



Bollettino ¹⁻² 2011

ORDINE DEI MEDICI

CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - ANNO XLVII - 1-2/2011



i n d i c e

Legale
o non legale?

pagina 3

Ancora cervicale
ma il colpo di
frusta esiste?

pagina 15

Basic Life
Support (BLS)

pagina 24

Diversi modi
di praticare la
medicina

pagina 36

Ancora sui
Certificati di
malattia

pagina 38

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

Anno XLVII – 1-2 2011

SOMMARIO

Legale o non legale	3
Il bambino e l'acqua sporca	5
Consenso informato	12
Trattamento ed acc. sanitario obbligatorio	14
Ancora cervicale Ma il colpo di frusta esiste?	15
Degenerazione maculare legata all'età	16
Effetti del fumo	18
Le pronunce sugli specializzandi dal 1983 al 1991	20
Medici competenti presso le forze armate	21
Farmaci nelle disfunzioni sessuali femminili	22
Scrutatori d'anime - la psicoanalisi che viene	23
Basic Life Support (BLS)	24
Nessuno Tocchi l'ENPAM	27
Al mio vero maestro: Giulio Del Sindaco	29
Moduli	31
Diversi modi di praticare la medicina	36
Ancora sui Certificati di malattia	38
Diagnosi precoce del deterioramento cognitivo	40

Norme redazionali

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

Gli articoli devono:

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

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dott. Graziano Conti

Vice Presidente
Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario
Dott. Valerio Sgrelli

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

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

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

Membro supplente
Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Dott. Andrea Donati

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

BOLLETTINO

Direttore responsabile
Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale
Dott. Stefano Lentini

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

Segretaria di redazione
Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione,
impaginazione e stampa
Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012
E-mail presidente@omceopg.it
segretario@omceopg.it
uffici@omceopg.it
commissioneodo@omceopg.it
previdenza@omceopg.it
Sito Internet www.omceopg.it

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. *Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia*

Legale o non legale?

Dott. Tiziano Scarponi

M.G. è una donna di 78 anni affetta da cirrosi epatica oramai in fase di scompenso terminale. Le complicazioni dell'ipertensione portale ci sono tutte: varici esofagee che ogni tanto sanguinano, ascite oramai refrattaria a qualsiasi terapia diuretica, encefalopatia da iperammoniemia che permette solo delle brevi parentesi di lucidità fra uno stato soporoso ed uno stato comatoso. Sono quasi due anni che andiamo avanti fra una degenza ospedaliera e l'altra, tant'è che ho perso il conto di quante volte ho preso carta e penna per ordinare un ricovero, anzi, è da diverso tempo che i familiari chiamano direttamente il 118 e "fanno tutto da loro". I familiari...un marito, psicologicamente parlando, di scarso spessore che esegue in maniera acritica e pedissequa tutte le direttive impartite dalla figlia nubile, la mente della famiglia, e dal figlio celibe, la vera longa manus della sorella e senza dubbio a suo tempo della madre. Oramai mi si richiede solo di compilare le ricette in ambulatorio e quelle poche volte che sono chiamato a domicilio, sempre in occasione di una dimissione dall'ospedale, dipende secondo me dal desiderio inconscio della figlia di confrontare le indicazioni proposte dai colleghi specialisti con le mie. Da mesi oramai si replica sempre alla stessa maniera. Arrivo al capezzale di una donna che oramai è l'ombra di quello che era: un corpo giallo itterico e maleodorante, un volto di cui oramai si scorge il profilo osseo con gli occhi infossati dentro le orbite e un addome rigonfio, voluminoso, che contrasta con gli arti senza masse muscolari. Durante la visita, fra un sospiro ed un lamento, questo volto ridotto a teschio mi guarda in maniera apparentemente assente e rassegnata, ma poi mi sussurra: "Dottore, non basta?". Cara M.G. ho provato tante volte a far capire che oramai non c'è più niente da fare per garantire qualche speranza, che è inutile chiamare

continuamente il 118, che si deve saper gestire le proprie sensazioni di impotenza ed angoscia, ma mi sono sempre arreso poi di fronte alla volontà dei tuoi figli che mi davano ragione a parole per smentirmi poi nei fatti. Questa volta però potrebbe andare in maniera diversa. Tua figlia mi ha appena detto che ha capito che all'ospedale in pratica non ti fanno più niente, che non può più vederti "risuscitare" per due o tre giorni con una trasfusione o con un po' di albumina per poi vederti continuamente morire... "Non potremmo, dottore, provare a gestire la situazione a casa?" lo ho risposto: "Abbiamo tutto: ossigeno, levulosio, antibiotici, liquidi per infusioni e la mia presenza quotidiana, non abbiamo bisogno di altro". Come andrà a finire già me lo immagino: coma da iperammoniemia, clisteri di levulosio ed antibiotico per eliminare la flora batterica intestinale, ma si arriverà alla fase del non ritorno e M.G. spirerà sul suo letto circondata dai suoi cari che fino all'ultimo si adopereranno in maniera commovente per aiutarla.

Qualcuno a questo punto potrebbe obiettare, ma è legale non ospedalizzare la paziente?

Non potrebbe essere considerata comunque una forma di eutanasia? A queste domande voglio rispondere con alcune argomentazioni. Ho finito di leggere in questi giorni un interessante e stimolante libro del giurista Stefano Rodotà dal titolo: "La vita e le regole. Tra diritto e non diritto". E' una lettura che raccomando a tutti, in quanto non riservata esclusivamente agli addetti ai lavori e non presuppone una competenza specifica nelle scienze giuridiche. Ovviamente qualche periodo, forse anche qualche pagina non sarà stata completamente recepita e metabolizzata, ma le crucialità e la sostanza sono state alla portata mia e senz'altro saranno anche a quella vostra. L'inizio è immediato e frontale: "Può il diritto, la regola giuridica, invadere i mondi vitali,

impadronirsi della nuda vita, pretendere anzi che il mondo debba evadere dalla vita? Gli usi sociali del diritto si sono sempre più moltiplicati e sfaccettati. Ma questo vuol dir pure che nulla può essergli estraneo, e che la società deve rassegnarsi ad essere chiusa nella gabbia d'acciaio di una onnipresente e pervasiva dimensione giuridica?"

Tale riflessione è motivata dalla constatazione che oramai al diritto e di conseguenza alla legge viene richiesto di pronunciarsi su tutto, anche su problemi e situazioni di regolamentazione sociale che non dovrebbero richiedere questo intervento in quanto pertinenza della religione, della morale, della tradizione e della storia di una comunità. Lo sviluppo però della scienza e della tecnologia oltre i confini dell'immaginabile, la perdita dell'omogeneità culturale e delle tradizioni derivanti dallo stato multi-etnico e altre evoluzioni della società hanno di fatto determinato la caduta di questi punti di riferimento. Ed ecco allora che per superare il disorientamento interiore, il proprio senso d'insicurezza viene richiesta una legge per ogni circostanza e problema comportando, però, un vero e proprio "imperialismo giuridico" con tutte le conseguenze. Da dopo l'Illuminismo, infatti, il diritto moderno diventa il sistema che norma e regola l'ordine sociale, uno strumento prodotto da un organo rappresentativo della volontà del popolo che regola stesso, che annulla le differenze dei rapporti giuridici basati sul ceto e istituisce come principio e valore fondante l'uguaglianza formale annullando pertanto qualsiasi valutazione su gli esseri umani come "persone" e togliendo quindi qualsiasi riflessione sulla loro esistenza e storia...." *Paradossalmente rende il diritto un artefatto umano che rischia costantemente di diventare inumano, perché costretto ad ignorare lo scorrere delle vicende esistenziali e la materialità del corpo".*

Quali sono le risposte possibili per Rodotà ? Il diritto, soprattutto per le scelte che riguardano in maniera diretta la gestione della propria vita e del proprio corpo, dovrebbe abbandonare "l'astrattezza" permettendo di poter affrontare un'analisi caso per caso. Si dovrebbe, cioè, applicare un modello di regole che alla logica binaria del lecito o illecito, del legale o non legale preferisca una valutazione calibrata sul problema e sulle circostanze che si presentano

di volta in volta. Spero di non aver travisato il pensiero di Rodotà: la mia conoscenza e la mia padronanza del linguaggio in materia sono abbastanza limitate, per cui il rischio è reale, ma il mio obiettivo è quello di dare delle risposte con delle argomentazioni che rispecchino le mie idee, se poi queste dovessero derivare da un fraintendimento, poco importa, questo è comunque il mio pensiero. Anzi, mi spingo anche oltre, è mia profonda convinzione che sulla gestione di certi problemi, come quello di M.G., è opportuno che la legge e la norma giuridica restino fuori il più possibile. Una volta che c'è la norma di legge, questa va rispettata e non c'è più quel margine di discrezionalità individuale che ti permette di scegliere secondo un'ottica soggettiva che deriva dalla valutazione di quel caso, in quel contesto, con quella storia.

Con piacere pubblichiamo questa breve nota del dottor Moreno Puccetti di Spina che con il sisma del dicembre 2009 si è trovato senza casa ed ambulatorio

Mi sento in dovere di ringraziare, per il contributo elargitomi, il mio Ente di Previdenza che ha voluto, con un atto di generosità, aiutarmi in questo momento di grave difficoltà per me e la mia famiglia. Purtroppo a distanza di 18 mesi dall'evento sismico ancora non è partita la procedura che dovrebbe permettermi di mettere mano ai lavori di riparazione della mia abitazione e del mio studio. Il Vostro gesto pertanto assume per me un valore ancora più profondo: mi dà la certezza che almeno da parte della mia categoria, verso la quale ho sempre nutrito un profondo senso di "appartenenza", non c'è quella indifferenza e freddezza che invece noto da parte delle istituzioni che avrebbero dovuto attivarsi da tempo ...

Un cordiale ed affettuoso saluto

Dr. Moreno Puccetti
Medico di Medicina Generale

Il bambino e l'acqua sporca

Dott. Graziano Conti

Nei primi mesi di quest'anno, quando è iniziata l'attività di verifica sulle pensioni di invalidità, alcuni iscritti hanno segnalato all'Ordine alcuni casi particolari, chiedendo un intervento in materia, poiché avevano l'impressione che nelle revisioni che si stavano effettuando vi fosse una sorta di "accanimento terapeutico" e nel cassare alcune provvidenze si finisse con il gettare anche il proverbiale bambino con l'acqua sporca.

Alcuni mesi fa vi fu una proposta di legge per innalzare i limiti di punteggio per l'assegno di invalidità che poi fu ritirata per le proteste di sindacati e associazioni di invalidi. A parere di qualcuno sembrava che questa revisione fosse il tentativo di riproporre per via amministrativa



e scaricandone la responsabilità sui medici, quel provvedimento.

Il Consiglio ha esaminato la questione e ha cercato di avere dei dati precisi, al di là dei vari comunicati e articoli di giornale.

Venne fatta una richiesta in tal senso alla sede INPS di Perugia, richiesta che venne girata al Coordinamento generale medico legale di Roma. Vi è stato un ampio scambio di lettere. Di tutta questa corrispondenza e vi diamo contezza nelle pagine che seguono che danno informazione anche della posizione dell'Ordine a garanzia dei cittadini e dei nostri iscritti affinché questa che per molto tempo è stata una libera professione resti ancora una professione libera.





ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA
06129 PERUGIA - VIA SETTEVALLI, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012

Perugia, li 30/04/2011

RACCOMANDATA A/R

Prot. ~~CC-1754~~ Allegati 2

Rif. n. del

Egr. Dott.
Armando Mori
Medico Responsabile Dirigente UOC
Sede INPS di Perugia
Via Canali, 5
06122 PERUGIA

OGGETTO: Revisioni pensioni di invalidità.

Alcuni iscritti ci hanno scritto in merito alla attività di verifica svolto dai medici di codesto Istituto in merito alle revisioni delle pensioni di invalidità. Per qualcuno *"più che un controllo è sembrato un repulisti, una forzata voglia di tagliare"* e vi è stato un invito per l'Ordine a ricordare ai controllori che *"il medico è un professionista con tanto di professionalità"*. I giornali, d'altra parte, come nel Messaggero UMBRIA, che allego, hanno parlato di "caccia alle streghe".

Il Consiglio, che ha esaminato la questione, non mette certamente in dubbio la professionalità dei medici dell'Istituto, come non mette in dubbio quella dei medici certificatori e, d'altra parte non può prendere per buoni numeri sparati dai vari giornali.

Ti allego a tale proposito una articolo a firma di G. Casoli ove si afferma che il 53% delle pensioni umbre di invalidità sarebbero fasulle e ove si afferma che dovrebbero essere puniti con i falsi invalidi anche coloro che ne hanno certificato l'invalidità, mettendo in un unico calderone sanitari privati e pubblici e funzionari liquidatori conniventi.

Ti pregherei pertanto di fornirci, per una più accurata valutazione della questione alcuni vostri dati certi sui numeri dei casi esaminati, sulle revisioni effettuate e sui risultati delle verifiche.

Ti ringrazio per la collaborazione.



IL PRESIDENTE

(Dott. Graziano Conti)

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



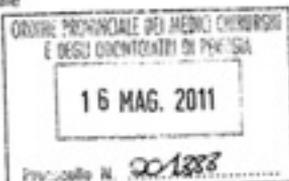
Direzione Provinciale di PERUGIA

RACCOMANDATA A/R

PIU (DPR n.445/2000 e s.m. e i.) 18-09U - 1



INPS.5500.10/05/2011.0063996



PERUGIA 06/05/2011

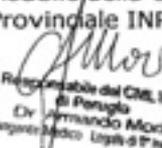
Gentilissimo Dr. Graziano Conti
Presidente dell' Ordine dei Medici-chirurghi
e Odontoiatri di Perugia
Via Settevalli 131.
06129 PERUGIA

Oggetto: Racc. AR – prot 001759 del 30/04/2011 – Revisioni pensioni di Invalidità

Ho provveduto in data odierna a trasmettere la sua lettera alla Commissione Medica Superiore presso il Coordinamento Medico Legale Generale in Roma che avrà cura quanto prima di rispondere ai quesiti da Lei posti.

Cordiali saluti

Dr. Armando Mori
Dirigente Medico di II° Livello
Responsabile della UOC di ML
Sede Provinciale INPS di Perugia


Il Responsabile del CML INPS
di Perugia
Dr. Armando Mori
Dirigente Medico - Legale II° Livello



Egr. Dott. Graziano Conti
Presidente Ordine Provinciale
Medici Chirurghi di PERUGIA

Oggetto : Riscontro a Sua R.A.R prot 001759 del 30.04.11

Egregio Presidente,
Egregio dott. Conti,

con la nota emarginata in oggetto, indirizzata al dirigente medico responsabile dell'UOC INPS di Perugia e a me inoltrata per competenza, Lei chiede che Le vengano forniti ulteriori elementi di valutazione in merito ai dati sull'andamento delle verifiche straordinarie per l'invalidità civile divulgati dalla stampa e indicativi di un'alta percentuale di non conferme in Umbria, regione in cui insiste la provincia del cui Ordine Lei è Presidente.

Lei ha provveduto anche ad allegare fotocopie di due stralci di giornale. Nel primo di questi, la cui testata non risulta tuttavia individuabile, si sostiene, a firma Giorgio Casoli, che l'elevata percentuale di "invalidità fasulle" riscontrata in Umbria "...implica necessariamente la responsabilità di sanitari privati e pubblici che hanno attestato l'esistenza delle cause invalidanti e dei funzionari liquidatori conniventi che hanno omesso i dovuti controlli" e si auspicano poi "severi provvedimenti a carico dei corresponsabili". Nel secondo articolo da Lei allegato, estratto dal Messaggero Umbro del 3 gennaio 2011, viene invece riportato, attribuendolo alla "associazione invalidi civili di Perugia", un "appello alle commissioni di controllo" a voler "tutelare al massimo i diritti degli invalidi, quelli veri", poiché "non possono essere i falsi invalidi a rovinare tutto ed a peggiorare le condizioni economiche di chi davvero sta male".

Lei riferisce inoltre di aver ricevuto, evidentemente in conseguenza di detti articoli di stampa, le lamentele di "alcuni iscritti" che qualificerebbero l'attività di verifica straordinaria delle commissioni INPS "più che un controllo ..un repulisti, una forzata voglia di tagliare" e la inviterebbero "a ricordare ai controllori che il medico è un professionista con tanto di professionalità".

Al fine di far chiarezza sulle questioni da Lei sollevate, ritengo opportuno premettere che :

1. l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale ha intrapreso il "Piano straordinario di verifica delle invalidità civili" a partire dal 1 gennaio 2009; ciò in forza della Legge 133/2008 che, all'art. 80, ha stabilito l'effettuazione di "... 200.000 accertamenti di verifica ... finalizzati ad accertare , nei confronti di titolari di trattamenti economici di invalidità civile , la permanenza dei requisiti sanitari necessari per continuare a fruire dei benefici stessi..";
2. l'art. 10, comma 4, della Legge 122 30 luglio 2010, ha poi ulteriormente previsto "...un programma di 100.000 verifiche per l'anno 2010 e di 200.000 verifiche annue per ciascuno degli anni 2011 e 2012...";
3. il comma 3 del medesimo articolo di legge stabilisce inoltre che, "fermo restando quanto previsto dal codice penale, agli esercenti una professione sanitaria che intenzionalmente attestano falsamente uno stato di malattia o di handicap, cui consegua il pagamento di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità successivamente revocati ... per accertata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applicano le disposizioni di cui al comma 1 dell'art. 5-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni. Nei casi di cui al presente comma il medico, ferme restando le responsabilità penale e disciplinare e le relative sanzioni, è obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno all'immagine subito dall'amministrazione. Gli organi competenti alla revoca sono tenuti ad inviare copia del provvedimento alla Corte dei Conti per eventuali azioni di responsabilità..."

E' quindi evidente che, per espressa previsione del Legislatore, come deducibile dalla lettura del citato art. 80 della L. 133/2008, l'attività di verifica straordinaria è volta ad individuare, in primo luogo, quei casi per i quali i requisiti sanitari, già posseduti, siano venuti meno a seguito di un miglioramento clinico-funzionale, all'epoca impreveduto e imprevedibile; ciò ovviamente non esclude la doverosità della revoca anche nei casi in cui, pur confermandosi la diagnosi medico-legale, la rigorosa applicazione dei principi valutativi tabellari conduca ad una difforme e minore valutazione della percentuale di invalidità.

Una fattispecie del tutto particolare è rappresentata invece dai casi per i quali si ravvisi l'insussistenza *ab origine* della diagnosi attestata e che impongono all'Istituto il dovere di procedere ai sensi del già citato art. 10 comma 3 della L.122/2010.

In tutte queste delicate valutazioni le commissioni INPS hanno operato, e continuano ad operare, sulla base di criteri medico-legali dettati da "Linee Guida" a tal fine elaborate dalla Commissione Medica Superiore da me

presieduta; tale commissione, peraltro, ad ulteriore garanzia della massima uniformità di valutazione sull'intero territorio nazionale, provvede al monitoraggio di tutti i verbali, esprimendone il definitivo giudizio.

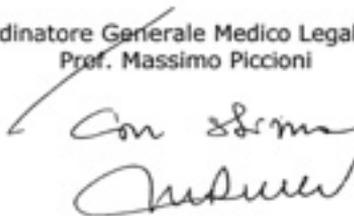
E' evidente quindi che l'operato dei medici INPS si conforma e continuerà a conformarsi ad un atteggiamento di rigorosa coerenza medico legale e di adesione alle norme che, senza mettere in discussione, almeno *a priori*, l'altrui professionalità, intende attuare quanto il legislatore ha previsto al fine della individuazione di tutti coloro che continuino a beneficiare di trattamenti economici, a titolo di invalidità civile, non più dovuti.

