per effettuare visite mediche, prestazioni o accertamenti specialistici o per altri giustificati motivi, che devono essere, a richiesta, documentati, è tenuto a darne preventiva comunicazione all'amministrazione.

Il Mezzogiorno

dipende dal Mezzogiorno?

DI NATALINO PAONE

Archiviato ormai il terzo cinquantennio dell'unità d'Italia, si apre il quarto con proposte che rimettono al centro il Mezzogiorno come problema nazionale.

Da dove partire?

Da parte sua, il Mezzogiorno deve sicuramente fare più unità nel rispetto delle diversità; dall'altra parte, però, lo Stato centrale deve essere meno ideologico, più concreto e coerente.

Il Mezzogiorno ha le potenzialità per fare la sua parte? Non v'è dubbio, e a dirlo è una persona autorevole e non meridionale.

Nel 2004, sul Corriere della Sera dell'11 settembre, l'on. Giulio Tremonti, noto economista e ministro dell'economia, scriveva: «Prima di essere 'unificato' (nel Nord), il Mezzogiorno aveva un suo proprio, se pur fortemente arretrato, sistema politico; aveva un suo proprio e invece molto evoluto sistema finanziario; era a ridosso della rivoluzione industriale. I titoli delle Due Sicilie erano trattati nelle principali piazze finanziarie d'Europa».

Il riferimento storico di Tremonti è insieme riconoscimento esplicito e richiesta implicita: il Mezzogiorno ha grandi potenzialità che vanno messe in gioco.

Ma allora, il Mezzogiorno dipende dal Mezzogiorno?

Per molta parte, sì, e solo se si muove in forma unitaria. Perché le potenzialità, che ci sono tuttora, sono meno a sistema dell'epoca a cui fa riferimento Tremonti. Oggi il Mezzogiorno è uno spezzatino dominato da particolarismi. Intendiamoci, nessuno vuole tornare al Regno delle Due Sicilie, ma ad un Mezzogiorno a sistema nel rispetto delle diversità, sì.

Questo per quanto riguarda la responsabilità dei meridionali, che, come detto prima, non va però disgiunta dalla responsabilità dello Stato centrale.

E qui è un altro non meridionale a sostenere questa tesi. Si tratta di Roberto Formigoni, Presidente della Regione Lombardia, il quale già nel 2006 auspicava la fine delle sperequazioni tra le regioni e invitava lo Stato a "rivedere i parametri di redistribuzione delle risorse". Solo

un esempio: il Molise riceve da oltre 60 anni dallo Stato centrale un trasferimento annuale di risorse pari a 272 euro per abitante rispetto agli oltre 1.100 delle Province Autonome di Trento e Bolzano!

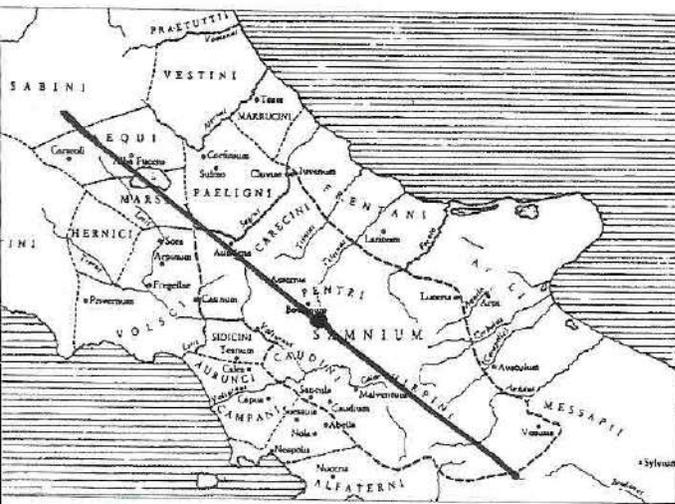
Se questo non basta, si può aggiungere che nella legge finanziaria del 2010 (art. 2, comma 7, lettera h) è stata autorizzata la spartizione di 160 milioni di euro entro la fine di quest'anno tra i comuni veneti e lombardi delle fasce di confine con Trento e Bolzano, per frenare «la minisecessione dei centri di montagna che progettano di abbandonare le regioni padane per entrare nelle ricche province a statuto speciale».