Posso confermarLe che il lavoro da noi svolto fino a questo momento ha evidenziato l'esistenza di aree, e tra queste la provincia di Perugia e l'Umbria più in generale, nelle quali sembrerebbero essersi consolidati, nel corso degli anni, orientamenti valutativi e/o interpretativi delle voci tabellari non del tutto coerenti con le indicazioni del relativo decreto ministeriale.

Chi Le scrive, tuttavia, è fiducioso che l'organizzazione attuale dell'accertamento dell'invalidità civile, che prevede, in base all'art. 20 del D.L. 78/2009, la presenza di un medico INPS quale membro effettivo in ogni commissione ASL e attribuisce in ogni caso l'onere dell'accertamento definitivo all'INPS, possa garantire, tramite il confronto medico e medico-legale nell'ambito delle stesse commissioni e il raccordo sull'intero territorio nazionale svolto dalla Commissione Medica Superiore INPS, il conseguimento di un sempre miglior livello di omogeneità ed equità.

Cordiali saluti,

il Coordinatore Generale Medico Legale INPS
Prof. Massimo Piccioni





ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

06129 Perugia - Via Settemili, 131
Tel 075/3006794 - Fax 075/3133072
e-mail uffici@ordinemedicoperugia.it
sito internet www.ordinemedicoperugia.it

Perugia, 11/06/07/2011

RACCOMANDATA A/R
Prot. 2254
Rif. N. 0015.25/05/2011.003216

Chiar.mo Prof.
Massimo Picconi
Coordinatore Generale Medico Legale
INPS
Via Chopin, 12/14
00144 ROMA

Gentilissimo Professore,

La ringrazio della Sua nota, che ho provveduto a comunicare al Consiglio Direttivo.

Prendo atto di tutte le Sue precisazioni e degli ampi riferimenti normativi citati.

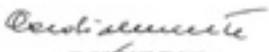
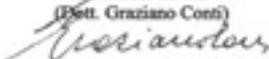
Rilevo purtroppo che la Sua risposta non contiene alcun dato sul numero dei casi esaminati, sulle revisioni effettuate e sui risultati delle verifiche, come avevo cortesemente chiesto, salvo un accenno al fatto che "... nella provincia di Perugia e nell'Umbria, più in generale, sembrerebbero essersi consolidati, nel corso degli anni, orientamenti valutativi e/o interpretativi delle voci tabellari non del tutto coerenti con le indicazioni del relativo decreto ministeriale".

In merito alla attività finora svolta non mi permetto di mettere assolutamente in dubbio l'attività dei medici che a Lei e alla Commissione Medica Superiore fanno riferimento e che si trovano nella duplice, difficile condizione di medici e funzionari dell'Istituto chiamati a verificare non i cosiddetti "falsi invalidi" di cui parlano i giornali, ma eventualmente dei "falsi" (?), "impropri" (?), "inadeguati" (?), "superati" (?) accertamenti di invalidità.

Mi consenta comunque nella mia funzione di Presidente di Ordine una raccomandazione ed un auspicio e cioè che, di fronte alle responsabilità di tipo amministrativo e alla minaccia dei provvedimenti della Corte dei Conti, l'operato dei medici INPS, oltre a conformarsi "ad un atteggiamento di rigorosa coerenza medico legale e di adesione alle norme", come scritto nella Sua nota, abbia sempre ben presenti alcuni dettati del nostro Codice Deontologico e precisamente che:

- L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extra tecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento (comma 1 dell'art. 62).
- Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini (comma 3 dell'art. 68).
- Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche (comma 1 dell'art. 70).

Concordo con Lei che l'attuale organizzazione del servizio, con il raccordo sull'intero territorio nazionale svolto dalla Commissione Medica Superiore, possa portare al conseguimento di un sempre migliore livello di omogeneità ed equità e Le invio i miei più cordiali saluti.


IL PRESIDENTE
(Dott. Graziano Corti)


Consenso informato “Un diritto per il paziente, un vincolo per il medico”

Prof. Fortunato Berardi

La necessità di informare correttamente i pazienti sulle procedure diagnostiche e terapeutiche è dettagliatamente stabilito dalla legge. L'informazione deve essere specificamente diretta a rendere edotti i pazienti sui rischi e sulle possibilità di successo dell'intervento sanitario (Danilo Ruggeri - Doctor, 2 marzo, 2011). I criteri del consenso informato debbono essere espressi in termini diagnostici, interventistici, prognostici e, soprattutto comprensibili, con specifico riferimento ai rischi ed ai benefici dell'azione medica, compresa la durata prevedibile del decorso postoperatorio. Il consenso legittimamente prestato deve essere informato, personale (con le relative eccezioni: minori, infermi di mente, stato di incoscienza), attuale (preventivo e rinnovabile), revocabile, manifestato, determinato e specifico, incondizionato (gratuito e libero), valido; ma soprattutto, come già detto, compreso. L'informazione deve essere la più corretta possibile, atta a consentire da parte del paziente, una libera decisione. In definitiva, l'informazione che precede il consenso deve essere: veritiera, completa e compresa. La comunicazione deve esprimere in modo definito e chiaro le procedure decisionali che dovranno orientare in modo positivo o negativo la scelta del paziente. Nell'evenienza di soggetti difficili psichicamente può essere di notevole utilità, per il medico, l'apporto di psicologi ed assistenti sociali. Peraltro, il paziente può rinunciare ad essere informato, demandando ad altri, medico o parente, la notificazione. Il codice deontologico dei medici del 18 dicembre 2006 all'art.31 prevede che: “L'informazione ai terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto dall'art. 9, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita degli altri”. Relativamente all'obbligo di verità,

in presenza di una grave diagnosi, si ipotizza il “silenzio funzionale” nel timore reale di un eventuale gesto lesivo personale o abbandono delle cure. Tuttavia, l'orientamento attuale è quello di ridurre l'utilizzo del cosiddetto “privilegio terapeutico” che consiste nel mentire al paziente le sue gravi condizioni, qualora si ipotizzi che la verità svelata possa indurre una ulteriore compromissione del suo precario stato psichico. Il nuovo codice deontologico all'art. 30, come è noto, precisa che “l'informazione ai congiunti è ammessa solo se il paziente lo consente e fatto salvo quanto è previsto all'art. 9 (segreto professionale), allorché sia in pericolo grave la salute o la vita di terzi”. Anche la giurisprudenza ha accettato questo principio, ma ha stabilito che: qualora appaia opportuno, la verità sulle gravi condizioni del paziente possa essere taciuta all'ammalato, ma non ai familiari. Premesse queste note di carattere generale è opportuno ricordare quale medico sia tenuto a dare le informazioni al paziente. **Tutti i medici che si prendano cura di un paziente e, particolarmente, il medico di base, sono obbligati a dare informazione sulle cure somministrate e sugli esami diagnostici, più o meno invasivi.**

La legge non prevede alcuna formulazione specifica per esprimere il consenso informato. Ciò che si sottolinea è che la informazione, concretamente, sia stata data in assoluta libertà e consapevolmente venga accettata la proposta terapeutica o chirurgica. È evidente, comunque, come la forma scritta, per tutte le procedure del consenso informato, sia quella che tutela il medico e che lo renderà esente da responsabilità in questo settore. Pur non essendo strettamente fondamentale, appare di reale utilità la presenza di un collega o di un parasanitario al momento dell'informazione e dell'ottenimento del

consenso; annotandone la presenza anche sul modulo predisposto per la firma del paziente. Sotto un aspetto sistematico la necessità del consenso è contenuta nell'art.13 della Costituzione che sancisce l'inviolabilità della libertà personale, comprendente la libertà di salvaguardare la propria salute e la propria integrità fisica. È esclusa ogni restrizione, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria; ma nei soli casi previsti dalla legge e con specifiche modalità. Il consenso informato è, comunque, un atto revocabile in qualunque momento dal paziente. Nei casi di interventi sanitari d'urgenza, con riferimento ad uno stato d'incoscienza, non è necessario di acquisire il consenso per sottrarre il malato ad un grave pericolo; infatti, sussistono le norme sullo stato di necessità, pur non configurandosi la presunzione di consenso. E nel caso dei minori come comportarsi?. È necessario, in tale evenienza, il consenso libero ed informato dei genitori, del tutore o del legale rappresentante; con l'eccezione della interruzione di gravidanza di una minore, qualora serie motivazioni impediscano o non consiglino la consultazione dei genitori (art. 12, legge n.194 del 22. 05.1978). Queste esposte sono solo alcune considerazioni di ordine

generale sul consenso informato, rimandando per specifici aspetti al codice deontologico, ai deliberati giurisprudenziali ed alla bioetica. Per quanto concerne, infine, alcuni aspetti del trattamento sanitario obbligatorio (TSO), ricorderemo che in base al contenuto del secondo comma dell'art. 32 della Costituzione: "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge"; la quale "non può, in ogni caso, violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Nel nostro ordinamento non esiste ancora una legge che imponga, quale sorta di trattamento sanitario obbligatorio (TSO), l'alimentazione forzata in caso del sciopero della fame. Sussiste, comunque, sempre il dovere del sanitario, in base al codice deontologico, di informare la persona sana di mente delle conseguenze del digiuno prolungato sulle condizioni di salute. In alcuni casi, tuttavia, la libertà del paziente non è presa in considerazione, qualora vi siano interessi generali, propri dell'intera collettività, che prevalgono su tale principio fondamentale della nostra Costituzione. In queste evenienze, il sottoporre un paziente al trattamento avviene contro la sua volontà, con le procedure del trattamento sanitario obbligatorio.

A PROPOSITO DELLA CHIRURGIA GENERALE IN UMBRIA NEGLI ULTIMI CENTO ANNI...

Come previsto e premesso nell'articolo, **l'indagine retrospettiva nominale dei chirurghi generali** che hanno operato in Umbria negli ultimi cento anni, anche se perseguita con impegno, può avere evidenziato qualche dimenticanza; stante la molteplicità dei colleghi operanti nelle numerose sedi chirurgiche universitarie-ospedaliere della regione e la loro occasionale mobilità di presidio. Ci rammarichiamo e, nuovamente, ci scusiamo per le eventuali omissioni. Nel contempo, riportiamo la tempestiva segnalazione inviata da Francesco Gamuzza. Il collega, già in Clinica Chirurgica diretta, allora, dal Prof. Franco Ciuffini, "...dopo un concorso nazionale, è stato per 26 anni uno degli aiuti responsabili, dapprima nella Chirurgia d'Urgenza del Policlinico e successivamente nella Chirurgia Generale dell'ex Silvestrini. Per 7 anni ha svolto la funzione di I° aiuto del Prof. Mercati ed è stato coresponsabile della sezione dei Trapianti Renali con circa

90 trapianti all'attivo. Fu nominato, per circa 6 mesi, Responsabile dell'Unità Complessa di Chirurgia dell'ospedale Silvestrini...". Ci sembra necessario ricordare anche il collega Leone De Magistris, sfuggito purtroppo alla penna ma non alla considerazione, quale valido aiuto del Prof. Mercati ed, attualmente, impegnato nell'attività di espanto e trapianto renale. Naturalmente, siamo dispiaciuti se qualche collega ritenga di non essere stato adeguatamente evidenziato in questa sommaria rassegna, ma dobbiamo anche ribadire che la nostra indagine retrospettiva, sui cento anni di chirurgia in Umbria (1910-2010), voleva essere soltanto nominale; a prescindere, quindi, dalle individuali specificità. Tuttavia, come collaterale all'indagine retrospettiva nominale chirurgica, ci piace ricordare come il prof. Aldo Calderazzo, carismatico anestesista del prof. Ciuffini e docente universitario, sia stato il reale fondatore dell'anestesia in Umbria, con le successive branche di specificità.

Fortunato Berardi

Trattamento ed accertamento sanitario obbligatorio: il punto sulla integrazione dei servizi e degli operatori nel nostro territorio

Dott. Tiziano Scarponi

Il 19 marzo u.s. presso la sala "Teatro" degli Istituti Maschili O.N.A.O.S.I. di Perugia si è tenuto un importante convegno organizzato dal nostro Ordine professionale dal titolo: "Trattamento ed accertamento sanitario obbligatorio: il punto sulla integrazione dei servizi e degli operatori nel nostro territorio". L'obiettivo di tale incontro era di dare la voce a tutte le professionalità interessate a queste procedure per arrivare ad una integrazione dei ruoli e soprattutto ad un comportamento condiviso. Episodi accaduti, infatti, avevano evidenziato come la diversa interpretazione della norma, le diverse "soggettività" in campo avevano creato perplessità e dubbi, rendendo spesso critico l'intervento operativo con le ovvie ripercussioni assistenziali e di immagine. Il convegno è iniziato con un'introduzione del presidente dottor Graziano Conti che ha delineato il ruolo del nostro ordine professionale in merito all'aggiornamento professionale in generale ed in merito agli aspetti deontologici sul tema del convegno in particolare. È seguito l'intervento del Comandante del Corpo di Polizia Municipale dottoressa Nicoletta Caponi che ha illustrato l'attività svolta, rilevando come il numero dei TSO in questi ultimi anni abbia subito un vistoso aumento. Si sono succedute poi due letture magistrali. La prima, della professoressa di Diritto Amministrativo della facoltà di Scienze Politiche del nostro ateneo Alessandra Pioggia, dal titolo: "Consenso e coercizione nella tutela della salute" che ha passato in rassegna tutti i principi giuridici che fanno da cornice alla legge sui trattamenti sanitari obbligatori. La seconda dello psichiatra Francesco Scotti che ha spiegato la deliberazione della regione dell'Umbria n.917 del 29 giugno 2009 sull'accertamento e trattamento sanitario obbligatorio.

La sessione successiva del convegno è stata interamente occupata da una tavola rotonda ,

moderata dai dottori Mario Capruzzi, direttore del Pronto Soccorso e del servizio di 118 dell'Ospedale di Perugia e Marcello Catanelli, responsabile del servizio di programmazione socio sanitaria dell'assistenza di base ed ospedaliera della Regione Umbria. In tale tavola rotonda hanno preso la parola: il dr Tiziano Scarponi per la medicina generale, la dottoressa Giuseppa Albano per la continuità assistenziale, il dottor Silvio D'Alessandro per gli psichiatri dei CSM, il dottor Paolo Bietta per il 118, la dottoressa Stefania Cesarini per la Polizia Municipale di Perugia, il dottor Marco Rondini per il pronto soccorso, la dottoressa Elisabetta Rossi per il servizio di psichiatria di Diagnosi e Cura. Tutti questi professionisti hanno indicato il proprio ruolo, le difficoltà e le criticità che incontrano nell'attivare tali procedure, enfatizzando soprattutto le problematiche che emergono nel rapportarsi con gli altri operatori.

Fin qui la cronaca del convegno. Come commento possiamo senza dubbio tracciare un bilancio positivo della giornata: oltre un centinaio di partecipanti suddivisi in egual misura fra convenzionati generalisti e di continuità assistenziale da una parte e specialisti dipendenti o libero professionisti dall'altra. La discussione è stata molto vivace, a testimonianza di come sia sentita tale problematica e senza dubbio i problemi dell'integrazione e dell'omogeneità dei comportamenti sono rimasti probabilmente irrisolti. È stato però affrontato e reso noto l'istituto dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio, sconosciuto alla maggioranza dei medici di assistenza primaria, sono stati meglio inquadrati i vari passaggi e le competenze in campo sulle procedure di trattamento sanitario obbligatorio e ci siamo congedati con il proposito di organizzare un nuovo convegno per un ulteriore confronto e dialogo.

Ancora cervicale

Ma il colpo di frusta esiste?

Dott. Marco Rondini

Qualche anno fa scrissi, per questa rivista, un articolo sulla patologia da tamponamento negli incidenti stradali criticando l'eccesso di cure, di diagnosi e soprattutto di prognosi; da allora le cose sono andate avanti e senz'altro non in senso positivo. Abbiamo superato il livello del ridicolo. Il fatto che uno su mille abbia potuto riportare il famoso "colpo di frusta", quello vero, non giustifica gli altri novecentonovantanove che cercano in modo patetico di mimarne i sintomi. Un dolorino al collo o alle braccia il giorno dopo un incidente è cosa assolutamente normale e quasi fisiologica come un dolorino alle gambe il giorno dopo un po' di ciclette senza allenamento. Ma ogni incidentato arriva in pronto soccorso e alla domanda "che problema ha?" risponde semplicemente "sono stato tamponato" come se fosse già quella una patologia e alla successiva "ma.. le fa male qualcosa?" ci pensa un po', come se la domanda fosse cretina e poi dice "be.. naturalmente il collo", dando per scontato che chiunque sia stato tamponato abbia da accusare qualcosa al collo e dentro di se pensa "possibile che non sai queste cose!" Ogni tre persone da visitare c'è n'è una che dichiara una cervicalgia; dal 1° gennaio alla fine di febbraio sono state effettuate oltre 800 radiografie del rachide cervicale e io faccio fare lastre a meno di un terzo delle persone che visito che accusano un dolore al collo: praticamente solo a quelli che stanno male o che recitano meglio, fingendo una rigidità che non hanno, un dolore che non hanno, una vertigine che non hanno e una parestesia delle mani, che non sanno neanche cos'è. Sembra che il fenomeno sia tipicamente italiano dove l'incidenza dei

colpi di frusta risulta doppia rispetto al resto d'Europa; dieci anni fa il presidente delle Generali Assicurazioni, tentando di spiegare con malcelata ironia i dati sull'incidenza dei colpi di frusta rispetto al resto d'Europa aveva osservato che gli italiani devono essere afflitti da una delicatezza congenita delle vertebre cervicali; naturalmente l'associazione dei consumatori protestò veementemente. Ma da dieci anni in qua la cosa è diventata paradossale. Esiste anche un protocollo, il Canadian C Spine Rule che io seguo scrupolosamente e quando dopo la visita, secondo protocollo, dico ai pazienti "stia pure tranquillo, non c'è nulla da temere, non c'è necessità di radiografie né di collare" spesso sbottano in impropri perché vogliono essere malati a tutti i costi: "come fa a dire che io non abbia nemmeno un piccolo colpo di frusta?" A quel punto di solito perdono la concentrazione, si distraggono, dimenticando che devono fingere di avere il collo duro e cominciano a muoversi per tutti i versi dimostrando inconsciamente la loro precedente pantomima. Anzi forse questo è l'unico criterio "ex adiuvantibus": se il paziente, indispettito dal non vedersi riconoscere il millantato colpo di frusta, perde la calma ma rimane ugualmente col collo rigido forse ha ragione lui: è così raro che a volte li seguo di nascosto fino alla sala d'aspetto per vederli indossare il cappotto con improvvisa, miracolosa, riacquistata scioltezza (alla faccia del rapporto di fiducia tra medico e paziente). Ma raramente no! Che sia proprio lui quell'uno su mille? O è solo un attore perfetto? Chissà... però potrei premiarlo con qualche giorno di prognosi a fini assicurativi (sigh!)

Degenerazione maculare legata all'età e la settimana di prevenzione della vista

Prof. Carlo Cagini

La Clinica Oculistica di Perugia diretta dal prof. Carlo Cagini insieme con IAPB (Agenzia Internazionale Prevenzione Cecità) ITALIA, in sintonia con la IAPB Umbra istituzioni dell'Unione Italiana Ciechi e diretta dal sig. Giancarlo Rossi, hanno organizzato dal 23 al 27 Maggio la settimana "SALVA LA VISTA", per promuovere nel territorio del comune di Perugia la prevenzione di una importante patologia oculare: la degenerazione maculare senile.

Durante la settimana un camper attrezzato ad ambulatorio oculistico è stato presente nelle principali piazze del comune di Perugia ed al suo interno i cittadini interessati hanno potuto avere un controllo oculistico gratuito. Medici oculisti hanno infatti eseguito della visite oculistiche rivolte i particolar modo ad individuare pazienti affetti da degenerazione maculare senile. Nello stesso tempo è stato distribuito materiale informativo e divulgativo predisposto al fine di divulgare alla popolazione le principali caratteristiche della malattia e le possibilità di prevenzione e di cura. Il camper è stato posizionato il 23 maggio a Piazzale Europa; il 24 a S Sisto, vicino al centro commerciale; il 25 a Collestrada, vicino alla entrata principale del su-

permercato; il 26 a Ponte S. Giovanni tra il mercatino e il supermercato; il 27 in centro vicino alla fontana Maggiore in Piazza 4 Novembre. La settimana si è conclusa

venerdì pomeriggio in un incontro a Palazzo Donini dove è stata illustrata l'iniziativa. La riunione è stata presieduta dal prof. Carlo Cagini e dal sig. Giancarlo Rossi e sono intervenuti, fra gli altri, il sindaco di Perugia Vladimiro Boccali, il vice presidente dell'Ordine dei Medici di Perugia prof. Fortunato Berardi, il dott. Valerio Sgrelli in rappresentanza del consiglio direttivo FIMMG ed in rappresentanza della facoltà di Medicina e Chirurgia il prof. Vincenzo Talesa. Il prof. Cagini ha introdotto la malattia la quale è ha senza dubbio una forte impatto sociale perché nella forma evoluta provoca una gravissima riduzione della acuità visiva, ed essa rappresenta nei paesi industrializzati, la principale causa di cecità legale nei soggetti con più di cinquantanni. Si stima che in Umbria 14.000-16.000

persone presentano segni iniziali di malattia e ci siano circa 3.300 nuovi casi di malattia ogni anno, e circa 500 nuovi casi della forma neovascolare ogni anno. Presso la Clinica Oculistica di Perugia è da tempo attivo il "Centro Macula",

CAMPAGNA DI INFORMAZIONE SULLA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ

La Degenerazione maculare legata all'età è una malattia degli occhi che colpisce dopo i 55 anni.

Scopri in tempo per evitare danni irreversibili alla vista.

Salva la vista

PERUGIA

venerdì 27 maggio ore 17.00

SALA FIUME PALAZZO DONINI
Corso Vannucci, 96

INCONTRO APERTO AL PUBBLICO



Intervengono

Prof. Carlo Cagini
Direttore Sez. Oculistica Dip. di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia, Azienda Ospedaliera di S.M. della Misericordia di Perugia.

Dott. Tito Fiere
Riceratore Dip. di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia, Azienda Ospedaliera di S.M. della Misericordia di Perugia.

Dott.ssa Anna Caricato
Dirigente medico Dip. di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Azienda Ospedaliera di S.M. della Misericordia di Perugia.

Dott.ssa Antonella Giordanelli
Dirigente medico Dip. di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Azienda Ospedaliera di S.M. della Misericordia di Perugia.

Sig. Giancarlo Rossi
Presidente Comitato Regionale Umbria - IAPB Italia Onlus

Evento realizzato con il sostegno di
NOVARTIS

di cui fanno parte la dott.ssa Giordanelli, il dott. Fiore e la dott.ssa Caricato, dove grazie alle apparecchiature di ultima generazione di in possesso, è possibile effettuare una diagnosi precoce della degenerazione maculare legata all'età ed eseguire le terapie più innovative.

La degenerazione maculare legata all'età come spiega lo stesso nome colpisce la macula, ovvero la parte centrale della retina che permette di vedere i dettagli di un'immagine e quindi di leggere. I primi sintomi si manifestano con una visione alterata e distorta, maggiore difficoltà nella lettura, presenza di macchie opache al centro del campo visivo, alterata percezione dei colori. Spesso però i sintomi sono mascherati dal fatto che è interessato un solo occhio. Si riconoscono due forme di degenerazione maculare: la forma "secca" o non essudativa e la forma "umida" o essudativa o neovascolare.

La prima, che è anche la più frequente, è caratterizzata da alterazioni dell'epitelio pigmentato e dalla comparsa, al di sotto della macula, di piccole lesioni multiple, bianco-giallastre denominate drusen. Nella forma umida, che è quella più invalidante, neovasi di origine profonda, coroideale, raggiungono la retina e, avendo una parete particolarmente fragile, danno origine ad edemi, distacchi sierosi ed emorragie.

Per l'identificazione e lo screening della malattia è fondamentale la visita oculistica con esame del fundus, ma spesso si rende necessario un approfondimento diagnostico mediante fluorangiografia (FAG) e angiografia al verde di indocianina (ICG). L'introduzione della tomografia a coerenza ottica (OCT) ci ha permesso di arricchire il corredo diagnostico mettendoci a disposizione un'indagine non invasiva che analizza la macula in ogni singolo strato e con una risoluzione di pochi micron; in questa maniera è possibile evidenziare e riconoscere le primissime alterazioni dovute alla malattia.

Le forme iniziali possono beneficiare della assunzione di antiossidanti: infatti è da qualche anno dimostrato che se essi vengono assunti in maniera continuativa e per lungo tempo si assiste ad un indubbio beneficio sulle forme iniziali di malattia che con più difficoltà evolvono verso le forme evolute e gravi della malattia.

Non esiste una terapia specifica per la forma secca, mentre per la forma di tipo essudativo oggi il trattamento standard consiste nella iniezione intraoculare di farmaci anti VEGF che servono a bloccare la crescita della neovascolarizzazione. Questo trattamento che necessita di essere ripetuto almeno 1 volta al mese per i primi tre mesi può essere associato, in alcuni casi, alla terapia laser fotodinamica.

E' raccomandabile pertanto sottoporsi a controlli periodici e, nel caso di diagnosi di degenerazione maculare senile, seguire un follow-up diagnostico-terapeutico in quanto, un trattamento tempestivo può aiutare a controllare la progressione della malattia, a stabilizzare il risultato ottenuto, o addirittura ripristinare una buona acuità visiva.

OMESSA REFERTAZIONE DEL MEDICO RADIOLOGO: OMICIDIO COLPOSO

Corte di cassazione penale – Al medico radiologo veniva contestato il reato di omicidio colposo per avere con grave negligenza ed imperizia effettuato una Tac-torace-addome e scavo pelvico, avendo omissso di descrivere nel referto o comunque di annotare nel diario clinico od in altra documentazione relativa alla paziente, la presenza nella sede anatonica del corpo coda del pancreas di una formazione ovalare del diametro di circa cm 8/9, riscontrabile in alcune immagini. La Corte di cassazione confermando la pronuncia di condanna del grado di giudizio precedente, ne ha riproposto le argomentazioni logiche in ordine ad un intervento diagnostico eseguito con negligenza allorquando, nel corso dell'esame, pur essendo la presenza della neoformazione perfettamente visibile, in quanto di considerevole dimensioni, aveva omissso di refertarla, così da precludere ogni tipo di intervento che avrebbe potuto salvare la vita della paziente, qualora si fosse trattato di una neoformazione di natura benigna, nel tempo degenerata o, comunque, nel caso che la neoformazione fosse già all'epoca di natura maligna, avrebbe potuto ritardare in maniera significativa l'evento morte. Da doctorNews 6 maggio 2011.

Effetti del fumo sull'apparato muscolo-scheletrico

Dott. Luciano Ferrini - Presidente O.T.O.D.I. Umbria



Il fumo è stato messo sempre più spesso sotto accusa in tutto il mondo a causa del riconoscimento di un numero sempre maggiore di malattie associate direttamente o indirettamente ad esso.

Le sue conseguenze nocive sul sistema cardiovascolare sono comunemente note, esso è implicato anche nella eziologia di un gran numero di tipi di cancro. Meno noti sono i suoi effetti sull'apparato muscolo-scheletrico.

Le successive informazioni, provenienti dalla letteratura attualmente disponibile, possono essere utilizzate clinicamente sia dal medico che dal paziente.

L'osteoporosi è un reperto frequente nel periodo post-menopausale delle donne e negli uomini anziani, presente più spesso nelle donne che negli uomini, caratterizzata, come noto, da una diminuzione della massa ossea e conseguente aumento del rischio di fratture del radio, del collo del femore e dei corpi vertebrali. Molti autori hanno dimostrato con i loro lavori una maggiore frequenza delle sopra nominate fratture nelle donne affette da osteoporosi fumatrici rispetto a

quelle della stessa età non fumatrici. Tale rischio aumenta per le donne che fumano più di 25 sigarette al giorno.

Si pensa che questo aumento sia mediato dall'interazione complessa e spesso inibitoria tra il fumo e gli estrogeni. Si crede inoltre che alla base di una diminuzione del contenuto minerale osseo vi sia un difetto nella funzione degli osteoblasti causato dal fumo, con diminuzione della capacità di formazione ossea e mantenimento della proprietà di riassorbimento osseo. Alcuni lavori dimostrano che la frequenza delle fratture è maggiore anche per gli uomini fumatori, con aumenti statisticamente inferiori rispetto alle donne.

La degenerazione dei dischi intervertebrali e la loro possibile erniazione è di quotidiano riscontro. Molti autori credono che il fumo influisca negativamente sui dischi intervertebrali predisponendo i pazienti alla degenerazione degli stessi con successiva comparsa di rachialgia. Studi attraverso la utilizzazione di Risonanza Magnetica mostrano una netta differenza nei punteggi di degenerazione del disco tra gruppi di fumatori (più elevata del 18%) e non fumatori.

Il fumo esercita delle modificazioni nei dischi intervertebrali da renderli più suscettibili alla loro degenerazione. Queste modificazioni inizialmente sono di tipo micro-vascolare, causate dalla nicotina, con conseguenze drammatiche negative sulla capacità fibrinolitica endogena dell'endotelio vascolare. Questa situazione influenza l'apporto ematico ai dischi che diventa modesto con riduzione della capacità di diffusione per la distribuzione di ossigeno e sostanze

nutritive, la quale diventa con il tempo insufficiente. Le successive modificazioni metaboliche all'interno del disco rendono lo stesso più suscettibile ai problemi meccanici e più vulnerabile agli insulti.

Gli effetti del fumo sulla guarigione delle ferite dei tessuti molli sono stati studiati da svariati gruppi di ricercatori. La maggioranza degli studi mostrava una riduzione del flusso ematico cutaneo in soggetti esposti alla nicotina, con moderati livelli ematici di monossido di carbonio e diminuzione acuta della tensione di ossigeno del tessuto sottocutaneo. Tutto ciò porta ad una diminuzione della proliferazione di cellule all'interno della matrice extracellulare e diminuzione del processo di rigenerazione epiteliale e per questo ad un ritardo della guarigione delle ferite.

Non si esclude che l'interferenza del fumo con il processo naturale di guarigione delle ferite possa portare a tassi più elevati di infezioni post-operatorie. Nelle statistiche di pazienti con infezioni post-operatorie si arriva anche alla presenza del 90% di fumatori. Pertanto è certamente utile, come misura generale, sospendere l'abitudine al fumo nel periodo perioperatorio per migliorare il risultato delle procedure chirurgiche, occasione che potrebbe indurre anche a smettere definitivamente di fumare.

Oltre agli effetti sui tessuti molli e sulla vascolarizzazione del corpo si crede che il fumo ritardi anche la guarigione ossea dopo fratture. Il rischio relativo di progressione ad un non consolidamento è 16 volte maggiore per i fumatori, fino ad un 40% di pseudoartrosi in interventi di artrodesi lombare.

Gli effetti del fumo vengono mediati dalle proprietà vasocostrittrici e attivanti le piastrine della nicotina, gli effetti che promuovono l'ipossia del monossido di carbonio e l'inibizione del metabolismo ossidativo a livello cellulare da parte del cianuro di idrogeno. La quantità di

riassorbimento osseo rimane invariata mentre il tasso di formazione ossea diminuisce, determinando una guarigione difettosa. Anche per le fratture ossee pertanto si suggerisce di sospendere il fumo da un giorno a 3 settimane prima dell'intervento e da 5 giorni a 4 settimane dopo l'intervento.

In conclusione si è voluto mostrare in vari gradi di correlazione tra il fumo ed alcune condizioni muscolo-scheletriche. È stato dimostrato che il fumo influisce negativamente sulla densità minerale ossea, sulla salute del disco intervertebrale e sulla dinamica di guarigione ossea dopo fratture nonché sulle ferite chirurgiche.

Si spera di aver offerto un aiuto per smettere di fumare.

La Tassa annuale all'Ordine professionale è un tributo

La Cassazione sezioni unite ha ravvisato che il contenzioso per la tassa di iscrizione o annuale all'Ordine professionale è di competenza del giudice tributario.

Le "tasse" che vengono pagate dal professionista all'Ordine professionale sono tributi in quanto concorrono alle spese alle quali è condizionata l'appartenenza all'Ordine, cui compete il controllo dell'Albo nell'esercizio della funzione pubblica di tutela dei cittadini potenziali fruitori delle prestazioni professionali degli iscritti: imposte, tasse e contributi si stemperano in una nozione generica di prestazione imposta, doverosa, diretta a coprirne le spese.

Corte di Cassazione sezioni unite – sentenza 1782 del 2011

Le pronunce sugli specializzandi dal 1983 al 1991

ATTUALITÀ

DIRIGENZA MEDICA - Il mensile dell'Anno Assomedi - 15-2011

Le pronunce sugli specializzandi dal 1983 al 1991

↳ a cura di servizi@anaoa.it

A) Un punto fermo: la prescrizione dell'azione risarcitoria è decennale.
In primo luogo, la recente sentenza della Cassazione ha confermato il principio, già espresso dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 9147 del 2009, secondo cui l'azione risarcitoria del danno subito dai medici per l'omessa o tardiva trasposizione del legislatore italiano delle direttive comunitarie in tema di retribuzione della formazione dei medici specializzandi è riconducibile allo schema della responsabilità per inadempimento contrattuale ex art. 1173 cod. civ. (da parte dello Stato) e, quindi come tale, soggetto all'ordinario termine decennale di prescrizione.

Questo può essere ormai considerato un punto fermo della giurisprudenza della Cassazione che difficilmente potrà essere rimesso in discussione.

B) Il termine prescrizione decade a partire dal 27 ottobre 1999 (data di entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370/1999).

Le maggiori novità interpretative della sentenza in esame riguardano la disciplina della decorrenza del termine prescrizione.

Nello specifico, la Cassazione ha fissato il termine di decorrenza della prescrizione decennale a partire dalla data di entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370 del 1999, ossia il 27 ottobre 1999. Al riguardo i giudici di legittimità hanno seguito un articolato e complesso iter logico-giuridico che, in via semplificativa, può essere così sintetizzato:

1. IL DIRITTO AL RISARCIMENTO del danno del medico specializzando per mancata adeguata remunerazione della frequenza della specializzazione nel periodo compreso tra gli anni 1983 e 1991 è correlato all'inadempimento dello Stato italiano all'attuazione della direttiva che ha determinato un obbligo risarcitorio permanente a carico dello Stato (ossia si "rigenera" di die in die

Una storia INFINITA

Con la recente sentenza n. 10813 del 17 maggio 2011, la III Sezione della Corte di Cassazione si è espressa nuovamente in merito alla questione della mancata retribuzione dei medici specializzandi (informando senza rinvio la nota sentenza della Corte di Appello di Genova n. 654 del 2008). La sentenza, seppur non deliberata a Sezioni Unite e quindi non definitiva sul piano dell'interpretazione giurisprudenziale, ha introdotto un nuovo principio in materia di decorrenza della prescrizione decennale che, in linea teorica, può dare maggiori chance di successo giudiziale a coloro i quali abbiano già un contenzioso in corso con lo Stato o abbiano effettuato, entro termini fissati dalla sentenza, atti stragiudiziali interruttivi della prescrizione (istanza o lettera di diffida). Più nel dettaglio, le questioni interpretative poste alla base della pronuncia giurisprudenziale in commento possono essere suddivise, in via sintetica, in due parti: la durata del termine prescrizione e la sua decorrenza

fino a quando lo Stato non si è definitivamente adeguato all'ordinamento europeo).

2. DI CONSEGUENZA, la prescrizione non decorre fino a quando lo Stato interno non ha adempiuto agli obblighi comunitari, attraverso una corretta e piena trasposizione della direttiva;

3. CON IL D. LGS. N. 257 del 1991, il Legislatore italiano si è adeguato solo parzialmente agli obblighi di recepimento della direttiva europea, riconoscendo il diritto alla remunerazione della formazione dei medici specializzandi solo pro futuro, ossia per coloro i quali si trovavano nelle condizioni previste dalla direttiva successivamente all'entrata in vigore del D. Lgs. n. 257 del 1991 (ossia iscrizione a scuole di specializzazione a partire dall'anno accademico 1991-1992).

4. IL PREDETTO ATTO normativo, ha lasciato del tutto immutata la posizione dei restanti medici i quali avevano ottenuto la specializzazione successivamente al 31 dicembre 1982 (termine previsto per il recepimento della direttiva europea) e fino all'a. 1990-1991, nei cui confronti, stante l'omessa adempimento dello Stato italiano, la prescrizione decennale per l'azione risarcitoria, come detto, non è ancora iniziata a decorre per via del carattere permanente dell'obbligo risarcitorio;

5. NEI CONFRONTI dei suddetti

oggetti esclusi dal campo di applicazione del d. lgs. n. 257/1991, l'adeguamento del legislatore nazionale può, secondo la sentenza in commento, ritenersi definitivamente avvenuto solo successivamente all'entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370 del 27 ottobre 1999.

6. CON TALE ATTO normativo, infatti, lo Stato italiano ha preso una posizione definitiva in merito al riconoscimento del diritto dei medici specializzandi nel periodo tra il 1983 e il 1991, operando una scelta discrezionale favorevole solo ad una ristretta cerchia di soggetti, ossia "i medici ammessi presso le università alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1983-1984 all'anno accademico 1990-1991, destinatari delle sentenze passate in giudicato del Tar Lazio" (art. 11, legge n. 370/1999).

7. IN ALTRI TERMINI, secondo i giudici della Cassazione, solo a partire da tale data lo stato italiano ha completato il processo di trasposizione interna della direttiva europea, e può ritenersi definitivamente inadempiente verso i soggetti esclusi (cioè quelli dei corsi di specializzazione dal 1983 al 1991 estranei alle sentenze del Tar Lazio).

8. DI CONSEGUENZA, l'obbligo risarcitorio statale che fino alla data di entrata in vigore della legge n. 370 (27 ottobre 1999) aveva ancora carattere

di obbligo permanente (non facente decorrere il termine di prescrizione), superato il predetto riferimento temporale, non potrà più considerarsi tale e, pertanto, a partire dalla suddetta data inizia il corso della prescrizione ordinaria decennale.