(Il Messaggero, 26.8.2011)

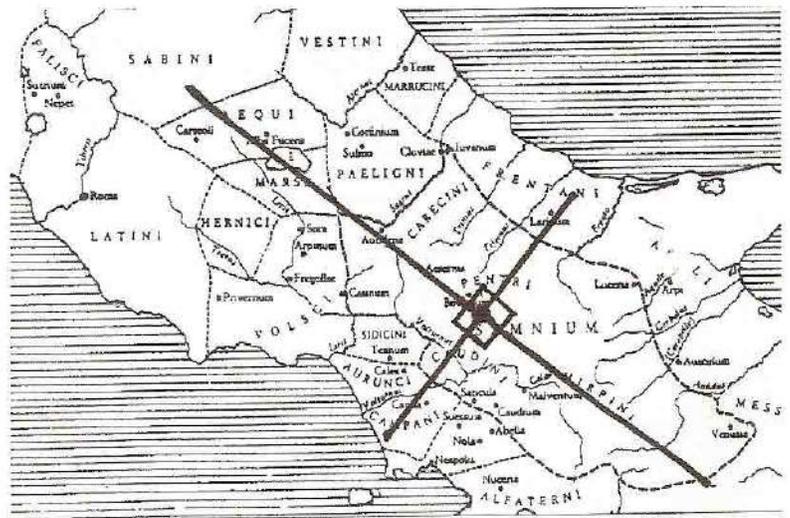


Mezzogiorno a "sistema"

Una considerazione sia poi consentita al Molise, che, regione montuosa per oltre il 50%, ha l'intero territorio assoggettato a vincoli con parchi, riserve naturali, Sic, e chi più ne ha più ne metta. Tutti vincoli che riducono enormemente i diritti degli abitanti, ai quali, peraltro, è stata sottratta dallo Stato l'unica forte risorsa naturale, l'acqua. Acqua che vuol dire sorgenti, falde, boschi, beni i cui custodi veri sono solo gli abitanti: abitanti che purtroppo devono emigrare ogni giorno di più lasciando il



Sec. V-IV a.C., Sabina -Apulia



Sec. III a.C. - V d.C., Sabina-Apulia e Adriatico-Tirreno

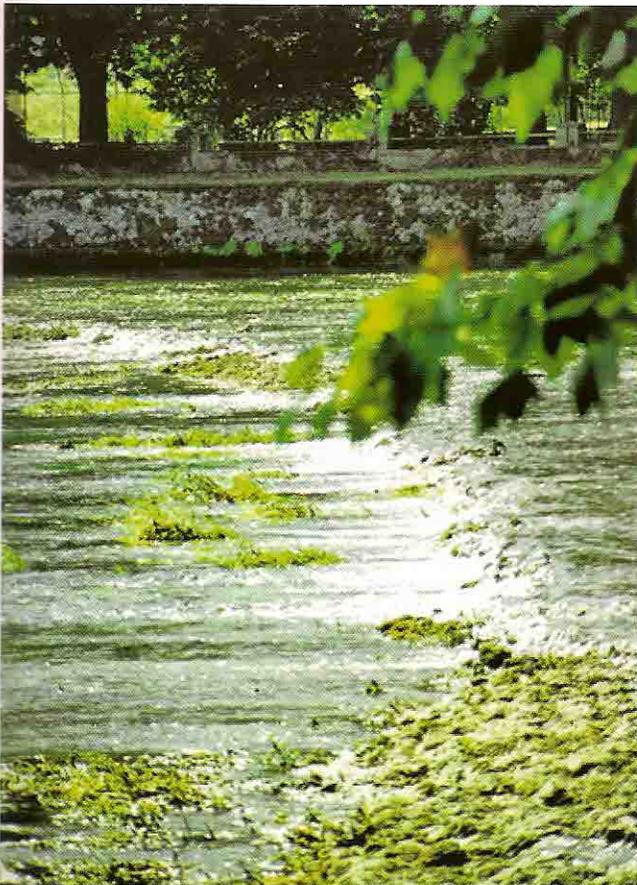
Età moderna: rete tratturale di oltre 3000 km L'Aquila-Taranto, Adriatico-Dorsale appenninica





Autostrade: nel Sud scala a pioli con due autostrade sulle coste. «il Mezzogiorno senza spina dorsale non sta in piedi!» (N. Paone)

Sorgente del Volturno:
energia per privati, senza ricaduta per il molise



territorio abbandonato a se stesso e facile oggetto di discariche, magari da parte dei “poteri forti” che sulle coste laterali possono godere di opere strutturali (autostradali e ferroviarie) da parte dello Stato.

Di questo ognuno può prendere conoscenza osservando una carta stradale dell’Italia:

- nel Nord, autostrade che mettono a rete tutti i centri abitati importanti e le grandi economie;
- da Bologna a Roma, tre assi longitudinali, ferroviari e autostradali, con bretelle statali a 4 corsie senza pedaggio per i centri importanti esclusi;
- da Roma in giù solo due assi autostradali e ferroviari sulle coste, collegati da trasversali minori in terreno inaffidabile.