9. QUINDI IL TERMINE di prescrizione decennale decorre dal 27 ottobre 1999 fino al 27 ottobre 2009.

In definitiva, secondo la Cassazione "il diritto al risarcimento del danno da mancata adeguata remunerazione della frequenza della specializzazione dei medici specializzandi ammessi alle scuole negli anni 1983-1991 si può ritenere ad oggi prescritto solo a condizione che i medesimi soggetti non abbiano agito giudizialmente o non abbiano compiuto atti interruttivi del corso della prescrizione decennale entro il 27 ottobre 2009".

In sostanza, possono beneficiare del nuovo criterio di decorrenza del termine di prescrizione, i soggetti i quali, entro il 27 ottobre 2009, abbiano compiuto un atto interruttivo della stessa prescrizione. Tale atto interruttivo, come detto, viene posto in essere o attraverso la proposizione di un ricorso al giudice competente, oppure mediante un atto di natura stragiudiziale (es. lettera di diffida) con il quale si è fatto valere il diritto al risarcimento dei danni. Va,

tuttavia, precisato che qualora il medico avesse, prima dell'ottobre 2009, già instaurato un contenzioso con lo Stato (ricorso), quest'ultimo deve necessariamente essere ancora pendente tra le parti e cioè non si deve essere formato su di esso il c.d. giudicato. Il "giudicato" o "cosa giudicata" è il provvedimento giurisdizionale (sentenza) divenuto ormai incontrovertibile, ossia non più assoggettabile ai mezzi di impugnazione ordinari, o perché siano già decorsi i termini per impugnare o perché siano già stati esperiti tutti i mezzi d'impugnazione previsti.

Un provvedimento passato in giudicato è contraddistinto dall'incontrovertibilità della cosa giudicata: nessun giudice può pronunciarsi nuovamente su quel diritto sul quale è già intervenuta una pronuncia che abbia esaurito la serie dei possibili riesami (principio del *res in idem*), questo esaurimento si verifica sia nel caso in cui i diversi gradi di giurisdizione si siano effettivamente svolti, sia nel caso in cui si sia rinunciato ad essi.

In conclusione, per tali motivi, non potranno far avvalersi del nuovo criterio di decorrenza della prescrizione espresso dalla sentenza della Cass. n. 10813/2011, i soggetti che prima del 27 ottobre 2009:

a) non hanno mai effettuato alcun atto interruttivo della prescrizione (ricorso o lettera);
b) hanno già ottenuto una sentenza negativa (di primo o secondo grado) avverso la quale non hanno proposto appello o ricorso in cassazione nei termini previsti dalla legge, facendo così calare su di essa il giudicato.

Al contrario, potranno far valere il nuovo criterio di decorrenza della prescrizione coloro i quali, prima del 27 ottobre 2009:

a) hanno compiuto un atto interruttivo della prescrizione (es. lettera di diffida o richiesta stragiudiziale dei danni);
b) hanno un giudizio ancora pendente in primo grado o in appello. Nell'ambito di questi gradi di giudizio, gli interessati potranno far valere il nuovo orientamento giurisprudenziale espresso dalla sentenza in esame, così contrastando l'eccezione di prescrizione sollevata dallo Stato.

dalla rivista *Dirigenza Medica*

Medici competenti presso le forze armate

Chi ha svolto attività di medico competente per almeno 4 anni presso le Forze Armate e Polizia di Stato può continuare a svolgere tale attività presso le stesse amministrazioni, ma non in ambito civile.

MIN. LAVORO Circolare protocollo 11398 del 19.05.2011

In relazione ai numerosi quesiti pervenuti alla scrivente, riguardanti la possibilità per i medici competenti ex articolo 38, comma 1, lettera d-bis), del D.Lds. n. 81/2008 di esercitare la propria attività in ambito civile, si ritiene di dover chiarire alcuni aspetti della norma di cui trattasi. Il decreto legislativo 3 agosto 2009 n. 106, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 180 del 5 agosto 2009, recante: “Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in materia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”, ha modificato l’articolo 38 (Titoli e requisiti dei medici competenti), comma 1 del predetto decreto n. 81/2008, introducendo la lettera d-bis), la cui specifica dizione è: “con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze armate, compresa l’Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni”.

La *ratio* di tale modifica è stata quella di sanare situazioni di potenziale criticità in materia di salute e sicurezza sul lavoro presenti nelle Forze Armate e nella Polizia di Stato in relazione alle attività dei medici militari, come si evince chiaramente dalla Relazione di accompagnamento al D. Lgs. N. 106/2009, che recita testualmente: “... omissis.... L’emendamento all’articolo 38 serve a consentire ai medici operanti presso le Forze Armate e la Polizia di Stato di continuare a svolgere le funzioni di medico competente – come oggi è loro consentito ex lege (v. articolo 44, comma 1, lettera d), d.lgs. 5 ottobre 2000, n. 334) – qualora in possesso di una esperienza professionale specifica almeno quadriennale.”.

La volontà del Legislatore risulta chiaramente diretta ad individuare una disciplina peculiare,

applicabile unicamente alle aree “riservate” ai medici delle Forze Armate e della Polizia di Stato senza che in ragione di tale previsione – la quale ha valore di eccezione – possa configurarsi un regime diversificato della disciplina di ordine generale relativa al possesso dei titoli e, per quanto qui interessa, ai requisiti necessari per l’ammissione agli esami per l’iscrizione nell’elenco nominativo dei medici autorizzati alla sorveglianza sanitaria ex D. Lgs. N. 230/95 e successive modifiche e integrazioni.

Pertanto, in condivisione con il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio II, sulla base delle prescrizioni dell’art. 44 del D.Lgs. n. 334/2000 e delle motivazioni contenute nella Relazione d’accompagnamento al D. Lgs. N. 106/2009, che circoscrivono l’ambito di attività dei medici di cui all’articolo 38, comma 1, lettera d-bis), all’interno delle Amministrazioni di appartenenza, si ritiene che tali sanitari, ove non in possesso dei titoli e dei requisiti richiesti dalla normativa di riferimento generale, non possono essere ammessi a sostenere gli esami di abilitazione per l’iscrizione nell’elenco nominativo dei medici autorizzati alla radioprotezione, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.



“Farmaci nelle disfunzioni sessuali femminili”

Dott. Massimo Sorbo

Frequenti sono i disturbi sessuali nelle donne, correlati con il desiderio, l'eccitazione, l'orgasmo e il dolore durante il rapporto sessuale. Il trattamento con ESTROGENI nelle donne in post-menopausa, somministrati per via orale o topica aumenta le secrezioni e l'elasticità vaginale, contrastando la secchezza e la vaginite atrofica; non c'è dimostrazione però che tali farmaci aumentino il desiderio o l'eccitazione. Nell'eventuale utilizzo di estrogeni bisogna inoltre tenere conto del rischio connesso di possibili trombosi venose, sviluppo di tumori estrogeno-dipendenti quali il carcinoma mammario e uterino. Da questo punto di vista i ginecologi dovrebbero consigliare anche un progestinico orale alle donne che utilizzano estrogeni va-

a lento rilascio alla dose di 150 mg/die per 3 mesi, ha aumentato significativamente il desiderio sessuale. Gli effetti collaterali riscontrati sono stati la cefalea, l'insonnia, la secchezza delle fauci, la nausea e la mialgia. Tra i farmaci in via di sperimentazione il BREMELANOTIDE, una sostanza che agisce a livello centrale sui recettori della melanocortina, disponibile come spray nasale (sviluppato inizialmente come prodotto abbronzante) utilizzato su 80 donne 45-60 minuti prima del rapporto sessuale, ha aumentato l'eccitazione, la soddisfazione sessuale e la frequenza di raggiungimento dell'orgasmo. Dopo i primi risultati positivi però, gli studi sull'impiego di questo farmaco si sono interrotti a seguito della segnalazione di casi di ipertensione arte-



ginali. A partire dalla giovane età nelle donne si verifica una riduzione della concentrazione di TESTOSTERONE; è stato dimostrato che il trattamento con cerotto trans dermico che rilascia 300 ug/die di testosterone, nella donna in post-menopausa, ha aumentato in modo significativo il desiderio e la soddisfazione sessuale. Possibili effetti collaterali da testosterone sono l'irsutismo, l'acne, l'alopecia e l'epatotossicità. Un recente studio effettuato su 232 donne in pre-menopausa che avevano chiesto al medico una terapia per il calo del desiderio sessuale, ha osservato che il BUPROPIONE in formulazione

riosa sistemica. In conclusione possiamo dire che gli Estrogeni per via vaginale, possono essere utili nelle donne in post-menopausa sofferenti di vaginite atrofica. Gli Androgeni transdermici potrebbero essere utili nel caso di riduzione del desiderio sessuale, ma sono attualmente disponibili ad un dosaggio troppo alto per l'impiego nelle donne e ne consegue una non chiara sicurezza per un loro uso a lungo termine. Troppo limitati infine i dati disponibili sul Bupropione.

The Medical Letter
XL, 4, 2011 : 16-18

Colleghi che scrivono: “Scrutatori d’anime - la psicoanalisi che viene”. Dott. Carlo Brutti e Dott.ssa Rita Parlani

Prof. Fausto Santeusano

E' con piacere che segnalo agli iscritti all'Ordine dei Medici e degli odontoiatri della provincia di Perugia il libro pubblicato alcuni mesi or sono con i tipi della casa "Edizioni dell'Asino", Roma, dal titolo "**Scrutatori d'anime - la psicoanalisi che viene**". Gli Autori, il medico psichiatra dott. Carlo Brutti, e la psicologa dott.ssa Rita Parlani, entrambi psicoanalisti, presentano il loro lavoro con l'intento di "dar conto di storie di idee e di prassi intorno a visioni contraddittorie della vita e dei comportamenti umani e che hanno. come principale protagonista, l'anima". Pur senza entrare nella definizione di anima, analizzata dagli stessi Autori nel contesto dei vari significati di ordine sirituale, psichico, filosofico, etico, coinvolgenti la vita intima di ogni persona, certamente in questo libro l'attenzione è rivolta anzitutto al paradigma psico-analitico. Il libro è indirizzato a psichiatri, psicologi, psicoanalisti, neuropsichiatri infantili e pedagogisti, ma anche ai medici, con capitoli dedicati specificamente a ciascuna di queste categorie. Ritengo pertanto che la sua lettura possa risultare di grande utilità anche per i medici che esercitano la loro professione ai vari livelli della medicina generale e specialistica. Un intero capitolo viene infatti dedicato ai problemi della medicina moderna e al mutato cambiamento del rapporto medico-paziente che rimane ancor oggi essenziale nell'esercizio della professione medica. pur con la disponibilità di mezzi tecnologici avanzati per la diagnosi e terapia. D'altra parte la malattia fisica che i medici devono comprendere, diagnosticare e curare ha nella sofferenza una sua dimensione morale, psicologica e spirituale. La conoscenza di una persona, anche dei suoi aspetti familiari, lavorativi, di comportamento e di abitudini di vita sono importanti per comprendere la storia e la genesi di una malattia ovvero la patobiografia. Per questo anche i medici devono essere scrutatori d'anime, come ricordano gli Autori, ed il tradizionale metodo clinico offre loro una sicura guida.

Purtroppo oggi il medico è portato a trascurare la dimensione storica del suo paziente e quindi anche il dialogo e l'esame diretto ricchi di elementi essenziali. È sotto questa luce che va rivista la relazione medico-paziente, da cui scaturiscono l'alleanza terapeutica, le decisioni prese con il consenso informato, l'applicazione dei principi della medicina basata sull'evidenza da prendere sempre con atteggiamento critico per i singoli casi. L'insegnamento universitario talora appare distratto da queste problematiche ed è per questo che gli Autori dedicano l'ultimo capitolo proprio ai giovani che si avviano alla professione e che potrebbero ancor più accogliere il loro messaggio.

Il libro è presentato in modo efficace, ricco di contenuti in una sequenza di capitoli ben articolati, con ampi riferimenti ai risultati ottenuti dagli Autori presso l'Istituto di Ricerca Clinica in Psicosomatica Psicoanalitica Aberastury, che opera a Perugia in stretta collaborazione con la scuola del prof. Luis Chiozza di Buenos Aires. Ne risulta una lettura agile e di immediata comprensione anche per chi non ha una specifica cultura su temi di psicologia, psicosomatica e psicoanalisi.

Carlo e Rita Brutti
Scrutatori d'Anime - la psicoanalisi che viene
pp 189, Euro 12,00
Edizioni dell'asino
Roma



BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Rianimazione Cardiopolmonare di Base nell'Adulto

Dott. Fabrizio Poeta

Cardiologia Diagnostica e Riabilitativa
Unità Sanitaria Locale n. 2
Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria
Perugia

La maggior parte degli episodi di morte improvvisa per cause naturali consegue a malattie cardiache. L'importanza della morte cardiaca improvvisa è sottolineata dal fatto che negli Stati Uniti si verificano ogni anno oltre 300.000 casi, una quota pari al 50% della mortalità cardiaca totale. La morte cardiaca improvvisa è una conseguenza diretta dell'arresto cardiaco, condizione che tuttavia è spesso reversibile se immediatamente affrontata.

Viene definita "improvvisa" la morte intervenuta entro un'ora o meno dalla comparsa dell'evento terminale o da un repentino peggioramento delle condizioni cliniche.

L'arresto cardiaco è la brusca cessazione della funzione di pompa cardiaca talora reversibile grazie a un intervento tempestivo, ma costantemente letale in caso contrario. Le probabilità di successo dei singoli interventi rianimatori dipendono dal meccanismo responsabile, dal quadro clinico e da una rapida ripresa della circolazione.

Gli arresti cardiaci secondari a fibrillazione ventricolare generalmente hanno inizio con un episodio di tachicardia ventricolare sostenuta o non sostenuta, che evolve successivamente verso la fibrillazione ventricolare.

L'insorgenza di arresto cardiaco si associa spesso alla tipica sintomatologia degli eventi cardiaci acuti, dolore anginoso prolungato o dolore di tipo infartuale, dispnea o ortopnea acuta, comparsa improvvisa di palpitazioni bradiaritmiche o tachiaritmiche, tachicardia sostenuta. Tuttavia in molti casi l'insorgenza è del tutto inattesa senza alcun segno premoni-

tore.

L'arresto cardiaco è, per definizione, un evento acuto. In pazienti con tachicardia ventricolare sostenuta, in concomitanza con il manifestarsi dell'evento terminale, si possono talora osservare alterazioni delle funzioni mentali ma l'arresto cardiaco si associa invariabilmente a perdita completa di coscienza. In mancanza di interventi tempestivi, l'arresto cardiaco evolve inesorabilmente in pochi minuti verso il decesso, si verifica cioè la morte cardiaca improvvisa.

Il successo delle manovre di rianimazione in un soggetto colpito da arresto cardiaco dipende dal tempo intercorso tra l'esordio sintomatologico e l'istituzione del trattamento di rianimazione, dal luogo nel quale l'arresto cardiaco si verifica, dal meccanismo responsabile (fibrillazione ventricolare, tachicardia ventricolare, dissociazione elettromeccanica, asistolia) e dalle condizioni cliniche del paziente prima dell'arresto. Se in un soggetto colpito da asistolia o fibrillazione ventricolare non si dà inizio alle manovre di rianimazione nello spazio temporale di 4-6 minuti, la prognosi è decisamente sfavorevole; pochi pazienti sopravvivono se non s'interviene negli 8 minuti successivi all'evento acuto. La prognosi migliora notevolmente qualora vengano in soccorso del paziente gli astanti, anche se non medici, con misure di soccorso immediato prima di ricorrere a interventi specialistici come la defibrillazione. Il decesso durante il ricovero successivo a rianimazione ben riuscita dopo arresto cardiaco, è legato in genere alla gravità della compromissione del sistema nervoso centrale. Nel 60% dei casi esso consegue a encefalopatia anossica e a infezioni secondarie ad una prolungata dipendenza dal respiratore. Per un altro 30% dei casi il deces-

so fa seguito a condizioni di ridotta gittata cardiaca refrattarie alla terapia; paradossalmente, le aritmie recidivanti sono la causa meno comune di morte, essendo responsabili solo del 10% dei decessi che si verificano durante il ricovero.

L'approccio al paziente colpito da arresto cardiocircolatorio si articola in quattro fasi: 1) valutazione della risposta iniziale e misure di soccorso immediato; 2) misure di soccorso specialistico; 3) terapia dopo rianimazione; 4) terapia a lungo termine. La valutazione della risposta iniziale e le misure di soccorso immediato sono procedure eseguibili sia da personale medico che paramedico o anche da soggetti adeguatamente preparati; nelle fasi successive occorre invece l'apporto di competenze specialistiche.

Con la valutazione della risposta iniziale si dovrà stabilire se il collasso sia effettivamente successivo a un arresto cardiaco, osservando il colore della cute e la presenza o meno di movimenti respiratori e del polso arterioso femorale o carotideo. Non appena

si ha il sospetto o la conferma di un arresto cardiaco, il primo provvedimento deve consistere nel contattare un Servizio di Pronto Soccorso (118).

Dopo arresto cardiaco si osservano talora movimenti respiratori preagonici per un breve periodo di tempo, ma è fondamentale accertare la presenza di eventuali sibili respiratori associati a polso persistente, che indica l'aspirazione di materiale alimentare o di corpi estranei: la **manovra di Heimlich** prontamente eseguita può permettere di rimuovere l'ostruzione. In caso di arresto cardiaco secondario a bradiaritmia o asistolia da ostruzione delle vie

aeree, è quindi indicato il ricorso alla manovra di Heimlich. Se il paziente è ricoverato, lo si dovrà anche intubare aspirando le secrezioni che ostruiscono le vie aeree. La manovra di Heimlich consiste nel mettere il paziente in piedi leggermente piegato in avanti, porsi alle sue spalle, avvolgere con le braccia l'addome e dare quindi un colpo netto a livello dei quadranti addominali superiori.

Un colpo portato con il pugno chiuso fra il terzo medio e il terzo inferiore dello sterno, **colpo precordiale**, può consentire la conversione a ritmo sinusale di una tachicardia ventricolare o della fibrillazione ventricolare, ma esiste

il rischio di trasformare una tachicardia ventricolare in fibrillazione ventricolare. Per tale motivo si raccomanda di ricorrere al colpo precordiale come tecnica specialistica di soccorso, quando siano disponibili il monitoraggio elettrocardiografico e il defibrillatore.

Il terzo obiettivo di questa fase di valutazione iniziale consiste nel garantire la **pervietà delle vie aeree**: si inclina all'indietro la testa del soggetto tenendogli il mento sollevato, in modo tale da poter esplorare la cavità orofaringea. E' quindi necessario rimuovere eventuali protesi dentarie o corpi estranei eseguendo anche la manovra di Heimlich e qualora si sospetti un arresto respiratorio al quale ha fatto seguito l'arresto cardiaco, è bene dare un secondo colpo precordiale.

Le misure di soccorso immediato, più comunemente note come rianimazione cardiopolmonare, sono finalizzate al mantenimento della perfusione degli organi vitali in attesa di interventi risolutivi. Elementi cardine della rianimazione cardiopolmonare sono la venti-



lazione polmonare e la compressione toracica. Si può ricorrere alla respirazione bocca a bocca qualora non si disponga di attrezzature adeguate (tubi endotracheali, otturatori esofagei, pallone di Ambu ecc.). Le tecniche di ventilazione tradizionali durante la rianimazione cardiopolmonare prevedono **l'insufflazione d'aria nei polmoni 10-12 volte al minuto, cioè una volta ogni 5 compressioni** se le manovre rianimatorie sono eseguite da **due soccorritori** e **due volte consecutive ogni 30 compressioni** se **una stessa persona** deve eseguire sia la ventilazione polmonare che la compressione toracica. Il ricorso a quest'ultima manovra è motivato dall'ipotesi che la compressione toracica e quindi cardiaca consenta il mantenimento della funzione di pompa, mediante svuotamento e riempimento sequenziali delle camere cardiache. Ponendo quindi il palmo della mano sinistra sulla regione inferiore dello sterno e l'altra mano sul dorso della prima, si preme abbassandolo con una frequenza di circa 80-100 volte/minuto evitando di piegare le braccia. Lo sterno dovrà essere abbassato di 3-5 cm, per poi tornare rapidamente alla posizione di partenza.

La frequenza di compressione proposta (circa 100 volte/minuto), anche quando eseguita in modo ottimale, riesce a garantire meno del 30% della normale gittata cardiaca. Dopo 30 compressioni si deve estendere il capo, sollevare il mento e praticare due ventilazioni. Posizionare quindi nuovamente in modo corretto le mani sullo sterno ed eseguire altre 30 compressioni toraciche, continuando i cicli compressione / ventilazione con un rapporto 30:2. Quando possibile, sostituire lo operatore ogni due minuti. Ogni ventilazione deve durare circa 2 secondi e, per essere efficace, deve determinare un'espansione del torace. Il soccorritore deve attendere che, dopo l'avvenuta ventilazione, il torace si svuoti completamente prima di praticare la seconda ventilazione, il che richiede circa 2-4 secondi. I cicli di rianimazione cardiopolmonare iniziano e si concludono sempre con le insufflazioni. Se si dispone da subito del defibrillatore, il suo uso immediato ha la priorità assoluta rispet-

to alla ventilazione polmonare e al massaggio cardiaco, altrimenti effettuare due minuti di RCP e poi defibrillare. Mentre è in corso la rianimazione deve essere posizionato un accesso venoso e devono essere preparati i farmaci, come ad es. l'adrenalina, per la gestione dell'arresto cardiaco.

La defibrillazione precoce (Early Defibrillation) rappresenta il maggior determinante di speranza di vita nei casi di arresto cardiaco dovuti a fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare sostenuta. Il tempo di efficacia della defibrillazione precoce nei casi di fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare sostenuta rientra nel range di 6-8 minuti dal verificarsi dell'aritmia, oltre i quali il ritmo caotico evolve in asistolia.

L'arresto cardiaco può presentarsi con diversi ritmi che possono essere suddivisi in:

- 1) Fibrillazione ventricolare / Tachicardia ventricolare senza polso
- 2) Non FV / TV quindi Asistolia e PEA o attività elettrica senza polso che è comprensiva della dissociazione elettromeccanica (EMD).

L'unica differenza a livello di trattamento tra questi ritmi, consiste nell'indicazione alla defibrillazione (FV/TV) e non (Asistolia e PEA), per il resto le procedure sono esattamente le stesse: rianimazione cardiopolmonare, somministrazione di adrenalina e correzione delle cause reversibili.

Riferimenti bibliografici

- 1) European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2010
Drie Eikenstraat 661 - BE 2650 Edegem - Belgium
Website: www.erc.edu
- 2) Braunwald E., Zipes D.P., Libby P. - Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6th Edition - 2002
- 3) Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L. - Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th Edition - 2002

Nessuno Tocchi L'ENPAM

lettera di Giacomo Milillo agli iscritti

Cari colleghi, la gravità degli attacchi rivolti alla nostra Cassa previdenziale da alcuni Presidenti di Ordine, ma soprattutto da una Società di consulenza finanziaria, che in questi giorni stanno alimentando la stampa, richiedono spiegazioni più dettagliate di quelle che possono essere fornite nei comunicati stampa. **L'ENPAM ha già dato mandato ai suoi legali di contestare sul piano civile e penale tali azioni inconsulte.** Sul piano delle accuse e delle insinuazioni saranno ormai le diverse magistrature coinvolte (contabile, civile, penale) ad avere l'ultima parola, ma sono certo che la strumentalità delle denunce emergerà senza ombra di dubbio. Io appartengo a quel gruppo di nuovi componenti del Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, comunque indenni da responsabilità riscontrabili per i "presunti fatti" denunciati nell'esposto alla magistratura, ma ritengo che neppure i precedenti consigli possano essere accusati su quella base. Penso pertanto doveroso fare il punto su quanto segue.

L'ingente patrimonio dell'ENPAM (circa 11 miliardi di euro) gode di buona salute. A tutt'oggi non ci sono perdite consolidate. I rischi di perdita non sono dovuti a clamorosi errori di gestione, ma agli effetti della crisi finanziaria del 2008 che ha sconquassato i mercati finanziari. L'Enpam ne sta uscendo con danni molto limitati, là dove altri Enti previdenziali, nonché banche e istituzioni hanno subito ripercussioni quantificabili tra il 20% ed il 50% del loro portafoglio. La denunciata perdita di un miliardo è il risultato di ragionamenti artatamente distorti. Al momento attuale subiamo solo il rischio di una "perdita potenziale" che potrà essere accertata solo nei prossimi anni, stimata dall'Ente stesso nel suo bilancio intorno a 296 milioni di euro al 31 dicembre 2010. Tale rischio di perdita è comunque in continua riduzione e potrebbe ridimensionarsi fino quasi a sparire alla scadenza del 2016. Si tratta di perdite potenziali relative a investimenti ammontanti a circa 900 milioni di euro effettuati dal 2001 al 2007. Per ridurre o azzerare le potenziali perdi-

te non c'è nulla da fare più di quello che l'Ente sta già facendo. Il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM è tutto solidalmente impegnato, con la sola eccezione di un suo componente, a riorganizzare la "Governance" dell'Ente, non solo modificando lo Statuto, ma anche riorganizzando le procedure che determinano le decisioni di gestione finanziaria, per adeguarla alle migliori pratiche internazionali, tenendo conto della mission previdenziale e non finanziaria dell'Ente. A questo proposito abbiamo chiesto ed ottenuto anche la consulenza del Prof. Mario Monti, che è stata molto apprezzata, nel merito, da tutto il Consiglio di amministrazione.

Le spese di gestione dell'ENPAM, oltre ad essere nei limiti stabiliti dalla legge, nel confronto con altri Enti e in relazione al numero degli iscritti sono da classificare fra le più basse.

I bilanci dell'ENPAM sono corretti e redatti con perizia secondo le norme di legge. In tutti i bilanci degli anni passati sono stati sempre esplicitati con chiarezza i rischi di perdita. In essi il patrimonio è espresso legittimamente al valore nominale e non a quello di mercato. Per cercare di essere chiaro senza entrare in tecnicismi, per esempio, il valore del patrimonio immobiliare espresso a valore di mercato potrebbe essere raddoppiato o quasi triplicato.

Le pensioni dell'ENPAM non sono a rischio e restano in assoluto fra quelle che garantiscono il miglior rendimento rispetto ai contributi versati. Le difficoltà reali dell'ENPAM dipendono esclusivamente dai seguenti fattori:

- imposizione improvvisa dell'obbligo di equilibrio del bilancio tecnico a 30 anni (prima era di 15 anni e noi ne abbiamo di più) con la finanziaria 2007;
- criteri indicati dai Ministeri competenti per il calcolo dell'equilibrio trentennale (raddoppiato) del bilancio tecnico che non tengono conto del valore di tutto il patrimonio reale accumulato dall'ENPAM;
- allungamento dell'attesa di vita.

Questi problemi sono conosciuti da anni e la necessità di trovare la loro soluzione è stata parte sostanziale del programma stilato da Alberto Olivetti, Vice Presidente Vicario dell'Ente, approvato dalla maggior parte degli elettori, se non dalla totalità. Per rimediare a questi problemi (e non altri, come qualcuno insinua) l'ENPAM, entro la fine dell'anno, dovrà modificare i regolamenti in modo da adempiere ai nuovi obblighi di legge. Le soluzioni individuate avranno modo di essere condivise dalla categoria attraverso gli Ordini e i rispettivi organismi di rappresentanza. Comunque, tutti i medici devono sapere che per quanto in futuro potrà essere necessario fare "sacrifici" le pensioni dell'ENPAM, fondate sulla valorizzazione del contributo all'incasso, sul modello di calcolo della pensione "retributivo-reddituale", ha determinato e determinerà, a parità di contribuzione, una prestazione finale superiore a quelle degli enti pubblici. Inoltre sia chiaro a tutti che conserveranno sempre il gradiente di qualità e quantità che le ha fino ad ora caratterizzate. Il rendimento dei versamenti fino ad ora effettuati sarà rispettato, compresi riscatti e riallineamenti, mentre potrà diminuire quello dei versamenti successivi al 2011.

Al momento non esiste alcun rischio di commissariamento. Il Ministero del Lavoro ha smentito questa notizia attraverso il componente che lo rappresenta nel Consiglio di Amministrazione

dell'ENPAM. CdA in cui sono presenti anche un componente delegato dal Ministero dell'Economia e un Componente delegato dal Ministero della Salute. I Ministeri del Lavoro e dell'Economia sono presenti anche nella composizione del Collegio dei Revisori dei Conti. Un'ipotesi di commissariamento potrebbe essere presa in considerazione dai Ministeri solo se entro la fine dell'anno non modificassimo i regolamenti in modo da rispettare il vincolo del bilancio tecnico a 30 anni.

Per scongiurare questa evenienza è necessaria la compattezza della Categoria e l'impegno dell'Ente, di tutti i Sindacati e degli Ordini per ottenere dal Governo il riconoscimento di tempi e regole più coerenti con la condizione professionale della nostra Categoria. Nel recente incontro dell'ENPAM con tutti i Sindacati del mondo medico mi è parso di cogliere le migliori intenzioni da parte di tutti. Sono fiducioso che la maggior parte dei Presidenti di Ordine nel Consiglio Nazionale dell'ENPAM che si terrà il 25 giugno, saprà riconfermare la stessa fiducia che li ha portati ad eleggere a grande maggioranza l'attuale CdA dell'Ente. L'ultimo Consiglio Nazionale della FIMMG ha riconfermato all'unanimità, particolare rilevante in questo periodo, piena fiducia nell'Ente e nel suo Consiglio di amministrazione. La FIMMG userà tutta la forza che tale mozione gli ha dato a nome di tutti gli iscritti per difendere le nostre pensioni da qualsiasi attacco.

dall'ANDI

Definizione di standard formativi minimi per la formazione dei lavoratori ex art. 37 comma 1 e 3 del d.lvo 81/08

La recente normativa relativa alla Deliberazione di Giunta Regionale n° 68 del 31.01.2011 ha previsto per tutti i dipendenti pubblici e privati percorsi formativi obbligatori in materia di sicurezza sul lavoro da conseguire tramite la frequentazione di appositi corsi di formazione riconosciuti ed accreditati dalla Regione Umbria stessa. ANDI nell'intento di fornire un servizio, sia ai propri soci sia più in generale agli abilitati all'esercizio

professionale, ha preparato ed accreditato presso la Regione uno specifico corso formativo per i dipendenti degli studi odontoiatrici ottenendone la relativa attestazione di conformità con Det. Dir. Regionale n° 3339 del 13.05.2011.



Al mio vero maestro: Giulio Del Sindaco (1928-2009)

Dott. Tiziano Scarponi

Caro Giulietto, penso che sia capitato anche a te, magari dopo aver trascorso una giornata di lavoro in maniera frenetica, di rincasare e trovare la casa vuota. I figli chissà dove, la moglie dalla sorella, te lo aveva detto ma lo avevi dimenticato, cena fredda sul tavolo con il bigliettino accanto con le solite raccomandazioni di rito. Mangi in maniera quasi automatica e per non rovinare il silenzio inusuale, una volta tanto eviti di accendere il televisore che oramai fa da sottofondo alle nostre scene domestiche. Ti siedi in poltrona con l'obiettivo di rilassarti, ma ecco che nella mente cominciano a formalizzarsi delle immagini che impediscono il rilassamento, di solito sono fatti accaduti durante il giorno che sta volgendo al termine, altre volte sono episodi lontani, volti conosciuti, anche familiari un tempo, ma che oramai fanno parte della nostra storia.

Chissà perché, ieri sera, mi sei tornato in mente tu. Come in un film che guarda a ritroso, mi sono rivisto giovane, appena laureato dentro il tuo ambulatorio che mi davi le istruzioni, come veramente è accaduto, per la "sostituzione" che avrei dovuto farti lì a pochi giorni.

"Vedi Tiziano, la medicina di famiglia è molto diversa da quella ospedaliera, qui non abbiamo a che fare con le malattie, ma con persone che possono **anche** essere malate". Allora mi sfuggiva il vero significato di questa affermazione, ma senza che me ne rendessi conto mi avevi trasmesso l'essenza della medicina generale: non numeri di letto, non casi clinici, non malati anonimi, ma persone vere con la propria vita, il proprio volto e la **nostra storia** in comune. Mi ricordo come

nel congedarmi, mi dicesti anche: "Ecco la burocrazia" e mi affibbiasti un pesante pacco con i ricettari, uno per Cassa Mutua come si faceva allora; un ricettario per l'INAM, uno per l'ENPAS.....mi avevi già trasmesso anche l'altra faccia della Medicina Generale: il fardello burocratico.

Questo episodio che ieri sera si è riaffacciato alla memoria ha evocato immagini e ricordi a cascata: il tuo aspetto all'apparenza burbero, la tua camminata lievemente zoppicante, i tuoi occhi che da dietro le immancabili lenti non capivi mai se ti rimproveravano o ti prendevano in giro. Quante volte dopo cena, alla fine della mia giornata, mentre mi recavo al bar Mokambo di via dei Filosofi per incontrare gli amici, ti vedevo uscire da casa con la borsa da medico che andavi per le ultime visite domiciliari. Quante volte, uscendo dal tuo studio dove avevo appena ultimato la mia seduta ambulatoriale contavo oltre venti clienti che stavano impassibili, senza segni di insofferenza ad aspettarti, mentre avrebbero potuto tranquillamente venire da me senza code ed attese. Non nascondo che questa "fede" nei tuoi confronti da qualche parte mi disturbava, mi dava fastidio, ma ero troppo giovane per capire ed i giovani si sa, sono sempre impazienti, hanno sempre fretta di arrivare.

"La fiducia della gente si guadagna lentamente, giorno dopo giorno" mi ripetevi "Stai tranquillo che per come ti vedo, non ti manca niente per fare la tua carriera, soprattutto se imparerai a metterti nei panni di chi ti sta davanti". "Ricordati che con il tempo i pazienti ti racconteranno tutto di loro, ti sbatteranno in faccia le loro situazioni talora paradossali, incomprensibili da capire

usando i tuoi parametri mentali di persona razionale e normale. Non ti permettere mai di giudicarli, non dare risposte in quanto non ne vogliono...".

Queste affermazioni che oggi definisco empatia, terapia centrata sul cliente di tipo Rogersiano a te venivano naturali, erano modalità operative innate e spontanee.

Quando ci incontravamo, spesso, ti facevo il resoconto delle visite effettuate: i miei sospetti diagnostici, le mie terapie e tu, con quell'ironia di cui eri

capace, commentavi sempre in maniera quasi goliardica in modo tale che anche le rare disapprovazioni erano risolte in maniera bonaria e senza colpevolizzare. Era logica che la differenza di età, la diversa esperienza formativa ogni tanto facesse capolino, pertanto qualche diversità operativa emergeva:

un maggiore ricorso alla tecnologia diagnostica da parte mia, diversa opinione sulla terapia farmacologica, una mia maggiore richiesta di consulenza specialistica, ma mai queste diverse valutazioni hanno costituito occasione per diverbi o contrapposizioni. A differenza, infatti, di molte altre "associazioni fra medico ultra massimalista e medico giovane per il rientro nei massimali" non si è consumata nessuna grave difficoltà di rapporto; ognuno nella propria specificità e perché no, anche ognuno curando i propri legittimi interessi, la nostra associazione è andata avanti per sette anni nel rispetto e nella comprensione reciproca e quando è arrivato il momento

in cui le nostre strade si sono separate, tutto è avvenuto senza particolari traumi o disappunto.

Mi ricordo anche le occasioni in cui ci si vedeva al di fuori del lavoro. Sapessi, quanto mi rendeva orgoglioso l'essere ammesso nel "tuo salotto" a chiacchierare alla pari con i tuoi amici: il professor Giulio Angeli, primario ginecologo d'Assisi, il dottor Aldo Migni, responsabile del laboratorio analisi di Foligno, il dottor Tarcisio Radicchia, psichiatra

dell'SPDC ed altri. Mi sovengono le tue battute, il tuo modo ironico e scanzonato di affrontare gli argomenti, anche quelli con contenuto serio e drammatico e soprattutto la tua calma. "Che ci posso fare se sono innamorato del mio lavoro?" Mi dicevi quando ti chiedevo se non avevi le tasche piene di correre per la città dietro alle malattie della gente. "Se trovi la voglia ed il tempo di ascoltarli, i pazienti la diagnosi te la servono sul piatto d'argento, la visita e l'esame obiettivo il più delle volte servono per una conferma dell'idea che ti sei fatto". Sono queste le parole che mi sono rimaste dentro e che mi hanno accompagnato e mi accompagnano nella mia attività e mi vergogno di me stesso perché sino ad ora non ho mai trovato l'occasione per ringraziarti di tutto dal profondo. Forse per distrazione? Forse per una mia inconscia supponenza? Forse perché da perugino verace sono un po' orso e poco abituato ai convenevoli? Non lo so. Provo a rimediare ora: grazie Giulietto.





ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

06129 PERUGIA – VIA SETTEVALLI, 131
Tel. 075/5000214 - Fax 075/5153012

Perugia, li 22/06/2011

Prot.002136 Allegati 3
Rif. N. del

Gentile Collega,

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia - Commissione Albo Odontoiatri, d'intesa e in collaborazione con gli organi preposti al controllo delle attività odontoiatriche sul territorio, rinnova l'impegno serio ed efficace per il contrasto all'abusivismo nella nostra professione.

A tal fine Ti chiede di collaborare inviandoci i dati riguardanti la Tua attività professionale, tramite la compilazione dei moduli acclusi o direttamente on-line, seguendo le istruzioni allegate.

Dal loro riscontro si otterranno degli elenchi degli studi e delle strutture che erogano, in via esclusiva o non, prestazioni odontoiatriche nel territorio della nostra provincia, nonché l'elenco di tutti gli abilitati all'esercizio dell'odontoiatria che ivi vi operano (stabili o occasionali, in qualsiasi tipo di rapporto con lo studio/struttura stesso). Tali elenchi saranno poi messi a disposizione degli operatori giudiziari e dell'amministrazione pubblica – NAS, ASL, ecc.- i quali, più agevolmente ed in maniera prioritaria potranno indirizzare la propria attività di controllo (intuitivamente privilegiando i nominativi estranei a tale elenco).

Tali elenchi saranno consultabili in internet e costantemente aggiornabili; periodicamente inoltre si provvederà alla loro diffusione tramite pubblicazioni cartacee, il tutto per consentire anche alla cittadinanza di accedere ad essi con semplicità. Naturalmente all'iniziativa, al momento opportuno, sarà data ampia risonanza tramite i media locali.