Il Mezzogiorno interno? Dopo oltre duemila anni, l’Italia unita lo privò della direttrice longitudinale portante, invano richiesta ripetutamente da istituzioni autorevoli: nel 1922 da ben 5 Province del Sud, nel 1952 da 8 Province (Roma, Frosinone, Campobasso, Foggia, Bari, Brindisi, Lecce e Taranto), nel 1971 dal Consiglio Regionale del Molise, nel 1983 dalle Camere di Commercio del Centro-Nord e del Sud.

Ma, a parte ogni altra considerazione socio-economica, il modello a scala, con i due staggi sulle coste uniti da pioli, oltre ad essere di per sé antieconomico, rappresenta la più grave ingiustizia subita dal Sud dopo l’annessione unitaria: quella che costrinse i meridionali a scegliere tra brigante o emigrante, e che oggi ha messo in moto una emigrazione giovanile da esodo biblico.

Un altro esempio? Dal “Quadro statistico-economico-civile del 1857” del “Distretto di Piedimonte d’Alife”, risulta che, al 31 dicembre 1856, nella zona si produceva stoffa “monachina” per il personale ecclesiastico del regno e stoffa “grigia” per le divise dell’esercito borbonico con una occupazione di circa diecimila persone, di cui la metà donne. Dopo l’unità, quel “Distretto” perse tutto! Se si amplia poi il quadro, si apprende che il Mezzogiorno riuscì a fronteggiare la domanda di lana dell’industria tessile del Nord per oltre 350 anni, tra i secoli XV e XIX, solo col grande “distretto” produttivo L’Aquila-Taranto!

È chiaro, quindi, che senza interventi urgenti di carattere strutturale le potenzialità ricordate da Tremonti è difficile metterle in moto, come non è facile se continuano le disparità di trattamento per tacitare chi se ne vuole andare dall’Italia unita!

Ricatto che il Sud non sa fare, tanto è vero che non ha “leghe separatiste” e neppure s’indigna!

Tornando poi alla infrastrutturazione viaria e ferroviaria, da qualche tempo si esalta un “pacchetto” per il Sud che, oltre alla Banca, elenca il raddoppio di autostrada e ferrovia Bari-Foggia-Benevento-Napoli e la costruzione dell’autostrada Termoli-San Vittore.

Per carità, sono due iniziative sacrosante, ma che non sono sufficienti a mettere in rete il Sud, dove anche il cor-

ridoio europeo Berlino-Milano-Bologna-Firenze-Roma-Napoli-Palermo, oltre ad essere tutto sbilanciato sul Tirreno, rispetto alla rete prevista da Milano in su si presenta come la stampella dell'invalido.

È ovvio che nessuno sogna il ritorno allo "Stato delle Due Sicilie", ma ad un "sistema Mezzogiorno" sì. Ad un "sistema Mezzogiorno" però in uno Stato-Nazione nel quale "Nazione" voglia dire "plebiscito di solidarietà", secondo il concetto di Giovanni Spadolini.

Mai come oggi, poi, il "sistema Mezzogiorno" non è fine a se stesso, perché solo un Mezzogiorno a sistema può diventare "ponte" tra l'Europa e i paesi emergenti dell'Africa e del Medio oriente.

Quando Roma antica raggiunse questi popoli al di là dal Mediterraneo, diede al Mezzogiorno una adeguata rete stradale mai privata dell'asse centrale!

Ancora. Se il futuro delle nuove generazioni sono la ricerca e l'innovazione, ambedue queste leve può muoverle un Mezzogiorno dotato di un forte sistema universitario capace di farlo diventare competitivo con il Nord.

Uguale discorso vale per la finanza. Il Mezzogiorno è

pieno di sportelli bancari, ma tutti eterodiretti: nel '700 lo Stato del Sud, per incentivare le piccole economie, si inventò l'"industria a credenza" facendosi pagare il fitto dei pascoli del Tavoliere demaniale dopo la vendita dei prodotti: oggi chi affitta i propri immobili allo Stato deve versare l'imposta sul canone anche se questo non è stato riscosso alla scadenza contrattuale!

Chiudo con una battuta: non lasciamo passare la percezione di due autostrade che, anche se per coincidenza geografica, vengono collegate ai poteri forti (?).

Poteri forti che potrebbero fare del territorio interno desertificato luoghi di discariche d'ogni genere. La montagna salverà l'uomo, ma non solo con l'esercito addetto a spegnere gli incendi!

E in ogni caso, qualsiasi ipotesi di rilancio meridionale non può prescindere dalla direttrice longitudinale centrale, che sta al Mezzogiorno come la spina dorsale al corpo umano.

«... le città del Sud sono meno collegate tra loro, non fanno rete e incontrano maggiori difficoltà di comunicazione.» (Il Sole 24 Ore, 27.11.2011).

Vastogirardi (Is). Montedimezzo, Riserva Naturale Mab dell'Unesco.