Lo scopo è evidente: **trasparenza** sui nominativi degli abilitati all'esercizio professionale operanti in ogni studio/struttura provinciale e loro immediato riconoscimento tramite fotografia, così da permettere **al cittadino, istantaneamente ed inequivocabilmente, di individuare e segnalare comportamenti che sconfinano, o potrebbero sconfinare, nell'abusivismo odontoiatrico.**

Riteniamo sia giunto il momento di una assunzione di responsabilità da parte della categoria, della necessità di dimostrare non solo a parole ma anche nei fatti che esiste la voglia di far emergere comportamenti illeciti e di ripudiare situazioni scorrette.

Questo è un primo passo che possiamo fare solamente con la Tua collaborazione.

IL PRESIDENTE
DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI
(Dott. Andrea Donati)

NOTE ALLA COMPILAZIONE

1) INFORMAZIONI SU STUDI e OPERATORI

Le informazioni richieste potranno essere fornite
a) compilando il o i moduli acclusi alla presente (copia dei moduli è scaricabile dal sito www.anagraficadentistipg.it>inserisci o modifica dati>istruzioni per la registrazione

(http://www.anagraficadentistipg.it/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=63)

ed inviandoli:

– per lettera (Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri – Via Settevalli 131 -06129 PERUGIA)

– per fax 075 5153012

– per e-mail uffici@ordinemediciperugia.it

– o consegnandoli presso i nostri uffici

b) registrandosi nel sito (www.anagraficadentistipg.it) e seguendo le istruzioni di registrazione

2) MATERIALE ICONOGRAFICO (fotografie)

La o le fotografie potranno essere

a) inviate tramite e-mail (uffici@ordinemediciperugia.it)

b) inserite direttamente nel sito contestualmente all’inserimento dei dati, previa registrazione, o in un secondo momento a registrazione dei dati avvenuta

c) rilevate da un nostro impiegato, recandosi direttamente presso la sede dell’Ordine

d) inviate tramite posta (formato tessera) (Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri – Settevalli 131 -06129 PERUGIA)

COMPILAZIONE DEI MODULI

Il modulo è diviso in due distinti fogli (form).

Il form A è indirizzato ai colleghi che rivestono il ruolo di titolari, responsabili legali o direttori sanitari di studi o strutture OPERANTI NEL TERRITORIO PROVINCIALE.

Ogni sanitario di cui sopra dovrà compilare un singolo modulo per tutte le strutture/studi di cui è responsabile (nel caso rappresentasse più di due strutture il form va duplicato).

Saranno da inserire nel form tutti e solo gli abilitati all’esercizio dell’odontoiatria (iscritti all’Albo omonimo presso l’Ordine dei Medici) operanti nella struttura, inclusi gli eventuali iscritti all’Ordine in altra provincia

Nel data base dell’Ordine le varie voci saranno

riportate così come inserite per cui si richiede massima attenzione nella compilazione; in particolare l’ intestazione dello studio o struttura sarà inserita in ordine alfabetico considerando la prima parola non articolo o non “DR.” o consimili (ad es. “Studio dentistico Rossi” sarà inserito come voce iniziante per “s” per cui, se preferito, si invita a scrivere “Rossi studio dentistico” o “dr. Rossi studio dentistico”).

Le strutture/studi ed i sanitari indicati nel form confluiranno in due distinti data-base che permetteranno al consultatore di reperire informazioni dettagliate per entrambe le categorie

Tutte le informazioni richieste sono obbligatorie.

In particolare è fondamentale che sia presente un recapito e-mail: tutti i soggetti (non solo i responsabili di studio/struttura ma anche gli altri odontoiatri) che forniranno un indirizzo e-mail riceveranno una password per operare all’interno del proprio data-base presso il sito dell’Ordine (www.anagraficadentistipg.it) per apportare le modifiche che nel tempo si renderanno necessarie.

Tutti coloro i cui dati sono inseriti nel form A devono sottoscrivere l’autorizzazione al trattamento dei dati personali (privacy).

Il secondo form (B) sarà compilato solo da coloro che operano in strutture non inserite nell’elenco (es. non ancora inserite, strutture fuori provincia, ecc.). Essendo lo scopo dell’iniziativa quello di raccogliere **i dati delle strutture/studi operanti nel territorio** si invitano i colleghi a prediligere ed a far compilare principalmente il form A
Per la compilazione valgono le regole precedentemente indicate.

FORMA

1) Legenda “qualifica”

- Titolare
- Cotitolare
- Direttore Sanitario
- Consulente
- Dipendente
- Altro

Form A - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Per l'iscrizione al registro anagrafico delle strutture abilitate all'esercizio e degli esercenti la professione odontoiatrica nella provincia di Perugia

* * * *

Il/lo Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

C.F. _____ iscr.pr.l'Ordine dei Medici di _____

.....informazioni confidenziali che non saranno incluse nel data base.....

recapito postale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER LE FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, RILASCIATA LA SEGUENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ'

Il Sottoscritto in qualità di

titolare contitolare direttore sanitario

dello studio/struttura denominato/a _____

sito in _____ n° _____ CAP _____

città _____ dichiara che in detta struttura operano continuativamente od occasionalmente i seguenti **abilitati all'esercizio della professione odontoiatrica:**

- 1) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 2) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 3) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 4) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 5) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
- * * * * *

Il Sottoscritto in qualità di

titolare contitolare direttore sanitario

dello studio/struttura denominato/a _____

sito in _____ n° _____ CAP _____

città _____ dichiara che in detta struttura operano continuativamente od occasionalmente i seguenti **abilitati all'esercizio della professione odontoiatrica:**

- 1) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 2) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 3) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 4) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
 - 5) titolo _____ cognome e nome _____
qualifica (1) _____
- * * * * *

nominativi e recapito dei sanitari operanti nelle strutture/studi citati

dott./dott.ssa _____

C.F. _____ iscr.pr.'Ordine dei Medici di _____

.....informazioni confidenziali che non saranno incluse nel data base.....

recapito postale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

dott./dott.ssa _____

C.F. _____ iscr.pr.'Ordine dei Medici di _____

.....informazioni confidenziali che non saranno incluse nel data base.....

recapito postale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

dott./dott.ssa _____

C.F. _____ iscr.pr.'Ordine dei Medici di _____

.....informazioni confidenziali che non saranno incluse nel data base.....

recapito postale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

dott./dott.ssa _____

C.F. _____ iscr.pr.'Ordine dei Medici di _____

.....informazioni confidenziali che non saranno incluse nel data base.....

recapito postale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

I sottoscritti si impegnano a comunicare all'attenzione dell'Ordine Provinciale di Perugia qualsiasi variazione subentrasse nei dati forniti. Inoltre si solleva l'Ordine da qualsiasi imprecisione, errore o mancato aggiornamento di tali dati dovuto ad una corrente, erronea o intempestiva comunicazione degli stessi.

PRIVACY - I sottoscritti autorizzano l'Ordine provinciale dei medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia a conservare, elaborare e pubblicare i dati soprascritti tramite mezzi informatici e cartacei nelle misure e nei modi consentiti dalle leggi vigenti.

Data _____

nome e firma _____
(titolare o responsabile legale)

nome e firma _____

nome e firma _____

nome e firma _____

nome e firma _____

Form B - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Per l'iscrizione al registro anagrafico degli esercenti la professione odontoiatrica
nella provincia di Perugia

* * * *

Ill.mo Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

C.F. _____ iscr.pr.l'Ordine dei Medici di _____

-----informazioni confidenziali che non saranno incluse nel data base-----

recapito postale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, RILASCIATA LA SEGUENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ'

in qualità di operatore, in via continuativa ovvero occasionale, in quanto **abilitato all'esercizio della professione odontoiatrica**

dichiara

di svolgere la propria attività presso lo studio/struttura denominato/a _____

_____, sito in _____

n° _____ CAP _____ città _____ il/i cui titolare/i ovvero direttore sanitario

responsabile è/sono il/la dr./dr.ssa _____

di svolgere la propria attività presso lo studio/struttura denominato/a _____

_____, sito in _____

n° _____ CAP _____ città _____ il/i cui titolare/i ovvero direttore sanitario

responsabile è/sono il/la dr./dr.ssa _____

di svolgere la propria attività presso lo studio/struttura denominato/a _____

_____, sito in _____

n° _____ CAP _____ città _____ il/i cui titolare/i ovvero direttore sanitario

responsabile è/sono il/la dr./dr.ssa _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'attenzione dell'Ordine Provinciale di Perugia qualsiasi variazione subentrasse nei dati forniti. Inoltre si solleva l'Ordine da qualsiasi imprecisione, errore o mancato aggiornamento di tali dati dovuto ad una carente, erronea o intempestiva comunicazione degli stessi.

PRIVACY - Il sottoscritto, avendo ricevuto il nulla osta anche dal responsabile legale delle strutture citate, autorizza l'Ordine provinciale dei medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia a conservare, elaborare e pubblicare i dati soprascritti tramite mezzi informatici e cartacei nelle misure e nei modi consentiti dalle leggi vigenti.

Data _____

firma _____

Diversi modi di praticare la medicina

Prof. Giorgio Silvestri

La **medicina Curativa**, quella che il medico mette in atto ogni giorno con dignità verso se stesso e con rispetto verso chi soffre, è l'insieme delle attenzioni riservate ai malati affinché possano riprendere, il più presto possibile, l'attività svolta. Una professione difficile e delicata, abitualmente eseguita con elevato senso del dovere. Una professione che richiede da parte del professionista un'attenzione tutta particolare, non di rado confinante con un vero e proprio sacrificio: tra i più nobili che esistano. Lo dicevano anche i Latini "Divinum opus lenire dolorem", nei secoli ormai lontani. Si può essere costretti a letto e a chiamare un medico. Che viene subito a casa, visita con cura e con

la dovuta pazienza. Chi non sta bene non si diverte, e nessuno più del medico lo sa! Talvolta è necessario molto tempo per chiarire una sintomatologia, anche lieve. Molto di più se il quadro clinico impone esami radiografici, culturali e di biologia molecolare, non sempre facilmente interpretabili, talvolta addirittura assai sofisticati.

Con la **medicina Preventiva** invece, il fine è evitare il contagio, in altre parole di infettarsi con germi, in specie batteri e virus. Ma si può essere colpiti da patologie cliniche, con malessere generale, dolori variamente localizzati, vomito oppure da turbe cardio-circolatorie, ad esempio crisi di ipertensione arteriosa o abbassamento della pressione stessa, per sofferenza di alcune ghiandole endocrine (surreni, tiroide, ad esempio). Soddisfacenti

risultati danno le vaccinazioni, in particolare quelle eseguite su vasta scala. Il vaiolo è stato già debellato e la P.A.A. è sulla stessa via. Oggi si muore in numero minore per tumori maligni. La strada è ancora in salita e l'obiettivo primario resta la diagnosi precoce. Il trattamento è a base di terapia chemio e radiante. Con la guida di specialisti oncologi e insieme di genetisti esperti.

La **medicina Predittiva** (da KHAN A. "La médecine du XXI siècle. Des gènes et des hommes", Bayard, Paris, 1996, definita "la più grande sfida della nostra società"), è oggi sul punto di essere diffusa nella popolazione dai Medici che la conoscono e sono pronti ad applicarla. Certo, molto dipenderà dall'atteggiamento del pubblico, di paura o di consapevolezza, meglio di responsabilità. Verso se stessi e i familiari di fronte al nuovo modo di attuare la medicina. E anche dal convincimento dei medici, in



particolare quelli di medicina generale, quasi sempre a contatto diretto per primi con i pazienti e i loro congiunti. E poi "la conoscenza, da parte del medico, dell'assistito e dell'intera famiglia, della sua personalità e del suo carattere riveste un grande valore. Non sempre i test genetici potranno essere prescritti e nemmeno consigliati. Se alle premesse corrisponderanno i fatti, il tentativo di conoscere l'avvenire biologico di una persona avrà un significato grandioso. A fronte del rischio di entrare in uno stato depressivo per essere venuto a conoscenza di una predisposizione ad una patologia grave,

sia pure solo con probabilità, sta il beneficio di poter contrastare l'insorgenza, o quanto meno controllarne il decorso. "Però la malattia potrebbe anche non presentarsi mai. Quando sarà attuabile nell'uomo, si potrà pensare alla terapia genetica". Insomma, l'individuo in salute non potrà far finta di nulla, di fronte alla possibilità di sapere il suo avvenire sottoponendosi ai test genetici, e se determinate patologie gravi, tumorali, hanno già colpito la sua famiglia. Lo scopo cui tendere, non facile, è di non ammalarsi. Purtroppo, nei tumori maligni quando un solo sintomo clinico è presente, spesso è già tardi per intervenire con efficacia. In breve, la medicina predittiva si pone a un "malato". La speranza è che, grazie alla nuova medicina, si possa realizzare un trattamento efficace contro le predisposizioni ereditarie a numerose malattie. Ma vi è un passaggio critico da superare: **"l'uomo vorrà sapere il suo futuro genetico?"** Se la risposta sarà positiva, si può sperare. Se la risposta sarà un "no", la nuova medicina avrà un impatto piuttosto difficile.

Rettangolarizzazione della curva di sopravvivenza Si tratta di uno sguardo panoramico sul correre dei secoli!. Cioè la valutazione che fa riflettere molto sull'andamento dei numeri della sopravvivenza umana nel tempo. Da esso emerge che la curva era largamente concava nell'anno 1000, quasi rettilinea nel secolo scorso. E la linea è attualmente convessa, tendendo a divenire rettangolare sempre di più almeno nei paesi industrializzati. Ma Dausset la ritiene un'utopia (WALFORD R.L., 1960). "Sta per aprirsi davanti a noi, una nuova tappa della conoscenza del "SELF", non grazie all'introspezione, alla psicanalisi o all'oroscopo, ma secondo dati obiettivi di ordine genetico (DAUSSET J., 1998). Il quale aggiunge: " È la prospettiva per ciascuno, potremmo dire in un secolo, di sapere quello che a lui riserva il suo

genoma. che può sembrare spaventosa a molti. Ma è più saggio nascondere la testa sotto le ali piuttosto che vedere per fronteggiare? Oppure, per la prima volta, si potranno conoscere non soltanto le malattie che lo minacciano ma anche quelle che potrebbe trasmettere alla sua discendenza e, di più, le sue tendenze caratteriali, le sue qualità e i suoi difetti." (DAUSSET J., " Clin d'oeil à la vie", Odile Jacob- Sciences, Paris, 1998). L'andamento è solo un'ipotesi, come accennato, più o meno fantastica che appartiene al futuro (2050). Tuttavia da verificare, da parte di coloro i quali saranno presenti. È l'ipotesi dello stesso WALFORD R.L., espressa nel 1960. Quest'ipotesi significherebbe una vita lunga senza alcun patema fisico e mentale, che finirà intorno a 100, 120 anni con la morte naturale. Tutto ciò sarebbe fantastico! E quale potrà essere l'impatto effettivo dell'uomo di fronte alle più avanzate conoscenze del suo patrimonio genetico? E le possibilità di esplorarlo fino in fondo? È questo un punto di importanza essenziale e tutto da scoprire. L'ottimismo è sempre auspicabile, ma deve essere, in ogni caso, valutato con molta attenzione. In tema di genoma umano, capitolo IV della Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina, Consiglio d'Europa di Strasburgo, 1997, il professor BURGIO ricorda alcuni articoli nei quali si parla di TEST GENETICI, di terapia genica e di collegamenti eventuali di parti del genoma, con segni o sintomi patologici: affermando che essi sottendono e, al contempo, promuovono importanti considerazioni etiche. BURGIO così conclude: "l'auspicio, elementare e nel contempo ancora una volta solenne anch'esso, è che l'uomo domini questo progresso e non ne venga travolto (BURGIO G.R., "ETICA E GENETICA". Rivista Italiana di pediatria, 26,522,2000)".

RIMBORSO IRAP

Due sentenze della Cassazione (n. 10271 e 10295 depositate il 10 maggio 2011) ha riconosciuto il diritto al rimborso Irap a due medici convenzionati che oltre a non avere autonoma organizzazione avevano lo studio in affitto, nel rispetto delle attrezzature richieste

dal rapporto convenzionale.

La soggettività passiva resterebbe invece per coloro che hanno una struttura e una organizzazione che esorbita da quanto richiesto nella convenzione (personale dipendente, attrezzatura rilevante).

Il problema è stato affrontato dall'Agenzia delle Entrate anche con la circolare 28/E del 2010.

Ancora sui Certificati di malattia

Di seguito pubblichiamo una circolare della Regione Umbria relativa all'obbligo del rilascio da parte delle strutture pubbliche delle certificazioni di malattia e delle modalità attuative.

Approfittiamo dell'occasione per fornire dei chiarimenti riguardo ai certificati di malattia telematici e alla validità, in questa fase, dei certificati cartacei.

In particolare allo stato attuale della normativa, i certificati di malattia cartacei sono tuttora pienamente validi se rilasciati: 1) dai medici liberi professionisti, compresi i sostituti dei medici di medicina generale, ancora non in possesso delle credenziali per il rilascio telematico; 2) dai medici convenzionati qualora al momento

della certificazione non siano in grado di inoltrare il certificato telematico per malfunzionamenti del sistema generale o di quello utilizzato dal medico;

3) dai medici dipendenti che certifichino in dimissione dal DEA e/o da ricovero ospedaliero. In tutte queste situazioni, quindi, resta attiva la possibilità di certificare in forma cartacea, fino alla messa a punto complessiva del sistema.

Di conseguenza il datore di lavoro del paziente-lavoratore è tenuto ad accettare l'eventuale certificato cartaceo rilasciato dal medico.

Si ricorda che, in queste situazioni, non è ovviamente applicabile alcuna sanzione, né disciplinare né di altro tipo, nei confronti del medico.



Data: 1/05/2011



Alle Direzioni Generali
delle Aziende Usi n. 1, 2, 3, 4
e delle Aziende Ospedaliere dell'Umbria
LORO SEDI

Prov. n. Regione Umbria - Stato Regionale

Oggetto: DPCM 26/3/2008 e DM 19
marzo 2010: trasmissione telematica
dei certificati di malattia; indirizzi
attuali

Prot. Uscita del 1/05/2011
nr. 0089/43
Cassella 30/1 e

In osservanza alle indicazioni impartite con circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2011/DFP/DCI ed a seguito di quanto emerso negli incontri del 25 Febbraio 2011 e del 30 Marzo 2011 con i rappresentanti delle Aziende sanitarie regionali, vengono definiti i seguenti indirizzi attuali per la diffusione sul territorio regionale del progetto certificazione di malattia telematica:

Nel ribadire l'obbligo della certificazione di malattia a carico di tutti i medici dipendenti del servizio sanitario, si definiscono le modalità graduali di attuazione del progetto nelle seguenti aree assistenziali:

1) Degenza ospedaliera:

La circolare n. 1/2011/DFP/DCI, stabilisce che i documenti di attestazione di ricovero e dimissione, compreso il certificato con l'eventuale prognosi lavorativa post ricovero, siano rilasciati al lavoratore in forma cartacea, in attesa della definizione, a livello nazionale, delle iniziative tecniche ed organizzative necessarie alla loro gestione nell'ambito del sistema telematico. Pertanto si conferma la prassi attuale di rilascio dell'attestazione di ricovero in formato cartaceo e si invitano le Direzioni aziendali a mettere in atto le azioni opportune affinché sia garantita al paziente, al momento della dimissione, anche la documentazione cartacea attestante l'eventuale prognosi lavorativa post ricovero, su modulistica rilasciata dall'Azienda.

2) Area ambulatoriale:

Valutata la difficoltà di procedere ad una informatizzazione estesa di tutti i servizi ambulatoriali si stabilisce di procedere, in prima applicazione, con i servizi che svolgono attività di chirurgia ambulatoriale, pertanto si invitano le Direzioni a garantire l'attivazione della certificazione con modalità telematica presso tutti i servizi che svolgono attività chirurgica in regime ambulatoriale entro il 30 Giugno 2011. Dopo tale data, quindi a partire dal 1 Luglio 2011, presso i servizi che svolgono attività chirurgica ambulatoriale dovrà essere garantita la certificazione di malattia in modalità telematica. Considerato che la certificazione di malattia nelle restanti aree della diagnostica e della specialistica ambulatoriale è occasionale e sporadica, si stabilisce che le certificazioni potranno essere prodotte in forma cartacea fino al 31/12/2012, non sussistendo le condizioni tecniche per l'avvio procedimenti disciplinari per il decreto 1/2011/DFP/DCI.

3) Pronto soccorso

Al fine di evitare che la certificazione di malattia telematica interferisca con l'attività critica delle strutture di Pronto Soccorso si invitano le Aziende in indirizzo ad avviare le azioni necessarie ad integrare i sistemi informativi del Pronto soccorso con la funzione di certificazione on line, così da rendere contestuale l'eventuale compilazione del certificato con la redazione del verbale di Pronto Soccorso. Tali azioni, congiuntamente alle attività di formazione per i medici interessati, dovranno concludersi entro e non oltre il 30 Settembre 2011.

Al fine di evitare l'utilizzo inappropriato dei servizi di emergenza-urgenza si dispone inoltre che, in prima applicazione, il Pronto Soccorso produrranno il certificato telematico per i codici di accesso più critici (giallo e rosso). Nelle more dell'attivazione dell'integrazione informatica ed al fine di evitare disagi ai pazienti si continuerà ad operare con le modalità attuali.

Si riafferma infine, come chiarito nella già citata circolare 1/2011, che affinché si configuri l'ipotesi di illecito disciplinare devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa e che l'applicazione delle sanzioni dovrà avvenire con criteri di gradualità e proporzionalità. Pertanto, in attesa della definizione dei "provvedimenti per la regolamentazione degli aspetti procedurali e di dettaglio legati ai procedimenti disciplinari da parte delle Regioni, per tramite della Conferenza delle Regioni e della Conferenza Stato-Regioni" (circulari 1/2011/DFP/DCI), al fine di evitare alle Aziende sanitarie di incorrere in inutili contenziosi e dipendere risorse, si dispone quanto segue:

1. Le Aziende provvederanno alla sospensione di eventuali provvedimenti disciplinari già attivati a seguito di segnalazione;
2. Le Aziende non attiveranno nuovi provvedimenti disciplinari, a seguito di segnalazione;
3. Le Aziende continueranno ad assolvere al compito di segnalare la ricezione di certificazione cartacea di malattia pervenuta al di fuori delle eccezioni previste dalla circolare richiamata.

La Regione comunicherà ulteriori disposizioni a seguito di specifica valutazione della numerosità e complessità delle segnalazioni di inosservanza dell'obbligo di trasmissione telematica che pervengono alle Aziende sanitarie dai dati di lavoro (per il decreto 1/2011/DFP/DCI).

Resta inteso che ogni ulteriore indirizzo disposto a livello nazionale verrà immediatamente recepito e comunicato.

Cordiali saluti

Il Dirigente del Servizio
Dott.ssa Paola Casucci
Paola Casucci

Diagnosi precoce del deterioramento cognitivo in una prospettiva di potenziamento della “cura centrata sulla persona”: approccio integrato tra medicina generale, neurologia clinica ed antropologia medica.

Prima parte

Resoconto del progetto regionale di ricerca finalizzata Bando 2008 “sfida alla disabilità”.

Lucilla Parnetti, Chiara Padiglioni, Sara Mastrocola, Claudia De Carlo, David Giannandrea (Centro Disturbi della Memoria, Clinica Neurologica, Università degli Studi di Perugia)

Giovanni Pizzi, Elisa Pasquarelli, Andrea Ravenda (Sezione Antropologica del Dipartimento Uomo e Territorio, Università degli Studi di Perugia)

Tiziano Scarponi (SIMG PERUGIA)

In un’ottica di razionalizzazione del percorso diagnostico per il deterioramento cognitivo e di efficace collaborazione tra territorio e centri specialistici di secondo livello, è fondamentale che il medico di medicina generale (MMG) disponga di uno strumento di rapida somministrazione, ecologico ed affidabile per identificare i pazienti con disturbi cognitivi anche solo iniziali che necessitano di accedere ad un Centro Diagnostico di secondo livello per ulteriore tipizzazione diagnostica. A tutt’oggi non esiste una chiara e condivisa modalità comportamentale del MMG nei confronti della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo.

Negli anni 2002-2005 è stato creato e validato uno strumento di screening specificamente rivolto al MMG, il Basic Italian Cognitive Questionnaire, BICQ, la cui accuratezza ed affidabilità è stata testata su oltre 900 soggetti reclutati da circa 50 MMG di Perugia e di Roma (Giacquinto e Parnetti, *Mechanisms of Ageing and Development*, 2006) sotto la coordinazione della Clinica Neurologica di Perugia, Centro Disturbi della Memoria (Responsabile: Dott.ssa Lucilla Parnetti).

Partendo da tali presupposti è stato realizzato un progetto regionale di ricerca finalizzata Bando 2008 “sfida alla disabilità”, finanziato dalla Regione Umbria, che ha visto come protagonisti medici di un Centro di 2° livello, medici di me-

dicina generale ed antropologi. Tale progetto, che ha avuto come obiettivo principale l’ottimizzazione della diagnosi precoce attraverso la massima collaborazione tra medici di medicina generale e Centro di 2° livello, ha previsto sin dall’inizio la parallela attivazione del percorso antropologico-medico quale parte integrante dell’approccio globale alla malattia.

Il punto di riferimento per l’intera ricerca è stato il Centro Disturbi della Memoria, Unità Valutativa Alzheimer, Clinica Neurologica, Azienda Ospedaliera di Perugia, che valuta ogni anno circa 1500 pazienti ambulatoriali che afferiscono per la diagnosi e cura di deficit cognitivi. Esso è coordinato dalla Dott.ssa Lucilla Parnetti, geriatra e neurologa, docente di Neurologia, e lo staff è composto da medici specialisti in formazione in Neurologia /Chiara Padiglioni, Sara Mastrocola, Claudia De Carlo, David Giannandrea) e da psicologi psicometrismi (Innocenza Rizzato, Viviana Lisetti).

La ricerca è stata ufficialmente inaugurata con un incontro tra i neurologi del Centro Disturbi della Memoria, i medici di Medicina Generale che hanno aderito all’iniziativa fatta circolare per e-mail (numero totale: 24) e gli antropologi, il cui ruolo è stato quello di osservare e monitorare il lavoro sia dei MMG sia dei neurologi del Centro Disturbi della Memoria con la tecnica etnografica, come di seguito riportato. Durante tale incontro è stata distribuita copia cartacea – seguita poi da copia elettronica per e-mail – del questionario BICQ, del registro ambulatoriale e del testo del progetto, insieme ai recapiti telefonici ed e-mail dei medici del Centro Disturbi della Memoria e degli antropologi coinvolti. È stato quindi spiegato il percorso del progetto che prevede due diverse modalità di partecipazione dei MMG, come utilizzatori del BICQ (gruppo BICQ) oppure agenti come di consueto (gruppo controllo o non-BICQ). Infatti, secondo le linee del protocollo, i MMG del gruppo BICQ

dovevano somministrare a tappeto il questionario BICQ a tutti gli assistiti di età uguale o superiore ai 60 anni che sarebbero afferiti al loro ambulatorio, inviando poi al Centro tutti coloro che avessero ottenuto un punteggio patologico (≤ 9). I MMG del gruppo non-BICQ (gruppo di controllo) erano invece tenuti ad agire di fronte al sospetto di deterioramento cognitivo come di consueto, documentando le scelte di approfondimento diagnostico e gli esiti finali degli esami clinici prescritti nell'apposito registro periodicamente ritirato nel corso delle visite effettuate dagli antropologi. I MMG si sono quindi distribuiti liberamente fra i due gruppi BICQ e non-BICQ suddividendosi peraltro in maniera equa (12 vs 12).

Nel mese di settembre 2010 una nuova riunione del gruppo composto dalla équipe neurologica, da quella antropologica e dagli MMG coinvolti, ha effettuato un ampio bilancio della prima fase, valutandone i risultati e rilanciando la collaborazione.

Sono stati segnalati da parte degli MMG alla Unità Neurologia un totale di 22 pazienti secondo lo schema seguente: n.4 dal Dr Ciuchi, n.7 dal Dr Buresta, n.1 dal Dr De Girolamo, n.4 dal Dr Sansone, n.3 dal Dr Berardi, n.1 dal Dr Dominici, n.2 dal Dr Baglioni. Di questi 4 pz hanno rifiutato la prima visita, 8 pz sono stati rivalutati insieme alla Dr Parnetti (di questi n.1 pz è risultato nella norma, n.2 pz con deterioramento cognitivo di grado moderato-severo, n.3 pz con deterioramento cognitivo lieve meritevole di approfondimento con esame liquorale, n.2 pz con deterioramento cognitivo lieve meritevole di follow-up clinico). I restanti pazienti sono tuttora in corso di ulteriore rivalutazione.

Nella seconda fase l'équipe antropologica coordinata dal Prof. Giovanni Pizza (docente di antropologia medica, antropologo coordinatore), Andrea Ravenda (dottore di ricerca, etnografo), Elisa Pasquarelli (dottoranda di ricerca, etnografa), ha proseguito la ricerca su due direttrici: l'osservazione etnografica permanente del lavoro diagnostico-terapeutico condotto dalla équipe di neurologi presso il Centro Disturbi della Memoria, ed una inchiesta etnografica parallela condotta sui gruppi di medici di medicina generale coinvolti nella ricerca sul rilevamento precoce del deterioramento cognitivo. In tale periodo è andato *fortemente consolidando* il

rapporto di stretta collaborazione con l'équipe neurologica che ha reso stabili risultati in termini di traducibilità delle reciproche prospettive teoriche e pratiche fra il percorso 1 medico-clinico e il percorso 2 antropologico-medico. Consideriamo tale esito il primo importante risultato irreversibile di una fase operativa che si è rivelata più avanzata nell'evidenziare forti potenzialità collaborative e finalizzate, fra ricercatori di neurologia e di antropologia medica della Università di Perugia. Un esito nuovo anche nel campo nazionale in cui a tutt'oggi non risultano collaborazioni di questo tipo.

La diagnosi precoce del deterioramento cognitivo: panoramica sulle opinioni ed attitudini di medici di medicina generale e neurologi

È stato evidenziato che i medici di famiglia reputano che l'approccio al malato di Alzheimer debba avere un impianto multidisciplinare (Gardner, Foreman, Davis, 2004) ed innestarsi su un terreno di collaborazione assidua fra i vari operatori coinvolti nel suo "trattamento": specialisti, operatori sociosanitari, professionisti impiegati nelle strutture territoriali o in centri di riferimento, sia per quel che riguarda la valutazione ed il monitoraggio delle funzioni fisiche e cognitive, sia per quel che concerne la reperibilità di informazioni, consigli e pareri da parte dei famigliari. Al dispiego di un'assistenza primaria valevole, tuttavia, occorre la piena integrazione del medico di famiglia nei percorsi molteplici seguiti dal malato la quale può solo radicare nel superamento delle difficoltà spesso individuate di comunicazione con gli specialisti e con i servizi socio-sanitari (Hinton *et al.* 2007). In Italia i medici di medicina generale tendono ad indirizzare l'assistito direttamente dal neurologo, figura di riferimento per la comprensione di quei sintomi che minacciano l'esistenza della malattia e utile anche alla loro propria pratica professionale, ma in seguito lamentano il fatto di non venire coinvolti dallo specialista nelle decisioni che prende e di restare all'oscuro delle informazioni che ha ricavato attraverso le sue analisi. Ciò è indicativo di una distanza (reale o percepita) fra lo specialista nella gestione della patologia degenerativa e il medico di famiglia nella gestione delle esigenze di salute che normalmente gli vengono sottoposte. È una distanza che infonde, tanto all'assistenza primaria quanto alla pratica specialistica, lacune di

conoscenza relative allo stato di salute del paziente che si risolvono nella frammentazione e dispersione di punti di riferimento per il malato e i suoi famigliari e che impedisce la creazione di uno spazio sanitario-assistenziale in cui realmente, e sempre, il soggetto possa essere inteso e vissuto in modo “globale”.

Peraltro, il medico di medicina generale è stato individuato come la figura professionale di riferimento per il consolidamento della prassi della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo in quanto rivestirebbe una posizione privilegiata per il rilevamento tempestivo, e la valutazione corretta, di quei primi subdoli segnali di declino cognitivo che potrebbero evolvere in una patologia degenerativa: in particolare, è stato sottolineato il vantaggio che i medici di medicina generale potrebbero trarre dalla conoscenza previa del paziente e del suo stato di salute complessivo nonché dall’accesso ai suoi famigliari per raccogliere ed interpretare correttamente informazioni fondamentali e dare così avvio coerente a processi istituzionali di approfondimento diagnostico mirati. Nondimeno, i medici di medicina generale non garantiscono diagnosi accurate in questo senso (cfr. Hansen *et al.* 2008, Cantegreil-Kallen *et al.* 2005, Wilkinson *et al.* 2004).

Studi socioantropologici condotti con i medici di medicina generale hanno messo in luce alcuni principali impedimenti dichiarati o vissuti da essi:

- i medici di medicina generale descrivono il proprio ruolo nella diagnosi precoce della malattia di Alzheimer come limitato, nelle sue potenzialità cliniche, da una percepita “incapacità”, espressa più o meno esplicitamente come mancanza di fiducia nella propria abilità a valutare la demenza (Hinton *et al.* 2007)
- i medici di medicina generale possono esperire delle difficoltà emotive nell’accettare questo tipo di diagnosi nei loro assistiti (Cantegreil-Kallen *et al.* 2005)
- alcuni medici di medicina generale non ritengono la diagnosi precoce del deterioramento cognitivo veramente utile per l’assistito in quanto non esistono rimedi farma-

cologici efficaci per contrastarlo, quindi a loro parere non farebbe che allungare il periodo della eventuale malattia (Hansen *et al.* 2008),

- per i medici di medicina generale potrebbe essere difficoltoso inserire la somministrazione di test di screening per la valutazione cognitiva nella pratica clinica quotidiana, in quanto il tempo dedicabile a ciascun assistito è sostanzialmente ridotto a circa quindici minuti,
- alcuni medici di medicina generale hanno dichiarato di sentirsi privi di strumenti efficaci e maneggevoli per la gestione della demenza.

Rispetto a questi due ultimi punti, il BICQ costituisce una risposta, in quanto nato proprio per fornire alla pratica generalista uno strumento di screening per la valutazione cognitiva che risultasse agevole nella somministrazione e nell’interpretazione dei risultati, infatti, richiede poco tempo per essere sottoposto al paziente e al famigliare, non abbisogna di una preparazione formativa precedente, e il punteggio finale ottenuto dal paziente viene rapidamente e facilmente compreso come “patologico” se ≤ 9 oppure “non patologico” per un punteggio superiore.

Attraverso le interviste etnografiche è emerso che, nella pratica clinica quotidiana, nessuno dei medici di medicina generale coinvolti nello studio utilizza lo strumento di screening per la valutazione cognitiva che hanno in dotazione, cioè il Mini Mental State Examination (MMSE). Questo è stato motivato sia con la propria incapacità di somministrarlo e interpretarlo – e in questo essi si allineano a quanto rilevato nella letteratura sopra riportata - sia con la messa in primo piano del dispiego di un sapere intuitivo verso la comprensione di possibili disturbi cognitivi nei loro assistiti.

La capacità di interpretare il problema eventuale dell’assistito dispiegando la conoscenza che il medico di medicina generale, via via, accumula su ciascuno è stata individuata come una prerogativa, non come un limite: cambiamenti di umore o personalità, cali nella cura di sé, dimenticare appuntamenti o assunzione di tera-

pie, per fare alcuni esempi, sono episodi che il medico di medicina generale è in grado di integrare in una comprensione individuale e personalizzata su cui potrebbe, in certi casi, sorgere un "sospetto diagnostico" coerente. In parte, i medici di famiglia intervistati hanno riconosciuto questa "abilità" professionale pur ammettendo, però, che la consulenza specialistica era indispensabile per inquadrare in maniera esatta il loro sospetto e/o i disturbi riferiti da assistiti o loro famigliari. I medici di medicina generale intervistati, di fronte a disturbi di memoria intuiti o riferiti, si rivolgono in via preferenziale e diretta ad uno specialista che può essere un neurologo o un geriatra, con una certa prevalenza del primo profilo rispetto al secondo; alcuni, però, hanno sostenuto di procedere alla prescrizione di alcuni esami strumentali tipicamente adottati per l'esclusione di cause secondarie del disturbo cognitivo prima di coinvolgere lo specialista.

Nessuno dei medici di medicina generale intervistati ha espresso riserve verso la validità della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, la cui utilità era rimandata alla possibilità di ritardare l'insorgenza della demenza o delle sue manifestazioni più critiche: in questo senso, le loro risposte si discostano sensibilmente da certe risultanze degli studi condotti nel campo delle scienze sociali, perché il "prolungamento della malattia" non viene visto come dannoso, ma come auspicabile. Tuttavia, e questo è un dato molto significativo, tutti consideravano la gestione iniziale, diagnostica, del deterioramento cognitivo pertinenza esclusiva di uno specialista. Questo implica, in linea generale, che i soggetti inviati per approfondimento diagnostico da un neurologo (o, meno frequentemente, da un geriatra) solo in rarissimi casi recavano già informazioni cliniche di conforto al primo sospetto diagnostico, derivate da indagini strumentali o, più semplicemente, dal risultato "patologico" di un rapido test di screening.

Dalle interviste emergono due filoni principali di interpretazione dei medici di medicina generale dell'utilità riconosciuta della diagnosi precoce:

1) favorisce l'introduzione di terapie farmacologiche in grado di rallentare l'evoluzione e/o ritardarne l'insorgenza;

2) favorisce la presa di coscienza in ambito domestico ed intrafamiliare della situazione, soprattutto degli aspetti che più ricadono sui membri del nucleo famigliare del malato in termini affettivi e di assistenza quindi consente di impostare il futuro e di vivere la malattia con "gradualità".

Entrambe le posizioni sono riverberate dalle opinioni espresse da alcuni neurologi per i quali l'utilità della diagnosi precoce, stando alle dichiarazioni rilasciate in sede di intervista, ha queste motivazioni:

1) i farmaci disponibili producono un effetto più duraturo e soddisfacente quanto prima vengono introdotti;

2) consente di impostare il futuro sia per quel che concerne il risvolto emotivo che una simile diagnosi può avere (come presa di coscienza graduale e non d'impatto netto) e relativamente alle urgenze di stampo assistenziale che importa nell'ambiente domestico e famigliare, nei termini di una organizzazione progressiva e ottimale della stessa;

3) nell'aspettativa di un futuro perfezionamento scientifico di farmaci efficaci, le persone che hanno ricevuto una diagnosi precoce di deterioramento cognitivo potranno beneficiarne prima e con maggiori speranze di esiti favorevoli.

I rischi di (auto)stigmatizzazione, isolamento sociale, depressione che una simile diagnosi potrebbe rivestire per le persone che non sono destinate a manifestare demenza o evolutività non sono emersi come elementi problematici nei discorsi dei neurologi, incentrati soprattutto sui vantaggi medici impliciti ad un monitoraggio costante nel tempo della situazione cognitiva degli utenti del Centro, anche come fonte di rassicurazione rispetto a disturbi avvertiti ma insignificanti sul piano clinico; nemmeno i medici di medicina generale hanno apertamente toccato questi argomenti, in contrasto con certi studi che avevano evidenziato la loro sensibilità al riguardo (Hansen *et al.* 2008), sebbene un certo timore possa trasparire proprio dalla ferma convinzione che simili diagnosi andassero elaborate esclusivamente in ambito specialistico: come a dire che l'opinione clinica della figura

professionale esperta in questo contesto sventi il rischio che simili “etichette” ricadano su persone cui non si adattano *realmente*.

Le definizioni di “deterioramento cognitivo lieve” che sono state rilasciate dai medici di medicina generale sono tra loro sostanzialmente convergenti ed affini ad una definizione biomedica tecnica di Mild Cognitive Impairment (MCI), cioè un disturbo cognitivo avvertito e riferito dal soggetto, talora confermato o messo in luce da un informatore esterno (famigliare), che non interferisce con lo svolgimento delle attività quotidiane professionali e nelle relazioni sociali.

L’età rappresenta nei discorsi dei medici di medicina generale un parametro di discriminazione tra un declino cognitivo “precoce” patologizzabile ed uno fisiologico: le fasce d’età indicate dai medici di medicina generale per l’inquadramento della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo non sono uniformi né nette, perché qualcuno ha parlato di sessanta-sessantacinque anni, altri hanno esteso questo lasso di tempo fino a settanta e alcuni lo hanno fatto iniziare intorno ai cinquanta, ma ciò che è indistintamente emerso è che alcuni segnali di declino cognitivo in età “giovani” preoccupa ed allarma, mentre in età avanzate (diciamo dagli ottanta in avanti) è considerato più “normale” che “patologico”.

Si è rilevata una divaricazione fra i dati ricavati dalla letteratura e le prospettive attinte mediante i colloqui etnografici con i medici di medicina generale coinvolti nel Progetto, in quanto nessuno ha intravisto nella proclamazione di una diagnosi precoce del deterioramento cognitivo rischi di medicalizzazione dell’invecchiamento biologico invece testimoniati in alcuni studi coi medici di famiglia (Hansen *et al.* 2008).

La diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, finalizzata all’individuazione dei segnali di malattia di Alzheimer ad uno stadio preclinico ha nella categoria diagnostica del Mild Cognitive Impairment un riferimento cruciale: tuttavia, la difficoltà di discriminare in maniera esatta tra ciò che questa definizione intende identificare e la “normalità” di un declino fisiologico connesso con i meccanismi biologici del processo di invecchiamento è riconosciuta anche nel dibattito scientifico: «la difficile distinzione

è tra invecchiamento normale e MCI piuttosto che tra MCI e AD» (Petersen 2004: 189-190). Rispetto al ruolo svolto o svolgibile dal medico di medicina generale nella diagnosi precoce del deterioramento cognitivo questa imprecisione definitoria potrebbe tradursi in una comprensione distorta di determinati “sintomi”, fra cui anche la falsa attribuzione al “normale” processo di invecchiamento del calo di memoria o attenzione.

Va sottolineato come la collaborazione con la figura dell’antropologo abbia in tal senso mostrato una potenzialità assai proficua dal momento che, attraverso il dialogo etnografico, ha consentito l’accesso ad una congerie di opinioni sotterranee che possono rimanere occultate dalla “semplice” descrizione della pratica quotidiana, e che pure sono passibili di influenzarla tacitamente, plasmando l’approccio a questa patologia. Per esempio, l’esternazione di dubbi sulla validità della diagnosi di malattia di Alzheimer oltre ad una certa età (ottantacinque passati) rispetto alla possibilità che si tratti di una “involuzione” para-fisiologica o para-patologica (demenza senile); oppure, le remore verso la somministrazione, sempre oltre una certa età, inibitori delle colinesterasi ed antidepressivi, specialmente in considerazione dell’inefficacia terapeutica dei primi che viene qui ricombinata, sebbene non espressamente, all’idea che l’obiettivo di “rallentamento” dell’evoluzione perda di significato di fronte ad individui in età molto avanzata e con un livello di compromissione della sfera relazionale e di rapporto con il mondo esterno particolarmente accentuato.

Il concetto di “demenza senile”, è bene precisarlo, attualmente non occupa una nicchia nosografica discreta in uso nella biomedicina: i medici di medicina generale che hanno usato l’aggettivo “senile” anche rispetto ad altri termini come “deterioramento” lo intendevano specificazione di “normalità” nell’invecchiare, effetto del processo di invecchiamento; invece, e questo è molto significativo, gli specializzandi neurologi, ad eccezione di uno, concepivano la nozione di “demenza senile” come una categorizzazione del passato che, attraverso l’avanzamento delle conoscenze scientifiche e in virtù di un percorso di perfezionamento della nosografia neurologica, era stato abbandonato in favore di più specifiche categorie come, per esempio,

“deterioramento polifattoriale”.

La percezione del processo di invecchiamento biologico rispetto al versante cognitivo è stata fatta oggetto di investigazione etnografica sia coi medici di medicina generale sia con i neurologi. In linea generale, le opinioni espresse dai medici di medicina generale sono accomunate dall'idea che la “normalità” di un processo di invecchiamento dipenda dalla coesistenza di:

- declino in determinate funzioni fisiche intaccate normalmente dall'avanzamento dell'età (dal calo nelle funzioni motorie all'imbiancarsi dei capelli)
- preservazione dell'efficienza mentale ed intellettuale rispetto alla normalità soggettiva passata: per esempio, una persona sempre attiva mentalmente per motivi professionali e/o interesse personale rispetto ad una persona che ha avuto meno stimoli intellettivi dovrebbe conservare maggiore vivacità cognitiva
- mantenimento di un'attività mentale e di interessi intellettuali e relazionali (lettura dei giornali o di libri, ascoltare la televisione, alimentare i rapporti sociali, ecc...).

Fra i neurologi ha prevalso una descrizione del processo di invecchiamento biologico “normale” inclusiva dell'emersione di deficit cognitivi e mnesici che però non compromettevano lo svolgimento autonomo delle attività quotidiane e l'indipendenza nella gestione di sé: è opportuno rilevare che alcune definizioni rilasciate, su richiesta, in sede di colloquio etnografico del Mild Cognitive Impairment (MCI) – cioè una categoria diagnostica – coincidono con quelle dell'invecchiamento cerebrale normale: quello che funge da discriminante è l'età. L'invecchiamento “normale” è stato sempre collocato in una fascia d'età superiore agli ottanta anni.

Quindi, per i neurologi un invecchiamento normale è così connotato:

- calo nelle funzioni cognitive che non incide sulle attività della vita quotidiana e nella sfera relazionale;
- determinate problematiche fisiche fisiologi-

che non compromettono autonomia ed indipendenza nella vita quotidiana.

Quando determinati “deficit” cognitivi inficiano la qualità della vita, la loro attribuzione all'avanzamento dell'età viene considerata erronea, una mancata problematizzazione di disturbi degni di essere sottoposti all'attenzione biomedica. Questa specificazione è opportuna perché tra i neurologi c'era la consapevolezza che, spesso, nel “senso comune” questo tipo di fuorviante attribuzione veniva effettivamente operata (capitava anche in visita che gli utenti attribuissero all'età i “disturbi” per i quali venivano valutati).

Gli specializzandi neurologi, analogamente ai medici di medicina generale, declinavano soggettivamente l'idea di “normalità” nell'invecchiamento facendo riferimento alla attività mentale ed intellettuale precedenti, al tipo di lavoro svolto in passato, alle inclinazioni verso i rapporti con gli altri, alle condizioni ed all'ambiente di vita inteso come bagaglio degli “stimoli” intellettivi che il singolo aveva avuto o aveva ancora. L'istituzione di un follow-up si rendeva necessaria proprio perché tutti questi fattori biografici potevano incidere nella comparsa di “deficit” cognitivi, la cui connotazione patologica non era intrinseca, ma dipendente invece dal loro carattere (eventualmente) evolutivo.

Quindi, in sintesi, sia i medici di medicina generale sia gli specializzandi neurologi concordavano nel ritenere la diagnosi precoce utile in soggetti però relativamente giovani, mentre disturbi mnesici e cognitivi di lieve entità, purché non interferissero con la relazione con gli altri e con il mondo esterno, appartenevano alla “normalità” del processo di invecchiamento.

La diagnosi precoce del deterioramento cognitivo: la collaborazione fra medico di medicina generale e specialista neurologo

Fra i medici di medicina generale alcuni hanno lamentato la mancanza di un dialogo con lo specialista che fosse attivo in tutte le fasi del percorso diagnostico e, poi, assistenziale, ma è necessario sottolineare che hanno rilasciato questa testimonianza puntualizzando che valeva per tutte le specializzazioni, non solo per la gestione dei disturbi cognitivi e talora hanno ridotto il loro rapporto con lo specialista alla prescrizione

degli esami suggeriti nella lettera finale consegnata al paziente dopo la consulenza.

Come in parte si evince dall'ultima frase di questo estratto e da alcune motivazioni date dai medici di medicina generale per il mancato utilizzo di strumenti di screening per la valutazione del disturbo cognitivo nella pratica clinica abitualmente riportate sopra, il rapporto con lo specialista può servire allo stesso medico di medicina generale per gestire in modo idoneo determinate problematiche superando il senso di insicurezza che scaturisce dalla consapevolezza di non possedere le conoscenze "tecniche" necessarie per farlo: il miglioramento di questa relazione, o almeno l'accesso ad un confronto possibile in momenti di dubbio o di difficoltà nel valutare/gestire la situazione del proprio assistito, quindi, apporterebbero vantaggi sia al singolo ammalato, sia allo stesso medico di famiglia.

Ma, d'altro canto, un aspetto toccato da alcuni riguarda il rischio che il rapporto con lo specialista si traduca in una pluralità di rapporti con specialisti diversi, che frammenta le informazioni che si ricevono e può, invece, disorientare la pratica clinica.

Il rapporto con lo specialista è essenzialmente mediato dal paziente che si sposta dall'uno all'altro polo per esigenze differenziate in base alle competenze coperte da ciascun ambito (disturbo cognitivo-specialista/comorbidità o altri problemi di salute-medico di medicina generale).

Dalle loro testimonianze emerge un ritratto abbastanza uniforme del rapporto medico di famiglia-specialista neurologo in riferimento ai disturbi cognitivi: dopo un primo sospetto, l'assistito viene inviato dallo specialista senza essere sottoposto alla somministrazione di test di screening – e solo in pochi casi, dopo aver eseguito gli esami per l'esclusione di cause secondarie del disturbo -, lo specialista visita il paziente e rimanda una lettera al medico di medicina generale con l'indicazione per esami di approfondimento che il medico di medicina generale prescrive e che lo specialista ricontrolla nell'appuntamento successivo, e così via. Questo quadro sembra dipendere almeno in parte anche dalle scelte autonome degli assistiti riguardo alla figura professionale che scelgono

come riferimento, come quando ripresentano i referti degli esami ai neurologi anziché sottoporli al medico di medicina generale che sa evidentemente decifrarli.

Tutti i medici di medicina generale hanno concordato sul fatto che l'importanza di un rapporto reciproco con lo specialista occorresse a combinare diverse conoscenze nell'interesse del paziente, che non poteva essere tutelato dal semplice scambio epistolare o telefonico di informazioni raccolte o possedute. In queste testimonianze ri-emergeva la fiducia accordata alla propria conoscenza del singolo, scaturita dalla frequentazione longitudinale del paziente, che fornirebbe al medico di medicina generale degli appigli interpretativi che la medicina specialistica, in genere, non può avere.

Gli specializzandi neurologi, analogamente, hanno manifestato la speranza di consolidamento di un rapporto reciprocamente informativo e di confronto con i medici di medicina generale riconoscendo che molto spesso essi detengono un bagaglio conoscitivo relativo a ciascun paziente di cui la loro stessa pratica potrebbe avvantaggiarsi: sono opinioni che riverberano le stesse direttive su cui si basa la valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale nella diagnosi precoce di deterioramento cognitivo. In particolare, sono state menzionate:

- la capacità del medico di medicina generale di cogliere "segnali" di disturbi cognitivi anche attraverso un semplice colloquio;
- l'accesso del medico di medicina generale ai famigliari del malato che lo pone nella condizione di negoziare con coerenza l'eventuale approfondimento diagnostico ai centri di secondo livello, integrando la visione dell'assistito con le informazioni possedute da chi ci convive (i parenti definiti il "primissimo" livello)
- la possibilità che il medico di medicina generale ha di aiutare in una pianificazione della gestione del disturbo cognitivo/demenza che sia realmente adattabile al contesto soggettivo, affettivo, sociale e domestico, del malato.

Quindi, sul ruolo che il medico di medicina

generale può/deve svolgere nel contesto della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, i neurologi si sono mostrati tutti indistintamente convinti che potesse essere sostanziale perché la prossimità all'assistito e la longitudinalità del rapporto lo pone nella condizione ideale per decifrare i sintomi iniziali ed eventualmente ottimizzare i successivi interventi medici e diagnostici.

I medici di medicina generale intervistati, come anticipato, hanno dichiarato di non ricorrere mai all'uso del Mini Mental State Examination (MMSE) per il sospetto diagnostico relativo al deterioramento cognitivo, mentre un medico che aveva già conosciuto durante un precedente studio il BICQ ha detto di essersene, quantunque non routinariamente, servito.

Questa panoramica sulle prospettive e pratiche dei medici di medicina generale evidenzia alcuni nodi problematici sulla gestione del deterioramento cognitivo e della demenza prima/a prescindere dal coinvolgimento di una figura specialistica: l'importanza dell'indagine etno-antropologica che è stata svolta rispetto a queste dimensioni della riflessione soggettiva e professionale dei medici di medicina generale risiede nel fatto che ha permesso di ricongiungere le prassi dei professionisti chiamati a valorizzare la diagnosi precoce del deterioramento cognitivo con le loro esperienze concrete, maturate nella pratica clinica usuale, mettendo in luce:

- diffusa adesione ai dettami sulla pratica della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo
- mancato utilizzo degli strumenti di screening per la valutazione del deterioramento cognitivo normalmente in dotazione, cioè il Mini Mental State Examination (MMSE)
- tendenza comune al coinvolgimento immediato dello specialista al primo sospetto diagnostico.

Questi punti, insieme, suggeriscono quindi che il ricorso ad uno strumento come il BICQ possa essere vantaggioso per la razionalizzazione dei percorsi istituzionali degli utenti al secondo livello; i medici di medicina generale hanno riconosciuto i benefici di questo questionario,

esternando alcune perplessità che è doveroso evidenziare:

- 1) alla domanda sul costo del pane (9) e sulla domanda 12 (Chi è (sono) questa (queste) persona (persone) qui con lei?), entrambe risolte poi, nel corso del Progetto, come da accordi con la dottoressa Parnetti: per quanto riguarda la prima, il medico di medicina generale deve valutare la validità della risposta fornita non in base alla precisione del prezzo riportato, ma sulla base della sua credibilità generale; per quel che concerne la seconda questione, alcuni medici hanno assimilato la dodicesima domanda alla Parte B, programmaticamente rivolta al familiare, assumendo che anch'essa si riferisse a familiari accompagnatori, mentre, girando la spiegazione data dalla dottoressa, potevano porre la domanda anche con riferimento a loro stessi (per esempio, nella stanza c'è un medico, ecc...): uno dei MMG (Alunni Massimo) aveva optato per questa procedura autonomamente;
- 2) una preoccupazione comune ai MMG incontrati, prima delle chiarificazioni della dottoressa Parnetti, era che nel questionario nessuno potesse raggiungere il punteggio massimo (12): infatti, il paziente da solo, in teoria, non avrebbe potuto rispondere alla domanda 12, e coloro che non sapessero marche di pasta o costo del pane, per esempio, perché non sono soliti occuparsi della spesa, avrebbero avuto un punteggio massimo raggiungibile alla soglia del "patologico" (10).
- 3) Le domande 1, 2, 3, 6 e 8 sono state definite da più medici come le più indicative del questionario, in quanto l'incapacità di rispondere ad una di esse (anche se estrapolata dall'insieme) verrebbe percepita come un campanello d'allarme per un potenziale deterioramento cognitivo.

Tali domande sono:

- 1) Quanti anni ha?
- 2) Qual è la data di nascita ?
- 3) Dove abita ?
- 6) Qual è la data di oggi ?
- 8) Fino a quale età è andato a scuola?



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Provincia di Perugia

[Home](#) [Eventi](#) [Devo inviare](#) [Contatti](#) [Link](#) [Ricerca nell'albo](#) [Ricerca anagrafica FNOMCeO](#)

Organi istituzionali

[Consiglio](#)
[Commissioni](#)

Normativa

[Codice Deontologico](#)
[Normativa nazionale](#)
[Normativa regionale](#)

Notizie

[Comunicazioni FNOMCeO](#)
[Convegni e Congressi](#)
[Circolari](#)

Contratti

[Contratto di lavoro](#)
[Commissione medica](#)
[Generale](#)
[Convegni ambulatoriali](#)
[Contratto dirigenza medica](#)

Segreteria

[Mediatica](#)
[Reg. Sala Riunioni](#)
[Richiesta Timbri](#)

Area odontoiatri

[Normativa](#)
[Accordo Ministero-AND-OO](#)

Notizie

ENPAM - Notizie Flash

ENPAM - Notizie Flash aprile 2011

Certificazione di malattia on line - circolare n. 4 del 2011

Certificazione di malattia on line:
Avvisò della circolare n. 4 del 2011 inviata ai rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro

È molto chiaro che, in presenza di difficoltà alla trasmissione del certificato on line si possa continuare a certificare su carta.

Viene ribadito che la trasmissione dei certificati debba essere fatta da tutti i medici sia operanti in struttura pubblica che privata.

AVVISO AGLI ISCRITTI

SI COMUNICA CHE NEL PORTALE DELL'ORDINE
(WWW.ORDINEMEDICIPERUGIA.IT),

PREVIA REGISTRAZIONE, E' ATTIVA LA PROCEDURA PER
LA STAMPA DEI CERTIFICATI DI ISCRIZIONE
ALL'ALBO PROFESSIONALE.

Login

Nome utente

Password

Ricordami

[Password dimenticata?](#)
[Non ti ricordi il tuo utente dimenticati?](#)

Ricerca on-line

Elenco medici per

strutture

Scrittura on-line

Scrittura on-line

Galleria

Le foto dell'ordine

Federazione Nazionale
Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
Piazza Cola di Rienzo 80/A
00182 Roma
Tel.06/3222131
Fax 06/3222794
e-mail:
www@fnomceo.it

Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Perugia
Via Sennarivoli 131
06129 Perugia
Tel.075/3000214
Fax 075/3133012
e-mail:
www@ordinemediciperugia.it

[Clicca qui a Registrazione](#)

[Clicca qui a Accedere alla Piattaforma](#)

(*) Leggi tutto